

EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ

VÅRDVETENSKAP  
VID AKADEMIN FÖR VÅRD, ARBETSLIV OCH VÄLFÄRD  
M2023:31

Att vara närstående- när en anhörig drabbas av  
intensivvårdsdelirium  
En intergrativ litteraturöversikt

Emma Smith Andersson  
Lisa Koonce



HÖGSKOLAN  
I BORÅS

Uppsatsens titel: Att vara närstående- när en anhörig drabbas av intensivvårdsdelirium- En integrativ litteraturöversikt

Författare: Emma Smith Andersson och Lisa Koonce

Huvudområde: Vårdvetenskap

Nivå och poäng: Magisternivå, 15 högskolepoäng

Utbildning: Specialistsjuksköterskautbildning med inriktning mot intensivvård

Handledare: Jonas Karlsson

Examinator: Elisabeth Lindberg

## Sammanfattning

Familjecentrerad vård är en viktig del av intensivvården, trots det är närstående en grupp som ofta kan glömmas bort. Delirium är ett vanligt tillstånd som kan uppstå till följd av intensivvård. Uppemot 80% av vuxna patienterna som vårdas med respirator drabbas av delirium. Det finns artiklar och studier gjorda ur patientens och vårdpersonalens perspektiv gällande intensivvårdsdelirium men det saknas sammanställningar av befintlig forskning ur närståendes perspektiv. Syftet är att belysa närståendes upplevelser och erfarenheter när en anhörig drabbats av delirium i samband med intensivvård.

Detta examensarbete är en integrativ litteraturöversikt. Artiklar med både kvalitativ och kvantitativ ansats har analyserats. Från dessa artiklar identifierades sammanlagt två teman som belyser närståendes upplevelser när en anhörig drabbas av delirium i samband med intensivvård. De två teman som resultatet bygger på är följande: *Att vara närstående- en känslomässig resa* och *Närståendes behov av delaktighet*. Resultatet belyser att närstående till patienter med IVA-delirium i större utsträckning upplever ovisshet, ångest och ökad stress jämfört med närstående till patienter utan IVA-delirium. Närstående upplever otillräcklighet och otrygghet på grund av bristande kommunikation och stöd från intensivvårdspersonalen. Närstående uttrycker en oro och rädsla över hur deras anhörig betar sig. De önskar mer information om IVA-delirium,

om sjukdomsförloppet och beskriver en önskan att få vara delaktiga i vården av sin anhörig. Genom att göra närstående mer delaktiga i vårdandet kan det skapa en känsla av sammanhang.

Genom att vara medveten om närståendes upplevelser och erfarenheter kan intensivvårdssjuksköterskan i vårdande möten främja närståendes välbefinnande.

Nyckelord: *Intensivvårdsdelirium, Närstående, Upplevelser, Vårdvetenskap, Intensivvård, Kommunikation, Delaktighet, Integrativ litteraturöversikt.*

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

|  |           |
|--|-----------|
| <b>INLEDNING</b>                                 | <b>1</b>  |
| <b>BAKGRUND</b>                                  | <b>1</b>  |
| <b>DELIRIUM</b>                                  | <b>1</b>  |
| <b>INTENSIVVÅRD</b>                              | <b>3</b>  |
| <b>INTENSIVVÅRDSSJUKSKÖTERS KANS ROLL</b>        | <b>4</b>  |
| <b>NÄRSTÅENDE</b>                                | <b>4</b>  |
| <b>FAMILJECENTRERAD VÅRD</b>                     | <b>5</b>  |
| <b>PROBLEMFÖRMULERING</b>                        | <b>6</b>  |
| <b>SYFTE</b>                                     | <b>6</b>  |
| <b>METOD</b>                                     | <b>6</b>  |
| <b>DESIGN</b>                                    | <b>6</b>  |
| <b>DATAINSAMLING</b>                             | <b>6</b>  |
| Problemidentifikation                            | 6         |
| Sökstrategi                                      | 7         |
| Inklusionskriterier                              | 7         |
| Kvalitetsgranskning                              | 8         |
| <b>DATAANALYS</b>                                | <b>8</b>  |
| <b>FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN</b>             | <b>8</b>  |
| <b>RESULTAT</b>                                  | <b>9</b>  |
| <b>ATT VARA NÄRSTÅENDE- EN KÄNSLOMÄSSIG RESA</b> | <b>9</b>  |
| Att känna sig otillräcklig                       | 9         |
| Ovissheten väcker känslor                        | 10        |
| <b>NÄRSTÅENDES BEHOV AV DELAKTIGHET</b>          | <b>10</b> |
| Betydelsen av att få vara närvarande             | 10        |
| Vårdande relationens betydelse                   | 11        |
| <b>DISKUSSION</b>                                | <b>12</b> |
| <b>METODDISKUSSION</b>                           | <b>12</b> |
| <b>RESULTAT DISKUSSION</b>                       | <b>14</b> |
| <b>SLUTSATSER</b>                                | <b>16</b> |
| <b>KLINISKA IMPLIKATIONER</b>                    | <b>16</b> |
| <b>REFERENSER</b>                                | <b>18</b> |

## **INLEDNING**

Att vårdas på en intensivvårdsavdelning är ofta förknippat med många allvarliga och komplicerade sjukdomar. Intensivvård syftar till att behandla människor som drabbats av en kritisk och livshotande sjukdom. I samband med intensivvård kan en patient drabbas av delirium. Delirium kan uppstå till följd av sjukdomstillståndet, vårdmiljön eller läkemedel, och kommer många gånger till uttryck som ett förvirringstillstånd.

Delirium är skadligt för patienten och medför ofta en förlängd vårdtid vilket ger ett ökat lidande för patienten samt kan ge en ökad komplexitet i vårdandet. Delirium medför även en större påfrestning för närstående. Begreppet familjecentrerad vård används i större omfattning idag, vilket innebär att hela patientens familj och närstående inkluderas i vården för att gynna patienten på bästa sätt. Närståendes erfarenheter behöver därför undersökas mer, särskilt i relation till hur de upplever det när deras anhörig, som redan är allvarligt sjuk, dessutom utvecklar intensivvårdsdelirium.

## **BAKGRUND**

### **DELIRIUM**

Delirium har länge varit ett känt tillstånd och har under historien haft många olika namn. Hippocrates uppges vara den första som skriver om delirium och beskrev att personer som led av delirium svävade mellan två olika deliriska stadier, idag betecknas dessa stadier som hyperaktivt- och hypaktivt-delirium. Vidare beskrevs det att dessa personer uppvisade tecken på motorisk oro, förvirringstillstånd och hallucinationer, vilket finns förklarat för över 2500 år sedan men symptomen som skildrats är detsamma som idag (Page & Ely 2011, s.3).

Wang, Lyu, Tang, Wang & Liu (2017) beskriver delirium som ett allvarligt men relativt vanligt sjukdomstillstånd. Barr et al. (2013) menar att delirium drabbar upp till 80% av de vuxna patienterna som vårdas med respirator på en intensivvårdsavdelning (IVA). Enligt SIR:s utdataportal (2023) blev 842 patienter diagnostiserade med intensivvårdsdelirium i Sverige under föregående år. Delirium karaktäriseras av en snabb försämring i uppmärksamhet, koncentration och en störd kognition. Patofysiologisk förklaring till delirium bedöms bland annat bero på försämring i neuronerna i hjärnan på grund av nedsatt acetylcholin och nedsatt cholinerg funktion i synapser. Andra orsaker kan även vara kirurgiska trauman eller infektioner vilket kan påverka blod/hjärnbarriären negativt genom större genomsläpplighet av inflammationsfaktorer (Wang et al. 2017). Delirium leder till negativa följder främst för patienten men även för närstående och sjukvårdspersonalen. Delirium innebär en sämre

prognos för kritiskt sjuka patienter samt att risken att avlida under sjukhusvistelsen ökar. Patienter som vårdas på en enhet efter operation (postop) eller intermediärvårdsavdelning (IMA) kan riskera att utveckla delirium (Ibid).

Riskfaktorer som kan leda till delirium är bland annat plötslig akut sjukdom, trauma, försämring av kronisk sjukdom, kirurgiska ingrepp och vätske/elektrolyttrubbning samt hög ålder. Även läkemedel som används inom intensivvården och under operation, exempelvis för sedering, kan utlösa delirium (Resnick 2018; Wang et al 2017). En patient som drabbats av delirium upplevs många gånger som agiterad. Orsaken till ett aggressivt beteende kan bero på bristande eller otillräcklig smärtbehandling medan ett deliriskt tillstånd i sig kan förstärka upplevelsen av smärta och agitation (ibid). Av den anledningen är det svårt att behandla delirium. Det mest effektiva sättet att behandla delirium är att förebygga det, genom förslagsvis tidig mobilisering, att skapa en vårdande miljö eller bra sömnregim. Tidig mobilisering kan innefatta att sätta patienten på sängkanten, hjälpa dem upp i en fåtölj, sängcykla eller andningsträna. Tidig mobilisering minskar varaktigheten av delirium samt ger en minskad sjukhustid. Det har även påvisats att tidig mobilisering ökar överlevnaden hos patienter med delirium. Ett annat sätt att förebygga delirium kan vara att upptäcka tidiga symtom på delirium, som till exempel sömnstörningar, ökad oro, ångest och koncentrationssvårigheter (Schweickert et al. 2009; Wang et al. 2017).

För att identifiera delirium i ett tidigt stadium har det tagits fram olika verktyg. Exempel är screeningverktyg som används internationellt är Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU), samt Nursing Delirium Screening Scale (NUN-DESC). CAM-ICU består av fyra steg där symptomen bedöms utifrån verktygets kriterier. De fyra kriterierna är följande: 1. bedömning av medvetandegrad, 2. Bedömning av uppmärksamhet, 3. Bedömning av desorientering, 4. Bedömning av förvirring. Samtliga fyra kriterier sammanfattar de fyra huvudsymtomen av delirium och är därför ett bra verktyg som är enkelt och tillförlitligt att använda (Sinvani, Site, Laumende & Ardito 2021).

Som tidigare nämnts beskriver Page & Ely (2011 ss. 30–33) två typer av delirium, hypoaktivt och hyperaktivt-delirium. Patienter som uppvisar tecken på hypoaktivt delirium är stilla, med vad som kan liknas vid depressiva symtom, nedstämdhet, nedsatt vakenhet och slöhet. Patienter med hyperaktivt delirium uppvisar symptom som motorisk oro, agitation, konfusion och osammanhängande tankemönster. McKinney, Fitzsimons, Blackwood & McGaughey (2020) menar att närstående till patienten är de som känner patienten bäst och kan därför många gånger tidigt identifiera avvikelser i beteendet hos patienten.

## **INTENSIVVÅRD**

Målet med intensivvård enligt Hough och Amato (2019) är att ge patienter med allvarliga sjukdomar eller skador nödvändig vård och övervakning. Detta för att bibehålla vitala organfunktioner och förhindra potentiellt dödliga komplikationer, vilket ökar chanserna till återhämtning och minskar risken för dödlighet.

Intensivvård bedrivs av undersköterskor, intensivvårdssjuksköterskor och specialutbildade läkare som arbetar tätt tillsammans för att ge god och säker vård (SIR 2020a). Vincent och Rubenfeld (2018) beskriver IVA som en medicinsk specialavdelning utformad för att ta hand om patienter som drabbats av mycket allvarliga medicinska tillstånd som kräver oavbruten övervakning och behandling. Utrustningen är medicinskt högteknologisk och skapad för övervakning och livsuppehållande behandling. Ventilatorer, övervakningsmonitorer med kontinuerliga vitalparametrar, syrgasmätare och andra specialiserade medicinska apparater är vanligt förekommande på IVA (Vincent & Rubenfeld 2018; Bagheri, D'Angelo, & Lavrentyev 2018; Marshall et. al 2017). Liknande vård som bedrivs på IVA förekommer även på post-op-avdelningar och på intermediärvårdsavdelningar (IMA). Dessa två avdelningar har, liksom IVA, en hög övervakningsnivå där avancerad vård bedrivs (SFAI 2012; Riksföreningen för anesthesi och intensivvård 2021; Vårdhandboken 2021 ). Plate, Peelen, Leenen, Houwert och Hietbrink (2018) beskriver IMA som en avdelning mellan en intensivvårdsavdelning och en vårdavdelning.

Olausson (2014) beskriver intensivvårdsrummet som komplext. Intensivvårdsrummet ska vara ett rum där patienter vårdas av intensivvårdspersonalen samt där närstående kan finna lugn och trygghet. Intensivvårdsrummet kan påverka vårdandet, patientsäkerheten och välbefinnandet för patienter, närstående och vårdpersonal. Rummet är speciellt utformat för att övervaka, vårda och behandla de mest kritiskt sjuka patienterna för att säkerställa patientens överlevnad. Intensivvårdsrummet är därför att betrakta som en tekniktät plats. Teknologin som används i ett intensivvårdsrum kan utgöra ett hinder för vårdandet och i vissa fall begränsa patientens och närståendes livsvärld. Närstående kan uppleva det avskräckande att närma sig sin anhörig på grund av all teknisk utrustning. Samt att miljön runt den anhöriga distraherar närstående från att vara närvarande runt den anhöriga. Teknologin kan också ses som ett hjälpmedel för att uppnå målen med vården (Ibid). Olausson (2014) beskriver vidare hur patienterna och närstående uppfattar intensivvårdsmiljön som fientlig. Detta på grund av höga ljud, skarpa ljus och dofter. Patienter upplever det svårt att sova och vila på grund av kontinuerlig aktivitet i rummet och störande ljud från medpatienter. Ofta är intensivvårdsrummet för litet och patientens personliga utrymme begränsas. För att skapa en vårdande miljö krävs en helhetsinriktad vård där fokus ligger på patientens individuella behov och önskemål (Ibid).

Då intensivvårdsrummet kan uppfattas som otryggt kan det vara avgörande för patienten välbefinnande att närstående får närvara. Detta kan skapa ett lugn och ge en ökad trygghet för patienten och närstående.

## **INTENSIVVÅRDSSJUKSKÖTERSANS ROLL**

Intensivvårdssjuksköterskan spelar en central roll i vårdandet av kritiskt sjuka patienter och för deras närstående. En intensivvårdssjuksköterska ansvarar för vårdandet där det krävs specifika kunskaper vilka är väsentliga för vårdandets kvalitet och utveckling. Verksamhetsområdet intensivvård är i ständig utveckling och syftar till att tillgodose personcentrerad och säker vård. Tydligt framgår även att specialistsjuksköterskor inom intensivvården ska informera, stödja samt involvera närstående i vårdandet kring patienten. Samt med ett etiskt förhållningssätt, bemöta och tillvarata patientens och närståendes behov och resurser vid kritisk sjukdom (Riksföreningen för anesthesi och intensivvård 2020, 2021).

Bergbom (2019) menar att det ingår i intensivvårdssjuksköterskans profession att inte endast tillgodose människors fysiska behov utan även de sociala, psykiska, existentiella samt andliga behov. Intensivvårdssjuksköterskan ska jobba för att patienten ska uppleva en vårdande miljö. Det innebär en känsla av trygghet, respekt och värdighet, vilket skapas genom att bland annat minska stressfaktorer. Förslagsvis genom att minska stimuli från ljud och ljus och därmed främja en vårdande miljö. Genom att arbeta efter ett familjecentrat perspektiv kan intensivvårdssjuksköterskan främja en positiv vårdmiljö (Riksföreningen för anesthesi och intensivvård, 2020, 2021; Fontaine & Bizek 2018).

## **NÄRSTÅENDE**

Begreppet närstående behöver inte bestå av familjemedlemmar eller släktskap, utan kan innefatta känslor och intimitet mellan två personer. Närståendes delaktighet i vårdandet kan ha en positiv inverkan på hela den drabbade familjen och för patienten som vårdas. Närstående är därför en viktig del i vårdandet (Bergbom & Askvall 2000). Bergbom (2019) beskriver att familjen och närstående kan vara en central del av patientens vård och bör därför inkluderas i vårdandet och dess sammanhang.

Valle och Lohne (2020) beskriver vikten av närstående på IVA där många av patienterna är sövda och kan därmed inte föra sin egna talan. Det är till stor hjälp att ha närstående närvarande som fungerar som en länk mellan patienten och intensivvårdspersonalen. Om de närstående är delaktiga och involverade i vårdandet kan de fungera som ett stöd för personalen och för patienten. Närstående kan vara till hjälp för patienten att pussla ihop minnesbilder och skapa en trygghet för patienten efter tiden på IVA (ibid).

## FAMILJECENTRERAD VÅRD

Att utgå från ett familjeperspektiv och en familjecentrerad vård är ofta självklart när det handlar om sjuka barn menar McKinney et al. (2020). Vuxna patienter beskrivs som autonoma till skillnad från barn. Dock saknar vuxna ofta en person som för deras talan i deras frånvaro (ibid). Därför är det av vikt att perspektivet familjecentrerad vård behöver få en plats i vårdandet av vuxna patienter.

När en familjemedlem blir svårt sjuk eller allvarligt skadad, drabbas hela familjen och dynamiken i familjen förändras menar Diaz, Larramendi, Gutiérrez-Alemán & Canga-Armayor (2019). Genom att involvera familjen i vården då patienten är drabbad av ett allvarligt tillstånd finns tydliga fördelar för både patienten och närstående. Närstående uttrycker ofta negativa känslor som oro, rädsla, ovisshet och nedstämdhet, vilket alla leder till påfrestningar inom familjen. Dessa omständigheter indikerar nyttan att inkludera hela familjen som en enhet för att främja hälsa och välbefinnande för familjen (ibid).

Livsvärld är ett begrepp som innefattar individens levda värld, den är unik för varje människa och innefattar levda erfarenheter, upplevelser och perspektiv. Livsvärlden delas av andra men kommer trots detta alltid vara unik (Ekebergh 2015 s.19). Vården måste ta hänsyn till patienten och de närståendes livsvärld för att kunna ge en familjecentrerad vård (ibid). Ekebergh (2015 s.36) menar att en människa som inte upplever sammanhang och upplever ett liv utan mening, troligtvis inte kan känna välbefinnande och hälsa.

Likt Diaz et al. (2019) menar Norton (2018 s 23) att familjen runt patienter som vårdas inom intensivvård, löper en större risk att utveckla negativa känslor till exempel stress, desorganisation och hjälplöshet vilket leder till bristande copingmekanismer. Med copingmekanismer syftar Norton (2018 s 24) till en persons förmåga att påverka miljön omkring på ett hälsosamt eller ohälsosamt vis. Det är intensivvårdssjuksköterskans uppgift att se till både patientens och familjens behov av stöd, därför bör intensivvårdssjuksköterskan vara medveten om användandet av copingmekanismer. Då rädsla, misstro och chock många gånger leder till irrationella handlingar eller krävande beteenden är det av vikt att identifiera det som tecken på en familj i kris och därmed erbjuda stöd till familjen som helhet (ibid). Som tidigare nämnts av Wang et al. (2017) kan delirium leda till negativa följder för närstående vilket kan tänkas påverka deras copingmekanismer. Därav är det av vikt att främja ett gott möte mellan närstående och intensivvårdssjuksköterskan. Genom öppenhet och lyhördhet inför närståendes behov, läggs grunden för ett vårdande samtal (Ekebergh & Dahlberg 2015, ss 131–132).

McKinney et al. (2020) menar därför att behov finns att undersöka närståendes betydelse för vård av intensivvårdspatienter samt närståendes upplevelser. Genom att belysa närstående perspektivet, blir det lättare att tillgodose närståendes behov av stöd när en anhörig drabbas av delirium (ibid). Liknande påstående beskrivs av Dahlberg & Segersten (2010, ss.118–121) som skriver om hur närstående spelar en viktig roll för patienten och de kan vara en faktor som bidrar till välbefinnande och god hälsa.

## **PROBLEMFORMULERING**

Intensivvårdsdelirium (IVA-delirium) drabbar inte bara patienter på IVA utan även patienter på andra högteknologiska avdelningar som exempelvis post-op och IMA. IVA-delirium är ett komplext tillstånd då orsakerna till tillståndet är många. Detta medför svårigheter att identifiera IVA-delirium både för intensivvårdspersonalen men även för närstående. IVA-delirium medför en ökad risk för komplikationer, förlängd vårdtid samt ökad risk för mortalitet. Trots att IVA-delirium är ett relativt känt tillstånd för intensivvårdspersonalen så saknas närståendes erfarenheter och upplevelser av IVA-delirium. Intensivvårdspersonalen behöver därför mer kunskap om närståendes erfarenheter av IVA-delirium för att kunna främja närståendes hälsa samt minska närståendes lidande. Närståendes upplevelser och erfarenheter kring IVA-delirium behöver därför belysas.

## **SYFTE**

Syftet är att belysa närståendes upplevelser och erfarenheter när en anhörig drabbats av delirium i samband med intensivvård.

## **METOD**

### **DESIGN**

För att besvara syftet bedöms en integrativ litteraturoversikt mest lämplig då designen ger en syntetisering av litteraturen. Whittemore och Knafl (2005) styrker att en integrerad litteraturoversikt är att föredra då möjligheten att inkludera olika metoder anses ge en bredare förståelse inom ämnet och därmed en högre trovärdighet. Detta arbete kommer att utgå från Whittemore och Knafls (2005) integrativa metodanalys som utgår från fem steg, de fem stegen är följande: 1. Problemidentifikation, 2. Litteratursökning, 3. Dataevaluering, 4. Dataanalys och 5. Presentation.

## **DATAINSAMLING**

### **Problemidentifikation**

I steg ett har författarna identifierat ett problem som syftet i arbetet ämnar att svara på. Syftet är att belysa närståendes upplevelser och erfarenheter när en anhörig drabbas av delirium på en intensivvårdsavdelning. Whittemore och Knafl (2005) beskriver hur ett tydligt syfte är viktigt då det underlättar att hitta relevanta artiklar för studien.

## Sökstrategi

I steg två har författarna till arbetet gjort en litteratursökning. En strukturerad och systematisk sökning är av stor vikt vid integrativ litteraturöversikt. PEO är ett ramverk som hjälper till att bryta ner forskningsfrågan i mindre delar (Bettany- Saltikov & McSherry s 24, 2016). Syftet delas in i tre mindre delar, P-Population, E- Exposure och O- Outcome. Genom PEO blir sökorden tydligare att identifiera, sökningen utförs därefter i olika sökblock, se Tabell 1

Tabell 1. PEO-modellen: Samspelet mellan person, exponering och resultat.

| Population/ Grupp    | Exposure/Tillstånd/diagnos | Outcome/effekt/erfarenhet |
|----------------------|----------------------------|---------------------------|
| Relative             | Delirium                   | Experience                |
| Family/family member | Icu Psychosis              | Incident                  |
| Next of kin          | Emergency delirium         | Event                     |
| Nuclear family       |                            | Happening                 |
| Spouse               |                            | Occurrence                |
| Loved one            |                            | Attitudes                 |

Initialt är sökningen bred, därefter kombineras olika sökblock vilket ger en åtstramning i sökningen. Karolinska Institutet (2022a) menar att en bredare sökning är att föredra till en början genom att identifiera nyckelord för valt ämne. Databaser som använts är Cinahl och PubMed. Sökning i PubMed inleds med att identifiera MeSH-termer och sökningen i Cinahl med "Cinahl headings". Karolinska institutet (2022b) förklarar att MeSH-termer är en förkortning för Medical Subject Headings, och fungerar som en ämnesordlista i databaser. MeSH-termer underlättar sökandet av artiklar inom ett visst ämne då majoriteten av artiklar i PubMed taggas med MeSH-termer (ibid). Första sökningarna i PubMed och Cinahl med MeSH-termer samt Cinahl - Headings gav för få antal träffar då sökblocken kombinerades. Sökningen genomfördes istället med Title/Abstract ord och egna sökblock byggdes, vilket gav ett större antal sökträffar se Bilaga 1. Sökningen bidrog till att 194 artiklar identifierats. Av dem har 50 abstracts blivit lästa, 22 artiklar lästa i helhet varav 9 stycken gick vidare till analys och kvalitetsgranskning, se flödesschema PRISMA i Bilaga 2.

## Inklusionskriterier

- Artiklarna ska vara utförda genom kvalitativa eller kvantitativa metoder samt inte publicerats innan 2013
- Närstående som inkluderats i studierna ska ha en anhörig som drabbats av delirium i samband med intensivvård, intermediärvård eller postoperativ vård

- Närstående ska ha en anhörig med en konstaterad delirium-diagnos under vårdtiden
- Patienterna ska vara över 16 år
- Samtliga artiklar ska vara Peer reviewed

### **Kvalitetsgranskning**

I det tredje steget, data evaluering, bedömdes artiklarnas kvalitet. Hawker, Payne, Kerr, Hardey och Powell (2002) har skapat en granskningsmall för litteraturöversikter där både kvantitativa och kvalitativa artiklar granskas gemensamt. Syftet med en granskningsmall är att bedöma studiens metod och kvalitet samt design och analys (JBI 2010). Granskningsmetoden skapad av Hawker et al. (2002) utgår från nio frågor kring artikelns kvalitet och skattas utifrån en fyrgradig skala se Bilaga 4. Valda artiklar har granskats enskilt för att senare diskuteras och jämföras. Totalt antal artiklar som granskats var 9 stycken varav samtliga klarade kvalitetsgranskningen och inkluderades i studien. Artikelmatris och granskning ses i Bilaga 3.

### **DATAANALYS**

I det fjärde steget analyserades insamlad data. Valda artiklar har blivit lästa i sin helhet flera gånger för att få en uppfattning om innehållet, därefter identifierades nyckelord. Nyckelorden identifierades genom att färgmarkera allt som beskrevs som en upplevelse eller erfarenhet i artiklarna. Samtliga upplevelser och erfarenheter färgmarkerades i olika färger beroende på vilken typ av upplevelse/erfarenhet som beskrevs. Därefter delades de olika nyckelorden in i subteman där alla markeringar med samma färg skapade ett subtema. Processen med att skapa subteman tog lång tid då artiklarna lästes flera gånger av båda författarna. En viktig faktor för att öka trovärdigheten i en studie är att involvera flera författare. Det kan ge en ökad insikt och överblick. När fler författare är inblandade i forskningsprocessen kan de gemensamma perspektiven och erfarenheterna leda till en mer nyanserad och genomarbetad studie (Wallengren & Henricson 2014, s.492). De olika subteman sågs över flera gånger för att identifiera gemensamheter. Sedan sammanfördes de olika subteman till två större teman som ligger till underlag för resultatet. Under processen att identifiera subteman och slutligen teman, har det krävts att författarna gått fram och tillbaka i datamaterialet för att noggrant se över materialet. De två teman som identifierats är: Att vara närstående- en känslomässig resa och Närståendes behov av delaktighet.

### **FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN**

Etiska principer ska alltid övervägas då forskning eller studier utförs. Detta för att säkerställa att människor inte utnyttjas, såras eller skadas av studien (Kjellström, 2012, ss. 70–71). En del av forskningsetiken innefattar om studien kan motiveras etisk, vilket

betyder om studien behövs eller tillför någonting nytt för individen, professionen eller samhället (ibid). Vald studie bedöms vara etiskt motiverad då kunskap kring närståendes upplevelser och erfarenheter kring IVA-delirium saknas. Samtliga artiklar som inkluderats i studien har tagit ställning till etiska överväganden och fått tillstånd att utföra studien.

## RESULTAT

Totalt nio artiklar, varav sex med kvalitativ metod, en med kvantitativ metod och två med mixad metod har sammanställts till ett resultat. Två huvudteman har identifierats: Att vara närstående - en känslomässig resa och Närståendes behov av delaktighet. Varje tema innefattar två subteman, se Tabell 2.

Tabell 2. Beskriver två huvudteman samt fyra subteman som tagits fram och som ligger till grund för resultatet.

|  |  |
|--|--|
| <b>Att vara närstående- en känslomässig resa</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Att känna sig otillräcklig</li> <li>• Ovissheten väcker känslor</li> </ul>                    |
| <b>Närståendes behov av delaktighet</b>          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Betydelsen av att få vara närvarande</li> <li>• Den vårdande relationens betydelse</li> </ul> |

### ATT VARA NÄRSTÅENDE- EN KÄNSLOMÄSSIG RESA

#### Att känna sig otillräcklig

Starka känslor av frustration, hjälplöshet och otillräcklighet beskrivs av närstående till patienter som utvecklat delirium inom intensivvård, intermediärvård eller postoperativ vård. Frustration kommer av upplevelsen att inte nå fram till sin anhöriga, som kan höja rösten, bli agiterad samt vägra ta emot vård och hjälp. Känslan av frustration leder även till en känsla av hjälplöshet över att inte kunna finnas för sin anhöriga. Närstående beskriver att de upplever en stark oro över hur förändrade deras anhöriga blivit, de reagerar inte, pratar inte och vill inte äta, vilket leder till svårigheter att kommunicera (Martins et al. 2018). Närstående uttrycker en känsla av skyldighet i att föra deras anhörigas talan. I situationer då närstående behöver fatta vissa beslut gällande behandling upplever de hjälplöshet och otillräcklighet, dels på grund av bristande förståelse men även rädslan att fatta felaktiga beslut (Huang, Tsai, Wang & Chou 2021; Smithburger, Korenoski, Alexander & Kane-Gill 2017a).

Då närstående tvingats bevittna situationer där intensivvårdspersonalen tvingats övermanna deras anhöriga, hålla fast och medicinera för att lugna, uttrycker närstående en känsla av hjälplöshet. Liknande situationer då närstående upplever bristande omsorg från intensivvårdspersonalen leder till att närstående känner en högre skyldighet att närvara hos sin anhöriga, trots att orken inte finns. Närstående beskriver att de inte förstått situationen och att tilliten gentemot intensivvårdspersonalen sviktar, de känner hjälplöshet (Huang et al. 2021; Day & Higgins 2015).

### **Ovissheten väcker känslor**

En gemensam källa till närståendes oro och ovisshet är att bevittna hallucinationer och annorlunda beteenden hos sin sjuka anhöriga, personen blir som förbytt. En person som alltid varit lugn blir plötsligt aggressiv och börjar slåss, höjer rösten samt använder ett språk som inte känns igen (Huang et al. 2021). Martins et al. (2018) likaså Pandhal och Van Der Wardt (2022) finner att närstående till anhöriga med IVA-delirium med utåtagerande beteende, upplever ångest i större utsträckning än närstående till anhöriga med mildare grad av IVA- delirium. Närstående beskriver att de upplever det som ett möte med en främling, en okänd person som ser ut som deras anhöriga men beter sig som en helt annan (Bohart, Møller & Herling 2019).

Liknande beskrivning framkommer av Day och Higgins (2015) som skriver om begreppet existentiell frånvaro, vilket beskrivs av närstående som en plötslig förlust av den person som är tagen för givet. IVA-delirium har förändrat och påverkat den personen som de istället ser framför sig nu, en främling. Att inte längre kunna dela sin värld med varandra beskriver närstående som en förlust och sorg. De möts inte längre på en gemensam plats vilket gör att känslan av avstånd upplevs större och sorgen tyngre. Bohart et al. (2019) finner även att närstående uttrycker en rädsla över hur länge den anhöriga är påverkad av deliriumet. Ovissheten samt väntan på att avvakta, se vart det leder, bidrar till en ökad oro hos närstående (Day & Higgins 2015).

Delirium är ett begrepp inte alla närstående känner till, i de fall där intensivvårdsdelirium är en konstaterad diagnos finns ett samband till närståendes upplevelser av oro. Vid jämförelse mellan närstående till patienter med kritisk sjukdom utan IVA-delirium och kritisk sjukdom med IVA-delirium skattar närstående sin upplevda oro och ångest som högre. Då närstående dessutom själva skattar sin anhörigas grad av IVA-delirium, skattar närstående en högre grad av oro (Martins et al. 2018; Poulin et al. 2021).

## **NÄRSTÅENDES BEHOV AV DELAKTIGHET**

### **Betydelsen av att få vara närvarande**

Smithburger et al. (2017a) beskriver hur närstående uttrycker en önskan att vara nära sin anhöriga på IVA och få medverka i vårdandet. Allt från vårdande handlingar som att tvätta, kamma håret och bädda sängen till att läsa, lugna och prata med den anhöriga. Huang et al. (2021) belyser att närstående uppger att de är villiga att hjälpa till med vad

som helst för att deras anhörig ska känna trygghet och välmående. Förhoppningen är att anhöriga ska veta att de är där vid deras sida och att deras behov tillgodoses. Närstående upplever minskad stress och oro över situationen genom att vara närvarande och delaktiga i vårdandet. Närstående uttrycker en önskan att ta med saker hemifrån för att den anhöriga skall minnas livet innan sjukdom, för att skapa en känsla av trygghet och igenkänning. Förhoppningen är att anhöriga lättare ska kunna orientera sig (Smithburger et al. 2017a). Närstående beskriver hur de upplever att deras närvaro påverkar vården positivt. De berättar hur deras anhörig blivit lugn och upplevs mer som sig själv när de varit närvarande, vilket även påverkar närståendes upplevelser positivt (Pandhal & Van Der Wardt 2022).

Pandhal och Van Der Wardt (2022) beskriver hur närstående önskar att intensivvårdspersonalen anstränger sig mer för att involvera de närstående i vården och på så sätt göra dem mer delaktiga. De närstående vill vara delaktiga i vårdandet av sin anhörig men saknar kunskap om hur de skall gå till väga. Smithburger (2017a) beskriver hur närstående upplever en press på att försöka vara delaktiga i vårdandet trots att de saknar kunskap och information om hur de ska hjälpa till. Närstående beskriver en kraftlöshet samt att de upplever en ensamhet i vårdandet. Bohart et al. (2019) beskriver hur närstående upplever en känsla av sammanhang och syfte genom att bli inkluderade och delaktiga i vården. Närstående erfar att intensivvårdspersonalen ofta fokuserar på det vårdtekniska och inte på hur deras anhöriga mår psykiskt. Detta medför att närstående upplever ett ökat ansvar över anhörigas psykiska tillstånd (ibid). Huang et al. (2021) beskriver hur närstående upplever svårigheter med begränsade besökstider, det beskrivs hur närstående uttrycker en stress över att närvara och hinna med allt de vill göra under besökstiden. Detta gör att de närstående upplever att de inte kan vara så delaktiga i vårdandet som de önskar.

### **Vårdande relationens betydelse**

Smithburger et al. (2017a) beskriver hur närstående betonar vikten av att få information och ha en öppen dialog med intensivvårdspersonalen om deras anhörig. Enligt Smithburger et al. (2017b) uppger närstående att en öppen dialog och enskilda lärande samlat med intensivvårdspersonalen är det mest effektiva sätt att lära sig hur de som närstående kan hjälpa till i vårdandet av deras anhörig med IVA-delirium. Pandhal och Van Der Wardt (2022) beskriver hur närstående upplever att det är svårt att be om hjälp, fråga intensivvårdspersonalen vad som händer samt hur de kan medverka utan att vara en belastning. Detta styrks av Smithburger et al. (2017a, 2017b) som beskriver att närstående upplever en rädsla av att framstå som en belastning för intensivvårdspersonalen. Närstående uttrycker en rädsla för att förstöra, ta sönder något eller skada patienten genom att delta i vårdandet. Rädslan att vara en belastning för intensivvårdspersonalen är större än rädslan av att förstöra någonting i samband med vårdandet. Detta gör att de inte vågar delta i vårdandet av den anhöriga.

Närstående uttrycker en önskan att få mer information om vad de kan förvänta sig under vårdtiden, samt kunskap kring tecken och symptom på IVA-delirium. Det framkommer att närstående saknar förståelse kring vad IVA- delirium är (Poulin et al. 2021; Krewulak, Bull, Stelfox, Ely & Fiest 2020). Närstående uttrycker en tro om att kunna ge ett bättre stöd till sin anhörig om de hade fått kunskap och förståelse kring IVA-delirium (Pandhal & Van Der Wardt 2022). Huang et al. (2021) beskriver hur närstående upplever det svårt att förstå vad som händer med sin anhörig, de upplever en distans mellan sig och intensivvårdspersonalen. Närstående uttrycker en önskan om mer tid för information, frågor och samtal, då förståelsen gentemot intensivvårdspersonalens handlingar brister.

Smithburger et al (2017a) beskriver hur närstående efterfrågar mer tid med personalen för att diskutera deras anhörigas vård och tillstånd. Att få sitta ner med sjukvårdspersonalen ensamma och få information om delirium i början av patientens sjukdomsförlopp och ha en öppen, löpande dialog med sjukvårdspersonalen som ansvarar för den anhörige med förhoppning om kontinuerlig stöttning och information (ibid).

## **DISKUSSION**

### **METODDISKUSSION**

Vid starten av examensarbetet upprättades en tidsplan som följts noggrant. Viss tidsbegränsning har påverkat utförandet av arbetet. Om det inte funnits någon tidsgräns hade arbetet kunnat utvecklas ännu mer. Trots begränsningen har arbetet utvecklats enligt planering. Forskningsfrågan bedöms som viktig och relevant för intensivvårdssjuksköterskan, sjukvården, patienter och närstående.

Datainsamlingen har utförts på ett systematiskt sätt. Data har insamlats från två separata databaser, CINAHL och PubMed, eftersom databaserna anses trovärdiga. Två databaser användes för att få en bredare sökning. Wallengren & Henricson (2014 s.473) menar att validiteten stärks genom att söka efter data i flera olika databaser. Fler databaser hade kunnat inkluderas i arbetet för ytterligare bredd i sökningen. Anledningen till att sökningar inte utfördes i ytterligare databaser beror på att datan som identifierades bedöms tillräcklig för att svara på forskningsfrågan.

Olika sökord samt ämnesord användes för att optimera ett stort antal sökträffar. PEO-modellen var till hjälp för att identifiera sökord samt sökblock. Modellen valdes framför PICO-modellen (population, intervention eller influence, comparison och outcome) som framförallt används vid kliniska frågor och jämförelser (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016 s. 23). Data som identifierades och var skriven ur patientens eller intensivvårdssjuksköterskans perspektiv sållades bort. Det var svårt att hitta lämpliga och trovärdiga artiklar som belyser närståendeperspektivet. För att kvalitetssäkra

dataanalysen och öka trovärdigheten sågs datan över först individuellt och sedan gemensamt.

Under datainsamlingen uppmärksammades ett flertal dubletter av artiklarna. Samtliga dubletter var svåra att identifiera på grund av att sökningen genomfördes i två separata databaser. Dubletterna identifierades först i kvalitetsgranskningen när datan som samlats in kvalitetsgranskas.

Majoriteten av artiklarna som granskats är baserade på studier utförda i utomeuropeiska länder där sociala och ekonomiska aspekter skiljer sig mot våra Nordiska. Där familjen och närstående ofta har en mer vårdande roll både under sjukhustiden men även tiden efter sjukhusvistelsen. Att närstående upplever oro, ångest, önskan om stöd och kunskap samt delaktighet tros vara överförbart runt om i världen. Däremot kan orsaken till känslorna vara olika på grund av sociala och ekonomiska förutsättningar. En del av artiklarna som inkluderats i litteraturöversikten berör närståendes upplevelser av delirium där den anhöriga har vårdats på en intermediärvårdsavdelning eller på en postoperativ vårdavdelning. Då syftet är att belysa närståendes upplevelser och erfarenheter av intensivvårdsdelirium, bedöms ändå närståendes upplevelser kring delirium inom intermediärvård och postoperativ vård vara överförbart. Inom den postoperativa verksamheten samt intermediär vården vårdas kritiskt sjuka patienter där miljön runt patienten anses likvärdig med IVA-miljön.

Analysen av artiklarna inleddes genom att abstracts lästes individuellt. Därefter diskuterades utvalda artiklarna och granskades vidare utifrån kvalitetgranskningsmallen utformad av Hawker et al. (2020), granskningsmallen är framtagen för att bedöma både kvalitativa och kvantitativa studier. Granskningen utfördes individuellt och sedan diskuterades artiklarna gemensamt för att säkerhetsställa att de hållit kvaliteten samt uppnått målen i granskningsmallen. Wallengren & Henricson (2014 ss. 473–474) menar att reliabiliteten sänks genom att artiklarna enbart granskats individuellt. Genom att sedan diskutera och jämföra resultaten stärks reliabiliteten (ibid). Samtliga artiklar som granskades klarade kvalitetsgranskningen av Hawker et al. (2020) och inkluderades i resultatet.

Kjellström (s. 73, 2017) menar att det finns risk för feltolkning vid litteraturöversikter vilket kan leda till missvisande resultat. Författarna kan ha begränsade kunskaper i metodologi samt engelska vilket kan ge orättvisa bedömningar och tolkningar av artiklarna som ingår. För att förhindra förekomsten av feltolkning samt orättvisa bedömningar är det betydelsefullt att artiklarna och studierna som valts ut, läses och granskas. Vikten läggs även på att artiklarna läses källkritiskt och öppet utan någon förbestämmd tanke om resultatet eller att resultatet ändras efter förutbestämmda tankar och föreställningar. När denna studien utförts har artiklarna som valts ut granskats av båda författarna för att minska risken för feltolkning. Artiklarna har lästs utan någon förbestämmd tanke eller förväntning om hur resultatet ska bli.

Wallengren & Henricson (2014 s 474) skriver hur viktigt det är att reflektera över förförståelsen inför dataanalysen samt att det inte går att utesluta förförståelsen helt. Dataanalysen har genomförts utan någon medveten förståelse av författarna till denna studie. Dock går det inte helt att utesluta att en förförståelse finns. Datan har granskats så objektivt som möjligt. För att öka validiteten samt för att minska risken för egen tolkning har datan granskats gemensamt. På grund av begränsad tid i detta examensarbete har grå litteratur inte inkluderats i sökningen eller resultatet. Whittemore och Knafl (2005) betonar vikten av att inkludera grå litteratur i en integrativ litteraturöversikt, då grå litteratur kan bidra till betydelsefull data. Utmaningar med att använda grå litteratur innefattar svårigheter att hitta lämplig grå litteratur, bedöma kvaliteten samt integrera grå litteratur i den övergripande analysen (ibid). Nio artiklar ligger till grund för resultatet. Detta kan anses otillräckligt för att bygga ett starkt resultat på, då ett litet urval sänker reliabiliteten. Dock belyser detta att mer forskning och studier krävs inom ämnet.

## **RESULTAT DISKUSSION**

De huvudfynd som framkom i resultatet är närståendes känslor kring IVA-delirium samt en önskan om stöd, information och delaktighet i vårdande. Då närstående uttrycker oro och ovisshet blir det tydligt att mycket bottnar i brist på kunskap och förståelse kring IVA- delirium.

Att otillräcklighet, ovisshet och rädsla är några av de dominerande känslor som närstående till patienter med IVA-delirium upplever överensstämmer med tidigare forskning (Boehm et al. 2021; Mossello, Lucchini, Tesi & Rasero 2020).

Närstående beskriver liknande upplevelser kring oron över den personlighetsförändring som ofta kommer till uttryck vid IVA-delirium. Framförallt i situationer då det berör ett mer utåtagerande och agiterat beteende, upplever närstående i högre utsträckning ångest. Schmitt et al. (2017) lyfter närståendes upplevelse av att bevittna en drastisk förändring i beteendet hos den som är sjuk, vilket ger en bekräftelse på hur allvarligt sjuk personen är. Toye, Matthews, Hill och Maher (2014) styrker att närstående beskriver oron över att se hur den anhöriga plötsligt tappat sin självständighet och istället blir beroende av omgivningen för att klara vardagliga aktiviteter.

Mossello et al. (2020) belyser vikten av delaktighet och närvaro för närstående. Det har påvisats att närstående skattar oro och ångest lägre när de är närvarande och får vara mer delaktiga i vårdandet. Delaktighet är en viktig del inom intensivvården.

Trots att delaktigheten är ett viktigt och centralt begrepp inom den moderna intensivvården är det inte alltid en självklar del av vården. Slater (2006) skriver om vikten av delaktighet och om vikten att involvera de närstående i vårdandet. Detta för att vårda ur ett familjecentrerat perspektiv. Lange, Mędrzycka-Dąbrowska, Friganović, Religa och Krupa (2022) menar att närstående upplever ett syfte samt en känsla av

sammanhang genom att involveras i vården. Genom att inkludera närstående i vården känner närstående att deras kunskap är värdefull samt att de får en tydligare roll i den anhörigas återhämtning (Taylor et al. 2021).

Vid särskilda besökstider kan det uppstå problem och frustration hos de närstående som önskar besöka sin anhöriga men inte för möjlighet då medpatienten har försämrats. Som intensivvårdssjuksköterska kan det innebära svårigheter att möta närståendes behov av stöd och information samt att närstående kan ha orimliga förväntningar. Vilket i sin tur kan leda till ökad stress och frustration hos vårdpersonalen. Fria eller fasta besökstider har både för- och nackdelar. Ur patient och närståendeperspektivet finner Pabón-Martínez, Rodríguez-Pulido och Henao-Castaño (2021) inga skillnader kring huruvida fria eller fasta besökstider är bättre eller sämre för patient och närstående. Däremot visas en tydlig skillnad kring kvaliteten på tiden som närstående får med sin anhöriga. Pabón-Martínez et al. (2021) menar att delirium kan reduceras med 50% i de situationer då närstående får tillbringa tid ostört med sin anhöriga. Samtidigt som fria besökstider kan ses som en fördel samt att närstående bidrar med trygghet och lugn för patienten, bör det finnas begränsningar för besök. Besök av närstående får inte förhindra vården eller störa vårdpersonalen i arbete samt att närstående behöver vilan för sin egen återhämtning (Pabón-Martínez et al. 2021). I Sverige har de flesta intensivvårdsavdelningar inga särskilda besökstider utan allvarlighetsgraden på patientens tillstånd kan påverka när besök är lämpligt. Enligt SIR (2020b) beslutas besök i överenskommelse mellan intensivvårdspersonalen och närstående.

Närståendes behov av kontinuerlig information kring delirium kan främja en ökad förståelse kring delirium och kan därmed minska oro och stress för de närstående (Taylor et al. 2021; Boehm et al. 2021). Dock ställs intensivvårdssjuksköterskan inför utmaningar när det gäller att involvera närstående i vården. Mossello et al. (2020) finner att närstående uttrycker frustration samt förvirring då de inte får tillräckligt med information kring den anhörigas tillstånd. Brist på information upplevs lika stressande som bevittnandet av deliriumet i sig. Genom att intensivvårdssjuksköterskan är lyhörd och öppen inför närståendes behov läggs grunden för ett gott vårdande samtal. Ekebergh och Dahlberg (2015 s 130–132) menar att en ömsesidighet i samtalet innebär en öppenhet för livsvärlden, vilket syftar till förståelse och tänkande från närståendes livssituation. Ett samtal är inte enbart att tala utan också att lyssna och se personen man talar med. De uttrycker närstående avger samt att tolka det som sägs innebär att intensivvårdssjuksköterskan intar en öppen reflekterande hållning i samtalet. Hur ett vårdande samtal inleds beror både på parterna i sig samt situationen de befinner sig i, dock har intensivvårdssjuksköterskan ansvaret för att samtalet kommer igång och utvecklas (ibid).

## **SLUTSATSER**

Närstående till patienter med IVA-delirium upplever ovisshet, otillräcklighet och ångest i högre utsträckning än närstående till patienter utan IVA-delirium. Stöd, kunskap och information till närstående har visats lindra känslor av ovisshet, otillräcklighet och ångest. Genom att inkludera och involvera närstående i vården ökar närståendes känsla av delaktighet samt ger en känsla av sammanhang.

Kunskap och förståelse kring närståendes upplevelser av IVA-delirium ger intensivvårdspersonalen en ökad kännedom om vikten att föra en tydlig dialog med närstående. Samt ger det intensivvårdspersonalen kunskap om varje närståendes unika upplevelse och situation, vilket ökar möjligheten till att främja närståendes hälsa samt minska lidandet.

Närstående är en viktig del av den familjecentrerade vården. Intensivvårdspersonalen har ofta ett större fokus på patienten vilket gör att närståendes behov inte lyfts. Genom att medvetandegöra närståendes upplevelser och erfarenheter stärks närståendes roll.

Ytterligare forskning och studier behövs inom ämnet för att vidare belysa och undersöka närståendes upplevelser av IVA-delirium.

## **KLINISKA IMPLIKATIONER**

Resultatet av studien belyser att det finns ett behov hos närstående som inte uppfylls av intensivvårdspersonalen. Vårdande samtal är en bra metod att tillämpa då det vårdande samtalet ger utrymme för närstående att uttrycka sina behov. Utifrån vad resultatet kommit fram till presenteras följande förbättringsförslag nedan.

- Intensivvårdspersonalen behöver bli bättre på att informera närstående om IVA-delirium och dess betydelse för vårdandet.
- Det är av vikt för intensivvårdssjuksköterskan att få kunskap kring närståendes upplevelser av IVA-delirium för att bättre förstå närståendes livsvärld samt främja en mer familjecentrerad vård.
- För att samtliga insatser ska vara genomförbart är det viktigt att rätt förutsättningar ges. Många intensivvårdsverksamheter behöver se över den vårdande miljön samt utveckla intensivvårdsrummen så ett gott vårdande kan bedrivas.
- Det behöver skapas bättre förutsättningar för samtal samt möjlighet att samtala med närstående utan avbrott. Samtalet lägger en grund för ett gott möte samt skapar en trygghet för närstående. Intensivvårdssjuksköterskan har därmed ett ansvar att avsätta tid för samtal med närstående.

Med kunskap och förståelse kring närståendes upplevelser av att ha en anhörig med delirium kan intensivvårdssjuksköterskan främja hälsa och välbefinnande för

närstående. Intensivvårdsverksamheten behöver skapa ett klimat där närstående kan lyftas och där de upplever sammanhang och delaktighet.

## REFERENSER

- Bagheri, R., D'Angelo, R. & Lavrentyev, V. (2018). ICU Design: Then and Now. *Health environments research & designjournal*, 11(2), 154–166  
doi:10.1177/1937586723117339
- Barr, J., Fraser, G. L., Puntillo, K., Ely, E. W., Gelinas, C., Dasta, J. F., Davidson, J.E., Devlin, J. W., Kress, J. P., Joffe, A. M., Coursin, D. B., Herr, D.L., Tung, A., Robinson, B. R. H., Fontaine, D. K., Ramsay, M. A., Riker, R. R., Sessler, C. N., Pun, B., Skrobik, Y. & Jaeschke, R. (2013). Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation, and Delirium in Adult Patients in the Intensive Care Unit. *Critical Care Medicin*, 41(1), 263-306. doi:10.1097/CCM.0b013e3182783b72
- Bergbom, I. (2019). Vårdande kompetens, personcentrerad vård och organisationer. I Leksell, J & Lepp, M. (red.) *Sjuksköterskans kärnkompetenser*. Liber AB: ss 89–114
- Bergbom, I., & Askwall, A. (2000). The nearest and dearest: a lifeline for ICU patients. *Intensive and Critical Care Nursing* 16 (6), 384-395. doi:10.1054/iccn.2000.1520
- Bettany-Saltikov, J. & McSherry, R. (2016) *How to do a systematic literature review in nursing a step-by-step guide*. 2 uppl. Croydon: CPI Group ltd
- Boehm, M.L., Jones, C.A., Selim, A.A., Viridun, C., Garrard, F.C., Walden, L.R., Ely, W. E. & Hosie, A. (2021). Delirium-related distress in the ICU: A qualitative meta-synthesis of patient and family perspectives and experiences. *International Journal of Nursing Studies*. 122, doi:10.1016/j.ijnurstu.2021.104030
- \*Bohart, S., Møller, M. A. & Herling, F. S. (2019). Do health care professionals worry about delirium? Relatives' experience of delirium in the intensive care int: A qualitative interview study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 53, ss. 84-91  
doi:10.1016/j.iccn.2019.04.010
- Dahlberg, K., Segersten, K. (2010). *Hälsa och vårdande i teori och praxis*. Natur och Kultur: Stockholm. ss.118-121
- \*Day, J. & Higgins, I. (2015). Existential Absence: The Lived Experience of Family Members During Their Older Loved One's Delirium. *Qualitative Health Research*, 25(12) ss 1700-1718 doi:10.1177/1049732314568321
- Diaz, A. C., Larramendi, E. N., Gutiérrez-Alemán, T. & Canga-Armayor, A. (2019). Systematic review of measurement properties of instruments assessing nurses' attitudes towards the importance of involving families in their clinical practice. *Leading Global Nursing Research*, 75(11), ss. 2299-2312 doi:10.1111/jan.14049
- Ekebergh, M. (2015). Vårdvetenskap och dess betydelse för sjuksköterskans omvårdnadsarbete. I Arman, M., Dahlberg, K. & Ekebergh, M. (red.) *Teoretiska grunder för vårdande*. Stockholm; Liber. ss. 15-24.

Ekeberg, M. (2015). Människans hälsa och lidande. I Arman, M., Dahlberg, K. & Ekebergh, M. (red.) Teoretiska grunder för vårdande. Stockholm: Liber AB, ss. 27-58

Ekebergh, M. & Dahlberg, K. (2015) Vårdande och lärande samtal. I Arman, M., Dahlberg, K. & Ekebergh, M. (red.) Teoretiska grunder för vårdande. Stockholm: Liber AB ss 129–143

Fontaine, D. & Bizek, S.K. (2018) The Patient´s Experience With Critical Illness. I Morton, G. P. & Fontaine, D. K (red). Critical care in nursing- a holistic approach. Philadelphia: Wolters ss 12-22

Hawker, S., Payne, S., Kerr, C., Hardey, M. & Powell, J (2002). Appraising the Evidence: Reviewing Disparate Data Systematically. *Qualitative health research*, 12(9) ss 1284-1299

Hough, C.L. & Amato, M.P. (2019). The goal of ICU treatment: Intensive care unit interventions should be aimed at improving long-term outcomes. *Annals of the American Thoracic Society*, 16(8), 945–947 doi: 10.1111/anae.15201

\*Huang, L.J., Tsai, H.H., Wang, Y.W. & Chou, C. (2021) Sailing in a sea of perplexity: Family caregivers experience of patients with delirium. *Nursing in critical care*, 27(73), ss. 70-80. doi: 10.1111/nicc.12620

JBI (2010) Critical appraisal tools. <https://jbi.global/critical-appraisal-tools> [2023-05-01]

Karolinska institutet (2022a). Systematiska översikter. Systematiska översikter | Karolinska Institutet, Universitetsbiblioteket (ki.se) [2022-05-29].

Karolinska institutet (2022b) Vad är nyttan med MeSH-termer | Svensk MeSH (ki.se)[2022-02-20]

Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I Henricson, M (red.) Vetenskaplig teori och metod. Studentlitteratur AB. ss.69–72

Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I Henricson, M (red.) Vetenskaplig teori och metod. Studentlitteratur AB.ss 57-77

\*Krewulak, D.D., Bull, J.M., Ely, W. E., Stelfox, T. H. & Fiest, M. K. (2020). Psychometric evaluation of the family caregiver ICU delirium knowledge questionnaire. *BMC Health Services Research*. 20(1). doi:10.1186/s12913-020-4892-5

Lange, S., Mędrzycka-Dąbrowska, W., Friganović, A., Religa, D. & Krupa, S. (2022). Family experiences and attitudes toward care of ICU patients with delirium: A scoping review. *Front. Public Health*. doi:10.3389/fpubh.2022.1060518

Marshall, J. C., Bosco, L., Adhikari, N. K., Connolly, B., Diaz, J. V., Dorman, T. & Zimmerman, J. (2017). What is an intensive care unit? A report of the task force of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. *Journal of Critical Care*, 37, ss 270-276. doi:10.1016/j.jcrc.2016.07.015

\*Martins, S., Pinho, E., Correia, R., Moreira, E., Lopes, L., Paiva, A.J., Azevedo, L. & Fernandes, L. (2018). What effect does delirium have on family and nurses of older adult patients? *Aging & Mental Health*, 22(7) ss 903-911  
doi:10.1080/13607863.2017.1393794

McKinney, A., Fitzsimmons, D., Blackwood, B. & McGaughey, J. (2020). Patient and family involvement in escalating deterioration in acute adult wards: A qualitative systematic review. *Nursing in Critical Care*, 26(5), ss 352-362 doi:10.1111/nicc.12582

Miller, K., Stearns, S., Van Houtven, C., Gilleskie, D., Holmes, G., & Kent, E. (2022) The Landscape of State Policies Supporting Family Caregivers as Aligned With the National Academy of Medicine Recommendations. *Milbank Quarterly*, 100(3) ss. 854-878. doi:10.1111/1468-0009.12567

Mossello, E., Lucchini, F., Tesi, F. & Rasero, L. (2020). Family and healthcare staff's perception of delirium. *European Geriatric Medicine*, 11, ss 95-103  
doi:10.1007/s41999-019-00284-z

Norton, K. C. (2018). The Family's experience with Critical illness. I Morton, G. P. & Fontaine, D. K (red). *Critical care in nursing- a holistic approach*. Philadelphia: Wolters. ss 23-31

Olausson, S. (2014). *Intensivvårdsrummets betydelse för vårdande och välbefinnande patienters närståendes och vårdpersonalens erfarenheter*. Linnaeus University press.

Pabón-Martínez, A.B., Rodríguez-Pulido, I. L. & Henao-Castaño, M. A. (2021). The family in preventing delirium in the intensive care unit: Scoping review. *Enferm Intensiva*. 33(1), ss 33-43 doi:10.1016/j.enfi.2021.01.003

Page, V & Ely, W. (2011). *Delirium in Critical Care*. Cambridge University Press.

\*Pandhal, K.J. & Van Der Wardt, V. (2022). Exploring perceptions regarding family-based delirium management in the intensive care unit. *Journal of the Intensive Care Society*. 23(4), ss 447-452 doi:10.1177/17511437211037928

Plate, J.D.J., Pleelen, M.L., Leenen, H.P.L., Houwert, M.R. & Hietbrink, F. (2018). A Proposal for an Intermediate Care Unit-Quality Measurement Framework. *Critical Care Research and Practice*. doi:10.1155/2018/4560718

\*Poulin, G.T., Krewulak, D.K., Rosgren, K.B., Stelfox, T.H., Fiest, M.K. & Moss, J.S. (2021). The impact of patient delirium in the intensive care unit: patterns of anxiety

symptoms in family caregivers. BMC Health Services Research. 21,  
doi:10.1186/s12913-021-07218

Resnick, B. (2018). The Critically ill Older Patient. I Morton, P.G.& Fontaine, D.K (red). Critical care in nursing-a holistic approach. Philadelphia: Wolters. ss 117-136

Riksföreningen för anestesi och intensivvård. (2020). Specialistsjuksköterska med inriktning mot intensivvård. Kompetensbeskrivning avancerad nivå. [2023-05-14]

Kompetensbeskrivning Intensivvårdssjuksköterska.pdf (swenurse.se) [2023-05-15]

Riksföreningen för anestesi och intensivvård. (2021). Sjuksköterskor med specialisering inom postoperativ vård. Kompetensbeskrivning avancerad nivå. Kompetensbeskrivning inom postoperativ vård – AnIva [2023-06-09]

Schmitt, M.E., Gallagher, J., Albuquerque, A., Tabloski, P., Jung Lee, H., Gleason, L., Weiner, S.L., Marcantonio, R.E., Jones, N.R., Inouye, K.S. & Schulman-Green, D. (2017). Perspectives on the Delirium Experience and its Burden: Common Themes Among older Patients, Their Family Caregivers, and Nurses. *Gerontologist*. 59(2), ss 327-337 doi:10.1093/geront/gnx153

Schweickert, W., Pohlman, A., Nigos, C., Pawlik, A., Esbrook, C., Spears, L., Miller, M., Franczyk, M., Deprizio, D., Schmidt, G., Bowman, A., Barr, A., McCallister, M., Hall, J. & Kress, P. (2009). Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: a randomised controlled trial. *Lancet*. 30;373(9678), ss.1874-82. doi:10.1016/S0140-6736(09)60658-9

Sinvani, L., Site, C., Laumenede, T. & Ardito, S. (2021) Improving delirium detection in intensive care units: Multicomponent education and training program. *Journal of the American geriatrics society*. 69(11), ss.3249-3257. doi:10.1111/jgs.17419

Slater, L. (2006). Person-centredness: A concept analysis. *Contemporary nurse*, 23(1), 135–144. doi:10.5172/conu.2006.23.1.135

\*Smithburger, L.P., Korenoski, S.A., Alexander, A.S. & Kane-Gill, L.S. (2017a). Perceptions of Families of Intensive Care Unit Patients Regarding Involvement in Delirium-Prevention Activities: A Qualitative Study. *Critical Care Nurse*, 37(6) ss e1-e9 doi:10.4037/ccn2017485

\*Smithburger, L.P., Korenoski, S.A., Kane-Gill, L.S. & Alexander, A.S. (2017b). Perceptions of Family Members, Nurses, and Physicians on Involving Patients' Families in Delirium Prevention. *Critical Care Nurse*, 37(6) ss 48-57 doi:10.4037/ccn2017901

Svenska Föreningen för Anestesi och Intensivvård (SFAI) (2012) Riktlinjer för postoperativ smärtbehandling. SPOV-Rekommendationer-för-postoperativ-vård-2020-2.pdf (sfai.se)[2023-06-12]

Svenska Intensivvårdsregistret (SIR) (2020a) Vad är intensivvård? Region Värmland  
<https://www.icuregswe.org/patient-och-narstaende/Intensiv/> (2022-05-29)

Svenska Intensivvårdsregistret (SIR) (2020b) För dig som närstående. För dig som är närstående (icuregswe.org) [2023-05-15]

Svenska Intensivvårdsregistret (SIR) (2023). SIR | Utdataportalen (icuregswe.org) [2023-05-15]

Taylor, B.G., Radhakrishnan, N., Fisher, L. C., Price, C., Tighe, P., Le, T. & Bylund, L.C. (2021). A qualitative analysis of clinicians' communication strategies with family members of patients experiencing hospital-acquired delirium. *Geriatric Nursing*, 42, ss 694-699 doi:10.1016/j.gerinurse.2021.02.009

Toye, C., Matthews, A., Hill, A. & Maher, S. (2014). Experiences, understanding and support needs of family carers of older patients with delirium: a descriptive mixed methods study in a hospital delirium unit. *International Journal of Older People Nursing* 9, ss 200-208. doi:10.1111/opn.12019

Valle, M. & Lohne, V. (2020). The significance of hope as experienced by the next of kin to critically ill patients in the intensive care unit. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 35 (2), 521-529. doi:10.1111/scs.12864

Vincent, J. L. & Rubenfeld, G. D. (2018). Does resuscitation need a rethink? *The Lancet*, 391(10 124), 1232-1233

Vårdhandboken. (2021) Bedömning enligt NEWS- Översikt. Översikt - Vårdhandboken (vardhandboken.se) [2023-06-08]

Wallengreen, C. & Henricsson, M. (2014). Forskningsetik. I Henricson, M (red.) *Vetenskaplig teori och metod*. Studentlitteratur AB. ss. 481–495

Wang, XT., Lyu, L., Tang, B., Wang, C. & Liu, DW. (2017). Delirium in Intensive Care Unit Patients: Ten Important Points of Understanding. *Chinese Medical Journal*, 20(130), ss. 2498-2502. doi:10.4103/0366-6999.216405

Whittemore, R. & Knafl, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), ss 546-553

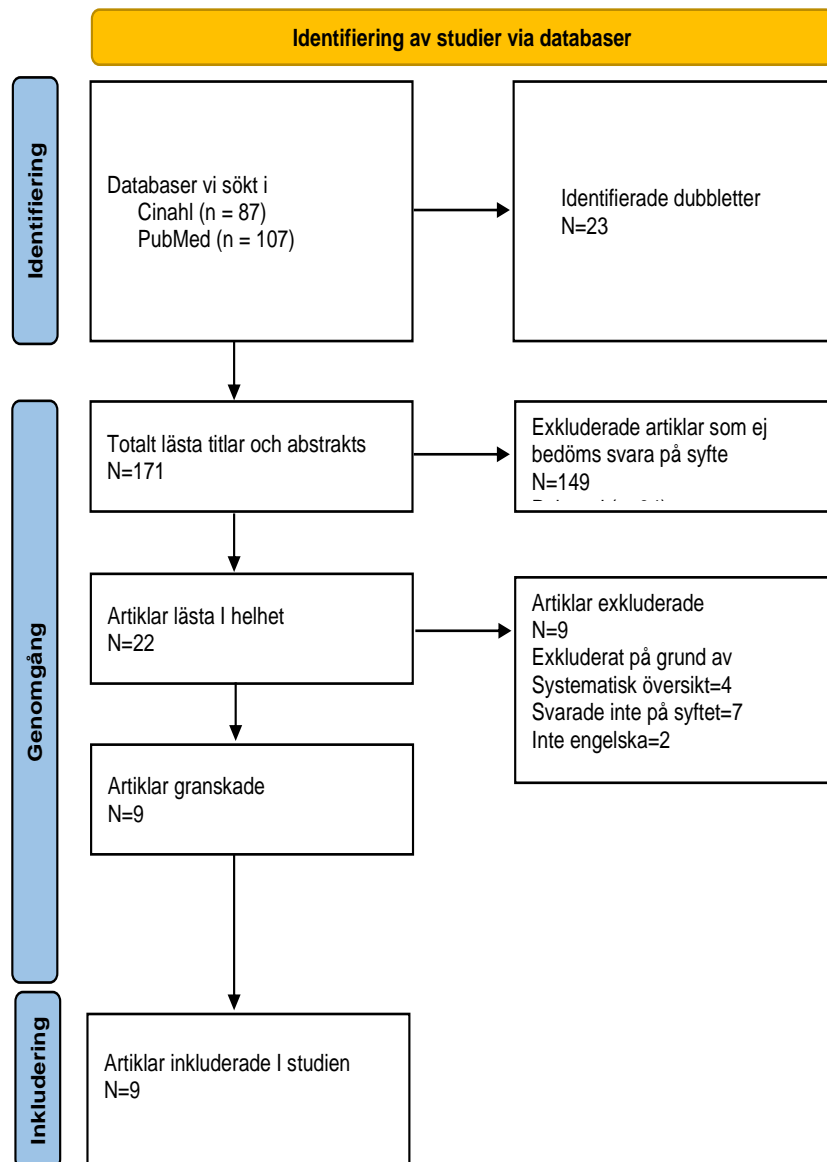
## BILAGA 1 SÖKMATRIS

| SÖKBLOCK | ÄMNESORD  | ANTAL TRÄFFAR<br>PubMed |
|----------|---|-------------------------|
| #1       | ((Family [Title/Abstract])<br>OR ("loved one"<br>[Title/Abstract])) OR ("next<br>of kin" [Title Abstract])<br>OR (spouse<br>[Title/Abstract]) | 960,490                 |
| #2       | ((Delirium [Title/Abstract])<br>OR ("icu psychosis"<br>[Title/Abstract])) OR<br>("emergency delirium"<br>[Title/Abstract])                    | 20,183                  |
| #3       | ((Experience<br>[Title/Abstract]) OR<br>(Attitudes [Title/Abstract]))<br>OR (Perceptions<br>[Title/Abstract])                                 | 1,029,058               |
| #4       | ((#1) AND (#2) AND (#3))  | 153                     |
| #5       | ((#1) AND (#2) AND (#3)<br>Filters: from 2013-2023  | 112                     |
| #6       | ((#1) AND (#2) AND (#3)<br>Filters: English, from 2013-<br>2023   | 107                     |

| SÖKBLOCK | Söktermer/<br>Ämnesord  | CINAHL TRÄFFAR |
|----------|---|----------------|
| #1       | (MH "Intensive Care<br>Units") OR (MH "Critical<br>Care Nursing") OR (MH<br>"Critical Care") OR<br>"critical care OR critical<br>care nursing OR intensive<br>care unit OR intensive<br>care" | 78,677         |
| #2       | (MH "Delirium") OR<br>"delirium" OR (MH "ICU<br>Psychosis")   | 12,466         |
| #3       | (MH "Family") OR<br>"family" OR (MH "Family<br>Relations") OR (MH<br>"Family Attitudes") OR<br>(MH "Nuclear Family")  | 339,155        |

|   |  |         |
|---|--|---------|
| #4  | (MH "Life Experiences")<br>OR "life experience" OR<br>experience OR attitude | 756,569 |
| #5  | #1 AND #2  | 3,113   |
| #6  | #5 AND #3  | 328     |
| #7  | #6 AND #4  | 87      |
| Om vi sedan sätter<br>begränsningar/limits på #7 i<br>form av<br>2008-2023-12-31<br>English Language<br>Peer Reviewed | Blir antalet träffar ->  | 73      |

## BILAGA 2



## Bilaga 3

| Författare, årtal och land.  | Design   | Syfte  | Antal och yrkesgrupp                               | Datainsamling                | Dataanalys   | Resultat  | Kvalitetsgranskning |
|--|--|--|--|------------------------------|--|---|---------------------|
| Pandhal, K. J. & Van Der Wardt, V.<br><br>2022<br>England  | Kvalitativ                                       | Att undersöka tidigare patienter med delirium samt deras närståendes upplevelser av intensivvårdsdelirium samt närståendes upplevelse av att hantera delirium. | Patienter -9<br>Närstående-9                       | Intervju - semistrukturerad  | Induktiv tematisk analys                               | Tre teman identifierades, förståelse och utbildningskringdelirium, hur påverkas delirium och familjebaserad deliriumvård.   | God                 |
| Martins, S., Pinho, E., Correia, R., Moreira, E., Lopes, L., Paiva, A. J., Azevedo, L. & Fernandes, L.<br><br>2018<br>Portugal | Kvantitativ<br>Pilotstudie med prospektiv ansats | Att analysera graden av ångest orsakat av delirium, hos närstående och sjuksköterskor.   | Patienter-42<br>Närstående-32<br>Sjuksköterskor-12 | Enkäter och skattningsskalor | Statistisk analys                                      | Hälften av närstående skattade att delirium verkade framkalla ångest hos patienten. Närstående till patienter med delirium skattade sin egna ångestnivå högre än kontrollgruppen. | Medelmåttig         |
| Day, J. & Higgins, I.<br><br>2015<br>Australien  | Kvalitativ med fenomenologisk ansats             | Att undersöka närståendes levda erfarenhet när en familjemedlem drabbas av delirium  | Närstående-14                                      | Intervju                     | Tematisk analys och tolkning med fokus på fenomenologi | Fem subteman identifierades. Närståendes upplevelser av existentiell förlust då   | God                 |

|   |                                      |  |                |          |   |   |             |
|---|--------------------------------------|--|----------------|----------|---|---|-------------|
|   |                                      |  |                |          |   | deras nära och kära inte längre är samma person. Att ha förlorat personen men skalet är kvar.   |             |
| <i>Bohart, S., Möller, M. A. &amp; Herling, F. S.</i>                               | Kvalitativ med fenomenologisk ansats | Att undersöka närståendes upplevelser av delirium  | Närstående-11  | Intervju | Systematisk analys i fyra steg                                | Brist på information om vad delirium är och vad det innebär för den som är drabbad. Det framkom även brist på kontinuitet kring handhavandet från personalen.   | God         |
| 2019<br>Danmark   |                                      |  |                |          |   |   |             |
| <i>Smithburger, L. P., Korenoski, S.A., Alexander, A. S. &amp; Kane-Gill, L. S.</i> | Kvalitativ                           | Att få ökad förståelse av närståendes upplevelser och åsikter i att vara delaktiga i vården kring deliriumprevention | Närstående- 10 | Intervju | Transkription samt kodning. Teman och subteman identifierades | Närstående önskar att vara delaktiga och inkluderas i omvårdningen samt prevention av delirium. Brist på instruktioner från vården gör att närstående upplever exklusion. Närstående hade gynnats av en mer öppen | Medelmåttig |
| 2017<br>America   |                                      |  |                |          |   |   |             |

|  |            |   |                  |                 |                      |   |     |
|--|------------|---|------------------|-----------------|----------------------|---|-----|
|  |            |   |                  |                 |                      | dialog med vårdperson alen.   |     |
| <i>Smithburg er, L. P., Korenoski, S. A., Kane- Gill, L.S. &amp; Alexander, A.S.</i> | Kvalitativ | Att få en större insikt i hur familjer till patienter kan jobba förebyggande för delirium | Närstående- 62   | Intervju studie | Tematisk analys      | Närstående önskar vara mer involverade i vården men vet inte hur. De önskar få mer information från sjukvården.           | God |
| 2017<br>USA  |            |   |                  |                 |                      |   |     |
| <i>Krewulak, K., Bull, M., Wesley, E., Stelfox, H. &amp; Kirsten, M.</i>             | Mixad      | Utforma ett sätt att veta hur mycket närstående vet om iva- delirium                      | Närstående - 158 | Enkät           | Deskriptiv statistik | Desto mer information de anhöriga har om delirium, desto mer kan de hjälpa till och detta minskar i sin tur deras stress. | God |
| 2020<br>Kanada   |            |   |                  |                 |                      |   |     |
| <i>Huang, L.J., Tsai, H.H., Wang, Y.W. &amp; Chou, C.L.</i>                          | Kvalitativ | Att förstå hur familjer/närstående upplever iva delirium                                  | Närstående- 20   | intervjuer      | Tematisk analys      | Närstående kände sig osäkra och rädda för sina anhöriga, viktigt med stöd från sjukvårdspersonalen                        | God |
| 2021<br>Taiwan   |            |   |                  |                 |                      |   |     |

|   |       |   |                    |                                      |                         |  |     |
|---|-------|---|--------------------|--------------------------------------|-------------------------|--|-----|
| <i>Poulin, T.,<br/>Krewulak,<br/>K.,<br/>Rosgen,<br/>B., Stelfox,<br/>H., Kirsten<br/>M. &amp;<br/>Moss, S.</i> | Mixad | Jämföra hur<br>patienter på iva<br>upplever<br>delirium och hur<br>deras<br>närstående<br>upplever<br>situationen | Närstående-<br>147 | Skattningsskalor<br>under 5<br>dagar | Deskriptiv<br>statistik | Närstående<br>upplevde<br>mycket<br>stress, oro i<br>samband<br>med att<br>deras<br>närstående<br>hade<br>delirium.<br>De hade<br>behövt mer<br>stöttning<br>från<br>vården. | God |
| <i>2020<br/>Kanada</i>  |       |   |                    |                                      |                         |  |     |

## BILAGA 4

### APPENDIX C

Author and title: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Good Fair Poor Very Poor Comment

1. Abstract and title
2. Introduction and aims
3. Method and data
4. Sampling
5. Data analysis
6. Ethics and bias
7. Findings/results
8. Transferability/generalizability
9. Implications and usefulness

Total

Hawker et al. / APPRAISING THE EVIDENCE 1295

### APPENDIX D

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?

Good Structured abstract with full information and clear title.

Fair Abstract with most of the information.

Poor Inadequate abstract.

Very Poor No abstract.

2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?

Good Full but concise background to discussion/study containing up-to date literature review and highlighting gaps in knowledge.

Clear statement of aim AND objectives including research questions.

Fair Some background and literature review.

Research questions outlined.

Poor Some background but no aim/objectives/questions, OR

Aims/objectives but inadequate background.

Very Poor No mention of aims/objectives.

No background or literature review.

3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?

Good Method is appropriate and described clearly (e.g., questionnaires included).

Clear details of the data collection and recording.

Fair Method appropriate, description could be better.

Data described.

Poor Questionable whether method is appropriate.

Method described inadequately.

Little description of data.

Very Poor No mention of method, AND/OR

Method inappropriate, AND/OR

No details of data.

4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?

Good Details (age/gender/race/context) of who was studied and how they were recruited.

Why this group was targeted.

The sample size was justified for the study.

Response rates shown and explained.

Fair Sample size justified.

Most information given, but some missing.

Poor Sampling mentioned but few descriptive details.

Very Poor No details of sample.

5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?

Good Clear description of how analysis was done.

Qualitative studies: Description of how themes derived/  
respondent validation or triangulation.

Quantitative studies: Reasons for tests selected hypothesis driven/  
numbers add up/statistical significance discussed.

Fair Qualitative: Descriptive discussion of analysis.

Quantitative.

Poor Minimal details about analysis.

Very Poor No discussion of analysis.

1296 QUALITATIVE HEALTH RESEARCH / November 2002

6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?

Good Ethics: Where necessary issues of confidentiality, sensitivity, and consent were addressed.

Bias: Researcher was reflexive and/or aware of own bias.

Fair Lip service was paid to above (i.e., these issues were acknowledged).

Poor Brief mention of issues.

Very Poor No mention of issues.

7. Results: Is there a clear statement of the findings?

Good Findings explicit, easy to understand, and in logical progression.

Tables, if present, are explained in text.

Results relate directly to aims.

Sufficient data are presented to support findings.

Fair Findings mentioned but more explanation could be given.

Data presented relate directly to results.

Poor Findings presented haphazardly, not explained, and do not progress logically from results.

Very Poor Findings not mentioned or do not relate to aims.

8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?

Good Context and setting of the study is described sufficiently to allow comparison with other contexts and settings, plus high score in Question 4 (sampling).

Fair Some context and setting described, but more needed to replicate or compare the study with others, PLUS fair score or higher in Question 4.

Poor Minimal description of context/setting.

Very Poor No description of context/setting.

9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?

Good Contributes something new and/or different in terms of understanding/insight or perspective.

Suggests ideas for further research.

Suggests implications for policy and/or practice.

Fair Two of the above (state what is missing in comments).

Poor Only one of the above.

Very Poor None of the above.

#### REFERENCES

Bond, S. (1993). Experimental research in nursing: Necessary but not sufficient. In A. Kitson (Ed.