

GOD HJELP: Det er viktig å hjelpe pasienten til god sittestilling, både når hun trenger pustehjelp og når hun trenger hvile. Foto: Colourbox.

Behandling av pasienter med dyspné

Pasienter med pustebesvær kan få hjelp både med medikamentell og ikke-medikamentell behandling. Hva som er best, avhenger av flere faktorer.



Av **Cathrine Kjeilen Nygaard**, veileder og kreftsykepleier ved Sunnivasenter for lindrende behandling, Haraldsplass Diakonale Sykehus. Leder i Hordaland NSF FLU, NSF faggruppe for lungesykepleiere.

Dyspné er et av de hyppigst forekommende symptomer ved langtkommen kreftsykdom. Hos pasienter med avansert lungekreft eller spredning til lunger, er dyspné sammen med hoste hovedsymptomet. Dyspné defineres som «subjektiv opplevelse av pustebesvær hos pasienter med sykdom i lunger og/eller andre organer som påvirker respirasjonssystemet»(1). Dyspné er et av de symptomene som er mest stressende for pasienter, og noe av det som er vanskeligst å behandle (2).

Gjennom flere år som kreftsykepleier i spesialisthelsetjenesten har jeg møtt mange pasienter med dyspné. Min erfaring er at pustebesvær kan medføre betydelig angst, og påvirker livskvalitet og mulighet til livsutfoldelse. Dette gjelder både hos pasient og hos pårørende. For å lindre symptomer, bidra til

mestring og bedre livskvalitet, er det ofte nødvendig med sammensatte tiltak. Som sykepleier kan det være utfordrende og krevende å «stå i situasjonen» sammen med den dyspneiske pasient og pårørende. Det er svært viktig å identifisere og behandle plagene så tidlig som mulig, for å minimalisere pustebeværets påvirkning på pasientens funksjon og livskvalitet (3).

Tverrfaglig tilnærming

Denne artikkelen er skrevet med den sykepleiefaglige tilnærmingen som hovedfokus, men den presenterer også viktigheten av tverrfaglighet.

I fagfeltet palliasjon er tverrfaglig tilnærming sentralt. Dette gjelder også for pasienter som plages med dyspné. Samarbeid med psykolog, prest og

sosionom, er viktig. I tillegg er et tett samarbeid og koordinering mellom yrkesgruppene lege, fysioterapeut og sykepleier, essensielt.

Møte med pasienten

I møtet med pasienten er det viktig å gi pasienten en opplevelse av å bli sett, å bli lyttet til og å være tatt på alvor. Noen pasienter oppsøker helsevesen for første gang på grunn av dyspné. Andre er i kontakt igjen etter lengre tid i vårt helseystem. Kari Martinsen mener at sykepleierens kompetanse er kombinasjon av teori og praktisk erfaring. Vi skal utøve sykepleie med faglig skjønn. Dette innebærer å bruke praktisk moralsk handlingsklokskap og tyding. Praktisk moralsk handlingsklokskap er å bruke sin faglige kunnskap som gjør at pasienten føler seg ivaretatt. (4). Å bli møtt med kompetanse og kunnskap, kan dermed styrke møtet med pasienten, pårørende og sykepleieren som en likeverdig relasjon.

Jeg har god erfaring med å kartlegge pasientens symptomer ved hjelp av ESAS (Edmonton Symptom Assessment System), hvor symptom graderes fra ingen plage 0, til verst tenkelige plage 10. Dette er godt egnet verktøy til å få rask oversikt over pasientens egen opplevelse av sin situasjon. Elsayem (2) beskriver ESAS registrering ved innleggelse og etter noen dager. Han fant bedring i symptomer som smerte, fatigue, kvalme og depresjon, mens dyspné ikke ble bedre.

Vi bruker ESAS ved første møte med pasient i poliklinikk eller ved hjemmebesøk, på dagavdeling og under innleggelse. For pasienter med dyspné, er det nyttig også å kartlegge hvordan pusten påvirker hverdag og familieliv. Sammen med min erfaring og kunnskap som sykepleier, vil dette gi meg nyttige innspill, blant annet til tanker om tilrettelegging i hjemmet og praktiske hjelpemidler for pasienten.

Dyspné

Dyspné er en subjektiv opplevelse og pasienten har ikke nødvendigvis oksygenmangel, hypoksi (5). Alvorlighetsgraden av pustebesværet kan variere mye, fra aktivitetsutløst - til hviledyspné og mer akutttilstander med frykt for eller reell fare for kvelning. Symptomets alvorlighetsgrad vil styre behovet for tiltak.

Både Frølund et al (6) og McCannon et al (3) deler behandling av dyspné for lungekreftpasienter, inn i to hovedområder: farmakologisk og ikke-

farmakologisk. Fürst et al (5) deler behandling av dyspné inn i fire områder: onkologisk, oksygen, symptomlindrende medisiner og ikke-farmakologiske intervensjoner. Jeg vil kort nevne ulike tiltak innen områdene, men hovedfokus vil være på ikke-farmakologiske tiltak.

Som sykepleier har jeg viktige oppgaver i kartleggingen og observasjoner ved pustebsvær

- Respirasjons frekvens, dybde, rytme, lyder (stridor)
- Bruk av hjelpemuskulatur
- Cyanose, sirkulasjon
- Bevissthetsnivå
- Hoste og ekspektorat

Det er viktig å behandle underliggende årsak til dyspné. Kan det være en emboli, infeksjon, kreftutvikling, pleuravæske og trenger pasienten akutt tilsyn? Akutt dyspné har akutt behandlingsbehov. Legen vil vurdere om invasiv behandling er mulig, og opplysninger om observasjoner og kartlegging,

«I min praksis bruker vi opiater som førstevalg ved tungpust.»

i tillegg til ulike typer utredning, kan gi svar på om pasient kan ha nytte av ulike typer symptomlindrende behandling:

- Strålebehandling, eksternt eller endokavitært
- Stenting / laserbehandling / brachyterapi
- Cellegiftbehandling, spesielt i fht SCLC, som kan gi rask respons
- Pleuratapping

For enkelte pasienter er dette akutt livreddende behandling som kan lindre dyspné. Jeg har opplevd pasienter som har fått fantastisk god effekt av eksempelvis innleggelse av stent. Livskvaliteten har økt, og pasientene har gjerne hatt noen gode uker uten ekstrem dyspné.

Oksygen

Oksygenbehandling betraktes som et medikament og det kreves en klar indikasjon for bruk. (1). I palliativ sammenheng, er det enkelt å bruke et pulsoksymeter for rask og enkel måling av SaO₂ i, i stedet for å ta syre/base (5). Dette er et lite apparat hvor man måler pO₂, via en klype på finger. Effekten av oksygenbehandling er dårlig dokumentert ved langtkommen kreft. Oksygen kan derimot gi symp-

tomlindring av tungpust for pasienter med avansert kreftsykdom som har lavt pO₂ nivå, det vil si pO₂ < 7,3. For lungekreftpasientene som ikke er hypoksisk, er det lite evidens for at O₂ vil være fordelaktig, selv under dyspné anfall (1). Mål for den palliative pasient, er best mulig lindring, og helst SaO₂ > 90 prosent (5).

Frølund et al (6) har og sammenlignet studier i forhold til oksygen og luftbehandling. I enkelte studier har behandling med O₂ eller med luft, vist like god effekt for pasienter med hypoxi. Det indikerer at pasienter kan ha en placeboeffekt på pasientens subjektive opplevelse av pustebesvær. Andre studier viser signifikant bedring i tungpust ved oksygen i forhold til luft. Måling av pasientens oksygenmetning, kan gi oss en pekepinn på hva som er mest hensiktsmessig for pasienten.

Oksygentilførsel kan gi god symptomlindring ved akutt dyspné, men behandlingen bør avsluttes så snart det er kontroll over situasjonen (1).

Symptomlindrende behandling

Opioider

I følge Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen (1) er det god dokumentasjon for effekt av systemisk opioidbehandling. Opioider demper det subjektive pustebesværet, reduserer oksygenbehovet og bedrer respirasjonsmønsteret. Toleranse for forhøyet karbondioksid, hypercapni og for lavt oksygenbehov, hypoxi øker.

Vi opplever gjerne at pasienter og pårørende er engstelig for at opioider skal gå ut over respirasjonen, og dermed vegrer seg for å starte behandling. Som sykepleier er det min oppgave å administrere farmakologiske tiltak som legen har ordinert. Tilstrekkelig kunnskap om administrering og virkningsmekanismer er viktig for å kunne gi god behandling og informasjon til pasient og pårørende.

Studier viser at det er liten evidens for at fast opioidbruk forårsaker livsfarlig respirasjonsdepresjon hos eldre pasienter med avansert kreft, eller hos opioidnaive pasienter med avansert kreft (3).

Effekt av Morfin po til lindring av dyspné, er undersøkt i randomisert klinisk kontrollert studie. Pasientene ble randomisert til enten å få 25 prosent eller 50 prosent av deres normal dose, hver fjerde time. Studiet viste at intensitet og respirasjonsfrekvens falt signifikant i begge gruppene, etter å ha tatt Morfin. Dette samsvarer med

tidligere metaanalyser, og det er evidens for bruk av Morfin (6).

Benzodiazepiner

I min praksis bruker vi opiater som førstevalg ved tungpust. Ved opplevelse av uro og engstelse hos pasienten, legges det til benzodiazepiner. Dette er forankret i Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen (1), samt Nordisk lærebok i palliasjon (5).

Mange pasienter med dyspné, har også angst. Dyspné kan både utløse og forsterke angst. Man får panikk, og dette øker respirasjonsarbeidet. Pusten blir tyngre og man får gjerne en forsterket angst. Man kommer inn i en ond sirkel med tungpust - angst - øket respirasjonsarbeid - angst - tungpusthet. Benzodiazepiner reduserer angst og stress og bidrar til bedre respirasjonsmønster og fører til redusert respirasjonsarbeid (5)

I Oxford Textbook of Palliativ nursing, beskrives en randomisert single-blindstudie utført av Ventafrida et al fra 1990. Pasientene fikk Morfin hver 4. time, og Midazolam ved behov, vs rutine Midazolam med Morfin ved behov, eller rutine med både Morfin og Midazolam. Det viste seg at etter 24 timer hadde sistnevnte gruppe signifikant mindre dyspné, og ingen større grad av sedasjon (7).

Steroider

Stokes krage, vena cava superior-syndrom, kan gi akutt dyspné. Steroider er viktig i slik akutt behandling. Kortikosteroider kan redusere bronkial ødem og dermed obstruktivt besvær (1).

I praksis har vi gode erfaring med steroider gitt i kur over en til to uker, som lindring av kvalme, redusert matlyst, og som kan gi pasienten en opplevelse av å få mer energi. I palliativ fase, kan det oppleves godt.

Bronkolytika brukes for lindring av slimproblemer hvis pasienten i tillegg har KOLS. Det er viktig for lungekreftpasienten å få behandlet eventuelle andre tilleggs sykdommer. Det er ingen evidens for at bronkolytika har generell nytte for lungekreftpasienter. Saltvanninhalasjoner har heller ingen sikker evidens for kreftpasienter (1).

Ikke-farmakologisk behandling til lindring av dyspné

Vårt engasjement uttrykkes gjennom det praktiske håndlaget. Vi er det vi gjør og håndlaget sier noe om vi konsentrerer oss og interesserer

oss for den syke eller ei. Erfaring, personlige kvaliteter og forståelse gjennom det praktiske arbeid er essensielt. Tyding sier noe om taus kunnskap, observasjon og intuisjon (4). Jeg ser dette som viktige egenskaper for sykepleier i møte med pasienten med tungpust.

Hvilestillinger

Å se pasienten, er også å hjelpe ham til et godt leie, god sitte eller hvilestilling. De fleste pasienter med stort pustebevis, vil finne hvile med halvhøyt eller høyt ryggleie, med store puter under armene og knekk i knærne på sengen, Fowlers leie (8). Mange pasienter finner god hvilestilling i å sitte foroverlent, og støtte albuen på puter, eller et bord med pute på. Dette antar man er på grunn av at pasienten får et endret strekk i diafragma, noe som gir en mer effektiv respirasjon (7).

I oppreist stilling, kan man støtte kroppen mot en vegg, og dermed lettere slappe av i skuldre, rygg, nakke og armer.

Pusteøvelser/ledet pust

Undervisning, støtte, samtale og instruksjon i respirasjons- og avslappingsøvelser, er alle eksempler på ikke-farmakologiske tiltak som kan være med å lindre dyspné (6). Der beskrives studier hvor ukentlig samtale, støtte, undervisning og instruksjon i puste- og avslappingsøvelser, har effekt på lindring av dyspné. Jeg har tidligere erfaring fra KOLS rehabilitering, hvor pasienter opplevde bedring av opplevelse av tungpust og fysisk kapasitet. Dudgeon beskriver flere studier hvor sykepleielede øvelser i pustetrening, avslapping og læring av strategier for håndtering av tungpust, har god effekt på opplevelsen av dyspné og påvirkning av livskvalitet (7).

Pasienten instrueres i leppepusting, som innebærer at pasienten puster inn gjennom nesen og puster langsomt ut gjennom en smal åpning mellom leppene. I studier om KOLS pasienter som praktiserer leppepusting, er det rapportert om hele 50 prosent reduksjon i dyspné (7).

Jeg har god erfaring med å lede pasientens pust inn i rolig rytme, ved hjelp av rolig stryking nedover rygg, og hvor man sier «pust rolig», med trygg og rolig stemme. På denne måten kan man dirigere og roe pusten. Påførende kan også instrueres i dette, slik at de kan bruke det i hjemmet. Mange opplever det godt å kunne være med å gjøre noe for pasienten. Avledning med å fokusere opp-



merksomheten på andre stimuli, kan og være til hjelp for pasienten.

Det tverrfaglige teamet med fysioterapeuter har en viktig funksjon med avspenningsøvelser og massasje for avslapping og velvære for pasienten.

Som sykepleier kan jeg hjelpe pasienten i aktiviteter som kan utløse eller forsterke pustebevis: Det er viktig å tilpasse og avpasse aktivitet. Trenger pasienten hjelp i stell? Rolig tempo og god planlegging, kan være med å forhindre ytterligere eskalering av pusten.

Hjelpemidler kan være med på å avlaste respirasjonsarbeid. Det er studier på bruk av rullator og staver for KOLS pasienter. Enkelte av dem har vist signifikant bedring i dyspné, ved bruk av rullator (9). I praksis, ser vi gjerne pasienter som vegrer seg for å ta i bruk hjelpemidler. Samtale rundt barriere for bruk, informasjon og støtte, kan gjerne være med på at pasienten tar i bruk hensiktsmessige hjelpemidler.

Frisk luft

Opplevelsen av frisk, kjølig luft har ofte markant god virkning på pasienter med dyspné, og man ser ofte at pasienten velger å sitte nært åpent vindu eller i trekken (7). Varm tørr luft, kan oppleves som en ekstra belastning.

Vifte

Videre er det studier som viser at elektrisk bordvifte har effekt på opplevelse av dyspné. I praksis viser det seg at selv en håndholdt minivifte "Syden vifte", har god effekt på følelsen av å få mer luft, og at denne foretrekkes (1). Den håndholdte viften er svært enkel i bruk, rimelig i innkjøp, og lett å bruke hjemme. Studier har vist signifikant reduksjon i pustebeviset, når pasienten brukte håndholdt vifte (9).

Hoste

Hoste kan skyldes produksjon av pleuravæske, som

ENKELT HJELPEMIDDEL: En vifte kan redusere pasientens pustebevis. Foto: Colourbox.

må vurderes for pleuratapping, eventuelt installering av pleurodesebehandling hvis det er et residerende problem (1). Andre årsaker kan være slimdannelse og evt infeksjon. Hvis pasienten har vansker med å hoste opp slim, kan sykepleier banke med flat, litt bøyet hånd. Det fører ofte til at slim mobiliseres i lungene. Når pasienten så føler hostetrang, kan sykepleier vibrere over lungene, og dermed gi hos-

«Det er viktig med veiledning og kollegastøtte.»

testøtte slik at slim kommer opp. Tverrfaglig arbeid med fysioterapeut er viktig.

Livskvalitet

I vår kliniske hverdag møter vi mange pasienter som plages med dyspné. Vi erfarer at dette for mange gir betydelig angst og påvirker livskvalitet og mulighet til livsutfoldelse. McCannon et al (3), referer til flere studier der de har vurdert livskvalitet for pasienten med lungekreft. Disse rapporterer at flesteparten av pasientene får svekket livskvalitet på grunn av dyspné.

Angst

Mange av de lungekreftpasienter jeg har møtt, uttrykker redsel for ikke å få puste, og for kvelning ved livets slutt. Å være tilstede hos pasienten, berolige og trygge pasient på muligheter for behandling av dyspné, kan være med å dempe bekymring og angst.

Formidle trygghet og skape mestring

Kontinuerlig tilstedeværelse av kompetent helsepersonell, gir pasienten trygghet, slik at kontroll kan gjenvinnes (5). God informasjon til pasienten, oppleves som god omsorg (10). Å ha samtaler om vanskelige situasjoner, og finne strategier for å takle det, kan ha stor verdi (1). Som sykepleier kan jeg bidra til å åpne opp for samtale og våge å ta opp sykdom og tanken om fremtiden. Vi ser og stor nytte av familiesamtale, hvor lege og sykepleier deltar fra vårt tverrfaglige team. Her tar man opp situasjonen nå, etterspør ønsker og behov hos pasient og pårørende, gir informasjon og råd, støtte til pasienten og familien, samt samtaler om tiden framover. Vi får gode tilbakemeldinger på nytteverdien av åpenhet og mulighet for å snakke sammen, fra pasient og pårørende.

Det er sagt at det er to grunnregler i kommunikasjon: Det er umulig å ikke-kommunisere, og all adferd er kommunikasjon. Jeg bruker aktivt non-verbal kommunikasjon som ansiktsuttrykk og en støttende hånd på skulder eller hånd, som støtte i situasjonen.

Pårørende

Min erfaring viser også at god omsorg for pårørende, oppleves som god omsorg for pasienten. Å vite hvor man kan henvende seg, å vite at man kan få hjelp og støtte i situasjonen, gir trygghet til å stå i store utfordringer som pårørende.

Dokumentasjon

Grundig kartlegging av pasientens symptomer, livssituasjon og innsikt i egen situasjon, fører til at vi kan sette inn ulike tiltak som kan lindre pasientens grad av tungpust.

Det må utarbeides behandlingsplan for pasienten i for hold til hans dyspné. Dette er viktig for å sikre kontinuitet og gi pasienten trygghet for at den hjelpen han får ikke er avhengig av hvem som er på vakt.

Sykepleier i møte med tungpust

Det kan være vanskelig å se på pasientens lidelse, og man kan få en følelse av hjelpsløshet. Det er derfor viktig med veiledning og kollegastøtte

Martinsen vektlegger det å sanse; lytte, føle og se. Det å kunne leve seg inn i den andres situasjon, er viktige forutsetninger for å kunne utøve god omsorg (4). ■

Referanser:

1. Helsedirektoratet. Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen. Oslo, 2010.
2. Elsayem A. Respiratory symptoms in advanced lung cancer: A persistent challenge. *J Support Oncol* 2012;10:12-13.
3. McCannon J, Temel J. Comprehensive management for respiratory symptoms in patients with advanced lung cancer. *J Support Oncol* 2012;10:1-9.
4. Martinsen K, Wærness K. Pleie uten omsorg?. 2. utg. Pax Forlag 1991.
5. Fürst CJ, Starlander J. Pustebeviser. Kap 31 i Kaasa S (red). Nordisk lærebok i palliasjon. 2. utg. 2007.
6. Frølund JC, Pedersen PU. Dyspné hos uhelbredelig syge og døende kreftpasienter. *Vård i Norden* 2011, Publ.No 99, Vol 21, No 1: pp10-15.
7. Dudgeon D. Dyspnea, Death Rattle, and Cough. Kap 14 i Ferrell BR, Coyle N. Oxford Textbook of Nursing. 3rd ed. 2010.
8. Holst IJ. Respirasjon. Kap 15 i Holter IM, Mekki TE. Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1. 4 utg. 2011.
9. Bausewein C et al. Non-pharmacological interventions for breathlessness in advanced stages of malignant and non-malignant diseases. *The Cochrane Library* 2011, Issue 3, The Cochrane Collaboration, Wiley.
10. Kvåle K. Den omsorgsfulle sykepleier – slik pasienter ser det. *Vård i Norden* 2006, 26 (1), s. 15-19