

INTERVENTIONER MED FOKUS PÅ NÄRSTÅENDES BEHOV AV STÖD I PALLIATIV HEMSJUKVÅRD

-En litteraturöversikt

INTERVENTIONS FOCUSING ON FAMILY CAREGIVERS SUPPORT NEEDS IN PALLIATIVE HOME CARE

-A literature review

Specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning palliativ vård, 60 hp

Självständigt arbete, 15 hp, GPA105, HT2021

Nivå: Avancerad nivå

Författare:

Sara Lindell

Handledare:

Anna O'Sullivan

Linda Hedlund

Examinator:

Jonas Sandberg

Sammanfattning

Bakgrund: Närstående i palliativ hemjukvård ökar förutsättningarna och möjliggör för patienten att vårdas och avlida i hemmet. Detta medför ett stort ansvar för närstående och kan påverka närståendes psykiska hälsa negativt. Interventioner syftar till att underlätta och stödja närstående. Sjuksköterskan har en ansvarsfull roll att fokusera på närståendes behov av stöd och förmågan varierar mellan sjuksköterskor. Att utföra strukturerade interventioner är ett sätt att systematisera.

Syfte: Att beskriva interventioner och dess effekter med fokus på behov av stöd hos närstående som vårdar inom palliativ hemsjukvård.

Metod: En allmän litteraturöversikt utfördes genom systematiskt tillvägagångssätt med induktiv ansats. Artiklarna analyserades och sammanställdes med tematisk analys avsedd för vetenskapliga artiklar med kvantitativ metod.

Resultat: Resultatet presenteras i två teman med sex underteman, utifrån interventionernas utvärderade effekter. Samtliga interventioner fokuserar på behov av stöd hos närstående som vårdar inom palliativ hemsjukvård. Interventionseffekter som framkom gav närstående ökad kompetens, strategier och ökade förberedelser för att vårda. Effekter av interventionerna visade även minskad psykisk stress, ångest och depression, samt ökad livskvalitet.

Slutsats: Resultatet indikerar att fokus på närståendes behov underlättar och ger stöd, vilket främjar närståendes psykiska hälsa. För att möta närståendes behov behövs strukturerade interventioner utföras systematiskt. Att implementera strukturerade interventioner är en roll för specialistsjuksköterska, som ska leda och utveckla den palliativa vården.

Nyckelord: närstående, interventioner, stödbehov, palliativ hemsjukvård.

Abstract

Background: In palliative home care, family caregivers enable and increase the chances of the patient being cared for and dying at home. This places a great responsibility on family caregivers and can have a negative impact on their mental health. The purpose of the interventions is to promote support needs of the family caregivers and facilitate nursing care. The nurse has a responsible role in addressing the support needs of family members. The ability to address the needs varies between nurses and structured interventions are a way of systematizing.

Aim: To describe interventions and their effects that focus on the need for support in family caregivers in palliative home care.

Method: A general literature review was conducted systematically with an inductive approach. The articles were analyzed and synthesized using thematic analysis designed for a quantitative method.

Result: The results are presented in two themes with six sub-themes, based on the evaluated effects of the interventions. All interventions focus on the support needs of family caregivers in palliative home care. Intervention effects shown provide family caregivers with increased skills, strategies, and preparation for caregiving. Intervention effects show reduced psychological stress, anxiety and depression, and increased quality of life.

Conclusion: The results indicate that that support needs of family caregivers should be addressed in order to facilitate and provide support, which promotes family caregivers mental health. To meet the needs of family caregivers, structured interventions need to be carried out systematically. Implementing structured interventions is a role for the specialist nurse, who should lead and develop palliative care.

Keywords: family caregivers, interventions, support needs, palliative home care.

Innehållsförteckning

1	INLEDNING	1
2	BAKGRUND	1
	PALLIATIV VÅRD	1
	PALLIATIV VÅRD I SAMHÄLLET	2
	SJUKSKÖTERS KANS ROLL I PALLIATIV VÅRDKONTEXT	3
	SPECIALISTSJUKSKÖTERS KA I PALLIATIV VÅRDKONTEXT	4
	NÄRSTÅENDE	5
	ÅTT VARA NÄRSTÅENDE I PALLIATIV HEMSJUKVÅRD.....	5
	INTERVENTIONER I PALLIATIV HEMSJUKVÅRD	6
	PROBLEMFÖRMULERING	7
3	SYFTE	8
4	TEORETISKT RAMVERK	8
5	METOD	9
	URVAL	10
	DATAINSAMLING	12
	DATANALYS.....	13
6	FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	14
7	RESULTAT	15
	NÄRSTÅENDES BEHOV AV STÖD FÖR ATT VÅRDA.....	18
	<i>Stöd för kompetens för att vårda</i>	18
	<i>Stöd i strategier för att vårda</i>	20
	<i>Stöd i förberedelser för att vårda</i>	20
	NÄRSTÅENDES BEHOV AV STÖD FÖR PSYKISK HÄLSA	22
	<i>Stöd för att lindra psykiskt lidande</i>	22
	<i>Stöd för att främja psykiskt välbefinnande</i>	23
	<i>Stöd för att psykiskt lidande i sorgen</i>	24
8	DISKUSSION	34
	RESULTATDISKUSSION	34
	METODDISKUSSION.....	39
9	SLUTSATS	42
10	KLINISKA IMPLIKATIONER	42

11	FÖRSLAG TILL FORTSATT FORSKNING.....	43
12	REFERENSFÖRTECKNING	45

BILAGA 1 – SÖKMATRIS

BILAGA 2 – MATRIS ÖVER GRANSKNINGSMALL AV ARTIKLAR TILL RESULTAT

BILAGA 3 – MATRIS ÖVER URVAL AV ARTIKLAR TILL RESULTAT

1 Inledning

Majoriteten av patienterna som är i behov av palliativ vård föredrar att vårdas i hemmet framför sjukhus och andra boendeformer. Även närstående föredrar att patienten vårdas i hemmet (Bannon et al., 2018; Cancercentrum, 2020; Collier et al., 2015; Hunt et al., 2014; Morris et al., 2015; Nakanishi et al., 2020). Närstående har en central, men komplicerad roll i att stödja och hjälpa patienten samt vara delaktig i besluten. När patienten själv inte kan eller orkar fatta egna beslut, behöver närstående ibland, fatta beslut i patientens ställe (Dionne-Odom., 2019). Det finns en komplexitet och svårighet med att vara närstående, då patientens behov prioriteras framför egna behov. Närstående är ofta hjälpare som själva är i behov av hjälp (Morris et al., 2015; Totman et al., 2015).

Sjuksköterskan och övrig personal i palliativ vård ska arbeta personcentrerat mot patienten och samtidigt se närstående enligt närståendeperspektivet. Genom att se, bekräfta och göra närstående delaktiga, kan behov tillgodoses och livskvalitet främjas hos närstående, vilket är ett av målen i den palliativa vården (Regionalt cancercentrum [RCC], 2021; Strang, 2012). Specifikt riktade interventioner som fokuserar på närståendes behov av stöd är därför av vikt att lyfta fram. Genom litteraturöversikten kan interventioner som framkommer, komma närstående som vårdar inom palliativ hemsjukvård till godo. Därigenom främjas närståendeperspektivet än mer i palliativ hemsjukvård.

2 Bakgrund

Palliativ vård

Ordet palliativ härstammar från latinets mantel vilken karaktäriseras av en lindrande vård som ges när bot inte längre är möjlig (Beck-Friis & Strang, 2012). Palliativ vård är en vårdform som finns att tillgå vid avancerade obotbara sjukdomar med begränsad överlevnad (Socialstyrelsen, 2018). Palliativ vård indelas i tidig och sen fas. I faserna finns flera övergångar från ett status i sjukdomen till ett annat, så kallade brytpunkter. I sjukdomens tidiga skede är vården mer aktivt inriktad på livsförlängande behandlingar som cytostatika och strålning, i kombination med palliativ vård ges bättre symtomlindring och en ökad livskvalitet för patient (Haun et al., 2017). I palliativ vård som ges i sjukdomens senare skeden är fokus på enbart symtomlindring och

åtgärder som ökar livskvaliteten hos patient och dess närstående (Socialstyrelsen, 2013). Palliativ vård indelas i allmän och specialiserad palliativ vård. Allmän palliativ vård ges av personal med grundläggande kompetens i tillgodoseendet av patientens behov. Specialiserad palliativ vård ges till patienter med komplexa behov, av personal från ett multiprofessionellt team där särskild kunskap och kompetens erfordras (Merten et al., 2019; Socialstyrelsen, 2018).

Allt fler patienter med palliativa behov föredrar att få vårdas och dö i hemmet (Bannon et al., 2018; Cancercentrum, 2020; Collier et al., 2015; Hunt et al., 2014; Morris et al., 2015; Nakanishi et al., 2020), under förutsättning att vårdkvaliteten säkerställs (Gomes et al., 2013). I Sverige sker övervägande dödsfall på sjukhus eller vårdhem (Håkansson et al., 2015). Relaterat till kontinuerligt stigande befolkningensmängd kommer behovet av palliativ vård förväntas öka inom vården (Finucane et al., 2015; Sleeman et al., 2019).

Palliativ vård är ett förhållningssätt, en personcentrerad vård där lidandets dimensioner ska lindras utifrån fysiska, psykiska, sociala och andliga aspekter (Socialstyrelsen, 2013; World Health Organization [WHO], 2020; Öhlen et al., 2017). Att lindra lidande är en grundläggande värdering i palliativ vård (WHO, 2020). Cicely Saunders har beskrivit lidandets dimensioner som total smärta. Utifrån det har Clark (1999) och Henoch (2020) beskrivit dessa lidandets fyra dimensioner som oskiljaktiga från varandra. Utebliven lindring av någon av komponenterna i total smärta relateras till minskad livskvalitet (Khatooni, 2021). Obotbar sjukdom i familjen drabbar inte bara patienten, även närstående drabbas. Patient och närstående påverkar varandra och är viktiga i varandras sammanhang (Möllerberg et al., 2017).

Palliativ vård i samhället

Årligen avlider cirka 90 000 personer i Sverige av dessa bedöms 80% ha haft behov av palliativ vård (Socialstyrelsen, 2018). Palliativ vård bedrivs inom olika vårdformer på sjukhus, kommunalt boende eller i hemmet (Håkansson et al., 2015). Palliativ vård ska kunna erbjudas både inom allmän och specialiserad palliativ vård. Vården ska vara tillgänglig för alla personer med palliativa behov oavsett geografiska skillnader i landet. Genom konsultteam främjas tillgången av palliativ vård även på glesbygd (Furst et al., 2021). Konsultteam ska utgöras av läkare sjuksköterskor och andra professioner med specifik utbildning och kompetens inom palliativ vård

(Socialstyrelsen, 2018). I vården betonas vikten av att all palliativ vård som ges till patienter ska ske i dialog med både patient och närstående samt att hälso- och sjukvårdspersonal visar respekt för kulturella skillnader, värderingar och religioner hos patient och närstående (Fürst et al., 2021). I de mänskliga rättigheterna förklaras att alla människor har lika värde med samma rättigheter och vård ska ges på lika villkor (Förenta nationerna, 1948).

Tillgången av palliativ vård anses ojämlik i Sverige vilket beror på geografiska och ekonomiska aspekter men även kön, etnicitet, sjukdom och ålder. Att vården inte är jämlik i samhället kan vara en följd av hur vårdens organisation är uppbyggd, tillgången på vård, olika lokala skillnader, vilka resurser som finns tillgängliga samt vårdpersonalens attityder och kunskap (Norberg & Ternstedt, 2020). Hälso- och sjukvårdspersonal inom palliativ vårdkontext ska inne ha kunskap för att kunna utföra palliativ vård inom ramen för både allmän och specialiserad inriktning. För att bedriva en god palliativ vård i samhället är det därför av stor vikt med fortbildning och forskning inom ämnet (Fürst et al., 2021). Hälso- och sjukvårdspersonalen behöver tydliga riktade mål att arbeta mot och därmed ständigt arbeta för att förbättra och utveckla palliativa vården i landet (Socialstyrelsen, 2017).

Sjuksköterskans roll i palliativ vårdkontext

I palliativ vård är det viktigt att sjuksköterskan arbetar i enlighet med den palliativa vårdens värdegrund och den etiska plattformen till patient och närstående. Värdegrunden består av ledorden närhet, helhet, kunskap och empati. Att som sjuksköterska vara närvarande vid möte med patient och närstående ses som mycket viktigt. Detta innefattar ett aktivt lyssnande och en helhetssyn där fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov tillgodoses hos patient och närstående. Sjuksköterskan behöver vara uppdaterad gällande kunskap om palliativ vård och arbeta evidensbaserat i mötet patient och närstående. Att visa omtanke och förmedla värme på ett professionellt sätt är viktiga värden i palliativ vård (RCC, 2021). Sjuksköterskan i palliativ vård ska arbeta i enlighet med de fyra hörnstenarna. Hörnstenarnas innebörd är att lindra symtom som uppstår, arbeta och samverka i team mellan olika professioner och att kommunicera inom teamet och med patient och närstående. Den fjärde och sista hörnstenen belyser närstående. I närståendeperspektivet är sjuksköterskans roll att uppmärksamma behov, önskemål, informera och göra närstående delaktiga under vårdtiden samt ge stöd efter patientens död (Strang, 2012).

Sjuksköterskor upplever det som en komplex situation att fokusera på närståendes behov av stöd. En bidragande orsak är att sjuksköterskan behöver anta dubbla roller och i vårdmötet se både patienten och närstående. Sjuksköterskor har olika förmåga att fokusera på närstående vilket påverkar interventioner riktade till att möta närstående (Becqué et al., 2021). Forskning visar att det finns brister i att uppmärksamma närståendes behov av stöd. Sjuksköterskan förbiser ibland det stora ansvaret närstående som vårdar har och brister i kommunikation, information och stöd. Dessa brister medför att närstående inte är tillräckligt förberedda för den vårdande rollen och för vad som väntar i sjukdomsförloppet (Collins et al., 2018; Mohammed et al., 2018; Tarberg et al., 2019). Studier visar även på brister i uppföljning och stöd till närstående efter patientens död (Tarberg et al., 2019). Strukturerade stödjande interventioner som riktas till närstående på ett systematiskt sätt efterfrågas av sjuksköterskor (Becqué et al., 2021).

Specialistsjuksköterska i palliativ vårdkontext

Att inneha kompetensen specialistsjuksköterska innebär erlagd utbildning på avancerad nivå. Specialistsjuksköterskan arbetar utifrån avancerade expertkunskaper och förväntas ta komplexa beslut med klinisk kompetens. Beslutsgrundande kunskap vilar på evidensbaserad forskning som ska integreras kliniskt (International Council of Nurses [ICN], 2021; Svensk sjuksköterskeförening, 2019). Specialistsjuksköterskans specifika ansvar handlar om att utföra förbättringar och att leda och organisera vården inom sitt specifika specialistområde (Johansson & Wallin, 2013). I palliativ hemsjukvård ska en specialistsjuksköterska besitta avancerade kunskaper inom de fyra domänerna klinisk verksamhet, ledarskapsförmåga, arbeta utifrån evidensbaserad forskning och leda samt utveckla utbildning inom ramen för expertområdet (ICN, 2021; Kennedy et al., 2015).

Specialistsjuksköterskan behöver på ett professionellt sätt hantera omvårdnad och medicin avseende avancerade bedömningar, kommunikation, rådgivning och komplexa medicinska färdigheter. Vidare innefattar ansvaret en övergripande nyckelfunktion av bedrivandet av personcentrerad vård i ett tvärprofessionellt samarbete (Kennedy et al., 2015).

Specialistsköterskan har ansvar för att resurser i den palliativa vården tas till vara på bästa sätt och kommunicerar med medarbetare, patient och närstående. Detta främjar att patientens och närståendes behov och önskemål tillgodoses på bästa sätt (Svensk sjuksköterskeförening, 2019).

Närstående

En närstående beskrivs som “person som den enskilde anser sig ha en nära relation till” (Socialstyrelsens termbank, u.å.). Närstående definieras som den person patienten har en nära relation till och som är involverad i patientens närhet. Närstående behöver inte innebära familjära band utan det kan vara en vän, granne eller person inom förändrade familjeförhållanden (Carlsson & Wennman-Larsen, 2014). I palliativ vård har närstående en komplex och betydande funktion som stärker välbefinnandet hos patienten. Att närstående involveras i vården främjar att patientens behov tillgodoses. Närstående har en betydande funktion i patientens sjukdomshantering och till hjälp med beslutsfattande (Dionne- Odom et al., 2019; Laidsaar-Powell et al., 2016).

Att vara närstående i palliativ hemsjukvård

En förutsättning för att patienten ska kunna vårdas i hemmet är att närstående deltar i vården. Närståendes beslut om att vårda patienten i hemmet grundas många gånger på känslan av kärlek, respekt, skyldighet eller plikt. Men även av viljan att ge något tillbaka till någon som betyder mycket och därigenom uppfylla patientens önskan om att få vårdas hemma (Robinson et al., 2017). En av fördelarna med att vårda patienten i hemmet är att livet och vardagen med olika rutiner till viss del kunde fortsätta som vanligt. I hemmiljön upplever både patienten och närstående trygghet (Morris et al., 2015). Men ju längre patientens sjukdom fortskrider ju mer förändras hemmet med mer hjälpmedel och sådant som underlättar skötseln av patienten. Närstående kan uppleva förändringen som svår och känna att förändringen inkräktar på integriteten (Morris et al, 2015). Osäkerhet inför framtiden skapar oro (Pepin & Hébert, 2020).

Att som närstående bära vårdarrollen är inte alltid självklar. Flera närstående känner otrygghet i rollen som vårdare och behöver mer stöd för att hantera situationen (Holm & Alvariza, 2020; Pepin & Hébert, 2020). Att vårda patienten i palliativ hemsjukvård innebär ofta ett större ansvar för närstående, jämfört med om patienten vårdas på institution (Knighting et al., 2015; Totman et al., 2015). Många närstående upplever frustration och osäkerhet inför ansvaret (Morris et al., 2015). Behovet av stöd och bekräftelse av sjukvårdspersonal upplevs som stort (Pepin & Hébert, 2020). Närstående har beredskap dygnet runt och upplever hela tiden utmaningar, ändå finns

viljan att göra allt för att möta patientens behov (Robinson et al., 2017). Patientens behov sätts oftast före närståendes egna behov (Morris et al., 2015; Totman et al., 2015). Att ständigt behöva vara i beredskap för patienten resulterar i sömnbrist, trötthet och utmattning hos närstående (Holm & Alvariza, 2020; Morris et al., 2015; Pepin & Hébert, 2020). Att få sova på natten visas vara ett stöd närstående efterfrågar, vilket ger mer ork dagtid och då kunna finnas till hands för patienten (Pepin & Hébert, 2020). I takt med att patient blir sämre har närstående svårare att hitta egen tid (Pepin & Hébert, 2020). Några närstående upplever isolering till hemmet vilket ger en känsla av ensamhet, stress, oro, nedstämdhet, ångest och depression (Holm & Alvariza, 2020; Morris et al., 2015).

Närstående har behov av stöd genom avlastning, för att finna egen tid (Pepin & Hébert, 2020). Trots att behov av egen tid finns kan närstående känna att så mycket tid som möjligt bör tillbringas med patienten, med vetskap om att tiden tillsammans är begränsad (Pepin & Hébert, 2020). Detta påverkar närståendes hälsa och välbefinnande negativt (Morris et al., 2015) och risken för psykisk ohälsa ökar (Schaffer et al., 2017). Forskning visar att närstående även efter patienten avlidit har behov av att få stöd i sorgen av vårdpersonal (Pepin & Hébert, 2020).

Interventioner i palliativ hemsjukvård

Nationalencyklopedins (u.å) definition av intervention lyder, ”intervention, inom medicinen vetenskapligt samlingsbegrepp som omfattar förebyggande eller behandlande åtgärder”. Interventioner är specifikt riktade förbättringsåtgärder till patient och närstående (Ahn & Campbell, 2020) som kan utföras polikliniskt (Ahn & Campbell, 2020; Both et al., 2011) i hemmet eller via telefon (Ahn & Campbell, 2020). Sjuksköterskeledda interventioner definieras som den behandling eller omvårdnadsåtgärd sjuksköterskan utför till patient eller närstående, direkt eller indirekt (Bulechek et al., 2013). Även annan vårdpersonal med allmän eller avancerad kompetens i ett multiprofessionellt team kan utföra interventioner. Personer med specifik utbildning kan ge mer riktade interventioner (Ahn & Campbell, 2020; Both et al., 2011). Interventioner som används inom palliativ vård utförs i huvudsak från yrkesprofessionella och är individuellt riktade till närstående. Det förekommer i mindre utsträckning att interventionerna riktas till hela familjen eller utförs i grupp (Hellström et al., 2017).

Interventioner som erbjuds närstående ska vara förankrade i vetenskap, vara individanpassade utifrån behov närstående har samt syfta till att göra det lättare för närstående som vårdar (Ahn & Campbell, 2020; Both et al., 2011; Bulechek et al., 2013; Holm & Alvariza, 2020). Stödjande interventioner som riktas till närstående ska enligt närståendes behov, ges i patientens tidiga palliativa sjukdoms fas, under pågående palliativ vård, vid dödsfall och efter dödsfallet i sorgprocessen. Majoriteten av stödjande interventioner riktas till närstående under patientens vårdtid. Vid patientens insjuknande, dödsfall och efter dödsfallet i sorgprocessen tenderar interventionerna påtagligt minska från hälso- och sjukvårdspersonal (Hellström et al., 2017).

Problemformulering

Sjuksköterskan inom palliativ vård ska samverka vården med både patient och närstående. I närståendeperspektivet ingår förhållningssättet att med helhetssyn och med fokus på närståendes behov av stöd bekräfta, kommunicera, lindra lidande och främja livskvalitet. Detta är en viktig och komplex uppgift sjuksköterskan har i palliativ vård då patienten utgör fokus. Tidigare forskning visar att närstående ofta känner patienten bäst och har en central och ansvarsfull roll i palliativ hemsjukvård, vilket kan möjliggöra för patienten att tillbringa den sista tiden i livet hemma. Att uppmärksamma närstående är en viktig uppgift för sjuksköterskan. Men trots det konstaterades det som komplext att se närståendes behov av stöd i tillräcklig utsträckning då patienten utgör huvudfokus i vårdmötet.

Interventioner till närstående är en specifik riktad åtgärd som kan utföras av vårdpersonal med eller utan specifik kompetens. Strukturerade interventioner med fokus på närstående i palliativ hemsjukvård är en konstaterad brist som efterfrågas av sjuksköterskor. Otillfredsställda behov och stöd hos närstående kan leda till ett ökat psykiskt lidande och sämre livskvalitet. Därför är det av stor vikt att med denna litteraturöversikt beskriva interventioner och dess effekter med fokus på behov av stöd hos närståendes som vårdar i palliativ hemsjukvård. Denna kunskap kan gagna sjuksköterskor samt övrig vårdpersonal i mötet med närstående inom palliativ hemsjukvård.

3 Syfte

Att beskriva interventioner och dess effekter med fokus på behov av stöd hos närstående som vårdar inom palliativ hemsjukvård.

4 Teoretiskt ramverk

I litteraturöversikten används det teoretiska ramverket Delaktighet i ljuset - delaktighet i mörkret, av Andershed (1998). Teorin har sitt ursprung ur palliativ vård från närståendeperspektivet, men har därefter utvecklats för att även kunna relatera till perspektiv från både patient och personal (Andershed, 1998; Andershed, 2020). Som en röd tråd genom hela teorin finns närståendes dubbelroll beskriven, dels som hjälpare och stöd för patienten och dels som att närstående själva är i behov av hjälp och stöd. Teorin har sin grund utifrån närståendes känsla av delaktighet och utanförskap. Delaktighet i ljuset innebär interaktion mellan närstående, patient och personal där klimatet är respektfullt, öppet, ärligt och bemötandet humanistiskt, vilket främjar till livskvalitet. Delaktighet i mörkret innebär ett utanförskap, där närstående varken bekräftas eller blir sedda, vilket ger upphov till sämre livskvalitet (Andershed, 1998; Andershed, 2020; Andershed & Ternstedt, 2001).

Att veta, att vara och att göra, är centrala begrepp i Andersheds teori för att nå delaktighet. Att veta, innebär att söka kunskap och information för att kunna engagera sig. Att vara, innebär närvaro och intresse för det som händer och en förståelse för varandras livsvärldar, både emotionellt och existentiellt. Att göra, står för den praktiska delen, uppgifter som närstående gör, som patienten tidigare utfört själv men nu inte längre orkar eller klarar av. Andershed menar att dessa tre begrepp påverkar varandra. Att veta är utgångspunkten för att vara och att göra. Med vetandets insikt ökar möjligheten till varandet och görandet, men också varandet och görandet ökar möjligheten till vetandet. Olika vårdkulturer, med olika förhållningssätt, värderingar och normer, påverkar möjligheten att skapa delaktighet (Andershed, 1998).

I teorin beskrivs snabbhetens kultur och långsamhetens kultur. Snabbhetens kultur beskrivs som den kurativa vården. Vilken ofta har ett högt tempo, där patienten botas/blir bättre och sedan åker hem. Denna snabbhetens kultur underminerar ofta personalens möjlighet att lära känna familjen

och skapa en relation av tillit. Vilket ökar risken för delaktighet i mörker. Långsamhetens kultur beskrivs som symtomlindrande vård där livskvalitet för hela familjen är av stor betydelse. Då personalen i denna vårdkultur ofta tar sig tid att se och bekräfta patient och närstående ökar möjligheterna för delaktighet i ljuset (Andershed, 1998).

Närståendes behov av stöd är en väsentlig del för sjuksköterskan i palliativ hemsjukvård att bekräfta och åtgärda (Ahn & Campbell, 2020; Alvariza et al., 2020; Bulechek et al., 2013; RCC, 2016; Strang & Beck-Friis, 2012). Författarna anser att det teoretiska ramverket faller väl in i begreppet närståendeperspektivet vilket förklarades av Strang & Beck-Friis, (2012). Ramverket är förenligt med den palliativa vårdens värdegrund (RCC, 2016). Detta gör att ramverket knyts an i en verklighet och stärker närståendeperspektivet samt gör det än mer angeläget att beskriva interventioner som fokuserar på närståendes behov av stöd. Vidare förespråkas ramverket som mycket väl lämpat gällande interventioner, vars effekt ger stöd till närstående som vårdar inom palliativ hemsjukvård (Holm et al., 2015). I litteraturöversikten kommer ramverket användas i resultatdiskussionen.

5 Metod

Som metod utfördes en allmän litteraturöversikt med systematiskt förfarande genom tidigare publicerad vetenskaplig forskning med induktiv ansats. Induktiv ansats innebär att artiklar analyseras genom att finna mönster utifrån data utan förutfattade meningar eller utifrån förutbestämda ramar (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016; Polit & Beck, 2021; Popenoe et al., 2021). Induktiv ansats förklaras relevant vid tematisk analys anpassad för granskning av artiklar med kvantitativ metod (Popenoe et al., 2021). Allmän litteraturöversikt är relevant vid beskrivande av ett kunskapsläge i forskningsområden där det finns ett definierat problem inom ämnet utifrån originalartiklar (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016; Polit & Beck, 2021; Popenoe et al., 2021).

Som metod följdes Bettany-Saltikov och McSherry (2016) process för litteraturöversikter. Det innebar att formulera en svarbar fråga enligt PICO, skriva bakgrund, syfte och urvalskriterier. För att skapa struktur av forskningsfrågan, syfte och centrala begrepp används enligt Bettany-Saltikov och McSherry (2016) population, intervention, comparative control och outcome

(PICO), se tabell 1. För att utforma urvalskriterier används PICOT. I metoden formuleras vidare sökstrategi och data analyseras och extraheras från vetenskapliga originalartiklar. PICO ansågs relevant vid litteraturöversikter med kvantitativa data vilka ofta innefattar studier med jämförande grupper och studier med jämförelser inom grupper (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016). Att använda kvantitativ ansats i litteraturöversikter där interventionseffekter beskrivs är relevant (Popenoe et al., 2021).

Sista delen i processen i Bettany-Saltikov och McSherry (2016) metod innefattade att framställa ett resultat. Inför genomförandet av litteraturöversikten inhämtade författarna kunskap utifrån kurslitteratur och vetenskapliga artiklar för att bli uppdaterade inom det aktuella forskningsområdet. En litteraturöversikt ska i enlighet med ett systematiskt förfarande utföras genomgående strukturerat, noggrant i bearbetandet genom hela metodprocessen. Detta främjar litteraturöversiktens reproducerbarhet och minskar risken för bias (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016).

Tabell 1. *Problemformulering enligt PICO*

P =population	I= intervention	C=Comperative control	O= Outcome
Vuxna närstående som vårdar i palliativ hemsjukvård	Interventioner och dess effekter med fokus på närståendes behov av stöd	Studier som hade jämförande grupper och studier med jämförelser inom gruppen	Interventioner och dess effekter med fokus på närståendes behov av stöd
Vilka interventioner fokuserar på behov av stöd hos närstående som vårdar i palliativ hemsjukvård?			
Vilka effekter har interventionerna som fokuserar på behov av stöd hos närstående som vårdar i palliativ hemsjukvård?			

Urval

I urvalet av för litteraturöversikten relevanta artiklar användes inklusions- och exklusionskriterier enligt Bettany-Saltikov och McSherrys (2016) PICOT-modell, se tabell 2. Population, intervention, comperative control outcome och type of study (PICOT), används för att formulera

urvalskriterier. P= population svarar för den population som ska studeras. I= Intervention innebär den intervention som studien avser att utvärdera. C= comparative control utgör jämförelser med kontrollgrupp eller jämförelser inom grupper och outcome är resultatet. PICO (T), T= type of study anger forskningens design (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016).

Tabell 2. Urvalskriterier enligt PICOT

PICOT	Inklusionskriterier	Exklusionskriterier
Population	Vuxna närstående som vårdar i palliativ hemsjukvård.	Studier som utfördes på närstående där patienten inte vårdades eller hade vårdats i hemmet.
Comperative control	Studier som hade jämförande grupper och studier med jämförelser inom gruppen	
Outcome	Interventioner och dess effekter med fokus på närståendes behov av stöd	Interventioner riktade till andra målgrupper
Type of study	Kvantitativa originalartiklar, artiklar inom åtta år, vuxna närstående som vårdar och engelska.	Artiklar som inte var originalkällor, artiklar äldre än åtta år.

Polit och Beck (2021) förklarar det som viktigt att använda artiklar som besvarar litteraturöversiktens syfte, har god kvalitet och är primärkällor. En litteraturöversikt strävar efter att återge senaste forskning (Polit & Beck, 2021). Därför inkluderades artiklar publicerade inom åtta år. Andra inklusionskriterier var deltagare som var vuxna närstående som vårdar i palliativ hemsjukvård, jämförande grupp, och artiklar som innehåller interventioner och dess effekter med fokus på behov av stöd hos närstående, originalartiklar, peer reviewed, och engelska.

Peer-reviewed förklaras vara en styrka som innebär att artiklarna var granskade av andra forskare före publicering, för att säkerställa att kvaliteten på artiklarna var god (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016; Karlsson, 2017; Polit & Beck, 2021). Artiklar peer-reviewed inkluderades i databasen The Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature [CINAHL] och Psychology Information [PsychINFO] som hade funktionen som tillval. Polit och Beck (2021) menar att relevanta exklusionskriterier är data som inte utgör originalkällor, besvarar syftet eller

har dålig kvalitet. Därför exkluderades vetenskapliga artiklar som var äldre än åtta år och inte var originalkällor. Interventioner som var riktade till andra målgrupper och interventioner som utfördes på närstående där patienten inte vårdades eller hade vårdats i hemmet, exkluderades.

Datainsamling

Inför databassökning användes guidning av bibliotekarie flera gånger, som stöd för databassök, ämnesord och systematiskt sök i databaserna. Enligt Bettany-Saltikov och McSherry (2016) metod formulerades centrala begrepp, sökord och synonymer. För att hitta ämnesord och synonymer förenligt med litteraturstudiens syfte användes databasen Svensk MeSH (Karolinska Institutet, u.å). Ämnesord och fritextsökningar kombinerades i databaserna. I CINAHL, överensstämde ämnesorden med Subjectsheadings [MH]. I Public Medline [PubMed], överensstämde ämnesorden med Medical Subject Headings [MeSH]. Dessa databaser är främst avsedda för forskning inom omvårdnad. Databasen PsychINFO är en ytterligare användbar databas inom omvårdnad (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016; Polit & Beck, 2021).

Litteraturstudiens centrala begrepp är närstående som vårdar, interventioner, närståendes behov av stöd, palliativ hemsjukvård. Ämnesord i PubMed var psychosocial intervention, family nursing, caregiver, caregiver burden, palliative care, terminal care, end of life care och hospice care. Fritext ord var intervention, supportive intervention och nursing intervention. Ämnesord använda i CINAHL var psykosocial intervention, nursing interventions, intervention, family, family nursing, caregivers, caregiver burden, palliative care, terminal care, end of life care och hospice care. Fritext ord som användes i blocksökningarna var supportive interventions. I Databasen PsychINFO var ämnesorden intervention, crisis intervention, early intervention, group intervention, school-based intervention, workplace intervention, caregivers och palliative care. Blocksökningar utfördes med booleska operatörer AND och OR vilka begränsade och utvidgade sökningarna. Begränsningar som utfördes i databasernas begränsningsfilter minskar irrelevant datamaterial som inte svarade på syftet (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016; Karlsson, 2017; Polit & Beck, 2021). Sökningar över vetenskapliga originalartiklar utfördes systematiskt enligt Bettany-Saltikov och McSherry (2016).

Databassökningar dokumenterades noggrant och sparades i söktabell. Detta skapade strategi och ordning av insamlade data i litteraturoversikten (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016, Polit och Beck, 2021; Popenoe et al., 2021). Databassökningar sparades och dokumenterades i sökmatris, se Bilaga 1. Databassökningar utfördes av författarna enskilt. I första urvalet lästes titeln igenom. Om titeln var intressant utifrån syftet lästes abstract igenom. Ansågs abstract vara relevant utifrån syftet togs artikeln fram i helhet, kontrollerades och kritiskt granskades utifrån urvalskriterierna och syftet. De artiklar som uppfyllde urvalskriterierna lästes igenom. I det andra urvalet lästes artiklarna som ansågs kunna inkluderas i resultatdelen och kvalitetsgranskades, enligt Caldwell et al. (2011), matris över granskningsmall av artiklar till resultat, se Bilaga 2. Läsna artiklar och utförda kvalitetsgranskningar jämfördes av båda författarna tillsammans och sammanställdes. Detta reducerade risken för tolkningsfel och påverkan av varandra. En sådan strävan efter ett objektivt förhållningssätt anses minska påverkan av subjektiva fördomar (Popenoe et al., 2021). Därefter gjordes en matris över urval av artiklar till resultat, vilken organiserade data från artiklar, se Bilaga 3.

Datanalys

Som metod vid dataextraktion och dataanalys användes tematisk analys över kvantitativa data enligt Popenoe et al. (2021) i tre steg. Dessa steg var att identifiera data som svarar på syftet, organisera data på ett tematiskt sätt syntetisera, analysera och presentera data. Resultatet i samtliga artiklar vilka besvarade syftet, sammanfattades och resultatet organiserades tematiskt i teman och underteman. Syftet och urvalskriterier fanns tillgängliga vid varje artikel som analyserades för att säkerställa att artiklarnas resultat besvarade syftet och att urvalskriterierna följdes. Ett sådant förfarande tillgodoser att artiklar som användes i resultatdelen besvarade syftet och att urvalskriterierna efterföljdes (Popenoe et al., 2021).

Artiklar som användes i resultatet sparades i ett word dokument, likheter och skillnader färgmarkerades med olika färger i artiklarnas resultatdel med ett induktivt förhållningssätt. I artiklarnas resultat låg fokus på syftet, vilket var att beskriva interventioner och dess effekter med fokus på behov av stöd hos närstående som vårdar inom palliativ hemsjukvård. Därför markerades likheter och skillnader utifrån artiklarnas olika interventionseffekter och mätinstrument. Mätinstrumenten både utvärderade interventionerna och påvisade

interventionseffekten. Vid organisering av data på ett tematiskt sätt, kunde studier som innefattade effekter förslagsvis organiseras efter interventionstyp, typ av studie, uppföljningsperiod eller efter andra relevanta aspekter (Popenoe et al., 2021). I litteraturöversikten valdes därför att organisera data tematiskt baserat på vad mätinstrumenten utvärderade, vilket ansågs relevant utifrån syftet.

Därefter analyserades och syntetiserades data inför datapresentation. Vid analysering organiserades de olika färgmarkeringarna i en tabell. Därefter finjusterades dessa genom att plocka ut interventionseffekter vilka ytterligare analyserades. Sedan utformades två teman och sex underteman till litteraturstudiens resultatdel. Analys utfördes enskilt av båda författarna. Därefter diskuterades, jämfördes och syntetiserades artiklarnas resultat gemensamt. Genomgående i litteraturöversiktens samtliga delar var en strävan efter ett objektiva förhållningssätt. Detta minskar risken för att subjektiva fördomar påverkar och färgar litteraturöversikten (Popenoe et al., 2021). Enligt Bettany-Saltikov och McSherry (2016) metod för systematiska litteraturöversikter skulle därefter resultatet skulle syntetiseras, summeras och presenteras. Till resultatet analyserades 13 artiklar, av dessa artiklar är nio randomiserade kontrollerade och fyra kliniskt kontrollerade studier. Inkluderade studier genomfördes i Australien, Danmark, Island, Jordanien, Storbritannien, Sverige samt USA. Totalt ingick 2771 deltagare i studierna och det totala bortfallet var 551 deltagare. Deltagarna var i åldern 18 år och äldre, 68,8% var kvinnor och 31,2% var män. Majoriteten av deltagarna i studierna vårdade make/maka/partner, 53%-83,3%. Patienten vårdades övervägande för någon form av cancerdiagnos.

6 Forskningsetiska överväganden

I en litteraturöversikt ska studier som ingår i resultatet vara granskade av forskningsetisk kommitté vilka följer Nürnbergkoden och Helsingforsdeklarationen. Vidare ska god forskningssed följas, det vill säga datamaterialet ska inte fabriceras, förfalskas eller plagieras (CODEX - regler och riktlinjer för forskning, 2021; Polit & Beck, 2021). All vetenskaplig forskning bygger på hederlighet och ärlighet, allt annat skadar forskningen och skapar misstro (Kjellström, 2017; Vetenskapsrådet, 2017). Vid en litteraturöversikt finns även andra etiska överväganden, som risken för feltolkningar av artiklar på grund av språkförbistringar samt

bristande kunskaper i hur en litteraturöversikt utförs, vilket kunde leda till felbedömningar (Kjellström, 2017).

Vid bearbetning av artiklar och resultatredovisning anammades förhållningssättet god forskningssed och hederlighet. I litteraturöversikten utfördes varken fabricering, förfalskning eller plagiat av datamaterial. Författarna har tagit forskningsetiska medvetna beslut av samtligt datamaterial, styrdokument och kurslitteratur i litteraturstudiens textinnehåll. Allt textmaterial har tolkats och analyserats till egna ord och författarna har dessutom fört genomgående diskussion med varandra om vikten av systematiskt etiskt förhållningssätt. Artiklar använda till resultat lästes, granskades och analyserades av författarna enskilt och jämfördes mot varandra för att undvika tolkningsfel och risken att felbedömningar och subjektiva tolkningar utfördes. Detta främjade till ärlighet och att fabricering, förfalskning eller plagiat inte utfördes. Artiklar som användes i resultatet hade samtliga genomgått granskning av forskningsetisk kommitté. Detta medvetandegjorde författarna, att de människor som ingick i studierna hade lämnat informerat samtycke, att integriteten var skyddad och att forskningsdeltagandet kunde avbrytas när som helst om deltagaren ville det, i enlighet med CODEX - regler och riktlinjer för forskning (2021) och Polit och Beck (2021).

7 Resultat

I de 13 studierna inkluderade i litteraturöversikten återfanns totalt sex olika interventioner. Analysen resulterade i två teman och sex underteman, se tabell 3. En kort beskrivning av interventionerna och effekter som utvärderas, se tabell 4. Samtliga studier utvärderade interventionernas effekt genom olika instrument, alla validerade. För övergripande beskrivning av interventionerna, se tabell 5.

Tabell 3. *Översikt över teman och underteman*

Teman	Underteman
Närståendes behov av stöd för att vårda	Stöd för kompetens för att vårda Stöd i strategier för att vårda Stöd i förberedelser för att vårda

Närståendes behov av stöd för psykisk hälsa	Stöd för att lindra psykiskt lidande Stöd för att främja psykiskt välbefinnande Stöd för att lindra psykiskt lidande i sorgen
---	---

Tabell 4. Kort beskrivning av interventionerna och effekter som utvärderas

Intervention	Utförande och utvärdering av effekt.
Carer Support Needs Assessment Tool (CSNAT- I) med påföljande åtgärder av behov. Auon et al. (2015)	Ett samtalsunderlag för att identifiera närståendes behov. När behoven identifierats gjordes en handlingsplan med sjuksköterskan för att åtgärda dessa. Utvärdering: Belastningsgrad av att vårda Depression Ångest Arbetsbelastning Välbefinnande
Carer Support Needs Assessment Tool (CSNAT-I) med påföljande åtgärder av behov. Grande et al. (2017)	Ett samtalsunderlag för att identifiera närståendes behov. I diskussion med läkaren avgjordes hur behoven skulle åtgärdas. Utvärdering: Sorg Livskvalitet Ångest
DOMUS, Dyadisk psykologisk terapi. (Hänvisning till förkortning saknas). Von Heymann-Horan et al. (2018)	Dyadisk psykologisk terapi där sessioner gavs baserade på behov på en existentiell- fenomenologisk grund. Syftet var att öka förståelsen för varandras situation mellan närstående och patient. Detta i kombination med specialiserad palliativ vård i hemmet. Utvärdering: Depression Ångest
DOMUS, Dyadisk psykologisk terapi. (Hänvisning till förkortning saknas). Von Heymann-Horan et al. (2019)	Dyadisk psykologisk terapi där sessioner gavs baserade på behov på en existentiell- fenomenologisk grund. Syftet var att öka förståelsen för varandras situation mellan närstående och patient. Detta i kombination med specialiserad palliativ vård i hemmet. Utvärdering: Kommunikation och coping i par Depression Ångest

<p>Family -Oriented Therapeutic Conversation (FAM-SOTC)</p> <p>Petursdottir et al. (2019)</p>	<p>Terapeutiska familjefokuserade samtal, enligt Calgarymodellen. Samtalen utfördes av sjuksköterska och fokus var att stödja närstående under pågående palliativ hemsjukvård. Familjefokuserade samtal främjade till att närstående fann resurser hos sig själva och inom familjen.</p> <p>Utvärdering: Kognitivt och emotionellt stöd från sjuksköterskor Depression Ångest Psykisk stress Vårdbörda</p>
<p>Family -Oriented Therapeutic Conversation (FAM-SOTC)</p> <p>Petursdottir et al. (2020)</p>	<p>Terapeutiska familjefokuserade samtal, enligt Calgarymodellen. Samtalen utfördes av sjuksköterska och fokus var att stödja närstående under pågående palliativ hemsjukvård. Familjefokuserade samtal främjade till att närstående fann resurser hos sig själva och inom familjen. Ytterligare ett samtal med närstående efter patientens död utfördes.</p> <p>Utvärdering: Depression Ångest Psykisk stress Sorg</p>
<p>Family -Oriented Therapeutic Conversation (FAM-SOTC)</p> <p>Petursdottir et al. (2021)</p>	<p>Terapeutiska familjefokuserade samtal, enligt Calgarymodellen. Samtalen utfördes av sjuksköterska och fokus var att stödja närstående under pågående palliativ hemsjukvård. Familjefokuserade samtal främjade till att närstående fann resurser hos sig själva och inom familjen. Ytterligare ett samtal med närstående efter patientens död utfördes.</p> <p>Utvärdering: Depression Ångest Psykisk stress</p>
<p>Problem Solving Therapy (PST)</p> <p>Gregory och Gellis (2020)</p>	<p>Interventionen bedömde närståendes problemlösningsförmåga för att bättre kunna ge stöd och hantera situationer i hemmet. Behov identifierades och därefter utformades en individuell handlingsplan. Därefter kunde olika problemlösningsstrategier formuleras.</p> <p>Utvärdering: Depression Livskvalitet Problemlösningsförmåga</p>
<p>Problem Solving Therapy (PST)</p> <p>Washington et al. (2018)</p>	<p>En psykosocial intervention i vilken en sjuksköterska först gav närstående information, ett problem identifierades sedan utforma närstående en handlingsplan med hjälp av sjuksköterskan.</p> <p>Utvärdering: Depression Ångest Livskvalitet</p>

<p>Psykoeduktiv intervention Holm et al. (2016)</p>	<p>Interventionen identifierade närståendes behov av praktiska problemlösningar i vårdandet av patient. Sjuksköterskan gav närstående individanpassad information, pedagogisk och teoretiskt inriktad.</p> <p>Utvärdering: Beredskap för att vårda Upplevda prestationer/insatser av att vårda Känslor av belöning Vårdbörda Depression Ångest</p>
<p>Psykoeduktiv intervention Hudson et al. (2013)</p>	<p>Sjuksköterskan identifierade närståendes behov, utformade en handlingsplan och anpassade information samt resurser individuellt. Interventionsgruppen delades in i två grupper, interventionsgrupp I och interventionsgrupp II.</p> <p>Utvärdering: Beredskap för att vårda Upplevda prestationer/insatser av att vårda Känslor av belöning Vårdbörda Depression Ångest</p>
<p>Psykoeduktiv intervention Hudson et al. (2015)</p>	<p>Sjuksköterskan identifierade närståendes behov, utformade en handlingsplan och anpassade information samt resurser individuellt. Interventionsgruppen delades in i två grupper, interventionsgrupp I och interventionsgrupp II.</p> <p>Utvärdering: Depression Ångest</p>
<p>Safe Homes And Respect for Everyone (SHARE) Bani Younis et al. (2019)</p>	<p>Ett interventionsprogram bestående av olika delar, klinisk träning, utbildning i symtomhantering, rådgivning och socialt stöd för att tillgodose behov hos närstående. Interventionsgruppen delades in i två grupper interventionsgrupp I och interventionsgrupp II.</p> <p>Utvärdering: Livskvalitet</p>

Närståendes behov av stöd för att vårda

Stöd för kompetens för att vårda

Interventioner som underlättade och gav stöd till närstående bidrog till bättre anpassning till vårdrollen. Interventionen FAM-SOTC, bestod av terapeutiska familjefokuserade sjuksköterskeledda samtal enligt Calgarymodellen. Dessa främjade närstående att se sina egna resurser för att finna stöd i sig själva och i familjen (Petursdottir et al., 2019; Petursdottir et al., 2020; Petursdottir et al., 2021). Interventionen CSNAT-I, är ett samtalsunderlag för att identifiera närståendes fysiska, psykiska, existentiella och sociala behov och därefter utforma en

handlingsplan för individuellt stöd (Auon et al., 2015; Grande et al., 2017). Båda dessa studier utvärderade interventionens effekt på närståendes upplevda stöd från sjuksköterskor (Grande et al., 2017; Petursdottir et al., 2019). Interventionen FAM-SOTC gav närstående individuell information, kunskap och emotionellt stöd. Kognitivt och emotionellt stöd från sjuksköterskor utvärderades och visade att när sjuksköterskorna utfört FAM-SOTC interventionen, förbättrades närståendes upplevda kognitiva och emotionella stöd signifikant (Petursdottir et al., 2019). Den ena CSNAT-I interventionen utvärderade effekten av interventionen hos närstående fyra till fem månader efter det att patienten avlidit. Mätningar gjordes om stödet som interventionen gav var ihållande även efter att patienten avlidit, då sågs inga signifikanta effekter för att närståendes behov av stöd var tillgodosett efter interventionen jämfört mot kontrollgrupp (Grande et al., 2017).

Två studier med psykoedukativa interventioner utvärderade effekten på närståendes upplevda prestationer/insatser av vårdandet (Holm et al., 2016; Hudson et al., 2013). Interventionerna leddes av sjuksköterska vilken först identifierade närståendes behov och sedan utformades därefter en handlingsplan för att ge närstående adekvat stöd (Holm et al., 2016; Hudson et al., 2013; Hudson et al., 2015). I den ena psykoeduktiva interventionen gav sjuksköterskan närstående information, pedagogisk och teoretisk inriktad, mot patientens fysiska sjukdom, diagnos och olika problem som kunde uppstå till följd av diagnos (Holm et al., 2016). Det visades att interventionerna, vilka båda gav närstående individanpassad kunskap, ökade effekten av prestationer/insatser för att vårda för närstående i interventionsgrupperna. Detta efter interventionen och jämfört med kontrollgrupp (Holm et al., 2016; Hudson et al., 2013).

I den ena psykoeduktiva interventionen indelades interventionsgruppen in i två grupper, interventionstillfällena var lika många, men hur närstående kontaktades för interventionen skilde grupperna åt. Där sågs att interventionen ökade närståendes upplevda prestationer/insatser för att vårda signifikant i interventionsgrupp II. I interventionsgruppen I sågs effekt, dock inte signifikant (Hudson et al., 2013). Den andra studien med psykoedukativ intervention utvärderades effekten på närståendes upplevda prestationer/insatser för att vårda på kort och lång sikt, där sågs signifikanta värden för ökade prestationer för att vårda i interventionsgruppen mätt på kort sikt. Däremot sågs inga signifikanta effekter avseende prestationen för att vårda skulle

öka på längre sikt (Holm et al., 2016). Resultatet visar även på att äldre deltagare i studien fick sina behov beträffande prestationer av att vårda bättre tillgodosedda än yngre (Hudson et al., 2013).

Stöd i strategier för att vårda

För att kunna vårda patienten i hemmet behövde närstående hjälp att finna goda strategier för att hantera olika situationer som kunde uppstå. Genom stöd av interventioner, kunde närstående finna lösningar hos sig själva på det som ansågs svårt i olika situationer och på så sätt bättre hantera vårdandet av patienten. Två olika studier utvärderade närståendes strategier för att hantera vårdarrollen (Gregory & Gellis, 2020; Von Heymann-Horan et al., 2019). DOMUS var en dyadisk psykologisk terapi som utfördes av psykolog med närstående och patient. Samtalen syftade till att öka förståelsen för varandras livsvärldar och närstående hjälptes att hantera situationer genom att problem lyftes, möjligheter diskuterades och lösningar hittades vilket gjorde vårdarrollen mer hanterbar (Von Heymann-Horan et al., 2018; Von Heymann-Horan et al., 2019). Interventionseffekten indikerade signifikant ökad förmåga till öppen kommunikation avseende känslor och farhågor mellan närstående och patient. Vid parterapi sågs signifikanta effekter av förbättrade strategier för att vårda hos närstående i interventionsgruppen, vilket inte kunde ses vid individuell terapi för enbart närstående (Von Heymann-Horan et al., 2019).

I den ena PST interventionen, ledd av socialarbetare med kompetens inom palliativ vård, identifierades närståendes behov och en individuell handlingsplan utformades. Efter interventionen utvärderades närståendes problemlösningsförmåga. Det visades att närståendes problemlösningsförmåga förbättrades kliniskt, dock inte signifikant, avseende positiv problemorientering och rationell problemlösning jämfört med kontrollgruppen. Inga signifikanta skillnader sågs för negativ problemorientering, impulsivitet och vårdslöshet under vårdandet (Gregory & Gellis, 2020).

Stöd i förberedelser för att vårda

Att vårda patienten i palliativ hemsjukvård var betungande för närstående. För att förbereda och stödja närstående i vårdarrollen gav sjuksköterskan i den ena CSNAT-I interventionen individanpassad information om patientens sjukdom, vårdandet av patienten i hemmet,

symtomhantering och råd som kunde stödja till egen tid. För utökat samtalsstöd erbjöds kurator och präst. CSNAT-I utvärderades genom att undersöka närståendes belastning av att vårda. Utvärderingen visade att belastningen att vårda, specifikt avseende att bistå patienten i aktiviteter i det dagliga livet (ADL), ökade både i kontrollgrupp och interventionsgrupp. Dock konstaterades denna ökning som lägre för interventionsgruppen och skillnaderna blev inte signifikanta mellan grupperna (Auon et al., 2015).

Effekten av tre interventioner, CSNAT-I (Auon et al., 2015), FAM-SOTC (Petursdottir et al., 2019) och en psykoeduktiv intervention (Holm et al., 2016) utvärderade närståendes vårdbörd. Det visades att två av interventionerna, CSNAT-I (Auon et al., 2015) och FAM-SOTC (Petursdottir et al., 2019) hade god effekt på den totala vårdbördan hos närstående i interventionsgrupperna där graden av belastning sjönk signifikant. I CSNAT-I interventionen sågs att kontrollgruppen, som inte fått någon intervention, ökade belastningsgraden av att vårda (Auon et al., 2015). I den psykoeduktiva interventionen som mätte vårdbörd sågs det inga signifikanta effekter på vare sig kort eller lång sikt på minskad vårdbörd hos närstående (Holm et al., 2016).

Två psykoeduktiva interventioner önskade, att genom en individanpassad handlingsplan, ge effekt på ökad beredskap för närstående i vårdandet. I båda studierna visades effekt av ökad beredskap för att vårda i interventionsgrupp jämfört med kontrollgrupp (Holm et al., 2016; Hudson et al., 2013). Den skillnad som kunde ses var att i den ena studien var effekten av ökad beredskap ihållande på kort och lång sikt (Holm et al., 2016). I den andra studien blev interventionseffekten inte signifikant för båda interventionsgrupperna, utan endast för interventiongrupp II, i jämförelser mot kontrollgruppen (Hudson et al., 2013). Samma studier använde sig av självskattningsinstrumentet Rewards of Caregiving Scale (RCS), för att utvärdera närståendes känslor av belöning. Ingen av studierna fann att interventionen hade någon positiv effekt (Holm et al., 2016; Hudson et al., 2013).

Närståendes behov av stöd för psykisk hälsa

Stöd för att lindra psykiskt lidande

Att som närstående vårda en patient i palliativ hemsjukvård upplevdes psykiskt påfrestande för närstående. Samtliga interventionerna i litteraturstudiens studier önskade ge effekt på förbättrad psykiska hälsa hos närstående. Interventionerna var alla individuellt anpassade efter närståendes behov och problem (Auon et al., 2015; Bani Younis et al., 2019; Grande et al., 2017; Gregory & Gellis, 2020; Holm et al., 2016; Hudson et al., 2013; Hudson et al., 2015; Petursdottir et al., 2019; Petursdottir et al., 2020; Petursdottir et al., 2021; Von Heymann-Horan et al., 2018; von Heymann-Horan et al., 2019; Washington et al., 2018). I tio av studierna återfanns fem olika interventioner, CSNAT-I (Auon et al., 2015), psykoeduktiva interventioner (Holm et al., 2016; Hudson et al., 2013; Hudson et al., 2015), FAM-SOTC (Petursdottir et al., 2019; Petursdottir et al., 2020; Petursdottir et al., 2021), DOMUS (Von Heymann-Horan et al., 2018; von Heymann-Horan 2019) och PST (Washington et al., 2018), vilka samtliga utvärderades genom att mäta närståendes grad av både depression och ångest efter interventionen. Den ena PST interventionen utvärderade inte ångest utan depression (Gregory & Gellis, 2020) och en CSNAT-I utvärderade inte depression utan ångest (Grande et al., 2017) efter interventionen.

Flera av interventionerna, oavsett interventionens utformning, visade effekt på närståendes psykiska lidande, vilket förbättrades (Auon et al., 2015; Hudson et al., 2013; Petursdottir et al., 2021; Petursdottir et al., 2020; Petursdottir et al., 2019; Von Heymann-Horan et al., 2018; Von Heymann-Horan et al., 2019; Washington et al., 2018). I en av DOMUS interventionerna, vilken fokuserade på dyadisk parterapi, visade statistiskt signifikans för att interventionen hade effekt på minskad depression och ångest hos närstående (Von Heymann-Horan et al., 2018). Två av studierna, FAM-SOTC (Petursdottir et al., 2020) och den ena PST (Washington et al., 2018), visade signifikant effekt avseende minskad ångest. Däremot fanns ingen signifikant effekt av minskad depressionen. PST interventionen utfördes av utbildad sjuksköterska, vilken identifierade närståendes behov, skapade en handlingsplan och hjälpte närstående att finna individuella lösningar i situationen (Washington et al., 2018).

Klinisk förbättring sågs, dock inte signifikant, avseende depression och ångest i fyra av interventionerna (Auon et al., 2015; Hudson et al., 2013; Petursdottir et al., 2019; Von Heymann-Horan et al., 2019). För två av interventionerna sågs ingen minskning av depression (Gregory & Gellis, 2020; Holm et al., 2016) eller ångest efter interventionen (Holm et al., 2016). En psykoeduktiv intervention visade att effekterna avseende depression och ångest inte var signifikanta, varken på kort eller lång sikt (Holm et al., 2016). I två av studierna sågs att kontrollgruppen, vilka inte fått någon intervention, ökade symtom på depression (Auon et al., 2015; Gregory & Gellis, 2020) och ångest (Auon et al., 2015).

Interventionen FAM-SOTC, fokuserade på familjesamtal och efter utförd intervention utvärderas stress hos närstående. Interventionen visades ha en positiv effekt på stress, vilken sjönk signifikant i interventionsgruppen (Petursdottir et al., 2019; Petursdottir et al., 2020). Endast en av studierna, en psykoeduktiva intervention, undersökte förhållandet mellan psykisk ohälsa, ålder och kön. Det framkom att äldre närstående hade större psykisk ohälsa än yngre. Likaså hade män större psykisk ohälsa än kvinnor (Hudson et al., 2013).

Stöd för att främja psykiskt välbefinnande

Att vårda en patient i hemmet var krävande för närstående och påverkade livskvaliteten. Det visade CSNAT-I interventionen där både interventionsgruppen och kontrollgruppen uppvisade en försämring av mentalt och fysiskt välbefinnande, dock inte signifikant, mellan första och andra mätningen (Auon et al., 2015). Fyra av interventionerna, vilka återfanns i fem studier, utvärderade effekten av interventionen genom att undersöka närståendes välbefinnande (Auon et al., 2015) och livskvalitet (Bani Younis et al., 2019; Grande et al., 2017; Gregory & Gellis, 2020; Washington et al., 2018). I tre av interventionerna identifierades närståendes behov för att sedan följas upp med en individuell handlingsplan där adekvat stöd gavs (Auon et al., 2015; Grande et al., 2017; Gregory & Gellis, 2020; Washington et al., 2018). Interventionen SHARE bestod av ett program som erbjöd närstående klinisk träning, utbildning i symtomhantering, rådgivning och socialt stöd för att tillgodose behov och stödja närstående (Bani Younis et al., 2019).

Resultatet visade att fyra av interventionerna, oavsett utformning, hade effekt på närståendes psykiska välbefinnande (Auon et al., 2015) och livskvalitet (Bani Younis et al., 2019; Grande et

al., 2017; Gregory & Gellis, 2020) vilket förbättrades. Två av interventionerna visade effekten som statistiskt signifikant och livskvaliteten ökade för närstående i interventionsgruppen (Bani Younis et al., 2019; Gregory & Gellis, 2020). I interventionen CSNAT-I sågs förbättring av välbefinnande, dock inte signifikant (Auon et al., 2015). En PST intervention, visade att interventionen inte hade effekt avseende förbättring av närståendes livskvalitet, jämfört med kontrollgruppen (Washington et al., 2018). En CSNAT-I intervention, där effekten av interventionen mätte närståendes fysiska och mentala hälsa fyra till fem månader efter att patienten avlidit, sågs en signifikant förbättring av både fysisk och mental hälsa för interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen (Grande et al., 2017).

Stöd för att psykiskt lidande i sorgen

Efter att patienten avlidit kvarstod psykiskt lidande i sorgen hos närstående. Psykiskt lidande hos närstående, efter att patienten avlidit, utvärderades i fem studier. Dessa studier presenterade fyra olika interventioner, effekten av interventionerna mätte närståendes ångest och depression på olika lång sikt, efter att patienten avlidit (Grande et al., 2017; Hudson et al., 2015; Petursdottir et al., 2020; Petursdottir et al., 2021; Von Heymann-Horan et al., 2018;). I fyra av studierna sågs att effekten av interventionen minskade psykiskt lidande hos närstående i interventionsgrupperna (Hudson et al., 2015; Petursdottir et al., 2020; Petursdottir et al., 2021; Von Heymann-Horan et al., 2018;). I två av studierna visades denna effekt vara signifikant avseende minskad depression och ångest (Hudson et al., 2015; Von Heymann-Horan et al., 2018).

I en psykoeduktiv intervention, vilken delade interventionsgruppen i interventionsgrupp I och interventionsgrupp II, identifierades närståendes behov, information gavs för att förbereda närstående för patientens död och den egna sorgen, därefter utformades en individuell handlingsplan. Det visades att den psykoeduktiva interventionen gav effekt i form av minskad depression och ångest som var ihållande åtta veckor efter att patienten avlidit. Samma studie mätte effekt av depression och ångest mellan båda interventionsgrupperna, efter att patienten avlidit, och fann ingen signifikant skillnad mellan grupperna. Vilket innebar att interventionen hade effekt oavsett hur den levererades (Hudson et al., 2015). I en av DOMUS interventionerna sågs den ihållande effekten av minskad depression och ångest kvarstå i sex månader efter att patienten avlidit (Von Heymann-Horan et al., 2018).

Två av studierna med interventionen FAM-SOTC visade statistiskt signifikans för minskad ångest i interventionsgruppen efter att patienten avlidit. Däremot sågs inga signifikanta förändringar av depression efter interventionen (Petursdottir et al., 2020; Petursdottir et al., 2021). En CSNAT-I intervention, hade heller inga ihållande signifikanta effekter för förbättring av ångest i interventionsgruppen efter interventionen. (Grande et al., 2017).

Två av FAM-SOTC studierna utvärderade interventionernas effekt av psykisk stress hos närstående efter interventionen och efter att patienten avlidit. I båda studierna sågs signifikant effekt av minskad psykisk stress (Petursdottir et al., 2020; Petursdottir et al., 2021). En studie med psykoeduktiv intervention undersökte psykiskt lidande kopplat till kön och ålder, efter att patienten avlidit. Signifikanta resultat visade att yngre deltagare och kvinnor hade försämrad psykisk ohälsa, avseende depression och ångest (Hudson et al., 2015).

Två av studierna utvärderade interventionernas effekt på sorg efter patienten avlidit. Det visades signifikant effekt för att interventionerna underlättade för närstående att hantera och bearbeta sorg (Grande et al., 2017; Petursdottir et al., 2020). För en av CSNAT-I, sågs detta i tidig sorg mätt enligt Texas Revised Inventory of Grief, (TRIG-1). Texas Revised Inventory of Grief, (TRIG-2), vilken mäter närståendes nuvarande känslor av sorg, sågs ingen minskning av sorgen (Grande et al., 2017). Kontrollgruppen, för en FAM-SOTC intervention, visade signifikanta effekter för ökad benägenhet till förnekelse hos närstående, vilket var hämmade för sörjandet och bearbetningen av sorgen på ett hälsosamt sätt (Petursdottir et al., 2020).

Tabell 5. Övergripande beskrivning av interventioner

Intervention Leds av Författare	Utförande	Utvärdering	Resultat	Demografiska data
CSNAT-I med åtgärder med fokus på behov av stöd	Interventionen bestod av minst två hembesök av utbildad sjuksköterska med två till tre veckors mellanrum. Självrapporterade frågeformulär med 14	Family Appraisal of Caregiving Questionnaire (FACQ-PC) mätte belastningsgrad av att vårda,	Belastningsgraden av att vårda sjönk signifikant för interventionsgruppen ($p=0.018$) jämför med kontrollgruppen. I kontrollgruppen ökade i stället belastningsgraden	Deltagare 322 Bortfall 145 Kön Kvinnor 71% Män 29%

<p>Sjuksköterska</p> <p>Auon et al. (2015)</p>	<p>frågor. Inkluderade domäner fysiska, psykiska, existentiella och sociala stödbehov</p> <p>Därefter utformades en individuell handlingsplan för närstående.</p> <p>Identifierade behov åtgärdades av sjuksköterskan genom information om patientens sjukdom, att vårdas i hemmet, symtomhantering och råd som kunde stödja närstående till egen tid genom vänner, volontärer, avlastningsplats och trygghetslarm. Det psykiska stödet tillgodosågs genom att samtalskontakt erbjöds med kurator och präst</p> <p>Kontrollgruppen fick vanlig palliativ vård. Jämförelsemätningar gjordes utifrån interventions och kontrollgrupp.</p>	<p>depression och ångest.</p> <p>Activities of Daily Living (ADL), mätte närståendes arbetsbelastning</p> <p>Caregiver mental and physical wellbeeing (SF-12v2), mätte mentalt och fysiskt välbefinnande.</p>	<p>av att vårda. I båda grupperna ökades vårdbelastning relaterat till patientens aktiviteter i det dagliga livet, ADL, med jämförelser från baslinjen. För interventionsgruppen konstaterades denna ökning som lägre, dock var inte skillnaderna signifikanta för någon av grupperna.</p> <p>Depression och ångest minskade kliniskt för interventionsgruppen mätt från baslinjen till uppföljningen, jämfört med kontrollgruppen vars depression och ångest ökade. Resultatet var inte statistiskt signifikant (p=0.26).</p> <p>Både interventionsgruppen och kontrollgruppen visade en försämring av mentalt och fysiskt välbefinnande, dock ej signifikant. Interventionsgruppen välbefinnande var dock bättre än kontrollgruppens (p=0,67), men inte heller det signifikant.</p>	<p>Medelålder 65 år</p> <p>Majoriteten av deltagarna vårdade partner, 68,3%</p>
<p>CSNAT-I med åtgärder med fokus på behov av stöd</p> <p>Vårdpersonal</p> <p>Grande et al. (2017)</p>	<p>Självrapporterade frågeformulär med 14 domäner vilka inkluderade fysiska, psykiska, existentiella och sociala stödbehov. Ett startdatum sattes då CSNAT interventionen skulle börja. Tiden före interventionen representerade kontrollperioden. Närstående till avlidna patienter blev en del av kontrollgruppen. Närstående, vilka vårdade patient, och som fått intervention representerade interventionsgruppen.</p>	<p>Texas inventory of Grief (TRIG-1 samt TRIG-2) som mätte graden av sorg, fysisk och mental. TRIG-1 mätte tidig tidig sorg, i samband med dödsfallet. TRIG-2 mätte sorgen just nu.</p> <p>Short form 12 health survey (SF 12) mätte mental och fysisk hälsa avseende livskvalitet.</p>	<p>Utvärdering efter att patienten avlidit.</p> <p>Närstående som fått interventionen visade signifikant (p=0.038), men måttlig, minskning av tidig sorg, jämfört med kontrollgruppen. TRIG-2 sågs ingen signifikant minskning av nuvarande sorg (p=0.322).</p> <p>Jämfört mot kontrollgruppen visades signifikanta bevis för att fysisk (p=0.0011) och mental (p=0.049) hälsa förbättrades för interventionsgruppen.</p>	<p>Deltagare 681 Bortfall 27</p> <p>Kön Kvinnor 66% Män 34 %.</p> <p>Medelålder återges ej</p> <p>Majoriteten av deltagarna vårdade partner, 67%.</p>

	<p>Närstående som ingick i interventionsgruppen fyllde i formuläret lyfta sina behov, för att sedan i diskussion med läkare avgöra hur behoven skulle tillgodoses. Kontrollgruppen bestod av närstående till avlidna patienter som fått sedvanlig vård. Interventionen effekt mättes fyra till fem månader efter patientens död.</p>	<p>Distress Thermometer (DT) mätte ångest hos närstående.</p>	<p>Närståendes nivå av ångest visade inga signifikanta ($p=0.508$) skillnader för interventionsgruppen jämfört mot kontrollgruppen.</p> <p>Utifrån CSNAT fanns inga signifikanta bevis för att närståendes behov av stöd var tillgodosett i interventionsgruppen jämfört mot kontrollgrupp ($p= 0,68$).</p>	
<p>DOMUS Psykolog Von Heymann-Horan et al. (2018)</p>	<p>Dyadisk parterapi utfördes av psykolog till närstående och patient. Psykolog synliggjorde både begränsningar och möjligheter av val som behövde göras för att vårdas i hemmet. Interventionen varade i en och en halv timme och utfördes två gånger inom en månad. Efter att patienten avlidit erbjöds närstående en till två interventioner ytterligare. Interventionerna utvärderades efter två, fyra, åtta veckor samt efter sex månader med självskattade skala. Kontrollgruppen erhöll sedvanlig palliativ vård.</p>	<p>Checklist- 92, mätte närståendes depression och ångest.</p>	<p>Signifikant minskning av depression i interventionsgrupp efter åtta veckor ($p=0,0314$) och sex månader ($p = 0,0165$) efter randomisering och två månader efter dödsfall ($p= 0,0448$). Signifikant minskning av ångest i interventionsgrupp efter åtta veckor ($p=0,0421$) och sex månader ($p = 0,0005$) efter randomisering, två veckor ($p= 0,0295$) och två månader efter dödsfall ($p= 0,0448$).</p>	<p>Deltagare 258 Bortfall 9</p> <p>Kön Kvinnor 62%, Män 38%</p> <p>Medelålder 61,5 år</p> <p>Majoriteten av deltagarna vårdade partner, 75,6%.</p>
<p>DOMUS Psykolog Von Heymann-Horan et al. (2019)</p>	<p>Interventionen utfördes fyra gånger samt via telefon. Interventionen varade i en och en halv timme. Interventionen utvärderades efter två, fyra och åtta veckor samt efter sex månader med självskattade skala. Psykolog synliggjorde för patient och närstående både begränsningar och möjligheter av val som behövde göras inför att vårdas i hemmet.</p>	<p>Dyadic Coping Inventory (DCI) mätte kommunikation och coping i par.</p> <p>Checklist- 92, mätte närståendes ångest och depression.</p>	<p>Signifikant ökad förmåga till öppen kommunikation om känslor och farhågor (stress communication) för närstående, ($p=0,0142$) jämfört mot kontrollgrupp, uppskattad skillnad (95% KI) = 0,97 (0,24; 1,71). Signifikant ökade copingstrategier vid parvis coping, uppskattad skillnad (95% KI) = 0,68 (0,11; 1,24)</p>	<p>Deltagare 258 Bortfall 13</p> <p>Kön Kvinnor 62% Män 38%</p> <p>Medelålder 61,5 år</p> <p>Majoriteten av deltagarna vårdade partner, 75,6%.</p>

	Interventionsgruppen erhöll dyadisk coping i par samt individuell coping. Kontrollgruppen erhöll sedvanlig palliativ vård.		Inga signifikanta bevis på minskad ångest och depression.	
FAM-SOTC Sjuksköterska Petursdottir et al. (2019)	Interventionen var individanpassad och utfördes av sjuksköterska under två 60–90 minuter sessioner med närstående och patient. Fokus var att ge stöd till närstående som vårdar en patient i palliativ hemsjukvård, i kognitiva, emotionella- och beteendemässiga domäner. Mätningar utfördes innan interventionen vid baslinje, efter första sessionen samt efter två till fyra veckor efter sista utförda interventionen.	Family Perceived Support Questionary (ICE-FPSQ), mätte närståendes upplevda stöd kognitivt och emotionellt stöd från sjuksköterskor. Depression Anxiety Scale (DASS), mätte ångest, depression och psykisk stress. Brief Assessment Scale for Caregivers (BASC) mätte vårdördan.	Närståendes upplevda kognitiva och emotionella stöd från sjuksköterskor förbättrades signifikant ($p=0,001$), vid båda mätningarna efter interventionen. Ångest och depression visade klinisk förbättring, dock inte signifikant, minskning hos närstående vid andra och tredje mätningen. Signifikant minskad psykisk stress ($p=0,029$). Signifikant minskad vårdörda hos närstående ($p=0,012$) vid andra och tredje mätningen jämfört med baslinjen ($p=0,012$).	Deltagare 48 Bortfall 0 Kön Kvinnor 60,4%, Män 39,6% Medelålder återges ej Majoriteten av deltagarna vårdade partner, 80,8%.
FAM-SOTC Sjuksköterska Petursdottir et al. (2021)	Interventionen var individanpassad och utfördes av sjuksköterska under två 60–90 minuter sessioner med närstående och patient samt ytterligare en session med närstående efter att patienten avlidit. Fokus var att ge stöd till närstående som vårdar en patient i palliativ hemsjukvård, i kognitiva, emotionella och beteendemässiga domäner. Mätningar utfördes innan interventionen vid baslinje, efter första sessionen och efter två till fyra veckor efter sista utförda interventionen. Ytterligare mätningar tre,	Depression Anxiety Scale (DASS) mätte ångest, depression och psykisk stress	Ingen signifikant förändring av depression under periodens efter att patienten avlidit jämfört med innan patient avlidit Signifikant minskad ångest efter dödsfall vid mätning fem ($P=0,016$) och sex ($P=0,063$), jämfört innan patienten avlidit. Signifikant minskning av psykisk stress sågs hos närstående tre månader efter att patienten avlidit ($p=0,041$), fem månader efter att patienten avlidit ($p=0,039$) samt sex månader efter att patienten avlidit ($p=0,018$), jämfört mot innan att patienten avlidit.	Deltagare 24 Bortfall 0 Kön Kvinnor 54,2% Män 45,8% Medelålder återges ej Majoriteten av deltagarna vårdade partner, 83,3 %.

	fem och sex månader efter att patienten avlidit utfördes.			
FAM-SOTC Sjuksköterska Petursdottir et al. (2020)	Interventionen var individanpassad och utfördes av sjuksköterska under två 60–90 minuter sessioner med närstående och patient samt ytterligare en session med närstående efter att patienten avlidit. Fokus var att ge stöd till närstående som vårdar en patient i palliativ hemsjukvård, i kognitiva, emotionella och beteendemässiga domäner. Mätningar utfördes innan interventionen vid baslinje, efter första sessionen och efter två till fyra veckor efter sista utförda interventionen. Ytterligare mätningar tre, fem och sex månader efter att patienten avlidit utfördes. Kontrollgruppen fick vanlig palliativ vård.	Depression Anxiety Scale (DASS), mätte ångest, depression och psykisk stress Adult Attitude to Grief (AAG) mätte sorg.	Signifikant minskad ångest (p= 0,048) efter interventionen och efter att patienten avlidit, jämfört med kontrollgruppen. Depression visade en nära signifikant minskning (p= 0.052) efter interventionen och efter att patienten avlidit, jämför med kontrollgruppen. Signifikant minskad psykisk stress (p= 0,034) interventionen och efter att patienten avlidit, jämfört med kontrollgruppen. Signifikanta resultat på att hanterandet och bearbetandet av sorg underlättades efter dödsfallet hos närstående (p= 0,043). Det sågs ett signifikant samband (p= 0,043) att kontrollgruppen hade ökad benägenhet till förnekelse vilket var hämmande för att kunna sötja och bearbeta sorgen på ett hälsosamt sätt.	Deltagare 51 Bortfall 0 Kön Kvinnor 68,6%, Män 31,4%. Medelålder återges ej Majoriteten av deltagarna vårdade partner, 80,4%.
PST Sjuksköterska Washington et al. (2018)	Utbildad sjuksköterska utförde tre interventioner via telefon, webb eller både och ,vilka spelades in digitalt. Den första interventionen fokuserade på att visualisera framgång, positiva tankar, och att använda känslor adaptivt. Vid andra interventionen fokuserade sjuksköterskan på att finna lösningar utifrån ett vårdproblem närstående hade med fokus på lösningar utifrån brainstorming. Den tredje	Generalized Anxiety Disorder 7-item Scale (GAD-7) mätte ångest. Questionary 9-Punktskala (PHQ-9) mätte depression. Caregiver Quality of Life Index-Revised (CQLI-R) mätte livskvalitet.	Interventionsgruppen visade statistiskt signifikant minskad ångest (p=0.03) efter interventionen jämfört med kontrollgruppen. Däremot visades inga signifikanta skillnader i grupperna på depression (p=0,07) och livskvalitet (p=0,06).	Deltagare 83 Bortfall 0 Kön Kvinnor 68,7% Män 31,3%, Medelålder 51,5 år. Majoriteten av deltagarna vårdade partner, 53 %.

<p>Psykoedukativ intervention</p> <p>Sjuksköterska</p> <p>Holm et al. (2016)</p>	<p>Interventionen utfördes i tre mätningar under tre veckor med närstående, vid baslinjen, efter avslutad studie och efter två månader. Sjuksköterskan gav närstående individanpassad kunskap om patientens sjukdom. Informationen var pedagogisk och teoretiskt inriktad på patientens fysiologiska sjukdom, diagnos, olika problem som kunde uppstå till följd av diagnos. Fakta gavs om förväntade sorgreaktioner hos närstående. Den kunskap interventionen gav syftade till att strategier för att vårda gavs, ökad kompetens, ökad beredskap för att vårda samt minskad ångest och depression.</p>	<p>Preparedness for caregiving scale (PCS), mätte närståendes förberedelse för att vårda.</p> <p>Caregiver Competence Scale (CCS), mätte närståendes upplevda prestationer/insatser av att vårda</p> <p>Rewards of Caregiving Scale (RCS), mätte närståendes känslor av belöning.</p> <p>Caregiver Burden Scale (CBS) mätte vårdbördan.</p> <p>Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), mätte ångest och depression.</p>	<p>På kort sikt ökade interventionsgruppen sin beredskap signifikant mellan baslinjen och första mätningen, jämfört med kontrollgruppen (p=0.041) Utvärdering av långsiktiga effekter gav signifikanta förbättringar på ökad beredskap för att vårda (p=0.012) i interventionsgrupp, jämfört med kontrollgruppen.</p> <p>På kort sikt hade interventionsgruppen en signifikant ökning av prestationer/insatser av att vårda mellan baslinjen och första mätningen, jämfört med kontrollgruppen (p=0.001). Inga långsiktiga signifikanta effekter avseende prestationer/insatser för att vårda fanns.</p> <p>Inga signifikanta effekter hittades avseende känslor av belöning på kort sikt. Inga långsiktiga signifikanta effekter hittades avseende närståendes känslor av belöning.</p> <p>Inga signifikanta effekter hittades avseende vårdbördan på kort sikt. Inga långsiktiga signifikanta effekter avseende vårdbördan visades.</p> <p>Inga signifikanta effekter hittades avseende depression och ångest på kort sikt. Inga långsiktiga signifikanta effekter avseende depression och ångest visades.</p>	<p>Deltagare 270 Bortfall 76</p> <p>Kön Kvinnor 66,5%, Män 33,5%.</p> <p>Medelålder 61,5 år</p> <p>Majoriteten av deltagarna vårdade partner, 73,7%.</p>
--	--	---	--	--

<p>Psykoedukativ intervention</p> <p>Sjuksköterska</p> <p>Hudson et al. (2013)</p>	<p>Interventionen pågick under fyra veckor och bestod av fyra steg. Närstående förbereddes för interventionen, behoven bedömdes, en handlingsplan skapades, närstående erhöll resurser och strategier som ökade psykiskt välbefinnande och att förbereda närstående för patientens död och sorg. Närstående erhöll information om förväntade reaktioner på sorg samt resurser som fanns tillgängliga vid sorg. Interventionen utvärderades vid två tillfällen, vid baslinjen och en vecka efter interventionen. De som fick interventionen delades in i grupper. Antal interventionstillfällen var lika många, men hur närstående kontaktades skilde sig åt mellan interventionsgrupp I och interventionsgrupp II. Interventionsgrupp I erhöll sedvanlig palliativ hemsjukvård ett hembesök och tre telefonsamtal. Interventionsgrupp II erhöll sedvanlig palliativ hemsjukvård två hembesök och två telefonsamtal. Kontrollgrupp erhöll endast sedvanlig palliativ hemsjukvård.</p>	<p>Preparedness for Caregiving Scale (PCS) mätte beredskap för att vårda.</p> <p>Caregiver Competence Scale (CCS) mätte närståendes upplevda prestationer/insatser av att vårda</p> <p>Rewards of Caregiving Scale (RCS) mätte närståendes känslor av belöning.</p> <p>General Health Questionnaire (GHQ) mätte psykisk ohälsa, avseende depression och ångest, hos närstående som vårdar.</p>	<p>Interventionens effekt visade att båda interventionsgrupperna erhöll en något ökad beredskap för att vårda mätt efter interventionen. I interventionsgrupp II var dessa värden signifikanta ($s=0.035$) i jämförelse med kontrollgruppen.</p> <p>Ökade prestationer/insatser av att vårda sågs i båda interventionsgruppen efter interventionen i jämförelse mot kontrollgrupp. Dessa värden var signifikanta ($p=0,04$) för interventionsgrupp II, men inte för interventionsgrupp I. Signifikanta värden ($p<0.005$) tyder på att äldre deltagare fick behov bättre tillgodosedda. Mätning med RCS visade att interventionen varken förbättrade otillfredsställda behov eller närståendes känslor av belöning.</p> <p>Resultatet visade att psykiska ohälsan, avseende depression och ångest, förbättrades hos närstående i båda interventionsgrupperna, dock inte signifikant, efter interventionen, jämfört med kontrollgruppen.</p> <p>Äldre närstående i studien hade större psykisk ohälsa än yngre. Likaså hade män större psykisk ohälsa än kvinnor.</p>	<p>Deltagare 298 Bortfall 137</p> <p>Kön Kvinnor 70% Män 30%</p> <p>Medelålder 59 år.</p> <p>Majoriteten av deltagarna vårdade partner, 54%.</p>
<p>Psykoedukativ intervention</p> <p>Sjuksköterska</p>	<p>Interventionen pågick under fyra veckor och bestod av fyra steg. Närstående förbereddes för interventionen, behoven bedömdes, en handlingsplan skapades, närstående erhöll resurser</p>	<p>General Health Questionnaire (GHQ), mätte psykisk ohälsa, avseende depression och ångest hos</p>	<p>Psykiska ohälsan minskades signifikant ($p=0.044$) för både interventionsgrupp I och interventionsgrupp II, mellan baslinjen och den tredje mätningen, efter</p>	<p>Deltagare 298 Bortfall 138</p> <p>Kön Kvinnor 70% Män 30%</p>

<p>Hudson et al. (2015)</p>	<p>och strategier som ökade psykiskt välbefinnande och att förbereda närstående för patientens död och sorg. Närstående erhöll information om förväntade reaktioner på sorg samt resurser som fanns tillgängliga vid sorg.</p> <p>Interventionen utvärderades vid tre tillfällen. Första gången vid baslinjen, andra gången en vecka efter interventionen samt tredje gången åtta veckor efter patientens död. De som fick interventionen delades in i grupper.</p> <p>Antal interventionstillfällen var lika många, men hur närstående kontaktades skilde sig åt mellan interventionsgrupp I och interventionsgrupp II.</p> <p>Interventionsgrupp I erhöll sedvanlig palliativ hemsjukvård ett hembesök och tre telefonsamtal.</p> <p>Interventionsgrupp II erhöll sedvanlig palliativ hemsjukvård två hembesök och två telefonsamtal.</p> <p>Kontrollgrupp erhöll endast sedvanlig palliativ hemsjukvård</p>	<p>närstående som vårdar.</p>	<p>patientens död, jämfört med kontrollgruppen.</p> <p>Inga signifikanta skillnader avseende ohälsa sågs mellan interventionsgruppen I och interventionsgrupp II, mellan mätningarna vid baslinjen och tredje mätningen, efter patientens död.</p> <p>Signifikanta resultat på kön ($p=0.04$) och ålder ($p=0.001$) vilket visade att yngre deltagare och kvinnor hade försämrad psykisk ohälsa, jämfört med kontrollgruppen och mätning vid baslinjen och tredje gången, efter patientens död.</p>	<p>Medelålder 59 år.</p> <p>Majoriteten av deltagarna vårdade partner, 54%</p>
-----------------------------	--	-------------------------------	---	--

<p>SHARE</p> <p>Återges ej</p> <p>Bani Younis et al. (2019)</p>	<p>SHARE, ett interventionsprogram bestående av olika komponenter med klinisk träning, utbildning i symtomhantering, rådgivning och socialt stöd för att tillgodose behov hos närstående som vårdade i palliativ hemsjukvård. De som fick interventionen delades in i två grupper. Interventionsgrupp I fick interventionen i form av hembesök. Interventionsgrupp II fick interventionen som en workshop. Både Interventionsgrupp I och II erbjuds sedan telefonuppföljning och rådgivning. Kontrollgruppen fick ingen intervention.</p>	<p>Quality of life in life - threatening illness - Family caregivers (QOLLTI-F) mätte livskvalitet.</p>	<p>Resultaten visade en statistiskt signifikant effekt på livskvalitetsdomänerna för båda interventionerna, interventionsgrupp I (p = 0.003) och interventionsgrupp II (p <0.001) efter genomförd intervention. Ingen signifikant skillnad hittades i kontrollgruppen.</p>	<p>Deltagare 137 Bortfall 0</p> <p>Kön Återges ej</p> <p>Medelålder återges ej</p> <p>Vårdande relation återges ej</p>
---	---	---	---	--

8 Diskussion

Resultatdiskussion

Syftet med litteraturöversikten var att beskriva interventioner och dess effekter med fokus på behov av stöd hos närstående som vårdar inom palliativ hemsjukvård. Litteraturöversiktens resultat besvarade syftet och den tematiska analysen utmynnade i två teman med sex underteman. I litteraturöversiktens resultat visades att närstående behövde stöd i att erhålla kunskap och kompetens för att vårda patienten i hemmet. Interventioner vars effekt ökade kompetensen genom prestationer/insatser för att vårda hos närstående, visades kunskap vara en grundläggande faktor. Kunskapen skulle dessutom vara individanpassad för att tas till vara på bästa sätt. Litteraturöversiktens resultat överensstämmer med Henriksson et als. (2013) och Hudson et als. (2010) studier, vilka stärker den kunskapsbyggande betydelsen för att vårda hos närstående genom psykoedukativa interventioner. Harding et al. (2012) menar att tydligt riktad information om patientens sjukdom, progress och behandling, ger förutom kunskap ökad delaktighet i

patientens vård hos närstående. Detta kan återspegla likheter med litteraturöversikten avseende vad kunskapen skulle innehålla, men även skillnader visades mot litteraturöversiktens resultat, att ökad delaktighet erhöles hos närstående. Ökad delaktighet hos närstående framkom inte som begrepp i litteraturöversiktens resultat. Interventioner vars effekt som gav ökad kompetens, vilket såväl ökade både närståendes delaktighet och förståelse för patientens situation. Betydelsen att erhålla kunskap i vårdandet hos närstående kan speglas i Andersheds (1998) ramverk, Delaktighet i ljuset och delaktighet i mörker, utifrån begreppet, Att veta. Att veta innebär kunskapens betydelse som grund för att praktiskt kunna vårda, som närstående. Genom ökad kunskap ökar även delaktigheten i patientens omvårdnad. Därutav kan en alternativ tolkning göras till litteraturöversikten, att närstående förutom ökad kompetens för att vårda även erhöles en ökad delaktighet i patientens vård.

I litteraturöversiktens resultat påvisades att interventioner kunde möta närståendes behov av stöd, vars effekt främjade till strategier för att vårda och ökad förberedelse. Detta resulterade i ökade möjligheter för närstående att både kunna och orka vårda patienten i hemmet. Som en liknelse visar en tidigt gjord studie, vikten av att interventioner där närstående finner coping strategier i vårdandet som betydelsefullt (Hull, 1992). Baserat på litteraturöversiktens resultat konstaterades att det behövdes interventioner vars effekt gav olika strategier hos närstående för att kunna vårda. Interventionerna uppvisade effekt på strategier men även att vårdbelastningen minskades hos närstående. I problemlösande interventionerna var effekten att strategier skapades genom att närståendes problemlösningsförmåga förbättrades. Detta stöds utifrån tidigare forskning vilka menar att problemlösande terapi syftar till att ge strategier för att vårda som interventionseffekt, men även minskad vårdbelastning av att vårda presenteras hos närstående (Demiris et al., 2010; McMillan et al., 2006). I litteraturöversikten framkom det att problemlösningsförmågan förbättrades i mer specifika avseenden som positiv problemorientering och rationell problemlösning, vilka underlättade att vårda hos närstående.

Att praktiskt kunna vårda och hantera vårdandet i hemmet faller väl in i Andersheds ramverk under begreppet Att göra. I ramverket avser begreppet sammanfalla med praktiska aspekter av att vårda hos närstående och delaktighet i ljuset står för interaktion mellan närstående, patient och sjukvården (Andershed, 1998). Detta kan återspegla litteraturöversiktens resultat genom

interventionseffekter där närstående kunde finna olika strategier och ökade förberedelser för att vårda. Genom att vårda i hemmet skulle antagandet kunna göras att även delaktigheten hos närstående ökades. På motsvarande sätt skulle litteraturöversiktens resultat kunna tolkas till att uteblivna strategier i stället gav delaktighet i mörkret hos närstående, med en osäkerhet i hur vårdandet skulle tillgå som följd. Detta stärker att sjuksköterskan främjar närståendeperspektivet genom implementerandet av evidensbaserade interventioner med fokus på närståendes behov av stöd. Interventioner i den kliniska verksamheten ska vara både evidensbaserade och individanpassade och syfta till att underlätta för närstående (Ahn & Campbell, 2020; Both et al., 2011; Bulechek et al., 2013; Holm & Alvariza, 2020). Detta sammanfaller väl med interventioner som ingick i litteraturöversiktens resultat.

Interventionerna CSNAT-I i litteraturöversiktens resultat visade i likhet med Demiris et al. (2010) och McMillan et al. (2006) att belastningsgraden av att vårda sjönk hos närstående. En förklaring till detta förmodas vara vikten av att sjuksköterskan tillgodosåg närståendes behov, genom sjuksköterskeledda åtgärder. Att närstående upplevde ökad belastningsgrad i vårdandet av patienten skulle kunna bero på att vårdarrollen både är komplex och ansvarsfull hos närstående. Att närståendes vårdarroll är särskilt förenlig med ökat ansvar inom palliativ hemsjukvård kan styrkas (Knighting et al., 2015; Totman et al., 2015). Den kliniska nyttan med CSNAT-I stärks genom en studie som påvisar att närståendes behov av stöd direkt identifieras genom interventionen (Ewing et al., 2013). Detta sammanfaller väl med litteraturöversiktens resultat där nyttan av interventionen visades med minskad vårdbörd, genom sjuksköterskeledda åtgärder utifrån närståendes behov av stöd.

Andra effekter av interventionerna som framkom i litteraturöversiktens resultat, var minskat psykiskt lidande hos närstående. Närstående som vårdar i palliativ hemsjukvård konstateras vara särskilt utsatta för negativ stress med både ångest och depression till följd av att vårda (Holm & Alvariza, 2020; Morris et al, 2015; Pepin & Hébert, 2020). Interventioner vars effekt minskar psykiskt lidande hos närstående har stor klinisk betydelse i vårdandet. Detta förklaras från både tidigare och senare forskning (Allen et al., 2008; Hauser et al., 2004; Hudson et al., 2011; Kissane et al., 2006; Norinder et al., 2021; Oechle et al., 2019; Rossi-Ferrario et al., 2004). Sammantaget tycks det finnas liknelser med litteraturöversiktens resultat som fokuserade på

närståendes psykiska aspekter av vårdandet och nyttan av interventioner vars effekt lindrar psykiskt lidande.

Interventionen FAM-SOTC med familjefokuserade samtal, var en av interventionerna i litteraturöversiktens resultat som gav närstående psykiskt stöd. Genom interventionen sågs effekt på både minskad ångest och depression. Att sjuksköterskan utförde interventionen både före och efter att patienten avlidit var betydelsefullt. Det visades även att då sjuksköterskan gav närstående stöd efter att patienten avlidit kunde sorgen och bearbetningen utföras på ett hälsosammare sätt. Ett annat fynd som presenterades var att närståendes sorg påbörjades innan patienten avlidit till följd av förestående förlust. Detta har också beskrivits i senare forskning av Axelson et al. (2020) och Holm et al. (2019), varvid sorg hos närstående före och efter ett förväntat dödsfall inbegriper samma sorgprocess. Trots detta utförs interventioner riktade till närstående som en majoritet under patientens vårdtid till skillnad mot efter dödsfall och i sorgprocessen (Hellström, et al., 2017). En tidigare utförd studie påvisar sambandet mellan minskat psykiskt lidande i sorgprocessen och stöd till närstående efter att patienten avlidit (Milberg et al., 2008). Detta indikerade på att FAM-SOTC hade en stor betydelse för närstående inom palliativ hemsjukvård.

Litteraturöversiktens resultat lyfte även interventioner som baserades på dyadisk psykologledd parterapi, DOMUS. Interventionerna främjade att närstående och patient kunde förstå varandra i en samsyn utifrån varandras perspektiv. Detta förbättrade därmed både förståelse och kommunikationen mellan patient och närstående. Därigenom minskades psykiskt lidande med ångest och depression hos närstående. Detta faller väl ut med en jämförelse av en tidigare studie som fångade upp betydelsen av förbättrad kommunikation mellan närstående och patient sinsemellan (Docherty et al., 2008). I litteraturöversiktens resultat gav både DOMUS och FAM-SOTC effekt på minskad ångest och depression. Detta kunde baseras på att båda interventionerna främjade samsyn mellan patient och närstående till ett gemensamt perspektiv av situationen. Ett antagande kan vara att båda interventionerna även möjliggjorde utrymme för emotionella tankar och funderingar mellan patient och närstående. Detta skulle kunna svara för interventionens effekt på minskat psykiskt lidande. En parallell kan dras till begreppet Att vara, i Andersheds ramverk, där vikten av att förstå varandras livsvärldar både emotionellt och existentiellt återspeglas. Insikten i begreppet Att veta ligger till grund för att kunna anamma begreppet Att

vara (Andershed, 1998). Holm et al. (2015) menar att begreppet att vara, stod för att närstående psykiskt både skulle orka vårda och kunna vara i situationen, under vårdandet av patienten inför att livet skulle ta slut.

Sammantaget tycks det finnas gynnsamma effekter av interventionerna som fokuserade på närståendes behov av stöd. Utifrån litteraturöversiktens resultat kunde närstående behöva stöd i att finna strategier för att praktiskt kunna vårda. Men även för att få kunskap om patientens sjukdom och att vårda. Emotionellt stöd visades förbättra psykisk hälsa under vårdandet men även efter att patienten avlidit och längre in i sorgprocessen. I likhet med Cicely Saunders begrepp total pain inkluderar fyra dimensioner av lidande som påverkar varandra (Clark, 1999; Henoch, 2020), påverkar begreppen Att veta, Att vara och Att göra varandra (Andershed, 1998). Andershed (1998) menar att dessa tre begrepp är sammanlänkade. Att veta är en förutsättning till Att vara och Att göra och med vetandet ökar möjligheten till varandet och görandet. Men även Att vara och Att göra ökar möjligheten till Att veta. Sammanfattningsvis skulle antagandet kunna göras att litteraturöversiktens resultat visade att interventionerna hade effekt på kunskap, Att veta, vilken var länkad till det psykiska välbefinnandet, Att vara, och till att finna strategier för att praktiskt kunna vårda, Att göra, hos närstående.

Interventionerna i litteraturöversikten tillgodosåg närståendeperspektivet vars effekter lindrade närståendes lidande. Att lidande ska lindras ur domänerna fysiskt, psykiskt, existentiellt och socialt perspektiv hos närstående är ett grundläggande mål inom palliativ vård (WHO, 2020). Ur ett etiskt perspektiv genom de mänskliga rättigheterna förklaras att den vård som ges ska ges på lika villkor till befolkningen. Alla människor har lika värde och alla har rätt till en vård på lika villkor (Förenta nationerna, 1948). I litteraturöversiktens resultat förefaller samtliga interventioner kunna komma närstående till godo, utifrån organisatoriska förutsättningar inom palliativ hemsjukvård. Med detta borde interventioner erbjudas allas närstående som önskar. Därigenom främjas en jämlik vård på lika villkor. Vård ska ges på lika villkor oavsett geografiska skillnader, ekonomiska, kön, etnicitet, sjukdom och ålder (Norberg & Ternstedt, 2020).

Metoddiskussion

För att besvara litteraturöversiktens syfte utfördes en allmän litteraturöversikt med induktiv ansats. Detta ger en överskådlig bild av kunskapsläget gällande interventioner och dess effekter med fokus på behov av stöd hos närstående som vårdar inom palliativ hemsjukvård. För att besvara syftet var samtliga vetenskapliga artiklar i litteraturöversiktens resultat utförda med kvantitativ metod. Enligt Popenoe et al. (2021) ska syften som vill beskriva effekten besvaras med kvantitativa metoder. Vetenskapliga artiklar med kvantitativ metod inkluderar ofta enkäter och omfattar ett större antal deltagare för att kunna generalisera. Vetenskapliga artiklar utförda med kvalitativ metod studerar i stället närståendes subjektiva upplevelser av ett fenomen utifrån färre deltagare, med intervjuer eller observationer. Mixad metod inkluderar både vetenskapliga artiklar med kvantitativ och kvalitativ metod, vilket ger en mer heltäckande förståelse av ett fenomen ur båda perspektiven (Polit och Beck, 2021). Litteraturöversiktens resultat hade utifrån en kvalitativ metod belyst närståendes subjektiva upplevelser av interventioner. En mixad metod hade inte bara belyst närståendes subjektiva upplevelser utan även beskrivit interventioner och dess effekter. Författarnas avsikt med litteraturöversikten var att beskriva interventioner och dess effekter med fokus på behov av stöd hos närstående som vårdar inom palliativ hemsjukvård, varför en kvantitativ metod valdes.

Att följa Bettany-Saltikov och McSherrys (2016) metod gav struktur vilket främjade ett systematiskt förfarande och upplevdes vara relevant. I metoden ingick PICO, vilket tydliggjorde problemformulering och syftet och PICOT, vilket klargjorde urvalskriterier. Att använda PICO vid kvantitativa data ökar noggrannheten i det systematiska förfarandet genom en tydlig struktur. Detta förfarande styrks av Polit och Beck (2021) och Popenoe et al. (2021). Artiklar publicerade inom tidspannet 2013 till 2021 inkluderades i litteraturöversikten. Författarna strävade efter att återge den senaste forskningen inom området, vilket är en viktig aspekt med litteraturöversikter (Polit & Beck, 2021). Sundell och Ogden (2012) förklarar att det ständigt sker en konstant utveckling inom forskningsområdet avseende interventioner. Under artikelsökningen konstaterades att den mesta forskning om effekter av interventioner till närstående som vårdar inom palliativ hemsjukvård hade skapats på senare tid. Samtliga artiklar som ingick i litteraturöversiktens resultat är utförda inom palliativ hemsjukvård, detta stärker litteraturöversiktens överförbarhet och validitet genom att det som syftet avser undersöktes. Detta

bekräftas av Polit och Beck (2021), som menar att generaliserbarheten av studiers resultat styrks då populationen överensstämmer med målpopulationen.

Vid databassökningar upplevdes det svårt att finna sökord och fungerande blocksökningar för att få ett hanterbart antal sökträffar. Bibliotekarie tillfrågades flera gånger, som stöd och hjälp av ämnesord och blocksökning. Att använda professionen bibliotekarie gav ökad kunskap om sökteknik, detta kunde ses som en tillgång och styrka i litteraturöversikten, vilket också styrks av (Rosen, 2017). Databassökningar utfördes i tre databaser och kan betraktas som en styrka i litteraturöversikten. Sökningarna utfördes systematiskt med så lika söksträngar som möjligt i databasernas blocksökningar. Tillvägagångssättet vilket ökar litteraturöversiktens validitet avseende hur väl det systematiska tillvägagångssättet utfördes styrks av Polit och Beck (2021). I databasen PsychINFO behövde anpassning göras då antalet träffar blev för få. Detta skulle kunna betraktas som en svaghet i den systematiska databassökningen. Databassökningarna dokumenterades noggrant och sparades i en artikelmatris. Detta förförande styrks av Bettany-Saltikov och McSherry (2016), Polit och Beck (2021) och Popenoe et al. (2021). I databaserna CINAHL och PubMed är författarna medvetna om att sökträffarna i databaserna blev större jämfört mot databassökningar i PsychINFO. Trots detta togs beslutet att använda sökningarna. En risk vid större sökträffar kan vara att all data inte genomgås tillräckligt systematiskt och noggrant (Polit & Beck, 2021). Författarna har noggrant och systematiskt genomgått samtliga sökträffar.

Vid granskning av artiklar följdes rådet utifrån Popenoe et al. (2021), att syftet och urvalskriterierna ska vara synliga vid varje artikel som granskas. Tillvägagångssättet uppmärksammade författarna genomgående på att både syfte och urvalskriterier var överensstämmande med artiklars resultat. Detta styrker litteraturöversikten avseende systematisk noggrannhet och Popenoe et al. (2021) anser det vara en styrka avseende systematisk noggrannhet. Artiklar som användes i litteraturöversiktens resultat granskades enligt Caldwell et al. (2011) och hade mycket god kvalitet, förutom en som hade god kvalitet. Granskningen gjorde författarna enskilt för att sedan tillsammans jämföra och diskutera, vilket kan betraktas som en styrka och en strategi för att hålla ett så objektivt förhållningssätt som möjligt till materialet. Men även för att efterleva det induktiva förhållningssättet vid artikelgranskning. I detta

förhållningssätt, förenligt med Popenoe et al. (2021) är det viktigt att vara transparent utan förutfattade meningar.

Popenoe et al. (2021) analysmetod upplevdes vara strukturerad att följa, men trots detta var det komplext att analysera och syntetisera data. Det berodde på att interventionerna som var lika kunde mäta samma fenomen och utvärderades med olika mätmetoder där interventionens effekt visades. Detta blev påtagligt när artiklarna analyserades vilket försvårade syntetisering av resultatet, vilket Popenoe et al. (2021) anser som det mest problematiska när kvantitativa data analyseras och syntetiseras. Men även vad gäller att analysera och syntetisera kvantitativa artiklars resultat till gemensamma resultat från flera studier. I litteraturöversikten har artiklarnas resultat syntetiserats utifrån vilken effekt som studierna avsåg att mäta. Där syntetisering inte var möjlig, presenterades interventionernas effekter en och en. Vidare konstaterades det utifrån Popenoe et al. (2021) som irrelevant att presentera numeriska värden i resultatet. Därför lades numeriska värden utifrån artiklarnas resultat i tabell 5, övergripande beskrivning av interventioner. Samtliga mätmetoder som utvärderade interventionernas effekt och som hade fokus på närstående, utfördes med validerade instrument. En styrka i litteraturöversikten avseende mätmetoder, är att samtliga mätmetoder i artiklarna var validerade och därigenom testade genom tidigare studier. Detta styrker artiklarnas validitet utifrån Polit och Beck (2021).

Artiklar använda i resultatet visade att majoriteten av närstående som deltog i studierna var kvinnor. Erikson et al. (2013) visar att kvinnor som vårdade närstående är överrepresenterade jämfört mot män. Litteraturöversiktens resultat kan anses vara överförbart till liknande populationer inom palliativ hemsjukvård, där närstående vårdar patienten i hemmet. I litteraturöversikten användes artiklar med interventioner som utförts av författare där flertalet var samma och bestod av liknande uppsättning forskarlag. Dessa studier innefattade interventionerna FAM-SOTC, DOMUS och två psykoedukativa interventioner. Detta kan utgöra bias genom att forskarna i studierna utgör risk för att vara partiska och därigenom färga resultatet utifrån annan forskning som bedrivits (Polit & Beck, 2021). Detta utgör en svaghet i litteraturöversiktens resultat, vilket författarna är medvetna om.

Genomgående i litteraturöversiktens metod och resultat, lästes artiklar, kvalitetsgranskades, analyserades av författarna enskilt. Därefter gjordes jämförelser, sammanställning och

syntetisering av författarna tillsammans. Detta förfarande reducerar risken för tolkningsfel och påverkan av varandra och minskar påverkan av subjektiv förförståelse (Popenoe et al., 2021). Ur ett etiskt perspektiv undviker detta förfarande både fabricering och förfalskning av data. Att följa etiska riktlinjer i en litteraturöversikt främjar till ärlighet av datamaterialet (CODEX - regler och riktlinjer för forskning, 2021; Polit & Beck, 2021). Det går inte helt att utesluta risken för feltolkningar kan ha förekommit. För att minska feltolkningar läste författarna artiklarna flera gånger och diskuterade artiklarna med varandra. Författarna har svenska som modersmål och samtliga artiklar var skrivna på engelska. Dessutom var detta första gången författarna utfört en magisteruppsats på avancerad nivå, vars artiklar till resultatet var kvantitativa. Nivån av kunskap inom forskningsmetodik och språklig förståelse kan påverka analys av data (Polit & Beck, 2021).

9 Slutsats

Litteraturöversiktens resultat tyder på att interventioner som fokuserar på behov av stöd hos närstående visar nytta genom effekterna som framkom. Interventionerna och dess effekter resulterar i att närstående erhåller stöd vilket främjar till att både orka och kunna vårda patienten i palliativ hemsjukvård. Effekter av interventioner visades öka närståendes kunskap, strategier och förberedelser för att vårda. Vidare sågs även effekter på närståendes psykiska hälsa med minskad depression, minskad ångest och ökad livskvalitet. Att ge stöd genom strukturerade interventioner efter att patienten avlidit och i sorgprocessen minskar både depression och ångest hos närstående, samt ger ett hälsosammare sörjande. Att kliniskt använda strukturerade interventioner är en väl lämpad uppgift för specialistsjuksköterskan att implementera. Genom att systematiskt använda interventioner som fokuserar på behov av stöd hos närstående utvecklas den palliativa vården framåt. En sådan strävan främjar närståendeperspektivet än mer inom palliativ hemsjukvård.

10 Kliniska implikationer

Att sjuksköterskan genom interventioner fokuserar på behov av stöd hos närstående som vårdar inom palliativ hemsjukvård är av betydelse. Interventionerna visar positiva effekter på närståendes kompetens, kunskap, strategier och förberedelser för att vårda vilket främjar den psykiska hälsan. Författarna ser vikten av att sjuksköterskan ger närstående stöd genom

strukturerade interventioner systematiskt både under och efter att patienten avlidit i sorgeprocessen. Systematiska interventioner riktade till närstående i palliativ hemsjukvård är något som efterfrågas av sjuksköterskor.

Att kliniskt implementera interventioner som fokuserar på närståendes behov av stöd inom palliativ hemsjukvård faller väl inom specialistsjuksköterskans ansvarsområde, som ska leda och utveckla vården. I litteraturöversiktens resultat var majoriteten av interventionerna sjuksköterskeledda. Inom palliativ hemsjukvård kan både teamkonstellationer, organisation och dess uppbyggnad variera i samhället och påverka förutsättningar för att implementera interventioner. Ett rimligt antagande kan vara att sjuksköterskeledda interventioner i ett organisatoriskt perspektiv kan öka förutsättningarna för implementering, vilket kan förklaras av att sjuksköterskan utgör en majoritet av professionerna inom palliativ hemsjukvård. Samtidigt som det kan vara mer komplext att motivera en implementering av interventioner i en större sjuksköterskegrupp.

Att tillgodose närståendes psykiska hälsa visar på samhällsliga vinster men även för närståendes egen hälsa (Folkhälsomyndigheten, 2020). Psykisk ohälsa kan leda till sjukskrivningar, ekonomiska problem, social isolering som förvärrar psykisk ohälsa än mer hos närstående. Psykisk ohälsa kan även leda till suicid (Folkhälsomyndigheten, 2021). Interventioner som fokuserar på närståendes behov av stöd är av vikt att systematiskt använda, då psykisk hälsa främjas hos närstående.

11 Förslag till fortsatt forskning

Ett rimligt konstaterande efter utförda databassökningar är att interventioner till närstående först på senare år tagit fart. En fråga som har väckts hos författarna är orsaken till att kliniska och signifikanta interventionseffekter uteblir i vissa interventionsstudier. Kan detta bero på att interventionen gavs till närstående vid fel tidpunkt av patientens sjukdomstid? Majoriteten av interventionerna utförs under pågående palliativ hemsjukvård och betydligt färre vid patientens sjukdomsdebut, efter att patienten avlidit och senare i sorgeprocessen. Hellström et al. (2017) bekräftar att närstående har behov av stödjande interventioner är i patientens tidiga sjukdomsskede då patienten insjuknar och får diagnos, under pågående palliativ vård, när

patienten avlider och stöd senare i sorgeprocessen. Förslag till vidare forskning är interventioner som riktas till att ge närstående stöd i patientens tidiga sjukdomsdebut, när patienten avlidit och efteråt i sorgeprocessen. Fortsatt utveckling av interventioner under pågående palliativ hemsjukvård till närstående är av vikt. Fördjupad forskning inom området bidrar till att lyfta och främja närståendeperspektivet inom palliativ hemsjukvård.

12 Referensförteckning

*Artiklar inkluderade i resultatet

Ahn, S., Romo, R. D., & Campbell, C. L. (2020). A systematic review of interventions for family caregivers who care for patients with advanced cancer at home. *Patient education and counseling*, 103(8), 1518–1530. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.03.012>

Allen, R. S., Hilgeman, M. M., Ege, M. A., Shuster, J. L., Jr, & Burgio, L. D. (2008). Legacy activities as interventions approaching the end of life. *Journal of palliative medicine*, 11(7), 1029–1038. <https://doi.org/10.1089/jpm.2007.0294>

Alvariza, A., Axelsson, B., Rasmussen, B., Ternestedt, B.-M., & Fürst, C.-J. (2020). Ny definition av palliativ vård med fokus på lidande, 117, 1-4. [http:// https://lakartidningen.se/wp-content/uploads/2020/10/20101.pdf](http://https://lakartidningen.se/wp-content/uploads/2020/10/20101.pdf)

Andershed, B. (1998). *Att vara nära anhörig i livets slut: Delaktighet i ljuset –delaktighet i mörkret*. [Doktorsavhandling]. Uppsala universitet.

Andershed, B. (2020). Delaktighet och utanförskap. I B. Andershed, B-M. Ternestedt (Red.), *Palliativ vård: begrepp & perspektiv i teori och praktik* (2. uppl., ss. 199–212). Studentlitteratur.

Andershed, B., & Ternestedt, B. M. (2001). Development of a theoretical framework describing relatives' involvement in palliative care. *Journal of advanced nursing*, 34(4), 554–562. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01785.x>

*Aoun, S. M., Grande, G., Howting, D., Deas, K., Toye, C., Troeung, L., Stajduhar, K., & Ewing, G. (2015). The impact of the carer support needs assessment tool (CSNAT) in community palliative care using a stepped wedge cluster trial. *PloS one*, 10(4), 1-16.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0123012>

Axelsson, L., Alvariza, A., Holm, M., & Årestedt, K. (2020). Intensity of Predeath Grief and Postdeath Grief of Family Caregivers in Palliative Care in Relation to Preparedness for Caregiving, Caregiver Burden, and Social Support. *Palliative medicine reports*, *1*(1), 191–200. <https://doi.org/10.1089/pmr.2020.0033>

*Bani Younis, M. K., Al-Rawashdeh, A., & Alnjadat, R. M. (2019). The effect of palliative care intervention program on the quality of life among Jordanian caregivers of cancer patients. *Home health care services quarterly*, *38*(4), 286–296. <https://doi.org/10.1080/01621424.2019.1661325>

Bannon, F., Cairnduff, V., Fitzpatrick, D., Blaney, J., Gomes, B., Gavin, A., & Donnelly, C. (2018). Insights into the factors associated with achieving the preference of home death in terminal cancer: A national population-based study. *Palliative & supportive care*, *16*(6), 749–755. <https://doi.org/10.1017/S1478951517000876>

Becqué, Y. N., Rietjens, J., van der Heide, A., & Witkamp, E. (2020). The effectiveness of a nurse-led intervention to support family caregivers in end-of-life care: Study protocol for a cluster randomized controlled trial. *Journal of advanced nursing*, *76*(5), 1266–1272. <https://doi.org/10.1111/jan.14326>

Becqué, Y. N., Rietjens, J., van der Heide, A., & Witkamp, E. (2021). How nurses support family caregivers in the complex context of end-of-life home care: a qualitative study. *BMC palliative care*, *20*(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00854-8>

Beck-Friis, B., & Strang, P. (2012). Inledning. I P. Strang., & B. Beck-Friis (Red.), *Palliativ medicin och vård* (4. uppl., ss. 12–14). Liber.

Bettany-Saltikov, J., & McSherry, R. (2016). *How to do a systematic literature review in nursing: a step-by-step guide* (2nd ed.). McGraw – Hill Education/Open University Press.

Booth, S., C., Farquar, M., Higginson, I. J., & Burkin, J. (2011). Developing a breathlessness intervention service for patients with palliative and supportive care needs, irrespective diagnosis. *Journal of Palliative Care*, 27 (1), 28-36. <https://doi.org/10.1177/082585971102700106>

Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M., & Wagner, C. (2013). *Nursing Interventions Classification (NIC)*. (6th ed.). Elsevier.
https://books.google.se/books?id=ZrjwAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=sv&source=gb%20s_%20ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=true

Caldwell, K., Henshaw, L., & Taylor, G. (2011). Developing a framework for critiquing health research: an early evaluation. *Nurse education today*, 31(8), 1–7.
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2010.11.025>

Cancercentrum, 2020. *Cancer i Sverige: Registerdata över förekomst och dödlighet 1970–2017*.
https://cancercentrum.se/globalassets/vara-uppdrag/statistik/cancer_i_sverige_registerdata_forekomst_dodlighet_1970-2017.pdf

Cancerfonden. (2020). *Statistik om cancer*. Hämtad 5 november, 2021, från
<https://www.cancerfonden.se/om-cancer/statistik/cancerbesked>

Carlsson, C., & Wennman-Larsen, A. (2014). Ideellt engagemang och närståendes insatser. I A Ehrenberg & L. Wallin (Red.), *Omvårdnadens grunder ansvar och utveckling*. (2 uppl., ss. 198-223). Lund: Studentlitteratur

Clark D. (1999). 'Total pain', disciplinary power and the body in the work of Cicely Saunders, 1958-1967. *Social science & medicine*, 49(6), 727–736. doi: [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00098-2](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00098-2)

CODEX - regler och riktlinjer för forskning. (2021). Hämtad 29 september, 2021, från <https://codex.uu.se/forskarens-etik/avvikelser/>

Collier, A., Phillips, J. L., & Iedema, R. (2015). The meaning of home at the end of life: A video-reflexive ethnography study. *Palliative medicine*, 29(8), 695–702.

<https://doi.org/10.1177/0269216315575677>

Collins, A., McLachlan, S. A., & Philip, J. (2018). How should we talk about palliative care, death and dying? A qualitative study exploring perspectives from caregivers of people with advanced cancer. *Palliative medicine*, 32(4), 861–869.

<https://doi.org/10.1177/0269216317746584>

Demiris, G., Oliver, D. P., Washington, K., Fruehling, L. T., Haggarty-Robbins, D., Doorenbos, A., Wechkin, H., & Berry, D. (2010). A Problem-Solving Intervention for hospice caregivers: a pilot study. *Journal of palliative medicine*, 13(8), 1005–1011.

<https://doi.org/10.1089/jpm.2010.0022>

Dionne-Odom, J. N., Ejem, D., Wells, R., Barnato, A. E., Taylor, R. A., Rocque, G. B., Turkman, Y. E., Kenny, M., Ivankova, N. V., Bakitas, M. A., & Martin, M. Y. (2019). How family caregivers of persons with advanced cancer assist with upstream healthcare decision-making: A qualitative study. *PloS one*, 14(3), 1- 15. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0212967>

Docherty, A., Owens, A., Asadi-Lari, M., Petchey, R., Williams, J., & Carter, Y. H. (2008). Knowledge and information needs of informal caregivers in palliative care: a qualitative systematic review. *Palliative medicine*, 22(2), 153–171.

<https://doi.org/10.1177/0269216307085343>

Eriksson, H., Sandberg, J., & Hellström, I. (2013). Experiences of long-term home care as an informal caregiver to a spouse: gendered meanings in everyday life for female carers. *International journal of older people nursing*, 8(2), 159–165.

<https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2012.00340.x>

Ewing, G., Grande, G., & National Association for Hospice at Home (2013). Development of a Carer Support Needs Assessment Tool (CSNAT) for end-of-life care practice at home: a

qualitative study. *Palliative medicine*, 27(3), 244–256.

<https://doi.org/10.1177/0269216312440607>

Finucane, A. M., Bone, A. E., Evans, C. J., Gomes, B., Meade, R., Higginson, I. J., & Murray, S. A. (2019). The impact of population ageing on end-of-life care in Scotland: projections of place of death and recommendations for future service provision. *BMC palliative care*, 18(1), 1–11.

<https://doi.org/10.1186/s12904-019-0490-x>

Folkhälsomyndigheten, (2020). *Vad är psykisk hälsa?* Hämtad 13 mars, 2022, från

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/fokus-psykisk-halsa/vad-ar-psykisk-halsa/>

Folkhälsomyndigheten, (2021). *Samhället kan påverka din psykiska hälsa.* Hämtad 13 mars, 2022, från

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/fokus-psykisk-halsa/paverkar-psykisk-halsa/samhallet-paverkar-var-psykiska-halsa/>

Fürst, C-J., Axelsson, B., Rasmussen, B., & Alvariza, A (2021). *Jämlig palliativ vård är samhällets ansvar.* Läkartidningen. Hämtad 2 januari, 2022, från

<https://lakartidningen.se/opinion/debatt/2021/10/jamlik-palliativ-var-d-ar-samhallets-ansvar/>

Förenta Nationerna. (1948). *Allmän förklaring om de mänskliga rättigheterna.* <https://fn.se/wp-content/uploads/2016/07/Allmanforklaringomdemanskligarattigheterna.pdf>

Gomes, B., Calanzani, N., Gysels, M., Hall, S., & Higginson, I. J. (2013). Heterogeneity and changes in preferences for dying at home: a systematic review. *BMC palliative care*, 12(7), 1–13.

<https://doi.org/10.1186/1472-684X-12-7>

*Grande, G. E., Austin, L., Ewing, G., O'Leary, N., & Roberts, C. (2017). Assessing the impact of a Carer Support Needs Assessment Tool (CSNAT) intervention in palliative home care: a stepped wedge cluster trial. *BMJ supportive & palliative care*, 7(3), 326–334.

<https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2014-000829>

*Gregory, C., & Gellis, Z. (2020). Problem Solving Therapy for Home-Hospice Caregivers: A Pilot Study. *Journal of social work in end-of-life & palliative care*, 16(4), 297–312.

<https://doi.org/10.1080/15524256.2020.1800554>

Götze, H., Brähler, E., Gansera, L., Schnabel, A., Gottschalk-Fleischer, A., & Köhler, N. (2018). Anxiety, depression and quality of life in family caregivers of palliative cancer patients during home care and after the patient's death. *European journal of cancer care*, 27(2), 1-8.

<https://doi.org/10.1111/ecc.12606>

Harding, R., Epiphaniou, E., Hamilton, D., Bridger, S., Robinson, V., George, R., Beynon, T., & Higginson, I. J. (2012). What are the perceived needs and challenges of informal caregivers in home cancer palliative care? Qualitative data to construct a feasible psycho- educational intervention. *Supportive Care in Cancer*, 20(9), 1975-1982. <https://doi.org/10.1007/s00520-011-1300-z>

Haun, M. W., Estel, S., Rücker, G., Friederich, H. C., Villalobos, M., Thomas, M., & Hartmann, M. (2017). Early palliative care for adults with advanced cancer. *The Cochrane database of systematic reviews*, 6(6), 1-96 <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011129.pub2>

Hauser, J. M., & Kramer, B. J. (2004). Family caregivers in palliative care. *Clinics in geriatric medicine*, 20(4), 671–688. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2004.07.003>

Hellström, I., Sandberg, J., Hansson, E., & Öhlén, J. (2017). *Stöd till anhöriga i samband med palliativ vård i hemmet: en kunskapsöversikt*. Nationellt kompetenscentrum anhöriga. http://anhoriga.se/Global/St%C3%B6d%20och%20kunskap/Publicerat/Kunskaps%C3%B6versikter/Dokument/Nka_2017-1_Palliativ_v%C3%A5rd.pdf

Henoch, I. (2020). Den totala smärtan. I B. Andershed & B-M, Ternstedt (Red.), *Palliativ vård: Begrepp och perspektiv i teori och praktik* (2. uppl., ss. 215–224). Studentlitteratur.

Henriksson, A., & Årestedt, K. (2013). Exploring factors and caregiver outcomes associated with feelings of preparedness for caregiving in family caregivers in palliative care: a correlational,

cross-sectional study. *Palliative medicine*, 27(7), 639–646.

<https://doi.org/10.1177/0269216313486954>

Henriksson, M. & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl., ss. 110–119). Studentlitteratur.

Holm, M., & Alvariza, A. (2020). Stödinterventioner till närstående under pågående vård. I B. Andershed & B-M, Ternstedt (Red.), *Palliativ vård: Begrepp och perspektiv i teori och praktik* (2. uppl., ss. 485–498). Studentlitteratur.

Holm, M., Alvariza, A., Fürst, C. J., Öhlen, J., & Årestedt, K. (2019). Psychometric evaluation of the anticipatory grief scale in a sample of family caregivers in the context of palliative care. *Health and quality of life outcomes*, 17(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12955-019-1110-4>

Holm, M., Carlander, I., Fürst, C. J., Wengström, Y., Årestedt, K., Öhlen, J., & Henriksson, A. (2015). Delivering and participating in a psycho-educational intervention for family caregivers during palliative home care: a qualitative study from the perspectives of health professionals and family caregivers. *BMC palliative care*, 14(16), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12904-015-0015-1>

Holm, M., Årestedt, K., & Alvariza, A. (2019). Associations between Predeath and Postdeath Grief in Family Caregivers in Palliative Home Care. *Journal of palliative medicine*, 22(12), 1530–1535. <https://doi.org/10.1089/jpm.2019.0026>

*Holm, M., Årestedt, K., Carlander, I., Fürst, C. J., Wengström, Y., Öhlen, J., & Alvariza, A. (2016). Short-term and long-term effects of a psycho-educational group intervention for family caregivers in palliative home care - results from a randomized control trial. *Psycho-oncology*, 25(7), 795–802. <https://doi.org/10.1002/pon.4004>

Hudson, P. L., Thomas, K., Trauer, T., Remedios, C., & Clarke, D. (2011). Psychological and social profile of family caregivers on commencement of palliative care. *Journal of pain and symptom management*, 41(3), 522–534. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2010.05.006>

*Hudson, P., Trauer, T., Kelly, B., O'Connor, M., Thomas, K., Summers, M., Zordan, R., & White, V. (2013). Reducing the psychological distress of family caregivers of home-based palliative care patients: short-term effects from a randomised controlled trial. *Psycho-oncology*, 22(9), 1987–1993. <https://doi.org/10.1002/pon.3242>

*Hudson, P., Trauer, T., Kelly, B., O'Connor, M., Thomas, K., Zordan, R., & Summers, M. (2015). Reducing the psychological distress of family caregivers of home-based palliative care patients: longer term effects from a randomised controlled trial. *Psycho-oncology*, 24(1), 19–24. <https://doi.org/10.1002/pon.3610>

Hull M. M. (1992). Coping strategies of family caregivers in hospice homecare. *Oncology nursing forum*, 19(8), 1179–1187.

Hunt, K. J., Shlomo, N., & Addington-Hall, J. (2014). End-of-life care and achieving preferences for place of death in England: results of a population-based survey using the VOICES-SF questionnaire. *Palliative medicine*, 28(5), 412–421. <https://doi.org/10.1177/0269216313512012>

Håkanson, C., Öhlén, J., Morin, L., & Cohen, J. (2015). A population-level study of place of death and associated factors in Sweden. *Scandinavian journal of public health*, 43(7), 744–751. <https://doi.org/10.1177/1403494815595774>

International Council of Nurses (2021). *ICN Nurse Practitioner/ Advanced Practice Nurse Network: Definition and Characteristics of the Role*. Hämtad 6 november, 2021, från <https://international.aanp.org/practice/apnroles>

Intervention (u.å). I *Nationalencyklopedin*. Hämtad 22 januari, 2022, från <https://www.ne.se/s%C3%B6k/?t=uppslagsverk&q=Intervention>

Johansson, E., & Wallin, L. (2013). Evidensbaserad vård. I A-K Edberg, A. Ehrenberg, F. Friberg, L. Wallin, H. Wijk & J. Öhlen (Red.). *Omvårdnad på avancerad nivå: kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden*. (1. uppl., ss. 103–145). Studentlitteratur.

Karlsson, E K. (2017). Informationssökning. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl., ss. 81–97). Studentlitteratur.

Karolinska institutet. (u.å). Hitta medicinska sökord. I Svensk MeSH. Hämtad 5 januari, 2022 från <https://mesh.kib.ki.se/>

Khatooni, M. (2021). Cancer Pain: An Evolutionary Concept Analysis. *Professional case management*, 26(6), 275–285. <https://doi.org/10.1097/NCM.0000000000000509>

Kennedy, C., Brooks Young, P., Nicol, J., Campbell, K., & Gray Brunton, C. (2015). Fluid role boundaries: exploring the contribution of the advanced nurse practitioner to multi-professional palliative care. *Journal of clinical nursing*, 24(21–22), 3296–3305. <https://doi.org/10.1111/jocn.12950>

Kissane, D. W., McKenzie, M., Bloch, S., Moskowitz, C., McKenzie, D. P., & O'Neill, I. (2006). Family focused grief therapy: a randomized, controlled trial in palliative care and bereavement. *The American journal of psychiatry*, 163(7), 1208–1218. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.163.7.1208>

Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl., ss. 55–80). Studentlitteratur.

Klarare, A., Lind, S., Hansson, J., Fossum, B., Fürst, C. J. & Lundh Hagelin, C. (2020). Leadership in specialist palliative home care teams: A qualitative study. *Journal of nursing management*, 28(1), 102–111. <https://doi.org/10.1111/jonm.12902>

Knighting, K., O'Brien, M. R., Roe, B., Gandy, R., Lloyd-Williams, M., Nolan, M., & Jack, B. A. (2015). Development of the Carers' Alert Thermometer (CAT) to identify family carers struggling with caring for someone dying at home: a mixed method consensus study. *BMC palliative care*, 14(22), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12904-015-0010-6>

Laidsaar-Powell, R., Butow, P., Bu, S., Charles, C., Gafni, A., Fisher, A., & Juraskova, I. (2016). Family involvement in cancer treatment decision-making: A qualitative study of patient, family, and clinician attitudes and experiences. *Patient education and counseling*, 99(7), 1146–1155. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.01.014>

McMillan, S. C., Small, B. J., Weitzner, M., Schonwetter, R., Tittle, M., Moody, L., & Haley, W. E. (2006). Impact of coping skills intervention with family caregivers of hospice patients with cancer: a randomized clinical trial. *Cancer*, 106(1), 214–222. <https://doi.org/10.1002/cncr.21567>

Mertens, F., De Gendt, A., Deveugele, M., Van Hecke, A., & Pype, P. (2019). Interprofessional collaboration within fluid teams: Community nurses' experiences with palliative home care. *Journal of clinical nursing*, 28(19-20), 3680–3690. <https://doi.org/10.1111/jocn.14969>

Milberg, A., Olsson, E. C., Jakobsson, M., Olsson, M., & Friedrichsen, M. (2008). Family members' perceived needs for bereavement follow-up. *Journal of pain and symptom management*, 35(1), 58–69. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2007.02.039>

Mohammed, S., Swami, N., Pope, A., Rodin, G., Hannon, B., Nissim, R., Hales, S., & Zimmermann, C. (2018). "I didn't want to be in charge and yet I was": Bereaved caregivers' accounts of providing home care for family members with advanced cancer. *Psycho-oncology*, 27(4), 1229–1236. <https://doi.org/10.1002/pon.4657>

Morris, S. M., King, C., Turner, M., & Payne, S. (2015). Family carers providing support to a person dying in the home setting: A narrative literature review. *Palliative medicine*, 29(6), 487–495. <https://doi.org/10.1177/0269216314565706>

Möllerberg, M-L., Sandgren, A., Swahnberg, K., & Benzein E. (2017). Familial interaction patterns during the palliative phase of a family member living with cancer. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 19(1), 67-74. doi:[10.1097/NJH.0000000000000310](https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000310)

Norberg, A., & Ternstedt, B-M. (2020). Jämlikhet inför döden. I B. Andershed & B-M, Ternstedt (Red.), *Palliativ vård: Begrepp och perspektiv i teori och praktik* (2. uppl., ss. 49–64). Studentlitteratur.

Norinder, M., Årestedt, K., Lind, S., Axelsson, L., Grande, G., Ewing, G., Holm, M., Öhlén, J., Benkel, I., & Alvariza, A. (2021). Higher levels of unmet support needs in spouses are associated with poorer quality of life - a descriptive cross-sectional study in the context of palliative home care. *BMC palliative care*, 20(1), 132. <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00829-9>

Närstående. (u.å.). I Socialstyrelsens Termbank. Hämtad 29 september, 2021, från <https://termbank.socialstyrelsen.se/#results>

Oechsle, K., Ullrich, A., Marx, G., Benze, G., Heine, J., Dickel, L. M., Zhang, Y., Wowretzko, F., Wendt, K. N., Nauck, F., Bokemeyer, C., & Bergelt, C. (2019). Psychological burden in family caregivers of patients with advanced cancer at initiation of specialist inpatient palliative care. *BMC palliative care*, 18(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12904-019-0469-7>

Pepin, E., & Hébert, J. (2020). Needs of caregivers of patients receiving in-home palliative and end-of-life care. *Canadian oncology nursing journal*, 30(2), 147–152. <https://doi.org/10.5737/23688076302147152>

*Petursdottir, A. B., Rayens, M. K., Sigurdardottir, V., & Svavarsdottir, E. K. (2021). Long-Term Effect of Receiving a Family Strengths-Oriented Intervention on Family Cancer Caregiver Stress, Anxiety, and Depression Symptoms: A Longitudinal Quasi-Experimental Study. *Journal of family nursing*, 27(2), 114–123. <https://doi.org/10.1177/1074840721994332>

*Petursdottir, A. B., Sigurdardottir, V., Rayens, M. K., & Svavarsdottir, E. K. (2020). The Impact of Receiving a Family-Oriented Therapeutic Conversation Intervention Before and During Bereavement Among Family Cancer Caregivers: A Nonrandomized Trial. *Journal of the Hospice and Palliative Nurses Association*, 22(5), 383–391.

<https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000679>

*Petursdottir, A. B., & Svavarsdottir, E. K. (2019). The effectiveness of a strengths-oriented therapeutic conversation intervention on perceived support, well-being, and burden among family caregivers in palliative homecare. *Journal of advanced nursing*, 75(11), 3018–3031.

<https://doi.org/10.1111/jan.14089>

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

Popenoe, R., Langius-Eklöf, A., Stenvall, E., & Jerveaus, A. (2021). A practical guide to data analysis in general literature reviews. *Nordic Journal of Nursing Research*, 41(4), 175- 186.

<https://doi.org/10.1177/2057158521991949>

Regionala cancercentrum. (2021). *Palliativ vård: Nationellt vårdprogram*.

<https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/globalassets/vara-uppdrag/rehabilitering-palliativ-vard/vardprogram/nationellt-vardprogram-palliativ-vard.pdf>

Rosen, M. (2012). Systematisk litteraturöversikt. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl., ss. 24–389). Studentlitteratur.

Rossi Ferrario, S., Cardillo, V., Vicario, F., Balzarini, E., & Zotti, A. M. (2004). Advanced cancer at home: caregiving and bereavement. *Palliative medicine*, 18(2), 129–136.

<https://doi.org/10.1191/0269216304pm870oa>

Sagha Zadeh, R., Eshelman, P., Setla, J., & Sadatsafavi, H. (2018). Strategies to Improve Quality of Life at the End of Life: Interdisciplinary Team Perspectives. *The American journal of hospice & palliative care*, 35(3), 411–416. <https://doi.org/10.1177/1049909117711997>

Sleeman, K. E., Gomes, B., de Brito, M., Shamieh, O., & Harding, R. (2021). The burden of serious health-related suffering among cancer decedents: Global projections study to 2060. *Palliative medicine*, 35(1), 231–235. <https://doi.org/10.1177/0269216320957561>

Socialstyrelsen, (2013). *Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård: Vägledning, rekommendationer och indikatorer- Stöd, styrning och ledning.*

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2013-6-4.pdf>

Socialstyrelsen, (2018). *Palliativ vård: förtydligande och konkretisering av begrepp.*

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2018-8-6.pdf>

Socialstyrelsen, (2017). *Utvärdering palliativ vård i livets slutskede.*

<http://media.palliativ.se/2017/10/SoSUTv%C3%A4rdering-PallV%C3%A5rd-20161203.pdf>

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

Sundell, K., & Ogden, T. (2012). Introduktion. I K. Sundell (Red.), *Att göra effektutvärderingar*

(ss. 19–46). <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/dokument-webb/ovrigt/evidensbaserad-praktik-att-gora-effektutvarderingar.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2019). *Sjuksköterskor för palliativ omvårdnad.*

Kompetensbeskrivning avancerad nivå: Specialistsjuksköterska med inriktning palliativ vård.

<https://swenurse.se/download/18.2583e78a172e5093ed635b/1593001299928/kompetensbeskrivning-palliativ-v%C3%A5rd-2019.pdf>

Tarberg, A. S., Kvangarsnes, M., Hole, T., Thronæs, M., Madssen, T. S., & Landstad, B. J. (2019). Silent voices: Family caregivers' narratives of involvement in palliative care. *Nursing open*, 6(4), 1446–1454. <https://doi.org/10.1002/nop2.344>

Vetenskapsrådet. (2017). *God forskningsсед*.

https://www.vr.se/download/18.2412c5311624176023d25b05/1555332112063/God-forskningssed_VR_2017.pdf

*von Heymann-Horan, A., Bidstrup, P., Guldin, M. B., Sjøgren, P., Andersen, E., von der Maase, H., Kjellberg, J., Timm, H., & Johansen, C. (2018). Effect of home-based specialised palliative care and dyadic psychological intervention on caregiver anxiety and depression: a randomised controlled trial. *British journal of cancer*, 119(11), 1307–1315. <https://doi.org/10.1038/s41416-018-0193-8>

*Von Heymann-Horan, A., Bidstrup, P. E., Johansen, C., Rottmann, N., Andersen, E., Sjøgren, P., von der Maase, H., Timm, H., Kjellberg, J., & Guldin, M. B. (2019). Dyadic coping in specialized palliative care intervention for patients with advanced cancer and their caregivers: Effects and mediation in a randomized controlled trial. *Psycho-oncology*, 28(2), 264–270. <https://doi.org/10.1002/pon.4932>

*Washington, K. T., Demiris, G., Parker Oliver, D., Albright, D. L., Craig, K. W., & Tatum, P. (2018). Delivering problem-solving therapy to family caregivers of people with cancer: A feasibility study in outpatient palliative care. *Psycho-oncology*, 27(10), 2494–2499. <https://doi.org/10.1002/pon.4859>

World health organization [WHO] (2020). Palliative care. Hämtad 5 november, 2021 från: [https://Palliative_Care_\(who.int\)](https://Palliative_Care_(who.int))

Öhlén, J., Reimer-Kirkham, S., Astle, B., Håkanson, C., Lee, J., Eriksson, M., & Sawatzky, R. (2017). Person-centred care dialectics-Inquired in the context of palliative care. *International Journal for Healthcare Professionals*, 18(4), 1-8. <https://doi.org/10.1111/nup.12177>

Bilaga 1

Sökmatrix

Databas	Kombination av sökord	Begränsningar	Antal träffar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Valda artiklar till resultat, se bilaga 2.
PubMed 20211121	(((((psychosocial intervention[MeSH Terms]) OR (intervention[Title/Abstract])) OR ("supportive intervention"[Title/Abstract])) OR ("nursing intervention"[Title/Abstract]))) AND (((family nursing[MeSH Terms]) OR (family[MeSH Terms])) OR (caregiver[MeSH Terms])) OR (Caregiver Burden[MeSH Terms])) AND (((palliative care[MeSH Terms]) OR (terminal care[MeSH Terms])) OR (end of life care[MeSH Terms])) OR (hospice care[MeSH Terms]))	Abstract, Free full text, in the last 8 years, English, Adult: 19+years	297	238	37	7
CINAHL Complete 20211205	(MH "Psykosocial intervention") OR AB" Supportive interventions" OR (MH" Nursing Interventions") OR Intervention AND (MH "Family+") OR (MH "Family Nursing") OR (MH "Caregivers") OR (MH "Caregiver Burden") AND (MH "Palliative Care") OR (MH "Terminal Care+") OR	Published Date: 20130101-20211231; Peer Reviewed; English; Language: English, All adult.	336	272	42	5

	AB "End-of-life care" OR (MH "Hospice Care"					
PsycInfo 20211211	DE" Intervention" OR DE" Crisis Intervention" OR DE" Early Intervention" OR DE" Group Interventrion" OR DE" School Based Intervention" OR DE" Workplace Intervention" AND DE" Caregivers" AND DE" "Palliative Care	Published Date: 20130101- 20211231; Peer Reviewed; English; Language: English, Adulthood	33	25	14	1

Bilaga 3

Matris över granskningsmall av artiklar till resultat

Författare och titel på artikeln:

Modifierat bedömningsunderlag för att klassificera och kvalitetsbedöma varje enskild vetenskaplig artikel utifrån Caldwell et al, 2011.

Klassificering utifrån Polit & Beck 2016/2017 (kryssa i rutan).

Kvantitativa studier

- Randomiserad kontrollerad studie/Randomised controlled trial (RCT)/experimentell studie; är prospektiv och innebär att den innehåller en intervention och jämförelse mellan en kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper där fördelningen av deltagarna mellan grupperna har gjorts slumpmässigt (randomiserat).
- Klinisk kontrollerad studie/Clinical controlled trial (CCT)/kvasi-experimentell studie med kontrollgrupp; är prospektiv och innebär att den innehåller en intervention och jämförelse mellan kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper.
- Kvasi-experimentell studie (KE) utan kontrollgrupp; är prospektiv och innehåller en intervention.
- Prospektiv icke-experimentell studie/kohortstudie (P); innehåller ingen intervention, jämförelser görs över tid
- Icke-experimentell studie/korrelationsstudie/observationsstudie/tvårsnittsstudie (IE); innehåller ingen intervention, samband studeras.
- Retrospektiv studie/fall-kontroll studie; jämförelser mellan fall och kontroller (R).

Kvalitativ studie

- 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).

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2016/2017). Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice. (10th ed.). Philadelphia:

Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Frågor för kvalitetsbedömning	Beskriv kortfattat egen bedömning	Poäng Nej=0, Delvis=1 och Ja=2
1. Återspeglar titeln studiens innehåll? (Kvantitativ- och Kvalitativ studie)		
2. Har författarna publicerat något inom samma eller närliggande område? (Kvantitativ- och Kvalitativ studie)		
3. Sammanfattar abstractet de viktigaste delarna? (Kvantitativ- och Kvalitativ studie)		
4. Är rationalen/problemformuleringen för studien tydligt beskriven? (Kvantitativ- och Kvalitativ studie)		
5. Är litteraturen i bakgrunden tillräcklig och uppdaterad (vilka år) inom forskningsområdet? (Kvantitativ- och Kvalitativ studie)		
6. Är syftet för studien tydligt förklarad? (Kvantitativ- och Kvalitativ studie)		

<p>7. Identifieras och diskuteras alla etiska frågor tillräckligt? (Kvantitativ- och Kvalitativ studie)</p>		
<p>8. Är metoden identifierad och tillräckligt beskriven? (Kvantitativ- och Kvalitativ studie)</p>		
<p>9. Är designen tydligt beskriven, motiverad samt lämplig? (Kvantitativ studie) Är bakgrunden, designen tydligt beskriven, motiverad och lämplig? (Kvalitativ studie)</p>		
<p>10. Är det en hypotes tydligt formulerad? Är huvudvariablerna tydligt beskrivna? (Kvantitativ studie) Är de centrala begreppen tydligt beskrivna? (Kvalitativ studie)</p>		
<p>11. Är kontexten för studien beskrivet? (kvantitativ studie) Är kontexten för studien beskriven? (Kvalitativ studie)</p>		
<p>12. Är urvalet adekvat beskrivet och representativt för populationen? (Kvantitativ studie)</p>		

<p>Är urvalet av deltagare och datainsamlingsmetoden adekvat beskrivet? (Kvalitativ studie)</p>		
<p>13. Är metoden för datainsamling valid och reliabel? (Kvantitativ studie) Är metoden för datainsamlingen granskningsbar och trovärdig? (Kvalitativ studie)</p>		
<p>14. Är metoden för dataanalys valid och reliabel? (Kvantitativ studie) Är metoden för dataanalys trovärdig och tillförlitlig? (Kvalitativ studie)</p>		
<p>15. Är resultaten presenterade på ett lämpligt och tydligt sätt? (Kvantitativ- och Kvalitativ studie)</p>		
<p>16. Är diskussionen tillräcklig. Diskuteras resultaten i förhållande till tidigare forskning inom området, diskuteras studiens styrkor och svagheter, är diskussionen ”objektiv”?</p>		
<p>17. Är konklusionen tillräcklig. Baseras konklusionen (uteslutande) på studiens resultat?</p>		
<p>18. Är resultaten generaliserbara?</p>		

(Kvantitativ studie) Är resultaten överförbara? (Kvalitativ studie)		
		Totalt (max 36 poäng)

(Caldwell K, Henshaw L, Taylor G. Developing a framework for critiquing health research: An early evaluation. Nurse Education Today 31 (2011) e1-e7.

Cut off värde för kvalitet

Mycket god kvalitet, 29-36 poäng

God kvalitet, 20-28 poäng

Låg kvalitet, <20 poäng

Bilaga 3

Matris över urval av artiklar till resultat

Författare	Titel		År, land, tidskrift	Syfte	Metod (Urval och datainsamling, analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet/ Typ
Aoun, S. M., Grande, G., Howting, D., Deas, K., Toye, C., Troeung, L., Stajduhar, K., & Ewing, G.	The impact of the carer support needs assessment tool (CSNAT) in community palliative care using a stepwedge cluster trial.		2015, Australien, <i>PloS one</i>	Att utvärdera effekten av CSNAT över närståendes behov av stöd i palliativ hemsjukvård.	<i>Design:</i> Kvantitativ, icke randomiserad klusterstudie. <i>Urval:</i> Närstående som vårdade i palliativ hemsjukvård rekryterades av sjuksköterskor från patienter tillhörande Silver Chain Hospice care services för palliativ hemsjukvård. <i>Datainsamling:</i> Självrapporterande frågeformulär Carer Support Needs Assessment Tool (CSNAT), Family Appraisal of Caregiving Questionnaire (FACQ-PC), Caregiver mental and physical wellbeing (SF-12v2) och Assistance with ADL (ADL). <i>Analys:</i> Regressionsanalys med linjär blandad modell.	137 (0)	Intervention: CSNAT-I Effekt: Belastningsgraden av att vårda sjönk signifikant för interventionsgruppen. Depression och ångest minskade kliniskt för interventionsgruppen. Både interventionsgruppen och kontrollgruppen visade en försämring av mentalt och fysiskt välbefinnande, dock ej signifikant.	RCT 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

Bani Younis, M. K., Al-Rawashdeh, A., & Alnjadat, R. M. (2019)	The effect of palliative care intervention program on the quality of life among Jordanian caregivers of cancer patients	2019, Jordanien, Home Health Care Services Quarterly	Att undersöka effekten av intervention SHARE hos närstående som vårdar en cancersjuk patient i hemmiljö avsedde livskvalitet.	<i>Design:</i> Randomiserad Kontrollerad Studie med insamlad data före och efter interventionen. <i>Urval:</i> Närstående till patienter med diagnostiserad cancer minst sex månader före studien, som skrivits ut från två sjukhus i Jordanien under 2018. Enkel randomisering till tre grupper, varav en kontrollgrupp och två grupper som fick interventionen, antingen som hembesök eller som workshop. <i>Datainsamling:</i> Quality of Life in Life - Threatening Illness - Family Caregiver (QOLLTI-F) <i>Analys:</i> SPSS version 21 samt ANOVA-test.	137 (0)	Intervention: CSNAT-I Effekt: Resultaten visade en statistiskt signifikant effekt på livskvalitetsdomänerna för båda interventiongrupperna.	RCT 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

Grande, G. E., Austin, L., Ewing, G., O'Leary, N., & Roberts, C.	Assessing the impact of a Carer Support Needs Assessment Tool (CSNAT) intervention in palliative home care: a stepped wedge cluster trial	2017 Srorbritannien <i>BMJ supportive & palliative care</i>	Att utvärdera effekten av CSNAT avseende stöd och vårdbedömning på närstående i palliativ hemsjukvård	<i>Design:</i> Kvantitativ blandad metod, stegvis kluster randomiserad studie. <i>Urval:</i> Webbplatsadministratörer samlade data från dödsfallsregister, hämtade information om närstående, relation, ålder och kön, Enkäter skickades ut till närstående fördelat på sex hemsjukvårds team vilka indelades delvis randomiserat och kluster. <i>Datainsamling:</i> Carer Support Needs Assessment Tool (CSNAT), Short Form 12, health survey (SF 12), Texas Inventory of Grief (TRIG), Distress Thermometer (DT). <i>Analys:</i> blandad modell.	681 (-)	Intervention: CSNAT-I Effekt: Utvärdering efter att patienten avlidit. Signifikant, men måttlig, minskning av tidig sorg, jämfört med kontrollgrupp. Ingen signifikant minskning av nuvarande sorg. Signifikanta bevis för att fysisk och mental hälsa förbättrades för interventionsgruppen. Inga signifikanta skillnader av ångest för interventionsgruppen jämfört mot kontrollgruppen.	RCT 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

Gregory, C., & Gellis, Z. (2020).	Problem Solving Therapy for Home-Hospice Caregivers: A Pilot Study.	2020 USA Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care.	Att undersöka effekten av Kort Problemlösningsterapi för Hospice (PST-Hospice) hos närstående som vårdade patient i palliativ hemsjukvård avseende livskvalitet, problemlösningssförmåga samt depressiva symtom.	<i>Design:</i> Randomiserad Kontrollerad Studie data före och efter interventionen. <i>Urval:</i> Närstående från två enheter som bedriver palliativ hemsjukvård i södra New Jersey. En grupp fick interventionen och en grupp var kontrollgrupp. <i>Datainsamling:</i> The Brief Patient Health Questionnaire Mood Scale (PHQ-9), Caregiver Quality of Life Index - Cancer (CQOLC) samt The Social Problem Solving Inventory - Revised Short Form (SPSI-R Short Form). <i>Analys:</i> t-test, chi2-test, intent to treat- analys (ITT) samt RERM	43 (6)	Intervention: PST Effekt: Ingen minskning av depression efter interventionen. Kontrollgruppen visade ökade symtom på depression. Livskvalitet ökade signifikant i interventionsgruppen. Problemlösningssförmåga förbättrades kliniskt, dock inte signifikant, avseende positiv problemorientering och rationell problemlösning. Inga signifikanta skillnader hittades på negativ problemorientering, impulsivitet- vårdslöshet samt undvikande stil.	RCT 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

<p>Holm, M., Årestedt, K., Carlander, I., Fürst, C. J., Wengström, Y., Öhlen, J., & Alvariza, A.</p>	<p>Short-term and long-term effects of a psycho-educational group intervention for family caregivers in palliative home care - results from a randomized control trial.</p>	<p>2016, Sverige, <i>Psychoncology</i></p>	<p>Att utvärdera kort och långsiktiga effekter av Psykoeducativ gruppintervention och ökad beredskap hos närstående i vårdandet i palliativ hemsjukvård.</p>	<p><i>Design: RCT. Urval:</i> Informationsbrev skickades till 10 specialiserade palliativa hemsjukvårds team, efter att samtycke lämnats från patient tillfrågades närstående, de som tackade ja till deltagande randomiserades till interventionsgrupp eller kontrollgrupp. <i>Datainsamling:</i> Preparedness for caregiving scale (PCS) och Hospital Anxiety and DepressionScale (HADS). <i>Analys:</i> linjär regressionsanalys</p>	<p>270 (75)</p>	<p>Intervention: Psykoeducativ intervention Effekt: På kort sikt ökade interventionsgruppen sin beredskap signifikant. Långsiktiga effekter gav signifikanta förbättringar på ökad beredskap för att vårda. På kort sikt hade interventionsgruppen en signifikant ökning av prestationer/insatser av att vårda. Inga långsiktiga signifikanta effekter avseende prestationer/insatser för att vårda fanns. Inga signifikanta effekter hittades avseende känslor av belöning på kort sikt. Inga långsiktiga signifikanta effekter hittades avseende närståendes känslor av belöning. Inga signifikanta effekter hittades avseende vårdbördan på kort sikt. Inga långsiktiga signifikanta effekter avseende vårdbördan visades. Inga signifikanta effekter hittades avseende depression och ångest på kort sikt. Inga långsiktiga signifikanta effekter avseende depression och ångest visades.</p>	<p>RCT I</p>
--	---	--	--	---	-----------------	---	------------------

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

Hudson, P., Trauer, T., Kelly, B., O'Connor, M., Thomas, K., Summers, M., Zordan, R., & White, V.	Reducing the psychological distress of family caregivers of home-based palliative care patients: short-term effects from a randomised controlled trial.	2013, Australien, <i>Psychology</i>	Att genom Psykoedukativ intervention se om närstående som vårdar i palliativ hemsjukvård fick minskad ångest, ökad förberedelse, beredskap och ökad kompetens.	<i>Design:</i> Kvantitativ, RCT. <i>Urval:</i> Närstående rekryterades från fyra palliativa hemsjukvårdsteam i Australien under två år. <i>Datainsamling:</i> Självrapporterande frågeformulär, General Health Questionary (GHQ), Caregiver Competens Scale (CCS) Rewards of Caregiving Scale (RCS) och Preparedness for Caregiving Scale (PCS). <i>Analys:</i> Mixad metod.	298 (137)	Intervention: Psykoedukativ intervention Effekt: Båda interventionsgrupperna erhöll en något ökad beredskap för att vårda. I interventionsgrupp II var dessa värden signifikanta. Prestationer/insatser av att vårda ökade signifikant i båda interventionsgruppen. Signifikanta värden tyder på att äldre deltagare fick behov bättre tillgodosedda. Ingen förbättring av närståendes känslor av belöning.	RCT 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

<p>Hudson, P., Trauer, T., Kelly, B., O'Connor, M., Thomas, K., Zordan, R., & Summers, M.</p>	<p>Reducing the psychological distress of family caregivers of home-based palliative care patients: longer term effects from a randomised controlled trial.</p>	<p>2015, Australien, <i>Psycho-oncology</i></p>	<p>Att utvärdera om Psykoedukativ intervention minskar ångest hos närstående i palliativ hemsjukvård.</p>	<p><i>Design:</i> Kvantitativ, RCT. <i>Urval:</i> Närstående rekryterades från fyra palliativa hemsjukvårdsteam i Australien under två år. <i>Datainsamling:</i> Självrapporterande frågeformulär, General Health Questionary (GHQ)<i>Analys:</i> Mixad metod med upprepade Mått.</p>	<p>298</p>	<p>Intervention: Psykoeduktiv intervention Effekt: Signifikanta resultat på kön och ålder visade att yngre deltagare och kvinnor hade försämrad psykisk ohälsa efter tredje mätningen och efter patientens död. Psykiska ohälsan minskades signifikant för både interventionsgrupp I och interventionsgrupp II, efter tredje mätningen och efter patientens död. Inga signifikanta skillnader avseende ohälsa sågs mellan interventionsgruppen I och interventionsgrupp II, efter tredje mätningen och efter patientens död.</p>	<p>RCT I</p>
---	---	---	---	---	------------	--	------------------

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.

<p>Petursdottir, A. B., Rayens, M. K., Sigurdardottir, V., & Svavarsdottir, E. K.</p>	<p>Long-Term Effect of Receiving a Family Strengths-Oriented Intervention on Family Cancer Caregiver Stress, Anxiety, and Depression Symptoms: A Longitudinal Quasi-Experimental Study.</p>	<p>2021, Island, <i>Journal of Family Nursing</i></p>	<p>Att ta reda på långsiktiga effekter av familjefokuserade terapeutiska samtal hos närstående inom specialiserad palliativ hemsjukvård före och efter patientens dödsfall</p>	<p><i>Design:</i> Kvantitativ, longitudinell kvasiexperimentell icke randomiserad. <i>Urval:</i> Närstående som deltagit i tidigare studier FAM-SOTC före och efter förlust rekryterades från ett sjukhus i Island som bedrev specialiserad palliativ hemsjukvård. <i>Datainsamling:</i> Terapeutiska familjefokuserade samtal. Interventionen utvärderades med DASS som mätte ångest, depression och stress. <i>Analys:</i> blandade modeller för upprepade mätningar</p>	<p>24 (0)</p>	<p>Intervention: FAM-SOTC Effekt: Ingen signifikant förändring av depression under periodens efter att patienten avlidit jämfört med innan patient avlidit. Signifikant minskad ångest efter dödsfall jämfört innan patienten avlidit. Signifikant minskning av psykisk stress sågs hos närstående efter att patienten avlidit jämfört mot innan att patienten avlidit.</p>	<p>CCT I</p>
---	---	---	--	--	---------------	---	------------------

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.

<p>Petursdottir, A. B., Sigurdardottir, V., Rayens, M. K., & Svavarsdottir, E. K.</p>	<p>The Impact of Receiving a Family-Oriented Therapeutic Conversation Intervention Before and During Bereavement Among Family Cancer Caregivers: A Nonrandomized Trial</p>	<p>2020, Island, <i>Journal of Hospice and Palliative Nursing</i></p>	<p>Att utvärdera om familjefokuserade samtal gav minskad ångest, depression, stress och sorg hos närstående som vårdat i palliativ hemsjukvård efter patientens dödsfall.</p>	<p><i>Design:</i> Kvantitativ kvasi-experimentell, icke randomiserad. <i>Urval:</i> Närstående rekryterades från ett sjukhus i Island som bedrev specialicerad palliativ hemsjukvård, Närstående som hade vårdat patienten i hemmet med stöd av palliativ, hemsjukvård tillfrågades, som hade deltagit i en tidigare studie med samma intervention före dödsfallet. <i>Datainsamling:</i> Av sjuksköterska som utbildats i interventionen FAM-SOTC questionnaire (ICE-FPSQ), Depression Anxiety Scale (DASS), och Adult Attitude to Grief (AAG). <i>Analys:</i> blandade modeller, post hoc- analys och inferentiella tester</p>	<p>51 (0)</p>	<p><i>Intervention:</i> FAM-SOTC <i>Effekt:</i> Signifikant minskad ångest efter interventionen och efter att patienten avlidit. Nära signifikant minskning av depression och efter att patienten avlidit. Signifikant minskad psykisk stress efter att patienten avlidit. Signifikanta resultat på att hanterandet och bearbetandet av sorg underlättades efter dödsfallet hos närstående. Signifikant samband att kontrollgruppen hade ökad benägenhet till förnekelse vilket var hämmande för att kunna sörja och bearbeta sorgen på ett hälsosamt sätt.</p>
---	--	---	---	--	---------------	---

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.

Petursdottir, A. B., & Svavarsdottir, E. K.	The effectiveness of a strengths-oriented therapeutic conversation intervention on perceived support, well-being and burden among family caregivers in palliative homecare.	2019, Island, <i>Journal of Advanced Nursing</i>	Att utvärdera om familjefokuserade terapeutiska samtal gav minskad ångest, depression, stress och sorg hos närstående under pågående palliativ hemsjukvård	<i>Design:</i> Kvantitativ, Pre experimentell, icke randomiserad. <i>Urval:</i> Närstående av patienten utsedda som hade pågående palliativ hemsjukvård rekryterades av sjuksköterska i palliativ hemsjukvård från ett nationellt universitetssjukhus i Island. <i>Datainsamling:</i> Island Av sjuksköterska som utbildats i interventionen FAM-SOTC, family perceived support questionnaire (ICE-FPSQ), Depression Anxiety Scale (DASS), och Brief Assessment Scale for Caregivers (BASC). Demografiska data insamlades om närstående samt patienternas diagnos kontrollerades. <i>Analys:</i> Parat T test, Mauchlys test of sphericity	48 (0)	<i>Intervention:</i> FAM-SOTC <i>Effekt:</i> Närståendes upplevda kognitiva och emotionella stöd från sjuksköterskor förbättrades signifikant. Ångest och depression visade klinisk förbättring, dock inte signifikant. Signifikant minskad psykisk stress. Signifikant minskad vårdbörla hos närstående.	CCT 1
---	---	--	--	--	--------	--	----------

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.

<p>Von Heymann-Horan, A., Bidstrup, P., Guldin, M. B., Sjøgren, P., Andersen, E., von der Maase, H., Kjellberg, J., Timm, H., & Johansen, C.</p>	<p>Effect of home-based specialised palliative care and dyadic psychological intervention on caregiver anxiety and depression: a randomised controlled trial.</p>	<p>2018 Danmark <i>British journal of cancer</i></p>	<p>Att utvärdera effekten av specialiserad palliativvård och dyadisk psykologisk intervention på ångest, depression hos närstående som vårdar i palliativ hemsjukvård före och efter patientens död.</p>	<p><i>Design:</i> Kvantitativ RCT. <i>Urval:</i> Närstående rekryterades från onkologiska avdelningen vid Rigshospitalet, Köpenhamns universitetssjukhus, Danmark. <i>Datainsamling:</i> Checklist- 92. <i>Analys:</i> Linjär blandad modell</p>	<p>258 (9)</p>	<p>Intervention: DOMUS Effekt: Signifikant minskning av depression i interventionsgrupp innan dödsfall och efter dödsfall. Signifikant minskning av ångest i interventionsgrupp innan dödsfall och efter dödsfall.</p>	<p>RCT I</p>
--	---	--	--	--	--------------------	--	------------------

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.

<p>Von Heymann-Horan, A., Bidstrup, P. E., Johansen, C., Rottmann, N., Andersen, E., Sjøgren, P., von der Maase, H., Timm, H., Kjellberg, J., & Guldin, M. B.</p>	<p>Dyadic coping in specialized palliative care intervention for patients with advanced cancer and their caregivers: Effects and mediation in a randomized controlled trial.</p>	<p>2019 Danmark <i>Psycho-oncology</i></p>	<p>Att utvärdera effekten av specialiserad palliativ hemsjukvård och dyadisk psykologisk intervention på ångest, depression hos patient, och närstående som vårdar i palliativ hemsjukvård</p>	<p><i>Design:</i>Kvantitativ RCT. <i>Urval:</i>Patient och närstående rekryterades från en onkologisk klinik vid Ringhospitalet Köpenhamns Universitetssjukhus i Danmark. <i>Datainsamling:</i> Checklist- 92 och Dyadic Coping Inventory (DCI). <i>Analys:</i> Blandade modeller</p>	<p>258 (13)</p>	<p>Intervention: DOMUS Effekt: Närståendes upplevda kognitiva och emotionella stöd från sjuksköterskor förbättrades signifikant. Ångest och depression visade klinisk förbättring, dock inte signifikant. Signifikant minskad psykisk stress. Signifikant minskad vårdbörd.</p>	<p>RCT I</p>
---	--	--	--	---	---------------------	---	------------------

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.

Washington, K. T., Demiris, G., Parker Oliver, D., Albright, D. L., Craig, K. W., & Tatum, P.	Delivering problem-solving therapy to family caregivers of people with cancer: A feasibility study in outpatient palliative care.	2018, USA, <i>Psycho-oncology</i>	Att undersöka effekten av problemlösnande terapi avseende ångest, depression och livskvalitet hos närstående i palliativ hemsjukvård.	<i>Design:</i> Kvantitativ RCT. <i>Urval:</i> Bekvämlighetsurval, Via vårdcentral som gav poliklinisk palliativvård. Broschyrer sattes upp i väntrummet. Närstående som visade intresse ringdes upp. <i>Datainsamling:</i> Sjuksköterskeledda interventioner med problembaserad terapi, via telefon /Webbaserad eller både och. Generalized Anxiety Disorder 7-item scale (GAD-7) mätte närståendes ångest, Questionnaire 9-punktsskala (PHQ-9) mätte sömnstörningar och koncentrationsförmåga, The Patient Health Questionnaire 9-punktsskala (PHQ-9), mätte och Caregiver Quality of Life Index – Revised (CQLI-R), mätte livskvalitet hos närstående. <i>Analys:</i> Poweranalys, Linjär regressionsanalys med en bootstrapping procedur.	83 (0)	<i>Intervention:</i> PST <i>Effekt:</i> Interventionsgruppen visade statistiskt signifikant minskad ångest. Inga signifikanta skillnader i grupperna på depression och livskvalitet.	RCT 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.