

Icke-farmakologiska interventioner mot ångest hos palliativa patienter

En litteraturstudie

Non-pharmacological interventions against anxiety in palliative care patients.

A literature study

Malin Nilsson

Tilde Rolandsson

Fakulteten för hälsa, natur- och teknikvetenskap

Sjuksköterskeprogrammet

Examensarbete 15/hp Grundnivå

Handledare: Henrik Duhalde & Carina Glawing

Examinerande lärare: Anders Ruter

Inlämningsdatum: 29-03-2023

SAMMANFATTNING

Titel: Icke-farmakologiska interventioner mot ångest hos palliativa patienter
Non-pharmacological interventions against anxiety in palliative care patients

Fakultet: Fakulteten för hälsa, natur- och teknikvetenskap

Institution: Institutionen för Hälsovetenskaper

Ämne: Omvårdnad

Kurs: Examensarbete i omvårdnad, 15 hp, grundnivå

Författare: Malin Nilsson, Tilde Rolandsson

Handledare: Carina Glawing, Henrik Duhalde

Sidor: 24

Nyckelord: Ångest, Palliativ vård, Interventioner

Introduktion/Bakgrund: Varje år dör drygt 90 000 personer i Sverige, ca 80% av de avlidna har varit i behov av palliativ vård. Ångest är ett vanligt förekommande symtom i palliativ vård. Farmakologisk behandling är vanligt men det finns flera olika interventioner som kombineras med eller ersätter den farmakologiska behandlingen. Sjuksköterskan är en viktig del i vården för att implementera interventioner för att lindra ångest i palliativ vård för att öka patienternas livskvalité.

Syfte: Syftet var att belysa effekten av icke-farmakologiska interventioner mot ångest hos palliativa patienter.

Metod: Litteraturstudien utgick från Roséns metod. Databassökningarna gjordes i CINAHL samt i PsycInfo. Efter kvalitetsgranskning inkluderades sju artiklar i resultatet.

Resultat: Resultatet visade olika former av interventioner som gav effekt mot ångest i palliativ vård. De som gav bäst procentuell effekt var musik och konstinterventionerna. Musik tillsammans med värdighetsterapi och rådgivningsterapi visade på störst signifikans.

Slutsats: Icke-farmakologiska interventioner sjuksköterskan kan implementera i den palliativa vården bidrar till minskad ångest samt ökad livskvalité.

Innehåll

1. Introduktion.....	4
2. Bakgrund.....	4
2.1 Palliativ vård.....	4
2.2 Ångest.....	5
2.3 Sjuksköterskans ansvar vid palliativ vård.....	6
2.4 Interventioner mot ångest.....	6
3. Problemformulering.....	7
4. Syfte.....	7
5. Metod.....	7
5.1 Litteraturstudie.....	7
5.2 Inklusionskriterier.....	7
5.3 Exklusionskriterier.....	7
5.4 Litteratursökning.....	7
5.5 Urval.....	9
5.5.1 Relevansbedömning.....	9
5.5.2 Kvalitetsgranskning.....	9
5.6 Databearbetning och analys.....	10
5.7 Forskningsetiska överväganden.....	11
6. Resultat.....	11
6.1 Ingress.....	11
6.2 Syntes.....	17
7. Diskussion.....	17
7.1 Resultatdiskussion.....	17
7.2 Metoddiskussion.....	18
8. Sammanfattning av resultat.....	19
9. Klinisk betydelse och förslag till fortsatt forskning.....	19
Referenslista.....	21
Bilaga 1 -Artikelmatris.....	24

1. Introduktion

Good health and well-being är det tredje globala målet i World Health Organizations (WHO) som inkluderar den palliativa vården. Palliativ vård bedrivs på 14% av de 56.8 miljoner som är i behov av vården (WHO, 2020). Enligt en utvärdering av patienter i livet slutskede avlider drygt 90 000 personer varje år i Sverige och cirka 80% av de avlidna har varit i behov av palliativ vård. Vid palliativ vård är ångest ett vanligt förekommande symptom som bidrar till ett lidande samt försämrade livskvalité. Det är vanligt att behandla ångest med farmakologisk behandling, för att förbättra livskvalitén för dessa patienter kan även icke-farmakologiska interventioner kombineras med farmakologisk behandling. Därför kombineras ofta farmakologisk behandling med andra interventioner hos den palliativa patienten för att lindra ångest (Atkin et al. 2017). För att bevara patientens livskvalité behöver sjuksköterskan ha kunskap om icke-farmakologiska interventioner för lindring av ångest i palliativ vård. Ökad kunskap inom området leder till en trygghet hos sjuksköterskan, vilket leder till en säkrare vård och patientens livskvalité förstärks (Socialstyrelsen 2013). Forskningsområde: Hantering av komplexa sjukdomstillstånd.

2. Bakgrund

2.1 Palliativ vård

Palliativ vård beskrivs som en aktiv helhetsvård för patienter som inte längre svarar på botande behandling (SOU 2022:41). Målet med palliativ vård är att ge bästa möjliga livskvalité för patienten och dennes familj med fokus på lindring av symptom som syftar till förbättrad livskvalité (Öhlén m.fl., 2017). Denna form av vård ser döendet som en normal process (SOU 2022:41). Det palliativa vårdandet syftar till att behandla personer i alla åldrar som befinner sig i allvarligt lidande, främst för personer nära livets slut. Patienten ska vårdas med helhetssyn där syftet är att främja livskvaliteten för patient och närstående (Nationella rådet för palliativ vård, u.å). Den palliativa vården är inkluderad i WHO:s tredje globala mål: Good health and well-being. Målet strävar bland annat efter en fungerande global palliativ vård. Enligt WHO (2020) bygger palliativ vård på att tidigt upptäcka, bedöma och behandla besvär som kan uppstå vid livshotande sjukdom. Besvären kan uppstå i form av smärta, psykosociala, fysiska och existentiella problem. Lindring av dessa besvär görs för att främja livskvalitén för både patienter och närstående som får palliativ vård (WHO, 2020). Livskvalité är en individuell upplevelse där varje patient har sina egna förutsättningar att leva ett liv utifrån sina egna preferenser. Förutsättningar som fysisk rörlighet, miljö, arbete, socialt nätverk samt inkomst spelar in. Livskvalité är något som kan mätas på olika sätt. Den kan mätas individuellt utifrån individens subjektiva upplevelser och dess egna värderingar (Nationalencyklopedin, u.å.).

Globalt är ca 56.8 miljoner personer i behov av palliativ vård. Palliativ vård bedrivs på 14% av dem 56.8 miljoner som är i behov av vården (WHO, 2020). Enligt en utvärdering avlider drygt 90 000 personer varje år i Sverige där cirka 80% av de avlidna har varit i behov av palliativ vård. Palliativ vård kan bedrivas i öppenvården, slutenvården samt i den kommunala hälso-sjukvården. Vid palliativ vård involveras flera olika vårdgivare med olika vårdkompetenser (Socialstyrelsen, 2013).

Brytpunktssamtal sker vid övergången när patienten går från kurativ vård till palliativ vård. Brytpunktssamtal kan hållas vid flera tillfällen under sjukdomstiden, exempelvis övergången

till tidig palliativ fas och till sen palliativ fas. Det är läkaren som ansvarar för brytpunktssamtal samt beslutar om att palliativ vård ska inledas. Det är även värdefullt att sjuksköterskan deltar i samtalet för att sedan fånga upp patienter och erbjuda stöd samt svara på frågor. Inom den palliativa vården finns en tidig och sen fas samt en övergång mellan dessa (Socialstyrelsen, 2013). Tidig fas innebär att patienten beräknas ha månader eller år kvar att leva, vid sen fas tros patient ha dagar eller veckor kvar (Hammarlund, 2021). Den tidiga fasen inleds vid ett första brytpunktssamtal. Palliativ behandling i den tidiga fasen syftar till att förlänga liv och främja livskvalité. En övergång sker sedan från den tidiga fasen till den sena fasen när det inte längre finns behandling för att förlänga livet. Vårdens syfte övergår då till symtomlindrande behandling, denna övergång kan vara diffus. Vid den sena palliativa fasen är döden oundviklig och patienten har kort tid kvar i livet (Socialstyrelsen, 2013).

Utifrån WHO:s definition av palliativ vård har fyra hörnstenar utformats. Första hörnstenen är symtomlindring som syftar till att lindra svåra symtom vid ett palliativt skede. Samarbete som är den andra hörnstenen innebär att ett mångprofessionellt arbetslag ska kopplas in. Den tredje hörnstenen är kommunikation och relation. Det innebär att skapa en god kommunikation och relation mellan patient och vårdpersonal samt inom arbetslaget. Den sista hörnstenen, närståendestöd syftar till stöttning utifrån närståendes behov som ska erbjudas och ges under sjukdomstiden och efter dödsfallet (WHO, 2020).

2.2 Ångest

Ångest är ett symtom som kännetecknas av ängslan, oro och fysiska symtom. Ängslan och oro kommer och går hos de flesta människor under livets gång (Kazdin, 2000). Att känna ångest är en naturlig del av människans liv, då det är ett påslag av det sympatiska nervsystemet för att uppmärksamma och vara beredd att fly från en fara. När ångesten är frekvent återkommande vid obefogade situationer, leder detta till ångestsyndrom vilket är ett sjukdomstillstånd (Folkhälsomyndigheten, 2022). Ångest är ett symtom vilket ska skiljas från specifika ångestsyndrom. Ångestsyndrom är en återkommande rädsla i specifika situationer som är svårhanterad. Vid ångestsyndrom är ångesten så pass påtaglig att den begränsar det vardagliga livet (Socialstyrelsen, 2019). År 2021 var det 43% av Sveriges befolkning mellan åldrarna 16–84 år som uppgav besvär av ängslan, oro eller ångest. Kvinnor uppgav större besvär av oro, ängslan och ångest än vad män uppgav. Störst besvär uppgav personer i åldrarna 16–29 år och minst besvär uppgav den äldsta åldersgruppen 65–84 år (Folkhälsomyndigheten, 2022).

Vid ångest sker en fysiologisk reaktion i kroppen. Amygdala är den del av hjärnan som bedömer den känslomässiga betydelsen av en upplevelse. Vid ångest sker en ökad aktivitet i amygdala. Denna del av hjärnan stimuleras vid sinnesintryck som sedan aktiverar det sympatiska nervsystemet (Hofmann, m.fl., 2019). När det sympatiska nervsystemet är aktiverat startar en rad olika fysiologiska reaktioner. Generellt upplevs ångest som en tryckande känsla över bröstet och ger en tyngdkänsla vid andning. De fysiska symtom och tecken som utspelas är bland annat svettningar, darrningar, yrsel, hög hjärtfrekvens och förhöjt blodtryck (Kazdin, 2000).

En kombination av symtom kan katalysera varandra till en mer påtaglig symtomupplevelse. Det påverkar patientens fysiska och psykiska tillstånd och bidrar till försämrad livskvalité. Det finns olika mätninginstrument som skattar, analyserar och bearbetar patientens upplevda symtom. Dessa används för att hitta rätt behandling och lindra patientens symtom (Lenz, 1997). Ångest är ett vanligt förekommande symtom hos palliativa patienter vilket leder till sänkt livskvalité (Folkhälsomyndigheten, 2022). Vid palliativ vård skapas ofta ångest när patienten blir medveten om att sjukdomen varken går att bota eller bromsa samt att livslängden är begränsad (Chochinov & Breitbart, 2009). I den palliativa vården är det vanligt att patienter upplever flera symtom i samband med varandra. De symtom som kan katalysera ångesten kan vara smärta,

trötthet, sömnstörningar, illamående, dyspné och hjärtarytmier (Kazdin, 2000). Därav är det viktigt att se hela patienten och alla dess upplevda symtom (Lenz, 1997).

2.3 Sjuksköterskans ansvar vid palliativ vård

Sjuksköterskan har en viktig roll i det palliativa vårdandet. För att sjuksköterskan ska vara trygg i sin roll att vårda den palliativa patienten krävs kunskap inom området. Sjuksköterskans kunskap i vårdandet av palliativa patienter har visat sig vara bristande (Socialstyrelsen, 2006). Deras uppgift innebär bland annat att identifiera symtom och tecken som tyder på lidande (Shepherd m.fl., 2021). När kurativ behandling inte längre kan ges krävs tillämpning av ett palliativt förhållningssätt av sjuksköterskan för att kunna bemöta och behandla patienten. Vid upptäckt av kronisk sjukdom tillämpas förhållningssättet tidigt parallellt med pågående behandling (Socialstyrelsen, 2013). Sjuksköterskan ska vårda patienten utifrån en helhetssyn och skydda patientens integritet (Ferrell m.fl., 2015). Personlig integritet kan upprätthållas genom att följa olika etiska principer såsom godhetsprincipen, icke skada-principen, rättvisepincipen och autonomiprincipen. Godhetsprincipen syftar till att göra gott och maximera hälsa, livskvalitet och människovärde. Icke skada-principen syftar till att minimera skada, lidande och kränkning. Rättvisepincipen syftar till att ge lika vård på lika villkor, medan autonomiprincipen syftar till att respektera självbestämmande och integritet (SOU 2022:41). För att upprätthålla en helhetssyn utgår vården från patientens fysiska, psykiska, psykosociala och existentiella förutsättningar, vilket ligger till grund för omvårdnaden (Socialstyrelsen, 2013). Således är sjuksköterskan en viktig del i den palliativa vården, där patienten och dess familj får den bästa möjliga vård som värna om deras människovärde och personliga integritet (Ferrell m.fl., 2015).

En stor del i omvårdnaden är att informera och ge stöd till både patient och närstående (Shepherd m.fl., 2021). Enligt Hälso- och sjukvårdslag (2017:30) ska sjuksköterskan ta hänsyn till närståendes synpunkter. Det är sjuksköterskans ansvar att tillämpa interventioner. För att tillämpningen ska följa ett holistiskt synsätt krävs det att sjuksköterskan har kunskap om möjliga och relevanta interventioner. Det är även viktigt att sjuksköterskan agerar som en länk till andra professioner för att kunna sätta in interventionerna (Sekse m.fl., 2018). Enligt patientlagen har patienten rätten att avstå till föreslagna omvårdnadsåtgärder. Patienten ska vara välinformerad och inkluderad i beslutsfattandet samt vara införstådd med dess konsekvenser (SFS: 2014:821). Sjuksköterskan ansvarar för att kontinuerligt uppdatera sin kunskap om nya evidensbaserade omvårdnadsinterventioner som kan tillämpas i den palliativa vården. För att underlätta detta finns ett nationellt kunskapsstöd i form av ett samlat dokument som fokuserar på vägledning, rekommendationer och indikationer. Stödet finns för att stödja vårdgivarna i palliativ vård. Kunskapsstödet underlättar för vårdpersonalen att utföra likvärdig vård på ett kvalitetssäkert sätt och ger riktlinjer för uppföljning (Socialstyrelsen, 2013).

2.4 Interventioner mot ångest

Omvårdnadsinterventioner är en vital del i den palliativa vården, detta för att upprätthålla patientens livskvalitet in i det sista. Det finns olika typer av omvårdnadsinterventioner, dessa varierar beroende på hur långt gången patienten är i den palliativa vården. Gemensamt för interventionerna är att de fokuserar på patientens basala behov för ett gott välmående (Binda m.fl., 2021). Farmakologisk behandling mot ångest i den palliativa vården är vanligt förekommande. Antidepressiva läkemedel som bland annat SSRI preparat används ofta i tidig fas. Bensodiazepiner är en av de vanligaste farmakologiska behandlingarna. Det ger en snabb effekt och används ofta i sen palliativ fas. Farmakologisk behandling kombineras ofta med andra interventioner till den palliativa patienten för att lindra ångest (Atkin et al. 2017). Utöver de medicinska åtgärderna och omvårdnadsinterventioner utförs andra typer av interventioner

för att lindra ångest i samband med palliativ vård, exempelvis terapeutiska interventioner. För att minska lidandet hos patienter i palliativ vård är bland annat preventivt arbete viktigt, detta för att patienten hela tiden ska vara införstådd i sin situation och få verktyg för att hantera ångest. Interventionerna som kan appliceras mot ångest är kognitivt beteendebaserade, meningsbaserad samt mindfulness-baserade (Blanckenburg m.fl., 2018).

3. Problemformulering

WHO:s tredje globala mål: Good health and well-being, inkluderar den palliativa vården. Internationellt är 56,8 miljoner personer i behov av palliativ vård var av 14% får tillgång till vården. Ångest är ett vanligt förekommande symptom hos palliativa patienter, symtomet utger stort lidande och ger en negativ påverkan på livskvalitén. Det finns idag en otrygghet bland sjuksköterskor att vårda patienter i en palliativ fas, eftersom det finns bristande kunskap inom området, där inkluderat lindring av ångest. Det är vanligt med farmakologisk behandling mot ångest, i tillägg till den behandling finns ytterligare icke-farmakologiska interventioner som kan användas. Palliativ vård syftar till att främja livskvalité, därav krävs kunskap om lindring av ångest i form av icke- farmakologiska interventioner. Med större kunskap hos sjuksköterskan om interventioner för palliativa patienter med ångest kan livskvalitén förbättras för patienterna. Med ökad kunskap kommer även en ökad trygghet hos sjuksköterskorna för att vårda palliativa patienter. Därför har denna litteraturstudie belyst effekten hos icke-farmakologiska interventioner med målet att öka tryggheten och kunskapen hos sjuksköterskor, med det övergripande målet att förbättra livskvalitén hos patienter i palliativ fas.

4. Syfte

Syftet var att belysa effekten av icke-farmakologiska interventioner mot ångest hos palliativa patienter.

5. Metod

5.1 Litteraturstudie

Metoden som studien bygger på en litteraturöversikt som utfördes systematiskt. Det ger underlag för en hög evidensbaserad vård och forskningsläge. Sammanställning av befintlig forskning granskades och analyserades på ett systematiskt sätt. För att uppnå detta följde studien Rosén, (2017).

5.2 Inklusionskriterier

Palliativ vård som utförs på sjukvårdsinrättning eller i hemmet. Studier innehållande både tidig och sen palliativ fas inkluderades. Interventioner mot ångest som sjuksköterskan eller annan profession kan utföra. Artiklarna ska vara peer reviewed och skrivna på engelska och etik godkända. De utvalda artiklarna begränsades mellan åren 2013–2023.

5.3 Exklusionskriterier

Vård av patienter under 18 år, patienter med kognitiv svikt, review artiklar samt studier som enbart utvärderar effekt av farmakologiska behandlingar, har exkluderats från denna studie.

5.4 Litteratursökning

Utifrån modellen population, intervention, comparison och outcome (PICO) specificerade de olika komponenterna i sökstrategin. För att identifiera komponenterna utgick författarna från syftet.

P- Palliativa patienter.

- I- Interventioner.
- C- Ej tillämpbar.
- O- Effekt av intervention mot ångest.

Databaser valdes utifrån syftet där Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) och PsycInfo ansågs som relevanta. CINAHL är väsentlig då den fokuserar på omvårdnad och PsycInfo då den är inriktad på psykologi. Sökningarna anpassades efter respektive databas för att identifiera relevanta artiklar kopplade till syftet. Testsökningar utfördes för att undersöka tillgängligheten av relevanta artiklar. Utifrån PICO skapades tre sökblock där thesaurus/ämnesord i Psycinfo samt Major Headings (MH) i CHINAL placerades ut. Dessa angavs för att tyngdpunkten i de resulterade artiklarna skulle ligga på de specifika sökorden. Synonymer till ämnesorden valdes för att bredda sökningen, dessa anges som fritextord. I sökblocket population i CINAHL användes sökorden MH "Palliative Care" som fritextord användes "terminal care", "end of life care", "death" och "dying". Sökorden under intervention var MH "Nursing Interventions" och fritextordet "intervention". I sökblocket outcome applicerades MH "Quality of Life" och "anxiety" med fritextorden "existential anxiety" och "death anxiety". På PsycInfo var sökningarna oförändrade förutom under intervention, där "Intervention" fanns som ämnesord, "nursing intervention" samt nursing valdes där efter som fritextord. Nursing lades till som ett eget block då PsycInfo inte är inriktad på omvårdnad. Sökorden kombinerades med den booleska operatör OR inom blocken för att bredda sökningen och den booleska operatör AND användes mellan blocken för att smalna av sökningen. Begränsningar som användes i båda databaserna var peer reviewed, från 2013 och artiklar skrivna på engelska. Sökord och antal träffar dokumenterades i tabeller, se tabell 1 och tabell 2 (Forsberg & Wengström, 2016).

Tabell 1: CHINAL 30 januari 2023

Sökblock	Antal träffar
Population: Palliativa patienter med ångest	
1. (MH "Palliative Care") OR "terminal care" OR "end of life care" OR death OR dying	309 371
Interventions: Interventioner	
2. (MH "Nursing Interventions") OR intervention*	576 541
Outcome: Interventioner för lindrad ångest	
3. (MH "Anxiety") OR "existential anxiety" OR "death anxiety"	57 534
4. (MH "Quality of Life")	138 950
Combined sets:	
S1 AND S2 AND S3 AND S4^	89

^ = English, peer reviewed, 2013–2023

Tabell 2: PsycInfo 30 januari 2023

Sökblock	Antal träffar
Population: Palliativa patienter med ångest	
1. (MAINSUBJECT.EXACT("Palliative Care") OR "terminal care" OR "end of life care" OR death OR dying)	1,543,598
Interventions: Interventioner	
2. (MAINSUBJECT.EXACT("Intervention") OR ("nursing intervention*"))	248,027
3. Nursing	487,355
Outcome: Interventioner för lindrad ångest	
4. (MAINSUBJECT.EXACT("Anxiety") OR "existential anxiety" OR "death anxiety")	165,494
5. (MAINSUBJECT.EXACT("Quality of Life"))	155,904
Combined sets:	
S1 AND S2 AND S3 AND S4 AND S5 [^]	180

[^] = English, peer reviewed, 2013–2023

5.5 Urval

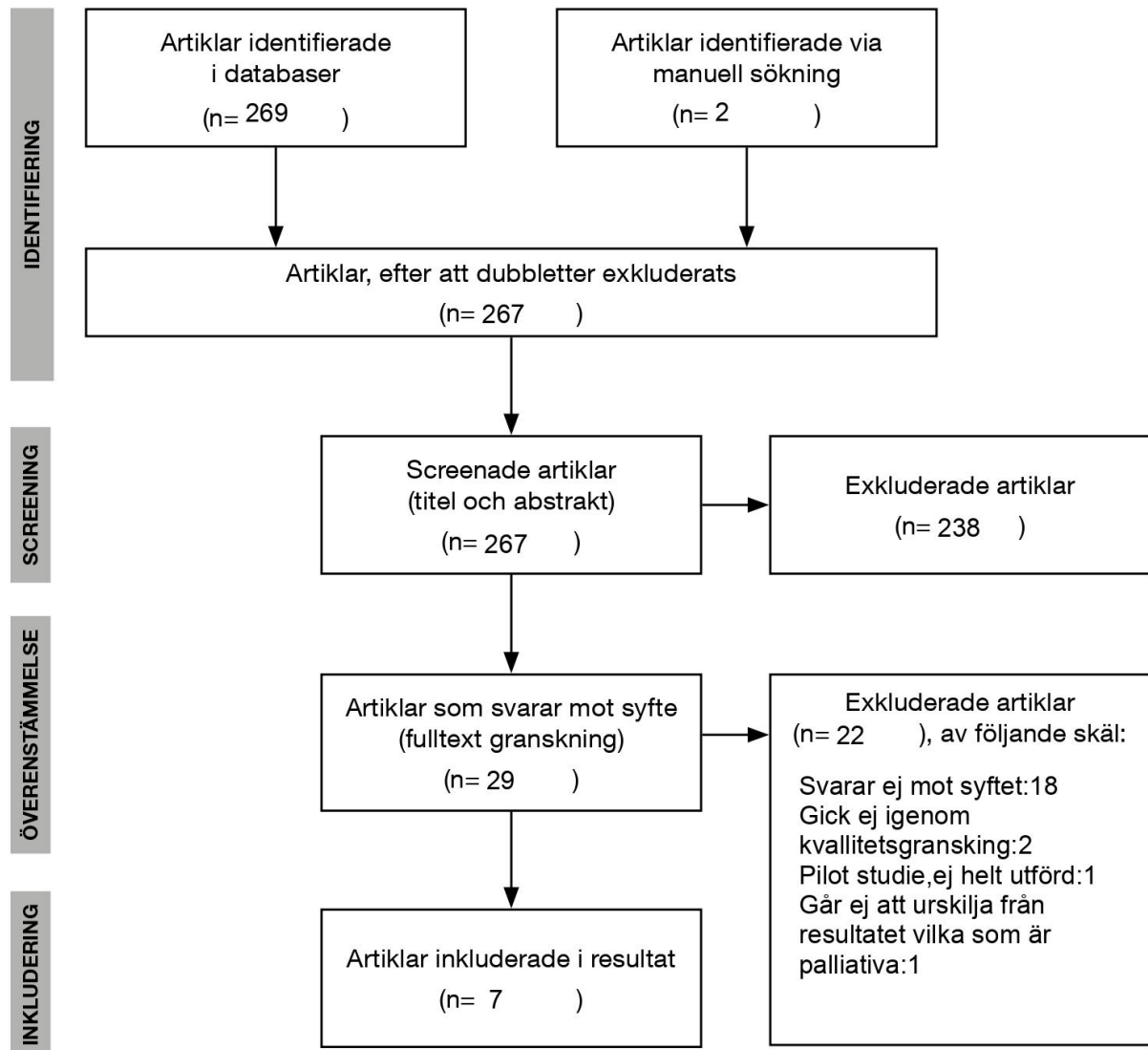
5.5.1 Relevansbedömning

Databassökningen gav artiklar till en första granskning av titel och abstrakt. Första granskning benämns som grovsällning. Artiklarna valdes utifrån relevansen av titel och abstrakt till syftet. Sökningen gav totalt 269 träffar från de två databaserna. Antal dubletter som hittades var fyra. Två manuella sökningar som svarade mot syftet inkluderades, därmed lästes titel och abstrakt på 267 artiklar. Efter grovsällningen exkluderades 238 artiklar, då återstod 29 artiklar som lästes i fulltext. Artiklarna bedömdes i relation till exklusions- och inklusionskriterierna samt hur bra de svarade på litteraturstudiens syfte. Anledningen till de artiklar som exkluderades efter fulltextläsningen var: Svarar ej mot syftet (n=18), gick ej igenom kvalitetsgranskning (n=2), pilotstudie, (n= 1), går ej att urskilja från resultatet vilka som är palliativa (n=1), se figur 1.

5.5.2 Kvalitetsgranskning

För att litteraturstudien ska grundas på studier av hög kvalitet ska artiklarna kvalitetsgranskas. Följande frågor är viktiga att förklara; Vilket är syftet med undersökningen? Vilka resultat erhöles? Är resultaten giltiga? Utifrån dessa frågor följdes en checklista utifrån från Forsbergs och Wennerströms (2016). De kvarstående nio artiklarna som svarade på syftet kvalitetsgranskades utifrån checklistan. Två artiklar gick inte igenom kvalitetsgranskningen. Efter granskningen kvarstod sju artiklar som sammanställdes i en matris och inkluderades i resultatet.

Figur 1: Prisma



(Mother, 2009)

5.6 Databearbetning och analys

Det återstående sju artiklarnas resultat granskades. Artiklarna skrevs ut i pappersform. Artiklarna granskades enskilt och tillsammans. I resultaten lästes stycke för stycke för att se vad som svarade mot litteraturstudiens syfte. Extraktion av mätvärden från resultattabeller samt ord, meningar och stycken från resultatet markerades med överstrykningspenna och skrevs in i ett separat dokument. En induktiv analys påbörjades när data extraktionen var sammanställd.

Det innebär att det extraherade materialet fick styra resultatet. Likheter och skillnader identifierades och sammanställdes. Utifrån det sammanställda dokumentet utformades en tabell för att presentera resultatet (Forsberg & Wengström, 2016).

5.7 Forskningsetiska överväganden

Forskningsetik finns till för att värna om människors rättigheter och deras värde. Riktlinjer finns för att undvika att skada, sårta och utnyttja människor. För att kunna utföra en studie med hög forskningsetisk standard krävs god kunskap om de fyra etiska principerna. De fyra etiska principerna är göragottprincipen, icke-skada principen, rättvisepincipen och autonomiprincipen. Genom att använda de fyra principerna blir sannolikheten större att deltagarnas säkerhet, välbefinnande och rättigheter kan garanteras. Forskningen bör även kunna motiveras varför den utförs för att ha en etisk grund. Principerna tillsammans med etiska lagar och riktlinjer följs under hela forskningsprocessen (Kjellström, 2017). För att nå en hög forskningsetisk nivå har litteraturstudiens författare följt ytterligare fyra principer som används som vägledning under hela studieprocessen. Första principen är tillförlitlighet, som syftar till att säkerställa forskningens kvalitet, detta följs i metod och resultat genom att kvalitetsgranska artiklar. När resultatet arbetades fram tillämpades ett objektiva synsätt utan individuella värderingar, detta för att säkerställa att resultatet inte påverkades av författarna. Tillförlitligheten stärktes även genom att systematiskt granska och kvalitetssäkra artiklarna och dess innehåll. Ärlighet är den andra principen som speglades i genomförandet, granskandet och utvecklandet i forskningen. Utförandet skedde på ett rättvist öppet, fullständigt och objektiva vis. Den tredje principen respekt visades gent emot forskningsdeltagare, samhälle och miljö. Ansvar togs för att genomföra studien kvalitetssäkert. Forskarnas förförståelse har där med utelämnats för en opartisk vinkel. Endast tidigare studier som var etik godkända inkluderades i resultatet (ALLEA, u.å).

6. Resultat

6.1 Ingress

Resultatet bygger på sju artiklar med designerna randomiserad kontroll studie (RCT), kvasiexperimentell och enarmad studie. Resultaten presenteras i tabellform där effekt på olika interventioner framkommer i resultatet, de flesta innehåller terapisessioner i olika former. Sessionerna utfördes både i grupp och individuellt. Interventionerna utfördes av sjuksköterska och/eller annan yrkesroll. Effekt av interventionerna mot ångest sammanställdes utifrån artikelförfattarnas resultat. I tabellen framkommer skattnings värde av patienternas ångest från respektive artikel innan och efter intervention. Värdet är skattat utifrån bedömningsinstrumenten Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) eller Edmonton Symptom Assessment System (ESAS). Där HADS har en skala från 0–3 och ESAS en skala från 0–10. Differensen har räknats ut av litteraturstudiens författare och anges procentuellt, se tabell 3.

Tabell 3: Resultattabell

Artikel	Intervention	Utförare av interventionen	Palliativ fas	Bedömnings instrument	Effekt av intervention mot ångest ^c	Skattning av symptom ^f		Signifikans	Procentuell minskning av ångest ^g
						Innan	Efter		
Ammari m.fl., (2018)	Familje- och copingorienterad	Sjuksköterska	Tidig	HADS	Ingen signifikansförbättring	-	-	P >0,05	-
Breitbart m.fl., (2015)	Meningsbaserad gruppterapi (MCGP) ^a	Psykiatriker, psykiatrikerstudent, psykolog eller person erfarna att behandla patienter med avancerad cancer.	Tidig	HADS	Måttlig effekt	8,29	7,07	P <0,01	14,70%
Collette m.fl., (2021)	Konstterapi	Blidterapeut	Tidig	ESAS	Måttlig minskning	3,34	1,73	P <0,05	48,20%
Kao m.fl., (2014)	Palliativt team	Läkare Sjuksköterskor Präster Socialarbetare	Tidig & Sen	HADS	Signifikant lägre	6,30	4,93	P <0,05	21,75%
Kwan m.fl., (2019)	Livsöversyn ^b	Sjuksköterska	Sen	HADS	Ingen signifikansförbättring	-	-	P >0,536	-
Peng m.fl., (2019)	Musikterapi	Musiker	Tidig & Sen	ESAS	Signifikans minskning	2,50	1,00	P <0,001	60,00%
Rudilla m.fl., (2016)	Värdighetsterapi ^c	Psykolog	Tidig & Sen	HADS	Lägre ångest	14,00	12,02	P <0,001	14,14%
	Rådgivningsterapi ^d	Psykolog	Tidig & Sen	HADS	Förbättring i ångest, måttlig	14,00	10,77	P <0,001	23,07%

Ingen effekt = $p > 0,05$

Tidig= Patienterna har mer än en månad kvar att leva.

Sen= Patienterna har mindre än en månad kvar att leva.

a= Grupp psykoterapi som är rikta på att känna meningen med livet.

b= Sammanställning av patientens liv i ett häfte.

c= Terapi utformad för att identifiera patienters behov i slutet av livet.

d= Terapi som hjälper patienten att hantera sin ångest.

e= Artikelförfattarnas tolkning från deras artikelresultatet av interventioner.

f= Skattning av ångest innan och efter intervention taget ur artikelresultatets tabeller.

g= Differensen mellan skattningen innan och efter intervention. Uträknad av litteraturstudiens författare.

6.2 Syntes

I litteraturstudiens resultat (tabell 3) visades att alla interventioner förutom familje- och copingorienterade interventionen och livsöversyns interventionen gav effekt på lindring av ångest (Ammari m.fl., 2018; Breitbart m.fl., 2015; Collette m.fl., 2021; Kao m.fl., 2014; Kwan m.fl., 2019; Peng m.fl., 2019 & Rudilla m.fl., 2016). Däremot visade det sig i familje- och copingorienterade interventionen att sjuksköterskan har en viktig roll i den palliativa vården (Ammari m.fl., 2018). De olika interventionerna kan utföras av antingen en sjuksköterska och/eller andra professioner. Musik, värdighet och rådgivningsterapi visade på högst signifikant effekt ($p < 0,001$). Författarna till respektive intervention beskriver effekten som en signifikant minskning, lägre ångest samt måttlig förbättring av ångest. Interventionerna riktar sig till tidig och sen fas (Peng m.fl., 2019; Rudilla m.fl., 2016). Konst- och musikterapi visades vara de procentuellt mest framgångsrika interventionerna vid lindring av ångest (tabell 3). Dessa två använde sig av ESAS som bedömningsinstrument (Collette m.fl., 2021; Peng m.fl., 2019). Meningsbaserad gruppterapi interventionen visade signifikant skillnad ($p < 0,01$), följt av konstterapi och palliativteam interventionerna som även de visar på signifikant effekt ($p < 0,05$) (Breitbart m.fl., 2015; Collette m.fl., 2021 & Kao m.fl., 2014). Måttlig minskning/effekt på ångest beskrivs av författarna för meningsbaserad gruppterapi och konstterapi interventionerna, de båda riktar sig till tidig palliativ fas (Breitbart m.fl., 2015; Collette m.fl., 2021). Familje- och copingorienterad intervention och livsöversyns interventionen, som är lämpade för tidig respektive sen fas, resulterade inte i någon signifikant förbättring av ångest hos den palliativa patienten (Ammari m.fl., 2018; Kwan m.fl., 2019).

7. Diskussion

7.1 Resultatdiskussion

Denna litteraturstudie syftade på att belysa effekten av icke-farmakologiska interventioner mot ångest hos palliativa patienter. Interventionerna kunde utföras av sjuksköterskan eller annan profession som sjuksköterskan kan involvera i vården. Resultatet visade olika typer av interventioner som gav olika effekt mot ångest. Resultatet indikerade även vilken palliativ fas omvårdnadsintervention riktar sig mot.

I litteraturstudiens resultat sågs att konst och musikterapi gav effekt på lindring av ångest (Collette m.fl., 2021 & Peng m.fl., 2019). Flera artiklar stärker detta resultat. En artikel beskriver att patienterna blev avslappnade när de lyssnade på musik, det gav dem vila från tankar på sjukdomen vilket lindrade ångesten. Även om interventionen visade sig effektiv fanns det delar av studiens resultat som tydde på att viss musik kunde påminna patienten om dennes tillstånd, vilket kunde förstärka ångesten (Porter m.fl., 2017). En annan artikel lyfter att konstinterventioner kan användas som lindring av ångest. Interventionen kunde utföras med olika tekniker. Det bidrog till minskad ångest vilket stärker resultatet (Lin m.fl., 2012). Musik och konstinterventioner visade den största procentuella minskningen och jämfört med de andra interventionerna sticker det resultatet ut. En faktor som kan ha påverkat resultatet är att ångesten har skattats utifrån bedömningsinstrumentet ESAS, medan de andra interventionerna använde sig av HADS. Då instrumenten har olika skattningsskalor är det svårt att jämföra den procentuella minskningen. Fysiska närvaro har visat sig lindra ångest. Den fysiska närvaron i interventionerna kan därmed vara ytterligare en faktor som påverkat resultatet (Waszczuk m.fl., 2013). Musikinterventionen utfördes av en musiker vilket innebär att den fysiska närvaron inkluderas i interventionen. Vid konstterapi är bildterapeuten närvarande under sessionerna, det kan vara en faktor som bidrog till lindrad ångest. Dessa faktorer kan vara bidragandet till varför effekten av musik- och bildterapi skiljer sig från de andra interventionerna.

Litteraturstudiens resultat innefattar olika typer av terapeutiska interventioner som lindrar ångest. Två av dessa interventioner är livsöversynsterapi och rådgivningsterapi (Kwan m.fl., 2019 & Rudilla m.fl., 2016). En artikel dementerar resultatet att livsöversynsterapi inte har någon signifikant effekt för lindring av ångest (Steinhauserm.fl., 2008). Ytterligare en artikel visar att ångest reduceras av en konstruktiv omvärdering på tidigare händelser. I denna artikel sågs en stärkt livskvalité efter livsöversyns interventionerna, livsöversyn är en effektiv lindring mot ångest. Däremot är inte studien riktad på palliativa patienter (Korte m.fl., 2012). Livskvalité är även något som mäts i (Breitbart m.fl., 2010; Breitbart m.fl., 2012 & Breitbart m.fl., 2015) som visade att livskvalitén förbättrades av en rådgivnings intervention. En artikel som undersöker psykoterapins effekt vid palliativ vård visade ett resultat på minskad dödsångest och ökad livskvalité (Li m.fl., 2012). Ångest i ett palliativt skede bidrar till sänkt livskvalité (Folkhälsomyndigheten, 2022). Detta stärker vikten av att lindra ångesten för att öka livskvalitén vid palliativ vård. Interventionerna livsöversynsterapi och rådgivningsterapi kan ge patienter chansen att reflektera, bearbeta och acceptera livet som varit. Detta kan bidra till en ökad livskvalité och minskad ångest. Denna vetenskap visar på att livsöversyn och rådgivningsterapi är effektiva interventioner för att lindra ångest och öka livskvalité.

Resultatet i litteraturstudien visade flera olika yrkesroller utöver sjuksköterskan som kan utföra interventionerna (Breitbart m.fl., 2015; Collette m.fl., 2021; Kao m.fl., 2014; Kwan m.fl., 2019; Peng m.fl., 2019 & Rudilla m.fl., 2016). Det krävs att sjuksköterskan kan identifiera och involvera andra professioner som exempelvis präster, läkare eller psykologer för att ge en personcentrerad vård (Sekse m.fl., 2018). En interprofessionell kommunikation är avgörande för teamsamarbetet. Det bidrar till tryggare och säkrare vård för patienten (Ideberg, 2012). God kommunikation innefattar en uppriktighet från sjuksköterskan samt att ge sanningsenlig information till patient och anhörig, vilket har beskrivits ända sedan 1998 (Browne, 1998). Sjuksköterskans ansvar är därmed en vital del i det palliativa vårdandet. När sjuksköterskan själv inte har tillräcklig kunskap eller möjlighet för att utföra en intervention krävs kunskap om vilken annan profession som kan utföra den. Med kunskapen kan sjuksköterskan tillgodose patientens behov för att främja god vård.

7.2 Metoddiskussion

Litteraturstudien syftade på att belysa effekten av icke-farmakologiska interventioner mot ångest hos palliativa patienter. Roséns metod följdes i denna litteraturstudie, vilket säkerställde en systematisk litteraturoversikt. Metoden användes för att sammanställa befintlig forskning och lyfta fram riktlinjer till sjuksköterskan som är evidensbaserade (Rosén, 2017).

Databaserna Cinahl och PsycInfo valdes utifrån relevans mot syftet. En styrka med studien var sökstrategin, författarna utformade sökord utifrån en Population, Intervention, Comparison och Outcome (PICO). Utformningen av PICO fastställdes utifrån syftet vilket säkerställde att sökorden var relevanta till ämnet, det resulterade i relevanta artiklar. Begränsningar som användes i databassökningen var artiklar från 2013, engelska samt peer reviewed vilket styrker studiens relevans. En svaghet med att inkludera artiklar senare än 2013 medför ett stort bortfall av tidigare relevanta artiklar publicerade till studien. Däremot inkluderas endast ny forskning vilket har störst betydelse för studiens trovärdighet.

En annan styrka med studien var inklusions- och exklusionskriterier som säkerställde att valet av artiklar var relevanta mot syftet. Studien har inkluderat artiklar från sex olika länder vilket ger ett resultat med brett perspektiv, det styrker den globala kliniska implementerbarhet. För att stärka studiens validitet har artiklar på andra språk än engelska exkluderats för att minska risken

för feltolkning. Artiklar innehållande farmakologisk behandling exkluderas för att enbart sammanställa interventioner som används som komplement utöver farmakologiska interventioner.

Med tanke på miljö skrevs endast nio artiklar ut i pappersform. Dataextraktionen utfördes enskilt och tillsammans för att minska risken att missförstå resultatet, detta för att öka tillförlitligheten. Ett engelskt-svenskt ordlexikon användes för att minska feltolkning av enskilda ord för att tolka författarnas resultat rättvist, därmed följs rättvisepincipen. Rättvisepincipen följs även genom att hänvisa resultat till respektive författare. Författarna var medvetna om sin förkunskap med eftersträvan av objektivitet för att minska påverkan av resultatet, även detta för att öka tillförlitligheten och därmed säkerställa studiens kvalitet. En induktiv innehållsanalys utfördes utifrån data som svarade på syftet. Författarna identifierade till en början kategorier. Kategorierna exkluderades då de inte ansågs relevanta till ett resultat som svarar på syftet. Utifrån likheter och skillnader sammanställdes i stället den extraherade datan i en tabell, som svarar mot syftet.

En diskussion om tidig och sen palliativ fas har förts mellan författarna. Det är en diffus övergång och kan vara svår att urskilja i artiklarna. Författarna har utformat tidig och sen fas utifrån artiklarnas inklusions- och exklusionskriterier, där det framgår hur lång tid patienterna har kvar att leva. Sen palliativ fas fastställdes i de artiklar som endast inkluderade patienter som har mindre än en månad kvar att leva. Tidig palliativ fas har fastställts om patienten har mer än en månad kvar att leva. Artiklar där ingen begränsning angavs eller en exklusion av delar i den bedömda sena fasen, fastställs som tidig och sen fas.

8. Sammanfattning av resultat

Resultatet belyste effekten av icke-farmakologiska interventioner, som syftade på att lindra ångest hos palliativa patienter. De resulterade artiklarnas interventioner kunde utföras av både sjuksköterska och/eller andra yrkesroller. Interventionerna kunde implementeras i tidig- och/eller sen fas. Musikterapi, värdighetsterapi och rådgivningsterapi var de interventioner som visade bäst signifikant effekt. De interventioner som gav bäst procentuell effekt var musik och konstinterventionerna. Familje- och copingorienterade interventionen samt livsöversyns interventionen gav ingen signifikant effekt. Däremellan skattades procentuellt de resterande interventionerna som även visade en signifikant förbättring för lindring av ångest.

9. Klinisk betydelse och förslag till fortsatt forskning

Denna litteraturstudie är betydelsefull för grundutbildade sjuksköterskor. Den bidrar till kunskap om interventioner, utöver farmakologisk behandling, som kan implementeras i vårdande av den palliativa patienten med ångest. För att ge sjuksköterskan möjlighet att vårda patienter utifrån ett holistiskt synsätt krävs en bred kunskap om möjliga och effektiva interventioner. Kunskapen är viktig hos den grundutbildade sjuksköterskan då palliativa patienter vårdas på flera olika vårdavdelningar i slutenvården samt i hemsjukvården. Vetskapen om olika interventioner som kan implementeras mot ångest kan öka tryggheten hos sjuksköterskan i vårdandet av den palliativa patienten. Ökad kunskap och trygghet hos sjuksköterskan ger ett bredare personcentrerat förhållningsätt samt bidragande till säkrare vård.

Resultatet visar på några effektiva interventioner mot ångest vid palliativ vård. För att utveckla flera gynnsamma och effektivare interventioner krävs vidare forskning inom området. Förslag på ytterligare forskning är vidare undersökning av effektiva interventioner som endast fokuserar

på antingen tidig eller sen palliativ fas. Med inriktning på interventioner liknande konst och musikterapi för att stärka evidensen inom området. Det kan även vara intressant att undersöka vilka interventioner som används kliniskt samt vilka interventioner som erbjuds inom slutenvården.

Referenslista

- All European Academies. (u.å). Den europeiska kodexen för forskningens integritet: reviderad utgåva.
https://www.vr.se/download/18.7f26360d16642e3af99e94/1540219023679/SW_AL_LEA_Den_europeiska_kodexen_f%C3%B6r_forskningens_integritet_digital_FINAL.pdf
- Ammari, A. B. H., Hendriksen, C., & Rydahl-Hansen, S. (2018). Results from the family and coping oriented palliative homecare intervention study (FamCope)—A randomized controlled trial. *Journal of Psychosocial Oncology*, *36*(5), 557–581.
<https://doi.org/10.1080/07347332.2018.1460003>
- Atkin, N., Vickerstaff, V. & Candy, B. (2017). ‘Worried to death’: the assessment and management of anxiety in patients with advanced life-limiting disease, a national survey of palliative medicine physicians. *BMC Palliative Care*, *16*(1), 69.
[doi:10.1186/s12904-017-0245-5](https://doi.org/10.1186/s12904-017-0245-5).
- Binda, F., Clari, M., Nicolò, G., Gambazza, S., Sappa, B., Bosco, P., & Laquintana, D. (2021). Quality of dying in hospital general wards: A cross-sectional study about the end-of-life care. *BMC Palliative Care*, *20*(1), 153. <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00862-0>
- Blanckenburg, P., & Leppin, N. (2018). Psychological interventions in palliative care. *Current Opinion in Psychiatry*, *31*(5), 389–395.
<https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000441>
- Breitbart, W., Poppito, S., Rosenfeld, B., Vickers, A. J., Li, Y., Abbey, J., Olden, M., Pessin, H., Lichtenthal, W., Sjoberg, D., & Cassileth, B. R. (2012). Pilot randomized controlled trial of individual meaning-centered psychotherapy for patients with advanced cancer. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, *30*(12), 1304–1309.
<https://doi.org/10.1200/JCO.2011.36.2517>
- Breitbart, W., Rosenfeld, B., Gibson, C., Pessin, H., Poppito, S., Nelson, C., Tomarken, A., Timm, A. K., Berg, A., Jacobson, C., Sorger, B., Abbey, J., & Olden, M. (2010). Meaning-centered group psychotherapy for patients with advanced cancer: A pilot randomized controlled trial. *Psycho-Oncology*, *19*(1), 21–28.
<https://doi.org/10.1002/pon.1556>
- Breitbart, W., Rosenfeld, B., Pessin, H., Applebaum, A., Kulikowski, J., & Lichtenthal, W. G. (2015). Meaning-Centered Group Psychotherapy: An Effective Intervention for Improving Psychological Well-Being in Patients With Advanced Cancer. *Journal of Clinical Oncology*, *33*(7), 749–754. <https://doi.org/10.1200/JCO.2014.57.2198>
- Browne, N. (1998). Truth-telling in palliative care. *European Journal of Oncology Nursing*, *2*(4), 218–224. [https://doi.org/10.1016/S1462-3889\(98\)80614-5](https://doi.org/10.1016/S1462-3889(98)80614-5)
- Chochinov, H. M., & Breitbart, W. (Red.). (2009). Handbook of psychiatry in palliative medicine (2nd ed). Oxford University Press.
- Collette, N., Güell, E., Fariñas, O., & Pascual, A. (2021). Art Therapy in a Palliative Care Unit: Symptom Relief and Perceived Helpfulness in Patients and Their Relatives. *Journal of Pain and Symptom Management*, *61*(1), 103–111.
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.07.027>
- Ferrell, B., Coyle, N., & Paice, J. A. (Red.). (2015). *Oxford textbook of palliative nursing* (4th edition). Oxford University Press.

- Folkhälsomyndigheten. (u.å.). *Ängslan, oro eller ångest*. Hämtad 14 april 2022, från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/tolkad-rapportering/folkhalsans-utveckling/resultat/halsa/angslan-oro-eller-angest/>
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (4. utg). Natur & Kultur.
- Hammarlund, M. (2021, juli 6). *Vård i livets slutskede och dödsfall—Översikt*. <https://www.varhandboken.se/var-doch-behandling/dodsfall-och-var-d-i-livets-slutskede/var-d-i-livets-slutskede-och-dodsfall/oversikt/>
- Hofmann, S., Hess, S., Klein, C., Lindena, G., Radbruch, L., & Ostgathe, C. (2017). Patients in palliative care—Development of a predictive model for anxiety using routine data. *PLoS One*, *12*(8)<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0179415>
- Ideberg, S. (2012). *Sjuksköterskans kommunikation i palliativ vård*. <https://gupea.ub.gu.se/handle/2077/29269>
- Kao, C.-Y., Hu, W.-Y., Chiu, T.-Y., & Chen, C.-Y. (2014). Effects of the hospital-based palliative care team on the care for cancer patients: An evaluation study. *International Journal of Nursing Studies*, *51*(2), 226–235. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.05.008>
- Kazdin, A. E. (Red.). (2000). *Encyclopedia of psychology*. American Psychological Association ; Oxford University Press.
- Korte, J., Bohlmeijer, E. T., Cappeliez, P., Smit, F., & Westerhof, G. J. (2012). Life review therapy for older adults with moderate depressive symptomatology: A pragmatic randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, *42*(6), 1163–1173. <https://doi.org/10.1017/S0033291711002042>
- Kwan, C. W. M., Chan, C. W. H., & Choi, K. C. (2019). The effectiveness of a nurse-led short term life review intervention in enhancing the spiritual and psychological well-being of people receiving palliative care: A mixed method study. *International Journal of Nursing Studies*, *91*, 134–143. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.12.007>
- Lenz ER, Pugh LC, Milligan RA, Gift A & Suppe F. (1997). "The Middle-Range Theory of Unpleasant Symptoms: An Update". *Advances in Nursing Science* , *19*(3), 14-27.
- Li, M., Fitzgerald, P., & Rodin, G. (2012). Evidence-based treatment of depression in patients with cancer. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, *30*(11), 1187–1196. <https://doi.org/10.1200/JCO.2011.39.7372>
- Lin, M.-H., Moh, S.-L., Kuo, Y.-C., Wu, P.-Y., Lin, C.-L., Tsai, M.-H., Chen, T.-J., & Hwang, S.-J. (2012). Art therapy for terminal cancer patients in a hospice palliative care unit in Taiwan. *Palliative & Supportive Care*, *10*(1), 51–57. <https://doi.org/10.1017/S1478951511000587>
- Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta- Analyses: *The PRISMA Statement*. *PLoS Med* *6*(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097
- Nationalencyklopedin. (u.å.). *Livskvalitet*. Hämtad 13 april 2022, från <https://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/enkel/livskvalitet>
- Nationella rådet för palliativ vård. (u.å.). *Palliativ vård—Vad är det?*. Hämtad 05 april 2022, från <https://www.nrpv.se/om-nrpv/vad-ar-palliativ-var-d/>
- Peng, C. S., Baxter, K., & Lally, K. M. (2019). Music Intervention as a Tool in Improving Patient Experience in Palliative Care. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, *36*(1), 45–49. <https://doi.org/10.1177/1049909118788643>
- Porter, S., McConnell, T., Clarke, M., Kirkwood, J., Hughes, N., Graham-Wisener, L., Regan, J., McKeown, M., McGrillen, K., & Reid, J. (2017). A critical realist evaluation of a

- music therapy intervention in palliative care. *BMC Palliative Care*, 16(1), 70.
<https://doi.org/10.1186/s12904-017-0253-5>
- Rosén, M. (2017). Systematisk litteraturoversikt. I M, Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (2 uppl., ss. 375-389). Studentlitteratur
- Rudilla, D., Galiana, L., Oliver, A., & Barreto, P. (2016). Comparing counseling and dignity therapies in home care patients: A pilot study. *Palliative & Supportive Care*, 14(4), 321–329. <https://doi.org/10.1017/S1478951515001182>
- Sekse, R. J. T., Hunskår, I., & Ellingsen, S. (2018). The nurse's role in palliative care: A qualitative meta-synthesis. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1–2), e21–e38.
<https://doi.org/10.1111/jocn.13912>
- SFS 2017:30. Hälso- och sjukvårdslag.
- SFS 2014:821. Patientlag.
- Shepherd, J., Waller, A., Sanson-Fisher, R., Clark, K., & Ball, J. (2021). Barriers to the provision of optimal care to dying patients in hospital: *A cross-sectional study of nurses' perceptions*. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 38(3).
<https://doi.org/10.37464/2020.383.315>
- Socialstyrelsen (2006). *Vård i livets slutskede: Socialstyrelsens bedömning av utvecklingen i landsting och kommuner*. Stockholm: Socialstyrelsen
- Socialstyrelsen (2013). *Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede*. Stockholm: Socialstyrelsen
- Socialstyrelsen (2019). *Utvärdering av vård vid depression och ångestsyndrom*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU (Statens offentliga utredningar). (2022). *Palliativ vård [Palliative care]*. (SOU 2022:41). Stockholm: Fritzes.
- Steinhauser, K. E., Alexander, S. C., Byock, I. R., George, L. K., Olsen, M. K., & Tulsky, J. A. (2008). Do Preparation and Life Completion Discussions Improve Functioning and Quality of Life in Seriously Ill Patients? Pilot Randomized Control Trial. *Journal of Palliative Medicine*, 11(9), 1234–1240. <https://doi.org/10.1089/jpm.2008.0078>
- WHO. (2020, augusti 5). *Palliative care*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- Waszczuk, M. A., Zavos, H. M. S., & Eley, T. C. (2013). Genetic and environmental influences on relationship between anxiety sensitivity and anxiety subscales in children. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(5), 475–484.
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.05.008>
- Öhlén, J., Russell, L., Håkanson, C., Alvariza, A., Fürst, C. J., Årestedt, K., & Sawatzky, R. (2017). Variations in Care Quality Outcomes of Dying People: Latent Class Analysis of an Adult National Register Population. *Journal of Pain and Symptom Management*, 53(1), 13–24. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.08.006>

Bilaga 1 -Artikelmatris

Författare, årtal, land	Syfte	Metod	Huvudresultat
<p>Anne Birgitte Hjuler Ammari, Carsten Hendricksen och Susan Rydahl-Hansen</p> <p>11 juli 2018</p> <p>Danmark</p>	<p>Syftet var att undersöka om den sjuksköterskeledda FamCope-interventionen, som syftar till familjens gemensamma hantering av fysiska, psykosociala och existentiella problem, skulle minska patientens och anhörigas ångest och depression, samt motverka onödig sjukhusinläggning.</p>	<p>Metod: Kvantitativ Design: Randomiserad kontrollerad studie Urval: Randomiserad. En interventionsgrupp. Antal deltagare: 248 Datainsamling: Självrapporteringar via enkäter skickade via e-post efter utförd intervention. Bedömningsinstrument: ESAS Bortfall: 38 Analysmetod: Deskriptiv analys & regressionsanalys.</p>	<p>Resultatet visade ingen statistisk signifikant effekt på ångest från interventionen för palliativa patienter. p>0,05</p>
<p>Cecilia W.M. Kwan, Carmen W.H. Chan, Kai Chow Choi</p>	<p>Syftet med denna interventionsstudie var att utvärdera effekten av sjuksköterskans interventioner mot symtom som ångest och dess implementering i palliativ vård.</p>	<p>Metod: Mixed metod Design: Randomiserad kontrollerad studie</p>	<p>Det kvantitativa resultatet visade att interventionen reducerade upplevelsen av ångest hos interventionsgruppen som bestod</p>

<p>12 december 2019</p> <p>Japan</p>		<p>Urval: Randomiserad. Interventionsgrupp och kontrollgrupp.</p> <p>Antal deltagare: 109</p> <p>Datainsamling: Enkät och intervju.</p> <p>Bedömningsinstrument: HADS</p> <p>Eventuellt bortfall: 20</p> <p>Analysmetod: Deskriptiv analys</p>	<p>av palliativa patienter. Ingen signifikansförbättring sågs.</p> <p>p=0,536</p>
<p>Chi-Yin Kao, Wen-Yu Hu, Tai-Yuan Chiu, Ching-Yu Chen</p> <p>14 May 2014</p> <p>Taiwan</p>	<p>Syftet med denna studie var att utvärdera effekterna av ett sjukhusbaserat palliativ vårdteam i vård för cancerpatienter.</p>	<p>Metod: Kvantitativ</p> <p>Design: Kvasi experimental</p> <p>Urval: Bekvämlighetsurval</p> <p>Antal deltagare: 64</p> <p>Datainsamling: Bedömningsinstrument: HADS</p> <p>Eventuellt bortfall: 4</p> <p>Analysmetod: Deskriptiv analys</p>	<p>Resultaten visar att sjukhus baserat Palliativt vårdteam kan förbättra ångesten för avancerad cancerpatienter som befinner sig i ett palliativt tillstånd.</p> <p>Skattning innan intervention: 6,30 Skattning efter intervention: 4,93 p <0,05</p>

<p>Collette Nadia, Güell Ernest, Fariñas Oscar, Pascual Antonio</p> <p>10 februari 2021</p> <p>Nederländerna</p>	<p>Syftet med studien var att utvärdera fördelarna med en konstterapi intervention på en palliativ vårdavdelning i ett tertiärt sjukhus. Interventionen leddes av en certifierad blidterapeut på främst vuxna patienter med cancer och indirekt hos deras anhöriga.</p>	<p>Metod: Kvantitativ</p> <p>Design: Enarmad studie</p> <p>Urval: Bekvämlighet. Interventionsgrupp.</p> <p>Antal deltagare: 83</p> <p>Datainsamling: Bedömningsinstrumentet ESAS.</p> <p>Bortfall: 2</p> <p>Analysmetod: Deskriptiv analys</p>	<p>En minskning av ångest observerades efter konstterapi hos palliativa cancerpatienter.</p> <p>Skattning innan intervention: 3,34</p> <p>Skattning efter intervention: 1,73</p> <p>p <0,05</p>
<p>Cynthia S. Peng, Kelly Baxter, MS, APRN, ACHPN, Kate M. Lally, MD</p> <p>2019</p> <p>USA</p>	<p>Syftet var att undersöka palliativa vårdpatienters symptomatologi som svar på att få musikintervention ur beteendemässiga, biologiska och subjektiva erfarenhetsmässiga synpunkter. Intervention utfördes av musiker</p>	<p>Metod: Mixed method</p> <p>Design: Randomiserad kontroll studie</p> <p>Urval: Bekvämlighet. Interventionsgrupp.</p> <p>Antal deltagare: 46</p> <p>Datainsamling: Modifierad ESAS, kvalitativt frågeformulär</p> <p>Eventuellt bortfall: 3</p> <p>Analysmetod: Deskriptiv analys</p>	<p>Kvantitativa resultatet visade att det var signifikant minskning av smärta, ångest, illamående, andnöd och depressionskänslor tillsammans med en signifikant ökning av välbefinnande.</p> <p>Skattning innan intervention: 2,5</p> <p>Skattning efter intervention: 1,0</p> <p>p <0,001</p>

<p>David Rudilla, Laura Galiana, Oliver Amparo, Pilar Barreto</p> <p>15 september 2016</p> <p>Spanien</p>	<p>Syftet med studien var att undersöka effekterna av värdighetsterapi och rådgivningsterapi som båda utfördes av en psykolog. Studien undersökte även effekten av att erbjuda användbar information som kunde omsättas i praktiken för att bättre lindra patienters symtom så som ångest.</p>	<p>Metod: Kvantitativ</p> <p>Design: Randomiserad kontrollerad studie</p> <p>Urval: Randomiserad, två interventionsgrupper.</p> <p>Antal deltagare: 75</p> <p>Datansamling: Frågeformulär för att utvärdera interventionens effekt.</p> <p>Bedömningsinstrument: HADS</p> <p>Eventuellt bortfall: 5</p> <p>Analysmetod: Deskriptiv analys</p>	<p>Studiens resultat visade effektiviteten av värdighetsterapi och rådgivningsterapi för att förbättra välbefinnandet för palliativa hemvårds patienter med ångest.</p> <p>Värdighetsterapi: Skattning innan intervention: 14,00 Skattning efter intervention: 12,02 p <0,001</p> <p>Rådgivningsterapi: Skattning innan intervention: 14.00 Skattning efter intervention: 10.77 p <0,001</p>
---	--	--	--

<p>William Breitbart, Barry Rosenfeld, Hayley Pessin, Allison Applebaum, Julia Kulikowski, Wendy G. Lichtenthal</p> <p>2 februari 2015</p> <p>USA New York</p>	<p>Syftet var att testa effektiviteten av en Menings Centrerad Gruppsykoterapi (MCGP) för att minska psykisk ångest och förbättra andligt välbefinnande hos patienter med avancerad eller terminal cancer.</p> <p>MCGP utfördes antingen av psykiatriker, psykiatrikerstudent, psykolog eller person med erfarenhet av att behandla patienter med avancerad cancer.</p>	<p>Metod: Kvantitativ</p> <p>Design: Randomiserad kontrollerad studie</p> <p>Urval: Randomiserad Två interventionsgrupper</p> <p>Antal deltagare: 253</p> <p>Datainsamling: Självskattning Bedömningsinstrumentet: HADS</p> <p>Eventuellt bortfall: 151</p> <p>Analysmetod: Deskriptiv analys</p>	<p>Resultatet ger starkt stöd för effekten av MCGP som behandling för lindring av psykologisk- och existentiellångest hos palliativa patienter med avancerad cancer.</p> <p>MCGP: Skattning innan intervention: 8,29 Skattning efter intervention: 7,07 p <0,01</p>
--	---	--	---