

Gäller för: Verksamhet Arbetsterapi och fysioterapi
Innehållsansvar: Jenny Danielsbacka, (jenda3), Specialistfysioterapeut
Granskad av: Monika Fagevik Olsén, (monfa5), Specialistsjukgymnast
Godkänd av: Gunilla Kjellby Wendt, (gunkj2), Verksamhetschef

Giltig från: 2025-08-20

Giltig till: 2027-08-20

Lunga - Akut lungemboli – FYS

Förändringar sedan föregående version

Rutinen uppdaterad och granskad språkligt. Inga stora förändringar i bedömnings/behandlingsrutinen är gjord.

Sammanfattning

Tidigare har det inte funnits någon evidens för fysioterapeutisk behandling av patienter med akut lungemboli. Detta har inneburit att patientgruppen inte varit aktuell att uppmärksamma i tidigare behandlingsrutiner eller prioriteringsordningar. Nyfunnen evidens ger anledning till att omvärdera detta och patienter med akut lungemboli anses ha behov av fysioterapeutisk bedömning samt interventioner. Dessa bedömningar och interventioner beskrivs närmare i denna behandlingsrutin.

Innehållsförteckning

Förändringar sedan föregående version	1
Sammanfattning	1
Bakgrund och syfte.....	2
Förutsättningar	3
Avgränsningar	3
Lokaler	3
Utrustning.....	3
Utförande.....	3
Relaterad information.....	11
Källförteckning.....	11

Bakgrund och syfte

Akut lungemboli är den tredje vanligaste kardiovaskulära sjukdomen efter hjärtinfarkt och stroke [1]. Incidensen för sjukdomen ökar globalt beroende på flertal faktorer, så som ökad förekomst av trombosrelaterade sjukdomar som cancer och hjärtsvikt, ökad medellivslängd i befolkningen samt förbättrade metoder för diagnostik [2]. Riskfaktorer för att drabbas av lungemboli kan delas in i fyra olika kategorier [3, 4]. *Kärlskada*, som vid trauma eller operation; *stas*, som vid immobilisering eller långvarigt stillasittande; *hyperkoagulabilitet*, som vid cancersjukdom, ökad ålder; faktorer relaterade till kvinnliga hormoner (p-piller, graviditet, närmaste tiden efter förlossning, östrogenbehandling); *genetiska faktorer som påverkar koagulationen av blodet*, till exempel aktiverade protein C-resistens (APC-resistens) som förekommer hos 5–7% av befolkningen i Sverige [3, 4].

Om en lungemboli ockluderar ett kritiskt ställe i lungartärerna kan det vara livshotande. Ocklusionen kan också leda till att hjärtats högerkammare behöver arbeta hårdare för att få blodet igenom lilla kretsloppet. Detta kan skapa en akut högerkammersvikt, vilket i sin tur kan leda så kallad obstruktiv chock eller akut död. Högerkammersvikten är reversibel och behöver inte ge kvarstående men. Dyspné och andningsrelaterad smärta är de vanligaste respiratoriska symptomen. Andra vanliga symptom är svimning, bröstsmärta, blodiga upphostningar (hemoptys), hypoxemi, arytmier och uttalad svår trötthet (fatigue).

Diagnostisering av lungemboli görs genom utförandet av en datortomografisk lungangiografi (DTLA) som även kallas CT-angiografi eller CT thorax [5]. Ibland kan inte denna undersökning göras på grund av allergi mot kontrast, dåliga njurvärden eller graviditet vilket gör att en lungscintigrafi (ventilation/perfusionsscintigrafi) får utföras i stället. En lungemboli syns inte på vanlig röntgenbild, så kallad slätröntgen.

Behandling av lungemboli består oftast av läkemedelsbehandling både i akutfasen och på lång sikt [5]. Antikoagulantia används för att förhindra uppkomsten av nya tromber. Läkemedlen i sig löser inte upp lungembolierna, det gör kroppen själv genom fibrinolys. Patienter som behandlas med antikoagulantia får vid behandlingsstart ett halsband med information om att de behandlas med blodförtunnande läkemedel och uppmanas vid kontakter med vården att uppge att de behandlas med antikoagulantia.

I aktuella medicinska behandlingsriktlinjer [5] finns det beskrivet att patienterna ofta har respiratoriska symptom som dyspné och/eller andningsrelaterad smärta (pleuritsmärta) när de

söker akutsjukvård. Det står dock inget om hur dessa symptom påverkar patienten i förlängningen eller hur de skall behandlas [5]. Det finns inte heller nämnt i dessa riktlinjer hur patienternas fysiska funktion eller aktivitetsnivå påverkas av att drabbas av lungemboli. Inte heller den psykiska påverkan som kan uppstå i efterförloppet finns beskrivet i riktlinjerna trots att evidens finns för att patienterna kan vara påverkade både fysiskt och psykiskt efter sin lungemboli [6-11].

För att kunna behandla patienter med lungemboli avseende respiratoriska symptom samt fysisk funktion behövs kunskap kring patientgruppen. Denna rutin syftar till att öka kunskapen hos behandlande fysioterapeut för att kunna ge bästa möjliga vård till patienter med lungemboli som vårdas på Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

Förutsättningar

Patienten skall ha en verifierad akut lungemboli.

Avgränsningar

Behandlingsrutinen gäller för fysioterapeuter på Sahlgrenska Universitetssjukhuset som möter patienter med akut lungemboli i sin kliniska vardag.

Behandlingsrutinen avser patienter med akut lungemboli oavsett om de haft lungemboli tidigare eller inte.

Lokaler

Bedömning och behandling sker på avdelningen där patienten är inskriven. Vid behov av bedömning via sex minuters gångtest eller annat gångtest kan detta test utföras i andra lokaler då avdelningsmiljön inte alltid är gynnsam för genomförandet av detta test.

Utrustning

För att kunna utföra bedömning och tester krävs:

Visuell analog skala (VAS) 0–100 mm

Borgs CR-10 skala

Pulsoximeter

Utförande

När patient med akut lungemboli identifierats på avdelningen görs en **första bedömning av patienten, där identifiering av respiratoriska symptom** som andfåddhet i vila/vid aktivitet eller andningsrelaterad smärta i vila/vid aktivitet bedöms. Denna första bedömning kan göras

3 (12)

av avdelningspersonal eller av fysioterapeut. Om avdelningspersonalen bedömer och finner närvaro av respiratoriska symptom skall detta rapporteras snarast till fysioterapeut.

Om patienten inte har respiratoriska symptom bör, om möjlighet finns, ett samtal om fysisk aktivitet efter lungemboli genomföras av fysioterapeut, se rubrik: ”Samtal om fysisk aktivitet [https://vregion.sharepoint.com/:w:/r/sites/sy-su-sty-rehabilitering--habilitering-och-forsakringsmedicin-su/_layouts/15/Doc.aspx?sourcedoc=%7Bc4e3ff25-54f8-462d-bb66-b189f9ee1bd1%7D&action=edit&wdPid=3f5ecc9d-hur påverkade symptomen din vardag -har du funnit något sätt att lindra dina symptom själv](https://vregion.sharepoint.com/:w:/r/sites/sy-su-sty-rehabilitering--habilitering-och-forsakringsmedicin-su/_layouts/15/Doc.aspx?sourcedoc=%7Bc4e3ff25-54f8-462d-bb66-b189f9ee1bd1%7D&action=edit&wdPid=3f5ecc9d-hur_paverkade_symptomen_din vardag-har_du_funnit_nagot_satt_att_lindra_dina_symptom_sjalv)

Även frågor om patientens tidigare fysiska aktivitetsnivå innan insjuknandet i lungemboli är viktiga för att kunna tala om fysisk aktivitet och träning i efterförloppet innan patienten skrivs ut från avdelningen.

Mät *saturationen* genom användning av pulsoximeter via finger eller öronprobe. Börja med att mäta saturationen i vila om patienten är kraftigt andningspåverkad. Om patienten är relativt opåverkad i vila kan man mäta saturationen vid aktivitet som gång på plan mark eller i trappa, se rubrik: bedömning av fysisk aktivitetsförmåga.

Under bedömningen av dyspné och andningsrelaterad smärta är det viktigt att ge patienten en förklaring till de respiratoriska symptomen. Detta är en del av behandlingen för att patienten inte skall ha stor oro kring sina respiratoriska symptom. Det är viktigt att dessa förklaringar kommer tidigt i vårdförloppet för att minska risken för komplikationer kopplade till en ytlig andning eller immobilisering.

Enkla förklaringar för symptomen kan vara:

Dyspné: Då proppen täpper till kärl i lungan kan blodet och syret inte mötas som vanligt vilket leder till att syremättnaden i kroppen sjunker. Kroppens svar på detta är att försöka få in mer luft = vilket innebär att andningsfrekvensen ökar. Det är inte farligt att bli andfådd, men man behöver inte pressa sig över sina gränser utan lyssna på kroppen.

Andningsrelaterad smärta: En propp som fastnat i lungans kärl gör att en inflammatorisk process startar. Om proppen/propparna sitter långt ut i kärlträdet ”spiller” denna inflammation över mot lungsäcken som omsluter lungan. I lungsäcken sitter många smärtceller som reagerar på inflammationen, särskilt vid djupa andetag eller ibland vid rörelse då lungsäcken fäster i bröstkorgen. Smärtan är inte farlig, men kan göra väldigt ont.

Dyspné

Bedöm patientens subjektiva upplevelse av dyspné både i vila och vid aktivitet. Detta då andra yrkeskategorier oftast endast frågar om dyspné i vila.

Borgs CR10-skala från 0–10, där 0 är ingen andfåddhet och 10 är värsta tänkbara andfåddhet eller en visuell analog skala (VAS), med instruktionen att: 0 är ingen andfåddhet och 10 är värsta tänkbara andfåddhet, kan användas för skattning av dyspné.

De olika skattningsskalorna kan användas för att skatta dyspné före, under och efter aktivitet eller gångtest.

Andningsrelaterad smärta

För bedömning av andningsrelaterad smärta ombeds patienten ta ett par djupa andetag. Smärtan skattas med en VAS mellan 0–100 mm, där 0 är ingen smärta och 100 är värsta tänkbara smärta. Bedömningen skall dokumenteras i journalen för att kunna följa ett förlopp för patientens smärta. Patienten behöver få information om att det är viktigt att ta smärtlindring. Detta för att minska smärtan och förhindra komplikationer relaterade till en yttlig andning. Samtal om adekvat smärtlindring kan ske med ansvarig läkare eller med patientansvarig sjuksköterska.

Bedömning av fysisk funktion

Bedömning av hur de respiratoriska symptomen påverkar patienten vid aktivitet kan ske genom mobilisering av patienten. Observera hur patienten rör sig, i vilken hastighet, om patienten håller andan, om patienten kan prata under mobiliseringen, om patienten har smärta eller upplever dyspné. Den fysioterapeutiska bedömningen kan kompletteras av en arbetsterapeutisk bedömning av ADL för att få en bedömning av hur de respiratoriska symptomen ter sig i situationer som påklädning och hygienaktiviteter.

Ett mer standardiserat sätt att bedöma respiratoriska symptom vid aktivitet är genom att utföra ett gångtest. Forskningen visar att möjligheten att få utföra ett gångtest innan hemgång kan öka patientens tilltro till egenförmåga avseende gångförmåga och fysisk aktivitet [12].

Gångtest

Det kan vara svårt att utföra ett standardiserat sex minuters gångtest (6MWT) på vårdavdelningen på grund av all aktivitet som pågår. Ett gångtest kan dock modifieras och därigenom utföras så standardiserat som möjligt på vårdavdelningen. Det är viktigt att syftet

med gångtestet är fastställt. Är det fysioterapeuten som vill bedöma patienten under aktivitet eller vill avdelningsläkaren se om patientens värden är stabila nog för att patienten skall kunna skrivas ut från avdelningen?

Om patientens saturation är $\leq 90\%$ i vila bör ett gångtest inte utföras då saturationen redan innan testet är för låg. Detsamma gäller för patienten som redan i vila upplever kraftig dyspné.

Ett modifierat gångtest kan utföras som nedan:

- på avdelningen bestämma en sträcka där gångtest utförs med alla patienter, till exempel en 30 meter lång korridor på avdelningen
- använda ett protokoll med förbestämda mätvariabler som alltid mäts/skattas i vila innan testet som vilovärden för saturation, hjärtfrekvens, skattning av dyspné med Borgs CR10-skala samt andningsrelaterad smärta med VAS
- anteckna på protokollet om patienten använder gånghjälpmedel samt eventuellt syrgastillägg och vilken mängd i liter
- gå med patienten under gångtestet och låt pulsoximeter vara på under hela testet då patientens saturation och hjärtfrekvens kan sjunka fort
- under gångtestet observera om patienten verkar allmänpåverkad. Till exempel kallsvettig och blek. Fråga om patienten upplever yrsel eller bröstsmärta. Om patienten gör det, avbryt testet och låt patienten sitta ner
- låt patienten gå en förutbestämd sträcka, till exempel 120 eller 150 meter på plan mark och notera sedan åter, saturation, hjärtfrekvens, och låt patienten skatta dyspné och andningsrelaterad smärta
- efter att ha gått en sträcka: stanna och ta tiden på vilan, till exempel 2 minuter eller 4 minuter, och notera hur värdena för saturation, hjärtfrekvens samt skattningarna för dyspné och smärta återhämtar sig. Notera om vilan sker i stående eller sittande.

- när vilan är slut, notera åter saturation, hjärtfrekvens samt skattning av dyspné och andningsrelaterad smärta.
- om patienten själv väljer att stanna under testet, notera tidpunkt samt värdena för de olika variablerna och mät sedan igen efter 2 eller 4 minuter
- en notering avseende gånghastighet kan vara användbar vid upprepade tester

Genom att noga notera vilovärden, gångsträckan, värden för variablerna direkt efter gång samt efter en viss tids återhämtning ökar möjligheten för att kunna utföra testet likadant nästa gång.

De viktigaste variablerna för att bedöma den fysiologiska påverkan av lungembolin är *saturationen och hjärtfrekvensen*. Saturationen är ett mått på hur ocklusionen av lungembolin stör gasutbytet under aktivitet. Hjärtfrekvensen är ett mått på hur hårt hjärtat behöver arbeta för att pressa blodet förbi lungembolin i det lilla kretsloppet.

Gränsvärden för saturation och hjärtfrekvens som markerar när gångtestet bör avbrytas är svårt att ange i precisa siffror. Men att vara observant på patienten vid saturation under 90% och att inte låta patienten sjunka under 85% kan vara en riktlinje. Ofta fortsätter saturationen att sjunka efter gångtestet stoppats på grund av eftersläpning, så stanna hellre innan <85%. Stoppa testet om patienten har en hjärtfrekvens på över 120 slag per minut vid gång på plan mark. Vid test i trappa ställs högre krav på cirkulationen och pulsen kan tillåtas att gå upp mot 140–150 slag per minut. Var uppmärksam på patienten och utför inte test ensam med patienten.

Patientens subjektiva skattningar av sina respiratoriska symptom tillsammans med de objektiva måtten ger oss information om patientens funktionella status. Kan patienten klara sig hemma efter utskrivning från sjukhuset och kommer patienten orka sköta sitt dagliga liv?

Behandling av respiratoriska symptom

En behandlingsstrategi baserat på de respiratoriska symptom patienten upplever behöver läggas upp för att symptomen skall påverka patientens respiratoriska, fysiska och mentala funktion så lite som möjligt. Vad är syftet med behandlingen? Vad skall behandlingen påverka? Lungembolierna i sig kan inte påverkas med andningsteknik, däremot kan symptomen embolierna ger upphov till påverkas. Behandlingsstrategin baseras på patientens

aktuella respiratoriska symptom för att förhindra komplikationer relaterade till nedsatt andningsförmåga samt patientens behov och krav på fysisk funktionsnivå.

Avlastad viloposition

Att hitta en avlastad viloposition är bra att börja med för patienter med lungemboli då förutsättningarna att kunna andas lugnare och mer effektivt ökar genom en optimal kroppsposition. Den andningsrelaterade smärtan är ofta beroende av både hur djupt patienten andas och patientens kroppsposition. Informera patienten om att även om man hittat en bra viloposition behöver man ändra läge över dagen för att inte drabbas av trycksår.

Sluten läpp-andning

Vid dyspné kan sluten läpp-andning användas för att minska andningsfrekvensen och öka tidalvolymen. Genom detta ökar ofta saturationen och ett lugnare andningsmönster skapas, vilket leder till en mer effektiv andning. Att träna in tekniken i vila och sedan använda den vid aktivitet fungerar ofta bra. Andningstekniken syftar till att bli ett medvetet sätt för patienten att hantera sin dyspné. Detta gör att patienten kan uppleva en större kontroll över andningen vilket påverkar patientens mentala upplevelse av de respiratoriska symptomen. Att få en skriftlig instruktion är bra då det kan vara svårt att ta till sig information när man har svårt att andas. Personalen som ser den skriftliga instruktionen kan också hjälpa till att påminna om att använda andningstekniken både i vila samt vid aktivitet.

One nostril inspiration (ONI)

Vid andningsrelaterad smärta används en andningsteknik med syftet att minska det inspiratoriska luftflödets hastighet. Då det går långsammare att andas in sker inte den retning av lungsäcken som ger upphov till huggsmärta.

Berätta om syftet med andningstekniken för att skapa medvetenhet. Vid genomgången av andningstekniken för den andningsrelaterade smärtan vid lungemboli behöver man använda kroppen för att prova och jämföra olika andetag för att skapa förståelsen för vad andningstekniken gör för kroppen.

1. Börja med att be patienten sitta i en bekväm ställning och gärna med avlastade armar till exempel mot sängbordet.
2. Be patienten ta ett djupt andetag in.
Observera patienten under andetaget. Fråga sedan hur det kändes. Smärtade

andetaget?

Ofta får man svaret att det smärtade och det är tydligt när man observerar patienten när huggsmärtan kommer.

3. Instruera patienten att lugnt blåsa ut luften mot slutna läppar för att tömma lungorna på gammal luft och skapa plats för ny frisk luft, och att sedan långsamt andas in genom näsan.
Observera patienten under andetaget. Fråga sedan hur det kändes. Förändrades smärtan från andetaget innan? Mindre smärta?
Ofta säger patienten att det kändes bättre och att smärtan inte kom lika hastigt på.
4. Instruera sedan patienten att åter lugnt blåsa ut luften mot slutna läppar och sedan hålla för ena näsborren och andas in lugnt genom den andra. Observera patienten under andetaget. Fråga sedan hur det kändes. Var det någon skillnad från andetaget in genom hela näsan? Smärtade det lika mycket?
Ofta upplever patienten att det inte gjorde lika ont och att det gick att andas in större mängd luft.
5. Förklara att näsborren fungerar som ett filter som gör att andetaget inte hinner in lika fort som om man andades in genom munnen eller hela näsan. Detta gör att man ”lurar” lungsäcken att det inte händer så mycket vid andetaget in. Det spelar ingen roll vilken näsborre patienten väljer att andas in genom eller om de byter näsborre eller inte under träningen.
6. Prova igen och be patienten ta andetaget in genom ena näsborren överdrivet långsamt. Säg att de kan tänka sig att de är som en ballong som sakta skall fyllas med luft. Ge patienten instruktionen på papper för att hen skall komma ihåg hur tekniken fungerade.
7. Andningstekniken skall användas 10 andetag varje timma vaken tid så länge smärtan finns.

Ofta minskar den andningsrelaterade smärtan för varje dag som går. Om patienten har svåra smärtor som inte kan hanteras med andningsteknik och den ordinerade smärtlindringen, behöver optimering av patientens smärtlindring ske.

Samtal om fysisk aktivitet efter lungemboli

Samtal om fysisk aktivitet efter lungemboli bör ske med alla patienter. Med patienten behöver man initialt samtala om hur fysiskt aktiv patienten var innan insjuknandet. Inkludera alla sorters fysisk aktivitet i förfrågan om tidigare aktivitet: fysisk aktivitet på arbetet, på fritiden och fysisk träning. Patientinformationen ”Andning och aktivitet efter lungemboli” kan samtidigt ges till patienten. Patientinformationen finner du här:

[Lunga - Sahlgrenska Universitetssjukhuset](#)

Att fysisk aktivitet och träning ökar kroppens fibrinolys är viktig information till patienten. De får då en möjlighet att påverka sitt eget tillfrisknande och mående vilket är en viktig faktor i efterförloppet. Under samtalet är det viktigt att inte värdera patientens tidigare aktivitetsnivå om den varit låg. Detta för att undvika att skapa känslor hos patienten kring att deras inaktivitet bidragit till att insjukna i lungemboli.

Informationen om fysisk aktivitet behöver som all annan information individanpassas. Detta innebär att någon kan behöva veta att det är ok att gå och handla, gå i trappor, promenera mm. Någon annan behöver information om att det är ok att träna på gymmet, gå på danspass eller liknande. De patienten som har en hög aktivitetsnivå till exempel med löpning eller annan konditionskrävande träning bör få rådet att öka upp långsamt och känna efter vad som känns bra. Information bör ges om att det inte ger större träningseffekt att pressa sig över sina gränser trots att det inte är farligt.

Att uppmana patienten att ”lyssna på kroppen” kan fungera. Att använda Borgs RPE-skala (rating of perceived exertion 6–20) för att hjälpa patienten hitta en intensitetsnivå vid fysisk aktivitet eller träning som passar dem kan också fungera. Att ligga vid Borg 12–13 (att under aktivitet/träning bli varm men fortfarande kunna prata utan problem), kan vara ett sätt att definiera ”lagom” aktivitetsintensitet.

Om patienten utövar fysisk aktivitet eller träning där risk finns för slag, fall eller skador skall information om blödningsrisken som är kopplad till den blodförtunnande medicineringsen ges. Förslag bör ges att patienten avstår från denna aktivitet under medicineringsen. Information om att patienten bör söka vård vid fall/skada är viktigt.

Mental påverkan efter lungemboli

Det är en stor händelse att insjukna i lungemboli. Om insjuknandet har varit dramatiskt kan detta leda till rädsla, existentiell kris och posttraumatisk stress [10]. Även ett odramatiskt insjuknande kan ge samma känslor i efterförloppet. Att möta patientens rädslor och säga att det är vanligt med sådana känslor kan gör att patienten känner sig lättad. Vid behov av fler och djupare samtal än vad fysioterapeuten kan erbjuda, kan kontakt med kurator/psykolog initieras via vårdavdelningen, i Närhälsan eller via Medicinmottagningen.

Uppföljning

Om patienten upplever det som svårt att veta hur hen kommer igång med fysisk aktivitet efter lungemboli trots att hen har erhållit patientinformationen ”Andning och aktivitet efter lungemboli” kan ett Fysiskt Aktivitet på Recept skrivas.

Relaterad information

Här finns en länk till 1177s information om blodpropp i lungan. Denna sida har balanserad information om lungemboli och kan med fördel delas till patienten:

[Blodpropp i lungan - 1177](#)

Arbetsgrupp

Innehållsansvarig är Jenny Danielsbacka, specialistfysioterapeut inom respiration, Fysioterapi Sahlgrenska. Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg.

Texten och innehållet är validerat av kollegor inom verksamheten.

Källförteckning

1. Raskob GE, Angchaisuksiri P, Blanco AN, Buller H, Gallus A, Hunt BJ, et al. Thrombosis. *Arterioscler Thromb Vasc Biol.* 2014;34(11):2363-71.
2. Heit JA. Epidemiology of venous thromboembolism. *Nature reviews Cardiology.* 2015;12(8):464-74.
3. Di Nisio M, van Es N, Büller HR. Deep vein thrombosis and pulmonary embolism. *The Lancet.* 2016;388(10063):3060-73.
4. Zöller B, Svensson PJ, Dahlbäck B, Lind-Hallden C, Hallden C, Elf J. Genetic risk factors for venous thromboembolism. *Expert Rev Hematol.* 2020;13(9):971-81.

5. Konstantinides SV, Meyer G, Becattini C, Bueno H, Geersing G-J, Harjola V-P, et al. 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of acute pulmonary embolism developed in collaboration with the European Respiratory Society (ERS). The Task Force for the diagnosis and management of acute pulmonary embolism of the European Society of Cardiology (ESC). 2019;54(3):1901-647.
6. Danielsbacka JS, Hansson P-O, Mannerkorpi K, Olsén MF. Physical activity and respiratory symptoms after pulmonary embolism. A longitudinal observational study. *Thromb Res.* 2020;189:55-60.
7. Danielsbacka JS, Rostberg L, Olsén MF, Mannerkorpi K. "Whole life changed" - Experiences of how symptoms derived from acute pulmonary embolism affects life. A qualitative interview study. *Thromb Res.* 2021;205:56-62.
8. Rolving N, Brocki B, Andreasen J. Coping with everyday life and physical activity in the aftermath of an acute pulmonary embolism: A qualitative study exploring patients' perceptions and coping strategies. *Thromb Res.* 2019;182:185-91.
9. Noble S, Lewis R, Whithers J, Lewis S, Bennett P. Long-term psychological consequences of symptomatic pulmonary embolism: A qualitative study. *BMJ Open.* 2014;4(4).
10. Hunter R, Noble S, Lewis S, Bennett P. Long-term psychosocial impact of venous thromboembolism: a qualitative study in the community. *BMJ Open.* 2019;9(2):e024805.
11. Kahn SR, Hirsch AM, Akaberi A, Hernandez P, Anderson DR, Wells PS, et al. Functional and Exercise Limitations After a First Episode of Pulmonary Embolism. *Chest.* 2017;151(5):1058-68.
12. Danielsbacka JS, Fagevik Olsén M, Hansson P-O, Mannerkorpi K. Lung function, functional capacity, and respiratory symptoms at discharge from hospital in patients with acute pulmonary embolism: A cross-sectional study. *Physiother Theory Pract.* 2018;34(3):194-201.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Arbetsterapi och fysioterapi

Innehållsansvar: Jenny Danielsbacka, (jenda3),
Specialistfysioterapeut

Granskad av: Monika Fagevik Olsén, (monfa5),
Specialistsjukgymnast

Godkänd av: Gunilla Kjellby Wendt, (gunkj2), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9807-1076540875-161

Version: 4.0

Giltig från: 2025-08-20

Giltig till: 2027-08-20