



KOL-patienternas symptom och psykiska välbefinnande – vårdrekommendation

ARBETSGRUPPEN OCH BINDNING

Ordföranden

KATJA, HEIKKINEN, HVD, ansvarig för utbildning- och forskning av högre yrkeshögskoleutbildningar, Hälsa och välfärd, Åbo Yrkeshögskola

Medlemmarna

TIINA, KAISTILA, HVM, doktorand, idrottsfysiologi, Birkalands sjukvårdsdistrikt

SARI, KNAAPI-JUNNILA, HVM, Ft, doktorand, projektarbetare, Tammerfors Universitet; forskare, Filha rf.

MERJA, KUKKONEN, sjukskötare, biträdande avdelningsskötare, HUS

ANNE, POHJU, HVM, Ft, legaliserad näringsterapeut, HUS

HANNELE, SILTANEN, HVM, doktorand, forskare, Hotus

Utomstående experterna

TUULA, VASANKARI, MD, specialist i lungsjukdomar, generalsekreterare, professor, Filha rf., Åbo Universitet

ULLA, VETELÄSUO, projektledare, Filha rf.

LILJA-MARITA, KIVIAHO, hälsovårdare, Helsingfors social- och hälsovårdssektorn

Erfarenhetsexpert

OIVA LINQVIST

BINDNING: I samband med rekommendationsämnen har medlemmarna i rekommendationsgruppen ingen bindning som de kunde ha ekonomisk nytta av eller som kunde påverka rekommendationens tillförlitlighet.

Metoderna i denna vådrekommandation beskrivs i vådrekommandationen 'Handledning i egenvård för personer med kroniskt obstruktiv lungsjukdom' (www.hotus.fi).

ISSN 2489-5024 (publicerad på finska 24.9.2018)

Inledning

KOL är en obotlig sjukdom och vården av den baseras på att identifiera, bedöma och lindra symptom förknippade med den samt på att förebygga försämringsfaser¹. Enskilda personer kan ha 8–12 syndrom förknippade med KOL²⁻⁴. Även om symptomen ofta kan behandlas med läkemedel, lider många KOL-patienter av dagligen⁵. Symptomen har en betydande inverkan på KOL-patientens livskvalitet². Förutom att ett enskilt symptom kan försvåra livet och belasta den sjuka, har studierna påvisat symptomens kumulativa belastning^{2-4, 6}. Med detta avses att när symptomen påverkar varandra, så ökar det symptomens totalbelastning. Till exempel ökar rädsla och oro för känslan av andnöd, vilket i sin tur ökar rädslan och känslan av oro (dyspnea-anxiety-dyspnea cycle)⁷.

Andnöd är den vanligaste av KOL-patienternas alla symptom^{6, 8}. Den påverkar även KOL-patientens dagliga verksamhet, rörelse, fysiska aktivitet och livskvalitet⁶, men även hans anhörigas liv⁹. Andnöd kan ses som en subjektiv upplevelse (breathlessness) samt objektiva observationer som ska verifieras (dyspnoea)¹⁰.

Utmattning har i några studier konstaterats vara det andra vanligaste symptomet efter andnöd^{2,4}. Trots att det är så vanligt med utmattning, missar yrkesutbildade inom hälsovården ofta att upptäcka det¹¹. Förekomsten av utmattning, precis som förekomsten av andra KOL-relaterade symptom, kan påverka de associerade sjukdomar som patienten har. Utöver andnöd och utmattning har KOL-patienter andra ofta förekommande symptom, såsom hosta, slemhosta, muntorrhet, smärta, oro och sömnsvårigheter.^{2,4}

Depression och ångest är enligt studien särskilt vanliga associerade sjukdomar bland KOL-patienter^{12, 13}. Förekomsten av depression och ångest har på basis av olika forskningsresultat större spridning till exempel med anledning av hur ångesten och depressionen har diagnostiserats. Man har bedömt att depression förekommer hos 7–80 procent och ångest hos 2–80 procent av KOL-patienterna¹⁴. Försämring av KOL-sjukdomen och användning av syrgas ökar sannolikheten för depression och ångest¹⁵.

Depression kan förekomma i form av nedstämd sinnesstämning eller genom att personen inte längre intresserar sig för de dagliga aktiviteterna eller att de inte får hen att må bra. Depression kan vara kopplat till utmattning, förändringar gällande vikt, aptit och sömn, koncentrationssvårigheter, pessimistisk inställning till framtiden samt självdestruktivitet. Ångest kan även visa sig i form av olika rädslor och undvikande. Andra syndrom förknippade med ångest kan till exempel vara utmattning, rastlöshet, irritation och sömnstörningar.¹⁶ Depression och ångest har konstaterats påverka KOL-patienternas livskvalitet¹⁷ och engagemang i vården¹⁸. Man har konstaterat att det finns ett samband mellan depression och ångest och förekomsten av försämringsfaser och behovet av sjukvård¹⁸⁻²⁰.

Den helhetsmässiga bedömningen av symptomen är en central del av god vård för KOL-patienter. Symptomen bör bedömas och ändringarna bör jämföras med deras tidigare status vid varje mottagningsbesök.¹ I bedömningen av symptomen ska man uppmärksamma att KOL-patienter även kan ha andra sjukdomar, som också de kan ha ett samband med olika symptom. Med anledning av symptomens mångsidighet bör de bedömas med hjälp av mätare som har

utvecklats för att bedöma symptom²¹. Till den helhetsmässiga bedömningen finns internationellt validerade mätare (t.ex. Memorial Symptom Assessment Scale (MSAS)²²; COPD Control Questionnaire (The CCQ)¹. Det finns mätare även för bedömning av enskilda symptom²³. För identifiering av depression (t.ex. BDI-21) och ångest (t.ex. GAD-7) finns mätare tillgängliga för yrkesutbildade inom hälsovården och det finns även finskspråkiga validerade versioner.²⁴ I Finland används allmänt den för bredare bedömning av symptom utarbetade KAT-mätaren (COPD Assessment Test) och den för bedömning av andnöd utvecklade Medical Research Council - dyspnoea scale (mMRC)²⁵.

Rekommendationer

Bedömning av KOL-patientens symptom

1. Fråga KOL-patienten om förekomsten av symptom, eftersom

- **många KOL-patienter har till sjukdomen hörande kontinuerliga och ofta upprepade symptom som begränsar livet (B) och egenvården (C).**
 - De vanligaste symptomen bland KOL-patienterna var andnöd (89 %), kraftlöshet (76 %), dåsighet (70 %), muntorrhet (68 %), hosta (65 %), oro (55 %), känsla av svulmenhet (53 %), smärta (52 %), ledsenhet (51 %), problem med sexuellt intresse och sexuell aktivitet (51 %) och sömnproblem (50 %)⁴.
 - De vanligaste symptomen bland KOL-patienterna var andnöd (94 %), kraftlöshet (71 %), muntorrhet (60 %), hosta (56 %) och oro (51 %)².
 - Riskfaktorerna för invalidiserande KOL var hög ålder, försämrade lungfunktion, upprepade försämringsfaser, fetma, hjärtsjukdom, depression samt kronisk syrebrist och andningssvikt⁸.
 - Det mest belastande symptomet för KOL-patienter var andnöd och därefter muntorrhet, hosta, sömnproblem, utmattning och smärta³.
 - Många KOL-patienter upplevde andnöd trots läkemedelsbehandling. Mer uppmärksamhet bör fästas vid lindring av symptomen^{8, 26}.
 - Muntorrhet är ett besvärligt symptom, särskilt för dem som befinner sig i ett mycket svårt skede av sjukdomen och det kan ha en koppling till KOL-patientens försämrade näringstillstånd⁴.
 - Symptom som förhindrar motion är andnöd (66 %) och smärta (36 %)²⁷.
 - Symptomens stora belastning hade en koppling till KOL-patienternas försämrade egenvårdsförmåga, vilket visade sig till exempel i form av en minskning av hälsofrämjande aktiviteter (t.ex. promenader, motion och avslappning) och försvårande av olika saker (t.ex. att fördela läkemedel).²⁸
 - Patienter med mycket svår KOL upplevde mer andnöd och den var ofta av svårare form än hos patienter med lindrigare KOL. De upplever även mer kraftlöshet och oro⁴.

- Av KOL-patienter (n=2 135) uppgav en fjärdedel (26 %) en diagnostiserad refluxsjukdom (gastroesofageal reflux I. GER eller GERD)²⁹.
- KOL-relaterade symptom hade en koppling till livskvaliteten för patienter med långt framskriden KOL (MSAS-GDI (= global symptom distress) $r = -0,7$, $p < 0,001$) och symptomen förvärrades vanligen i takt med att sjukdomen försvårades².
- KOL-patienterna accepterade utmattning som en del av sin sjukdom. De upplevde att utmattningen ökade under andnöden och att den är svårare att behandla. Försämringsfaser ökar känslan av utmattning.³⁰
- KOL-patienterna upplevde att utmattningen styr livet, vilket kan väcka känslor av hopplöshet och en känsla av att den tar över hela livet³⁰.
- KOL-patienterna upplevde att de inte får information om utmattning av läkarna och de är rädda för att inte bli tagna på allvar³⁰.

2. Fråga KOL-patienten om symptomvariationen och hjälp hen vid behov att hitta sätt att klara av dessa symptom, eftersom

- **KOL-patienters symptom ofta är värre på morgonen (B) och under den kalla årstiden (C).**
 - Av symptomen är framförallt slemhostan och hostan som värst direkt efter att patienten vaknat på morgonen^{26, 31, 32}.
 - Av KOL-patienterna (n=743) hade fler än hälften symptom under alla tider på dygnet, oberoende av läkemedelsbehandling²⁶.
 - Dåligt väder kan vara ett hinder för motioneringen (17 %, n=121). KOL-patienters fysiska aktivitet var lägre på vintern i jämförelse med övriga årstider. Av patienterna som deltog i studien var 24 procent tydligt mera inaktiva vintertid. I studien efterfrågades inte vad det var som minskade mängden motion på vintern.²⁷

KOL-patientens psykiska välbefinnande

3. Fråga KOL-patienten om hens sinnesstämning, eftersom

- **ångest och depression är vanligt förekommande bland KOL-patienter (B).**
 - Bland KOL-patienterna var förekomsten av depression och ångest 16 procent (n=512)³³.
 - Bland veteraner som haft minst en försämringsfas konstaterades depression hos 12 procent (n=3 077), ångest hos sju procent (n=1 784) och posttraumatisk stressreaktion hos sex procent (n=1 569)¹⁸.
 - Bland KOL-patienter som led av depression hade depressionen behandlats hos endast 27–33 procent¹⁹.
- **ångest och depression har uppenbarligen ett samband med KOL-försämringsfas (B).**

- **ångest och depression verkar ha ett samband med vården av KOL-patienten på sjukhus (C).**
 - Ångest och depression är kopplade till längre vårdperioder på sjukhus och större dödlighet efter utskrivning. Andra relaterade faktorer kan vara ett lågt BODE-index, livskvalitet, låg socioekonomisk ställning, förvärrad ångest, kvinnligt kön, försämrade lungfunktion, liten förbättring av andnoden, PaCO₂-höjning, PaO₂-sänkning och förhöjt pH¹⁹.
 - Sannolikheten för en ny vårdperiod på sjukhus var störst hos dem som hade ångest (HR 1,22; 95 % CI 1,03–1,43 eller depression (HR 1,35; 95 % CI 1,18–1,54)¹⁸.
- **ångest och depression har uppenbarligen ett samband med KOL-patientens livskvalitet och till den relaterade försämrade hälsan (B).**

4. Fråga KOL-patienten om hens ork, eftersom

- **utmattning uppenbarligen ofta har samband med KOL (B).**
 - Utmattning är klart vanligare bland KOL-patienter än bland personer som har friska lungor³⁴.
 - Ökad utmattning hade samband med minskad utevistelse, förvärrad depression och ett större antal försämringsfaser per år³⁴.

Ibrukttagande av rekommendationen

Vårdrekommendationen KOL-patienternas symptom och psykiska välbefinnande förenhetligar innehållet i handledningen gällande egenvård för KOL-patienter och möjliggör handledning som baseras på enhetlig evidens i situationer där den yrkesutbildade inom hälsovården möter en KOL-patient.

Ibrukttagandet av vårdrekommendationen förutsätter att kunskapen tryggas med hjälp av utbildning samt att vårdledarna och yrkesutbildade inom hälsovården som är involverade i handledningen av KOL-patienter förbinder sig till ibrukttagande av evidensbaserad handledning gällande egenvård i sina egna organisationer och arbetsenheter.

Ibrukttagandet av vårdrekommendationen kan främjas i organisationen genom att ställa följande frågor:

1. Hur bedöms symptomen och det psykiska välbefinnandet?
2. Vilken information ges till KOL-patienten och hans anhöriga om identifieringen av symptom och det psykiska välbefinnandet?
3. På vad baseras innehållet i handledningen för närvarande?
4. Ger vårdrekommendationen anledning till att granska praxisen vid den egna enheten noggrannare och behöver praxisen utvecklas?

Källor

1. GOLD. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. 2018 REPORT, http://goldcopd.org/wp-content/uploads/2017/11/GOLD-2018-v6.0-FINAL-revised-20-Nov_WMS.pdf (2018).
2. Blinderman CD, Homel P, Billings JA, et al. Symptom distress and quality of life in patients with advanced chronic obstructive pulmonary disease. *J Pain Symptom Manage* 2009; 38: 115-123.
3. Eckerblad J, Todt K, Jakobsson P, et al. Symptom burden in stable COPD patients with moderate or severe airflow limitation. *Heart Lung* 2014; 43: 351-357.
4. Christensen VL, Holm AM, Cooper B, et al. Differences in Symptom Burden Among Patients With Moderate, Severe, or Very Severe Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *J Pain Symptom Manage* 2016; 51: 849-859.
5. Ding B, DiBonaventura M, Karlsson N, et al. A cross-sectional assessment of the burden of COPD symptoms in the US and Europe using the National Health and Wellness Survey. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2017; 12: 529-539.
6. Joshi M, Joshi A and Bartter T. Symptom burden in chronic obstructive pulmonary disease and cancer. *Curr Opin Pulm Med* 2012; 18: 97-103.
7. Disler RT, Green A, Luckett T, et al. Experience of advanced chronic obstructive pulmonary disease: metasynthesis of qualitative research. *J Pain Symptom Manage* 2014; 48: 1182-1199.
8. Sundh J and Ekstrom M. Persistent disabling breathlessness in chronic obstructive pulmonary disease. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2016; 11: 2805-2812.
9. Hutchinson A, Barclay-Klinge N, Galvin K, et al. Living with breathlessness: a systematic literature review and qualitative synthesis. *Eur Respir J* 2018; 51: 10.1183/13993003.01477-2017. Print 2018 Feb.
10. Borge CR, Wahl AK and Moum T. Association of breathlessness with multiple symptoms in chronic obstructive pulmonary disease. *J Adv Nurs* 2010; 66: 2688-2700.
11. Spruit MA, Vercoulen JH, Sprangers MAG, et al. Fatigue in COPD: an important yet ignored symptom. *Lancet Respir Med* 2017; 5: 542-544.
12. Zhang MW, Ho RC, Cheung MW, et al. Prevalence of depressive symptoms in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Gen Hosp Psychiatry* 2011; 33: 217-223.
13. Yohannes AM and Alexopoulos GS. Depression and anxiety in patients with COPD. *Eur Respir Rev* 2014; 23: 345-349.

14. Tselebis A, Pachi A, Ilias I, et al. Strategies to improve anxiety and depression in patients with COPD: a mental health perspective. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2016; 12: 297-328.
15. Pumar MI, Gray CR, Walsh JR, et al. Anxiety and depression-Important psychological comorbidities of COPD. *J Thorac Dis* 2014; 6: 1615-1631.
16. Panagioti M, Scott C, Blakemore A, et al. Overview of the prevalence, impact, and management of depression and anxiety in chronic obstructive pulmonary disease. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2014; 9: 1289-1306.
17. Tsiligianni I, Kocks J, Tzanakis N, et al. Factors that influence disease-specific quality of life or health status in patients with COPD: a review and meta-analysis of Pearson correlations. *Prim Care Respir J* 2011; 20: 257-268.
18. Abrams TE, Vaughan-Sarrazin M and Van der Weg MW. Acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease and the effect of existing psychiatric comorbidity on subsequent mortality. *Psychosomatics* 2011; 52: 441-449.
19. Pooler A and Beech R. Examining the relationship between anxiety and depression and exacerbations of COPD which result in hospital admission: a systematic review. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2014; 9: 315-330.
20. Atlantis E, Fahey P, Cochrane B, et al. Bidirectional associations between clinically relevant depression or anxiety and COPD: a systematic review and meta-analysis. *Chest* 2013; 144: 766-777.
21. Theander K, Hasselgren M, Luhr K, et al. Symptoms and impact of symptoms on function and health in patients with chronic obstructive pulmonary disease and chronic heart failure in primary health care. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2014; 9: 785-794.
22. Portenoy RK, Thaler HT, Kornblith AB, et al. The Memorial Symptom Assessment Scale: an instrument for the evaluation of symptom prevalence, characteristics and distress. *Eur J Cancer* 1994; 30A: 1326-1336.
23. Antoniu SA and Ungureanu D. Measuring fatigue as a symptom in COPD: From descriptors and questionnaires to the importance of the problem. *Chron Respir Dis* 2015; 12: 179-188.
24. THL/Toimia tietokanta. <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittari/tulokset/>. (på finska)
25. Keuhkohtaumatauti. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Keuhkolääkäriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2014 (Hämtad 17.1.2018). www.käypähoito.fi. (på finska)
26. Miravittles M, Worth H, Soler Cataluna JJ, et al. Observational study to characterise 24-hour COPD symptoms and their relationship with patient-reported outcomes: results from the ASSESS study. *Respir Res* 2014; 15: 122-014-0122-1.

27. Katajisto M, Kupiainen H, Rantanen P, et al. Physical inactivity in COPD and increased patient perception of dyspnea. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2012; 7: 743-755.
28. Bringsvor HB, Skaug K, Langeland E, et al. Symptom burden and self-management in persons with chronic obstructive pulmonary disease. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2018; 13: 365-373.
29. Benson VS, Müllerová H, Vestbo J, et al. Associations between gastro-oesophageal reflux, its management and exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Respiratory Medicine* 2015; 109: 1147-1154.
30. Stridsman C, Lindberg A and Skär L. Fatigue in chronic obstructive pulmonary disease: a qualitative study of people's experiences. *Scand J Caring Sci* 2014; 28: 130-138.
31. Kessler R, Partridge MR, Miravittles M, et al. Symptom variability in patients with severe COPD: a pan-European cross-sectional study. *Eur Respir J* 2011; 37: 264-272.
32. Miravittles M, Izquierdo JL, Esquinas C, et al. The variability of respiratory symptoms and associated factors in COPD. *Respir Med* 2017; 129: 165-172.
33. Montserrat-Capdevila J, Godoy P, Marsal JR, et al. Overview of the Impact of Depression and Anxiety in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Lung* 2017; 195: 77-85.
34. Baghai-Ravary R, Quint JK, Goldring JJ, et al. Determinants and impact of fatigue in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Respir Med* 2009; 103: 216–223.