



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Omvårdnad vid dyspné orsakad av lungcancer - en litteraturstudie

Författare: Lisa Elfström & Josefin Mattsson

Handledare: Anneli Jönsson

Kandidatuppsats, Litteraturstudie

Hösten 2019

Lunds universitet

Medicinska fakulteten

Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa

Box 157, 221 00 LUND

Omvårdnad vid dyspné orsakad av lungcancer - en litteraturstudie

Nursing of patients with dyspnea caused by lung cancer - a literature review

Författare: Lisa Elfström & Josefin Mattsson

Handledare: Anneli Jönsson

Kandidatuppsats, Litteraturstudie

Hösten 2019

Abstrakt

Bakgrund: Dyspné är ett symptom hos lungcancerpatienter och att uppleva dyspné är mycket påfrestande, oavsett intensitet. Det ingår i sjuksköterskans profession att i samråd med patienten identifiera individuell hälsa och ge patienten förutsättningar för att kunna uppnå hälsa på bästa sätt. Trots att medicinering förbättrats de senaste åren ses ingen förbättring patienters symtombörda vid dyspné. **Syfte:** Syftet är att syntetisera patienters upplevelse av dyspné samt sjuksköterskans kunskap om omvårdnad vid dyspné orsakad av lungcancer. **Metod:** Litteraturstudie där 12 vetenskapliga artiklar analyserades med integrerad analys. **Resultat:** Omvårdnad vid dyspné kan delas in i tre huvudteman: *Att leva med dyspné*, *Att underskatta dyspné* samt *Self-management*. **Slutsats:** Genom kontinuerlig utbildning av sjuksköterskor rörande dyspné samt det faktum att dyspné är multidimensionellt är av vikt för att ge sjuksköterskor en trygg kunskapsbas, men även för att ge förutsättningar för att sjuksköterskor ska kunna vara stöd i patienternas self-management.

Nyckelord

Dyspné, lungcancer, sjuksköterskans omvårdnad, self-management

Lunds Universitet

Medicinska fakulteten

Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa

Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Introduktion	4
Problemområde	4
Bakgrund	5
<i>Hendersons omvårdnadsteori</i>	5
<i>Lungcancer</i>	5
<i>Dyspné</i>	6
<i>Omvårdnad vid dyspné</i>	8
Syfte	8
Metod	8
Urval	9
Datainsamling	9
Dataanalys	12
Forskningsetiska avvägningar	12
Resultat	13
Att leva med dyspné	14
<i>Fysisk påverkan</i>	14
<i>Psykisk påverkan</i>	15
<i>Social påverkan</i>	16
Att underskatta dyspné	17
<i>Okunskap om dyspné</i>	17
<i>Bristande omvårdnad</i>	19
Self-management	19
Diskussion	21
Diskussion av vald metod	21
Diskussion av framtaget resultat	23
Slutsats och kliniska implikationer	27
Författarnas arbetsfördelning	27
Referenser	28
Bilaga 1	33

Introduktion

Problemområde

Den cancerform som orsakar flest dödsfall i Sverige såväl som i världen är lungcancer (Folkhälsomyndigheten, 2019). År 2016 dog 3677 personer i Sverige i lungcancer, 1853 män och 1824 kvinnor. Personer med lungcancer har en femårsöverlevnad på cirka 16,8 procent hos män och cirka 24 procent hos kvinnor. Lungcancer är den andra vanligaste cancerformen (Socialstyrelsen, 2018). Den vanligaste cancerformen för män och kvinnor är prostatacancer respektive bröstcancer.

En stor del av sjuksköterskans omvårdnad är att tillsammans med patienten kunna definiera individuell hälsa och ge patienten förutsättningar för att kunna uppnå hälsa på bästa sätt (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Hos patienter med lungcancer är dyspné ett vanligt symtom och dyspné har dessutom stor inverkan på patientens hälsotillstånd (Bonk, 2012). Det är av stor vikt att sjuksköterskan kan bedöma patientens dyspné samt utföra och utvärdera omvårdnadsåtgärder vid dyspné. Sjuksköterskan kan också hjälpa patienten hitta strategier för att hantera sin dyspné och agera psykologiskt stöd (ibid.). I dagsläget har sjuksköterskor överlag svårt att bedriva omvårdnad av patienter med dyspné (Sabry Shehab, Abd-Elkader & Mohamed Ibrahim, 2016). Patienter med lungcancer kan uppleva större lidande av symtom och högre grad av psykisk påfrestning än patienter med andra cancertyper (Cooley, 2000). Sung et al. (2017) framhåller att trots förbättringar i behandling och palliativ vård vid lungcancer de senaste 10 åren syns inte en minskning i rapporteringen av mängden och intensiteten av symtom hos patienter med lungcancer. Det är av stor vikt att ge patienter med lungcancer och dess närstående stöd för att kunna hantera sjukdomen och dess symtom (ibid.). Ett av sjuksköterskans kompetensområden är att lindra patientens symtom och förbättra hens livskvalitet (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Det ingår i sjuksköterskans profession att utföra omvårdnaden på ett optimalt sätt och möjliggöra förbättring av livskvalitet. Ökad förståelse och kunskap om effekten av sjuksköterskans omvårdnadsåtgärder vid dyspné kan skapa vägledning i sjuksköterskans omvårdnadsarbete och förbättra livskvaliteten hos patienterna.

Bakgrund

Hendersons omvårdnadsteori

Hendersons (1969/1982) omvårdnadsteori beskriver den vård alla patienter är i behov av oavsett diagnos, status eller behandlingsmetod. Henderson menar att sjuksköterskan ska skapa en god relation med patienten och på det sättet kunna sätta sig in i patientens situation och förstå dennes behov. En god relation underlättar och förbättrar patientens vårdtid. Henderson har identifierat 14 grundläggande behov där det första är att hjälpa patienten andas. Henderson lägger stor vikt vid att det åligger sjuksköterskan att iaktta patientens andning. I sjuksköterskans profession ingår också att anpassa patientens hållning och positionering för att optimera andningskapaciteten, samt att undervisa både patienten och dess närstående om strategier för att lättare kunna andas. Dessutom bör sjuksköterskan se till att luften på patientrummet är tillfredsställande, genom att exempelvis öppna eller stänga fönster. Henderson lägger vikt vid personcentrerad vård, då hennes 14 grundläggande behov (den så kallade primära vården) alltid ska tas i beaktning, men att de måste anpassas efter patientens individuella behov (ibid.).

Personcentrerad vård innefattar både autonomi och patientdelaktighet (Eldh, 2019). Patientens delaktighet ses som en central del i den personcentrerade vården, där patienten ses som en autonom och respekterad individ, samt att hans behov utgör basen för vårdplanen. Vidare ställs krav på sjuksköterskan att ge adekvat och förståelig information till patienten samt att lyssna på, och beakta, patientens egen sjukdomsberättelse (ibid.). Personcentrerad vård kan sammanfattas med tre komponenter, patientberättelse, partnerskap och dokumentation (Kristensson Ugglå, 2014). I patientberättelsen får patienten själv beskriva sin sjukdom. Partnerskapet tillåter att en djupare förståelse för tillståndet framkommer vilket gör att patienten kan bli mer delaktig i att bland annat fatta beslut rörande sin vård. Dokumentation ger patientens berättelse en rättslig säkerhet men är även givande för partnerskapet (ibid.).

Lungcancer

Rökning är den största bidragande faktorn till lungcancer (Arden Pope et al., 2002). Andra bidragande faktorer är exponering för rök, damm och avgaser. Enligt Gagnemo Persson, Olsson och Thorén (2016) kategoriseras lungcancer in i två grupper, icke-småcellig lungcancer, som är

den vanligaste formen och småcellig lungcancer som är aggressiv och ofta så spridd vid upptäckt att den är inoperabel. Småcellig lungcancer är dock på grund av aggressiviteten känslig för cytostatika och strålning, behandling som kan förlänga överlevnaden för patienten. De flesta personer som diagnostiseras med lungcancer har en långt gången sjukdom och en samsjuklighet med andra sjukdomar orsakade av rökning, exempelvis kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) och hjärt-kärlsjukdomar. Samsjukligheten minskar patientens möjligheter att genomgå en behandling för lungcancer, så som kirurgi, cytostatika- och strålbehandling (ibid.).

Symtom vid lungcancer är ofta många. De flesta är andningsrelaterade, däribland hosta, dyspné och smärta i bröstet (Sung et al., 2017). Andra symtom är mer generella såsom dysfagi, heshet, aptitlöshet, avmagring och trötthet (Gagnemo Persson et al., 2016; Sung et al. 2017). Dyspnéupplevelsen kan vara kopplad till kraftig ångest och rädsla att dö (Hench, 2019).

Dyspné

Dyspné har definierats som en upplevelse av obehag i samband med andning (Hench, 2019). Symtomet leder ofta till stark ångest och lufthunger. Det kan vara ett tecken på ett mycket allvarligt tillstånd, särskilt om dyspné förekommer i vila. Andningen styrs av andningscentrum som är lokaliserat i hjärnstammen. För att kunna reglera andningen adekvat tar andningscentrumet emot signaler från mekaniska receptorer som är belägna i luftvägarna, bröstkorgsväggen samt i lungorna. Vidare får andningscentrum även signaler från kemoreceptorer (för $p\text{CO}_2$ och $p\text{O}_2$) belägna i hjärnan (så kallade centrala kemoreceptorer) samt de perifera kemoreceptorerna, vilka är belägna i aortabågens- och halspulsåderns vägg. Uppkomsten av dyspné hänvisas främst till tre komponenter, en kemisk komponent, en neuromekanisk komponent samt en ansträngningskomponent. Kemoreceptorerna är känsliga för förändringar i pH -, $p\text{CO}_2$ - och $p\text{O}_2$ - nivåerna, förändringar som påverkar den kemiska komponenten. Den neuromekaniska komponenten påverkas av signaler från de mekaniska receptorerna, men det är även denna komponent som registrerar förändringar i hjärnans syrebehov. Vidare innebär andnöd ökad ansträngning för patienten vid andning, vilken orsakas av sjukdomens patofysiologi, där den ökade ansträngningen kan bero på exempelvis försvagad andningsmuskulatur. Dessa faktorer berör ansträngningskomponenten (ibid.). Orsaken till dyspné är således individuell och kan vara en konsekvens av olika tillstånd (Scano &

Ambrosino, 2002). En lungtumör kan ha mekanisk påverkan på andningen och därav orsaka dyspné hos patienten (Hench, 2019). Andra anledningar kan exempelvis vara pneumothorax eller hjärtsvikt. Behandlingen av dyspné är individuell och syftar till att behandla grundproblemet.

Dyspné definieras som både subjektiv och multidimensionell (Hench, 2019). Den subjektiva upplevelsen av dyspné innebär att personer runt omkring patienten inte kan se eller observera hur patienten upplever sin andningsbesvär, utan det är patientens egen upplevelse av dyspné som är mest relevant. Att dyspné är multidimensionellt handlar om att den kan upplevas på flera olika sätt, fysiskt, psykiskt och existentiellt (Hench et al., 2008b). Enligt Bonk (2012) har sjuksköterskor en tendens att underrapportera dyspné hos patienter och tenderar dessutom att vänta med att utföra omvårdnadsåtgärder för att lindra dyspné. Sjuksköterskor bör i större utsträckning använda sig av skattningsinstrument anpassade för patienter med dyspné (ibid.). Motsatsen till multidimensionell är endimensionell, vilket ofta används i studier för att definiera dyspné genom att till exempel bara beskriva intensiteten av dyspné och inte patientens upplevelse (Hench et al., 2008b). Personer med dyspné upplever ofta stort obehag av dyspné orelaterat till hur svår dyspnén är (ibid.). Sjuksköterskor som anser sig ha bristfällig kunskap om dyspné och de olika dimensionerna av symtomet upplever sig enligt Bonk (2012) vara otillräckliga i omvårdnaden av patienter med dyspné.

Andnöd hos patienter med lungcancer, tillsammans med smärta och fatigue, är de symtom som patienter beskriver som mest obehagliga (Hench, 2019). Bausewein et al. (2018) och Spathis et al. (2017) har utvecklat en modell, Breathing, Thinking, Function-modellen, för att beskriva och öka förståelsen för dyspné och hur den uppkommer. Denna modell beskriver patientens andning, tanke och funktion vid dyspné. En patient med dyspné andas mer ytligt samtidigt som hen upplever ett större luftbehov vilket gör att andningsfrekvensen ökar. Vid normal inandning kontraherar diafragman samt de yttre interkostalmuskulerna (Sand, Sjaastad, Haug & Bjälje, 2007). Vid dyspné kontraherar dessutom accessoriska andningsmuskler, främst musculus sternocleidomastoideus samt övriga hals- och nackmuskler, för att underlätta andningen (ibid.). Användningen av dessa muskler kräver mer energi av patienten, vilket leder till att patienten blir uttröttad samt att dyspnén ökar ytterligare (Hench, 2019). Vid svår dyspné lägger patienten stort fokus vid andnöden och kan då uppleva symtom som panik, ångest och tankar på döden. Sådana

tankar leder till att patienten får ytterligare förvärrad dyspné genom att andningsfrekvensen och muskelspänningarna ökar. När dyspnén förvärras och är obehaglig för patienten kan det leda till att patienten minskar sin fysiska aktivitet för att försöka undvika dyspné. Detta leder till bland annat minskad muskelmassa och sämre kondition som i sin tur resulterar i förvärrad dyspné. Således hamnar patienter med dyspné i en ond cirkel, där rädslan för att uppleva dyspné kan förvärra den (ibid.).

Omvårdnad vid dyspné

När patientens egna strategier inte längre räcker till ska sjuksköterskan kliva in och assistera (Hench, 2019). Det ingår i sjuksköterskans profession att förebygga dyspné, att lindra dyspné och att hjälpa patienten att hitta strategier för att kunna hantera sin dyspné. Många åtgärder vid dyspné är icke-farmakologiska och kommer således vara sjuksköterskans huvudansvar (ibid.). Även Hendersons (1969/1982) grundprinciper stämmer överens med ovanstående uppgifter, då Henderson bland annat beskriver vikten av att sjuksköterskan ska hjälpa patienten att själv hantera sina andningsproblem genom att hitta egna strategier för att underlätta andningen.

Syfte

Syftet med denna studie är att syntetisera patienters upplevelse av dyspné samt sjuksköterskans kunskap om omvårdnad vid dyspné orsakad av lungcancer.

Metod

Studien är en litteraturöversikt. Friberg (2006) framhåller att syftet med litteraturöversikter är att med hjälp av en avgränsad och tydlig undersökningsfråga eller problemområde söka efter relevant litteratur för att sedan sammanställa denna litteratur. Det finns många fördelar med litteraturstudier, bland annat är de ett bra arbetssätt när det gäller att sammanställa redan existerande information för att kunna omsätta det i praktiken, dessutom är litteraturstudier effektiva för att kartlägga befintlig kunskap inom ett visst område. En litteraturstudie kan vara systematisk eller icke-systematisk. En systematisk litteraturöversikt har som syfte att undersöka samtlig relevant litteratur inom problemområdet medan den icke-systematiska litteraturöversikten kan vara mer eller mindre systematisk. En icke-systematisk litteraturöversikt

klassas ofta som en sekundärkälla, men ger ofta trots det värdefull information. Föreliggande studie är av icke-systematisk design då endast delar av tillgänglig litteratur används. En analys med grund i Fribergs (2006) tre steg användes för integrerad analys.

Urval

Databaserna som användes var PubMed och CINAHL. Sökorden som användes i PubMed var MeSH-termerna ”Lung neoplasms”, ”Nursing”, ”Nursing care”, ”Dyspnea” samt fritextorden ”Lung cancer”, ”Breathlessness”, ”Air hunger”, ”Labored breathing”, ”Nursing intervention”, ”Care”, ”Assessment” och ”Patient experience” (Tabell 1). I CINAHL användes liknande termer men CINAHLs uppslagsverk ”CINAHL Headings” (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2011) nyttjades för att få optimala sökningar. De ”headings” som användes var ”Lung neoplasms”, ”Nursing” och ”Dyspnea”. Då vi inte fick fram relevanta träffar med CINAHL Headings valde vi att göra sökningen i fritext istället. Sökorden vi använde var ”Lung neoplasms”, ”Nursing”, ”Dyspnea”, ”Breathlessness”, ”Shortness of breath” och ”Nursing care”.

För att fokusera på relevant och aktuell data valdes inklusionskriteriet att artiklarna måste vara publicerade tidigast 2009. Om en artikel upplevdes innehålla relevant information samt höll hög kvalitet, men var från tidigare än 2009 inkluderades den i resultatet. Dessutom sattes inklusionskriteriet att artiklarna måste vara på engelska för att underlätta läsning och förståelse. Artiklar som inte var granskade av en etisk nämnd exkluderades.

Datainsamling

Sökningarna i PubMed och CINAHL resulterade i 115 vetenskapliga artiklar som vidare granskades (se Tabell 1 och Tabell 2). Vid sökning i CINAHL uppkom flertalet dubletter av artiklar som redan hittats i PubMed. Dessa redovisas inte i tabellen nedan. Artiklarnas abstrakt lästes och ställdes i relation till uppsatsens syfte. De artiklar som inte hade någon form av etiskt resonemang eller inte ansågs vara relevanta i relation till syftet uteslöts. Kvar återstod 19 artiklar som granskades med hjälp av granskningsmallar utformade av Willman et al. (2011). Kvalitetsgranskningen genomfördes genom att svara på ett antal frågor, vilka granskningsmallen består av. Frågorna besvarades med ”ja”, ”nej” eller ”vet ej”. Utifrån sammanställningen av svaren på dessa frågor bedömdes artiklarnas kvalitet som antingen låg, medelhög eller hög

(ibid.). Kriterier sattes där medelhög kvalitet bedömdes få en procentsats på 70-79% och hög kvalitet $\geq 80\%$, studien fick sin procentsats baserat på hur många av frågorna i mallen som besvarades med svaret “ja”. Artiklar som inte ansågs ha hög eller medelhög kvalitet uteslöts från studien. Av de 19 artiklar som granskades bedömdes 7 av dessa inte ha tillräckligt hög kvalitet och uteslöts därför från studien. Kvar var 12 artiklar som sedan analyserades.

Tabell 1. Sökschema i PubMed*

PubMed	Sökord	Antal träffar	Lästa abstracts	Lästa i fulltext	Kvalitetsgranskade	Artiklar till resultatet
#1	“Lung neoplasms” [Mesh]	224679	0	0	0	0
#2	“Nursing” [MeSH]	249469	0	0	0	0
#3	“Dyspnea” [Mesh]	20626	0	0	0	0
#4	“Nursing care” [Mesh]	133202	0	0	0	0
#5	“Breathlessness”	50772	0	0	0	0
#6	“Air hunger”	234	0	0	0	0
#7	“Labored breathing”	17993	0	0	0	0
#8	“Nursing intervention”	312774	0	0	0	0
#9	“Patient experience”	387727	0	0	0	0
#10	“Care”	2323703	0	0	0	0
#11	“Assessme	3133485	0	0	0	0

	nt”					
#12	“Lung cancer”	332478	0	0	0	0
#13	#3 OR #5 OR #6 OR #7	68083	0	0	0	0
#14	#2 OR #4	284558	0	0	0	0
#15	#10 OR #11	3434806	0	0	0	0
#16	#1 OR #12	335016	0	0	0	0
#17	#8 AND #13 AND #14 AND #15 AND #16	76	60	32	14	10
#18	#9 AND #13 AND #14 AND #15	116	12	4	0	0

- Sökning 2019-11-15

Tabell 2. Sökning i CINAHL*

CINAHL	Sökord	Antal träffar	Lästa abstracts	Lästa i fulltext	Kvalitetsgranskade	Använda i resultatet
#1	Lung neoplasms	47,328	0	0	0	0
#2	Nursing	662,007	0	0	0	0
#3	Dyspnea	13,406	0	0	0	0
#4	Breathlessness	4,271	0	0	0	0
#5	Shortness of breath	5,385	0	0	0	0

#6	#3 OR #4 OR #5	15,799	0	0	0	0
#6	Nursing care	263,229	0	0	0	0
#7	#2 OR #4	661,473	0	0	0	0
#8	#1 AND #6 AND #7	82	43	12	5	2

- Sökning 2019-11-18

Dataanalys

Studien baserades på en induktiv ansats, vilket innebär att använda delar för att finna helheten (Kristensson, 2014). Analysen av studierna följde Fribergs (2006) tre steg för integrerad analys och inleddes med att artiklarna lästes igenom flertalet gånger för att få förståelse för innehållet i studierna. I föreliggande litteraturstudie läste författarna tillsammans samtliga studiers rubriker och abstrakts. I det andra steget identifierades och faställdes övergripande likheter eller skillnader, i relation till litteraturstudiens syfte (Friberg, 2006). Författarna sammanställde likheter och skillnader mellan artiklarna var för sig. I steg tre sorterades de likheter och skillnader som fanns och placerades under olika teman, vilka sedan kunde utgöra underrubriker i litteraturöversiktens resultat (Friberg, 2006). Författarna jämförde efter analysen sina resultat och fastställde tillsammans teman och subteman för litteraturstudien.

Forskningsetiska avvägningar

Helsingforsdeklarationen författades 1964 (World Medical Association, 2018) och är specifikt riktad mot medicinsk forskning som involverar människor. Helsingforsdeklarationen används som ett styrdokument internationellt och innehåller 35 punkter som fastslår att det är av vikt att deltagare i en studie har rätt till information rörande studien, att bevara deltagarnas integritet samt att studien ska genomgå en prövning hos en oberoende etisk kommitté.

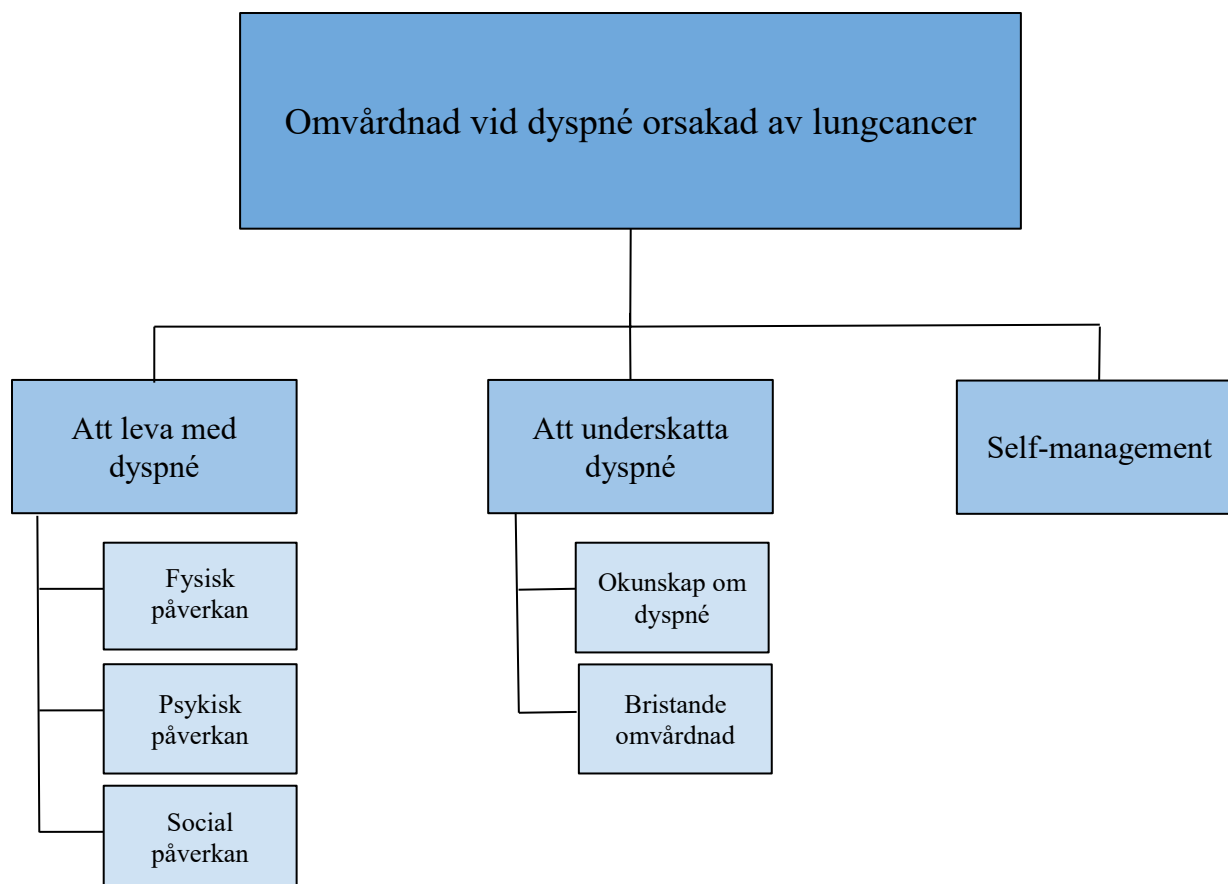
Helsingforsdeklarationen bygger på fyra grundprinciper; autonomiprincipen, nyttoprincipen, inte skada-principen samt rättvisepincipen. Autonomiprincipen syftar till att bevara deltagarens autonomi genom att ha respekt för hans självbestämmande, vilket kan göras genom att

exempelvis ha frivillig medverkan, att ge relevant information om studien samt att deltagaren ska ha möjlighet att dra tillbaka sitt deltagande när som helst under studiens gång. Nyttoprincipen syftar till att risken för skada eller obehag aldrig ska överväga nyttan med studien. Inte-skada principen ser till att undvika att studien orsakar skada. Exempelvis miljöer eller metoder som används till studien ska anpassas för att minimera skada för deltagarna. Skada i detta fallet inkluderar fysisk såväl som annan skada där att följa lagstiftning och att beakta konfidentialitet är exempel på åtgärder. Rättvis principen fastslår att samtliga deltagare ska behandlas lika och rättvist (ibid.). Barn, mentalt eller emotionellt funktionsnedsatta, svårt sjuka eller fysiskt funktionsnedsatta personer, palliativa patienter, patienter på sjukhus eller inrättning samt gravida ses som särskilt sårbara grupper (Polit & Beck, 2018). När dessa grupper är deltagare i en studie är det av största vikt att ta särskild hänsyn till de etiska dimensionerna i utförandet av studien. Personer med dyspné är ofta fysiskt funktionsnedsatta och tidvis inneliggande patienter på sjukhus, vilket placerar dem under två kategorier av särskilt sårbara individer (Polit & Beck, 2018). Vid kvalitetsgranskningen av framsökta studier har författarna till föreliggande uppsats tagit i beaktning att studierna har granskats av en etisk nämnd i samband med att studien utförts. Studier som saknar sådan granskning har således exkluderats. Vidare har författarna till föreliggande studie undvikit plagiat, i enlighet med CODEX (2019), dessutom har studiernas resultat inte heller förvrängts.

Resultat

Denna litteraturstudies resultat är baserat på 12 studier. Sju av dessa har kvalitativ design och fem har kvantitativ design. Sex av studierna utfördes i England. Övriga studier utfördes i Sverige, Tyskland, Danmark, Norge samt Kina.

Gemensamt för studierna var att populationen antingen var patienter med upplevd dyspné eller hälso- och sjukvårdspersonal som bedrev omvårdnad av patienter med dyspné. Resultatet av litteraturstudien visade att patientupplevelsen av dyspné samt sjuksköterskans roll kunde beskrivas i tre huvudteman, *Att leva med dyspné*, *Att underskatta dyspné* samt *Self-management*, se figur 1.



Figur 1: Schematisk bild över omvårdnad vid dyspné samt dess teman och subteman.

Att leva med dyspné

Dyspné är ofta multidimensionellt (och påverkar således individen på fysiska, psykiska och sociala plan), vilket innebär att patienterna behöver strukturera sin vardag på ett sätt som gör att dyspné kan undvikas. Sådana förändringar kan innebära negativ inverkan på patientens liv. Subteman som framkom var: *Fysisk påverkan*, *Psykisk påverkan* och *Social påverkan*.

Fysisk påverkan

Patienter med lungcancer upplevde att dyspnén påverkade deras liv, en del patienter beskrev det som förändringar i vardagen medan andra patienter beskrev det som stora begränsningar (Hench et al., 2008a). Symtom som hosta, smärta och fatigue ses ofta i samband hos patienter med dyspné, vilket ytterligare påverkar patienternas dagliga liv på ett negativt sätt (Lai, Chan och Lopez, 2007; Hench et al., 2008a).

Ett flertal faktorer beskrevs utlösa dyspné, dessa sågs av patienterna som fysiska begränsningar i det dagliga livet (Lai et al., 2007; Hensch et al., 2008). Faktorer som utlöser dyspné varierar från person till person, men faktorer som flertalet patienter nämnde var fysisk aktivitet i form av att exempelvis bädda, att klä på sig snabbt, att gå snabbt samt att flytta möbler (Lai et al., 2007). Ytterligare fysiska aktiviteter som kunde föranleda en episod av dyspné var att gå i backar eller att påverkas av att vara på olika altituder (Hensch et al., 2008a). Andra utlösande faktorer var extrema väderförändringar, att småprata, hunger samt emotionell upprördhet (Lai et al., 2007). Patienter uppgav att dyspné påverkade omkring 80% av det dagliga livet, eftersom patienterna tvingades röra sig långsammare och utöva minskad och mindre intensiv fysisk aktivitet för att undvika episoder av dyspné. Även vardagliga aktiviteter såsom matlagning och duschning var aktiviteter som ofta undveks. Flertalet patienter upplevde dyspné i samband med måltider, då aktiviteter såsom att tugga och svälja utlöste dyspné. Att inte kunna äta innebar påverkan på födointag och ledde således till stor oönskad viktförlust hos dessa patienter (ibid).

Både i studien av Hensch et al. (2008a) och i studien av Booth et al. (2003) uttryckte samtliga patienter att de var funktionsnedsatta och blev allt mer beroende av familj och hjälpmedel på grund av sin dyspné. Patienterna beskrev att de upplevde sig vara begränsade i sin förmåga att sköta saker i hemmet samt att förflytta sig runt i sitt eget hem (Booth et al., 2003).

Psykisk påverkan

Känslor som rädsla och oro var mycket vanligt bland patienter under en pågående episod av dyspné, känslorna uppstod från upplevelsen av inte få tillräckligt med luft (Lai et al., 2007; Simon et al., 2013). Flera patienter beskrev att de under en episod av dyspné var rädda att dö, att de skulle kvävas eller svimma och att hjärtat skulle sluta slå. En del av patienterna beskrev rädslan att dö medan andra patienter beskrev en "rädsla för det okända", en rädsla för oförutsägbarheten och det okända mönstret av dyspné (ibid.). En del patienter uttryckte dessutom att om de fått välja mellan symtom så hade samtliga deltagare valt smärta eller fatigue framför dyspné, för att dyspné orsakar lidande i större grad jämfört med andra upplevda symtom (Lai et al., 2007).

Patienterna kände sig försvagade av de plötsliga episoderna av dyspné helt utan varningstecken då detta skapade en konstant oro och oförmåga att förbereda sig inför obehaget som en episod

skapar (Booth et al., 2003). Den panik och ångest under en episod av dyspné som patienterna upplevde gav samtidigt en konstant påminnelse om lungcancerdiagnosen och faktumet att sjukdomen och symtomen kommer pågå resten av livet. Patienterna uttryckte dessutom en känsla av rastlöshet samtidigt som de upplevde att de fick minskad initiativförmåga (Hench et al., 2008a). Patienterna upplevde att dessa begränsningar skapade stor frustration och ledde i vissa fall till depression (Booth et al., 2003; Simon et al., 2013). Många patienter uppgav sig ha negativa tankar om sig själva och de kände sig som en börda för sin familj (Lai et al., 2007). Samtidigt som de gärna ville vara självständiga upplevde de sig vara beroende av sin familj för hjälp med matlagning och andra sysslor i hemmet. En patient uttryckte att han kände sig som en belastning för sin familj då de hade både arbete och barn att fokusera på, men de var tvungna att bekymra sig för honom (ibid.).

I studien av Lai et al. (2007) ombads patienterna att skatta sin dyspné med visuell analog skala (VAS). Där skattningen 0 mm innebar ingen upplevd dyspné medan skattningen 100 mm innebar värsta tänkbara dyspné. Samtliga deltagare skattade sin dyspné mellan 50 mm och 99 mm. Fem patienter uttryckte en önskan att dö, dessa patienter skattade dyspné högre än medelvärdet av deltagarna. Att ha suicidal tankar var ett sätt för patienterna att hantera den extremt smärtsamma och påfrestande upplevelsen av att ha allvarlig dyspné. Hopplöshet beskrevs dessutom som en bidragande faktor till suicidal tankar (Hench et al., 2008a). Hopplösheten uppstod på grund av osäkerhet rörande dyspné, dess orsak, symptom men även framtidsutsikt.

Social påverkan

Patienter uttryckte att de upplevde påverkan på det sociala livet samt påverkan på förhållandet till sociala situationer (Lai et al., 2007; Booth et al., 2003). Patienterna menade att de förlorat förmågan att upprätthålla sitt tidigare sociala liv, vilket resulterade i en känsla av att förlora sin roll. Många isolerade sig i hemmet på grund av att de inte hade energi att ta sig utanför hemmet (Lai et al., 2007). Denna förändringen blev tydligare hos patienter som inte hade en familj eller andra närstående.

Patienter med dyspné upplever att deras symptom påverkar deras tidigare sociala vanor och fritidsaktiviteter (Lai et al., 2007). En patient i studien beskrev att han tidigare hade joggat,

simmat och fiskat med sina vänner, dessa aktiviteter hade han nu fått ge upp på grund av sin dyspné. Många vittnade om att de kände sig värdelösa när de inte längre kunde delta i tidigare sociala aktiviteter, också detta bidrog till isolering.

Utöver den brist på energi som begränsade det sociala livet upplevde patienter med dyspné också svårigheter i sociala interaktioner (Lai et al., 2007). Dyspnén påverkar förmågan att samtala med andra. Under ett samtal upplevde patienterna att de blev andfådda av att prata, vilket resulterade i att deras kommunikation med andra begränsades till korta, enkla svar. Detta bidrog också till en form av isolering, trots att individerna faktiskt befann sig i ett socialt sammanhang.

Lungcancerpatienter som deltog i ett tränings- och avslappningsprogram upplevde att gruppträningen tillsammans med andra lungcancerpatienter skapade en känsla av sammanhang (Adamsen et al., 2012). Att möta och träna tillsammans med personer med samma symtom och problem gav ett fysiskt och emotionellt lyft. De upplevde också att gruppträningen gav en möjlighet till att utveckla metoder för daglig hantering av dyspné. Även patienterna i Ellis et al. (2017) studie uttryckte en ökad känsla av samhörighet genom att delta i en studie och möta personer i samma situation som sig själv. Känslan av att inte vara ensam i sin upplevelse av dyspné uppskattades av patienterna och upplevdes som en förbättring i det sociala livet (Adamsen et al., 2012; Ellis et al., 2017).

Att underskatta dyspné

Det tycks råda osäkerhet bland sjuksköterskor hur omvårdnad vid dyspné ska bedrivas. Samtidigt som patienterna upplever att de inte får tillräcklig kunskap om sitt tillstånd av sjuksköterskorna. Sjuksköterskor tenderar även att underskatta patienters upplevelse av dyspné. Subteman som framkom var: *Okunskap om dyspné* och *Bristande omvårdnad*.

Okunskap om dyspné

I en studie av Laugsand et al. (2010) svarade 1933 "cancerpatient och vårdpersonal-par" från elva europeiska länder på enkäter för symtomskattning och livskvalitet. Studien visade att hälso- och sjukvårdspersonalen konsekvent underskattade patienters symtom. Av patienterna skattade 30% sin dyspné som måttlig eller svår, medan hälso- och sjukvårdspersonalen endast skattade 16% av patienternas dyspné som måttlig eller svår (ibid.). Även studien av Haugdahl et al.

(2015) visar att hälso- och sjukvårdspersonal tenderar att underskatta patienters dyspné. Ungefär hälften av både läkare och sjuksköterskor skattade patienternas dyspné som mindre allvarlig än patienterna själva.

Patienter upplevde att hälso- och sjukvårdspersonalens förmåga att hantera dyspné varierade mellan olika professioner (Booth et al., 2003). I studien av Moore et al. (2002) jämfördes ordinarie medicinsk uppföljning med en sjuksköterskeledd uppföljning efter en lungcancerbehandling. Kontrollgruppen genomgick ordinarie uppföljning vilken var med en läkare. Totalt 203 patienter med lungcancer deltog i studien och randomiserades till interventions- eller kontrollgruppen. Resultatet visar att patienter i interventionsgruppen upplevde tydliga fördelar. Efter tre månader skattade patienterna i interventionsgruppen sin dyspné lägre än patienterna i kontrollgruppen. Patienterna i interventionsgruppen skattade dessutom emotionell funktion högre. Resultatet visar också att sjuksköterskorna tidigare uppmärksammade och dokumenterade symtomens progression och därför kunde åtgärder vidtas tidigare. Av patienterna i interventionsgruppen uppgav 78% att om de fick välja skulle de välja sjuksköterskeledd uppföljning, medan endast 17% av de i kontrollgruppen skulle föredra att få vanlig medicinsk uppföljning igen.

Många patienter upplever att hälso- och sjukvårdspersonal inte har förståelse för hur det är att leva med dyspné (Booth et al., 2003) och att det dessutom krävs att de själva kan dra uppmärksamhet till sitt symtom för att få adekvat hjälp. Patienterna upplevde att hälso- och sjukvårdspersonal lade större fokus på deras smärta, vilket de själva inte upplevde vara det största problemet (ibid.). I Waglands et al. (2012) studie intervjuades 19 specialistsjuksköterskor, 5 fysioterapeuter, 2 arbetsterapeuter, 4 onkologer samt 4 palliativvårdkonsulter. Intervjun fokuserade på vad som behövdes ta i beaktning vid utarbetande av en icke-farmakologisk intervention rörande symtomhantering hos lungcancerpatienter. Vid diskussion om att leda och lära ut icke-farmakologisk intervention vid dyspné uttryckte flertalet deltagare en osäkerhet och en önskan att få ökad kunskap om symtomet. En sjuksköterska beskrev att hen inte var säker på att hen kunde ge en patient med dyspné råd om hanteringsstrategier. En annan sjuksköterska uttryckte ett behov av utbildning i diafragmaandning.

Dyspné kräver planering av vardagen, vilket innebär att patienterna behöver kunskap om tillståndet och dess utlösande faktorer (Hench et al., 2008a). Cancerpatienter beskrev att dyspné resulterade i mycket mer osäkerhet och rädsla än andra symtom som de upplevde, såsom smärta (Booth et al., 2003). De upplevde att de inte hade förmåga att kontrollera detta symtom, relaterat till otillräcklig kunskap om dyspné. Flertalet patienter i studien utförd av Lai et al. (2007) uttryckte att de upplevde en osäkerhet rörande dyspné, att de upplevde att de inte fått nog med information om tillståndet och vad det innebar. En patient uttryckte frustration över bristen på kunskap och önskade information om hur och varför dyspné uppstår. Denna patienten ansåg att det var läkares och sjuksköterskors ansvar att informera patienter om detta. En annan patient uttryckte dessutom att hanteringsförmågan av dyspné hade kunnat förbättras om adekvat information om tillståndet lärts ut.

Bristande omvårdnad

Patienter uppgav att de ofta kände sig förbisedda av hälso- och sjukvårdspersonalen (Booth et al., 2003). Att de kände sig förbisedda ledde till att de upplevde att de inte fick den omvårdnad och symtomlindring de behövde. Cancerpatienterna uttryckte en oro över att dyspné sågs som ett sekundärt symtom och således inte togs i så stor beaktning som patienterna önskat. I studien av Lai et al. (2007) visar resultatet att 9 av 11 patienter inte ansåg sig få hjälp från sjuksköterskorna. Sjuksköterskorna ansågs endast dela ut medicin samt att de inte mötte patienternas övriga omvårdnadsbehov, exempelvis bekräftelse av känslor, behov av information samt omvårdnadsåtgärder för dyspnén. Patienterna menade att sjuksköterskorna hade kunnat göra mer för dem under vårdtiden. Patienterna ansåg vidare att sjuksköterskor har en viktig roll som lärare, att de bör lära patienterna om andningstekniker, vilka är till stor fördel för patienternas förmåga att hantera sina symtom. Patienterna upplevde att sjuksköterskor i många fall brister i att utbilda om dessa tekniker.

Self-management

Self-management är en stor del av vården av patienter med dyspné och innefattar både strategier som patienten själv kommer fram till genom så kallad 'trial and error', men även sjuksköterskan har en viktig roll i att lära ut self-management till patienter. Andningstekniker är en uppskattad strategi för egenvård hos många patienter.

I en studie utvärderades en kombination av olika interventioner; respiratoriskt stöd, fysioterapi, arbetsterapi samt palliativ bedömning (Higginson et al., 2014). Studien visade att patienter som fick ett multiprofessionellt stöd hade en generell förbättring (16 %) rörande kontrollförmågan av dyspnén jämfört med kontrollgruppen. Interventionskombinationen hade som mål att förse patienter med strategier för att tillåta patienterna att bemästra sin dyspné, trots insikten att dyspnén är kronisk. Faktorer som särskilt förbättrade patienternas hanteringsförmåga av dyspné var ökat självförtroende, ökad kunskap samt strategier för hantering i dagliga livet.

Yorke et al. (2015) genomförde en interventionsstudie där interventionen bestod av fyra komponenter: diafragmaandning, akupressur, hostteknik och skiftlig information rörande symtomupplevelser och kommunikationsstrategier, sömnhygien, energikonservationsstrategier, ångestlindringsstrategier, rösthygien samt närståendestöd. Studien var unik då interventionspaketet innehöll olika tekniker som patienterna kunde välja fritt från eller implementera samtliga tekniker alternativt välja de som fungerade bäst för dem. I en uppföljningsstudie intervjuades 11 av lungcancerpatienterna, 3 anhörigvårdare samt 7 av de deltagande forskarna (Ellis et al. 2017). Patienterna som hade nyttjat interventionerna upplevde större symtomkontroll samt att de klarade av att utföra aktiviteter de inte klarat av sedan innan diagnostisering (ibid). Patienterna upplevde dessutom en frihet att kunna använda teknikerna vid behov snarare än att det kändes som ett tvång. Särskilt andningsteknikerna upplevdes väldigt hjälpsamma och gav dessutom resultat på associerad ångest. En patient uppgav att andningsteknikerna tillät henne att avstå från inhalationsläkemedel som hon tidigare behövt. Akupressuren var också uppskattad och kunde användas som ett diskret sätt att lindra dyspné. Även patienterna som deltog i kontrollgruppen i studien av Yorke et al. (2015) intervjuades av Ellis et al. (2017) och de uttryckte att de lärde sig mycket om sitt tillstånd genom den information som deltagandet i studien medförde. Patienterna i kontrollgruppen uttryckte även att de fick en ökad kunskap genom att läsa enkäterna som användes i studien då dessa fastställde deras symtomupplevelse. Det gav även bekräftelse på att det fanns andra personer som var i samma situation som de själva.

Sjuksköterskan har en viktig roll i att informera patienten om strategier som kan vara användbara för att denne ska kunna hantera och bemästra sin dyspné. När sjuksköterskan inte lyckas med sitt uppdrag att förmedla kunskap kring användbara strategier så måste patienten själv utveckla egna

metoder för att hantera sin andnöd (Lai et al., 2007; Henoch et al., 2008a). Hanteringsstrategier kan vara att undvika faktorer som utlöser dyspnén, men också alternativa behandlingsmetoder som att använda traditionella växtbaserade läkemedel eller att söka efter stöd hos närstående (Lai et al., 2007). Många hanteringsstrategier involverar att patienten begränsade sin vardag genom att exempelvis undvika att exponera sig för olika vädertyper, utföra aktiviteter i ett långsammare tempo samt att vila under längre perioder för att spara sin energi (ibid.). Strategier för att lindra dyspnén kan vara andningsövningar och positionering (Henoch et al., 2008a). Ytterligare sätt att hantera dyspnén kan vara att bortförklara den som något som orsakats av andra faktorer än lungcancer, att ignorera situationen, att distrahera sig med annat eller att helt enkelt försöka acceptera situationen. Att kontrollera sin andning med hjälp av antingen avslappningsmetoder eller att koncentrera sig på sin andning sågs som hjälpsamma self-managementstrategier (ibid.).

Fysisk träning har också visat sig ge positiva effekter för patienter med dyspné (Adamsen et al., 2012) där majoriteten av dessa patienter upplevde en stor förbättring av sin fysiska kapacitet som en följd av fysisk träning. Flertalet patienter upplevde också ett ökat generellt välmående. Oavsett patienternas olika utgångspunkt relaterat till deras varierande grad av dyspnébevar så rapporterade samtliga patienter att träningen hade resulterat i en bättre andningskapacitet, en ökad energinivå både direkt efter träningspassen men även generellt.

Diskussion

Diskussion av vald metod

För att belysa kunskapsläget rörande omvårdnad vid dyspné orsakad av lungcancer valdes en litteraturstudie. En litteraturstudie valdes då en övergripande förståelse ville skapas, detta genom en sammanställning av tidigare forskning (Polit & Beck, 2018).

Databaserna PubMed och CINAHL användes för att finna relevanta studier till föreliggande studie. Båda databaserna har omvårdnad som huvudfokus, och är således optimala för en litteraturstudie inom omvårdnad. Efter en första sökning och urval av artiklar uppmärksammades det att artiklarna var från år 1994-2005, vilket medförde att resultatet riskerade att vara icke-aktuellt. För att få ett mer aktuellt tidsspänn genomfördes en andra sökning med utökade sökord, exempelvis i form av synonymer för ordet "dyspné". Att utöka sökningen med synonymer för

“dyspné” var fördelaktigt då studier som valt att använda andra ord för dyspné också inkluderades i sökningens resultat. Det finns troligen ytterligare synonymer för “dyspné” som författarna till föreliggande studie hade kunnat använda sig av för att få ytterligare sökträffar.

Utifrån givna kriterier valdes 12 artiklar ut som ansågs vara aktuella. För att säkerställa att hög kvalitet och pålitlighet var det väsentligt att artiklar som skulle ingå i denna studie var granskade av en etisk nämnd. För att en artikel skulle ingå i denna studie var inklusionkriteriet att den höll hög eller medelhög kvalitet och för att säkerställa kvalitet användes granskningsmallar utförda av Willman et al. (2011). Påståendena i granskningsmallarna var lätta att applicera på studierna och i instruktionerna till granskningsmallarna uppmanades användaren att modifiera mallarna för att granskningen skulle bli anpassad efter de krav författarna av litteraturstudien ville ställa på de studier som granskades. Mallarna upplevdes enkla att modifiera för att tillfredsställa författarnas krav. Att tillämpa integrerad analys som analysmetod var fördelaktigt då analysmetoden förenklar förståelse och värdering av de olika studiernas resultat (Kristensson, 2014). Dessutom underlättar denna analysmetod presentationen av resultatet för föreliggande studier, då likheter och skillnader sammanställs under olika teman, som kan användas som rubriker i litteraturstudien. I föreliggande litteraturstudie användes sju studier av kvalitativ design och fem studier av kvantitativ design. Att blanda kvantitativ och kvalitativ design kan enligt Polit och Beck (2018) innebära svårigheter vid integrerad analys, då dessa designer har olika ansatser. Författarna till föreliggande uppsats anser däremot att studierna med kvantitativ design styrker resultatet i studierna med kvalitativ design och blir således en styrka med litteraturstudien.

De inkluderade studierna är genomförda i nordiska länder (4), Tyskland (1), England (6), samt en studie i Kina (1). Det är fördelaktigt att de flesta studierna är genomförda i länder som har liknande sjukvårdsorganisation, resultaten av studierna blir således lättare att jämföra och diskutera. Litteraturstudiens applicerbarhet i klinisk verksamhet ökar på grund av resultatens samstämmighet. Vidare är studierna utförda mellan åren 2002-2017 och trots att tidsspannet är så pass stort har studiernas resultat fler likheter än skillnader. Att resultaten från studierna i de europeiska länderna överensstämmer med varandra styrker litteraturstudiens resultat. Resultatet av studien utförd i Kina avvek från de övriga då användandet av alternativ medicin (där bland traditionella växtbaserade läkemedel) är större i Kina än i västvärlden. Utöver skillnaden i användandet av alternativ medicin skiljde sig inte patienternas upplevelse av dyspné och

sjuksköterskans kunskap om dyspné från resultaten i de europeiska studierna. Att studien från Kina inkluderades i föreliggande studie är således en styrka. Däremot fanns det en risk att studien från Kina hade haft ett resultat som skiljt sig markant från de övriga studierna på grund av en annan struktur i sjukvårdsorganisationen och annan syn på medicin och omvårdnad. Detta hade kunnat påverka resultatet negativt då en osamstämmighet i resultatet hade uppstått. Det kan därför ses som negativt att författarna till föreliggande studie riskerade en osamstämmighet i resultatet. För framtida studier kan ett mer globalt perspektiv eftersträvas, där fler studier från länder utanför Europa inkluderas för att öka applicerbarheten även i dessa länder och i världen.

Diskussion av framtaget resultat

Resultatet av litteraturstudien visar tre viktiga aspekter av patienternas upplevelse och omvårdnad vid dyspné. *Att leva med dyspné, Att underskatta dyspné* samt *Self-management*. Aspekterna innefattar genomgående att det finns bristande kunskap hos både patienter och sjuksköterskor vad gäller dyspné orsakad av lungcancer. Kunskapsbrist kan leda till att patienten får sämre omvårdnad men även till bristande förmåga för patienten att själv kunna hantera sin dyspné.

Att leva med dyspné är påfrestande och har negativa effekter på alla aspekter av en persons liv, det är även starkt förknippat med ångest och oro (Hench et al., 2008a; Hench et al., 2008b; Hench, 2019; Lai et al. 2007; Booth et al., 2013). Att dyspné är multidimensionell betyder att upplevelsen av symtomen skiljer sig åt mellan olika patienter, vilket är en svårighet för att kunna erbjuda effektiv behandling av dyspné. Att patienter fortfarande upplever samma symtombörda av dyspné som för tio år sedan trots förbättringar i både medicinering och omvårdnad är alarmerande (Sung et al., 2017). Kunskapen om att dyspné är multidimensionell är dessutom i många fall undermålig (Hench et al., 2008b). För att sjuksköterskan ska ha möjlighet att utföra adekvata omvårdnadsåtgärder är det viktigt att förstå patienternas upplevelse av att leva med dyspné. Det är viktigt att sjuksköterskan har strategier för att kunna få klarhet i den individuella patientens behov och vad patienten upplever som den svåraste delen av sitt tillstånd (O'Driscoll, Corner & Bailey, 1999). Ett stort antal studier har utförts för att få förståelse för patienternas upplevelse av dyspné, några är inkluderade i denna litteraturstudie (Lai et al., 2007; Hench et al., 2008a; Hench et al., 2008b; Booth et al., 2003; O'Driscoll et al., 1999; Sung et al., 2017).

Det är viktigt att som sjuksköterska och annan hälso- och sjukvårdspersonal ta del av forskning som undersöker patienters upplevelse av att leva med dyspné för att få en ökad kunskap om patientgruppen och för att kunna ge en adekvat omvårdnad. Den legitimerade sjuksköterskan har ansvar för att kontinuerligt förbättra och fördjupa sin professionella yrkeskompetens utifrån aktuell forskning (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Enligt Henderson (1969/1982) ingår det i sjuksköterskans profession *Att hjälpa patienten lära*. Sjuksköterskan ska ge råd och information till patienten för att öka dennes kunskap om tillståndet. Detta för att förebygga eller minska sjukdom och ohälsa. Det viktigaste är dock är att patienten själv får delta i upprättandet av vårdplanen (ibid.). Sjuksköterskan ska således bidra till att öka patientens kunskap samt involvera patienten i vården för att kunna ge optimal vård och förbättra patientens hälsa och livskvalitet.

Patienter hamnar ofta i ett trefaldigt underläge (Kristensson Uggla, 2014). Känslan av att inte bli tagen på allvar är en följd av detta. Det trefaldiga underläget delas in i det institutionella, det existentiella och det kognitiva underläget. Det institutionella underläget fastställs genom att patienten placeras i botten av hierarkin i sjukvårdsorganisationen. Att patienten dessutom är sjuk placerar den i det existentiella underläget. Vidare placeras patienten dessutom i ett kognitivt underläge, eftersom patienten (oavsett utbildning) hamnar i ett kunskapsunderläge gentemot hälso- och sjukvårdspersonalen. Att känna sig förbisedd och inte tagen på allvar är starkt förknippat med det trefaldiga underläget - och kan vara en förklaring till att vissa patienter kan visa en motsträvighet gentemot vården och dess insatser (ibid.) Att patienterna i studierna av Lai et al. (2007) och Booth et al. (2003) upplever att de antingen blir förbisedda eller inte tagna på allvar av vården kan vara ett resultat av det trefaldiga underläget, men det kan också tyda på en okunskap hos hälso- och sjukvårdspersonalen. Det är viktigt att lägga lika stor vikt vid patientens upplevelse av sin sjukdom som den professionella synen på sjukdomen (Kristensson Uggla, 2014), detta tycks inte vara självklart i omvårdnaden vid dyspné (Lai et al., 2007).

Att hälso- och sjukvårdspersonal i dagsläget underskattar patienters dyspné (Laugsand et al., 2010; Haugdahl et al., 2015) är ett faktum och är något som bör tas i beaktning vid framtida utbildningar inom omvårdnad vid dyspné. Detta då underskattningen kan bero på en okunskap hos hälso- och sjukvårdspersonalen. Sjuksköterskans uppgift innefattar, att i samråd med läkare, undervisa patienter i hur dyspné uppstår och hur tillståndet kan förhindras (Henderson,

1969;1982). Det krävs också att sjuksköterskan kan bedriva personcentrerad vård samt att hen är uppmärksam på att sjukdomstillståndet kan förändras över tid och således kräva förändring i omvårdnad (ibid.). Att ge omvårdnad till patienter med dyspné kräver lyhördhet. Sjuksköterskan behöver vara uppmärksam på patientens upplevelse av dyspné men sjuksköterskan behöver även ha insikt i den multidimensionella upplevelsen av dyspné. Även om patienten uppvisar adekvata mätvärden i exempelvis saturation behöver detta nödvändigtvis inte innebära att patienten inte upplever dyspné. Uttrycker patienten att denne upplever dyspné, bör detta tas på allvar. Vid kronisk sjukdom bör patienten ges möjlighet ha en aktiv roll i sin vård, både av patient och sjuksköterska (World Health Organization [WHO], 2002). Även detta innebär att det krävs en förståelse för patientens unika upplevelse av dyspné. Att underskatta dyspné är således att inte vara lyhörd men även att åsidosätta patientens egna upplevelser. Även Henderson (1969;1982) styrker detta, då hon uttrycker att patienten ska sättas i första hand och att det är patienten (och dennes önsknings) som hälso- och sjukvårdsteamet arbetar för. När sjuksköterskan inte litar på patienten eller underskattar dyspnén uppfyller sjuksköterskan således inte sitt professionella ansvar.

Att patienten kan förändra sin levnadsvanor och utveckla nya färdigheter för att hantera sin sjukdom är ett måste vid kronisk sjukdom, men det krävs också ett partnerskap mellan patient och sjuksköterska (WHO, 2002; Lawn & Schoo, 2010). Sjuksköterskan är skyldig att säkerställa att patienter har fått adekvat information rörande sitt kroniska tillstånd samt strategier för att kunna bedriva egenvård (WHO, 2002). För att säkerställa att detta sker krävs en god bas för kommunikation. Dagens sjukvårdssystem har i många fall misslyckats att erbjuda en miljö där god kommunikation kan uppstå. Detta leder till att patienters möjlighet och kunskap inom self-management brister, vilket exemplifieras i studierna genomförda av Lai et al. (2007) och Booth et al. (2003). Vidare finns i flera länder inget formellt krav att verksamma sjuksköterskor ska få kontinuerlig utbildning efter grundutbildningen, vilket leder till att flertalet som arbetar inom hälso- och sjukvård inte hålls uppdaterade (WHO, 2002). Vidareutbildning som i vissa fall erbjuds är ofta frivillig vilket kan leda till lågt deltagarantal bland de anställda. Det ingår å andra sidan i sjuksköterskans kompetens att kontinuerligt uppdatera sig (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Att det inte finns formella krav på att personal ska genomföra utbildning på arbetstid innebär att sjuksköterskan inte kan uppfylla kraven för kompetensbeskrivningen. I och med

denna risk för kunskapsbrist samt att kommunikationen många gånger mellan patient och sjuksköterska brister, råder en okunskap hos patienter rörande self-management. Att främja kommunikation genom att tillåta patienten att ställa frågor i ett öppet klimat kan vara en lösning på detta problem. Dessutom krävs att sjuksköterskan uppmuntrar till self-management, att sjuksköterskan är påläst och införstådd i vilka strategier som kan användas (WHO, 2002). Vidare krävs utbildning i det kliniska arbetet rörande dyspné och omvårdnad vid dyspné, för att bidra till ökad kunskap hos sjuksköterskor rent generellt (Sabry Shehab et al., 2016). Ökad kunskap om tillståndet kan leda till ökad känsla av säkerhet vid omvårdnad.

Sjuksköterskans hanteringsförmåga av dyspné idag är fortfarande relativt lik den kunskap som fanns för 18 år sedan (Scano & Ambrosino, 2002). Patienter upplever fortfarande liknande problem med given omvårdnad och detta tyder på att det krävs uppdatering av vad optimal omvårdnad vid dyspné är. I skenet av en studie utförd av Higginson och McCarthy (1989) förstärks detta ytterligare. Forskarna beskriver att dyspné är ett komplext symtom som kan ha flera olika bakomliggande orsaker. I studien tas flertalet exempel på behandling upp relaterat till de olika bakomliggande orsakerna. Forskarna menar att deras resultat visar att de behandlingsmetoder som finns inte är adekvata och att symtomet dyspné kräver mer uppmärksamhet och kunskap för att finna metoder som hjälper patienterna och förbättrar deras livskvalitet (ibid.). Att vi i dag ser samma resultat som i studier utförda för ett par decennier sedan visar på den stora kunskapsbrist kring dyspné som fortfarande råder. Även om forskning utförts kring både lungcancer och dyspné och vården idag har förändrats och förbättrats på många sätt beskriver patienterna fortfarande samma brist på information, omvårdnadsåtgärder och kunskap hos hälso- och sjukvårdspersonal. Att dyspné är ett komplext och väldigt påfrestande symtom har redan blivit konstaterat i flertalet studier under många år (Higginson & McCarthy, 1989; Lai et al., 2007; Hensch, 2019). Patienternas situation måste förbättras och mer fokus måste läggas på sjuksköterskans kunskap om dyspné och kunskap om omvårdnadsåtgärder vid dyspné. I dagens sjukvård är det viktigt att möta detta problem och istället för att fortsätta konstatera symtomets konsekvenser måste forskning fokusera på att skapa adekvata omvårdnadsåtgärder för att förbättra patienternas hälsotillstånd och livskvalitet.

Slutsats och kliniska implikationer

Att leva med dyspné är påfrestande och har negativa effekter på alla aspekter av en persons liv. I dagsläget brister omvårdnaden vid dyspné, ofta på grund av okunskap hos sjuksköterskan, vilket leder till att patienters dyspné ofta underskattas och inte tas på allvar. Patienter upplever samma symtombörda trots decennier av forskning rörande dyspné samt förbättrad lungcancerbehandling, vilket indikerar att det krävs en förändring i dagens omvårdnad vid dyspné. I resultatet framkommer att sjuksköterskans uppgifter rörande omvårdnad vid dyspné bland annat innefattar att lära ut andningstekniker, att vara psykologiskt stöd för patienten men även att vara stöd i patientens self-management. I dagsläget upplever patienter att omvårdnaden vid dyspné brister i dessa aspekter. Litteraturstudiens resultat kan vara av stor vikt för sjuksköterskans omvårdnadsarbete då det förtydligar patienternas upplevelse av dyspné och deras omvårdnadsbehov. Det krävs att sjuksköterskan kan vara lyhörd på patienternas behov och önsningar men även att dyspné kan förändras över tid och således kräva andra åtgärder än tidigare. Att bedriva personcentrerad vård är centralt i sjuksköterskans profession och är även en stor del av omvårdnaden av dyspné, relaterat till att dyspné är multidimensionellt. Resultatet kan även nyttjas för att uppmärksamma den kunskapsbrist som råder hos sjuksköterskor och annan hälso- och sjukvårdspersonal och för att belysa och förhindra underskattning av dyspné. I framtiden krävs vidare forskning om vilka omvårdnadsåtgärder som är mest effektiva vid omvårdnad av dyspné. Det krävs dessutom ett krav på kontinuerlig utbildning på arbetsplatsen för att säkerställa att sjuksköterskor hålls uppdaterade rörande forskning inom professionen, dels för att ge patienterna adekvat omvårdnad, men även för att ge sjuksköterskor en trygg kunskapsbas att stå på.

Författarnas arbetsfördelning

Arbetsuppgifterna har delats lika mellan författarna. Artikelsökningarna skedde genom att författarna sökte i två olika databaser, för att sedan jämföra och tillsammans välja ut artiklar för analys. Artiklarna analyserades och kategoriserades tillsammans. Hela texten har gemensamt skrivits och redigerats.

Referenser

Adamsen, L., Stage, M., Laursen, J., Rørth, M. & Quist, M. (2011). Exercise and relaxation intervention for patients with advanced lung cancer: a qualitative feasibility study. *Scandinavian journal of medicine & science in sports*, 22(6), 804-815. doi: 10.1111/j.1600-0838.2011.01323.x

Arden Pope, C., Burnett, R. T., Thun, M. J., Calle, E. E., Krewski, D., Ito, K. & Thurston, G. D. (2002). Lung Cancer, Cardiopulmonary Mortality, and Long-term Exposure to Fine Particulate Air Pollution. *JAMA*, 287(9), 1132-1141. doi:10.1001/jama.287.9.1132

Bausewein, C., Schunk, M., Schumacher, P., Dittmer J., Bolzani A. & Booth, S. (2018) Breathlessness services as a new model of support for patients with respiratory disease *Chronic Respiratory Disease*, 15(1), 48–59. doi: 10.1177/1479972317721557

Bonk, A. K. (2012). Management of Dyspnea in a Patient With Lung Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 39(3), 257-260. doi: 10.1188/12.ONF.257-260

Booth, S., Silvester S. & Todd, C. (2003). Breathlessness in cancer and chronic obstructive pulmonary disease: Using a qualitative approach to describe the experience of patients and carers. *Palliative and Supportive Care*, 1(4), 337-344. doi: 10.1017/S1478951503030499

Cooley, M. E. (2000). Symptoms in Adults with Lung Cancer: A Systematic Research Review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 19(2), 137-153. doi: [https://doi.org/10.1016/S0885-3924\(99\)00150-5](https://doi.org/10.1016/S0885-3924(99)00150-5)

Eldh, A. C. (2019). Delaktighet i rollen som patient. I F. Friberg & J. Öhrn (Red.), *Omvårdnadens grunder: perspektiv och förhållningssätt*. (s. 485-501). Lund: Studentlitteratur.

Ellis, J., Warden, J., Molassiotis A., Mackereth, P., Lloyd-Williams, M., Bailey, C., Burns, K. & Yorke, J. (2017). Participation in a randomised controlled feasibility study of a complex intervention for the management of the Respiratory Symptom Distress Cluster in lung cancer: patient, carer and research staff views. *European Journal of Cancer Care*, 26(6), 1-11. doi: 10.1111/ecc.12538

Friberg, F. (2006). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg. (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s. 115-123). Lund: Studentlitteratur.

- Folkhälsomyndigheten. (2019). *Dödlighet i lungcancer*. Hämtad 15 mars, 2019, från Folkhälsomyndigheten, <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/folkhalsans-utveckling/halsa/dodlighet-i-cancer/lungcancer-dodlighet/>
- Gagnemo Persson, R., Olsson, G., & Thorén, P. (2016). Lungsjukdomar. I A. Ekwall & A. M. Jansson. (Red.), *Omvårdnad och medicin* (s. 281-309). Lund: Studentlitteratur.
- Haugdahl, H. S., Storli, S. L., Meland, B., Dybwik, K., Romild, U., Klepstad, P. (2015). Underestimation of Patient Breathlessness by Nurses and Physicians during a Spontaneous Breathing Trial. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 192(12), 1440-1448. doi: 10.1164/rccm.201503-0419OC
- Henderson, V. (1982). *Grundprinciper för patientvårdande verksamhet* (U-B Silfvenius, övers.). Borås: Liber. (Originalarbete publicerat 1969)
- Henoch, I. (2019). Andning. I A. Edberg & H. Wijk. (Red.), *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa*. (s.421-442). Lund: Studentlitteratur.
- Henoch, I., Bergman, B. & Danielson, E. (2008a). Dyspnea experience and management strategies in patients with lung cancer. *Psycho-Oncology*, 17(7), 709-715. doi: 10.1002/pon.1304
- Henoch, I., Bergman, B., Gustafsson, M., Gaston-Johansson, F., & Danielson, E. (2008b). Dyspnea experience in patients with lung cancer in palliative care. *European Journal of Oncology Nursing*, 12(2), 86-96. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2007.09.006>
- Higginson, I. J., Bausewein, C., Reilly, C. C., Gao, W., Gysels, M., Dzingina, M., ... Moxham, J. (2014). An integrated palliative and respiratory care service for patients with advanced disease and refractory breathlessness: A randomised controlled trial. *Lancet respiratory medicine*, 2(12), 979-87. doi: 10.1016/S2213-2600(14)70226-7.
- Higginson, I. & McCarthy, M. (1989). Measuring symptoms in terminal cancer: Are pain and dyspnoea controlled? *Journal of the Royal Society of Medicine*, 82(5), 264-267. Från <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1292128/>

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik: för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Natur & Kultur: Stockholm.

Kristensson Ugglå, B. (2014). Personfilosofi - filosofiska utgångspunkter för personcentrerad inom hälso- och sjukvård. I I. Ekman (Red.), *Personcentrerad i hälso- och sjukvård : från filosofi till praktik*. (s. 21-68). Stockholm: Liber.

Lai, Y. L., Chan C. W. H. & Lopez, V. (2007). Perceptions of Dyspnea and Helpful Interventions During the Advanced Stage of Lung Cancer: Chinese Patients' Perspectives. *Cancer Nursing*, 30(2), 1-8. doi: 10.1097/01.NCC.0000265011.17806.07

Laugsand, E. A., Sprangers. M. A. G., Bjordal, K., Skorpen, F., Kaasa, S. & Klepstad, P. (2010). Health care providers underestimate symptom intensities of cancer patients: A multicentered European study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8(104), 1-13. doi: 10.1186/1477-7525-8-104.

Lawn, S. & Schoo, A. (2010). Supporting self-management of chronic health conditions: Common approaches. *Patient Education and Counseling*, 80(2), 205–211. doi: 10.1016/j.pec.2009.10.006.

Moore, S., Corner, J., Haviland, J., Wells, M., Salmon, E., Charles, N., ... Smith, I. (2002). Nurse led follow up and conventional medical follow up in management of patients with lung cancer: randomised trial. *BMJ*, 325(7337), 1-7. doi: 10.1136/bmj.325.7373.1145

O'Driscoll, M., Corner, J., & Bailey, C. 1999. The experience of breathlessness in lung cancer. *European Journal of Cancer Care*, 8(1), 37-43. doi: 10.1046/j.1365-2354.1999.00129.x

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2018). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. (9.ed.) Philadelphia, Pa.: Wolters Kluwer.

Sabry Shehab, M., Abd-Elkader, H., & Mohamed Ibrahim, N. (2016). Assessment of Nurses' Practice Related to Managing Patients with Dyspnea at Emergency Units at Port Said hospitals. *International Journal of Caring Sciences*, 9(3), 1066-1075. Från <http://web.a.ebscohost.com/ludwig.lub.lu.se/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=c035904e-f933-4659-8a38-acae83bed8f5%40sdc-v-sessmgr02>

Sand, O., Sjaastad, Ø. V., Haug, E., & Bjålie, J. G. (2007). *Människokroppen: fysiologi och anatomi*. Stockholm: Liber.

Scano, G., & Ambrosino, N. (2002). Pathophysiology of Dyspnea. *Lung*, 180(3), 131-148. doi: 10.1007/s004080000087

Socialstyrelsen. (2011). *Nationella riktlinjer för lungcancervård 2011: stöd för styrning och ledning*. Hämtad 15 mars, 2019, från Socialstyrelsen, <https://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-3-2>

Socialstyrelsen. (2018). *Cancer i siffror 2018: Populärvetenskapliga fakta om cancer*. Hämtad 20 mars, 2019, från Socialstyrelsen, <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20976/2018-6-10.pdf>

Simon, S. T., Higginson I. J., Benlia, H., Gysels, M., Murtagh, F. EM., Spicer, J., & Bausewein, C. (2013). Episodes of breathlessness: Types and patterns - a qualitative study exploring experiences of patients with advanced diseases. *Palliative medicine*, 27(6), 524-532. doi: 10.1177/0269216313480255

Spathis, A., Booth, S., Moffat, C., Hurst, R., Ryan, R., Chin, C., & Burkin, J. (2017). The Breathing, Thinking, Functioning clinical model: a proposal to facilitate evidence-based breathlessness management in chronic respiratory disease. *Primary Care Respiratory Medicine* 27(1), 27. doi:10.1038/s41533-017-0024-z

Sung, M. R., Patel, M. V., Djalalov, S. Le, L. W., Shepherd F. A., Burkes, R. L., ... Leighl, N. B. (2017). Evolution of Symptom Burden of Advanced Lung Cancer Over a Decade. *Clinical Lung Cancer*, 18(3), 274-280. doi: <https://doi.org/10.1016/j.clcc.2016.12.010>

Svensk sjuksköterskeförening [SSF]. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. SSF: Stockholm.

Wagland, R., Ellis, J., Bailey, C. D., Haines, J., Caress, A., Williams, M. L., ... Molassiotis, A. (2012). Considerations in developing and delivering a non-pharmacological intervention for symptom management in lung cancer: The views of health care professionals. *Support Care Cancer*, 20(10), 2565-74. doi: 10.1007/s00520-011-1362-y.

Willman, A., Stoltz, P. & Bahtsevani, C.B. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur AB.

World Health Organization. (2002). *Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action*. Hämtad 3 januari, 2020, från World Health Organization
<https://www.who.int/chp/knowledge/publications/icccglobalreport.pdf?ua=1>

World Medical Association. (2018). *WMA Declaration of Helsinki - Ethical principles for medical research involving human subjects*. Hämtad 12 december, 2019, från World Medical Association,
<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Yorke, J., Lloyd-Williams, W., Smith, J., Blackhall, F., Harle, A., Warden, J., ... Molassiotis, A. (2015). Management of the respiratory distress symptom cluster in lung cancer: a randomised controlled feasibility trial. *Support Care Cancer*, 23(11), 3373-3384. doi: 10.1007/s00520-015-2810-x.

Bilaga 1

Författare År Land Tidsskrift	Syfte	Inklusions- och exklusionskriterier	Urval och bortfall	Design/metod	Resultat	Kvalitet
Adamsen, L., Stage, M., Laursen, J., Rørth, M. & Quist, M. 2012. Danmark. Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports.	Att utforska genomförbarhet, hälsofördelar samt barriärer vid träning hos tidigare stillasittande patienter med lungcancer som har pågående strålningsbehandling.	Inklusionskriterier: Lungcancer i ett avancerat stadie, >18 år, "performance stage 0-2" enligt WHO's "Performance status", pågående strålbehandling, adherence på >50% på den sjukhusbaserade, övervakade grupptränings- och avslappningsinterventionerna	Urvalet var strategiskt. 15 patienter deltog, inget bortfall. 7 män och 8 kvinnor. Medelåldern var 66 år.	Kvalitativ. Individuella, semistrukturerade intervjuer samt en fokusgruppsintervju med 8 av de 15 deltagarna.	Patienterna upplevde fysisk, funktionell och emotionella fördelar. Studien fastställde att övervakad träning i grupp var förmånlig, även hos cancerpopulationen med stor symtombörda och dåliga prognoser.	Medelhög
Booth, S., Silvester, S., Todd, C. 2003. England. Palliative and Supportive Care.	Undersöka påverkan på det dagliga livet hos patienter, med cancer och KOL, och dess närstående.	Inklusionskriterier: Dyspné i vila	38 patienter mötte kraven för att delta i studien, bortfall på 18 deltagare, innan studiens start. 12 män och 8 kvinnor	Kvalitativ. Semistrukturerade intervjuer. Deltagarna intervjuades separat i sin hemmiljö.	De närståendes psykosociala behov är något som behövs ta i beaktning. Cancerpatienternas dyspné var mer hastigt påkommande jämfört med KOL-patienterna Fler behöver utbildas om behandling vid kronisk dyspné, vilket således innebära att fler hjälpsamma strategier kan implementeras.	Hög

<p>Ellis, J., Warden, J., Molassiotis, A., Mackereth, P., Lloyd-Williams, M., Bailey, C., Burns, K. & Yorke., J.</p> <p>2017.</p> <p>England.</p> <p>European Journal of Cancer Care.</p>	<p>Att undersöka patienters, närståendes samt forskares upplevelser av att delta i en RCT rörande symtomklustret (dyspné, hosta och fatigue) hos lungcancerpatienter.</p>	<p>Inklusionskriterier: Att patienten vid RCT indikerat att de ville delta i en kvalitativ studie.</p>	<p>Strategiskt urval, 11 patienter, 3 närstående.</p>	<p>Kvalitativ. Nästlad.</p> <p>Semistrukturerade intervjuer med patienter och närstående.</p> <p>Forskarna deltog i en fokusgruppsdiskussion.</p>	<p>Patienterna i interventionsgruppen upplevde sig få bättre kontroll över sina symtom, de upplevde även att de klarade av att utföra aktiviteter de tidigare inte klarat av.</p> <p>Även kontrollgruppsdeltagarna var positiva till studien då de upplevt sig få bättre kunskap om sitt tillstånd tack vare studien.</p>	<p>Hög</p>
<p>Haugdahl, H. S., Storli, S. L., Meland, B., Dybwik, K., Romild, U. & Klepstad, P.</p> <p>2015.</p> <p>Norge.</p> <p>American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine.</p>	<p>Att bedöma patienters, som är manuellt ventilerade, upplevelser av dyspné vid ett spontanandningsförsök (SBT) samt att jämföra patienternas bedömning med hälso- sjukvårdspersonalernas.</p>	<p>Inklusionskriterier: Manuellt ventilerad >24 timmar, >18 år samt motoraktivitetsbedömningspoäng på 3-4. Dessutom skulle patienten vara godkänd för att genomföra SBT, vilket krävde att 4 kriterier, 1) att orsaken till andningssvikten inte längre är närvarande, 2) ingen okontrollerad infektion eller metabol störning, 3) Hjärtfrekvens på >120 och systoliskt blodtryck på >90-180mmHg samt 4) SaO₂ >90%, FiO₂ < 0.5 och positiv slutexpiratoriskt tryck ≤ 8cm H₂O.</p> <p>Exklusionskriterier: Icke-komminucerande patienter (exempelvis orsakat av</p>	<p>100 deltagare, 56 män och 44 kvinnor.</p>	<p>Kvantitativ. Prospektiv observationsstudie. Multicenterstudie.</p>	<p>Sjuksköterskor och läkare underskattar upplevelsen av dyspné, jämfört med patienterna.</p>	<p>Medelhög</p>

		sedering, syn- eller hörselpåverkan eller att hen inte talade norska).				
Henoch, I., Bergman, B. & Danielsson, E. 2008. Sverige. Psycho-Oncology.	Att beskriva lungcancerpatienters upplevelser av dyspné, samt deras strategier för att hantera sin dyspné.	Inklusionskriterier: Kronisk lungcancer, all livsförlängande behandling har genomförts, dyspné, svensktalande samt informerat samtycke. Exklusionskriterier: Allvarlig mental och kongnitiv funktionsnedsättning.	20 deltagare, 11 män och 9 kvinnor.	Kvalitativ. Semistrukturerade intervjuer.	Resultatet innefattade två huvudteman, patienters upplevelser av dyspné och patienters upplevelser av att hantera dyspné. Dyspné påverkar patientens liv både kortsiktigt och långsiktigt.	Hög
Higginson, I. J., Bausewein, C., Reilly, C. C., Gao, W., Gysels, M., Dzingina, M., McCrone, P., Booth, S., Jolley, C. J. & Moxham, J. 2014. England. Lancet Respiratory Medicine.	Att undersöka effektiviteten av tidig palliativ vård, med integrerad respiratorisk service, hos patienter med kronisk dyspné.	Inklusionskriterier: Kronisk dyspné i vila eller vid aktivitet (trots optimal behandling av sjukdom), avancerad sjukdom (exempelvis cancer och KOL), villig att samarbeta med fysioterapeut och arbetsterapeut i hemmet samt att kunna tacka ja till att delta. Exklusionskriterier: Oklar anledning till dyspné, hyperventilationssyndrom, totalt hem- eller sjukhusbunden (trots erbjudande om gratis transport till undersökningslokalen) samt akut exacerbation under behandling.	105 vid start, 61 män och 44 kvinnor. 53 randomiserades till interventionsgruppen och 52 randomiserades till kontrollgruppen. Vid vecka 6 kvarstod 83 deltagare.	Kvantitativ. Randomiserad kontrollerad studie. Fast track.	Interventionen hjälpte patienterna att bättre kunna bemästra sin dyspné. Evidens stödjer tidig integrering av palliativ vård såväl hos cancerpatienter som hos patienter med andra diagnoser.	Medelhög

<p>Lai, Y. L., Chan, C. W. H. & Lopez, V. 2007. Kina. Cancer Nursing.</p>	<p>Att beskriva dyspnéupplevelsen hos patienter samt utforska hjälpsamma interventioner för patienter på en lungonkologisk mottagning i Kina.</p>	<p>Inklusionskriterier: >18 år, terminal lungcancer, kinesiskt ursprung, möjlig kommunikation på kantonesiska samt dyspnénivå på >30mm/100mm på VAS-skalan</p>	<p>Strategiskt urval, 11 patienter varav 8 var män och 3 var kvinnor.</p>	<p>Kvalitativ. Deskriptiv. Semistrukturerade intervjuer med öppna frågor.</p>	<p>Fyra teman identifierades: dyspnékännetecken, påverkan på det dagliga livet, hanteringsstrategier hos patienterna samt sjuksköterskans roll.</p>	<p>Hög</p>
<p>Laugsand, E. A., Sprangers M. AG., Bjordal, K., Skorpen, F., Kaasa, S. & Klepstad, P. 2010. Norge. 11 deltagande Europeiska länder (Danmark, Finland, Tyskland, Grekland, Island, Italien, Litauen, Norge, Sverige, Schweiz, Storbritannien). Health and Quality of Life Outcomes.</p>	<p>Att undersöka samstämmigheten mellan patienter och vårdpersonal rörande olika cancersymtom (smärta, fatigue, generell svaghet, anorexi, depression, obstipation, dålig sömn, dyspné, illamående, kräkning och diarré).</p>	<p>Inklusionskriterier: >18 år, malign sjukdom, opioidbehandling enligt WHO:s analgetiskatrappa. Exklusionskriterier: Svårighet i kommunikation på det språk som talades på undersökningscentrat.</p>	<p>2294 patienter deltog i studien. 356 patienter svarade på för få frågor och såg därför som icke-svarande.</p>	<p>Kvantitativ. Tvärsnittsstudie. Multicenterstudie.</p>	<p>Sjukvårdspersonal tenderar att underskatta cancerpatienters symtom. Detta kan bland annat bero på sjukvårdspersonalen inte kan tolka patienternas symtom eller att skattningsinstrumenten som används skiljer sig åt mellan patient och sjukvårdspersonal.</p>	<p>Hög</p>
<p>Moore, S., Corner, J., Haviland J., Wells, M., Salamon, E., Normand, C., Brada, M., O'Brien, M. & Smith, I.</p>	<p>Att undersöka sjuksköterskeledd uppföljning av patienter med lungcancer jämfört med</p>	<p>Inklusionskriterier: Patienter med lungcancer som är klar med initial behandling och har en förväntad överlevnad på >3 månader.</p>	<p>203 deltagare. 100 deltagare randomiserades till interventionsgruppen och 103</p>	<p>Kvantitativ. Randomiserad kontrollerad studie.</p>	<p>Patienterna var generellt nöjda med sjuksköterskeledd uppföljning. Sjuksköterskor var generellt bättre än läkare på att upptäcka symtom och använde färre tjänster som exempelvis röntgen.</p>	<p>Medelhög</p>

2002. England. British Medical Journal.	standarduppföljning (av läkare).	Exklusionskriterier: Pågående behandling eller dålig prognos av sjukdomen.	randomiserades till kontrollgruppen. Vid 12-månadersundersökningen var 60 deltagare kvar, 30 i vardera grupp.			
Simon, S. T., Higginson, I. J., Gysels, M., Murtagh, F. EM., Spicer, J. & Bausewein, C. 2013. Tyskland. Palliative Medicine.	Att undersöka upplevelsen av dyspné hos patienter med avancerade sjukdomar som med episodisk dyspné, för att beskriva typer och mönster av dyspné.	Inklusionskriterier: >18 år, dyspné orsakad av KOL, kronisk hjärtsvikt, lungcancer eller ALS. Exklusionskriterier: Ej möjlighet att ge informerat samtycke samt kognitiv funktionsnedsättning.	51 deltagare (15 med kronisk hjärtsvikt, 14 med KOL, 13 med lungcancer och 9 med ALS). 30 var män och 21 var kvinnor.	Kvalitativ. Semistrukturerade intervjuer.	5 typer av episodisk dyspné identifierades. 1) triggad med normal nivå av dyspné, 2) triggad med förväntad nivå av dyspné, 3) triggad med oväntad nivå av dyspné, 4) icke-triggad, attackliknande samt 5) vågliknande. Kunskapen om dessa kan hjälpa sjukvårdspersonal att individanpassa hanteringsstrategier för patienter med dyspné.	Hög
Wagland, R., Ellis, J., Bailey, C. D., Haines, J., Caress, A., Lloyd-Williams, M., Lorigan, P., Smith, J., Tishelman, C., Booton, R., Luker, K., Blackhall, F. & Molassiotis, A. 2012. England.	Att undersöka vad sjukvårdspersonal anser vara viktigt att ta i beaktning vid utarbetning av en icke-farmakologisk intervention rörande symtomhantering hos lungcancerpatienter.	Inklusionskriterier: Att arbeta som sjukvårdspersonal.	Strategiskt urval av 43 personer som jobbar inom vården. 19 var specialistsjuksköterskor, 5 var fysioterapeuter, 2 var arbetsterapeuter, 4 var onkologer och 4 var palliativ vård-konsulter. 4 intervjuades också	Kvalitativ. Fokusgruppsdiskussioner samt individuella intervjuer.	Dagslägets symtomhantering konstaterades vara av skiftande kvalitet mellan olika professioner samt att resursbrist försvårar utbildningen av en sådan intervention. Dessutom är det få som blir erbjudna icke-farmakologisk behandling. Deltagarna var överens om att interventionen ska individanpassas då symtomen är föränderliga över tid och skiljer mellan olika personer. Vidare upplevde sig flera	Hög

Support Care Cancer.			individuellt.		deltagare att ha för dålig kunskap om dyspné för att vilja lära ut en hanteringsstrategi rörande dyspnéhantering.	
Yorke, J., Lloyd-Williams, M., Smith, J., Blackhall, F., Harle, A., Warden, J., Ellis, J., Pilling, M., Haines, J., Luker, K. & Molassiotis, A. 2015. England. Support Care Cancer.	Att pröva genomförbarheten av en icke-farmakologisk intervention för symptomklustret dyspné, hosta och fatigue hos lungcancerpatienter.	Inklusionskriterier: primär lungcancer samt minst 2/3 av klustersymtomen. Exklusionskriterier: Exacerbation av KOL eller luftvägsinfektion under de senaste 4 veckorna (som krävt ändring av medicinering), strålbehandling under de senaste fyra veckorna eller lungcancerrelaterad kirurgi under de senaste sex veckorna.	I interventionsgruppen deltog vid start 50 deltagare, varav 22 var män och 28 var kvinnor. Kontrollgruppen bestod av 51 deltagare, varav 25 var män och 26 var kvinnor. Vid 12-veckorsbedömningen var 31 patienter kvar i interventionsgruppen medan 40 deltagare var kvar i kontrollgruppen. Således var bortfallet 35 personer.	Kvantitativ. Multicenterstudie, randomiserad kontrollerad studie.	Patienterna i interventionsgruppen visade en förbättring på samtliga av klustersymtomen. Men en större studie, med fler deltagare krävs innan fler slutsatser kan dras.	Medelhög