

Närståendes upplevelser och behov av stöd vid palliativ vård

- En litteraturöversikt

Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng

Självständigt arbete, 15 högskolepoäng

Examinationsdatum: 2017-04-03

Kurs: K47

Författare: Lisa Samuelsson

Handledare: Åke Grundberg

Examinator: Karin Bergkvist

SAMMANFATTNING

Bakgrund

Palliativ vård har som syfte att lindra lidande och främja livskvalitet hos patienten. Men den palliativa vårdens fokus ligger inte endast på patienten utan också på stödet till de närstående. Stödet är viktigt då denna period i livet kan upplevas som traumatisk för de närstående, speciellt om de närstående inte hunnit förbereda sig. Detta kan leda till otrygghet och förvärra de närståendes psykiska mående.

Syfte

Syftet med studien var att beskriva närståendes upplevelser och behov av stöd vid palliativ vård.

Metod

En litteraturöversikt genomfördes där aktuella kvalitativa och kvantitativa vetenskapliga forskningsartiklar granskades, bearbetades och analyserades.

Resultat

Litteraturöversiktens resultat visade tydligt på att de närstående inom palliativ vård är i behov tydlig och konkret information från sjuksköterskan där närstående önskar få utbyta kunskap tillsammans med sjuksköterskan. De närstående är även i behov av emotionellt stöd. Att få delta i olika stödgrupper var också en typ av stöd där både sjuksköterskan och andra människor i lika situationer var av betydelse för de närstående.

Slutsats

Närstående har ett stort behov av stöd från sjuksköterskan samt sjukvården generellt. Det är viktigt att sjuksköterskan informerar närstående samt förbereder dem inför den vårdande rollen, annars resulterar detta i att närstående känner sig otrygga i situationen. De närstående är i behov av mycket emotionellt stöd. Här spelar sjuksköterskans personliga egenskaper roll som kan påverka de närståendes upplevelser av stöd och information.

Nyckelord: Omvårdnad, närstående, stöd, professionellt ansvar, palliativ vård

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Vård i livets slut – historik	1
Palliativ vård	1
Verksamheter där palliativ vård bedrivs	2
Sjuksköterskans professionella ansvar	3
Närståendes roll	4
Stöd till de närstående	4
Problemformulering	5
SYFTE	6
METOD	6
Val av Metod	6
Urval	6
Datainsamling	6
Dataanalys	7
Forskningsetiska överväganden	7
RESULTAT	9
Kunskap.....	9
Information och kommunikation.....	9
Emotionellt stöd	10
Kontinuitet.....	10
DISKUSSION	11
Resultatdiskussion.....	11
Metoddiskussion.....	12
Slutsats	13
REFERENSER	15

BILAGA A-C

INLEDNING

I Sverige avlider drygt 90 000 människor varje år (Socialstyrelsen, 2016) och av dessa är drygt 60 procent över 80 år (Socialstyrelsen, 2006). Palliativ vård har som syfte att lindra lidande och främja livskvalitet hos patienten. Men den palliativa vårdens fokus ligger inte endast på patienten utan också på stödet till de närstående (Socialstyrelsen, 2013). Stödet är viktigt då denna period i livet kan upplevas som traumatisk för de närstående, speciellt om man inte hunnit förbereda sig. Detta kan leda till otrygghet och förvärra de närståendes psykiska mående. Om patienten även vårdas i hemmet läggs det större ansvaret på de närstående jämfört med om patienten hade vårdats på en sjukhusenhet eller ett hospice på grund av att patienten och de närstående för det mesta är ensamma under större delen av dygnet (Benkel, Molander, & Wijk, 2016).

BAKGRUND

Vård i livets slut – historik

Den traditionella döden, det vill säga döden innan det moderna industrisamhällets framväxt på 1800-talets senare hälft, var något naturligt och den utspelade sig ofta i hemmet. Under industrialismen svängde pendeln och döden började ses som något som angrep människor och som man skulle akta sig för. Medicinska framsteg ledde till att många sjukdomar kunde behandlas och i vissa fall botas. Detta bidrog till att det naturliga med döden hamnade i skymundan. Nu började människorna dö mer på sjukhus än i hemmet och samtalen kring döden föll i glömska. Döden blev något skamligt och det medförde att samtalen kring döden inte längre fördes med den döende eller de närstående och barnen hölls utanför. Alla spelade ovetandes om dödens existens. Fokusen låg istället mer på det konkreta: sjukdomarna, medicinerna och vården och kunskapen om detta hade bara läkare. En motreaktion till denna samhällsutveckling var den moderna hospicerörelsen som uppstod i Storbritannien på 1960-talet (Regionala cancercentrum i samverkan, 2012). Hospice är en verksamhet som tar sig an döende personer och ideologin är att hjälpa personen att förbli levande tills hen dör (Saunders, 1980).

På 1950-talet fanns ett drygt 10-tal hem för döende utspridda i världen, drivna av välgörenhet. Det stora flertalet dog hemma eller på sjukhus och inställningen var att de som var på väg att dö fanns det inget mer att göra för. Denna föreställning kom att ifrågasättas av en av förgrundsgestalterna inom den moderna hospicerörelsen Cicely Saunders, född 1918 i Storbritannien. Hon var en läsbegåvad flicka som fick förmånen att utbilda sig. Cicely lyfte bland annat fram vikten av smärtlindring vid vård i livets slutskede samt att hospicevården måste beakta såväl de fysiska som psykologiska, sociala och andliga symtomen som patienterna led av. Hon hade insett att för att kunna möta alla behov hos döende patienter krävs att man arbetar strukturerat och i ett multidisciplinärt team. Kännetecknande för hospicefilosofin är att döendet lyfts fram som en naturlig del av livet (Benkel et al., 2016).

Palliativ vård

I Sverige började begreppet palliativ vård användas under 1980-talet. Innan dess pratade man om terminal vård, behandling av den sjuka på sjukhuset. Den terminala vården har i sin tur sitt ursprung i hospicerörelsen (Ternestedt & Andershed, 2013). Ordet palliativ kommer från det latinska ordet pallium och betyder kappa eller mantel. Detta kan liknas vid något som skyddar och håller om (Widell, 2003).

Utgångspunkten för palliativ vård är att det inte längre finns någon bot för den svårt sjuke. Behandlingen inriktas på att den sista tiden ska upplevas så symtom- och smärtfri som möjligt (Svenska palliativregistret, u.å). Det uppnås till exempel genom att lindra besvärande symtom som illamående och smärta men också genom att psykologiskt, socialt och andligt stödja patienten och närstående (Ottosson, 2012). Även de närstående är inkluderad i den palliativa vården och skall erbjudas stöd i sitt sorgearbete. Genom palliativ vård tas ett helhetsgrepp över livssituationen där patient, närstående och vårdpersonal tillsammans, med patientens önskemål i förgrunden kommer överens om hur livskvaliteten bäst tillgodoses för varje enskild individ (Svenska palliativregistret, u.å).

År 2002 utformade Världshälsoorganisationen (WHO) en definition av palliativ vård som bekräftar livet och att döden är en normal process. Kärnan i definitionen innebär att patienten och dess närstående genom lindrat lidande ska erhålla så god livskvalitet som möjligt genom den palliativa processen.

Den palliativa vården vilar på fyra hörnstenar, vilka har sin utgångspunkt i WHO:s definition av palliativ vård (Strang, 2012a):

Symtomkontroll

Analysera, behandla och följa upp de symtom som patienten har oavsett om de har fysisk, psykisk, social eller existentiell orsak.

Teamarbete

Alla yrkeskategorier samarbetar i vården av patienten och man använder varandras kompetens i den palliativa vården.

Närståendestöd

Erbjuda ett organiserat stöd till närstående. Stöd avser både praktiskt och emotionellt stöd under sjukdomstiden och efter dödsfallet.

Kommunikation och relation

God kommunikation och relation mellan vårdpersonal, patient och närstående, samt inom och mellan olika vårdgivare och vårdnivåer behövs för att hörnstenarna ska fungera tillsammans.

Verksamheter där palliativ vård bedrivs

Palliativ vård är en vårdform och som sådan ska den bedrivas där patienter med sådana behov vårdas. Patienter som befinner sig i livets slutskede i Sverige idag vårdas på sjukhus, i hemmet (ASIH-Avancerad sjukvård i hemmet), inom kommunens äldreboenden samt på specifika enheter som ger specialiserad palliativ vård (hospice). Sedan Ädelreformen genomfördes i Sverige 1992 väljer allt fler att avsluta sina liv i hemmet, speciellt äldre personer (Benkel et al., 2016). Friska personer som tillfrågas var de vill vårdas den sista tiden i livet svarar oftast att de vill vårdas i hemmet. I verkligheten visar det sig dock ofta bli en kombination av att vara hemma så länge det går för att sedan spendera den allra sista tiden på sjukhus, hospice eller en kommunal korttidsenhet då belastningen mot slutet ofta blir alltför krävande både fysiskt och psykiskt för de närstående (Widell, 2015). Även tidigare studier visar på att majoriteten av patienter vill vårdas och dö hemma (Neergaard et al., 2011; Wheatley & Idris Baker, 2007).

Sjuksköterskans professionella ansvar

Omvårdnaden av en patient är sjuksköterskans huvudansvar (Flensner, 2014). Omvårdnad kan delas upp i en relationsaspekt, till exempel att omvårdnaden görs utifrån ett gott bemötande och en sak aspekt, till exempel patient/närstående behöver stöd, guidning och aktiv hjälp med något. Målet med omvårdnaden är att främja hälsa och välbefinnande, förebygga ohälsa och att lindra lidande samt verka för att livet får ett fridfullt och värdigt slut (Svensk sjuksköterskeförening, 2016).

Patienten har rätt till information om sitt hälsotillstånd, de metoder som finns för undersökning, vård och behandling, väsentliga risker för komplikationer och biverkningar, metoder för att förebygga sjukdom eller skada samt det förväntade vård- och behandlingsförloppet (SFS, 2014:821). Om informationen av något skäl inte kan ges till patienten, till exempel på grund av patientens sjukdom, ska den lämnas till en närstående, såvida det ej finns hinder för detta i till exempel offentlighets- och sekretesslagen (SFS, 2009:400). I patientlagen (SFS, 2014:821) framhävs i 3 § att patientens närstående ska få möjlighet att medverka vid utformningen och genomförandet av vården, om det är lämpligt och om bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt inte hindrar detta.

Det är viktigt med ett bra samspel mellan patient/närstående och sjuksköterska för att omvårdnaden ska upplevas så bra som möjligt. Ansvaret för att bygga upp denna relation har sjuksköterskan. Genom bland annat sin kunskap, professionalism samt förmåga att kommunicera i tal och skrift kan hen bidra till en relation som bildar grunden för mänsklig omsorg. Denna relation kan beskrivas som den innersta kärnan och en grundläggande förutsättning för patientens vård (Watson, 2008). Enligt Strang (2012b) är det av största vikt att sjuksköterskan har förmåga att skapa en anpassad och balanserad vård, något som till stor del bygger på att hen arbetar aktivt i sina roller som relationsskapande, stödjande, kommunikativ och koordinerande. Det är också viktigt att sjuksköterskan använder sig av ett personcentrerat förhållningssätt där de närstående ses som en självklar del i vården och som ofta utgör en betydelsefull del av patientens sammanhang, precis som den svårt sjuke utgör en viktig del av de närståendes sammanhang (Ternstedt & Andershed, 2013).

Sjuksköterskan har en viktig uppgift i att uppmuntra patienten och de närstående att fokusera på det friska – patientens förmågor samt se och bekräfta de närståendes insatser för den sjuke. Den palliativa vården kan innebära stor sorg för både patienten och de närstående. Även om en svår situation uppstår med förtvivlad gråt och hopplöshet är det viktigt att sjuksköterskan finns där till exempel genom att underlätta, uppmuntra och vara närvarande (Strang, 2012b). Också symtomkontroll är en given och viktig del av sjuksköterskans roll i den palliativa vården. Symtomen kan yttra sig fysiskt, psykiskt, socialt eller existentiellt och måste alltid tas på allvar. Plågsamma obehandlade symtom gör att patienten inte kan tänka på något annat och det kan därmed bli svårt att uppnå livskvalitet. Besvärande symtom som inte behandlas har också en effekt på de närstående och kan öka deras ångest och oro för patienten (Friedrichsen, 2012).

Att vårdas palliativt innebär ofta en stor fysisk och mental börda för både patient och närstående. Att känna tillit till sjuksköterskan i sådana situationer kan skapa möjligheter för dem att känna hopp samt att finna mening även när livet är svårt (Svensk sjuksköterskeförening, 2016). En icke tillitsfull relation från närstående gentemot

sjuksköterskan kan i värsta fall överföras till patienten och påverka situationen negativt (Segesten, 2013).

Närståendes roll

Att närma sig döden är en stor omställning både för den sjuke men inte minst för den sjukas närstående. Socialstyrelsens termabank (2004) definierar närstående som *en person som den enskilde anser sig ha en nära relation till*. Livet kommer att förändras för båda parter då sjukdomen kommer att prägla såväl vardagslivet som tankar och känslor – vem ska ta hand om rosenrabatten, hur ska det gå med matlagningen, kommer promenaderna med grannen kunna bli av, kommer pengarna räcka, hur blir det sedan när min partner/vän/släkting är borta (Benkel et al., 2016). Studier visar att oro hos närstående är ett av de största problemen, till och med ibland större än hos patienten (Milberg, 2012). Därför är stöd till närstående en så viktig del av den palliativa vården. De flesta närstående känner behov av att få vara delaktiga i vården och att erhålla stöd (Lindqvist & Rasmussen, 2014). Ternstedt och Andershed (2013) beskriver delaktighet som en självklar utgångspunkt i vården men att man som närstående vill bestämma själv hur mycket man önskar vara delaktig.

De närståendes roll är betydelsefull i den palliativa vården och det är därför viktigt att inkludera dem. Rollen kan upplevas som tillfredsställande till exempel genom att kunna finnas där för den sjuke, att etablera en god relation till dem som vårdar och att kunna förstå och vara delaktig i vården. Men rollen kan också bli tung och svår på grund av att situationen är ny och ovan för de närstående vilket i de flesta fall leder till oro och ångest (Milberg, 2012). Sand, Olsson, och Strang (2010) samt Benkel, Wijk och Molander (2012) bekräftar också att närstående kan uppleva det meningsfullt att få hjälpa patienten men att det kan innebära ett för tungt ansvar. Tidigare forskning har visat på samband mellan de närståendes ångestnivå och patientens fysiska och psykiska mående. Det vill säga ju sämre patienten mår desto mer ångest hos de närstående (Dumont et al., 2006). Inom den palliativa vården krävs det av både patienten och de närstående ett frivilligt engagemang (Munck, Fridlund, & Mårtensson, 2008). För vissa närstående är det en självklarhet att ta på sig ansvaret för sin sjuka anhörig och att anta en vårdande roll (Cowan, 2014), men för alla närstående är inte detta en självklarhet. För andra närstående kan detta vara en helt ny situation som kan orsaka lidande och kan därefter yttra sig i trötthet, ångest och rädsla. Närstående har även rapporterat att de haft svårt med sömnen, haft svåra konflikter inom familjen och kostnadsproblem. Dessa är bara några av de många rapporterade problemen de närstående upplever sig ha av att hamna i en oförberedd situation där man ska vårda sin sjuka anhörig. Att anta en vårdande roll man ej var förberedd på kan innebära en framtid av osäkerhet och turbulens för den närstående (Andershed, 2006).

Stöd till de närstående

Tidigare studier visar på att de närstående har många negativa upplevelser kring stöd. Om de närstående inte får det stöd de behöver kan det leda till att de tappar kontrollen över situationen och inte klarar av att ta hand om sin sjuka anhörig (Bee, Barnes, & Luker, 2009). Det råder stora brister inom den palliativa vården, framförallt stöd till de närstående (SOU 2001:6). Patienten och dess närstående ska ses som en enhet och i vissa stunder kan stödet till de närstående vara mest angeläget och kan till och med ibland ge det bästa stödet till den sjuke. Det är viktigt att närstående får stöd både under sjukdomen och efter dödsfallet samt att de informeras tidigt om vilket stöd som finns (SOU 2001:6). Tidigare

studier visar att de närstående är i behov av stöd, inte bara för sin egen skull, utan även för att kunna stötta sin sjuka anhörig (Andershed, 2006).

Problemformulering

Sveriges befolkning har just passerat 10 miljonersstrecket (Statistiska Centralbyrån, 2017) och dessutom blir vi allt äldre (Socialstyrelsen, 2016; Gapminder, 2015). Av detta följer att samhället får en större andel åldrande befolkning vilket i sin tur medför en större belastning på sjukvården och ökade samhällskostnader. En viktig aktör vid palliativ vård är de närstående och en av de fyra hörnstenarna inom palliativ vård är närståendestöd (Strang, 2012a). Därför är det av betydelse att undersöka vad de närstående har för upplevelser och behov av stöd inom palliativ vård.

Sjuksköterskan är ansvarig för patientens omvårdnad, men att närma sig döden är en stor omställning inte bara för patienten utan även för de närstående. Att plötsligt befinna sig i en situation där sin livspartner, granne eller nära vän står inför livets slut innebär för de allra flesta svåra och obehagliga känslor att hantera (Benkel et al., 2016). Här har sjuksköterskan en viktig roll att fylla. Att genom sin kunskap och förståelse på ett personcentrerat sätt, bemöta de närståendes behov av olika former av stöd. Alla människor är olika – följaktligen ser behovet av stöd annorlunda ut för olika individer. Då närstående känner behov av att erhålla stöd (Lindqvist & Rasmussen, 2014) är det viktigt från ett närståendeperspektiv att veta hur sjuksköterskan kan stötta de närstående.

SYFTE

Syftet med studien var att beskriva närståendes upplevelser och behov av stöd vid palliativ vård.

METOD

Val av Metod

Detta arbete använde sig av metoden litteraturoversikt som enligt Friberg (2012) är lämplig att använda när man vill försöka skaffa sig en översikt av kunskapsläget av ett problemområde. Metoden innebär att söka fram befintlig forskning och därigenom få fram till exempel vad som redan studerats på området, på vilket sätt forskningen genomförts eller vilka teoretiska utgångspunkter som använts och vilka resultat man kommit fram till (Friberg, 2012). Påvisade brister har dock uppmärksammats vid denna metod då den sällan sker på ett systematiskt sätt, vilket kan innebära att valda artiklar är otillförlitliga (Forsberg & Wengström, 2016).

Urval

Urvalet bestod av vetenskapliga forskningsartiklar som skulle svara mot litteraturoversiktens syfte. Artiklarna berörde framförallt upplevelser och känslor hos de närstående samt specifikt närståendestöd ur ett närståendeperspektiv. Intervjubaserade studier användes främst i detta arbete då valt ämne handlade om subjektiva upplevelser. En RCT studie, en metodstudie samt enkätstudier har även använts.

Inklusionskriterier var att deltagarna i studien skulle vara närstående >18 år till patienter inom palliativ vård. Patienten kunde ha behandlats för olika diagnoser och den palliativa vården kunde ha bedrivits i alla olika vårdformer. Detta är ett så kallat strategiskt urval som i syfte ska ge ett underlag som svarar mot litteraturoversiktens syfte (Henricson & Billhult, 2012). ”Full text” skulle ha funnits och artiklarna skulle ha varit märkta som ”Research Article”. Artiklarna skulle även ha varit publicerade mellan år 2007–2016 med undantag för två artiklar i resultatet, publicerade 2006. Undantaget gjordes då dessa vetenskapliga artiklar behandlade närståendes upplevelse och behov av att vårda en nära anhörig. De skulle även ha varit ”Peer Reviewed” vilket säkerställer kvaliteten på forskningen då den granskats av andra forskare innan publicering (Karlsson, 2012). Slutligen valde författaren att endast ta med artiklar skrivna på engelska.

Datainsamling

För att samla data gjordes artikelsökning i databasen Cinahl (Cumulative index of nursing and allied health) gjorts. Cinahl är en databas som innehåller material inom bland annat omvårdnad (Karlsson, 2012). Cinahl headings användes för att söka ämnesord i Cinahl. Enligt Karlsson (2012) används specialiserad sökning vid tillfällen då man vill göra en mer noggrann sökning medan fritextsökning kan jämföras med att göra en sökning på google. Fritextsökning är det vanligaste sättet att söka. Detta arbete använde sig av både fritextsökning och specialiserad sökning för att både få en specifik och bred sökning på samma gång. Sökning har även gjorts i databasen PubMed (Public Medline) som också är en databas med medicinsk och omvårdnadsvetenskaplig forskning (Forsberg & Wengström, 2016). Denna databas kan inte avgränsa till artiklar märkta som ”Research Article”. Därför togs beslutet att utesluta PubMed. Antalet sökträffar var också mycket hög

vilket även det var av en betydande faktor i beslutandet av att utesluta databasen då detta arbete haft begränsad tid.

Sökorden valdes utifrån syftet med litteraturöversikten. Dessa är *terminal care, terminally ill patients, palliative care, family, professional-family relations, caregivers, relatives, next of kin, support psychosocial* och *caregiver support* (se Bilaga A). I den första sökningen delades sökorden in i tre olika huvudområden som skulle beröra palliativ vård, familj och stöd, i kombination med booleska operatörer som OR och AND. Flera olika termer inom samma huvudområde användes då många vetenskapliga artiklar använde sig av olika nyckelord, vilket gjorde att relevanta artiklar för studien var svåra att hitta. Termen OR gör att det endast behöver finnas med ett sökord från varje huvudområde i sökträffen (Karlsson, 2012) vilket hjälpte sökningen då flera olika termer kunde användas i en och samma sökning. Termen AND har använts för att binda ihop varje huvudområde för att garantera att något av varje huvudområde fanns med i den vetenskapliga artikeln. Detta tillsammans gjorde att flera vetenskapliga artiklar kunde hittas som var relevanta och svarade mot syftet. De andra sökningarna gjordes på de söktermer som visade sig vara vanligast i de vetenskapliga artiklarna som granskades i första sökningen.

Författaren deltog vid en databashandledning med en bibliotekarie vilket gav utökade kunskaper i vilka sökord som var lämpliga samt hur sökningarna kunde begränsas. En vetenskaplig artikel gavs under detta tillfälle till författaren som har kommit väl till hands under detta arbete. Totalt två av de 12 vetenskapliga artiklarna hittades med hjälp av manuell sökning och inkluderas därför inte i tabellen utan redovisas istället i löpande text under Tabell 1, Bilaga A.

Dataanalys

Till litteraturstudien analyserades 12 vetenskapliga artiklar. Artiklar vars titlar var relevanta utifrån litteraturöversiktens syfte identifierades först. Sedan lästes dess abstrakt för att undersöka om artikeln verkade vara relevant för litteraturöversiktens syfte. Artikeln granskades i sin helhet om abstraktet verkade intressant. Därefter granskades och analyserades de valda artiklarna upprepade gånger, vilket är steg ett enligt Henricson och Billhult (2012). Likheter samt skillnader i artiklarnas resultat identifierades som skapade olika kategorier. De kategorier vars information svarade mot syftet bildades till olika teman, vilka presenteras i resultatet. Detta är steg två i dataanalys processen (Henricson & Billhult, 2012). Ett bedömningsunderlag för klassifikation och kvalitet användes för samtliga inkluderade artiklar, vilket ska ge urvalet större tillförlitlighet enligt Willman, Bahtsevani, och Stoltz (2011). Detta bedömningsunderlag redovisas i Bilaga C, tabell 2. Det viktigaste innehållet ur artikelns resultat, motsvarande litteraturöversiktens syfte, fördes sedan in i en matris för att få en helhetsbild av de artiklar som använts och som ett stöd i analysarbetet, vilket presenteras i Bilaga B.

Forskningsetiska överväganden

Att värna om människors lika värde, integritet och självbestämmande hos alla som berörs i en studie är vad forskningsetik handlar om vid vetenskapliga arbeten (Kjellström, 2012). Vid en litteraturstudie bör enligt Forsberg och Wengström (2016) etiska överväganden göras gällande urval och presentation av resultat. Gällande urval bör studierna till exempel ha fått tillstånd från en etisk kommitté och gällande resultat bör exempelvis både resultat som stödjer respektive inte stödjer hypotesen presenteras (Forsberg & Wengström, 2016).

Förutom att beakta det som skrivits ovan kommer denna litteraturöversikt vid val av artiklar, som Helgesson (2015) rekommenderar, ha som krav att det tydligt ska framgå att deltagandet i studien är frivilligt, baserat på relevant information samt att deltagaren alltid haft rätt att avbryta sin medverkan när som helst. Även de närståendes deltagande ska ha varit frivilligt. Författaren har i detta arbete varit opartisk till samtliga bearbetade artiklar samt inte tagit någon hänsyn till om de vetenskapliga artiklarna givit ett positivt eller negativt resultat, och därmed inte heller förvanskat resultatet.

RESULTAT

Denna litteraturöversikt har haft som syfte att beskriva närståendes upplevelser och behov av stöd vid palliativ vård. Fyra gemensamma teman har hittats ur de 12 artiklar som inkluderats i denna litteraturöversikt. Dessa teman är *kunskap, information och kommunikation, emotionellt stöd* samt *kontinuitet*.

Kunskap

En studie från USA (Kalnins, 2006) rapporterar att närstående känner rädsla vid okunskap i att ta hand om sin sjuka anhörig. De närstående tycker därför det är av betydelse att sjuksköterskan undervisar i hur man kan ta hand om sin sjuka anhörig i till exempel lyftteknik, som var ett av önskemålen. Den ökade kunskapen hos de närstående gör att de känner sig säkrare i sin vårdande roll vilket också påverkar patienten på ett sådant sätt att hen känner sig i tryggande händer (Henriksson & Andershed, 2007). När sjuksköterskan hade god kunskap noterades detta av de närstående vilket gav dem sinnesro. Detta gjorde att de närstående hade mer tillit och förtroende till personalen att lämna dem utan att få dåligt samvete, då de hade vetskap om att sin sjuka anhörig var i goda händer (Jack, O'Brien, Scrutton, Baldry, & Groves, 2015). Även om de närstående har granskat sin egen kunskap har det också rapporterats av de närstående att sjuksköterskan inte har tillräckligt med kunskap. Enligt närstående i en studie av Seamark m.fl. (2014) är det vanligt att nya sjuksköterskor inte har någon kunskap kring vad patienten har för diagnos eller vad hen behandlas för, vilket ger de närstående en känsla av att sjuksköterskorna inte bryr sig. I en annan studie från Sverige (Carlander, Sahlberg-Blom, Hellström, & Ternestedt, 2011) uppgav de närstående att sjuksköterskan ibland antog att de närstående hade en viss kunskap de inte hade vilket ökade en känsla av att vara otillräcklig hos de närstående.

Information och kommunikation

Det finns många rapporterade negativa upplevelser kring information och kommunikation, framförallt saknaden av information. Närstående har speciellt önskat mer fördjupad information kring hygien, utrustning, symtom och näring (Harrop, Byrne, & Nelson, 2014). I en studie från England (Seamark et al., 2014) rapporterade de närstående att de upprepade gånger fått repetera information till sjuksköterskor och andra vårdare vilket var frustrerande för dem. Närstående uppgav att det är av stor betydelse att sjuksköterskan kommunicerar med dem och framför allt om vad de kan förvänta sig innan och efter döden, vilket har visat sig vara en viktig del för känslig och empatisk vård (Lees, Mayland, West, & Germaine, 2014).

I en studie av Totman, Pistrang, Smith, Hennessey, och Martin (2015) uppgav de närstående att kommunikationen med sjukvårdspersonal inte fungerade optimalt vilket ledde till att de närstående inte fick den medicinska utrustningen de var i behov av. Den känslomässiga effekten av detta blev att de närstående kände sig sårade och fann sig oförmögna att ta hand om sin sjuka anhörig (Totman et al., 2015). Närstående är även i behov av information kring mediciner och symtomkontroll då det råder osäkerhet kring detta. Närstående har beskrivit det svårt med förståelse kring mediciner samt jobbigt med att se sin sjuka anhörig ha smärta och lida och inte veta vad man ska göra (Totman et al., 2015). I en studie från Nederländerna (Osse, Vernooij-Dassen, Schadé, & Grol, 2006) uppgav hälften av de närstående som deltog i studien att de önskade mer information från sjuksköterskorna, där den viktigaste punkten handlade om förberedelse inför de eventuella problem eller motgångar de närstående kunde möta på. Annan information som var av

betydelse var information kring olika hjälpmedel som kan stödja de närstående i den vårdande rollen.

Kommunikationen mellan de närstående och sjuksköterskan har ändå många gånger också rapporterats som positiv, men det är viktigt för de närstående att ingen information undanhålls för dem då detta kan leda till förvirring (Totman et al., 2015). Kommunikation som sker på ett rakt och ärligt sätt ses som en stödjande interaktion för de närstående (Lundberg, Olsson, & Fürst, 2013; Harrop et al., 2014). Att bli informerad ger också en känsla av säkerhet och trygghet (Lundberg et al., 2013). En förbättrad information och organisation skulle leda till en mer positiv upplevelse av den palliativa vården för de närstående enligt Seamark m.fl. (2014). När organisationen och teamarbetet fungerar känner de närstående sig stöttade av vården och att de klarar av att hantera situationen på egen hand (Seamark et al., 2014; Totman et al., 2015; Boucher J et al., 2010).

Emotionellt stöd

De närstående uppgav vikten av stöd från sjuksköterskor i form av att vara närvarande genom att komma förbi lite oftare eller att titta till patienten (Kalnins, 2006). När de närstående inte får det stöd de behöver känner de sig isolerade. Vid tillfällen där behovet av stöd är som störst uppstår desperation. När sjuksköterskan uppmärksammade de närståendes behov och mående gav det känslan av mindre isolering. Detta påverkade inte bara de närstående under tiden patienten vårdades utan den positiva effekten satt även kvar efter att patienten gått bort. De närstående vill ha en sjuksköterska som förstår dem och deras situation där sjuksköterskan visar empati och förståelse. De närstående uppskattade också att sjuksköterskan tog sig tiden att förklara saker samt visade ett känslomässigt stöd för de närstående och patientens behov (Totman et al., 2015). Lundberg m.fl. (2013) skriver att stödet upplevs som starkt och ger en värme samt trygghet till de närstående när sjuksköterskan tar sig tiden att sitta ner och prata med de närstående och patienten. Empati visade sig även vara en form av stöd för de närstående i denna studie, samt flexibilitet. Ett önskat stöd kring tankar och rädslor om en oförutsägbar framtid har också rapporterats av närstående (Osse et al., 2006). Känslomässiga samtal, en kram eller bara tystnad och närhet från sjuksköterskan gav de närstående en upplevelse att sjuksköterskan brydde sig och att detta var ett bra stöd för dem (Boucher et al., 2010).

Kontinuitet

I en palliativ vårdssituation handlar stöd mycket om de samtal som förs mellan sjuksköterskan, patienten och de närstående. Dessa samtal kan handla om till exempel medicinska-, praktiska-, sociala-, psykologiska och existentiella frågor (Benkel et al., 2016). Att föra dialoger och samtal stärkte inte bara de närstående utan hela familjen enligt Lundberg m.fl. (2013). En kontinuerlig kontakt under vårdperioden uppskattades av de närstående, men samtalen som följde upp var de som var av mest betydelse. Dock kunde detta leda till en negativ upplevelse för de närstående om sjuksköterskan lovat att höra av sig och inte hållit det löftet. Det orsakade en osäkerhet samt känslor av skuld hos de närstående (Lundberg et al., 2013). Att få delta i en stödgrupp gav de närstående möjlighet att skaffa sig information, tillfälle att ställa frågor, att få ventilera sig, få förståelse för sin egen situation och att få göra sig av med rädslan man gått och burit på. Samtalen hade en positiv effekt och de närstående kände att deras behov uppmärksammades. De kände att sjuksköterskan brydde sig om dem genom att de aktivt deltog under mötena tillsammans med de närstående och gav dem feedback. De närstående såg fram emot att delta i varje

gruppmöte och där målet med vården kunde klargöras (Hudson, Thomas, Quinn, & Aranda, 2009).

DISKUSSION

Resultatdiskussion

Enligt det resultat som framkommit är det viktigt att sjuksköterskan uppmärksammar de närståendes behov av stöd. Ibland kanske det är lättare som sjuksköterska att fokusera på patienten, men det är viktigt att inte glömma bort de närstående då de bär en viktig roll inom den palliativa vården. Det kan vara första gången de närstående konfronteras med döden och då är det kanske inte bara sin egen oro som ska bäras, utan också patientens (Andershed, 2006). Det är viktigt att sjuksköterskan visar de närstående hur de kan ta hand om sin sjuka anhörig. Om de närstående har kunskap i lyftteknik, hjälpmedel, symtom och så vidare, stärker det den vårdande rollen hos de närstående. Även andra studier har visat på att detta får de närstående att känna sig i trygga händer (Henriksson & Andershed, 2007). Om sjuksköterskan tar sig tiden att ge denna kunskap till de närstående, kan det ge de närstående en bild av att sjuksköterskan besitter god kunskap. Sjuksköterskans kunskap skulle i så fall öka de närståendes tillit och förtroende till sjuksköterskan (Jack et al., 2015).

Att de närstående är i stort behov av information framgår tydligt (Totman et al., 2015; Osse et al., 2006; Harrop et al., 2014; Lees et al., 2014). Information kring mediciner, symtom, döden, vad den vårdande rollen innebär och så vidare, verkar bara vara några få områden som de närstående behöver (Harrop et al., 2014; Lees et al., 2014; Osse et al., 2006). Trots att de närstående uttrycker sig tydligt vara i behov av information verkar det ändå förekomma brister vid informationsöverföring till de närstående (Osse et al., 2006). Det är intressant att fundera över om det är svårare att sätta detta i praktiken än i teorin och om närstående glöms bort när sjuksköterskor lägger allt fokus på patienten.

Det kan bara räcka med att sjuksköterskan är närvarande, tar sig tiden att vara med familjen, ge en kram och lite extra uppmärksamhet åt de närstående (Boucher et al., 2010). För något som ofta rapporteras av de närstående är att de önskar att deras behov uppmärksammades och att de var betydelsefulla på något sätt (Totman et al., 2015; Cronfalk, Strang, & Ternestedt, 2009). De närstående känner sig betydelsefulla och inkluderade i vården om deras behov ibland får vara en prioritet (Cronfalk et al., 2009). Stödet för de närstående upplevs ändå som bäst när sjuksköterskan visar empati och förståelse (Totman et al., 2015) och det verkar vara viktigt att sjuksköterskan kan visa känslor i dessa svåra situationer. Sjuksköterskans stöd upplevs alltså olika i olika studier, vilket kan bero på individuella faktorer hos sjuksköterskan. Vissa människor är mer empatiska än andra och vissa har lättare att visa känslor. Detta kan i så fall påverka de närståendes upplevelse av sjuksköterskans stöd och kan därför vara en anledning till olika resultat av närståendes upplevelser av stöd i studierna. Att som sjuksköterska ge känslomässigt stöd till de närstående behöver inte primärt handla om vilken yrkesmässig kunskap en sjuksköterska har, utan kan istället handla om hur sjuksköterskan är som person och vilken erfarenhet man har i livet. Det är också intressant att fundera över om empati är något man kan lära sig och träna sig till. Enligt Cunico, Sartori, Marognolli och Meneghini (2016) är empati något varje individ kan träna upp. Det intressanta är att studien gjordes på sjuksköterskestudenter. Utifrån deras resultat kan därför en tolkning göras på att yrkeserfarenhet inte behövs för att få ökad empati.

Det är inte bara stödet från sjuksköterskan som behövs. Enligt det framkomna resultatet behöver de närstående också få ventiler sina tankar och samtala med andra människor som är i liknande situationer som dem. Det hjälper de närstående och stöttar dem genom att dela sina tankar och funderingar med andra människor som befinner sig i liknande situationer. Ju tidigare dessa gruppmöten eller samtal börjar, desto mer positiva upplevelser för de närstående. Många närstående har önskat att få delta i stödgrupper mycket tidigare. De närståendes behov av information, kunskap och känslomässigt stöd, får möjlighet att bli uppmärksammade och lyssnade på under dessa samtal (Hudson et al., 2009). Dessa samtal samt stödgrupper kan alltså vara en resurs för de närstående som kan hjälpa dem i sin svåra situation och att få möjlighet att bearbeta sina tankar och känslor.

Metoddiskussion

En förberedande sökning över valt ämne visade att mycket befintlig forskning fanns, därav passade litteraturoversikt som vald metod. Enligt Forsberg och Wengström (2016) är litteraturoversikt en lämplig metod att använda när det finns tillräckligt med forskning inom området. Det finns dock en risk att de valda artiklarna är otillförlitliga då det påvisats finnas brister med att använda en litteraturoversikt, i och med att den sällan sker på ett systematiskt sätt (Forsberg & Wengström, 2016). En systematisk översikt hade varit en lämplig metod att använda vilket innebär att samtliga artiklar inom området granskas och sammanställs (Kristensson, 2014). En systematisk översikt kräver dock mer tid. Därför var en litteraturoversikt en mer passande metod. En annan metod, passande till litteraturoversiktens syfte, skulle vara en intervjubaserad studie. Den metoden valdes bort då författaren inte ville att arbetet skulle begränsas inom palliativa avdelningar i Stockholm. En litteraturoversikt kan ge ett mer övergripligt resultat och där den palliativa vården kan ses ur ett internationellt perspektiv, vilket intresserade författaren mer.

Under datainsamlingen valdes till en början inklusionskriterien att de vetenskapliga artiklarna endast skulle vara publicerade i Europa. Detta valdes sedan bort då författaren bedömde att fler intressanta vetenskapliga artiklar vars resultat svarat mot litteraturoversiktens syfte, var publicerade utanför Europa.

Under datainsamlingen gjordes även en sökning i PubMed (Public Medline) som också är en databas med medicinsk och omvårdnadsvetenskaplig forskning (Forsberg & Wengström, 2016). Då vissa begränsningar ej kan göras i PubMed som till exempel "Research Article" togs beslutet att endast välja vetenskapliga artiklar från Cinahl. Det höga antalet träffar i sökningen var också av betydelse då denna litteraturoversikt ej är systematisk samt haft en begränsad tid.

Föreliggande litteraturoversikt har använt sig av fritextsökning och specialiserad sökning för att både få en specifik och bred sökning på samma gång. Fritextsökningen har visat sig vara viktig för denna litteraturoversikt då relevanta vetenskapliga artiklar har hittats utanför den specialiserade sökningen.

Till en början var målet att inkludera vetenskapliga artiklar med varierande metodval för att få se likheter samt skillnader mellan olika forskningsmetoder. Det var dock svårt att hitta kvantitativa forskningsmetoder ur ett närståendeperspektiv. En annan svårighet visade sig vara att få fram sjuksköterskans roll i arbetet avseende information och stöd. Sjuksköterskor ingick i övervägande fall i ett vårdteam. Det visade sig under arbetets gång att vetenskapliga artiklar med en kvalitativ metod, på ett tydligt och utförligt sätt, kunde

beskriva närståendes upplevelser och behov av stöd, jämfört med vetenskapliga artiklar med en kvantitativ metod där det oftast endast fördes statistik. De vetenskapliga artiklarna med en kvalitativ metod var därför mest användbara i denna litteraturöversikt.

12 vetenskapliga artiklar är inkluderade i föreliggande litteraturöversikt, varav fem från England, tre från Sverige, två från USA, en från Nederländerna samt en från Australien. Enligt Kristensson (2014) krävs det att de vetenskapliga artiklarna är av tillräckligt hög kvalitet för att utföra en litteraturöversikt. Artiklarna bedömdes därför med hjälp av Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag modifierad utifrån Berg, Dencker, och Skärsäter (1999) och Willman m.fl., (2011). Av en tregradig skala fick sju av artiklarna graderingen medel (II) och fem av artiklarna fick graderingen hög (I). Författaren anser att dessa vetenskapliga artiklar är av tillräckligt hög kvalitet för att inkluderas i litteraturöversikten.

Då samtliga vetenskapliga artiklar är skrivna på engelska finns det risk för att studiernas resultat har påverkats via översättningen, till exempel av författarens egna tolkningar och värderingar. Författaren har varit medveten om detta under arbetets gång. Därför har studiernas resultat skett i samråd med andra för att minska att dess resultat ska påverkas. Enligt Friberg (2012) kan förutfattade meningar och känslomässiga bindningar utgöra ett hinder i analysen. Författaren har i denna litteraturöversikt eftersträvat i att försöka bortse från egen förförståelse samt egna värderingar. Om man är medveten om sina tankar och sin kunskap kan förförståelsen gå att kontrollera. Det är då också lättare att inte låta dem påverka den pågående analysen (Friberg, 2012). Tillförlitligheten i denna litteraturöversikt kan vara låg då det kan innebära en brist att författaren ensam granskat valda artiklar samt arbetat självständigt under processens gång. Författaren inser att det finns en styrka i att vara flera som skriver ett arbete då man är fler som granskar samtidigt, vilket kan stärka tillförlitligheten i ett arbete.

En databashandledning utfördes tillsammans med en bibliotekarie vilket har varit till stor hjälp. En bibliotekaries hjälp är viktig vid sökningar av artiklar (Forsberg & Wengström, 2016). Men det finns en risk att kvalitén på resultatet påverkats negativt eftersom tiden för databassökningen varit begränsad (Henricson & Billhult, 2012).

Slutsats

Föreliggande litteraturöversikt belyser att närstående har ett stort behov av stöd från sjuksköterskan samt sjukvården generellt. Det är viktigt att sjuksköterskan informerar närstående samt förbereder dem inför den vårdande rollen, annars resulterar detta i att närstående känner sig otrygga i situationen. De närstående är också i behov av känslomässigt stöd. Här spelar sjuksköterskans personliga egenskaper roll som kan påverka de närståendes upplevelser av stöd och information.

Fortsatta studier

Närståendes upplevelser och behov av stöd har varit oberoende av världsdel samt vårdform. Fortsatta studier skulle därför kunna vara att studera om närståendes upplevelser och behov av stöd inom palliativ vård skiljer sig beroende på var vården hålls, till exempel i hemmet eller på sjukhus, eller mellan olika länder. Till detta skulle det vara passande att använda sig av en systematisk litteraturstudie.

Klinisk tillämpbarhet

Litteraturöversikten erbjuder lättillgänglig information till sjuksköterskor där de har möjlighet att erhålla kunskap som framkommit genom studiens resultat. Sjuksköterskor kan få ökad kunskap och förståelse om närståendes upplevelser och behov av stöd inom palliativ vård. Resultatet kan även komma till användning för att utveckla organisationer med stödteam inom hälso- och sjukvården. För detta krävs tid och resurser samt engagemang från personal. Då känslomässigt stöd är en stor del av de närståendes behov är det bra att sjuksköterskor inte bara tränas teoretiskt under sjuksköterskeutbildningen utan också får delta i olika simulerande situationer.

REFERENSER

Andershed B. (2006). Relatives in end-of-life care -- part 1: a systematic review of the literature the five last years, January 1999-February 2004. *Journal of Clinical Nursing*, 15(9), 1158–1169. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01473.x>

Bee PE, Barnes P, & Luker KA. (2009). A systematic review of informal caregivers' needs in providing home-based end-of-life care to people with cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 18(10), 1379–1393. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02405.x>

Benkel, I., Molander, U., & Wijk, H. (2016). *Palliativ vård : ur ett tvärprofessionellt perspektiv*. Stockholm: Liber.

Benkel, I., Wijk, H., & Molander, U. (2012). Loved Ones Obtain Various Information About the Progression of the Patient's Cancer Disease Which is Important for Their Understanding and Preparation. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*®, 29(1), 64–69. <https://doi.org/10.1177/1049909111412579>

Berg, A., Dencker, K., & Skärsäter, I. (1999). *Evidensbaserad omvårdnad: Vid behandling av personer med depressionssjukdomar (Evidensbaserad omvårdnad, 1999:3)*. Stockholm: SBU, SFF.

*Boucher J, Bova C, Sullivan-Bolyai S, Theroux R, Klar R, Terrien J, & Kaufman DA. (2010). Next-of-kin's perspectives of end-of-life care. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 12(1), 41–50. <https://doi.org/10.1097/NJH.0b013e3181c76d53>

*Carlander, I., Sahlberg-Blom, E., Hellström, I., & Ternstedt, B.-M. (2011). The modified self: family caregivers' experiences of caring for a dying family member at home. *Journal of Clinical Nursing*, 20(7/8), 1097–1105. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03331.x>

Cowan, M. M. (2014). The lived experiences of the Sikh population of south east England when caring for a dying relative at home. *International Journal of Palliative Nursing*, 20(4), 179–186.

Cronfalk BS, Strang P, & Ternstedt B. (2009). Inner power, physical strength and existential well-being in daily life: relatives' experiences of receiving soft tissue massage in palliative home care. *Journal of Clinical Nursing*, 18(15), 2225–2233. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02517.x>

Cunico, L., Sartori, R., Marognoli, O., & Meneghini, AM. (2016). Developing empathy in nursing students: a cohort longitudinal study. *Journal of Clinical Nursing*, 21(13-14), 2016-25. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04105.x.

Dumont, S., Turgeon, J., Allard, P., Gagnon, P., Charbonneau, C., & Vézina, L. (2006). Caring for a loved one with advanced cancer: determinants of psychological distress in family caregivers. *Journal of Palliative Medicine*, 9(4), 912–921. <https://doi.org/10.1089/jpm.2006.9.912>

Flensner, G. (2014). Det vetenskapliga ämnet. I E. Dahlborg Lyckhage (Red.), *Att bli sjuksköterska: en introduktion till yrke och ämne*. Lund: Studentlitteratur.

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier : värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (4. uppl.). Stockholm: Natur & kultur.

Friberg, F. (2012). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (2. uppl., ss. 133–143). Lund: Studentlitteratur.

Friedrichsen, M. (2012). Sjuksköterskans roll - anpassning och balans. I P. Strang & B. Beck-Friis (Red.), *Palliativ medicin och vård* (4. uppl., ss. 366–372). Stockholm: Liber.

Gapminder. (2015). *Life expectancy, years/Income per person/capita in \$*. Hämtad från http://www.gapminder.org/tools/#_state_marker_select@_geo=swe&trailStartTime=2015;;&chart-type=bubbles

*Harrop, E., Byrne, A., & Nelson, A. (2014). "It's alright to ask for help": findings from a qualitative study exploring the information and support needs of family carers at the end of life. *BMC Palliative Care*, 13(1), 1–17. <https://doi.org/10.1186/1472-684X-13-22>

Helgesson, G. (2015). *Forskningsetik*. Lund: Studentlitteratur.

Henricson, M., & Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. (ss. 129-137). Lund: Studentlitteratur.

*Henriksson, A., & Andershed, B. (2007). A support group programme for relatives during the late palliative phase. *International Journal of Palliative Nursing*, 13(4), 175–183.

*Hudson P, Thomas T, Quinn K, & Aranda S. (2009). Family meetings in palliative care: are they effective? *Palliative Medicine*, 23(2), 150–157. <https://doi.org/10.1177/0269216308099960>

*Jack, B. A., O'Brien, M. R., Scrutton, J., Baldry, C. R., & Groves, K. E. (2015). Supporting family carers providing end-of-life home care: a qualitative study on the impact of a hospice at home service. *Journal of Clinical Nursing*, 24(1/2), 131–140. <https://doi.org/10.1111/jocn.12695>

*Kalnins, I. (2006). Caring for the terminally ill: experiences of Latvian family caregivers. *International Nursing Review*, 53(2), 129–135. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2006.00478.x>

Karlsson, E. K. (2012). Informationssökning. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. (ss. 94-113). Lund: Studentlitteratur.

Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod : från idé till examination inom omvårdnad* (1. uppl., ss. 69–92). Lund: Studentlitteratur.

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik : för studenter inom hälso- och sjukvård*. Stockholm: Natur Kultur Akademisk.

*Lees, C., Mayland, C., West, A., & Germaine, A. (2014). Quality of end-of-life care for those who die at home: views and experiences of bereaved relatives and carers. *International Journal of Palliative Nursing*, 20(2), 63–67.

Lindqvist, O., & Rasmussen, B. H. (2014). Omvårdnad i livets slutskede. I A.-K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa* (2. uppl., ss. 757–796). Lund: Studentlitteratur.

*Lundberg, T., Olsson, M., & Fürst, C. J. (2013). The perspectives of bereaved family members on their experiences of support in palliative care. *International Journal of Palliative Nursing*, 19(6), 282–288.
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.12968/ijpn.2013.19.6.282>

Milberg, A. (2012). Närstående vid palliativ vård. I P. Strang & B. Beck-Friis (Red.), *Palliativ medicin och vård* (4. uppl., ss. 144–151). Stockholm: Liber.

Munck B, Fridlund B, & Mårtensson J. (2008). Next-of-kin caregivers in palliative home care -- from control to loss of control. *Journal of Advanced Nursing*, 64(6), 578–586.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04819.x>

Neergaard, M. A., Jensen, A. B., Sondergaard, J., Sokolowski, I., Olesen, F., & Vedsted, P. (2011). Preference for place-of-death among terminally ill cancer patients in Denmark. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(4), 627–636. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00870.x>

*Osse, B. H. P., Vernooij-Dassen, M. J. F. J., Schadé, E., & Grol, R. P. T. M. (2006). Problems experienced by the informal caregivers of cancer patients and their needs for support. *Cancer Nursing*, 29(5), 378-388-390.

Ottosson, J.-O. (2012). Eutanasi, assisterat självmord eller palliativ vård? I P. Strang & B. Beck-Friis (Red.), *Palliativ medicin och vård* (4. uppl., ss. 35–39). Stockholm: Liber.

Regionala cancercentrum i samverkan. (2012). *Nationellt vårdprogram för palliativ vård 2012–2014*. Stockholm. Hämtad från
<http://www.stockholmsjukhem.se/Documents/SPN/Nationellt%20Vårdprogram%20för%20Palliativ%20Vård%202012.pdf>

Sand, L., Olsson, M., & Strang, P. (2010). What are motives of family members who take responsibility in palliative cancer care? *Mortality*, 15(1), 64–80.
<https://doi.org/10.1080/13576270903537690>

Saunders, C. M. (Red.). (1980). Den goda döden. I *Den goda döden : om vård av döende cancerpatienter*. Stockholm: AWE/Geber.

*Seamark, D., Blake, S., Brearley, S. G., Milligan, C., Thomas, C., Turner, M., ... Payne, S. (2014). Dying at home: a qualitative study of family carers' views of support provided by GPs community staff. *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 64(629), e796-803.
<https://doi.org/10.3399/bjgp14X682885>

Segesten, K. (2013). Trygghet. I B. Andershed, B.-M. Ternstedt, & C. Håkanson (Red.), *Palliativ vård: Begrepp & perspektiv i teori och praktik* (ss. 279-285). Lund: Studentlitteratur.

SFS 2009:400. *Offentlighets- och sekretesslagen*. Stockholm: Riksdagen.

SFS 2014:821. *Patientlag*. Stockholm: Riksdagen.

Socialstyrelsen. (2004). *Termbanken - närstående*. Hämtad från <http://termbank.socialstyrelsen.se/showterm.php?fTid=272>

Socialstyrelsen. (2006). *Vård i livets slutskede : Socialstyrelsens bedömning av utvecklingen i landsting och kommuner*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/90635F0E-32C6-4662-9A84-0808D353D673/6685/200610391.pdf>

Socialstyrelsen. (2013). *Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede : vägledning, rekommendationer och indikatorer : stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-6-4>

Socialstyrelsen. (2016). *Statistik om dödsorsaker*. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikefteramne/dodsorsaker>

SOU 2001:6. Döden angår oss alla - Värdig vård vid livets slut. Stockholm: Regeringskansliet. Hämtad från <http://www.regeringen.se/49b6c2/contentassets/9b252638652e497ab0e16f66a0a54cf9/doden-angar-oss-alla>

Statistiska Centralbyrån. (2017). *Nu är vi 10 miljoner invånare i Sverige*. Hämtad från http://www.scb.se/sv/_om-scb/nyheter-och-pressmeddelanden/sveriges-befolkning-tickarpa-mot-10-miljoner/

Strang, P. (2012a). Ett palliativt förhållningssätt - enligt WHO. I P. Strang & B. Beck-Friis (Red.), *Palliativ medicin och vård* (4. uppl., ss. 30–34). Stockholm: Liber.

Strang, P. (2012b). Symtomkontrollens betydelse i den palliativa vården. I P. Strang & B. Beck-Friis (Red.), *Palliativ medicin och vård* (4. uppl., ss. 186–189). Stockholm: Liber.

Svenska palliativregistret. (u.å). *Svenska palliativregistret*. Hämtad från <http://palliativ.se/>

Svensk sjuksköterskeförening. (2016). *Värdegrund för omvårdnad : reviderad 2016*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Ternstedt, B.-M., & Andershed, B. (2013). Den palliativa vårdens utveckling. I B. Andershed, B.-M. Ternstedt, & C. Håkanson (Red.), *Palliativ vård: Begrepp & perspektiv i teori och praktik* (ss. 103-116). Lund: Studentlitteratur.

*Totman, J., Pistrang, N., Smith, S., Hennessey, S., & Martin, J. (2015). 'You only have one chance to get it right': A qualitative study of relatives' experiences of caring at home for a family member with terminal cancer. *Palliative Medicine*, 29(6), 496–507. <https://doi.org/10.1177/0269216314566840>

Watson, J. (2008). *Nursing: the philosophy and science of caring*. Boulder, Colo.: University Press of Colorado.

Wheatley V. J., & Idris Baker, J. (2007). "Please, I want to go home": ethical issues raised when considering choice of place of care in palliative care. *Postgraduate Medical Journal*, 83(984), 643–648. doi: [10.1136/pgmj.2007.058487](https://doi.org/10.1136/pgmj.2007.058487)

Widell, M. (2003). *Lindrände vård : vård i livets slutskede*. Stockholm: Bonnier utbildning.

Widell, M. (2015). *Palliativ vård*. Stockholm: Sanoma utbildning.

Willman, A., Bahtsevani, C., & Stoltz, P. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning & Klinisk verksamhet*. (3. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Mall databassökning

BILAGA A

Databas Datum	Sökord "... " = fritext	Antal träffar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Antal inkluderade artiklar
Cinahl 16-02-2017	terminal care OR terminally ill patients OR palliative care OR "palliative care" AND family OR professional-family relations OR caregivers OR "family" OR relatives OR "next of kin" AND home health care OR "home care" OR "home nursing" OR "home-based" OR "home care services" AND support, psychosocial OR caregiver support	64	18	9	3
Cinahl 16-02-2017	terminal care AND caregivers AND "support"	43	9	8	1
Cinahl 27-02-2017	Family AND palliative care AND "support"	109	12	5	4
Cinahl 28-02-2017	"Terminal care" AND "next-of-kin" AND "support"	7	3	2	1
Cinahl 28-02-2017	Palliative care AND "relative" AND "support"	42	5	1	1
TOTALT		265	47	25	10

Manuell sökning

Två vetenskapliga artiklar i detta arbete har hittats genom manuell sökning. Artikeln skriven av Osse m.fl., (2006) hittades som en referens i en av de 64 vetenskapliga artiklarna under datainsamlingen. Artikeln skriven av Seamark m.fl. (2014) gavs till författaren genom ett handledartillfälle med en bibliotekarie.

Matris över inkluderade artiklar

BILAGA B

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Boucher J, Bova C, Sullivan-Bolyai S, Theroux R, Klar R, Terrien J, Kaufman DA 2010 USA	Next-of-Kin's Perspectives of End-of-Life Care	Att beskriva de positiva och negativa erfarenheterna av vård i livets slutskede hos de närstående samt att utforska den palliativa vårdens erfarenheter i relation till åtta vårdområden som identifierats av "National Hospice" and "Palliative Care Organization".	<u>Design:</u> Tvärsnittsstudie. <u>Urval:</u> Randomiserat urval av närstående till patienter inom palliativ vård, i centrala Massachusetts. <u>Datainsamling:</u> Frågeformulär. <u>Analys:</u> Materialet transkriberades och sedan analyserades av sjuksköterskor.	186 (-)	38,7% var positiva kring den palliativa vården, 30,1% var negativa och 15,6% var både och. 15,6% var också neutrala. Kommunikation, miljö, närvaro och önskemål blev teman i resultatet.	RCT II
Carlander I, Sahlberg-Blom E, Hellström I, Ternstedt BM 2010 Sverige	The modified self: family caregivers' experiences of caring for a dying family member at home	Undersöka vardagliga situationer som utmanade de närståendes självbild i samband med att ta hand om sin döende anhörig i hemmet.	<u>Design:</u> Kvalitativ studie. <u>Urval:</u> Närstående som tagit hand om sin döende anhörig i minst 4 veckor i patientens hem. 6–12 månader efter den anhöriges bortgång. <u>Datainsamling:</u> Intervjuer. <u>Analys:</u> Intervjuerna analyserades, granskades och tolkades.	10 (1)	De närstående upplevde utmanande ideal och tajta begränsningar i det vardagliga livet. De kände också att patienten var beroende av den närstående vilket var utmanade för dem.	K II

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K) I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Matris över inkluderade artiklar

BILAGA B

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Delta gare (bortf all)	Resultat	Typ Kvali tet
Harrop E, Byrne A, Nelson A 2014 England	'It's alright to ask for help': findings from a qualitative study exploring the information and support needs of family carers at the end of life	Undersöka behovet av information och stöd för familjevårdgivare som uppfattas av de själva och av vårdpersonal.	<u>Design:</u> Kvalitativ studie. <u>Urval:</u> Deltagarna valdes ut från ett Hospice i England där de närstående fått rådgivande samtal. <u>Datainsamling:</u> Deltagarna träffades på möten där diskussionerna spelades in. <u>Analys:</u> Diskussionerna transkriberades och analyserades.	15 (-)	De närstående upplevde det bland annat svårt med att hjälpa sin sjuka anhörig från sängen, stolen eller när hen har ramlat. De närstående upplevde ingen hjälp från sjukvårdspersonal hur de skulle kunna ta hand om sin sjuka anhörig, utan kände att de fick lära sig själva.	K II
Henriksson A, Andershed B 2007 Sverige	A support group programme for relatives during the late palliative phase	Att beskriva hur närstående till obotligt sjuka personer upplevde att vara deltagare i en stödgrupp samt vilka effekter stödet haft på deras liv i den palliativa fasen.	<u>Design:</u> Kvalitativ studie med en fenomenologisk metod. <u>Urval:</u> Ett strategiskt urval gjordes utifrån ålder, kön och vilken relation den närstående haft till patienten. Den närstående ska ha varit delaktig i minst fem av sex stödgruppsmöten. <u>Datainsamling:</u> Intervjuer. <u>Analys:</u> Intervjuerna transkriberades och analyserades av en av författarna.	13 (3)	Omvårdnadsåtgärder som initieras och utförs av sjuksköterskor kan påverka de närståendes möjligheter att hantera sin situation vid vård av en döende människa.	K I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K) I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Matris över inkluderade artiklar

BILAGA B

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Hudson P, Thomas T, Quinn K, Aranda S 2009 Australien	Family meetings in palliative care: are they effective?	Utvärdera hur effektivt det är för familjer att möta andra familjer inom palliativ vård samt att mäta uppfyllda och ouppfyllda behov bland de närstående vid tre olika tillfällen: innan mötet, omedelbart efter mötet och två dagar efter mötet.	<u>Design:</u> Kvalitativ pilotstudie. <u>Urval:</u> Deltagarna ska vara närstående till en patient med avancerad cancerdiagnos, som ej är kognitivt nedsatt och inte för närvarande döende (inom timmar eller dagar). Den närstående ska vara den primära familjevårdaren, >18 år samt kunna läsa och förstå engelska. <u>Datainsamling:</u> Ett frågeformulär delades ut till varje närstående innan det planerade mötet för att ta reda på vad varje närstående oroade sig över. Detta utgjorde basen för själva mötet. Diskussionerna under mötet spelades in. <u>Analys:</u> Transkribering och en integrerad analys gjordes av diskussionerna.	20 (6)	Familjerna tyckte att det var informativt och familjefokuserat i en positiv miljö. 25 procent av deltagarna önskar att de haft möjlighet att delta tidigare.	K II

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K) I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Matris över inkluderade artiklar

BILAGA B

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Jack BA, O'Brien MR, Scrutton J, Baldry CR, Groves KE 2014 England	Supporting family carers providing end-of-life home care: a qualitative study on the impact of a hospice at home service	Undersöka sörjande närståendes uppfattningar och erfarenheter av ett hospiceteam i hemmet.	<u>Design:</u> Kvalitativ studie. <u>Urval:</u> Närstående >18 år som varit den primära vårdaren till patienten samt att patientens bortgång skett inom loppet av 3 månader. <u>Datainsamling:</u> Semistrukturerade intervjuer. <u>Analys:</u> Transkribering av intervjuerna som enskilt granskades noga.	20 (-)	Samtliga närstående rapporterade positiva erfarenheter och upplevelser av hospiceteamet. De närstående berättade att de uppskattade deras närvaro, kände sig vara i goda händer och att de hjälpte att stötta en till ett normalt liv.	K II
Kalnins I 2006 USA	Caring for the terminally ill: experiences of Latvian family caregivers	Att öka förståelsen av de erfarenheter och behov familjevårdgivare har till sjuka anhöriga i Lettland.	<u>Design:</u> Kvalitativ studie. <u>Urval:</u> Deltagarna >18 år, patientens bortgång skulle ha skett inom loppet av 12 månader. Slutligen skulle deltagarna kunna prata samt förstå lettiska. <u>Datainsamling:</u> Semistrukturerade intervjuer. <u>Analys:</u> Intervjuerna analyserades där olika teman identifierades. Deras respektive berättelser tolkades för att sedan få en förståelse av de närståendes situationer.	18 (-)	De närståendes berättelser sammanfattades i följande teman; en ansvarsfull vårdnadsroll, bli tagen för givet, anpassa sig efter den nya situationen samt nya kunskaper i att vårda, förberedelser inför döden samt vinster och förluster i erfarenheten av att vårda en nära anhörig.	K I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K) I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Lees C, Mayland C, West A, Germaine A 2014 England	Quality of end-of-life care for those who die at home: views and experiences of bereaved relatives and carers	Att testa giltigheten, tillförlitlighet och känslighet i valt frågeformulär.	<u>Design:</u> Mixad metodstudie. <u>Urval:</u> Patienten skulle vara >18 år, haft en ej botbar och avancerad sjukdom samt vårdats palliativt i sitt hem med hjälp av ett palliativt sjukvårdsteam. <u>Datainsamling:</u> Frågeformulär. <u>Analys:</u> Data från frågeformulären analyserades.	72 (-)	Kommunikation, förberedelse inför och efter döden samt kunskap kring medicin och symtom var de närstående i behov av.	P II
Lundberg T, Olsson M, Fürst C-J 2013 Sverige	The perspectives of bereaved family members on their experiences of support in palliative care	Att utforska familjemedlemmars stödjande interaktioner i palliativ vård och de känslomässiga upplevelser som de associerar med detta.	<u>Design:</u> Kvalitativ studie. <u>Urval:</u> Deltagarna ska ha varit >18 år och närmast närstående till patienten samt mottagit stöd från ett palliativt sjukvårdsteam. <u>Datainsamling:</u> Intervjuer. <u>Analys:</u> Intervjuerna analyserades genom en induktiv kvalitativ innehållsanalys.	30 (5)	Fem kategorier av stödjande interaktioner med personal var kopplade till känslomässiga upplevelser: Informativt stöd, stödjande möte, professionellt fokus för personal, en stödjande miljö samt efterlevnadsstöd. Dessa tillsammans bidrog till en känsla av styrka samt värdighet bland de närstående. Stödet bör individanpassas i relation till respektive närstående.	K I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K) I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Matris över inkluderade artiklar

BILAGA B

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Delta gare (bortfall)	Resultat	Typ Kva litet
Osse BH, Vernooij-Dassen MJ, Schadé E, Grol RP 2006 Nederländerna	Problems experienced by the informal caregivers of cancer patients and their needs for support	Utforska de närståendes problem och deras behov från hälso- och sjukvården.	<u>Design:</u> Tvärsnittsstudie. <u>Urval:</u> Närstående till patienter med avancerad cancer. <u>Datainsamling:</u> Frågeformulär. <u>Analys:</u> Frågeformulären analyserades genom att identifiera olika gemensamma teman. De identifierade problemen och behov jämfördes mellan kön och ålder.	81 (5)	De främsta problemen och behoven de närstående rapporterade var rädsla och känslomässig belastning. Många behövde också stöd med att hantera patientens symtom.	K II
Seamark D, Blake S, Brearly S-G, Milligan C, Thomas C, Turner M, Wrang X, Payne S 2014 England	Dying at home: a qualitative study of family carers' views of support provided by GPs community staff	Undersöka närståendevårdares synpunkter om samhällets stöd som skapade en möjlighet att ha palliativ vård i hemmet.	<u>Design:</u> Kvalitativ studie. <u>Urval:</u> Närstående >18 år, till patienter >50 år, som vårdats palliativt. Patienten ska ha vårdats i minst 2 veckor innan sin död och den ska ha skett i patientens eller den närståendes hem. <u>Datainsamling:</u> Semistrukturerade intervjuer gjorde sex till 24 månader efter dödsfallet. <u>Analys:</u> Intervjuerna analyserades genom tvärsnittstema, där likheter och skillnader jämfördes och identifierades.	109 (50)	De närstående hade både positiva och negativa upplevelser men det övergripande temat som närstående belyste var kontinuitet i vården av den sjuke. De menade att det var för många olika vårdare runt en och samma patient. Förbättrad information och organisation skulle leda till en mer positiv upplevelse av den palliativa vården.	K I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K) I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Matris över inkluderade artiklar

BILAGA B

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Delta gare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Totman J, Pistrang N, Smith S, Hennessey S, Martin J 2015 England	‘You only have one chance to get it right’: A qualitative study of relatives’ experiences of caring at home for a family member with terminal cancer	Att utforska de känslomässiga utmaningar som vårdgivare i hemmet står inför samt deras upplevelser av hälso- och sjukvårdspersonal.	<u>Design:</u> Kvalitativ studie. <u>Urval:</u> Nyligen sörjande vuxna närstående till cancerpatienter som vårdats av sin familjemedlem hemma. <u>Datainsamling:</u> Semistrukturerade intervjuer. <u>Analys:</u> Transkribering samt en integrerad analys av intervjuerna.	25 (10)	Deltagarnas erfarenheter av att vara vårdgivare och av professionellt stöd var mycket varierande. De närstående upplevde bland annat känslor av isolation och ensamhet. Men också känslor av meningsfullhet, viljan att ge någonting tillbaka och tacksamhet. Sjukvårdspersonalen uppfattades som inflytelserik i att både hjälpa och att hindra de närstående i de utmaningar de stod inför.	K I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K) I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

BILAGA C

Tabell 1. Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats, modifierad utifrån Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011).

KOD OCH KLASSIFICERING	VETENSKAPLIG KVALITET		
	I = Hög kvalitet	II = Medel	III = Låg kvalitet
Randomiserad kontrollerad studie/Randomised controlled trial (RCT) är prospektiv och innebär jämförelse mellan en kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper.	Större välplanerad och väl genomförd multicenterstudie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Randomiserad studie med få patienter/deltagare och/eller för många delstudier, vilket ger otillräcklig statistisk styrka. Bristfälligt antal patienter/deltagare, otillräckligt beskrivet eller stort bortfall.
Klinisk kontrollerad studie/Clinical controlled trial (CCT) är prospektiv och innebär jämförelse mellan kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper. Är inte randomiserad.	Välplanerad och väl genomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Icke- kontrollerad studie (P) är prospektiv men utan relevant och samtida kontrollgrupp.	Väldefinierad frågeställning, tillräckligt antal patienter/deltagare och adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Retrospektiv studie (R) är en analys av historiskt material som relateras till något som redan har inträffat, exempelvis journalhandlingar.	Antal patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Väl planerad och väl genomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Kvalitativ studie (K) är vanligen en undersökning där avsikten är att studera fenomen eller tolka mening, upplevelser och erfarenheter utifrån de utforskades perspektiv. Avsikten kan också vara att utveckla begrepp och begreppsmässiga strukturer (teorier och modeller).	Klart beskriven kontext (sammanhang). Motiverat urval. Välbeskriven urvals-process; datainsamlingsmetod, transkriberingsprocess och analysmetod. Beskrivna tillförlitlighets/reliabilitetshänsyn. Interaktionen mellan data och tolkning påvisas. Metodkritik.	*	Dåligt/vagt formulerad frågeställning. Patient/deltagargruppen för otillräckligt beskriven. Metod/analys ej tillräckligt beskriven. Bristfällig resultatredovisning.

* Några av kriterierna utifrån I = Hög kvalitet är inte uppfyllda men den vetenskapliga kvaliteten värderas högre än III = Låg kvalitet.