

Gäller för: Verksamhet Onkologi

Giltig från: 2026-01-19

Innehållsansvar: Rickard Jormin, (ricjo4), Sjuksköterska onkologi

Giltig till: 2027-08-12

Granskad av: Rickard Jormin, (ricjo4), Sjuksköterska onkologi

Godkänd av: Andreas Hallqvist, (andha16), Verksamhetschef

Andnöd i samband med cancersjukdom och behandling

Förändringar sedan föregående version

2026-01-19 - Ingen förändring av innehåll. Snabbupprättande pga administrativ omstrukturering. Godkänt av VC Andreas Hallqvist.

Syfte

Syftet med denna rutin är att vårdpersonal skall kunna stödja patienten med cancersjukdom att bemästra sin upplevelse av andnöd.

Arbetsbeskrivning

Bakgrund

Andnöd är ett vanligt förekommande symtom vid avancerad cancer som orsakar stor oro, oförmåga, social isolering samt funktionsnedsättning. Den här oron beror delvis på det nära sambandet med att kunna andas och överleva. Upplevelsen omfattar fysiska, såväl som psykologiska, andliga/existentiella och sociala dimensioner. Sambandet mellan andra symtom såsom depression, ångest och fatigue, som prediktorer för ökad andnöd är stor. Ett viktigt mål med behandling är att öka patientens kontroll över sina symtom. Att förbättra funktionen, minska stress samt öka patientens livskvalité är andra mål.

Andnöd hos cancerpatienter uppskattas förekomma i 15 – 55 % av fallen. Den varierar beroende på var primärtumören har sitt säte. Förekommer oftare hos patienter med lungcancer, men även i andra cancerformer där lungorna inte direkt är involverade. Andnöd kan, på lång sikt, innebära att patienten resignerar inför sin situation och känner hopplöshet.

Bland vårdgivare förbises ofta andnöd, eftersom man finner detta symtom så svårt att hantera.

Termen andnöd används synonymt med dyspné i medicinsk terminologi.

Definition

Dyspné definieras som en subjektiv och mångdimensionell upplevelse av obehag i samband med andning, som påverkas av fysiologiska, psykologiska, sociala och omgivningsmässiga faktorer och som ger upphov till fysiologiska och beteendemässiga reaktioner.

Beskrivning

Patientens upplevelse och beskrivning av andnöd måste bemötas och bedömas på ett bättre sätt, både inom forskning och bland vårdpersonal, tillsammans med fysiologiska faktorer.

Att kunna hjälpa patienten innebär att förstå hur patienten tolkar sin sjukdom.

Patienter beskriver andnöd, som både en fysisk och känslomässig upplevelse. Man får följande svar: ”att ta sitt sista andetag”, ”att andas genom bomull”, ”att bli helt utmattad.”, ”som att andas och samtidigt ha munnen full av vatten”. Flämtande, flåsande, snabb, tung, ytlig, liksom lufthunger, känsla av att kvävas.

Andnöd kan uppkomma som en följd av olika sjukdomstillstånd. Cancersjukdom i sig, primär som sekundär. Andra sjukdomstillstånd såsom kol, astma, emboli, emfysem, anemi eller pneumoni, kan patienten ha parallellt med sin cancersjukdom. Den kan vara behandlingsorsakad, t.ex. pneumonit, en inflammatorisk reaktion orsakad av strålbehandling, cytostatika eller som biverkan av immunterapi. Fibros, ärrbildning, efter strålbehandling kan också ge nedsatt lungfunktion. Den kan bero på faktorer utanför lungan men som är eller kan vara relaterat till cancersjukdom, såsom ascites, pleuravätska, förstörade lymfkörtlar, buktumör, vena cava syndrom, bronk obstruktion, muskelsvaghet, pares eller anemi. Hjärtsvikt och lungödem kan vara andra orsaker.

Vissa symtom är starkt förknippade med andnöd, såsom oro, ångest, smärta och fatigue.

Med tilltagande ålder försämras även lungkapaciteten. Äldre människor är dessutom överrepresenterade bland cancerpatienter, och har ”sämre utgångsläge” när sjukdomen slår till.

Bedömning av andnöd

Upplevelsen av andnöd är subjektiv. För en mångsidig bedömning bör man ta en ordentlig anamnes. Anamnesen bör innehålla vad som utlöser, hur ofta förekommande den är, vad som mildrar, vilka reaktioner eller

känslor det väcker samt långsiktiga konsekvenser. Vilka konsekvenser har andnöden för andra symtom. Oro kan förvärra andnöd, men kan också vara en reaktion av andnöden. Det kan vara en ond cirkel, där det ena kan förvärra det andra.

Olika faktorer kan påverka andnöden, såsom personens kulturella bakgrund, livserfarenhet, omgivning, samt socialt stöd.

En bedömning bör se ut så här:

- Anamnes av uppkomst, vilka faktorer som förvärrar
- Auskultation av hjärta och lungor
- Registrering av andningsfrekvens och hjärtfrekvens samt saturation (POX)
- Vid behov ordinerar följande av läkare: Lungröntgen, CT-Thorax, EKG samt undersökning av lungfunktion med spirometri
- Bedöma intensitet och separata obehag med en skala för att få ett grundläggande mått
- Kartlägg andnöd tillsammans med andra samtida fysiska och psykiska symtom samt utvärdera dess inverkan på livskvaliteten.

Bedömningsinstrument

Det finns olika sätt, skalor eller skattningsformulär att mäta andnöd, varav de flesta gäller intensitet eller svårighetsgrad.

Det enklaste är Visuellt analog skala (VAS). VAS-skalan har rekommenderats för daglig mätning av andnödsintensitet och det är också denna skala som skall användas vid skattning i denna rutin.

Behandlingsstrategier

Behandlingsstrategier kan delas in i följande:

Orsaksinriktade åtgärder

Ibland kan andnöden dämpas om man kan påverka den bakomliggande medicinska orsaken. Det kan gälla exempelvis att ge antibiotika vid lunginflammation, att korrigera anemi med hjälp av blodtransfusion eller tappa ut pleuravätska om patienten har detta.

Medicinska symtomlindrande åtgärder

Det finns stark evidens för att snabbverkande morfin i oral och/eller parenteral form kan häva andnöd. För patienter som redan står på en opioid, kan denna ökas för att ge effekt.

Det finns inga vetenskapliga data som förklarar hur opioider lindrar dyspné. Det är dock klarlagt att det inte är genom hämning av respirationen i andningscentrum.

Ångestdämpande medicin kan förbättra humöret hos patienter och bidrar till att minska intensiteten av känslan. Det finns dock ingen evidens som stödjer rutinmässig användning på lång sikt för att dämpa andnöd. Det finns ingen vetenskaplig evidens för att syrgas minskar känslan av andnöd, utan bör endast ges vid hypoxi.

Omvårdnadsåtgärder

Det finns flera evidensbaserade omvårdnadsåtgärder som kan lindra andnöd för cancersjuka.

Upplevelsen av andnöd är både fysisk och psykisk för patienten. Den fysiska upplevelsen beskrivs ofta av patienten med trötthet, orkeslöshet, matthet, svaghet, behov av att vila eller behov av att sänka takten.

Den psykologiska påverkan beskrivs ofta som oro, stress, panik, ilska, ledsamhet, initiativlöshet, att bli påmind om sin sjukdom och rädslan för att kvävas.

Patientens självbild är viktig och att försöka acceptera sitt tillstånd. Detta genom att lära sig avslappning och andningsträning, koncentration och att tänka positiva tankar.

Det viktiga att tänka på att andnöd är en subjektiv upplevelse och att det psykosociala stödet är en betydelsefull del för att patienter ska bli hjälpta med sin andnöd.

En detaljerad anamnes ger personalen de bästa förutsättningarna för att hjälpa patienten. Det kan vara av stor vikt att se till så att patienten sitter respektive ligger skönt för att få bättre förutsättningar för gasutbyte i lungorna. Lägesändringar och kuddar kan då vara till hjälp.

Patienten kan också, av fysioterapeut, få lära sig en andningsteknik som inte kräver mer energi än nödvändigt. Det finns olika former av andningsträning som motståndsandning med PEP-ventil och avslappning. Patienter kan även ha egna idéer och strategier. Att använda gånghjälpmedel för en framåtlutad gång har visat sig ha stor betydelse, särskilt för patienter med KOL. Akupunktur av utbildad personal har visat sig ha viss effekt emot dyspné.

En fläkt riktad emot ansiktet kan underlätta och ge en lugnande känsla av att man får luft. Det finns evidens för att en fläkt kan vara värdefull.

Patienter, i en brittisk studie, rapporterade en signifikant lägre grad av andnöd på VAS, efter att de fick hålla en handfläkt framför ansiktet i 5 minuter.

Det finns en stark evidens för TENS. Studier gäller dock patienter med KOL. God ventilation, sval temperatur kan även vara viktiga åtgärder.

Lugn musik, en form av distraktion, har svag evidens men kan hjälpa vissa patienter.

En annan åtgärd, är att hushålla med sin energi. Att förmå patienten att upprätthålla en bra balans mellan aktivitet och vila. Man kan behöva ställa om levnadsrutiner, prioritering av aktiviteter. Intervention liknande detta brukar höra till omvårdnad av fatigue.

Hantering av andnöd

Dokumentera under sökord Andning/Cirkulation

Omvårdnadsåtgärder

- Försök identifiera andra symtom såsom smärta, oro, ångest, fatigue som kan öka risken för andnöd
- Försök identifiera andra orsaker till andnöd
- Försök få patienten att beskriva sin upplevelse av andnöd

Rutinmässigt skall anamnes tas enligt följande

- Vad utlöser andnöd? Promenad, trappor, bära tungt, rädsla, oro, ångest.
- Hur ofta man har den. Hela tiden eller bara ibland.
- Vad som mildrar den?
- Förekomst även i vila?
- Vad förbättrar andnöd? Vila, sänka takten, massage, fläkt, öppna fönster, positiva tankar?
- Vilka aktiviteter hindras av andnöd? Gå upp ur sängen, duscha, vardagliga sysslor,
- Vilka känslor andnöd väcker? Oro, rädsla, panik

Gör en mätning med VAS skalan.

Dokumentera resultatet från anamnesen

Sätt in adekvata åtgärder utifrån den tagna anamnesen

Ge muntlig och skriftlig information om hur andnöd kan lindras

Kontakta läkare gällande medicinsk ordination

Uppföljning av åtgärder

Ansvar

Denna rutin gäller sjuksköterskor som arbetar inom verksamhetsområde onkologi. Det är en omvårdnadsrutin som handlar om vilka åtgärder som bör vidtas om en patient lider av andnöd. Vårdenhetschefen ansvarar för att rutinen är känd bland medarbetare tillsammans med representanten från enheten, tillhörande arbetsgruppen.

Uppföljning, utvärdering och revision

Arbetsgruppen ansvarar för revidering och uppföljning av denna rutin. Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i Melior om rutinen är kopplad till patient. Övriga orsaker till avsteg från rutinen rapporteras i MedControlPRO.

Kunskapsöversikt

Bausewein, C., Booth, S., Gysels, M. & Higginson, I. (2008) Non-pharmacological interventions for breathlessness in advanced stages of malignant and non-malignant diseases. Wiley Online Library The Cochrane Collaboration (summary)

Booth S, m fl (2011) Nonpharmacological interventions for breathlessness. Current Opinion in Supportive and Palliative care. 2011, 5:77-86

Bruera Eduardo m.fl avsnitt: Dyspnea. [http:// whocancerpain.WISC.edu](http://whocancerpain.WISC.edu)

Campbell M m.fl (2010) A respiratory distress observation scale for patients unable to self-report dyspnea Journal of palliative medicine, Vol 13, no 3, 2010; 285-289

Campbell M, Templin T (2015) Intensity cut-points for the Respiratory Distress Observation Scale. Palliative Medicine. Vol. 29(5) 436–442

DiSalvo, et al. (2007). Putting Evidence into practice: Evidence-based interventions for cancer-related dyspnea. Clinical Journal of Oncology Nursing vol. 12

Galbraith S m. fl (2010) Does the use of Handheld Fan Improve Chronic Dyspnea? A randomised, controlled, crossover trial. Journal of Pain and Symptom Management., vol 39, No 5, (2010)

Glennon Cathy, Seskevich Jon, Relaxation Technique to ease Dyspnea: A tool for oncology Nurses”

Clinical journal of Oncology Nursing (2008) 12(2) 369-371

Hallström Jan Häfte med rubrik: Andnöd, dyspné –, Palliativa sektionen, Geriatriska kliniken, Regionsjukhuset Örebro

Henoch Ingela, Bergman Bengt, Gustafsson Marianne, Gaston-Johansson Fannie, Danielsson Ella (2008) Dyspnea experience in patients with lung cancer in palliative care. *European journal of Oncology Nursing* (2008) 12, 86-96

Henoch Ingela Upplevelse av andnöd hos patienter med lungcancer i palliativ vård Vårdalinstitutet, institutet för Vård – och Omsorgsvetenskap

Krishnasamy Meinir, Corner Jessica m.fl.(2001) Cancer nursing practice development: understanding breathlessness. *Journal of Clinical Nursing* 2001; 10: 103-108

Moore S, Plant H och Bredin M ”Chapter 23: Breathlessness” *Cancer Nursing* (bok) pp: 506-525

O’Rourke Maureen (2007) Clinical Dilemma: Dyspnea Seminars in *Oncology Nursing*, Vol 23, No 3 (August), 2007: pp 225-231

Oxberry, SG & Lawrie, I (2009) Symptom control and palliative care: management of breathlessness. *British Journal of Hospital Medicine*, vol 70, no 4.

Stephenson David, McHugh Anne (2004) The non-pharmacological nursing management of dyspnoea in end-stage respiratory disease and palliative care populations *Collegian* vol 11, no 2, 2004

Tice, M (2006) Managing Breathlessness: Providing Comfort at the End of Life. *Home Healthcare Nurse: The Journal for the Home Care and Hospice Professional*.

Arbetsgrupp

Maggie Bood, specialistsjuksköterska, dagvården avd 53

Anki Delin Eriksson, verksamhetsutvecklare

Anette Jepsen, specialistsjuksköterska, onkologmottagningen Östra

Rickard Jormin, specialistsjuksköterska, avd 54

Granskare

Jan Nyman, överläkare, verksamhetsområde onkologi, Sahlgrenska Universitetssjukhus

Ingela Henoch, leg. Sjuksköterska, Filosofie doktor,

Universitetslektor vid Inst. För vårdvetenskap och hälsa, Sahlgrenska Akademin, Göteborgs Universitet.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Onkologi

Innehållsansvar: Rickard Jormin, (ricjo4), Sjuksköterska onkologi

Granskad av: Rickard Jormin, (ricjo4), Sjuksköterska onkologi

Godkänd av: Andreas Hallqvist, (andha16), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9775-406090012-69

Version: 10.0

Giltig från: 2026-01-19

Giltig till: 2027-08-12