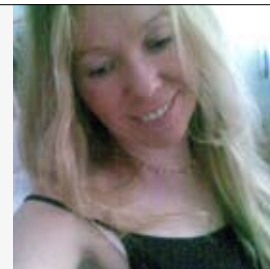


Kristin Markussen om hyppige sykehusinnleggelser



Fra: Oslo

Yrke: MPH. Fagutvikling-og forskningssykepleier. OUS- Rikshospitalet HF

Kols gir angst

Det er viktig at helsepersonell er klar over at angstproblematikk ofte er en underliggende årsak til symptomer hos kols-pasienter.

Pasienter med kronisk obstruktive lungesykdom (KOLS) har et kronisk sykdomsforløp, sykdommen er økende i befolkningen og gir høy sykkelighet. Vi vet mye om fysisk helse hos denne pasientgruppen, men er vi like gode på sammenhengen mellom fysisk og psykisk helse? Ifølge en skandinavisk undersøkelse utført i 2005 øker risikoen for reinnleggelser hvis pasienten har angst (1), likeledes har pasienter som er innlagt for KOLS høy forekomst av angst (2). Forskning viser også at det er en sammenheng mellom sigarettøyking og angst, det vil si at vi kan anta at angst er en etiologisk agent hos pasienter med kols (3).

Min erfaring er at sykepleiere og leger som behandler denne pasientgruppen er for lite oppmerksomme på at for eksempel symptomer som pustebesvær også kan være et symptom på angst. Det er dette litteraturen beskriver som «anxiety-dyspnea-anxiety cycle», og som jeg vil legge vekt på i denne artikkelen.

Angst-dyspnea-angst sirkelen

Dette er begreper som er godt dokumentert i litteraturen (4), men jeg har erfart at vi ikke klarer å anvende denne kunnskapen på en systematisk måte i pasientbehandlingen på sykehus. Pustebesvær er subjektivt og er hovedsymptomet på en mulig akutt forverring av sykdommen. Samtidig kan pustebesvær være et symptom på angst, eller et reelt anfall av pusteproblemer kan føre til angst eller panikk. Denne sirkelen er vond å bryte, og blir håpløs for pasientene å leve med, fordi de ikke har lært hvordan de skal skille mellom disse to faresignalene. Det kan igjen føre til at pasientene bruker trygghetssøkende strategier, noe som kan resultere i at de isolerer seg. På kort sikt vil pasientene oppleve at det å

unngå aktiviteter som krever mer lungefunksjon demper dyspnea-angstsymptomene, og de får mer kontroll. På lang sikt vil derimot symptomene de prøver å få kontroll over ha motsatt virkning. Angsten kan forsterke seg, også i andre situasjoner. Pasientene trenger å lære løsningsorienterte strategier, og de trenger mer kunnskap for å bli bevisste på hvordan angsten kan styre livene deres, og hvordan de selv kan ta tilbake kontrollen på en hensiktsmessig måte. Pasientene jeg møter beskriver ofte pustebesvær som en opplevelse som tar fra dem evnen til å tenke og handle logisk; de handler ofte i panikk når medikamentene ikke virker.

Vi kan sette angst på dagsorden ved hjelp av enkle samtaleteknikker.

Enkelt screeningsverktøy

HAD – Hospital Anxiety and Depression scale er et enkelt psykometrisk screeningsinstrument som kan kartlegge både angst og depresjon og som er mye brukt som forskningsinstrument (5). Skjemaet er et selvrapporteringsskjema som består av totalt 14 spørsmål, hvorav sju er relatert til angst. Skjemaet egner seg godt til daglig klinisk bruk, både til inneliggende og polikliniske pasienter, og kan følge pasientjournalen. Skjemaet kartlegger følelser, og ved å summere skårene på angstdelen vil vi få en rask oversikt om pasienten for eksempel har symptomer på angst, og i så fall hvilken alvorlighetsgrad. Skjemaet fanger også opp symptomer på angst som

kan være belastende, men som ikke krever noen spesifikk behandling. Har vi opplysninger om angst kan dette brukes på en bevisst måte hvis pasienten i tillegg har pustebesvær eller forverret pustefunksjon. Dette er nyttig og viktig klinisk informasjon fordi hvis pasienten har en forverring i pustefunksjonen (FEV1/FVC) så medfører dette gjerne at legen for eksempel endrer medikamenter, eller styrken på medikamentene. Enhver forverring disse pasientene får betyr at lungefunksjonen blir gradvis varig redusert, med de konsekvenser det medfører. Hvis pusteanfallet derimot skyldes angst, som er like reelt, men ikke livstruende, så kan behandlingen rettes mot dette symptomet.

Det overordnede målet med kolsbehandling er å sikre at pasienten har en pustefunksjon som fungerer så lenge som mulig, noe som igjen kan sikre lengre levetid. Hvis vi «ignorerer» angstproblematikken, som igjen kan føre til det pasienten opplever som et pusteanfall, så er min erfaring at pasientens reaksjoner og handlinger er følgende: 1) Pasienten tar gjerne ekstradoser med inhalasjonsmedikamenter av atroent/ventoline, men opplever ingen bedring. 2) Pasientens pusteanfall vedvarer og kan føre til panikk. 3) Pårørende eller pasienten ringer til sykehuset og blir lagt inn som øyeblikkelig hjelp. Ved å lære mer om angst-dyspnea-angst sirkelen kan vi både heve pasientens livskvalitet og samtidig unngå unødige innleggelser og sykehusopphold. Vi kan sette angst på dagsorden ved hjelp av enkle samtaleteknikker. Hvis pasienten har skår som uttrykker en angstbelastning, kan vi bevisstgjøre pasienten på dette ved å gjennomgå skjemaet. Vi viser til at for eksempel «det å være nervøs og urolig» (spørsmål 1 på HAD skjemaet) er et symptom på angst og kan medføre panikkanfall som kan forveksles med pusteanfall. Og fordi det var et panikkanfall så virket ikke ekstradosene med atrovent/ventoline. Dette er en forenklet problemstilling som bør problematiseres, slik at vi tenker oss at også et reelt pusteanfall ofte fører til angst og panikk. Å

nyansere dette krever kunnskap om angst og en mer reflektert og bevisst holdning når vi møter denne pasientgruppen. På den måten åpner vi opp for å diskutere dette sammen.

Fremtidens pasientbehandling

Det er særlig tre behandlingstiltak som er viktige for denne pasientgruppen; treningsprogrammer, psykofarmakologi og terapi (2). I forhold til angst har særlig sistnevnte gruppe vist lovende resultater, men det må utføres mer kontrollerte, randomiserte kliniske studier for å studere nærmere hvilken effekt dette har på angst. Like viktig synes jeg det er å stille flere etiologiske spørsmål. Ubesvarte spørsmål i forhold til hvordan vi skal behandle angst-dyspnea-angst sirkelen vil for eksempel være: 1) Hvilke risikofaktorer kan predikere utvikling av angst hos pasientgruppen? 2) Er røyking eller bruk av alkohol risikofaktorer for å utvikle angst, eller er det slik at pasienter

som røyker eller bruker alkohol har større risiko for å utvikle angst på grunn av etiologiske faktorer? Eller sagt på en annen måte: Er pasienter som har begynt å røyke i utgangspunktet mer disponert for å utvikle angst? Epidemiologiske studier viser at noen forfattere antyder dette (6), og i psykiatrisk litteratur har man nærmest konkludert med at det er slik (7). Men hvilken innvirkning har for eksempel bruk av antiinflammatoriske medikamenter og brokodilatorer på utviklingen av angst? Mange av pasientene bruker i tillegg beroligende medikamenter daglig, men vi vet lite om hvordan de ulike farmakologiske midlene virker sammen. Ikke stigmatiser angst og angstutvikling på pasientgruppen, ta den på alvor og lær pasientene mestrings teknikker. Jeg håper denne lille oppsummeringen kan inspirere sykepleiere til å ta opp angstproblematikken både med pasientene og med behandlende lege.

LITTERATUR

1. Gudmundsson T, Gislason T, Janson C, et al. Risk factors for rehospitalisation in COPD: role of health status, anxiety and depression. *Eur Respir J* 2005;26: 414-19.
2. Brenes GA. Anxiety and chronic obstructive pulmonary disease: prevalence, impact and treatment. *Psychosom Med* 2003 Nov-Des; 65(6): 963-70.
3. Wagena EJ, Van Amelsvoort Ludovic GPM, Kant I, Wouters Emiel FM. Chronic Bronchitis, Cigarette Smoking, and the Subsequent Onset of Depression and Anxiety: Results from a prospective population-based cohort study. *Psychosomatic Medicine* 2005; 67: 656-60.
4. Bailey PH. The dyspnea-anxiety-dyspnea cycle- COPD patients' stories of breathlessness. «It's scary when you can't breathe». *Qual. Health Res* 2004 Jul,14(6): 760-78.
5. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67:361-70.
6. Maurer J, Rebbapragada V, Borson S, Goldstein R, et al. Anxiety and depression in COPD. Current understanding, Unanswered questions, and research needs. *Chest* 2008; 134: 43S-56S.
7. Moussas, G, Tselebis A, Karkanas A, Stamouli D, et al. A comparative study of anxiety and depression in patients with bronchial asthma, chronic obstructive pulmonary disease and tuberculosis in a general hospital of chest disease. *Annals of General Psychiatry* 2008; 7:7



Pustebesvær er subjektivt og er hovedsymptomet på en mulig akutt forverring av sykdommen.

OND SIRKEL: Røyking kan føre til kols som medfører pustebesvær og ofte angst. I tillegg viser forskning sammenheng mellom røyking og angst. Illustrasjonsfoto: Colourbox