

När livet vänder

- Närståendes erfarenheter av stöd i onkologisk omvårdnad.

FÖRFATTARE	Olivia Imberg Viktoria Andersson
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng OM5250 HT 2014
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Ingela Henoch
EXAMINATOR	Zahra Ebrahimi

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Stort tack riktas till vår handledare Ingela Henoch för stöd och uppmuntran under vårt skrivande.

Titel (svensk):	När livet vänder – Närståendes erfarenheter av stöd i onkologisk omvårdnad.
Titel (engelsk):	When life turns – Relatives`experiences of support in oncological care.
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng OM5250
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	28 sidor
Författare:	Olivia Imberg & Viktoria Andersson
Handledare:	Ingela Henoch
Examinator:	Zahra Ebrahimi

SAMMANFATTNING (svenska)

Bakgrund: Cancer är en vanlig sjukdom som påverkar närstående i hög grad. Sjuksköterskan har en viktig roll i att möjliggöra de närståendes delaktighet i omvårdnaden och lindra lidande. De närstående förväntas stötta patienten, vilket blir svårt om de själva inte får stöd. **Syfte:** Att beskriva närståendes erfarenheter av stöd från sjuksköterskan i onkologisk omvårdnad. **Metod:** En litteraturöversikt med avsikt att få en överblick över forskningsområdet. Tolv artiklar granskades och analyserades. I analysen identifierades meningsbärande enheter vilka resulterade i tre teman och åtta subteman. **Resultat:** Tre teman framkom; Närståendes syn på förutsättningar för stöd, Närståendes behov av stöd samt Närståendes syn på konsekvenser av stöd. Förutsättningar för stöd är att personalen är tillgänglig och har en holistisk bild av patienten. Vidare att de anpassar informationen efter de närståendes behov och att hälso- och sjukvårdspersonalen tar sig tid till de närstående. Inom onkologisk omvårdnad har de närstående behov av att få samtala med hälso- och sjukvårdspersonalen, få information om bland annat patientens sjukdom och behandling samt praktiskt stöd. Positiva konsekvenser av stöd syftar till att de närstående fick hjälp att hitta en mening i situationen och utveckla ett hopp inför framtiden, de närstående önskade även mer stöd för att i sin tur kunna stötta patienten. En negativ konsekvens framkom där en sjuksköterska kom för nära de närstående vilket ledde till att sjuksköterskans samtal ersatte det viktiga samtalet den närstående kunde ha med patienten. Avsaknad av information kunde bland annat bidra till att de närstående kände sig exkluderade. **Slutsats:** Sjuksköterskan bör se till varje individs unika behov och anpassa informationen. De närstående ska erbjudas möjlighet till samtal i enrum. När de blir delaktiga, kan de stötta patienten, vars välmående har en positiv inverkan på de närstående. Uppsatsen tydliggör behov av mer forskning inom området.

Sökord: *professional-family relations, family relations, oncologic nursing, cancer patients, experience, psychosocial factors, social support.*

Innehåll

INLEDNING	6
BAKGRUND	6
CANCER OCH NÄRSTÅENDE.....	6
NÄRSTÅENDE	7
NÄRSTÅENDESTÖD	7
LIDANDE	8
FAMILJEFOKUSERAD OMVÅRDNAD OCH PERSONCENTRERAD VÅRD	8
PROBLEMFÖRMULERING	9
SYFTE.....	9
METOD.....	9
VAL AV METOD.....	9
DATAINSAMLING	9
URVAL	12
KVALITETSGRANSKNING AV ARTIKLARNA.....	12
ETISKA ÖVERVÄGANDEN	12
ANALYS.....	13
RESULTAT	13
NÄRSTÅENDES SYN PÅ FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR STÖD	13
Att hälso- och sjukvårdspersonal är tillgänglig för patient och närstående.....	13
Att få anpassad information.....	14
NÄRSTÅENDES BEHOV AV STÖD	15
Att bli sedd och lyssnad på.....	15
Att få praktiskt stöd	15
Att bli informerad.....	15
NÄRSTÅENDES SYN PÅ KONSEKVENSER AV STÖD	16
Positiva konsekvenser av stöd.....	16
Negativa konsekvenser av stöd	16
Konsekvenser vid uteblivet stöd.....	17
DISKUSSION	17
METODDISKUSSION	17
Styrkor	17
Svagheter	18
RESULTATDISKUSSION.....	19

Närståendes syn på förutsättningar för stöd	19
Närståendes behov av stöd	19
Närståendes syn på konsekvenser av stöd	20
Förslag på fortsatt forskning.....	21
Implikationer för omvårdnad.....	21
Slutsats.....	22
REFERENSLISTA.....	23

Bilaga 1 Artikelmatris

INLEDNING

Någon gång i livet kommer människor att få erfara hur det är att vara närstående till någon som blir svårt sjuk. Ibland kommer det plötsligt och oväntat och ibland är det väntat. Livet tar oss ibland på vägar som vi själva inte valt att gå. Ett exempel på ett sådant tillfälle när ett besked kom oväntat var när en av oss hade praktik inom barnsjukvården. En mamma till ett litet barn sökte vård då hon märkte att något inte stämde med barnet. På sjukhuset får hon beskedet att barnet har en sjukdom som innebär att de båda behöver stanna på sjukhuset en tid framöver och kanske inte kan vara hemma till jul, detta var i maj. Att som sjuksköterskestudent få bevittna hur moderns liv vänder efter ett sådant besked, ger upphov till medlidande och en insikt om att det snart är vi som blivande sjuksköterskor som i situationen behöver finnas som ett stöd. Vi är intresserade av närståendes erfarenheter av att ha blivit stöttade av vårdpersonal. I vårt framtida yrkesliv vill vi kunna ta med oss det som upplevts positivt i mötet och undvika bemötande som kan ge upphov till dåliga erfarenheter. Då de flesta som drabbas av cancer är vuxna har vi valt att begränsa oss till vuxna närstående till vuxna patienter med cancer.

BAKGRUND

CANCER OCH NÄRSTÅENDE

Årligen drabbas i genomsnitt 50 000 personer i Sverige av cancer och det uppskattas att var tredje svensk någon gång i livet insjuknar i sjukdomen, år 2011 kom siffran upp i nästan 58 000. Prognosen varierar beroende på typ av cancersjukdom. År 2011 dog 21 735 i cancersjukdom. I Sverige är den vanligaste cancerformen prostatacancer som 2011 stod för 16,7 procent av fallen, därefter kom bröstcancer som utgjorde 14,6 procent. Kvinnor och män drabbas ungefär lika ofta, men typ av cancer skiljs däremellan. Män får oftast prostatacancer och kvinnor bröstcancer (Socialstyrelsen, 2013).

I en översiktsartikel av Northouse (2005) framgår det tydligt att cancer påverkar både patientens och de närståendes känslomässiga välbefinnande. De närstående kan uppleva oro trots avslutad behandling och blir förvånade över att det tar lång tid innan allting återgår till det normala. De känner oro inför framtiden och en rädsla för att cancer ska komma tillbaka. Det är vidare beskrivet att familjens möjlighet att hantera situationen kan påverka patientens förmåga att hantera situationen, de påverkar varandra. I jämförelse med patienten upplever familj och närstående större osäkerhet och erhåller mindre stöd utifrån. Vissa studier indikerar att ett resultat av cancerdiagnosen i vissa fall kan vara att familjen kommer närmre varandra och lär sig att uppskatta varje dag. Närstående har olika sätt att förhålla sig till cancer, för vissa är det viktigt att få prata och diskutera mycket medan andra inte vill det (Northouse, 2005).

Lewis (2004) konstaterar i en översiktsartikel att familjemedlemmar till patienter med bröstcancer måste balansera två liv, delvis deras liv som en familj och deras liv med cancer. I artikeln framkommer fem antaganden gällande familjers anpassning till bröstcancer. Det första är att familjemedlemmar ändrar sin copingstrategi relaterat till bröstcancers sjukdomsrelaterade påfrestningar. Det andra är att familjer med tiden lär sig att hantera bröstcancer. Det tredje är att makarna är lyhörda till varandras tankar och känslor om bröstcancer. Det fjärde handlar om att påverkan från bröstcancer i äktenskapet är en privatsak mellan patienten och dess partner. Det femte och sista antagandet är att familjer kan möjliggöra förståelse för barnet och hjälpa barnet att förstå mammans bröstcancer (Lewis, 2004).

NÄRSTÅENDE

Att vara närstående till någon innebär att vara nära en annan person och att dessa två har en betydelse för varandra i varandras liv och att de håller kontinuerlig kontakt. Människan relaterar till andra människor och syftet med människans existens är att ta hand om varandra och vara involverade (Reitan, 2003a). Traditionellt sett har närstående setts som de vilka har blodsband eller är medlemmar i samma familj såsom maka eller make, en bild som har frångåtts mer och mer då en familjemedlem automatiskt inte behöver vara närstående. När sjukdom drabbar en person är det patienten som avgör vem eller vilka de närstående är. De närstående får då en stor betydelse för patienten. Det sociala nätverket är viktigt för att kunna hjälpa patienten att känna sig uppskattad, värdefull och underlättar vid hantering av en kris (Reitan, 2003b). Reitan (2003a) belyser vikten av att som sjuksköterska tidigt, efter insjuknande och besked, uppmuntra och underlätta för patienten att få uttrycka sina tankar och känslor tillsammans med närstående. Reitan (2003b) menar också att en traumatisk kris, som kan uppkomma när patienten fått ett negativt besked, inte endast drabbar den enskilda individen utan också den närmaste familjen, andra närstående och vänner.

Enligt Socialstyrelsen (2005) har sjuksköterskan en viktig roll i att möjliggöra de närståendes delaktighet i omvårdnaden. Icke-hierarkiska relationer mellan sjuksköterskor och närstående och en öppen inställning, där alla får bidra med sin styrka och kunskap, kan leda till ökad hälsa hos patienten. Patienten och hans eller hennes närstående bör vara i fokus i hälsofrämjande omvårdnad och i beslutsfattande processer för att bidra till effektivare vård (Svensk sjuksköterskeförening, 2008).

Coyne, Wollin, & Creedy (2012) beskriver i sin studie familjens roll och styrkan som finns i familjen efter en bröstcancerdiagnos, utifrån kvinnornas perspektiv. Kvinnor med bröstcancer och deras familjemedlemmar upplever en variation av känslor under behandlingsperioden. Familjerollerna förändras när medlemmarna anpassar sig till omständigheterna. Analysen resulterade i olika teman, varav ett var "just being there", kvinnorna med bröstcancer uttryckte vikten av att få ha en familjemedlem vid sin sida och uppskattade deras engagemang. Ett annat tema handlade om stöd i form av skjuts till sjukhuset för behandling eller praktisk stöd i hemmet. Ytterligare ett tema handlade om de närståendes förmåga att skydda från samhället genom att exempelvis skydda kvinnan från att ta emot samtal från någon familjemedlem eller vän som inte var en bra källa till stöd. Under sjukdomsresan varierade kvinnorna och deras familjemedlemmar mellan rollen att ge stöd och rollen att ta emot stöttning under olika perioder.

NÄRSTÅENDESTÖD

Stöd som ges av den offentliga vården till närstående kan både vara av materiell och icke-materiell karaktär. Den materiella innefattar bland annat sjukvård, hjälpmedel, service och ekonomisk stöttning medan den icke-materiella handlar om att stötta genom informationsgivning, kunskapsutveckling och personligt stöd (Johansson, 2007). Sjövall et al. (2010) såg att närstående till cancerpatienter i Sverige, oftare sökte sjukvård räknat från två år efter ett "dåligt besked". Denna grupp av närstående kostade samhället betydligt mer än närstående till övriga patientgrupper då de närstående till cancerpatienter sökte för fysiska och psykiska åkommor i högre utsträckning. Resultatet visar att dessa behöver ett ökat stöd från den offentliga sektorn. Således skulle det kunna vara en vinst utifrån ett hälsoekonomiskt perspektiv om de närstående får rätt och tillräckligt stöd så att de i sin tur också kan vara ett gott stöd för patienten. Eventuellt skulle följderna kunna bli kortare vårdtider och ökat välbefinnande för patienten menar Sjövall et al. (2010).

När familjen inte kan få det stöd eller den hjälp som behövs i sitt sociala nätverk blir de hänvisade till den professionella vården. Stöd från det sociala nätverket och från den professionella vården har mycket gemensamt. Det som skiljer sig mest åt är att

omvårdnadsåtgärder från den professionella vårdaren bygger på vetenskap och evidens samt att omvårdnadsrelationen är ojämlik eftersom vårdaren inte efterfrågar gentjänster. En del i omvårdnadsarbetet är också att öka förutsättningarna för det sociala nätverket att ge kompletterande stöd (Finfgeld-Connett, 2007). Benzein, Erlingsson, Hagberg & Saveman (2012a) beskriver hälsostödjande familjesamtal som är en omvårdnadshandling för att stötta närstående inom vård och omsorg. Samtalen utgår ifrån ett systemiskt förhållningssätt och en samskapande relation mellan samtalsledarna och familjen. I modellen ingår tre samtal med familjen, ett avslutande brev och en utvärderingsintervju. Samtalen ska planeras in med stor flexibilitet för att underlätta för den enskilda familjen. Samtalsledaren kan med fördel ställa cirkulära frågor, vilka syftar till att skapa reflektion och ge förutsättningar för förändring. Exempel på cirkulära frågor är *Var? Hur? Om?*

LIDANDE

Sjuksköterskan har fyra grundläggande ansvarsområden enligt ICN:s etiska kod, vilka är att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och att lindra lidande (Socialstyrelsen, 2005). Genom att ge adekvat stöd åt de närstående tror vi att vi även ska kunna lindra patientens lidande. Inom hälso- och sjukvården är en oundviklig del av sjuksköterskans arbete att möta den lidande människan, som kan vara både patient och närstående. Det är viktigt att man som sjuksköterska strävar efter att få ökad förståelse för den unika, lidande människans perspektiv, för att kunna ge en individanpassad omvårdnad och ett gott bemötande. Att erfara att livet plötsligt förändras radikalt är en anledning som kan orsaka lidande (Gustin, 2014).

Arman (2012) anser att lindring av lidande ska vara en grund för vårdande handlingar och aktiviteter, samt att lidandebegreppet ska vara en kompassriktning för att se hela människan i vården. Gemenskap och möten med uthärdande medmänniskor ger kraft att kämpa på i lidandet och möjliggör ny mening i livet. Patienter som befinner sig i svåra situationer förväntar sig att vårdare ska se och förstå den inre situationen, deras upplevelse av lidandet som de går igenom. Ett ytligt och opersonligt bemötande kan skapa ett ökat lidande hos patienten, ett så kallat vårdlidande. En av de viktigaste uppgifterna för vårdpersonal i mötet med patienter är att lära sig att handskas med det (med)lidande som situationen väcker och ha en naturlig attityd av ömhet och förmedla en äkta vilja att lindra lidande.

FAMILJEFOKUSERAD OMVÅRDNAD OCH PERSONCENTRERAD VÅRD

Familjefokuserad omvårdnad beskrivs som vård och omsorg vilken fokuserar på familjens betydelse för individens upplevelse av ohälsa och sjukdom (Benzein, Hagberg & Saveman, 2012b). Ur ett familjefokuserat perspektiv ses familjeenheten som ett system som består av individer med specifika egenskaper. Därför är det viktigt att vara medveten om skillnaden mellan familjen som helhet och varje enskild medlem. Problem återfinns inte hos den enskilda individen i en familj, utan då den verbala kommunikationen brister medlemmarna emellan. Sjuksköterskor som arbetar med familjer eftersträvar och imponeras av förändring. De strävar efter att urskilja förändring och att underlätta familjemedlemmarnas förmåga att genomgå de förändringar som är nödvändiga för att reducera lidande (Wright, Watson & Bell, 2002).

Ett systemiskt förhållningssätt fokuserar bland annat på interaktioner och relationer. Utifrån ett systemiskt förhållningssätt kan mänskliga relationer liknas vid ett system där alla delar påverkar varandra och där helheten är mer än delarna. Vilket betyder att en förändring i en av delarna av systemet också påverkar de andra delarna. Exempelvis kan en förändring hos en familjemedlem påverka hela familjen. Utifrån ett systemiskt förhållningssätt förflyttas fokus från individen till gruppen, det vill säga från symptom och diagnos till relationer och samspel med omgivningen. När en medlem i en familj blir sjuk påverkar det även människor i den nära och mer avlägsna närheten, med andra ord är det inte enbart den sjuka personens angelägenhet. Individens hälsa är sammanflätad med familjens hälsa och påverkas av ett

större system som utgörs av samhälle och kultur (Benzein, Hagberg & Saveman, 2012c). Sjuksköterskans ansvar är att lindra lidande i en svår situation, ibland kan detta göras genom att familjen ses som en enhet där alla behöver stöd.

Under de senaste två till tre decennierna har närstående involverats mer och mer i vården, framför allt som en resurs för patienten och personalen (Benzein, Johansson, Franzén & Saveman, 2008). "Personcentrerad vård" är ett relativt nytt begrepp som uppkommit under 2000-talets början, vilket blir viktigt i sammanhanget. Synen på patienten har tidigare varit att patienten vårdas utifrån sin sjukdom, men på senare tid har personen bakom sjukdomen fått framträda allt tydligare och utgångspunkt har varit personen i sitt sammanhang (Edvardsson, 2009). Detta menar Edvardsson (2009) har en betydelse för de närstående och familjens möjlighet till delaktighet. Bilden av de närstående, som en del i vården av patienten, har blivit tydligare och de tas mer hänsyn till. Således förstås att ökade resurser behöver läggas även på dem i dagens hälso- och sjukvård.

PROBLEMFORMULERING

Var tredje svensk insjuknar någon gång i livet i cancer. Många drabbas av diagnosen då denna också påverkar hela familjen och andra närstående. När patienten är inom sjukvårdens väggar är det lätt att sjuksköterskan och övrig hälso- och sjukvårdspersonal fokuserar på patienten och dennes lidande snarare än den närståendes. Samtidigt som de närstående inte blir stöttade i lika hög grad som patienten, förväntas de engagera sig och ge stöd till patienten. Det kan då vara svårt för den närstående att ge stöd om de själva inte blir stöttade. Sjuksköterskan behöver veta hur närstående kan stödjas på bästa sätt.

SYFTE

Att beskriva närståendes erfarenheter av stöd från sjuksköterskan i onkologisk omvårdnad.

METOD

VAL AV METOD

Litteraturoversikt valdes som metod för uppsatsen, för att skapa en översiktsbild över befintlig kunskap inom ett givet område (Friberg, 2006). Lärdomar kan dras utifrån vad som redan finns eller vad som saknas och kan därefter användas till att gynna den framtida professionen. Genom att tillämpa litteraturoversikt som metod kan det framgå om ett ytterligare behov av forskning finns på området där den framkomna informationen får fungera som utgångspunkt (Friberg, 2006). När problemområdet identifierades gjordes en initial sökning i databaserna för att se om tillräcklig kunskap och material fanns för en uppsats på området, vilket det visade sig att det gjorde. Syfte och problemformulering upprättades. Med syftet som utgångspunkt kunde sökningen, med relevanta begränsningar, fortsätta och ett stort antal studier blev tillslut tolv.

DATAINSAMLING

För att få fram artiklar som svarar på syftet valdes Cinahl, som står för "Cumulted Index for Nursing and Allied Health", som främsta databas. Cinahl är en vårddatabas som behandlar omvårdnadsämnen. Både kvalitativa och kvantitativa artiklar har valts ut för att svara på syftet. Friberg (2006) anser att kvalitativa studier bidrar till en större förståelse om vad lidande innebär och hur patienters erfarenheter, upplevelser, behov och förväntningar kan mötas bättre jämfört med kvantitativa. Kvantitativ forskning kan till exempel jämföra vårdhandlingars effekt genom olika mätningar.

Utifrån problemformuleringen och syftet började sökprocessen genom att några svenska ord valdes som skulle kunna vara till hjälp för att få svar på syftet. Orden översattes sedan till engelska i Google Translate och efter det söktes dessa i Cinahl Headings, för att få fram termer som är anpassade till att sökas i databasen Cinahl. En del sökord valdes ut från den sammanställning som Karolinska Institutets universitetsbibliotek publicerat, termer för "Upplevelser" och "Bemötande" i olika former, eftersom det är vad syftet i uppsatsen handlar om. Ytterligare sökord hittades med hjälp av underkategorier i Cinahl Headings. Från början användes tio olika sökord som söktes var för sig i Cinahl. Därefter kombinerades de olika sökorden för att se hur många träffar de resulterade i. Därefter valdes de primära sökorden ut; *professional-family relations*, *family relations*, *oncologic nursing*, *cancer patients*, *experience*, *psychosocial factors*, *social support*. *Cancer patients* i kombination med *professional-family relations* eller *family relations* gav bra träffar i sökningen.

Under sökprocessens gång upptäcktes nya relevanta sökord genom att titta på artiklarnas "major subjects". Genom sekundärsökning, där de valda artiklarnas referenslistor användes som hjälpmedel, söktes ytterligare en artikel fram i Cinahl. För att försäkra att inga användbara artiklar missades gjordes en sökning i databasen Pubmed, dock hittades ingen artikel som stämde överens med syftet.

Tabell 1. Översikt över litteratursökning.

Datum Databas	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
141118 Cinahl	oncologic nursing AND professional- family relations	peer reviewed, research article	53	53	22	5	Spetz, et al. (2005). Koldjeski, et al. (2007).
141118 Cinahl	experience AND cancer patients AND professional- family relations	peer reviewed, research article	41	41	28	4	Schaller, et al. (2014). Bjornerheim Hynne, (2001). Karlsson, et al. (2013).
141118 Cinahl	family relations AND psychosocial factors AND oncologic nursing	peer reviewed, research article	40	40	17	1	-
141119 Cinahl	family relations AND experiences AND oncologic nursing	peer reviewed, research article	16	16	3	0	-
141119 Cinahl	cancer patients AND family relations AND experiences	peer reviewed, research article	80	80	42	2	Sinfield, et al. (2008).
141118 Cinahl	Social support AND family relations AND cancer patients	peer reviewed, research article	37	37	14	4	-
141119 Cinahl	psychosocial factors AND professional- family relations AND cancer patients	peer reviewed, research article	78	78	25	5	Rees, & Bath, (1998). Schmid- Büchi, et al. (2009). Schmid-Büchi, et al. (2010).
141124 Cinahl	relatives AND emotional support AND cancer patients	peer reviewed, research article	19	19	8	2	Eriksson, & Lauri, (2000). Pinkert, et al. (2013).
141125 Pubmed	family relations AND experiences AND oncology nursing	19900101– 20141231	200	200	16	0	-

URVAL

De begränsningar som användes vid sökningen i Cinahl var ”peer reviewed”, ”research article” och skrivna på engelska, svenska eller norska. Sökningarna begränsades inte i förväg relaterat till årtal, utan de artiklar som publicerats efter 1990 inkluderades och äldre valdes bort under sökningens gång för att exkludera äldre artiklar och inkludera de mer aktuella.

Samtliga artiklar skulle utgå från närstående till patienter med cancer och erfarenhet och upplevelse av stöd från sjuksköterskan. De artiklar som undersökte vuxna närstående och vuxna patienter inkluderades eftersom de tillhör allmänsjuksköterskans största patientklientel. Målet var att hitta artiklar som stämde överens med uppsatsens syfte.

Studier där alla undersökningsspersoner var under 18 år eller över 70 år exkluderades, då äldrevård, liksom barnvård, skiljer sig från vuxenvård. De artiklar som endast belyste sjuksköterskans upplevelse av att vårda cancerpatienter och dess närstående exkluderades. Detta därför att syftet var att undersöka de närståendes erfarenheter av stöd och inte sjuksköterskans erfarenheter av att stötta. Studier, vars titlar indikerade att de närstående var vårdgivare, valdes också bort. Artiklar från Asien och Afrika exkluderades eftersom kulturen i dessa delar av världen skiljer sig påtagligt från västvärlden, behov och erfarenheter av sjuksköterskor skulle eventuellt kunna skilja sig åt. Det vanligaste sättet att ge dåliga besked i Asien är till exempel att de närstående får beskedet först och är de som avgör om patienten ska få reda på sin diagnos eller prognos. Artiklar som belyste närståendes erfarenheter av stöd inom palliativ vård exkluderades, då patienter och närstående i livets slutskede har särskilda behov av vård. Det är ytterligare en komplexitet att bemöta närstående efter döden, vilket inte var syftet att belysa i denna litteraturöversikt. Artiklar som inte fanns tillgängliga i fulltext exkluderades.

KVALITETSGRANSKNING AV ARTIKLARNAS

Efter genomgång av abstrakten valdes 23 artiklar som lästes igenom, de som sedan inte stämde överens med syftet, valdes bort. I nästa steg användes IMRAD som ett första hjälpmedel för att bedöma artiklarnas kvalitet och som visar om det är en originalartikel. IMRAD står för *introduction, method, results and discussion*. Därefter har artiklarna granskats med hjälp av några av Fribergs (2006) exempel på frågor vid granskning.

Åtta frågor har använts vid granskning av de kvalitativa artiklarna:

- *Finns det ett tydligt problem formulerat? Hur är detta i så fall formulerat och avgränsat?
- *Vad är syftet? Är det klart formulerat?
- *Är metoden beskriven?
- *Hur är undersökningsspersonerna beskrivna?
- *Hur analyserades data?
- *Vad visar resultatet?
- *Förs det några etiska resonemang?
- *Finns det en metoddiskussion? Hur diskuteras metoden i så fall?

Vid granskning av de kvantitativa artiklarna har ytterligare 2 frågor tillämpats;

- *Hur har urvalet gjorts (t.ex. antal personer, ålder, inklusions- respektive exklusionskriterier)?
- *Hur diskuteras metoden, t.ex. vad gäller generaliserbarhet?

Kvaliteten bedömdes relaterat till antalet av frågorna ovan som blev besvarade. Resultatet av granskningen blev att två artiklar valdes bort då dessa saknade vissa delar.

ETISKA ÖVERVÄGANDEN

Vid granskning av studierna har vikt lagts vid att studierna fört etiska resonemang. Av de tolv artiklar som tagits fram för uppsats är det nio som omnämner etiskt godkännande i artikeln.

För att kontrollera att de tre resterande, där etiskt godkännande inte omnämns i artikeln, förde ett etiskt resonemang, tittades detta upp på respektive tidskrifts hemsida. Det visade sig då att två av de tre tidsskrifterna hade etiskt godkännande som krav för publicering. Den sista artikeln, skriven av Eriksson et al. (2000), nämner i sin artikel att det var få avdelningar som medverkade i studien till följd av etiska skäl. Artikeln fick vara med i uppsatsen för att den uppfyller flera viktiga krav samt ger bra svar och tyngd relaterat till uppsatsens syfte.

ANALYS

Artiklarna har analyserats utifrån en litteraturöversikt. De utvalda artiklarna lästes igenom flera gånger av båda författarna var för sig och all text och alla citat som hörde ihop med syftet markerades. Ur markeringarna togs meningsbärande enheter ut. I nästa steg jämfördes de olika artiklarnas meningsbärande enheter för att fastställa likheter och skillnader i resultaten (Friberg, 2006). Som ett hjälpmedel tillämpades en färgkod för varje artikel. Artikeln och dess meningsbärande enheter markerades i samma färg, för att senare i processen kunna flytta på texten och matcha den med texter från andra artiklar och samtidigt enkelt kunna hitta författarna bakom de olika delarna. Enheterna analyserades och sorterades in i åtta från början obestämda grupper, varav tre grupper visade sig vara dominerande. Dessa tre grupper bildade sedan tre teman; *Närståendes syn på förutsättningar för stöd*, *Närståendes behov av stöd* och *Närståendes syn på konsekvenser av stöd*. De enheter som från början inte ingick i någon utav dessa tre teman analyserades återigen för att sorteras in under befintliga teman, vilket var möjligt för alla meningsbärande enheter. I nästa steg analyserades alla enheter i de olika teman för att identifiera olika subteman. Analysen resulterade i tre teman och åtta subteman.

RESULTAT

Närståendes erfarenheter av stöd från sjuksköterskan i onkologisk omvårdnad kan indelas i tre teman och åtta subteman (Tabell 2).

Tabell 2. Översikt över teman och subteman.

Tema	Subtema
Närståendes syn på förutsättningar för stöd	Att hälso- och sjukvårdspersonal är tillgänglig för patient och närstående Att få anpassad information
Närståendes behov av stöd	Att bli sedd och lyssnad på Att få praktiskt stöd Att bli informerad
Närståendes syn på konsekvenser av stöd	Positiva konsekvenser av stöd Negativa konsekvenser av stöd Konsekvenser vid uteblivet stöd

NÄRSTÅENDES SYN PÅ FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR STÖD

Förutsättningar för stöd innebär att hälso- och sjukvårdspersonalen är tillgänglig för patient och närstående samt att de får anpassad information.

Att hälso- och sjukvårdspersonal är tillgänglig för patient och närstående

Många närstående tillbringar mycket tid tillsammans med patienten. Ett bra möte med vårdpersonalen är grundläggande för om den närstående kan förlita sig på att patienten får det

bra (Bjørnerheim Hynne, 2001). Pinkert, Holtgräwe och Remmers (2013) och Schaller, Liedberg och Larsson (2014) konstaterar att ett av de viktigaste behoven som de närstående har är att ha en kontaktperson från personalgruppen på avdelningen som kan uppdatera och besvara eventuella frågor.

Pinkert et al. (2013) beskriver att ett viktigt behov hos den närstående är vissheten om att patienten blir väl omhändertagen och att det finns någon där för patienten. Det skall också vara enkelt och gå snabbt att få kontakt med en läkare (Schmid-Büchi, Halfens, Dassen & van den Borne, 2011a). Problemet, som de närstående ser, med att möta olika vårdpersonal och olika professioner, är att dessa inte hinner få en holistisk bild av patienten. Det var vanligt att det holistiska perspektivet som sjukvårdspersonalen bör ha på patienten saknades, vilket också innefattar de närstående. Ett exempel på hur det saknades var att de närstående upplevde att det inte fanns någon från hälso- och sjukvårdspersonalen som tog ansvar för helheten och de saknade en överblick för att de var så många inblandade i patientens situation (Schaller et al., 2014).

Samtidigt som missnöje förekommer över sjukvårdens oförmåga att stötta, finns det de som har positiva erfarenheter av stöd (Sinfield, Baker, Agarwal & Tarrant, 2008). En dotter till en patient berättar om hur en sjuksköterska kom in på vårdavdelningsrummet, när patienten var som sämst i sin cancersjukdom.

Så kom hun bare stille inn, gikk rundt meg, sengen var her og jeg satt der, satte seg på en krakk der og så la hun bare hånden på ryggen min, bare helt sånn, og satt bare, sa ingenting, men jeg følte tryggheten ved at hun var der...jeg visste ikke hvordan det var når et menneske døde da (Bjørnerheim Hynne, 2001, s. 7).

Dottern upplevde att sjuksköterskan tog sig tid, såg hennes behov och genom det kände hon sig förstådd och sedd (Bjørnerheim Hynne, 2001).

Eriksson och Lauri (2000) undersökte vilken typ av stöd som de närstående rankade högst och viktigast, därefter mätte de i vilken grad dessa införlivades i verkligheten. De närstående tycker att det viktigaste var att vårdpersonalen har tid till att prata med dem, att de blir accepterade, att de kan få känna en trygghet i att prata om egna känslor och upplevelser samt att det är viktigt att hälso- och sjukvårdspersonalen hjälper dem att uttrycka känslor, men vårdpersonalen lyckades i låg grad tillfredsställa behoven i den ordningen (Eriksson & Lauri, 2000). Bjørnerheim Hynne (2001) såg att stress och tidsbrist kunde vara ett hinder för att personalen skulle kunna stötta de närstående. En närstående i studien beskriver att hälso- och sjukvårdspersonalen stressar och ler för mycket, men pratar för lite.

De närstående kan ha svårigheter med att skapa en tillit till vårdpersonal såsom sjuksköterskor och läkare (Schmid-Büchi et al., 2011a). Det som kan motverka förtroendeskapande är till exempel då vårdpersonalen uppvisar ett stressat kroppsspråk (Bjørnerheim Hynne, 2001) eller när vårdpersonal agerar respektlöst såsom när information till närstående ges i väntrummet bland andra patienter (Sinfield et al., 2008). Tid möjliggör tillit, vilket är en förutsättning för att personliga tankar skall komma fram (Bjørnerheim Hynne, 2001).

Att få anpassad information

Bjørnerheim Hynne (2001) menar att information som ges i enrum och inte mitt bland andra patienter möjliggör tillit hos patient och närstående. Närstående önskar förklaringar som är begripliga (Pinkert et al., 2013). Partners såg tillgången till skriftlig information som en hjälp (Sinfield et al., 2008). Samtidigt som det i en annan studie framgick att flera deltagare menade att skriftlig information bara är ett komplement till muntlig information och att det aldrig kan ersätta informationen från hälso- och sjukvårdspersonal (Rees, Bath & Lloyd-Williams, 1998).

En närstående hade varit på sjukhuset många gånger tillsammans med sin fru och krävt att få information. Både han och hans fru kände det som att de satt och mjölkade ut all information de kunde få ut och att det var ett mycket krävande jobb. Flera makar hävdar att de som närstående inte ska behöva komma till hälso- och sjukvårdspersonalen med sina frågor. Personalen skall erbjuda informationen innan de behöver fråga om den. Några av de närstående ansåg att muntlig information från hälso- och sjukvårdspersonalen bör presenteras för hela familjen vid samma tillfälle (Rees et al., 1998).

NÄRSTÅENDES BEHOV AV STÖD

Vilket stöd närstående behöver innefattar att bli sedda och lyssnade på, att de får praktiskt stöd och att de blir informerade.

Att bli sedd och lyssnad på

Många närstående efterfrågar att få samtala med någon. Den närstående har ett behov av att bli lyssnade på och vill ha tid för diskussion. Sjuksköterskor och läkare efterfrågas mest för det behovet (Schmid-Büchi et al., 2011a) men också psykologer (Schaller et al., 2014). Att behovet av samtal inte tillfredsställs blir tydligt i intervjuer där en närstående uttryckte att han tror att det hade varit till hjälp för honom att få sitta ner i enrum med någon, men att det aldrig hände (Sinfield et al., 2008). När personalen visar intresse för de närståendes bekymmer känner de närstående sig förstådda. De menar att läkarna ofta säger det som förväntas säga utan att ta reda på vad de närstående vill få svar på. De blir också "offer" för rutiner och lite utrymme för frågor ges (Bjørnerheim Hynne, 2001).

En annan närstående ansåg att det saknades information och medvetenhet om patienternas partners. När han kom till sjukhuset var det ingen som pratade med honom, han upplevde att det verkligen inte fanns någon tillgänglig från hälso- och sjukvårdspersonalen (Rees, et al., 1998).

De närstående önskar vidare att hälso- och sjukvårdspersonalen i samtalen ska ha en "god ton" och ta sig tid och ställa öppna frågor såsom "hur har du det?" (Bjørnerheim Hynne, 2001). En annan sorts stöd, som setts fungera, är stödet som kan ges i grupp. De närstående hade positiva erfarenheter av samtalsstöd i grupp ledd av en specialistsjuksköterska (Sinfield et al., 2008). Det har också setts att övriga familjemedlemmar kan stötta den närståendes mentala behov genom samtal (Schaller et al., 2014).

Att få praktiskt stöd

Det finns ett stort behov av stöd från hälso- och sjukvårdspersonal, främst för att de närstående ska klara av att hantera olika känslor som upplevs svåra. Behov av stöttning kan ses på ett mentalt plan, men också på ett praktiskt sådant (Schaller et al., 2014). Några närstående upplevde att de fick mentalt och praktiskt stöd av hälso- och sjukvårdspersonalen, men för lite av det (Sinfield et al., 2008).

Övriga familjemedlemmar är de som kan tillgodose den närståendes praktiska behov i viss grad (Schaller et al., 2014) även om det har setts att närstående får mindre praktiskt stöd av familjen än vad patienten får (Isaksen, Thuen & Hanestad, 2003). De praktiska behoven kan exempelvis beröra hjälp med inhandling som den närstående inte hinner med (Sinfield et al., 2008).

Att bli informerad

De närstående har behov av information av olika slag, två exempel är information om medicineringens biverkningar och information om vad som kan förväntas hända (Schmid-Büchi, van den Borne, Dassen & Halfens, 2011b). I ytterligare två artiklar framkom de närståendes önskan att få information om eventuella biverkningar till behandlingen (Pinkert et al., 2013; Schmid-Büchi et al., 2011a). Flera partners önskar, för patientens skull, få

information och praktisk hjälp för att kunna hantera biverkningar av behandlingen (Sinfield et al., 2008). De närstående önskar mer stöd längs vägen i form av omfattande information gällande sjukdom, behandlingens biverkningar, om behandlingen gör någon nytta och hur prognosen ser ut (Schaller et al., 2014).

Eriksson & Lauri (2000) fann att de närstående främst ville få information om vilken typ av cancer patienten hade, tänkbara smärtupplevelser, behandlingen, prover och provsvar, symtom relaterat till cancer samt kontinuerlig information om patientens tillstånd. Sjuksköterskor och läkare var de professioner som efterfrågades för ändamålet. Informationen som de fick var vilken typ av cancer patienten hade, information om operationen samt behandlingen, dock visade det sig att informationen om diagnos och behandling, var långt ifrån tillfredsställande. Detta visar att de största behoven inte blir tillräckligt tillfredsställda (Eriksson & Lauri, 2000).

Karlsson, Andersson & Ahlström (2013) kommer fram till att det hade varit lättare för de unga vuxna vars förälder har cancer att kunna förstå situationen, om de hade fått mer information om sjukdom och behandling. Det framkom att de unga vuxna hade många frågor som de aldrig fick bevarade. En del sa att de hade föredragit att få information från hälso- och sjukvårdspersonal. Schmid-Büchi et al. (2011a) undersökte hur närstående till kvinnor med bröstcancer upplever sin situation och hur det påverkar deras välbefinnande. Resultatet visar att de närstående behöver tillgång till information från hälso- och sjukvårdspersonal som inte blev tillgodosett. Sinfield et al. (2008) beskriver också att de närstående inte kände att deras behov av information blev tillgodosett. De upplevde att det var oklart vad som skulle hända och de kände sig ignorerade och exkluderade vid förklaringar. De närstående sökte upp information på egen hand då den inte gavs tillräcklig under tiden. Majoriteten av makarna som deltog i en kvalitativ studie av Rees et al. (1998) var missnöjda och hävdade att de inte hade fått någon information från hälso- och sjukvårdspersonal. Ett fåtal av makarna försökte undvika information för att kunna hantera den svåra situationen som bröstcancer bidrog till.

NÄRSTÅENDES SYN PÅ KONSEKVENSER AV STÖD

Närståendes syn på konsekvenser av stöd består av positiva och negativa konsekvenser av stöd samt följden vid uteblivet stöd.

Positiva konsekvenser av stöd

Utrymme för stöttning är viktigt och kan hjälpa de närstående att hitta en mening och utveckla ett hopp inför framtiden, de önskade även få råd om vilken hjälp som finns att få (Schmid-Büchi et al., 2011a). Att få ärlig information och ärliga svar på frågor bidrar till ett ökat förtroende för vårdpersonalen (Schmid-Büchi et al., 2011a; Pinkert et al., 2013). Schmid-Büchi et al. (2011b) såg också att de närstående efterfrågade mer ärlig information.

En man förklarade att han so make vill få information, inte bara för sin egen skull, utan för att kunna hjälpa sin fru. Han hävdade att hans viktiga behov av information är sekundärt jämfört med fruns. Vidare menar han att den informationen han vill ha är information om hur sjukdomen påverkar frun och att informationen kan hjälpa honom att stötta henne (Rees et al., 1998).

Negativa konsekvenser av stöd

En studie, där deltagarna var närstående till patienter som behandlades i hemmet, såg fördelar, men också nackdelar med att sjuksköterskan var väl uppdaterad och närvarande. Fördelen var att det gavs ett bra samtal mellan den närstående och sjuksköterskan, där sjuksköterskan tog sig tid att lyssna. Nackdelen var att sjuksköterskan tillfredsställde den närståendes samtalsbehov och ersatte det viktiga samtalet den närstående kunde ha med patienten.

Sjuksköterskan tenderade också till att ta rollen som psykolog, vilken denne inte är utbildad till (Spetz, Henriksson, Bergenheim & Salander, 2005).

Konsekvenser vid uteblivet stöd

Närstående uttrycker att de vill vara delaktiga vad gäller val av behandling för patienten (Schmid-Büchi et al., 2001) och få möjlighet att vara närvarande. Dock har de upplevelser av att ha blivit exkluderade (Koldjeski, Kirkpatrick, Everett, Brown & Swanson, 2007) och en känsla av att ha varit i vägen (Sinfield et al., 2008). En närstående ger liknelsen av att känna sig som en inburad apa trots att de i personalen var hurtiga och trevliga (Schaller et al., 2014).

Informationsbrist kan få olika konsekvenser, på grund av dålig information blev det oklart för de närstående vad som skulle hända och de kände sig exkluderade (Sinfield et al., 2008). Saknaden av information och kunskap om sjukdom och behandling bidrog till en känsla av ensamhet hos de unga vuxna med en cancersjuk förälder (Karlsson et al., 2013). En annan närstående beskrev att han inte förstod allt som hände med sin pappa den sista tiden och att det gjorde honom rädd (Bjørnerheim Hynne., 2001). Många närstående är missnöjda med det stöd som de får från vårdpersonal (Isaksen et al., 2003).

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Styrkor

Litteraturoversikt tillämpades för att skapa en översiktsbild över befintlig kunskap inom det valda området. Syftet med uppsatsen var att ta reda på vilka erfarenheter av stöd närstående till patienter inom onkologisk omvårdnad har, därför var det relevant att ta tillvara på forskning som tidigare gjorts inom området. Utifrån tidigare forskning kan vi belysa vad som redan finns och uppmärksamma vad som saknas och där vidare forskning behövs. Initialt var tanken att endast använda kvalitativa artiklar i resultatet, under datainsamlingen visade det sig att syftet inte skulle gå att besvara med enbart de kvalitativa artiklarna som söktes fram. Därför valdes både kvalitativa och kvantitativa artiklar ut, vilket resulterade i en ökad förståelse för de närståendes upplevelser och erfarenheter, samtidigt som olika stödhandlingar kunde mätas och jämföras (Friberg, 2006).

Efter översättning till engelska och sökning i Cinahl Headings valdes många bra sökord. Från början testades 16 olika sökord, som till slut begränsades till sju primära sökord. När samma artiklar till slut kom upp i sökningarna, trots en stor variation av sökord, kunde sökningen förklaras mättad. Under sökprocessens gång upptäcktes nya relevanta sökord genom att titta på artiklarnas "major subjects", vilka sökord också testades i Cinahl med liknande resultat. För att försäkra att ingen relevant artikel missades söktes den bästa kombinationen av sökord i Pubmed. Trots granskning av 200 titlar, med hjälp av viktiga sökord, hittades ingen artikel som överensstämde med uppsatsens syfte och inklusionskriterier.

För att försäkra att träffarna var vetenskapliga artiklar användes "peer reviewed" och "research article" som begränsningar vid sökningen. Sökningarna begränsades inte i förväg relaterat till årtal, utan de artiklar som publicerats efter 1990 inkluderades och äldre valdes bort under sökningens gång. En av de utvalda artiklarna är publicerad 1998, resterande är publicerade på 2000-talet. I sammanhanget är det relevant eftersom närstående har fått en mer påtaglig roll under 2000-talet i och med synen på patienten i sitt sammanhang. Artiklar från Asien och Afrika exkluderades eftersom kulturen i dessa delar av världen skiljer sig påtagligt från västvärlden. Alla artiklar är från Europa utom en artikel som är från USA.

Eftersom inga cancerdiagnoser exkluderades utan cancer och onkologi söktes generellt för att öka antalet träffar, blev resultatet artiklar som innefattade närstående till patienter med

olika typer av cancer. Fyra artiklar handlade om närstående till patienter med olika cancersorter i samma artikel, fyra handlade om bröstcancer, en om prostatacancer, en om neuroonkologi och en om huvud- och nackcancer. Eftersom syftet var att undersöka närståendes erfarenheter av stöd generellt inom onkologisk omvårdnad valde vi att fränse skillnader gällande prognos och behandling.

Av de tolv artiklar som tagits fram för uppsats är det nio som omnämner etiskt godkännande i artikeln. I de fallen där ett etiskt resonemang inte har förts i artikeln har detta hittats på tidsskrifternas hemsida. Det har lagts stor vikt vid att författarna för ett etiskt resonemang och uppsatsen bedöms därefter uppnå en hög etisk nivå.

Författarna har först läst artiklarna enskilt och sedan jämfört och diskuterat sig fram till uppsatsens teman. Varje artikel analyserades för att hitta innehåll som hörde ihop med syftet. I nästa steg jämfördes de olika artiklarnas delar och kopplades samman. Genom diskussion ledde processen fram till ett klart och tydligt resultat.

Svagheter

Ytterligare sökningar kunde gjorts i Pubmed och Scopus, vilket troligtvis hade resulterat i fler lämpliga artiklar. Av 23 artiklar som granskades uteslöts nio för att de inte stämde överens med uppsatsens syfte. Kvar blev 14 artiklar som granskades ytterligare. Åtta frågor valdes ut för att bedöma artiklarnas kvalitet (Friberg, 2006). De frågor som valdes ut var de som ansågs viktiga och relevanta. Senare bedömdes kvaliteten utifrån antalet frågor som blev besvarade där de flesta skattades ha hög kvalitet. Artikeln skriven av Schmid- Büchi et al. (2011a) utvärderades som av "måttlig kvalitet" då ett stort bortfall rapporterades, endast 72 av 485 tillfrågade deltog. Två artiklar föll bort under kvalitetsgranskningen då de inte höll måttet, tolv artiklar kvarstod.

Till följd av bristfällig forskning på området var det svårt att hitta artiklar med liknande syfte som uppsatsens. Alla tolv artiklar har bidragit till uppsatsens resultat däremot har vissa av dem gynnat uppsatsen mer. Det skulle kunna ses som en av resultatets svagheter, samtidigt som det visar att vidare forskning behövs på området. Under analysprocessen uppmärksammades att de kvalitativa artiklarna svarade bättre på uppsatsens syfte. Totalt användes sex kvalitativa, fem kvantitativa och en som var både kvalitativ och kvantitativ. Troligt är att ännu fler kvalitativa artiklar hade gynnat uppsatsens resultat. Begränsningar i resultatet är att det saknar mer konkreta exempel på erfarenheter om vad sjuksköterskan gjorde eller inte gjorde för att stötta de närstående.

Trots att syftet var att beskriva närståendes erfarenheter av stöd från sjuksköterskan i onkologisk omvårdnad nämns läkaren några gånger i resultatet, detta därför att de flesta av artiklarna som använts fokuserade på de närståendes erfarenhet av stöd från hälso- och sjukvårdspersonalen. Då framkom bland annat särskilda åsikter gällande läkarens tillgänglighet och bemötande. Vilket ansågs viktigt att ta med i resultatet då det främst är läkarens uppgift att besvara frågor gällande sjukdom och prognos.

Efter analysen av resultatet funderade författarna till uppsatsen på hur resultatet hade påverkats om sökordet *perception* hade tillämpats i datainsamlingen. Sökordet *perception* testades i kombination med några av de primära sökorden i en senare sökning, för att försäkra att inga relevanta artiklar om de närståendes uppfattning uteblivit. Efter granskning av titlarna visade det sig att två artiklar eventuellt skulle kunna använts i resultatet, att dessa inte ingått i resultatet ses som en svaghet.

RESULTATDISKUSSION

Närståendes erfarenheter av stöd från sjuksköterskan i onkologisk omvårdnad har kunnat sammanfattas i tre teman, närståendes syn på förutsättningar för stöd, närståendes behov av stöd samt närståendes syn på konsekvenser av stöd.

Närståendes syn på förutsättningar för stöd

En viktig förutsättning för stöd är hälso- och sjukvårdspersonal som har ett holistiskt perspektiv (Schaller et al., 2014). Att detta är viktigt bekräftar Arman (2012) då hon skriver att lidandebegreppet ska vara en kompassriktning för att se hela människan i vården.

Ytterligare ett exempel som framkommit på förutsättningar för stöd var visad respekt såsom att viktiga samtal och besked gavs i enrum (Bjørnerheim Hynne, 2001). Detta möjliggör ökad tillit och förtroende för hälso- och sjukvårdspersonalen, tillit möjliggör att personliga tankar kan komma fram (Bjørnerheim Hynne, 2001). Inde (2006) förklarar att begreppet patientnärmre vård innebär att se till helheten hos patienten. För att kunna ge rätt vård krävs ett omvårdnadsperspektiv som utgår från hela människan, att vårdaren känner sin patient och har byggt upp ett förtroende. Förutsättningar för detta är tid, fokus, kontinuitet och engagemang. Tidsbrist, administration och vårdens lokaler har visat sig vara orsaker till att känslan av delaktighet i vården inte uppnås. Lokalernas utformning kan underlätta ett holistiskt förhållningssätt, genom att det finns enpatientrum där omvårdnad, behandling och samtal sker inne hos patienten.

Det dominerande hindret för stöd som framkom i resultatet var hälso- och sjukvårdspersonalens tidsbrist, vilket skulle kunna bero på bristande resurser. Hälso- och sjukvårdspersonal som uppvisar ett stressat kroppsspråk kan motverka förtroendeskapande hos de närstående (Bjørnerheim Hynne, 2001). Närstående till cancerpatienter i Sverige kostar samhället betydligt mer än närstående till övriga patientgrupper, eftersom de närstående till cancerpatienter sökte för fysiska och psykiska åkommor i högre utsträckning än andra närståendegrupper (Sjövall et al., 2010). I uppsatsens resultat ses att dessa behöver ett ökat stöd från den offentliga sektorn. Trots det finns det inte tillräckligt med resurser och utrymme för de närstående i dagens hälso- och sjukvård och många blir lidande av att de närstående får bristande tid och stöd från hälso- och sjukvårdspersonalen (Ferraz- Nunes, Karlberg & Bergström, 2012). Att tid är viktigt bekräftar Eriksson och Lauri (2000). De närstående tyckte det viktigaste var att hälso- och sjukvårdspersonalen hade tid att prata med dem, att de blev accepterade, att de kunde få känna en trygghet i att prata om egna känslor och upplevelser samt att det var viktigt att hälso- och sjukvårdspersonalen hjälpte dem att uttrycka sina känslor.

En annan förutsättning för stöd var att de närstående ska få information utan att behöva anstränga sig för att få den, vilket innebär att hälso- och sjukvårdspersonalen ska erbjuda information innan de närstående hinner fråga efter den (Rees et al., 1998). Att sjuksköterskor ska erbjuda stöd kommer också fram i "Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska" (Socialstyrelsen, 2005) där det står att sjuksköterskan ska undervisa och stödja patienter och närstående, i syfte att främja hälsa och att förhindra ohälsa.

Närståendes behov av stöd

De två typer av stöd som visade sig viktigast för de närstående var samtalsstöd och att få information. Det var viktigt för de närstående att hälso- och sjukvårdspersonalen i samtalen hade en "god ton" och tog sig tid och ställde öppna frågor såsom "hur har du det?" (Bjørnerheim Hynne, 2001). Benzein et al. (2012a) beskriver omvårdnadshandlingen hälsostödande familjesamtal och bekräftar att det är lämpligt att ställa cirkulära och öppna frågor, såsom *Var? Hur? Om?* Denna typ av frågor kan bidra till reflektion och ge förutsättningar till förändring.

Många närstående efterfrågar att få samtala med någon och har ett behov av att bli lyssnade på (Schmid-Büchi et al., 2011a), men de närståendes behov av samtal tillfredsställs inte (Sinfield et al., 2008). Hälso- och sjukvårdspersonalen säger ofta det som förväntas säga utan att ta reda på vad de närstående vill få svar på (Bjørnerheim Hynne, 2001). Ett ytligt och opersonligt bemötande kan skapa ett ökat lidande, ett så kallat vårdlidande (Arman, 2012).

Northouse (2005) belyser att närstående har olika sätt att förhålla sig till cancern, för vissa är det viktigt att få prata och diskutera mycket medan andra inte vill det. Detta är viktigt att veta och Northouse understryker ytterligare vikten av att ge individanpassad omvårdnad. Även vad gäller information var det inte alla närstående som önskade få mer information än vad de fick, en del av makarna försökte undvika information som ett sätt att hantera situationen med bröstcancer i familjen (Rees et al., 1998). Enligt Gustin (2014) är det viktigt att som sjuksköterska sträva efter ökad förståelse för den unika människans perspektiv för att kunna ge ett gott bemötande.

I åtta av artiklarna framkommer vikten av information och att majoriteten av de närstående hade ett stort behov av information som inte blev tillgodosett (Eriksson et al., 2000; Karlsson et al., 2013; Pinkert et al., 2013; Rees et al., 1998; Schaller et al., 2014; Schmid-Büchi et al., 2011b; Schmid-Büchi et al., 2011a; Sinfield et al., 2008). Johansson (2007) redogör för det stöd som den offentliga sektorn kan erbjuda, bland annat informationsgivning, kunskapsutveckling och personligt stöd. Exempel på vad för typ av information de närstående önskade mer av var information gällande sjukdom, behandlingens biverkningar, och hur prognosen såg ut (Schaller et al., 2014).

Kan det vara så att de närstående har andra och utförligare behov av informationen än vad patienten själv har? Northouse (2005) redogör för att cancer påverkar både patientens och de närståendes känslomässiga välbefinnande. Det är inte ovanligt att de närstående kan uppleva oro trots avslutad behandling och att de blir förvånade över att det tar lång tid innan allting återgår till det normala efter avslutad behandling. De kan känna oro inför framtiden och en rädsla för att cancern ska komma tillbaka. Familjen och de närstående upplever större osäkerhet och erhåller mindre stöd utifrån än vad patienten gör.

Sinfield et al. (2008) beskrev att närstående som inte fick tillräckligt med information från hälso- och sjukvårdspersonalen sökte upp information på egen hand. Risken med att de närstående själva söker information är att det kan uppstå missförstånd och felaktig information. Detta bekräftar Nekhlyudov, Kiarsis och Elmore (2009) vilka undersökte olika internetsidor som beskriver magnetröntgen vid bröstcancer. Det visade sig att internetsidorna hade varierande kvalitet och att informationen var anpassad för akademiker. Informationen belyste snarare fördelarna med undersökningen än begränsningarna. Därför är det viktigt att ge tillräcklig information och uppmuntra till sökning av information på trovärdiga internetsidor.

Närståendes syn på konsekvenser av stöd

Stöd kan ge både positiva och negativa följder. När vårdpersonalen lyckas att stödja den närstående finner de närstående en mening i den situation som de befinner sig i, de har också lättare för att känna hopp inför den kommande tiden (Schmid-Büchi et al., 2011a). En av sjuksköterskans viktigaste uppgifter är att lindra lidande och se en situation ur den lidande människans perspektiv (Socialstyrelsen, 2005), den lidande är inte sällan den närstående (Frid, 2002). Sådant som påverkar och förändrar en människas liv drastiskt kan vara en orsak till lidande (Gustin, 2014).

Om vårdpersonalen stöttar genom ett ärligt informationsutbyte med de närstående ökar förtroendet för vårdpersonalen (Schmid-Büchi et al., 2011a; Pinkert et al., 2013). Arman (2012) menar att en av de viktigaste uppgifterna för vårdpersonal i mötet med patienter är att lära sig att handskas med det (med)lidande som situationen väcker och ha en naturlig attityd

av ömhet och förmedla en äkta vilja att lindra lidande. Informationsbrist har setts leda till rädsla (Bjørnerheim Hynne., 2001) och känsla av att ha blivit exkluderad (Sinfield et al., 2008) när de har önskemål om att få vara närvarande (Koldjeski et al., 2007). Det är sjuksköterskans uppgift att möjliggöra för de närstående att bli delaktiga i omvårdnaden (Socialstyrelsen, 2005). Svensk sjuksköterskeförening (2008) menar vidare att det också kan bidra till en effektivare vård om de närstående ses som en resurs och får vara delaktiga i vården av patienten. Patienten uttrycker också en önskan om att få ha sin närstående vid sin sida (Coyne et al., 2012). Trots att de närstående känner sig exkluderade har synen på de närstående och patienten i ett sammanhang blivit alltmer framträdande under de senaste två decennierna (Benzein, 2008).

De närstående har ett informationsbehov, men också ett behov som sträcker sig utanför tankar om sitt eget behov. Med detta menas att de önskar få information som de kan använda för att stötta patienten i deras tankar om att patienten skall må bättre av det (Rees et al., 1998). Sjövall et al. (2010) såg många fördelar med att beakta de närstående i sin situation eftersom att dessa sökte vård i högre utsträckning än övriga patientgrupper. När de närstående blir stöttade, bland annat genom information, kan de i sin tur stötta patienten. Ur ett hälsoekonomiskt perspektiv vinner sjukvården i slutändan på att stödja patient och närstående för att det kan leda till ökat välbefinnande och kortare vårdtider. Ur ett systemiskt perspektiv förflyttas fokus från individen till gruppen, vilket skulle kunna innebära att om en närstående får tillräckligt med stöd, påverkar det resten av familjen positivt (Benzein et al., 2012c). Coyne et al. (2012) beskriver den styrka och de resurser som finns inom familjen och den närmsta kretsen runt patienten. Det är vanligt att de närstående är involverade i patientens situation och fungerar som ett gott stöd på flera områden, mentalt och praktiskt.

Spetz et al. (2005) lyfter fram de negativa konsekvenserna av stöd, även om liknande inte har framkommit i de övriga studierna. Sjuksköterskan, som stöttade patient och närstående i hemmet, tenderade till att vara engagerad och närvarande i för hög grad. Sjuksköterskan ersatte på så sätt samtalen den närstående kunde haft med patienten och agerade psykolog, vilket denne inte var utbildad till. En tid efter att patienten hade gått bort fortsatte de närstående att höra av sig i önskan om samtal. Benzein et al. (2012c) talar om familjen utifrån ett systemiskt förhållningssätt, där familjen är helheten och familjemedlemmarna delar. När en del mår dåligt påverkar det helheten. Sjuksköterskan som deltog i studien av Spetz et al. (2005) arbetade för att delarna skulle må bra, men misslyckades och bidrog ytterligare till dålig påverkan på en annan del i helheten.

Förslag på fortsatt forskning

Under datainsamlingen framkom det att det var svårt att hitta artiklar med liknande syfte som uppsatsens, vilket bekräftar att ett behov av ytterligare forskning inom området finns. Det fanns många artiklar som handlade om sjuksköterskans erfarenheter av att stötta och att arbeta inom onkologi, men färre som belyste de närståendes erfarenheter av stöd, vilket bör vara en utgångspunkt för sjuksköterskans insatser. Därför efterfrågas ytterligare forskning ur de närståendes perspektiv, för att möjliggöra en god och individanpassad omvårdnad.

Implikationer för omvårdnad

För att ge stöd till närstående behöver sjuksköterskan utgå från ett holistiskt perspektiv och bemöta närstående med respekt för att skapa tillit. Att ta sig tid och prioritera de närstående är en viktig förutsättning för stöd. De närstående behöver någon som tar sig tid att prata, ställer frågor och lyssnar på dem. De har ett stort behov av information för att kunna hantera sin situation. Sjuksköterskan bör tänka på att erbjuda information innan de närstående hinner fråga efter den. Sjuksköterskan skall tänka på att informationsutbyte skall ske i enrum för att de närstående ska lyckas uttrycka egna tankar och behov. Om sjuksköterskan stödjer de

närstående och öppnar för delaktighet kan de närstående känna mening och hopp i sin situation och få kraft till att stötta patienten.

Slutsats

Sjuksköterskan har en stor utmaning i att ge individanpassad omvårdnad och lyssna till varje enskild individs unika behov. De närstående har ett behov av stöd, främst önskar de få information och att bli lyssnade på. Sjuksköterskan bör då erbjuda och möjliggöra samtal i enskild miljö. Om sjuksköterskan gör det möjligt för de närstående att bli delaktiga kan de i sin tur stötta patienten vars välmående senare kan hjälpa den närstående i sitt lidande. För sjuksköterskan är det således väl värt att prioritera och se till de närståendes behov. Fortsatt forskning på området är nödvändig.

REFERENSLISTA

* står framför de artiklar som ingår i resultatet.

Arman, M. (2012). Lidande. I L. Wiklund Gustin & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (s. 185-197). Lund: Studentlitteratur.

Benzein, E., Erlingsson, C., Hagberg, M., & Saveman, B-I. (2012a). Hälsostödjande familjesamtal. I E. Benzein, M. Hagberg & B-I. Saveman (Red.), *Att möta familjer inom vård och omsorg* (s.59-77). Lund: Studentlitteratur.

Benzein, E., Hagberg, M., Saveman, B-I. (2012b). Varför ska familjen ses som en enhet? I E. Benzein, M. Hagberg & B-I. Saveman (Red.), *Att möta familjer inom vård och omsorg* (s.23-27). Lund: Studentlitteratur.

Benzein, E., Hagberg, M., & Saveman, B-I. (2012c). Teoretiska utgångspunkter för familjefokuserad omvårdnad. I E. Benzein, M. Hagberg & B-I. Saveman (Red.), *Att möta familjer inom vård och omsorg* (s.29-45). Lund: Studentlitteratur.

Benzein, E., Johansson, P., Franzén, K., & Saveman, B-I. (2008). Nurses attitudes towards families importance in nursing care - a random sample survey. *Journal of family Nursing*, 14(2), 162-180.

*Bjørnerheim Hynne, A. (2001). Pårorande som deltagar eller tilskodar i terminalomsorga? Ein analyse av variasjonar i den støtte pårorande opplever i terminalfasen frå helsepersonell. *Vård i Norden*, 21(59), 4-8.

Coyne, E., Wollin, J., & Creedy, D. K. (2012). Exploration of the family's role and strengths after a young woman is diagnosed with breast cancer: Views of women and their families. *European Journal Of Oncology Nursing*, 16(2), 124-130. doi:10.1016/j.ejon.2011.04.013

Edvardsson, D. (2012). Inledning. I D. Edvardsson (Red.), *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik* (s. 15- 18). Lund: Studentlitteratur.

*Eriksson, E., & Lauri, S. (2000). Informational and emotional support for cancer patients' relatives. *European Journal Of Cancer Care*, 9(1), 8-15.

Ferraz-Nunes, J., Karlberg, I., & Bergström, G. (2012). *Hälsoekonomi- begrepp och tillämpningar*. Lund: Studentlitteratur.

Friberg, F. (2006). Att göra en litteraturöversikt. I Friberg, F. (Red.), *Dags för uppsats – Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.

Frid, I. (2002). *Att uthärda det outhärdliga- närståendes erfarenheter av dödsförklaring med direkta dödsriterier*. Doktorsavhandling. Göteborg: Göteborgs Universitet.

Finfgeld-Connett, D. (2007). Concept comparison of caring and social support. *International Journal of Terminologies and Classifications*, 18(2), 58-68.

Gustin, L. (2014). Lidande - en del av människans liv. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder perspektiv och förhållningssätt* (s. 269-292). Lund: Studentlitteratur.

Inde, M. (2006). *Patientnärmre vård - hur gör man?: framtidens vårdmodell*. Karlstad: Landstinget Värmland.

*Isaksen, A., Thuen, F., & Hanestad, B. (2003). Patients with cancer and their close relatives: experiences with treatment, care, and support. *Cancer Nursing*, 26(1), 68-74.

Johansson, L. (2007). *Anhörig: omsorg och stöd*. Lund: Studentlitteratur.

*Karlsson, E., Andersson, K., & Ahlström, B. H. (2013). Loneliness despite the presence of others – Adolescents' experiences of having a parent who becomes ill with cancer. *European Journal Of Oncology Nursing*, 17(6), 697-703. doi:10.1016/j.ejon.2013.09.005

*Koldjeski, D., Kirkpatrick, M., Everett, L., Brown, S., & Swanson, M. (2007). The ovarian cancer journey of families the first postdiagnostic year. *Cancer Nursing*, 30(3), 232-242.

Lewis, F. (2004). Family-focused oncology nursing research. *Oncology Nursing Forum*, 31(2), 288-292. doi:10.1188/04.ONF.288-292

Nekhlyudov, L., Kiarsis, K., & Elmore, J. (2009). MRI of the breast: does the Internet accurately report its beneficial uses and limitations?. *Breast Journal*, 15(2), 189-193. doi:10.1111/j.1524-4741.2009.00695.x

Northouse, L. L. (2005). Helping Families of Patients With Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 32(4), 743-750. doi: <http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1188/05.ONF.743-750>

*Pinkert, C., Holtgräwe, M., & Remmers, H. (2013). Needs of relatives of breast cancer patients – The perspectives of families and nurses. *European Journal Of Oncology Nursing*, 17(1), 81-87. doi:10.1016/j.ejon.2011.10.006

*Rees, C., Bath, P., & Lloyd-Williams, M. (1998). The information concerns of spouses of women with breast cancer: patients' and spouses' perspectives. *Journal Of Advanced Nursing*, 28(6), 1249-1258. doi:10.1046/j.1365-2648.1998.00833.x

Reitan, A-M. (2003a). Aspekter av cancervård. I T Schölberg (Red.), *Onkologisk omvårdnad, patient-problem-åtgärd* (s. 55-60). Stockholm: Liber.

Reitan, A-M. (2003b). De närstående. I T. Schölberg (Red.), *Onkologisk omvårdnad, patient-problem-åtgärd* (s. 203-204). Stockholm: Liber.

*Schaller, A., Liedberg, G. M., & Larsson, B. (2014). How relatives of patients with head and neck cancer experience pain, disease progression and treatment: A qualitative interview study. *European Journal Of Oncology Nursing*, 18(4), 405-410. doi:10.1016/j.ejon.2014.03.008

*Schmid-Büchi, S., Halfens, R. J., Dassen, T., & van den Borne, B. (2011a). Psychosocial problems and needs of posttreatment patients with breast cancer and their relatives. *European Journal Of Oncology Nursing*, 15(3), 260-266. doi:10.1016/j.ejon.2009.11.001

*Schmid-Büchi, S., van den Borne, B., Dassen, T., & Halfens, R. J. (2011b). Factors associated with psychosocial needs of close relatives of women under treatment for breast

cancer. *Journal Of Clinical Nursing*, 20(7/8), 1115-1124. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03376.x

*Sinfield, P., Baker, R., Agarwal, S., & Tarrant, C. (2008). Patient-centred care: What are the experiences of prostate cancer patients and their partners?. *Patient Education & Counseling*, 73(1), 91-96.

Sjövall, K., Attner, B., Lithman, T., Noreen, D., Gunnars, B., Thomé, B., ... Englund, M. (2010). Sick leave of spouses to cancer patients before and after diagnosis. *Acta Oncologica* 49, 467-473.

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2013). *Cancer i siffror- Populärvetenskapliga fakta om cancer*. Stockholm: Socialstyrelsen.

*Spetz, A., Henriksson, R., Bergenheim, A., & Salander, P. (2005). A specialist nurse-function in neurooncology: a qualitative study of possibilities, limitations, and pitfalls. *Palliative & Supportive Care*, 3(2), 121-130.

Svensk sjuksköterskeförening. (2008). *Strategi för sjuksköterskans hälsofrämjande arbete*. Hämtad 2014-11-17 från <http://www.swenurse.se/Global/Publikationer/H%C3%A4lsofr%C3%A4mmande%20arbete-publikationer/Strategi.for.sjukskoterskans.halsoframjande.arbete.pdf>

Wright, L., Watsin, W., & Bell, J. (2002). *Familjefokuserad omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur AB.

Bilaga 1. Artikelmatris

Författare (År) Land	Syfte	Metod	Resultat	Kvalitet
Koldjeski et al. (2007) USA	Att ta reda på hur äggstockscancer påverkar familjefunktionen det första året.	Kvantitativ och kvalitativ. 18 familjer intervjuades och fyllde i frågeformulär.	Det framkommer att det var viktigt för de närstående att vara närvarande för den sjuka som fick behandling. Deras erfarenhet var att de ofta blev exkluderade, men efter ett år hade de funnit ett sätt att vara med.	Hög.
Karlsson et al. (2013) Sverige	Att beskriva unga vuxnas perspektiv av att ha en förälder som utvecklar cancer.	Kvalitativ. Narrativa intervjuer med 6 unga vuxna.	Faktorer som tas upp är ensamhetskänsla trots andras närvaro, svårigheter att förstå situationen och att de hämtade stöd i samtal med familj och vänner.	Hög.
Bjørnerheim Hynne (2001) Norge	Att ta reda på hur sjukvårdspersonal kan stötta de närstående till en patient som dör av cancer.	Kvalitativ. 15 närstående (den patienten uppfattade som sin närmsta) intervjuades 2,5–3,5 månader efter dödsfallet.	Konstaterar att mötet mellan närstående och personalen är viktigt, redogör för vikten av att personalen ger utrymme för närståendes behov och tankar.	Hög.
Schmid-Büchi et al. (2010) Schweiz	Att ta reda på vilka psykosociala behov närstående till en som får behandling för bröstcancer har.	Kvantitativ. 107 närstående svarade på ett frågeformulär.	I artikeln framkommer det att de närstående saknade tillgång till information och hälso- och sjukvårdspersonal.	Hög.
Spetz et al. (2005) Sverige	Att ta reda på vilken respons patienter med cancer och deras närstående ger när en specialist sjuksköterska finns med. Samt ta reda på hur vi kan förstå familjernas behov och förbättra vår respons av deras behov.	Kvalitativ. 16 patienter intervjuades efter att de hade haft en sjuksköterska som fungerade som en resurs med sig från diagnos till patientens död.	Sjuksköterskan blev en resurs för hela familjen, i familjen, för den närstående och för patienten själv. De flesta uppskattade denna resurs. Det uppmärksammas även vissa risker med detta.	Medel.

Eriksson & Lauri (2000) Finland	Att ta reda på vad närstående till patienter med cancer anser om personalens informella och känslomässiga stöd.	Kvantitativ. 168 närstående besvarade ett frågeformulär.	Studien visar att informationen till de närstående är viktig, över 2/3 av deltagarna ansåg att de fick för lite information. Närståendes behov för emotionellt stöd skattades lägre.	Hög.
Pinkert et al. (2013) Tyskland	Att undersöka behov och hur nöjda närstående är med information och stöd samt att förvissa sig om vilka behov som sjuksköterskan uppmärksammar.	Kvantitativ. Två frågeformulär gavs till 242 närstående och 356 sjuksköterskor.	De närstående har ett behov av trygghet och tillit, tätt samarbete med vården och känslomässigt stöd.	Hög.
Isaksen et al. (2003) Norge	Författarna önskade se hur nöjda/tillfredsställda patienterna och deras närstående var med det stöd som de fick från olika instanser som familj, vänner, sjukvårdspersonal samt andra patienter.	Kvantitativ studie. 536 patienter och närstående från 15 olika sjukhus i Norge fyllde i och svarade på frågeformulär.	Patienten fick mer stöd än de närstående och patienterna var mer nöjda. Närstående undervärderade den hjälpen patienten fick. De närstående var överlag mindre nöjd med de olika delarna inom sjukvården.	Hög.
Schmid-Büchi et al. (2011) Schweiz	Att bedöma och jämföra de psykosociala behoven hos patienter med bröstcancer och deras anhöriga, jämföra dessas illamående, oro, depression och ångest samt bedöma patientens cancerbehandlingsrelaterade symtom och identifiera relevanta faktorer som inflytande utefter patientens och de närståendes behov.	Kvantitativ. 72 patienter deltar med en närstående i en tvärsnittsstudie.	De närståendes primära behov var relaterade till information och kommunikation med vårdpersonal. De anhöriga visade sig ha högre oro, depression och ångest än patienterna.	Medel.
Rees et al. (1998) England	Att undersöka nyckelinformation i hur de närstående ser på patientens och sin egen situation.	Kvalitativ. Tre samtalsgrupper med kvinnor som har bröstcancer och en grupp med makar till nio av dem. Samtalen styrdes med hjälp av en diskussionsguide. Samtalen spelades in.	Makarna önskar information om hur de kan stötta sina fruar. De ville att vårdpersonal skulle vara den primära informationskällan. Makarna upplevde att informationsbehovet inte tillfredsställdes och sökte information på internet när det behövdes.	Hög.

Schaller et al. (2014) Sverige	Att se hur de närstående, till patienter med huvud- och nackcancer som strålbehandlas, upplever patientens situation relaterat till smärta samt hur de själva upplevde situationen.	Kvalitativ. Intervju med 21 närstående.	De närstående upplevde en oförmåga att kunna lindra och förstå det fysiska lidandet hos patienten. Närstående hade ett behov av stöd från sjukvården.	Hög.
Sinfield et al. (2008) England	Att få en djupare förståelse för upplevelsen som män med prostatacancer och deras partner har av vården.	Kvalitativ. Intervju med 35 män med prostatacancer.	Given information anpassades inte efter patient eller närstående. De närstående kände sig ignorerade och begränsade i möjligheten att ställa frågor. De närstående önskade få nerskriven information att läsa i efterhand.	Hög.