



**SAHLGRENSKA AKADEMIN**  
**INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA**

# **KIPPA EFTER LUFT**

**-Att lindra andnöd & ångest vid KOL**

**Mikaela Ferrario & Ava Unger**

---

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	OM5250 Examensarbete i omvårdnad
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Ht/2018
Handledare:	Zahra Ebrahimi
Examinator:	Patricia Olaya-Contreras

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

## Förord

Ett stort tack till avdelning 355, Sahlgrenska universitetssjukhus, för möjligheten att samarbeta med er och göra detta examensarbete verksamhetsförankrat, det har känts både meningsfullt och spännande. Vi vill även rikta ett stort tack till vår handledare Zahra Ebrahimi för all stöttning och vägledning genom detta arbete.

Titel (svensk)	Kippa efter luft - att lindra andnöd och ångest vid KOL
Titel (engelsk)	Gasp for air - to relieve breathlessness and anxiety in COPD
Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	OM5250 Examensarbete i omvårdnad
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Ht/2018
Författare	Mikaela Ferrario & Ava Unger
Handledare:	Zahra Ebrahimi
Examinator:	Patricia Olaya-Contreras

---

## Sammanfattning:

**Bakgrund:** I Sverige lever idag omkring 400 000–700 000 personer med kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL). Att inte få tillräckligt med luft och känna att livet är hotat är många av dessa personers vardag då symtomen andnöd och ångest ofta ingår i sjukdomsbilden. Andnöd och ångest är komplexa och mångfacetterade symtom vars lindring är en utmaning för sjuksköterskor i den kliniska verksamheten. **Syftet** med studien var att belysa sjuksköterskans symtomlindrande åtgärder för andnöd och ångest hos patienter med KOL. **Metoden** som användes för att svara på studiens syfte var en litteraturoversikt. **Resultatet** analyserades och sammanställdes i form av kategorier: förutsättningar för sjuksköterskans systematiska bedömning av andnöd och ångest, åtgärder och dess effekter, patientens förhållande till hälso- och sjukvård och patientens egna strategier. **Slutsats:** Sjuksköterskans förutsättningar för att lindra patientens symtom bygger på systematisk bedömning och ett personcentrerat arbetssätt.

Nyckelord: KOL, dyspné, andnöd, ångest, sjuksköterska, symtomlindring

# Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund	1
Kronisk obstruktiv lungsjukdom	1
Dyspné och andnöd	1
Ångest	2
Konsekvenser och komplikationer av KOL	2
Behandling	2
Omvårdnadsåtgärder	3
Symtomlindring	3
Lindra lidande	4
Sjuksköterskans kärnkompetenser och kompetensbeskrivning	5
Etiska ramverk	5
Juridiska ramverk och lagar	5
Problemformulering	6
Syfte	6
Metod	6
Datainsamling	6
Dataanalys	8
Resultat	9
Förutsättningar för sjuksköterskans systematiska bedömning av andnöd och ångest	10
Åtgärder och dess effekter	11
Patientens förhållande till hälso- och sjukvård	12
Patientens egna strategier	14
Diskussion	15
Metoddiskussion	15
Etiska överväganden	17
Resultatdiskussion	17
Förutsättningar för sjuksköterskans systematisk bedömning av andnöd och ångest	17
Åtgärder och dess effekter	18
Patientens förhållande till hälso- och sjukvård	19
Patientens egna strategier	20
Kliniska implikationer av studien	20
Vidare forskning	20
Referenslista	
Bilagor	

# Inledning

I Sverige tros 400 000–700 000 personer vara drabbade av KOL och antalet ökar. Det är främst äldre och personer som röker eller har rökt som utvecklar sjukdomen. Vid KOL är det vanligt med omfattande vårdbehov och den årliga kostnaden beräknas vara 14 miljarder kronor. Det årliga antalet dödsfall relaterade till KOL är 2700 (Socialstyrelsen, 2018).

Andnöd vid KOL kan vara av varierande karaktär, den kan vara ihållande eller komma attackvis och den kan uppkomma vid både ansträngning och vila. Andnöd påverkar inte bara patienten utan är även en stor börda för närstående, som kan vara i behov av mycket stöd (Hench, 2014). Andnöd är en känsla av obehag kopplat till andning som kan ha fysisk och psykisk orsak och har både en social och existentiell inverkan på det dagliga livet. Den fysiska och psykiska aspekten av andnöd kan handla om smärta vid andning respektive upplevelse av oro och rädsla vars existentiella påverkan skapar upplevelse av att man kommer att dö (Hench, 2014). Ångest innebär en oroskänsla (Malmquist & Lundh, 2016) som ofta kan ses i samband med andnöd. Det nära sambandet mellan andnöd och ångest gör att gränsen för när en upplevelse börjar och en annan slutar är svårdefinierad. Att lindra andnöd och ångest för patienter som lider av KOL är en stor utmaning för kliniskt verksamma sjuksköterskor. Det är därför angeläget att genom denna litteraturöversikt söka evidensbaserad kunskap kring omvårdnadsåtgärder och symtomlindring vid ångest och andnöd hos patienter som lider av KOL.

## Bakgrund

### Kronisk obstruktiv lungsjukdom

KOL står för kroniskt obstruktiv lungsjukdom (Malmquist & Lundh, 2016) och är en kronisk, inflammatorisk lungsjukdom med långsam sjukdomsprogress (Ericson & Ericson, 2012). Den kroniska inflammationen presenteras i form av inflammation i bronkiolerna som orsakar skador på luftvägar och lungvävnadens stödjevävnad (Gagnemo Persson, Olsson & Thorén, 2016). Emfysem finns ofta med i sjukdomsbilden vid KOL och beror på inflammationen i luftvägar och lungor. Det innebär att alveoler brister och skapar större luftblåsor, vilket resulterar i försämrat gasutbyte (Ericson & Ericson, 2012; Gagnemo Persson et al., 2016) då andningsytan minskar (Ericson & Ericson, 2012). En trängre luftpassage i bronkiolerna gör att luft stannar kvar i lungorna (Hench, 2014). Vid KOL påverkas andning i hög grad och svår andnöd är vanligt förekommande hos dessa personer (Hench, 2014).

### Dyspné och andnöd

Dyspné presenteras i form av andningssvårigheter som andfåddhet och otillräcklig andning (Malmquist & Lundh, 2016) som hos patienter med KOL orsakas av den försämrade lungfunktionen (Ericson & Ericson, 2012). Begreppet dyspné används vid bedömning, till exempel med hjälp av mätinstrument (Rydberg & Holst, 2016) och är ett tecken (Ekman, 2014). Till skillnad från dyspné är andnöd ett symptom och är patientens subjektiva känsla av obehag i samband med andning. I andnöd ryms många olika dimensioner, det kan vara såväl en fysisk upplevelse, till exempel smärta vid andning, till en psykisk upplevelse som kan

skapa oro och rädsla. Det kan väcka existentiella frågor då många känner att de kommer dö. Även det sociala livet begränsas av andnöd (Hench, 2014).

## Ångest

Ångest definieras som en inre oro-och obehagskänsla utan känd orsak och är ofta situationsbunden (Malmquist & Lundh, 2016). Ångest kan upplevas i form av panik, att inte få tillräckligt med luft och som ett tryck över bröstet (Albinsson & Strang, 2012). Om ångest är kopplat till ett kroppsligt tillstånd såsom en svårbehandlad dyspné kallas det sekundär ångest, detta är mycket vanligt vid KOL. Ångest har till skillnad från rädsla en svåridentifierad orsak (Albinsson & Strang, 2012).

## Konsekvenser och komplikationer av KOL

Vid KOL är det vanligt med nedsatt fysisk kapacitet, vilket innebär nedsatt kondition och muskelstyrka men kan även uppkomma efter att personen haft en exacerbation (Socialstyrelsen, 2018), som påskyndar sjukdomsprogress (Malmquist & Lundh, 2016). Vid exacerbation ökar intensiteten av dyspné och mängden sputum, med samtidig feber, hosta och ökande hjärt- och andningsfrekvens (Ericson & Ericson, 2012).

Andra vanliga symtom vid KOL är lättutlöst andfåddhet, blekhet, cyanos, utspänd bröstorg, tunna armar, indragningar, viktnedgång och undernäring (Ericson & Ericson, 2012). Viktförlust och undernäring är kopplat till låg lungfunktion, då energibehovet ökar till följd av det ökade andningsarbetet. Det bristande energiintaget kan vara kopplat till besvär som exempelvis andnöd och en eventuell viktnedgång kan ske snabbt. Undernäring kan i sin tur orsaka minskad muskelmassa och öka risken för infektioner och är tillsammans med nedsatt fysisk kapacitet två bidragande orsaker kopplade till för tidig död (Socialstyrelsen, 2018).

KOL är lika vanligt förekommande hos kvinnor och män och i de fall sjukdomen orsakas av rökning har personen ofta rökt under flera decennier. Vid 50 års ålder har en av tre rökare utvecklat KOL, skador på luftvägar och lungor kan ses hos alla rökare. Rökning är däremot inte den enda orsaken till sjukdomen och cirka en femtedel av de som diagnostiseras med KOL är inte rökare. Orsaker till att personer drabbas av KOL, bortsett från rökning, är att man utsatts för passiv rökning och luftföroreningar under längre tid men även genetik och flertalet luftvägsinfektioner som barn, är bidragande orsaker till att sjukdomen utvecklas (Ericson & Ericson, 2012). Som en konsekvens av den långsamt försämrande lungfunktionen har patienterna ofta svårt att objektivt kunna bedöma sin sjukdoms svårighetsgrad vilket resulterar i att patientens bild av sin sjukdom framstår som orealistisk i jämförelse med resultat av undersökningar med spirometri (Ericson & Ericson, 2012).

Sjukdomen kan presentera sig i form av kronisk bronkit som är hosta med upphostningar, då slemproduktionen ökar (Gagnemo Persson et al., 2016) och orsakar besvär främst på morgonen (Ericson & Ericson, 2012). Vid KOL finns en ökad infektionsrisk (Socialstyrelsen, 2018) som i sin tur ökar risken för exacerbation (Ericson & Ericson, 2012; Gagnemo Persson et al., 2016).

## Behandling

Vid preventiv vård är det av högsta prioritet att erbjuda stöd för att sluta röka eftersom det är den enda åtgärden som kan förhindra sjukdomsprogress. Stödet ska ges i form av

kvalificerade rådgivande samtal, som kan utföras av sjuksköterska, i syfte av att stödja patienterna med rökstopp och vid behov kan det kompletteras med nikotinersättning eller läkemedel (Socialstyrelsen, 2018). Som en del av arbetet för prevention erbjuds alla patienter med KOL vaccinationer mot pneumokocker och varje år erbjuds även vaccination mot influensa (Ericson & Ericson, 2012).

Konditions- och styrketräning men även minskat stillasittande är av betydelse för att öka den fysiska kapaciteten och ska anpassas efter patientens behov och förutsättningar. Det kan exempelvis vara i form av andningsövningar, gångträning och styrketräning. Vid exacerbationer då positiva effekter av träning vill uppnås snabbt används ledarstyrd träning (Socialstyrelsen, 2018).

Viktnedgång och undernäring är vanligt förekommande komplikationer vid KOL. Därför är viktuppföljning viktigt för att tidigt kunna sätta in åtgärder och därmed förhindra eller minska risken för viktnedgång och undernäring. Ett BMI under 22 bedöms som undernäring. För patienter med KOL som är i behov av nutritionsbehandling erbjuds både kostråd och näringsdrycker (Socialstyrelsen, 2018).

Alla patienter med KOL har rätt till patientutbildning och stöd till egenvård och det är vanligt att patientutbildning hålls av en astma- och KOL-sjuksköterska, antingen i grupp eller individuellt. Ämnen som kan tas upp och diskuteras kan handla om hur patienten kan hantera exacerbationer men även stress och ångest (Socialstyrelsen, 2018).

Vid KOL används spirometri och det kvalitetssäkrade frågeformuläret Chronic obstructive pulmonary disease Assessment Test (CAT) för symtombedömning. CAT används för att bedöma hur ADL och patientens välbefinnande påverkas av KOL. Resultatet skapar en utgångspunkt för samtal med patienten och ger vägledning vid beslutsfattande om vilken behandling som är mest lämplig för patienten och möjliggör personcentrerad vård (Socialstyrelsen, 2018).

## **Omvårdnadsåtgärder**

Definitionen av omvårdnadsåtgärd är en handling som bidrar till att uppnå ett satt omvårdnads mål. Omvårdnads målet har sjuksköterskan tillsammans med patienten kommit fram till utifrån en satt omvårdnadsdiagnos som en del i omvårdnadsprocessen (Björvell & Thorell-Ekstrand, 2014).

Eftersom KOL är en obotlig sjukdom är vård av dessa patienter inte kurativ utan palliativ. (Glimelius, 2012). I sena stadier av sjukdomen har patienten ofta hög symtombörda och är i behov av palliativ vård (Strang, 2012a) eftersom den syftar till att uppnå bästa möjliga livskvalitet (Strang, 2012b).

## **Symtomlindring**

Symtomlindring är en av de fyra hörnstenarna inom palliativ vård (Strang, 2012b). "Symtomlindring innefattar lindring av fysiska, psykiska, sociala och existentiella besvär" (Beck, 2017, s. 512). Med detta menas att sjuksköterskan i sitt omvårdnadsarbete ser människan ur ett helhetsperspektiv där de fysiska symtomen hänger ihop med det existentiella, omgivningen och personens psykiska mående och att det är viktigt att lindra personen som en helhet (Willman, 2014).

Då symtom på andnöd innefattar flera dimensioner finns det också flera sätt sjuksköterskan kan hjälpa patienter att lindra deras andnöd på. Först och främst ska sjuksköterskan uppmärksamma och ta reda på om patienten har egna strategier och i första hand använda sig av dem (Heno, 2014).

Information och patientundervisning är två mycket viktiga delar när det kommer till icke-farmakologiska åtgärder. Omvårdnadsåtgärder som underlättar för patienter med andnöd är att i ett tidigt skede uppmuntra aktivitet och träning, detta är ett bra sätt att motverka andnöd i ett senare stadie av KOL-sjukdomen. Andra omvårdnadsåtgärder för att underlätta andnöd kan vara att hjälpa patienter till ett framåtlutande läge, att ha en fläkt mot ansiktet, motståndsandning, hjälp till avslappning, tala lugnande med patienten, förmedla trygghet och kontakta andra i teamet, som sjukgymnast och läkare (Heno, 2014).

Viktiga delar i omvårdnad och behandling av KOL är symtombedömning, rökstopp och sekretmobilisering, vilket kan göras med hjälp av till exempel en PEP-mask. I läkemedelsväg ges Antikolinerga och beta-2 stimulerande, antingen som kortverkande eller i inhalation. Då Antikolinerga kan ge muntorrhet är det mycket viktigt med munvård hos dessa patienter. Förutom muntorrhet kan problem från mag-tarmkanalen vara aptitlöshet, diarré och förstoppning (Gagnemo Persson et al., 2016).

Andra behandlingar som kan lindra dyspné hos patienter med KOL är rehab för aktiviteter i dagliga livet (ADL), non-invasiv ventilatorbehandling (NIV) och syrgasbehandling (Gagnemo Persson et al., 2016).

## **Lindra lidande**

Wiklund Gustin (2014) beskriver att lindring av lidande sker på olika sätt beroende på person och tillfälle. Ibland är lindring av lidandet att som sjuksköterska helt ta över ansvaret från patienten och ge utrymme till att ta det lugnt och bara få vara. Medan lindring av lidande i andra situationer kan vara att göra patienten delaktig, belysa dennes inre resurser och ge patienten redskap för att klara av tillvaron. Eftersom lindring av lidande kan göras på olika sätt är det viktigt att som sjuksköterska ha ett öppet sinne och vara lyhörd för varje enskild människas behov (Wiklund Gustin, 2014).

De olika formerna av lidande som patienten kan uppleva inom vården är sjukdomslidande, livslidande och vårdlidande. Sjukdomslidandet hänger ihop med patientens sjukdom och kan vara lidande som uppkommer vid symtom på sjukdom eller biverkningar av behandlingar. Livslidandet handlar om människans relation till sitt eget liv. Livslidandet kan grunda sig i yttre faktorer som sjukdomar och traumatiska händelser. Det kan också grunda sig i inre faktorer som tanken på jaget och existensen eller att inte bli sedd och bekräftad (Wiklund Gustin, 2014). Vårdlidandet kan uppstå i relationen mellan patient och vårdpersonal. Vårdlidande kan exempelvis ses hos patienter som inte känner sig respekterade eller sedda av sjukvårdspersonal. Det kan också vara ett tyst lidande, då patienterna på grund av otrygghet inte vågar framföra sina synpunkter till vården (Wiklund Gustin, 2014).

Sjukdomslidande möter sjuksköterskan hos i stort sett varje person som hon vårdar (Wiklund Gustin, 2014). Symtomen på en diagnos som till exempel KOL orsakar sjukdomslidande hos patienten (Wiklund Gustin, 2014). KOL är en sjukdom som i stadie 4 orsakar allvarliga symtom, begränsar aktiviteter i det dagliga livet och personens sociala umgänge (Gagnemo Persson et al., 2016); man kan därför anta att dessa personer bär på ett stort sjukdomslidande.



Sjukdomslidandet innefattar såväl en fysisk dimension som en själslig och det är därför viktigt att sjuksköterskan sätter sjukdomslidandet i relation till varje enskild person för att lindra lidandet (Gagnemo Persson et al., 2016).

## **Sjuksköterskans kärnkompetenser och kompetensbeskrivning**

Den legitimerade sjuksköterskans kompetensområde är omvårdnad utifrån en helhetssyn på människan. Sjuksköterskan ansvarar över omvårdnadsarbetet och styr detta utifrån omvårdnadsprocessen. Kunskapsområden som ingår i sjuksköterskans kompetens är bland annat medicinsk vetenskap, beteendevetenskap, kunskap om hållbar utveckling och betydelsen av olika faktorer som kan påverka personers förutsättning för jämlik vård. En kompetent sjuksköterska ska kunna använda all sin kunskap för att ge den bästa vården för patienten. Det är viktigt att vården sker i samråd med patienten och att patienten är delaktig. För att bibehålla sin kompetens ansvarar sjuksköterskan för att hålla sig uppdaterad gällande ny forskning och kunskap inom området omvårdnad (Svensk sjuksköterskeförening, 2017a). Svensk sjuksköterskeförening beskriver sjuksköterskans kärnkompetenser i sex områden vilka är: personcentrerad vård, samverkan i team, evidensbaserad vård, förbättringskunskap och kvalitetsutveckling, säker vård och informatik samt ledarskap och pedagogik.

Läkemedelsbehandling och kontakt med läkare är ofta det centrala för behandling av KOL. Genom en interprofessionell samverkan kan ytterligare positiva effekter ses på symtom, livskvalitet och prognos. Professioner utöver läkare som kan inkluderas i teamet, efter patientens behov, är astma/KOL-sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut, kurator/psykolog och dietist, vilket möjliggör att patienter får sina behov tillgodosedda och god vård (Socialstyrelsen, 2018).

Personcentrerad vård behövs för att patienten inte ska förminska inom vården och ses som ett resultat av sin sjukdom (Edvardsson, 2010). För att kunna ge patienten en personcentrerad vård behöver sjuksköterskan därför lyfta fokus från sjukdomens symtom och se andnöd och ångest i sitt sammanhang (Benzein, Hagberg & Saveman, 2014). Genom att tillämpa en personcentrerad vård förbättrar man såväl kvalitet på omvårdnad, som patientens välmående (Edvardsson, 2010).

## **Etiska ramverk**

Utifrån ICN:s etiska kod för sjuksköterskor beskrivs sjuksköterskans kompetens där flera olika delar ingår. En betydande del är att lindra lidande, de andra delarna är att främja hälsa, förebygga sjukdom och återställa hälsa. Sjuksköterskan ska vara representativ för sin yrkeskategori och värna om mänskliga rättigheter, visa respekt för alla och ge lika vård på lika villkor. Andra delar är att vara lyhörd, ge patienten anpassad information och ge patienten rätten att själv bestämma över sitt liv (Svensk sjuksköterskeförening, 2017b).

## **Juridiska ramverk och lagar**

Som sjuksköterska arbetar man bland annat under hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30). I den framkommer det att vården ska ske efter en prioriteringsordning där den som är i störst behov av vård prioriteras först. Vården ska genomföras av respekt och ske på lika villkor för alla individer.

I patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) kan man, liksom i kompetensbeskrivning för sjuksköterskor, läsa att sjuksköterskor ska utföra sitt arbete efter vetenskap och beprövad erfarenhet. Det framgår även att patienten i så stor utsträckning som möjligt ska vara med och bestämma över sin egen vård.

## Problemformulering

400 000 till 700 000 personer i Sverige har idag diagnosen KOL. Vid KOL är andnöd ett vanligt förekommande symptom och det har ett nära samband med ångest, vilket innebär att den kan trigga i andnöd och förvärra den (Gagnemo Persson et al., 2016). Det är inte ovanligt att andnöd och ångest, i mycket hög grad, medför begränsningar i livet, obehag och dödsångest. KOL är en progressiv lungsjukdom som i dagsläget inte går att bota (Gagnemo Persson et al., 2016) men när det inte går att bota kan man däremot lindra (Lagius-Eklöf & Sundberg, 2014) vilket utgör en stor del av omvårdnaden för denna patientgrupp. Examensarbetet är förankrat till en vårdavdelning som står inför dessa utmaningar varje dag, då de bland annat vårdar KOL-patienter med svår andnöd och ångest. Avdelningen har en strävan efter att ge patienter bästa möjliga vård utifrån senaste evidens och kunskap. Att genomföra en litteraturstudie inom detta området var kliniskt motiverat och angeläget för oss som blivande sjuksköterskor.

## Syfte

Syftet är att belysa sjuksköterskans symptomlindrande åtgärder för andnöd och ångest hos patienter med KOL.

## Metod

För att ta reda på vilka symptomlindrande omvårdnadsåtgärder som finns för patienter med KOL som har andnöd och/eller ångest, gjordes en litteraturoversikt. Syftet har styrt innehållet och arbetsprocessen i litteraturoversikten, från val av sökord, metod, resultat och resultatdiskussion till implikationer i den kliniska verksamheten. Både artiklar med kvantitativ och kvalitativ ansats bedömdes vara relevanta att inkludera i studien (Friberg, 2017).

## Datainsamling

För att ta fram tänkbara sökord användes strukturen PIO (Rosén, 2017), där P står för population och syftar i detta fallet på patienter med KOL, I står för intervention och var omvårdnadsåtgärder vid andnöd och ångest, O står för utfallsmått och var symptomlindring. Därefter söktes korrekta översättningar för sökorden. Då det inte fanns en exakt översättning för symptomlindring användes Oxford dictionaries och Svensk MeSH. Sökningen delades upp i fyra sökblock där det första sökblocket motsvarade populationen och det andra sökblocket beskrev andnöd och ångest. Som tidigare nämnt fanns det inte en exakt översättning av

symtomlindring. För att komma så nära den svenska motsvarigheten av ordets innebörd som möjligt delades sökordet upp i sökblock tre och fyra, där sökblock tre beskrev lindring och sökblock fyra specificera att det skulle vara åtgärder utförda av sjuksköterskan. En beskrivning av sökorden finns att se i söktabellen.

Databaser som användes för sökningen var Pubmed och Cinahl. Sökorden valdes genom att söka efter korrekta sökord i databasernas ämnesordsregister (Karlsson, 2017). För att underlätta arbetet användes Svensk MeSH och Oxford Dictionaries då det inte fanns en exakt översättning av "symtomlindring".

För att få en överblick över forskningsområdet och omfattningen av dess forskning gjordes en inledande informationssökning (Östlundh, 2017) på samma sätt i både PubMed och Cinahl. De första sökningarna gjordes på varje enskilt sökord och de sökord med högst antal träffar valdes. Därefter kombinerades olika sökord. Sökningarna och antalet träffar dokumenterades i ett arbetsdokument enligt Östlundh (2017). Sökorden trunckerades (Östlund, 2017), vilket gjorde att relevanta artiklar inte missades.

Sökorden i sökblocken bestod av både ämnesord och fritext som är det mest lämpliga tillvägagångssättet för att kunna hitta relevanta studier enligt Willman, Bahtsevani, Nilsson och Sandström (2016). Booleska sökoperatörer "OR" och "AND" användes för att kombinera sökblocken. För att få träffar på alla referenser som berör syftet användes "OR" mellan sökorden inom sökblocken, då alla referenser som innehåller minst ett av sökorden anges som träffar. För att begränsa antalet träffar till de som skulle kunna besvara syftet användes "AND" eftersom det kräver att referenser innehåller minst ett av sökorden i alla sökblock (Willman et al., 2016).

## Söktabell

Datum	Sökord	Begränsningar (Limits)	Antal räffar	Relevanta abstrakt	Granskade artiklar	Valda artiklar
PubMed 30/10	((((COPD OR Chronic Obstructive Lung Disease)) AND (Dyspnea OR Shortness of Breath OR Breathlessness OR Anxiety)) AND (relie* OR reduction OR palliation)) AND (Nurs* OR Nursing Personnel)		118	60	34	11
Cinahl 5/11	(COPD OR Chronic Obstructive Lung Disease) AND (Dyspnea OR Shortness of Breath OR Breathlessness OR Anxiety) AND (relie* OR reduction OR palliation) AND (Nurs* OR Nursing Personnel)	peer- reviewed	9	3	0	0

Ett första steg för att hitta och bedöma artiklar som skulle kunna inkluderas i resultatet var att ha peer-reviewed som inklusionskriterie. Därefter gjordes en bedömning av artikelns relevans utifrån dess titel och sedan lästes abstrakt. Syfte och resultat i artiklar vars abstrakt ansågs kunna besvara denna studiens syfte lästes. De artiklar som var relevanta lästes i fulltext och kvalitetsgranskades, artiklarna granskades först av båda författarna enskilt granskningsmallen från Röda Korsets Högskola (2005). Därefter diskuterades artiklarna och en gemensam bedömning gjordes.

## Dataanalys

De valda artiklarna lästes i sin helhet av båda författarna för att skapa en djupare förståelse för innehållet. Sedan lästes alla inkluderade artiklarnas resultat noggrant av båda författarna med

fokus på att hitta likheter och skillnader som svarade på studiens syfte (Friberg, 2017). Därefter lästes all text som hörde ihop och författarna formulerade 11 subkategorier utifrån vad som uppfattades vara kärnan i texten. På liknande sätt placerades subkategorier som hängde ihop med efterföljande formulering av fyra kategorier som besvarade syftet.

## Resultat

Syftet med föreliggande litteraturstudie var att belysa sjuksköterskans symtomlindrande åtgärder för andnöd och ångest hos patienter med KOL. Resultatet kategoriserades enligt resultattabellen nedan.

### Resultattabell

Kategorier	Subkategorier
Förutsättningar för sjuksköterskans systematiska bedömning av andnöd och ångest	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mätinstrument för bedömning av dyspné</li> <li>- Faktorer som påverkar sjuksköterskans bedömning och agerande</li> </ul>
Åtgärder och dess effekter	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hur sjuksköterskan skapar en trygg miljö för symtomlindring</li> <li>- Effekter av omvårdnadsåtgärder utförda av sjuksköterska</li> <li>- Lägesändring och läkemedel för att underlätta andning</li> </ul>
Patientens förhållande till hälso- och sjukvård	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hinder i vardagen för patienter med KOL</li> <li>- Uppfattning av hälso- och sjukvård och följsamhet hos patienter med KOL</li> <li>- Faktorer som påverkar när patienter söker akutsjukvård</li> </ul>
Patientens egna strategier	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Egna strategier för att hantera akut andnöd</li> <li>- Egna strategier för att hantera aktivitetsutlöst- och kroniskt ihållande andnöd</li> <li>- Hinder vid användning av egna strategier</li> </ul>

# Förutsättningar för sjuksköterskans systematiska bedömning av andnöd och ångest

## Mätinstrument för bedömning av dyspné

Sjuksköterskans användning av olika mätinstrument vid bedömning av dyspné och ångest visade sig vara en förutsättning för sjuksköterskans systematisk bedömning och symtomlindring. Mätinstrument som användes för bedömning av dyspné hos patienter med KOL var Manchester Early Morning Symptoms Index (MEMSI) (Garrow, Khan, Tyson, Vestbo, Singh & Yorke, 2015) som kan användas för att bedöma tidiga morgonsymtom och Respiratory Distress Observation Scale (RDOS) (Campbell, Templin & Walch, 2010) som kan användas för att bedöma dyspné hos patienter som inte kan rapportera en självskattning.

Garrow et al. (2015) har genom sin studie utformat mätinstrumenten MEMSI som grundar sig på sex huvudområden: dyspné, förekomst och ihållighet av hosta, förekomst och avlägsnandet av sputum, muntorrhet, läkemedelsanvändning samt fatigue och nedsatt aktivitet. 10 olika variabler skattades på en skala med ”aldrig”, ”sällan”, ”ibland”, ”ofta” och ”alltid”.

Mätinstrumentet visade god validitet och reliabilitet och kan underlätta den kliniska bedömningen av symtom hos patienter med KOL (Garrow et al., 2015).

Ålder, kön, etnicitet eller respiratorisk- och neurologisk diagnos hade inte påverkan på poängskattningen för RDOS. De samband som kunde ses var med syresaturation, Fio “fraction of inspired oxygen” vilket indikerade hypoxi och behov av syrgas, visuell analog skala (VAS) och var även sensitiv för förändringar av behandling. Det gav indikation på att högre nivåer av lidande, kunde ses hos personer som var närmast döden och hade mest omfattande kognitiva funktionsnedsättningar (Campbell et al., 2009).

## Faktorer som påverkar sjuksköterskans bedömning och agerande

För faktorer som påverkar sjuksköterskans bedömning och agerande beskrivs hur tecken på dyspné, dess olika mönster, patientens förmåga att kontrollera och efterföljande tillvägagångssätt (Jellington, Overgaard & Sørensen, 2016). Hur sjuksköterskan skapar en trygg miljö för symtomlindring beskriver hur känsla av trygghet kan skapas genom faktorer som: kontroll, planering, samordning och sjuksköterskans närvaro (Jellington et al., 2016).

Sjuksköterskorna kunde använda sig av olika tillvägagångssätt gällande beteende och närvaro vid omvårdnad av patienter med KOL på sjukhus, beroende på flera faktorer. Aktivitetsutlöst- och kronisk ihållande dyspné ansågs vara “inom mönstret” och karakteriserades av mild intensitet, hanterbar ångest och var relativt lättbehandlad (Jellington et al., 2016). Generellt hade sjuksköterskorna uppfattningen av att majoriteten av patienterna var mycket duktiga på att hantera den typen av dyspné (Jellington et al., 2016).

Akut dyspné definierades som plötslig (Jellington et al., 2016) eller svårkontrollerad andnöd som kunde ses hos patienter med KOL vid inläggning på sjukhus på grund av exacerbationer (Bailey, Colella & Mossey, 2004). Vidare ansågs akut dyspné av sjuksköterskorna som att vara “utanför mönstret” för dyspné där patienterna förväntades ha allvarlig ångest. Det fanns flera uppfattningar om sambandet mellan andnöd och ångest (Jellington et al., 2016). Enligt Jellington et al. (2016) uppfattade sjuksköterskorna ångest som existentiell om den var högre än förväntat vid dyspné. Vidare ansågs ångest vara en stor bidragande faktor till akut dyspné (Jellington et al., 2016), det huvudsakliga problemet och både dess orsak och konsekvens

(Bailey et al., 2004). Vidare innehöll sjuksköterskornas beskrivning av patienter med akut dyspné endast beteenden som att de klagade mycket, var mycket ängsliga och krävande (Bailey et al., 2004).

Enligt Jellington et al. (2016) grundades val av tillvägagångssätt vid omvårdnad av patienten på tecken på dyspné, dess olika mönster hos patienten och hur väl patienten kunde kontrollera den (Jellington et al., 2016). Ett tillvägagångssätt var att sjuksköterskorna försökte stötta patienten vid uppfattning om att denne kunde hantera sin andnöd, genom kontinuerliga bedömningar, för att inte pressa patienten förbi gränsen för när de inte kunde hantera den längre (Jellington et al., 2016).

Ett annat tillvägagångssätt var direkta förhandlingar och användes av sjuksköterskan när patienten bedömdes ha akut dyspné. Vid direkta förhandlingar förklarade sjuksköterskan aktuella interventioner och betydelsen det har för patienten att dessa genomförs (Jellington et al., 2016). När en patient hade akut dyspné beskrev sjuksköterskor sig själva som mycket tillmötesgående (Jellington et al., 2016).

Ett tredje tillvägagångssätt var att sjuksköterskorna använde sig av en inofficiell mall för att tolka patienternas beteenden och gav omvårdnad baserat på mallen. Mallen användes oavsett vilken kontaktorsak patienterna hade angivit vid inläggning på sjukhus med akut exacerbation och åtgärderna hade en hierarkisk prioritering där den emotionella vården var av lägsta prioritet (Bailey et al., 2004).

## **Åtgärder och dess effekter**

### **Hur sjuksköterskan skapar en trygg miljö för symtomlindring**

Sjuksköterskorna menade att en kontrollerad miljö var viktig för att kunna lindra andnöd och var beroende av specifika strukturerade ramverk (Jellington et al., 2016). För att kunna skapa en trygg och säker miljö för symtomlindring behövdes tid för planering och samordning, att vara närvarande hos patienten i både kropp och sinne, ett lämpligt ramverk för kroppskontakt mellan sjuksköterska och patient t.ex kunna hålla patientens hand och vara i samma höjd som patienten. Även tillgänglig utrustning och tillräckligt med plats att röra sig på (Jellington et al., 2016).

### **Effekter av omvårdnadsåtgärder utförda av sjuksköterska**

Genom att kombinera dyspnea self-management (DM) med övervakade träningstillfällen av sjuksköterskor, observerades ett samband mellan minskad risk för depression och minskad dyspné.

DM minskade risken för depression och bestod av individuell patientutbildning, strategier för att hantera sin andnöd, individuell gångförskrivning i hemmet, självmonitorerad träning med pedometer och träningsdagbok (Nguyen & Carrieri-Kohlman, 2005). Vidare visade Nguyen och Carrieri-Kohlmans studie (2005) att sambandet mellan minskad risk för depression och minskad dyspné var beroende av nivå av risk för depression och antalet övervakade träningstillfällen, där fler tillfällen gav större effekt hos patienter med hög risk för depression. Även patienter med låg risk för depression fick minskad dyspné genom övervakade träningstillfällen men var inte beroende av dess antal (Nguyen & Carrieri-Kohlman, 2005).

Det fanns dock ingen signifikant skillnad på risken för depression gällande uthållighet vid träning, social funktion eller psykisk funktion (Nguyen & Carrieri-Kohlman, 2005).

Genom en hembaserad psykoedukativ intervention med KBT för patienter med avancerad KOL, där man arbetade med både andnöd och ångest, kunde statistiskt signifikanta förbättringar ses för ångest, livskvalitet relaterat till kontroll och livskvalitet relaterat till känslor (Bove, Lomborg, Overgaard, Lindhardt & Midtgaard, 2016).

Wilson, Fitzsimons, Bradbury och Elborn (2008) visade att intensiva interventioner av sjuksköterskor, utöver enkla råd för rökstopp hos patienter med KOL inte är effektiva. Ingen av deltagarna hade uppnått rökstopp vid uppföljning vid 12 månader. Det kunde inte ses förändringar i självskattad dyspné eller lungfunktion för patienter med oförändrade rökvanor efter 12 månader (Wilson et al., 2008).

### **Lägesändring och läkemedel för att underlätta andning**

För behandling av de fysiska symtomen och optimera andning, användes läkemedel som syrgasbehandling och bronkdilaterare och lägespositioner (Bailey et al., 2004). Ogino, Mase, Nozoe, Wada, Uchiyama, Fukuda och Domen (2015) kunde i sin studie visa att en armstöttande position ökade lungvolymen, end-inspiratory lung volume och end-expiratory lung volume i jämförelse mot att stå upprätt eller framåtlutad. En armstöttande position innebar att deltagaren stod upp lätt framåtlutad med underarmarna vilande på en plan yta. Expiratory flow limitation (EFL) och dyspné var signifikant lägre med en armstöttande position. Samma resultat kunde ses hos friska personer och är därmed inte specifikt för patienter med KOL.

## **Patientens förhållande till hälso- och sjukvård**

### **Hinder i vardagen för patienter med KOL**

Andnöd var enligt patienter det värsta symtomet som begränsade dem och orsakade funktionsnedsättning (Gysels & Higginson, 2011) vars konsekvenser gick ut över relationer med närstående och vänner på grund av ökat beroende och social isolering (Gysels & Higginson, 2011), O'Neill, 2002) men även ekonomin blev lidande när de förlorade sitt arbete. Stigmatisering var ett problem för deltagarna i O'Neill (2002) som upplevde att deras läkare hade fördomar mot dem på grund av sina rökvanor eller för att de var kvinnor men berättade även att personer de stöter på i sitt dagliga liv kunde stirra och skratta åt dem för att de blev trötta snabbt och tog sig fram långsamt.

Patienter i Gysels och Higginson (2011) beskrev att de sökte sjukvård när symtomen inte längre gick att förneka och var rädda. Vidare kopplade patienter andnöd till att de rökt under hela sina liv och hade känslor av skuld och skam eftersom de såg sjukdomen som självförvållad. Vidare kom de till insikt om att det inte fanns en mirakellösning i takt med deras kontinuerligt försämrade kondition. Deltagare försökte förtränga sin sjukdom och relaterade besvär och var rädda att veta för mycket (Luckett et al., 2017) vilket kunde medföra att de inte ville träffa läkare och de som rökt var över rädda för att få höra att de hade cancer (Gysels & Higginson, 2011).



Patienter trodde att miljöfaktorer hade bidragande effekt för utveckling av sin sjukdom som passiv rökning, arbete i fabriker och luftvägsinfektioner (O'Neill, 2002). Patienter i Luckett et al. (2017) angav att närvaron av yttre faktorer som kunde förvärra deras andnöd utgjorde grunden för hur trygga de kände sig i en specifik miljö. Vidare var de medvetna att undvikande av otrygga miljöer utgjorde en risk för att begränsa deras liv och leda till social isolering.

### **Uppfattning av hälso- och sjukvård och följsamhet hos patienter med KOL**

Patienter med KOL i både Wilson et al. (2008) och O'Neill (2002) hade rökt i genomsnitt ungefär 42 år. Däremot var rökning inte något hela patientpopulationen hade gemensamt. Det kunde konstateras då 13% av patienterna i O'Neill (2002) inte rökt och i Wilson et al. (2008) exkluderas 284/516 patienter då de redan slutat röka.

Wilson et al. (2008) poängterade att följsamhet för interventioner mot rökning kunde vara en utmaning för patienterna med KOL. Innan studiens början tackade 61 personer nej till att delta i studien för att de inte ville sluta röka eller delta i uppföljningen för interventionen. För de personer som deltog i studien var närvaron låg och ingen hade uppnått rökstopp vid uppföljningen efter 12 månader, dessutom sågs ingen skillnad på rökvanor eller motivation till att sluta röka. En del patienter tog emot erbjudandet för nikotinsubstitutbehandling men även det med utebliven påverkan på personernas rökvanor (Wilson et al., 2008).

I motsats till interventionen för rökstopp kunde man i Bove et al. (2016) studie om psykoedukation se en sämre följsamhet för deltagarna som inte fick intervention. Där var det dubbelt så många deltagare i kontrollgruppen som hoppade av i jämförelse med interventionsgruppen, och man kunde se ett samband med att hoppa av och högre nivåer av ångest vid screening (Bove et al., 2016).

Daglig användning av antibiotika användes av en del patienter, detta trots deras vetskap om att det var emot medicinska råd. Motivet för antibiotikaanvändningen var att förhindra luftvägsinfektioner, öka känslan av kontroll och att förbereda sig för en eventuell episod av akut andnöd (Luckett et al., 2017). Patienter som fick opioider uppfattade det som att de syftade till att behandla ångest och smärta, snarare än deras andnöd (Luckett et al., 2017).

Patienterna bedömde sin vård utifrån dess tillgänglighet, expertis och ett personcentrerat arbetssätt (Luckett et al., 2017). De förväntade sig råd och stöd av sjukvårdspersonalen och att man tillkännagav deras egen kunskap genom att arbeta tillsammans i ett partnerskap (Jellington et al., 2016). Däremot kunde skillnader i uppfattning av sambandet mellan andnöd och ångest av sjuksköterskor och patienter resultera i att patienterna upplevde att deras sjukdom inte togs på allvar och de ville bevisa hur sjuka de var, medan sjuksköterskorna förlorade motivationen till att tala med patienterna (Luckett et al., 2017). När sjukvården inte arbetade efter ett personcentrerat arbetssätt valde patienterna att söka sig till andra professioner eller avsäga sig kontakt med all sjukvård, även akutsjukvård, för att de inte kände sig respekterade för sin kunskap om sjukdom och strategier (Luckett et al., 2017).

### **Faktorer som påverkar när patienter söker akutsjukvård**

Många faktorer spelar in för när patienter med KOL väljer att söka akutsjukvård för sin andnöd, där en av faktorerna är den egna bedömningen av sina symtom. I Luckett et al. (2017) gjorde patienterna en bedömning utifrån symtomens allvarlighetsgrad och om de hade

förmågan och resurserna för att hantera symtomen själva eller om de behöver söka akut vård, detta beslutet togs ofta inom ett tidsintervall på fem till tjugo minuter.

Patienter som upplevde att de hade större kontroll sökte vård först vid en större symtombörda (Luckett et al., 2017). Förlust av kontroll sågs främst nattetid till följd av mindre tillgångar av stöd och förmåga att hantera sina känslor (Luckett et al., 2017). De flesta patienterna sökte akutsjukvård vid plötslig och snabbt eskalerande andnöd då de inte kunde bedöma den utlösande faktorn (Luckett et al., 2017). Andra tillstånd då patienterna sökte akutsjukvård var om andnödens karaktär förändrades till tryck över bröstet eller om de upplevde tecken på luftvägsinfektion (Luckett et al., 2017). Om syrgas inte kunde lindra andnöd var det av stor betydelse vid övervägande av att söka akutsjukvård (Luckett et al. 2017).

## **Patientens egna strategier**

Utgångspunkten för patienternas val av strategier för symptomkontroll berodde på deras uppfattning av aktuella symptom (O'Niell, 2002). O'Niell (2002) beskriver att patienterna i studien skaffat sig information om KOL från flera olika typer av källor exempelvis från tidningar, broschyrer, rehabilitering, av sina läkare eller genom sina vänner.

För att hantera sina symptom såg en del av patienterna det som ett projekt och satte därför upp mål, identifierade hinder för att sedan hitta lämpliga lösningar och därefter utvärdera resultat (Luckett et al., 2017). Vid mer allvarlig andnöd användes farmakologiska behandlingar i första hand och för mindre allvarlig andnöd användes icke-farmakologiska åtgärder (Luckett et al., 2017). Hälften av patienterna i O'Niell (2002) kunde kontrollera sina symptom till den grad att de inte behövt hjälp av andra medan de som fått vidta åtgärder på grund av oförmåga att kontrollera sina symptom och kontaktade då antingen larmcentralen, familj och vänner eller sin läkare (O'Niell, 2002).

## **Egna strategier för att hantera akut andnöd**

Bensodiazepiner användes vid akut andnöd (Luckett et al., 2017). Pulsoximeter var den vanligaste metoden patienterna använde sig av i sina hem för att bedöma allvarlighetsgraden av akut andnöd (Luckett et al., 2017) där de egna bedömningarna av mätvärdet byggde mer på egna erfarenheter än på riktmärken från sjukvården. Vid ökande intensitet av andnöd, där mätvärdet på pulsoximetern inte motsvarade deras upplevelse, tolkade patienterna det som ett tecken på ångest (Luckett et al., 2017) Patienterna identifierade ett samband mellan andnöd och ångest som kunde ge en ond spiral och orsaka exacerbation om det inte gick att kontrollera. Dessutom nämnde patienterna att det fanns ett behov av att utesluta ångest innan bedömning av andnöd (Luckett et al., 2017).

För att kunna kontrollera sin ångest och bedöma sin andnöd använd patienterna hjärtmonitorer och mindfulness (Luckett et al., 2017). Beskrivningen av andnöd som gavs av patienter med KOL var att den var starkt kopplad till känslor av ångest, panik och rädsla för att dö (Gysels & Higginson, 2011). Det fanns svårigheter kopplade till oförutsägbarhet av akut andnöd (O'Niell, 2002) som resulterade i känslor av att inte känna sig förberedd inför framtiden (Gysels & Higginson, 2011). Det fanns även patienter som kunde hantera sina tankar om rädsla för att dö genom insikten om att de inte kunde styra sitt öde (Luckett et al., 2017).

## **Egna strategier för att hantera aktivitetsutlöst- och kroniskt ihållande andnöd**

Läkemedel som användes av patienterna för att lindra andnöd var bronkodilaterare (Luckett et al., 2017) och inhalationer (O'Niell, 2002). Antidepressiva läkemedel användes för att förebygga ångest (Luckett et al., 2017). Även syrgas användes i olika utsträckning som en strategi för att lindra andnöd i hemmet (Luckett et al., 2017). Pulsoximeter användes av många patienter som ett verktyg för att kontrollera och hantera sin andnöd (Luckett et al., 2017) men även för att få en uppskattning av hur mycket aktiviteter de kunde utföra. Patienterna använde andningsövningar för att hantera andnöd (Luckett et al., 2017) och det var den mest använda strategin hos patienterna i (O'Niell, 2002) men kunde även användas vid ångest (Luckett et al., 2017). Patienter menade att andningsövningar bestod av flera olika komponenter som mindfulness, avslappning och gav känsla av kontroll över nivåer av både syrgas och koldioxid (Luckett et al., 2017). Patienterna använde vila och energibesparande metoder för att kunna kontrollera sin andnöd (O'Niell, 2002). Olika typer av kognitiva strategier användes av patienterna för att minska lidande kopplat till andnöd som distraktioner, att tala med sig själv och att omge sig med positiva personer. Avslappning och att be ökade patienternas kontroll av andnöd (O'Niell, 2002).

### **Hinder vid användning av egna strategier**

Patienternas användning av läkemedel var dock inte helt problemfri. Patienterna hade biverkningar av läkemedel som bronkdilaterare (Luckett et al., 2017) och kortison (Gysels & Higginson, 2011). Patienterna upplevde att läkarna skrev ut för mycket läkemedel (O'Niell, 2002). När patienterna inte fått hjälp av hälso- och sjukvården att hitta strategier för att kunna förstå och hantera sin sjukdom grundades deras kunskap på egna erfarenheter som byggdes under sjukdomens förlopp (Gysels & Higginson, 2011). Enligt O'Niell (2002) var det först när patienterna gått på lungrehabilitering som de lärde sig att använda sina inhalationer på rätt sätt och i Gysels et al. (2011) studie var det endast patienter som fått lungrehabilitering som lärt sig strategier som gav dem en acceptabel livskvalitet.

Patienterna kunde identifiera faktorer som förvärrade andnöd och försökte undvika dem. Mer specifikt undvek patienterna ytterligheter av väder (O'Niell, 2002; Luckett et al., 2017), tobaksrök, ångor, parfym, folksamlingar vid tider av influensa (O'Niell, 2002), luftföroreningar, pollen och läkemedel som kunde förvärra symtom (Luckett et al., 2017).

## **Diskussion**

### **Metoddiskussion**

Syftet med studien var att få en överblick över evidensbaserade omvårdnadsåtgärder för symtomlindring vid andnöd och ångest hos patienter som lider av KOL. Studiedesignen som valdes var en litteraturöversikt, då det är en lämplig metod som möjliggör en översikt över ett forskningsområde, vilket är ett krav för att bedriva evidensbaserad vård (Frieberg, 2017; Rosén 2017). Författarnas avsikt med att genomföra och rapportera på ett strukturerat och tydligt arbetssätt och metod med redovisning av urvalskriterier och sökstrategier var för att öka studiens reproducerbarhet (Rosén, 2017).

Databaserna valdes efter relevans för studiens syfte. Genom att söka litteratur i två olika databaser minskade risken för publiceringsbias (Willman et al. (2016)). Att hitta rätt sökord var en stor utmaning i denna studie, mycket på grund av att det inte fanns en exakt engelsk term för det svenska ordet symtomlindring. Ett gediget och noggrant arbete gjordes för att hitta rätt sökord. Författarna gjorde testsökningar på varje sökord, först enskilt och sedan i kombination med andra sökord. Med utgångspunkt i problemformuleringen och med hjälp av databasernas ämnesordlistor, kunde de mest passande ämnesorden hittas. Kombination av ämnesord och användning av sökord i fritext, gav förutsättningar för att optimera sökningens lämplighet (Willman et al., 2016), vid samtidig användning av Svensk Mesh och Oxford dictionaries för översättning. Sökningens sensitivitet var stor eftersom flera sökord användes inom sökblocken, tillsammans med trunkering och booleska sökoperatörer men hade däremot mindre specificitet, som kan förklaras av antalet sökord (Willman et al. (2016)).

I Cinahl begränsades sökningen till peer-reviewed, vilket gjordes för att enbart få träffar på artiklar publicerade i vetenskapliga tidskrifter (Östlundh, 2017). Författarna gjorde valet att inte ha några ytterligare avgränsningar gällande exempelvis språk, dokumenttyp eller publiceringsår. Det gjordes för att öka sensitiviteten på sökningen och få träffar på alla relevanta artiklar för studiens syfte, för att i ett senare steg exkludera fler artiklar under artikelgranskningen (Willman et al., 2016). Det fanns inga inklusions- och exklusionskriterier för artiklarnas studiedesign eftersom den begränsningen innebar ett för litet antal träffar, då studiedesign skiljer sig åt mellan artiklarna minskar det, enligt Henricson (2017), studiens generaliserbarhet.

Billhult och Gunnarsson (2012) användes till hjälp för förståelse, tolkning och därefter bedömning av lämplighet av studiedesign hos de kvantitativa studierna. Vid osäkerhet och hinder vid granskning av artiklar diskuterades artikelns innebörd och påverkan av kvalitet gemensamt av författarna, utifrån metodens preliminära evidensgradering (Rosén, 2017)

Mårtensson och Fridlund (2017) menar att såväl författarna till en uppsats och dess läsare fastställer och bedömer kvalitén. Statistisk signifikans och kvalitet av studie var av stor betydelse vid artikelgranskning av kvantitativa artiklar, vilket gjorde att kvalitativa studier prioriterades även i de fall då de inte utgick från sjuksköterskans perspektiv. Eftersom studiens syfte var att belysa sjuksköterskans symtomlindrande åtgärder men inkludera studier som utgick från patientens perspektiv påverkar det hur väl syftet besvaras och därmed dess kvalitet.

Två artiklar som inkluderades i resultatet handlade om mätinstrument för att bedöma symtom vid KOL. Detta svarar inte specifikt på syftet då de inte tar upp åtgärder, men författarna bedömde studierna som relevanta eftersom användning av ett användbart mätinstrument är en förutsättning i bedömning av dyspné och ångest. Att göra en systematisk bedömning över patientens symtom är en mycket viktig del i omvårdningsprocessen för att kunna lindra patientens lidande.

Kvalitetsgranskning av alla artiklar gjordes med användning av Röda Korsets Högskolas granskningsmall (2005). Den första artikeln kvalitetsgranskades gemensamt. Resterande artiklar delades upp mellan författarna för fortsatt granskning och kan minska reliabiliteten (Henricson, 2017) men är inte nödvändigtvis av betydelse för resultatet eftersom bedömningen av dem gjordes gemensamt och för att den första artikeln granskades gemensamt (Mårtensson & Fridlund, 2017).

Författarnas förförståelse för det valda ämne var begränsat innan arbetets början vilket kan ha bidragit med en mer objektiv tolkning av resultatet vid dataanalys. De framtagna kategorierna är trovärdiga då författarna läste resultaten flertalet gånger och sedan tog fram kategorierna gemensamt. I arbetet användes både artiklar med kvalitativ och kvantitativ ansats, detta kan ses som en svaghet då det försvårar jämförelse av resultat och gör att det inte är möjligt att generalisera och dra slutsatser (Henricson, 2017). Studierna representerar en bredd genom att vara utförda i olika länder. Trots att KOL yttrar sig på samma sätt oberoende av i vilket land patienten bor kan det finnas stora skillnader gällande hälso- och sjukvård, vilket påverkar studiernas överförbarhet till svenska förhållanden.

Artiklarna studerade olika miljöer som vårdinstanser och hemmiljö vilket kan göra att resultatet blir splittrat och minskar generaliserbarheten men kan öka förståelsen för hur vården ser ut för patienter med KOL inom olika verksamheter. I fyra av studierna var patienterna klassificerade med KOL enligt GOLD standard.

### **Etiska överväganden**

Alla inkluderade artiklar hade etiskt godkännande. I en av studierna delades en liten ersättning ut på 10 dollar, med tanke på den låga ersättningen ses inte detta påverka deltagarna på ett vinklat sätt. En del av artiklarna inkluderade i resultatet var sponsrade och då gjordes bedömning huruvida det hade en påverkan på studiens trovärdighet och kvalitet. Bland artiklarna fann författarna att Wilson et al. (2008) var sponsrad av ett läkemedelsföretag och att detta skulle kunna påverka dess trovärdighet, men eftersom resultatet inte visade på statistiskt signifikanta förändringar av rökvanor, även med nikotinsubstitutsbehandling, ansågs artikelns resultat vara trovärdigt då utfallet inte gynnar dem.

### **Resultatdiskussion**

Arbetet utgår från sjuksköterskans kärnkompetenser som teoretisk referensram (Svensk sjuksköterskeförening, 2017a) och omvårdnadsbegreppet lindra lidande. Resultatet visar på en stor bredd på omvårdnadsåtgärder som speglar sjuksköterskans omvårdnadsarbete vid lindring av andnöd och ångest. Det framkommer dels att andnöd är ett mycket komplext symtom som kan yttra sig på många olika sätt (Henoch, 2014) och dels att det kräver många olika typer av åtgärder. Genom ett helhetsperspektiv på omvårdnaden kan sjuksköterskan göra mycket för att lindra lidandet hos patienten, hela vägen från prevention till andnöd i det akuta skedet. En röd tråd i resultatet var sjuksköterskans relation till patienten och hur detta sätter förutsättningarna för en god vård och lindrat lidande.

### **Förutsättningar för sjuksköterskans systematisk bedömning av andnöd och ångest**

Sjuksköterskans symtomlindrande åtgärder för att lindra andnöd och ångest är en process som börjar med bedömning av symtom. Symtom är subjektiva och det är därför viktigt att patientens upplevelse läggs till grund för sjuksköterskans bedömning. Även Gagnemo Persson et al. (2016) påtalar vikten av symtombedömning för omvårdnaden vid KOL. Studierna visade att sjuksköterskans objektiva bedömning av patienterns symtom och tecken

på andnöd och ångest bör systematiseras och baseras på reliabla och validerade mätinstrument (Garrow et al., 2015; Campbell et al., 2009). Enligt Heno och Strömberg (2017) kan mätinstrumentet RDOS användas utöver VAS och MEWS vid bedömning av dyspné, vid vård av patienter som inte kan uttrycka en självskattning av sina symtom. Däremot anger de att RDOS ännu inte är validerat för användning inom hälso- och sjukvård i Sverige.

I resultat framkommer att sjuksköterskan även använde sin kliniska blick vid bedömning, dels för att avgöra dyspnéns allvarlighetsgrad, dels för att samla information kring patienten och dennes resurser och därefter välja tillvägagångssätt för omvårdnaden (Jellington et al., 2016). En nyckel för att ge adekvat omvårdnad var att förstå patientens andnöd och dess samband till ångest (Jellington et al., 2016; Bailey et al., 2004). Det nära sambandet mellan andnöd och ångest som presenterats i resultatet kunde bekräftas av Heno och Strömberg (2017) som menar att upplevelsen av andnöd beror på både dess intensitet och emotionella påverkan. Vidare anges att patienter med KOL, vars ordval vid beskrivning av andnöd, hade ett större samband med emotioner även hade en mer allvarlig sjukdom. Till skillnad från resultatet där ångest endast beskrivs utifrån dess intensitet menar Albinsson och Strang (2012) att det finns olika typer av ångest och att den sekundära ångesten har en fysiologisk orsak, vilket kan ses vid exempelvis svårbehandlad dyspné.

Ett sätt för sjuksköterskan att tillsammans med patienten nå en mer enig uppfattning om orsaken till patientens lidande beror på andnöd eller ångest, kan vara att ha i åtanke att det finns olika typer av ångest. Den sekundära ångesten som uppkommer till följd av svårbehandlad andnöd (Albinsson & Strang, 2012) kan vara orsaken till att sjuksköterskan tolkar patientens symtom som endast (Bailey et al., 2004) eller till stor del, vara orsakat av ångest vid akut andnöd (Jellington et al., 2016). När det i själva verket är kopplat till det fysiska tillståndet hos patienten (Albinsson & Strang, 2012) som utgör ett hot mot livet, som ökar i takt med ökad intensitet av andnöd (Gysels & Higginson, 2011). Däremot innebär det inte att bedömning av symptomets orsak ska styra huruvida åtgärder ska vidtas eller inte.

Då det framkom att sjuksköterskans förståelse för patientens andnöd och ångest är en förutsättning för att patienten ska få rätt omvårdnad och god symptomlindring (Jellington et al., 2016), bör sjuksköterskan tillämpa ett personcentrerat arbetssätt och förstå andnöd och ångest utifrån patienten som en unik individ. Dessutom är det av betydelse att sjuksköterskan vid lindring av lidande inte tolkar patientens lidande genom dennes sjukdomssymtom utan istället försöker anta patientens perspektiv (Lundmark, 2014).

## **Åtgärder och dess effekter**

Utformning av miljö påverkar sjuksköterskans möjlighet att upprätta känsla av trygghet hos patienter och lindra deras symtom. Sjuksköterskor i Jellington et al. (2016) menar att en trygg miljö är en kontrollerad miljö. Det kan vara anledningen till att lättillgänglig utrustning och tillräckligt utrymme, var av stor betydelse för att kunna skapa trygghet, då det gav sjuksköterskan kontroll över situationen (Jellington et al., 2016). Sjuksköterskans närvaro var viktig för att inge en känsla av trygghet hos patienterna (Jellington et al., 2016). Både närvaro och trygghet påverkar sjuksköterskans möjligheter för att lindra lidande. Det beror på att lidande uppkommer när patienter inte upplever att de blir sedda, bekräftade eller känner sig trygga (Wiklund Gustin, 2014). Otrygghet hos patienter kan göra att de inte vågar berätta om sina besvärande symtom (Wiklund Gustin, 2014) och utgör ett hot för att sjuksköterskan ska

kunna sätta in lämpliga åtgärder. Därför har sjuksköterskans förmåga till att skapa trygghet hos patienten en betydande roll för att kunna lindra lidande.

Interventioner utförda av sjuksköterskor, exempelvis psykoedukativa interventioner för att minska ångest kan lindra andnöd och öka patienternas livskvalitet (Bove et al., 2016) medan det för interventioner för rökstopp, som har störst betydelse för sjukdomsprogress (Socialstyrelsen, 2018), kan positiva effekter vara svåra att uppnå. Orsaken till misslyckade försök till rökstopp kan bero på att patienten har rökt länge och saknar motivation (Wilson et al., 2008) men Watson (2018) poängterar att det kan ta upp till 30 försök innan en patient lyckas sluta röka och att det därför är viktigt för sjuksköterskan att visa empati och stötta patienterna. En framåtlutande ställning både sittande och stående beskrivs i Hensch och Strömberg (2017) kunna underlätta andning medan Ogino et al. (2015) utöver det visar att en framåtlutande ställning stående med en armstöttande position inte endast underlättade andningen men att den även ökade lungvolymen och lindrade dyspné.

Interventionerna genomfördes på olika platser däribland i patienternas hem eller på sjukhus. Eftersom funktionsnedsättning är vanligt hos patienter med KOL och de kan vara hembundna vilket gör att de inte kan delta i alla typer av interventioner. Genom att påvisa positiva effekter av interventioner utförda i hemmet av sjuksköterskan ger det belägg för att öka antalet vårdformer. Det skulle innebära en ökad tillgång på vård för patienter med omfattande funktionsnedsättningar och som är hembundna. Det visar även att sjuksköterskan kan lindra lidande genom personcentrerad vård.

## **Patientens förhållande till hälso- och sjukvård**

Något som framkommer i Watsons studie (2018) liksom i resultatet är de begränsningar och svårigheter som patienter upplever kopplat till sin sjukdom och andnöd. Patienter upplever sig ofta ha begränsad mobilitet, funktionsnedsättning, skuld och skam kopplat till rökning och att sjukdomen är självförvållad. Att patienter med andnöd ofta lider av ångest och depression framkommer i resultatet och styrks genom Watsons studie (2018).

Patienter kan uppleva att de inte blir respekterade och en tänkbar orsak kan vara delad uppfattning mellan patient och sjuksköterskan gällande bedömning av allvarlighetsgrad av symtom och sjukdom. Det kan exempelvis observeras vid bedömning om dyspné eller ångest är den bakomliggande orsaken till patientens symtom (Luckett et al., 2017; Jellington et al., 2016). En möjlig orsak till den delade uppfattningen kan vara att det är svårt att identifiera grundorsak till lidandet när den onda spiralen mellan andnöd och ångest redan uppkommit, vilket nämns av både sjuksköterskor och patienter (Luckett et al., 2017). I kontakt med sjukvården hamnar patienten i en beroendeställning (Willman, 2010) och det är viktigt för sjuksköterskan att lyssna på och respektera patienten även om de är oeniga eftersom patienten annars kan uppleva ett vårdlidande (Wiklund Gustin, 2014). Om sjuksköterskan tillämpar en personcentrerad vård där patienten känner sig sedd och delaktig kommer relationen mellan patient och sjuksköterska förbättras. Risken för vårdlidande kommer att minska och patientens tillit till sjukvården förbättras vilket i förlängningen leder till en ökad följsamhet (Willman, 2010).

## **Patientens egna strategier**

Ett förebyggande steg för lindring av andnöd är att patienterna får verktyg som hjälper dem att kontrollera och bedöma sina symtom (Luckett et al., 2017). Viktiga delar i omvårdnaden för patienter med KOL är för det första patientutbildning, vilket är en rättighet alla patienter har (Socialstyrelsen, 2018). För det andra spelar kommunikationen mellan patient och sjuksköterska en viktig roll (Jellington et al., 2016). Om patienter har god kunskap om sin sjukdom är det lättare för dem att själva hantera sina symtom och hitta egna strategier (O'Neill, 2002). En brist på kunskap och information från hälso- och sjukvården kan göra att patienter hittar strategier baserade på egna erfarenheter (Gysels & Higginson, 2011) som ibland kan få negativa följder, exempelvis felanvändning av läkemedel (O'Neill, 2002).

För lindring av andnöd behövs förståelse för dess orsak (Hench & Strömberg, 2017) och det kan observeras i aktuell studies resultatet där patienter använder olika strategier beroende på deras uppfattning av symtom och dess orsak (O'Neill, 2002). Reardon (2007) belyser sambandet mellan andnöd och ångest men även hur faktorer som depression och utmattning, kan resultera i att patienten begränsar eller till och med undviker fysisk aktivitet. En ond spiral skapas där den fysiska inaktiviteten försämrar kondition och muskelstyrka och därmed försvårar fysisk aktivitet och medför begränsning och med tiden även funktionsnedsättning.

Genom att ge patienten strategier för att hantera sina symtom genom patientutbildning och stärka patientens tro på sin egen förmåga kan det leda till en ökad känsla av värdighet och självständighet hos patienten och minska dennes lidande (Wiklund Gustin, 2014).

## **Kliniska implikationer av studien**

Resultatet från studien visar på:

- Vikten av att utgå från patienten för att göra en systematisk bedömning av symtomen andnöd och ångest
- Tillämpning av ett personcentrerat arbetssätt ger förutsättningarna för god omvårdnad och lindring av såväl fysiska, psykiska, sociala och existentiella besvär
- Patientens har behov av stöd, anpassad information och patientutbildning från sjuksköterska för att förstå sin sjukdom och lära sig strategier för att lindra sina symtom och göra vardagen enklare
- Betydelsen av att stärka relationen mellan patient och sjuksköterska för att skapa trygghet, förtroende och följsamhet

## **Vidare forskning**

Patienter beskriver att de använder sig av strategier som inte används inom vården och dess effekter bör därför undersökas. Både för att använda sig av patientens kunskap, för att uppnå symtomlindring men även för att kunna avråda patienter att använda strategier där det finns risk att sjukdomen försämras.



## Referenslista

- Albinsson, L., & Strang, P. (2012). Ångest, depression och sömnstörningar. I P. Strang & B. Beck-Friis (Red.), *Palliativ medicin och vård*. (s. 306–317). Stockholm: Liber.
- \*Bailey, P. H., Colella, T., & Mossey, S. (2004). COPD-intuition or templates: nurses' stories of acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Clinical Nursing*, 13(6), 756–764. doi: 10.1111/j.1365-2702.2004.00927.x
- Beck, I. (2017). Palliativ vård. I K. Blomqvist., A-K. Edberg., M. Ernst Bravell., & H. Wijk (Red.), *Omvårdnad & äldre*. (s. 512). Lund: Studentlitteratur AB.
- Benzein, E., Hagberg, M., & Saveman, B-I. (2014). Familj och sociala relationer. I. F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (s. 69–88). Lund: Studentlitteratur AB.
- Billhult, A., & Gunnarsson, R. (2012). Analytisk statistik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. (s.317–326). Lund: Studentlitteratur AB.
- Björvell, C., & Thorell-Ekstrand, I. (2014). Omvårdnadsåtgärder. I A. Ehrenberg & L. Wallin (Red.), *Omvårdnadens grunder: Ansvar och utveckling*. (s. 113–133). Lund: Studentlitteratur AB.
- \*Bove, D.G., Lomborg, K., Overgaard, D., Lindhardt, B.Ø., & Midtgaard, J. (2016). Efficacy of a minimal home-based psychoeducative intervention in patients with advanced COPD: A randomized controlled trial. *Respiratory Medicine*, 121, 109-116. doi:10.1136/bmjopen-2017-017536
- \*Campbell, M. L., Templin, T., & Walch, J. (2010). A Respiratory Distress Observation Scale for patients unable to self-report dyspnea. *Journal of palliative medicine*, 13(3), 285-290. doi: 10.1089/jpm.2009.0229
- Edvardsson, D. (2010). Personcentrerad omvårdnad - definition, mätskalor och hälsoeffekter. I D. Edvardsson (Red.), *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik* (s.29–37). Lund: Studentlitteratur AB.
- Ericson, E., & Ericson, T. (2012). *Medicinska sjukdomar*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Friberg, F. (2017). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 141–152). Lund: Studentlitteratur AB.

Gagnemo Persson, R., Olsson, G., & Thorén, P. (2016). Lungsjukdomar. I A. Ekwall & A. Jansson (Red.), *Omvårdnad & medicin*. (s. 281–309). Lund: Studentlitteratur AB.

\*Garrow, A. P., Khan, N., Tyson, S., Vestbo, J., Singh, D., & Yorke, J. (2015). The development and first validation of the Manchester Early Morning Symptoms Index (MEMSI) for patients with COPD. *Thorax*, *70*(8), 757-763. doi: 10.1136/thoraxjnl-2014-206410

\*Gysels, M. H., & Higginson, I. J. (2011). The lived experience of breathlessness and its implications for care: a qualitative comparison in cancer, COPD, heart failure and MND. *Palliative Care*, *10*(15). doi: 10.1186/1472-664X-10-15

Henoch, I. (2014). Andning. I A-K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa*. (s. 175–198). Lund: Studentlitteratur AB.

Henoch, I., & Strömberg, A. (2017). Andnöd och nedsatt cirkulation. I K. Blomqvist., A-K. Edberg., M. Ernsth Bravell., & H. Wijk (Red.), *Omvårdnad & äldre*. (s.331–348). Lund: Studentlitteratur AB.

Henricson, M. (2017). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 411–420). Lund: Studentlitteratur AB.

\*Jellington, M. O., Overgaard, D., & Sørensen, E. E. (2016). Manoeuvring along the edge of breathlessness: an ethnographic case study of two nurses. *BMC Nursing*, *15*(27). doi: 10.1186/s12912-016-0148-4

Karlsson, E. K. (2017). Informationssökning. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 81–97). Lund: Studentlitteratur AB.

Langius-Eklöf, A., & Sundberg, K. (2014). Känsla av sammanhang. I A-K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa*. (s. 53–72). Lund: Studentlitteratur AB.

\*Luckett, T., Philips, J., Johnson, M., Garcia, M., Bhattarai, P., Carrieri-Kohlman, V., ... Davidson, P. M. (2017). Insights from Australians with respiratory disease living in the community with experience of self-managing through an emergency department 'near miss' for breathlessness: a strengths-based qualitative study. *BMJ Open*, *7*(12), 1–10. doi: 10.1136/bmjopen-2017-017536

Lundmark, M. (2014). Religiös och icke-religiös andlighet. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (s. 237–266). Lund: Studentlitteratur AB.

Malmquist, J., & Lundh, B. (2016). *Medicinska ord - Det medicinska språket: begrepp definitioner, termer*. Lund: Studentlitteratur AB.

Mårtensson, J., & Fridlund, B. (2017). Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 421–438). Lund: Studentlitteratur AB.

\*Nguyen, H. Q., Carrieri-Kohlman, V. (2005). Dyspnea self-management in patients with chronic obstructive pulmonary disease: moderating effects of depressed mood. *Psychosomatics*, 46(5), 402–410. doi:10.1176/appi.psy.46.5.402

\*Ogino, T., Mase, K., Nozoe, M., Wada, T., Uchiyama, Y., Fukuda, Y., & Domen, K. (2015). Effects of Arm Bracing on Expiratory Flow Limitation and Lung Volume in Elderly COPD Subjects. *Respiratory care*, 60(9), 1282–1287. doi: 10.4187/respcare.03945

\*O'Neill, E. S. (2002). Illness representation and coping of women with chronic obstructive pulmonary disease: A pilot study. *Heart & Lung*, 31(4), 295–302. doi: 10.1067/mhl.2002.123712

Reardon, J. Z. (2007). COPD and exercise: what's really important? A nursing perspective. *COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 4(3), 283–287. doi 10.1080/15412550701480570

Rosén, M. (2017). Systematisk litteraturoversikt. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. (s.375–387). Lund: Studentlitteratur AB.

Röda Korsets Högskola. (2005). Mall för granskning av vetenskapliga artiklar. Hämtad 2018-11-21 från [https://www.rkh.se/PageFiles/466/mall\\_granskning.pdf](https://www.rkh.se/PageFiles/466/mall_granskning.pdf)

SFS 2010:659. Patientsäkerhetslag. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 2017:30. Hälso- och sjukvårdslag. Stockholm: Socialdepartementet.

Socialstyrelsen. (2018). *Nationella riktlinjer för vård vid astma och KOL – Stöd för styrning och ledning*.

Svensk sjuksköterskeförening. (2017a). Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. Stockholm:

Svensk sjuksköterskeförening. (2017b). ICN:s etiska kod för sjuksköterskor. Stockholm:

Watson, J. (2018). Non-pharmacological management of chronic breathlessness in stable chronic obstructive pulmonary disease. *British Journal of Community Nursing*, 23(8), 376–381.

Wiklund Gustin, L. (2014) Lidande - en del av människans liv. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (s. 269–295). Lund: Studentlitteratur AB.

Willman, A. (2010). Evidens och personcentrerad vård. I D. Edvardsson (Red.), *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik* (s.101–112). Lund: Studentlitteratur AB.

Willman, A. (2014). Hälsa och välbefinnande. I A-K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa* (s. 37–51). Lund: Studentlitteratur AB.  
Willman, A., Bahtsevani, C., Nilsson, R., & Sandström, B. (2016). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur AB.

\*Wilson, J. S., Fitzsimons, D., Bradbury, I., & Elborn, J. S. (2008). Does additional support by nurses enhance the effect of a brief smoking cessation intervention in people with moderate to severe chronic obstructive pulmonary disease? A randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 45(4), 508–517. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2006.10.001

Östlundh, L. (2017), Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 59–82). Lund: Studentlitteratur AB.

# Bilagor

## Artikelöversikt

Artikel, år och land	Deltagare	Syfte	Metod/design	Resultat	Sammanfattning, bedömning av kvalitet och kommentar
Bove et al., Efficacy of a minimal home-based psychoeducative intervention in patients with advanced COPD; A randomised controlled trial 2016 Från Danmark	Patienter med KOL (n=66)	Att testa effekterna av en liten hemmabaserad psykoeducativ intervention i jämförelse med vanlig vård för att minska symtom på ångest hos patienter med svår KOL.	Randomiserad kontrollerad studie. Mätinstrument som användes: HADS-A och CRQ	Efter studien hade interventionsgruppen lägre ångest, högre livskvalitet relaterat till kontroll samt högre känslomässig livskvalité.	Hög studiekvalitet. Studiens resultat uppfyller syftet, tydlig metod med litet bortfall. Validerade och reliabla mätinstrument.
Jellington et al., Manoeuvring along the edge of breathlessness: an ethnographic case study of two nurses 2016 Från Danmark	Sjuksköterskor (n=2), patienter med KOL (n=6)	Att på sjukhus undersöka interaktionen mellan sjuksköterska och patient i situationer då patienter med KOL upplever akut eller försvårad andnöd.	Etnografisk studie	Sjuksköterskorna observerades vara närvarande och agera på olika sätt beroende på vilket mönster de bedömde patientens dyspné för att vara. Att säkerställa en god omvårdnad utan att trigga eller förvärra dyspné innebar att sjuksköterskorna hela tiden behövde vara observanta för förändring av patientens symtom.	Medelhög kvalitet. Tydligt beskrivande studie.
Garrow et al., The development and first validation of the Manchester Early Morning Symptoms Index (MEMSI) for	Patienter med KOL (n=203)	Syftet var att utveckla och utvärdera reliabilitet och validitet hos ett nytt mätinstrument med självskattning för att bedöma förekomsten och	Mixad metod	MEMSI visade sig ha mycket god reliabilitet och repeterbarhet.	Begränsad studiekvalitet. Är komplicerad och har en bristande beskrivning av metoden.

patients with COPD  2015  Från Storbritannien		frekvensen av morgonsymtom hos patienter med KOL			
Gysels et al., The lived experience of breathlessness and its implications for care: a qualitative comparison in cancer, COPD, heart failure and MND.  2011  Från Storbritannien.	Patienter (n=48), av vilka hade KOL (n=18)	Att utforska och jämföra patienters självupplevda erfarenheter av dyspné mellan fyra olika tillstånd; KOL, hjärtsvikt, cancer och motorneuronsjukdom	Kvalitativ tvärsnittsstudie.	Patienterna med KOL pratade om andnöd iform av dåliga känslorna kopplade till en dålig episod, som lidande, ångest, panik och rädsla för att dö. Andnöden innebar dagliga andningssvårigheter, minskad mobilitet och ångest som gjorde dem hembundna och mer beroende av andra.	Medelhög studiekvalitet. Deras resultat kan inte överföras eller generaliseras. Den berikar uppfattningen av dyspné som helhet och gör kunskapsluckor synliga.
Campbell et al., A Respiratory Distress Observation Scale for patients unable to self-report dyspnea  2010  Från USA	Patienter (n= 89) varav KOL (16%)	Att fastställa ytterligare reliabilitet och konstruktiv validitet för en reviderad RDOS (respiratory distress observation scale)	Observationsstudie.	RDOS poängen hade ingen koppling till ålder, kön, respiratoriskdiagnos eller neurologisk diagnos. RDOS poängen var omvänt korrelerad med syresaturationen och associerad med Fio "fraction of inspired oxygen" vilket indikerade hypoxi och behov av syrgas. RDOS var korrelerad med VAS.	Medelhög studiekvalitet. Utifrån den aktuella patientgruppens förutsättningar var studien av god kvalitet.
Wilson et al., Does additional support by nurses enhance the effect of a brief smoking cessation intervention in people with chronic obstructive pulmonary	Patienter med KOL (n=91)	Att testa hypotesen att intensiva interventioner utförda av sjuksköterskor skulle kunna öka minskning av rökning vid 12 månader i	Randomiserad kontrollerad studie med två interventionsgrupper med individuellt stöd eller gruppstöd.	Ingen av deltagarna hade uppnått totalt rökstopp. Det kunde inte ses statistiskt signifikanta skillnader mellan grupperna gällande rökvanor, självupplevd andnöd eller motivation. Det kunde ses statistiskt signifikant minskning av nikotinberoende.	Medelhög studiekvalitet. Tydlig och relevant metod.

disease? A randomized controlled trial  2006  Från Irland		jämförelse med vanlig vård.		Dålig närvaro. Endast personer i interventionsgruppen tog emot erbjudande om nikotinersättningsbehandling	
Nguyen et al., Dyspnea Self-Management in Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Moderating Effects of Depressed Mood  2005  Från USA	Patienter med måttlig-svår KOL (n= 103)	Att rapportera effekterna av tre tidigare DM-program (dyspnea management) på depressivt humör och presentera undergruppsanalyser av de modererade effekterna av utgångslägets risk för depression och förbättring av de primära variablerna av dyspnéns svårighetsgrad, träningsförmåga och social och fysisk funktion.	Randomiserad kontrollerad studie.	Det fanns en statistisk signifikant förbättring gällande depressivt mående i alla tre grupper. Personer som hade hög risk för depression och fick DM +24 träningstillfällen hade en statistiskt signifikant förbättring av sin andnöd, jämfört med de patienterna som fick DM + 4 träningstillfällen och de som bara fick DM.	Medelhög kvalitet.
Bailey et al., COPD-intuition or templates: nurses' stories of acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease  2004  Från Kanada	Sjuksköterskor (n=10)	Att genom en etnografisk narrativt forskningsprojekt, utveckla en förståelse för sjuksköterskors erfarenheter av att vårda personer som är inlagda på sjukhus med exacerbation av KOL.	Intervjustudie med etnografisk narrativ metod.	Att sjuksköterskorna använde sig av mallar baserade på egna erfarenheter för att bekräfta ångest och för att utesluta dyspné. Användningen av mallar gav konsekvenser gällande behandling men även bemötande av patient och närstående.	Medelhög kvalitet. Artikel besvara inte sitt syfte men upptäckte mönster i behandling och patientbemötande.
O'Neill, Illness representation and coping of women with	Kvinnliga patienter	Att undersöka hur kvinnor känner igen och svarar på	Deskriptiv studie.	Effekterna av deras KOL-sjukdom dominerades av känslan av förlust,	Okej kvalitet. Man tänkte på kvinnornas rättigheter

<p>chronic obstructive pulmonary disease: A pilot study</p> <p>2002</p> <p>Från USA</p>	<p>med KOL (n=21)</p>	<p>symtom på KOL.</p>		<p>förlust av jobb, relationer, intimitet. För att kontrollera dyspné använde sig kvinnorna främst av andningsövningar men även meditation. Många använde kognitiva strategier för att lindra sina symtom såsom distraktion, peptalk, att be, avslappning och att omge sig av positiva personer.</p>	<p>och på att skydda deras identiteter. Vårningen skedde med hjälp av reklam och deltagarna fick en mycket liten summa betald för att delta.</p>
<p>Luckett et al., Insights from Australians with respiratory disease living in the community with experience of self-managing through an emergency department 'near miss' for breathlessness: a strengths-based qualitative study</p> <p>2017</p> <p>Från Australien</p>	<p>Patienter (n=20) varav KOL (n=15)</p>	<p>Utforska den "naturliga historien" för beslutsfattande gällande akutmottagningar utifrån perspektivet hos personer som har erfarenhet av att själva ha lyckats ta sig igenom "a breathlessness crisis".</p>	<p>Fenomenologisk intervjustudie.</p>	<p>Viktiga faktorer för att undvika akutmottagning var att patienterna uppfattade att de hade kontroll över sin andnöd, egenförmågan att hantera en kris och en önskan om att inte bli inlagd. Effektiva strategier var att se hantering av symtom som ett projekt med mål, övervakning, identifiering av hinder, hitta lösningar och utvärdering av resultat. Hantering av ångest och att arbeta med tillsammans med hälso- och sjukvård i ett partnerskap</p>	<p>Bra kvalitet. Dock med begränsning att urvalet inte passade just den målgruppen som de undersökte och att intervjuerna skedde på telefon.".</p>
<p>Ogino et al., Effects of Arm Bracing on Expiratory Flow Limitation and Lung Volume in Elderly COPD Subjects</p> <p>2015</p> <p>Från Japan</p>	<p>Patienter med KOL(n=16) kontrollgrupp (n=16)</p>	<p>Att undersöka huruvida en armstöttande position påverkar dyspné, EFL, och lungvolymen hos äldre med KOL.</p>	<p>En kontrollerad prospektiv tvärsnittsstudie</p>	<p>En stående armstöttande position ökar lungvolymen och minskar EFL (expiratory flow limitation), vilket minskar dyspnén hos äldre patienter med KOL.</p>	<p>God kvalitet. De svara på syftet. Tidigare forskning styrker studien resultat.</p>