

Hjärta och smärta – akutläkarens dilemma

Många patienter söker hjälp för hjärtbesvär eller andra obehag i bröstet. Ofta är det stress eller panikångest som orsakar symtomen och inte någon allvarlig hjärtsjukdom. Den primära handläggningen av dessa patienter skiljer sig åt på vårdcentral och sjukhus. Rutinerna på sjukhus skapar osäkerhet hos både läkare och patienter och orsakar onödiga inläggningar. För att få en bra konsultation bör optimala miljöer och rutiner skapas.

ERLAND SVENSSON
distriktsläkare
Fjällbacka vårdcentral, Fjällbacka
(erland.svensson@home.se)

■ Under ett års tjänstledighet som distriktsläkare har jag under en period arbetat som akutläkare på Uddevalla sjukhus. Det är spännande att åter få inblick i sjukhusvärlden. Visst ser man på akutmottagningen ett något annorlunda patientpanorama, men jag ser förvånansvärt många jämförbara patienter på vårdcentralen. Det är intressant att fördjupa sig i skillnader i handläggningen av dessa patienter på vårdcentral jämfört med på sjukhus. För mig har det varit en erfarenhet som givit mycken kunskap. Men jag tror att sjukhusvärlden också har en del att lära av hur vi på vårdcentraler handlägger dessa patienter. Jag har här en del reflexioner kring sjukhusrutiner som jag tycker försämrar min perception och skapar ökad osäkerhet. Dessutom tror jag att dessa rutiner också skapar ökad osäkerhet för våra patienter. För att få en bra konsultation bör vi skapa optimala miljöer och rutiner.

Patient med akuta hjärtbesvär

Patienten anländer till akuten med ambulans eller egen bil. Jag håller på med ett par andra patienter. Sköterskan visar mig EKG. Jag »friar«. Det verkar inte vara så akut, så jag hinna avsluta arbetet med en del andra patienter på akutmottagningen. Patienten ligger på rum 17. Jag öppnar dörren. Patienten ligger på britsen, som är placerad mitt i rummet, med syrgas på näsgrimmor och i landstingets vita skjorta. Bröstkorgen är täckt av elektroder kopplade till övervakningsmonitor. Poxymetern, fastsatt på en fingertopp, registrerar. Blodtrycksmanschettan är också den kopplad till en monitor. Den aktiveras, pumpar upp, släpper sakta sitt tag, blodtrycket registreras regelbundet. Kammarcomplexen oscillerar på skärmen,

pulsfrekvensen registreras. Ofta tjuvar det till. Allvarligt? Nej, oftast är det en EKG-avledning eller en syrgasmätare som ramlat av. I detta virrvarr av elektroder och pip skall jag försöka göra en första bedömning.

Lita på intuitionen

Denna första bedömning går snabbt, en blick, en kort dialog, en instinktiv känsla. Jag försöker göra en grov uppskattning: allvarligt – inte allvarligt? På vilken information grundar jag denna bedömning. Intuition? Det är något i blicken, andningen, samtalstonen. Det är ett kroppsspråk som visar sig i rörelsen, i kroppshållningen, genom hudens färg och fuktighet, eller via blickens vitalitet, i röstens klang och närvaron i samtalet. Subtila kroppsliga signaler övergår i mer tydliga tecken på sjukdom. Tillsammans med tal och lyssnande förmedlas detta som till stora delar står för det känslomässiga innehållet. Det är i detta övergångsland som vi läkare, medvetet eller omedvetet, gör våra bedömningar av patienters allmäntillstånd.

Rutinerna kan skapa förvirring

Men nu känner jag mig enbart vilsen, blir på något sätt förblindad. Jag kan inte utnyttja min intuition, denna tysta kunskap som jag har lagrat från alla de tusentals patientmöten som jag haft under åren. Sköterskor och annan vårdpersonal har gjort allt för att ge bättre underlag för min bedömning: patienten är avklädd, man har tagit blodtryck, puls, EKG, blodprov, kopplat monitor m m, och likväl ökar förvirringen.

Vad ska jag göra med denna patient? Den första hälsningen och det inledande samtalet med patienten blir onaturliga med en sakta pysande näskateter. Talet blir otydligt. Saturation är redan avläst, och min första åtgärd blir att ta bort den störande näskatetern. Patienten får berättiga. Men det är fortfarande svårt för



FOTO: MEHAU KULY/SCIENCE PHOTO LIBRARY

mig att göra en bedömning. Är patienten frisk eller sjuk? Monitorn med sina kurvor och pip stressar mig.

Ångestfylld patient möter osäker läkare

Jag har alltså en patient som söker för symtom som kan vara allvarliga, livshotande. Naturligtvis skapar detta stark oro och ångest. Denna patient skall nu möta mig som har svårighet att göra en bra bedömning. Jag har väl inte direkt ångest men upplever stress och osäkerhet. Patienten ligger där stilla på sin brits, uppkopplad. Hon ser verkligen sjuk ut. Sammanfattningsvis har vi här en patient som förmodligen är starkt oroad och som möter en läkare som blir ytterst osäker.

Konsultationen får börja om på nytt

Vad kan jag göra i denna situation? Monitorn utsätter mig (och patienten) för en så intensiv stress att den måste stängas av. Men jag törs inte stänga av den helt? Det får ske stegvis. Jag börjar med att stänga av ljudet. Det känns redan lugnare. Jag tar bort blodtrycksmanschettan, som är kopplad till monitorn. Det är skönt att komma ifrån detta återkommande pumpande ljud. Puls och komplex ser normala ut, så jag tar bort sladdarna från EKG-elektroderna. Nu känner jag mig mer avspänd. Nästa steg är att be patienten sitta upp, fråga hur det känns och samtidigt iaktta patientens allmäntillstånd, andning m m. Om detta känns bra ber jag patienten stå på golvet, känna sig för, gå några steg. Om också detta går bra får hon sätta sig på en stol. Jag ber henne ta på sig sin

egen skjorta. Vi är tillbaka vid utgångsläget. Konsultationen kan börja: »Hur var det nu, berätta! Hur kändes det? Hur började det?« Patienten berättar och jag kompletterar mina frågor. Jag blir säkrare i min bedömning. Min perceptionsförmåga börjar normaliseras.

Annorlunda handläggning på vårdcentral

På min vårdcentral handlägger vi denna patientgrupp annorlunda. Naturligtvis uppkommer även här kritiska situationer som kräver sköterskornas och min akuta uppmärksamhet. Även här lägger vi patienter direkt på brits och tar akuta EKG. Men för de flesta av dessa patienter börjar även dessa konsultationer sittande.

Men detta kanske inte är möjligt på den större akutmottagningen? Där måste man ha mer rutinartade handläggningar av alla patienter som klagar över smärtor och obehag från bröstet. Jag har noterat hur snabbt och effektivt man där tar ett helt batteri av prov – allt i syfte att underlätta. Men det blir ändå på något sätt felaktigt. Hur tolkar patienten besöket och sitt tillstånd? Hur många onödiga inläggningar åstadkoms inte genom detta?

Fel rutiner leder till onödiga inläggningar

Jag tror att denna osäkerhet i perception som jag försökt skildra ökar astenin för jourhavande doktor. Den slutar ofta med inläggning. Någon kanske invänder: »Det är bättre med inläggning en gång för mycket än att missa en infarkt.« Naturligtvis måste vi göra »onödiga« inläggningar, ytterligare observationer, provtagningar, följa EKG. Men jag tror också att felaktiga rutiner vid möten med dessa patienter skapar onödiga inläggningar. Har vi råd med det? Resurserna och platserna på medicinavdelningarna är ju alltmer begränsade.

Många »hjärtbesvär« är panikångest

Många patienter som söker för hjärtproblem eller andra obehag i bröstet och andningsproblem har panikångest. Forskning har visat att den primära handläggningen av dessa patienter är avgörande för den fortsatta utvecklingen av panikångestbesvär och än värre utveckling av generell ångest och fobier och skapar mycket lidande.

Denna tolkning, eller snarare misstolkning, av de kroppsliga besvären kan göra problem större om den inte bemöts eller förstås av omgivningen. Om vi inte professionellt (och därmed menar jag också emotionellt) kan möta patienten ökar dennes ångest. Vi som primärt möter dessa patienter har ett stort ansvar i att hjälpa patienten att finna alternativa tolkningar till sina besvär. Om vi inte gör detta riskerar vi att få en patient som känner stor otrygghet. Vår uppgift är att tillsam-

mans med patienten försöka reda ut hennes symtom, förklara hur ångestsymtom kan yttra sig i form av kroppsliga besvär, förklara kopplingen till stresshormoner och autonoma nervsystemet. Detta gäller inte minst patienter med tidigare hjärtsjukdom. En patient med angina eller tidigare infarkt är oftast uppmanad att söka akut hjälp om exempelvis nitropreparat inte hjälper. Men det blir svårt för denna patient att veta hur han skall tolka sina symtom, hur han skall bete sig. När är det dags att söka akut? Vi har här en stor uppgift att tillsammans hjälpa patienten att hitta det optimala läget.

Kampanjer till allmänheten »Hjärta-Smärta«, OLA-ambulanser har ju utvärderats och lovordats. Man har kunnat visa stora livräddande insatser. Spörsmålet har ju blivit än mer aktuellt genom nyare behandlingar med tidig trombolysbehandling. Men vet vi hur mycket ångestproblematik som samtidigt skapas? Hur många onödiga inläggningar innebär det? Många patienter som söker för hjärtproblem eller andra obehag i bröstet har stressutlösta besvär, och inte så få är symtom på panikångest. Men även andra helt ofarliga kroppsliga bröstfenomen tolkas som hjärtbesvär.

Hjälp till hjärtsjuka att tolka signalerna

Patienter med tidigare hjärtsjukdom, exempelvis angina eller tidigare infarkt, har ofta stora svårigheter att skilja ut allvarliga bröstsmärtor från andra mindre obehag från bröstet, som kan orsakas av smärtor från torakalrygg, extraslag eller ångest. På akutmottagningen möter vi inte sällan patienter som har haft manifest hjärtsjukdom en eller flera gånger. De kan ha mäktiga journaler. Det kan röra sig om tre till fyra tjocka pärmar: en EKG-pärm, en med diverse laboratorieprov, remisser, röntgen m m, en med omvårdnadsjournaler, medicinlistor, och slutligen en med journalanteckningar, epikriser. Dessa patienter har lagts in ett stort antal gånger. De har oftast blivit utskrivna efter en eller ett par dagar utan att man har funnit belägg för nytillkommen hjärtsjukdom, men med ökad oro och osäkerhet! Det fordras stort mod att våga låta bli att skriva in dessa patienter när de åter har hamnat där på rummet bland alla slangar och kablar. Varje inläggning innebär ju en bekräftelse på att patientens bedömning av att söka nog ändå var rätt, en bekräftelse på att något är fel, att det är bättre att söka för säkerhets skull – detta till priset av ökad ångest och tilltagande förvirring! Denna patientgrupp behöver extra mycket hjälp att reda ut olika symtom som dyker upp i deras kroppar. Därför bör vi i gemensam dialog ta oss tid att lotsa patienten rätt och därmed öka densens trygghet. •

Särtryck

Läkartidningen

Vad är vetenskapsteori och vad kan medicinska forskare ha för nytta av sådan teori? Den biomedicinska forskningen vilar på en empirisk och positivistisk grund, men den kliniskt verksam läkaren ställs allt oftare inför alternativa teoribildningar främst inom allmänmedicin, samhällsmedicin och psykiatri. I ett försök att orientera om den vetenskapsteoretiska diskussionen publicerade Läkartidningen under 1999 och våren 2000 elva artiklar om olika vetenskapsteoretiska resonemang. Dessa har samlats i ett häfte som kan beställas med kupongen nedan.

Priset är 70 kronor



Vetenskapsteori

Beställer härmed.....ex av "Vetenskapsteori"

.....
namn

.....
adress

.....
postnummer

.....
postadress

Insändes till Läkartidningen
Box 5603
114 86 Stockholm

Faxnummer: 08-20 74 35

www.lakartidningen.se
under särtryck, böcker