

# Att lindra andnöd en uppgift för hela vårdteamet

TEXT: INGELA HENOCH



FOTO: LÁSZLÓ VALUSKA

Att andas är förknippat med livet och när andningen inte fungerar kan man uppleva att livet är hotat. Andnöd förekommer hos 47–49 procent av patienter under det sista levnadsåret, vilket innebär att andnöd är relativt vanligt inom palliativ vård<sup>1</sup>. Andnöden leder ofta till inaktivitet och minskad muskelaktivitet, vilket medför minskad muskelmassa, som ger ökad produktion av mjölksyra och koldioxid, som i sin tur ökar behovet att vädra ut koldioxid och leder till ytterligare ökad andnöd<sup>2</sup>.

**A**NDNÖD HAR definierats som en subjektiv, mångdimensionell upplevelse av obehag i samband med andning som påverkas av fysiologiska, psykologiska, sociala och omgivningsmässiga faktorer och som ger upphov till fysiologiska och beteendemässiga reaktioner. Andnöd kan därför inte bara definieras av objektiva, fysiska abnormiteter. Patienternas vanligaste beskrivningar av andnöden är att andningen är ansträngande, täthet i luftvägarna eller lufthunger. Även om patienterna kan beskriva dessa olika upplevelser av andnöd så förekommer ofta flera av upplevelserna samtidigt. Det varierar också hur besvärande de olika upplevelserna är<sup>3</sup>. Upplevelsen av andnöd kan också indelas i sensorisk – upplevelsen av svårighetsgrad, och affektiv – upplevelsen av obehag<sup>4</sup>.

Att upplevelsen av andnöd kan vara obehaglig innefattar bland annat att den är ångestskapande. I en intervjustudie med patienter med kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) beskrev patienterna sin ångest som både dödsångest och livsångest. Dödsångesten var särskilt förknippad med andnöden som en rädsla att kvävas. Andnöden gjorde dem medvetna om döden och därmed följde en ångest att skiljas från nära och kära. Patienterna beskrev också en livsångest som innebar en rädsla för att behöva fortsätta livet som det var med KOL och att se fram emot en fortsatt kamp mot andnöden. Då var också framtiden skrämmande, när det enda man kunde vänta sig var en förvärrad andnöd<sup>5</sup>.

## BEDÖMNING AV ANDNÖD

Kliniska bedömningsinstrument för att bedöma andnöd måste vara korta och upplevas som relevanta av patienter och personal för att vara användbara, det enklaste är visuell analog skala (VAS) eller numerisk skala (NRS). Dessa instrument är endimensionella, de mäter oftast bara andnödens intensitet. Det finns också instrument som mäter flera dimensioner av andnöden, till exempel Cancer Dyspnea Scale (CDS). Den enskilde patientens berättelse ger också en mer uttömmande beskrivning av upplevelsen. Viktiga aspekter att lyssna till är om andnöden förekommer även i vila, vad som utlöser andnöden, hur ofta man har andnöd, svårighetsgraden, hur andnöden påverkar vardagen och vilka känslor den väcker.

Ett nytt bedömningsinstrument är Respiratory Distress Observation Scale (RDOS), som fungerar vid skattning av andnöd när patienten inte själv kan medverka. Genom poängsättning av hjärtfrekvens, andningsfrekvens, ofrivilliga rörelser, paradoxalt andningsmönster, muskelengagemang vid inandning, grymtande utandning, ofrivilliga rörelser i näsvingarna och uttryck av rädsla, skattas andningsbesvären.

## BEHANDLING AV ANDNÖD

Behandling av andnöd bör grunda sig på bedömningen och måste alltid följas upp. Ibland behöver strategier för behandling kombineras och som alltid inom palliativ vård behöver hela teamet runt patienten samarbeta för att ge bästa resultat.

De behandlingsalternativ som finns kan indelas i:

- *Egenvårdsstrategier*, patienternas egna strategier för att hantera sin andnöd.

- *Orsaksinriktad behandling*, till exempel pleura-tappning vid pleuravätska, buktappning vid ascites, antibiotikabehandling vid pneumoni med mera.

- *Farmakologisk behandling*, till exempel en extrados av morfin 30-60 minuter före planerad ansträngning, till exempel vid morgontoalet, kan underlätta. Eftersom andnöd har både kända och icke kända orsaker i palliativ vård bör läkemedelsbehandlingen styras av detta. Syrgasbehandling i palliativ vård bör endast ges till patienter med låg syrgasmättnad i blodet och som får en dokumenterad lindring. De sista dagarna i livet är det ofta olämpligt med syrgasbehandling eftersom den mycket sällan ger lindring och dessutom utgör ett störande moment i samspelet mellan den döende och dennes närstående.

- *Icke-farmakologisk behandling*, det finns icke-farmakologiska behandlingar som är lätta att tillämpa och som inte kräver avancerad utrustning.

Andnöd är en subjektiv och mångdimensionell upplevelse och hur svår och obehaglig andnöden är avgör bara patienten. När andningen är påverkad hos patienter inom palliativ vård påminns patient och närstående om livets bräcklighet. Därför är det hela det palliativa teamets uppgift att bidra för att lindra patientens andnöd<sup>5</sup>.

## Referenser

1. Cartwright, A. Changes in life and care in the year before death 1969-1987. *J Public Health Med*, 1991. 13(2): p. 81-7.
2. Currow, DC., Higginson, IJ., Johnson, MJ. Breathlessness - current and emerging mechanisms, measurement and management: A discussion from an European Association of Palliative Care workshop. *Palliat Med* published online 9 July 2013
3. Parshall, MB., Schwartzstein, RM., Adams, L., Banzett, RB., Manning, HL., Bourbeau, J., Calverley, PM., Gift, AG., Harver, A., Lareau, SC., Mahler, DA., Meek, PM., O'Donnell, DE., on behalf of the ATS Committee on Dyspnea. An official American Thoracic Society statement: Update of the mechanisms, assessment, and management of dyspnea. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 2012, 185(4), 435-452.
4. Mahler DA. (2011). Understanding mechanisms and documenting plausibility of palliative interventions for dyspnea. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, 5:71–76.
5. Strang, S., A. Ekberg-Jansson, and I. Henocho. Experience of anxiety among patients with severe COPD - A qualitative, in-depth interview study. *Palliat Support Care*, 2013: p. 1-8.
6. Henocho, I., B. Bergman, and F. Gaston-Johansson. Validation of a Swedish version of the Cancer Dyspnea Scale. *J Pain Symptom Manage*, 2006. 31(4): p. 353-61.
7. Campbell, M.L., T. Templin, and J. Walch. A Respiratory Distress Observation Scale for patients unable to self-report dyspnea. *J Palliat Med*, 2010. 13(3): p. 285-90.
8. Booth S., Moffat C., Burkin J., Galbraith S. & Bausewein C. (2011). Nonpharmacological interventions for breathlessness. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care* 2011, 5:77–86.
9. Galbraith, S., Fagan, P., Perkins, P., Lynch, A., Booth, S. Does the use of handheld fan improve chronic dyspnea? A randomised controlled, cross-over trial. *Journal of Pain and Symptom Management* 2010, 39(5), 831-838.



Ingela Henocho

Leg. sjuksköterska, fil. dr, Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Sahlgrenska Akademin, Göteborg