

KORTARE SJUKSKRIVNING EFTER HJÄRTINFARKT

Stora vinster med kontinuitet i eftervården

Sjukskrivningstid efter hjärtinfarkt och kranskärlsoperation kan väsentligt reduceras genom förbättrad kontinuitet i eftervården med bl a personlig sjuksköterska under konvalescensen. Samhället kan på så sätt göra stora ekonomiska vinster.

Sjukskrivningsbehovet efter hjärtinfarkt och kranskärlsoperation är ofta svårbedömt. Det finns en utbredd föreställning om risker med fysiska och psykiska stressmoment i arbetslivet, vilket motiverar sjukskrivning efter den akuta vården.

Vår kunskap om i vilken utsträckning dessa stressmoment verkligen utgör risker för plötslig död, ny hjärtinfarkt eller förvärrad ateroskleros i kranskärlen är rudimentär.

Livskris

Hjärtinfarkt upplevs ofta som en livskris av den drabbade och kan utlösa starka reaktioner av överbeskydd hos omgivningen.

Reaktionerna kan ofta vara en följd av att patienten haft en hetsig och uppskruvad livsstil, »typ A-beteende». Arbetet bedöms ofta vara orsaken till denna livsstil. Patienten tillskriver stressmoment i arbetet, som tidspress, stort ansvar m m, en större betydelse än rökning och hereditet för infarktens uppkomst [1].

För många människor utgör arbetet en väsentlig del av livskvaliteten. Man får å andra sidan inte vara främmande för en ambivalent inställning hos vissa

Författare

GÖRAN NILSSON
docent, överläkare

GEN TÖRNBERG
forskningsköterska; båda vid hjärtsektionen, basenhet medicin, Västerås

STEFAN SÖRENSEN
docent, forskningsenheten, Centrallasarettet, Västerås.

patienter, som innerst inne tycker det skulle vara skönt att dra sig ur arbetslivet även om det inte är medicinskt motiverat. Med den pliktmedvetenhet som finns i vårt samhälle inlindas ofta denna inställning i ett svårfångat motstånd mot återgång i arbetet.

Emotionellt stöd

Den eftervård och rehabilitering som bjuds patienten är väsentlig i sammanhanget. Det medicinska stödet med farmakologisk behandling, fysiska träningsprogram, rökavvänjning och kostråd är betydelsefullt. Särdeles viktigt är dock ett psykologiskt emotionellt stöd som ger patienten livsmod och förtroende för sin hälsa. Pessimism har visat sig vara en ogynnsam faktor för arbetsåtergång [1]. Det emotionella stödet fordrar kontinuitet i vården – patienten måste ha någon att hålla sig till.

Erfarenheter från Malmö [2] talar för en förbättrad återgång till arbete med en sjuksköterska som har ett övergripande ansvar för rehabiliteringen. Med detta projekt som förebild beviljades vi av försäkringskassan medel till en sjukskötersketjänst att förstärka rehabiliteringen och om möjligt uppnå en förkortad sjukskrivningstid hos patienter som nyligen genomgått hjärtinfarkt eller kranskärlsoperation.

Varje patient fick en egen sjuksköterska

Projektet utformades så att en av tre sjuksköterskor blev personlig sjuksköterska för varje projektpatient. Hon var lätt tillgänglig för frågor från och rådgivning till patienten. Medicinska problem diskuterades utan dröjsmål med patientens läkare. En av de tre sjuksköterskorna (Gen Törnberg) hade ett övergripande ansvar för projektet och bistod med utvärdering med hjälp av bl a Centrallasarettets forskningsavdelning. Försäkringskassan avdelade en särskild tjänsteman för projektet. På läkarsidan gavs inte något tillskott av resurser från projektet, trots att det fanns betydande svårigheter att ordna tider för återbesök. För projektpatienterna ordnades dock minst ett återbesök hos kardiolog. Vi hade också god hjälp av sjukgymnaster

som ledde den fysiska träningen av patienterna.

Infarktpatienter och kranskärlsopererade

Under projektets första år har en begränsning skett till personer ≤ 60 år som skrivits ut från sjukhusvård för hjärtinfarkt eller kranskärlsoperation utan kombination med klaffkirurgi. Exklusion har skett av vissa patientkategorier (Tabell I). Projektgruppen av patienter inkluderade första året bestod av 41 infarktpatienter, varav 37 förstagångsinfarkter, samt 20 kranskärlsopererade patienter.

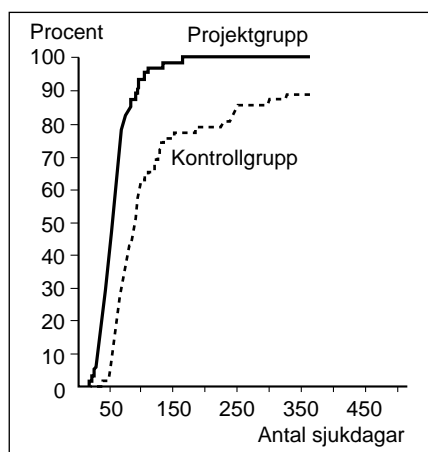
Fördelningen män/kvinnor var 33/8 bland infarktpatienter och 20/0 bland kranskärlsopererade patienter. Medelåldern var 53 år för såväl infarktpatienter som kranskärlsopererade patienter. Tio infarktpatienter och sex kranskärlsopererade patienter var ≤ 50 år, 31 infarktpatienter och 14 kranskärlsopererade var 51–60 år gamla.

»Historisk» kontrollgrupp

Med tanke på de positiva resultaten vad avser sjukskrivningens längd, som tidigare beskrivits av Israelsson och medarbetare [2], bedömdes det som etiskt oacceptabelt att ta ut en randomiserad parallell kontrollgrupp, som undanhölls projektets resurser. En sådan kontrollgrupp skulle enligt dessa resul-

Tabell I. Exklusioner som påverkar projektgruppen med hjärtinfarkt och kranskärlsopererade patienter.

	Hjärtinfarkt	Kranskärlsopererade patienter
Patienter ≤ 60 år	75	28
Exkluderade:		
Förtidspensionerade	14	7
Ej yrkesarbetande sista året	8	1
Ej svensktalande	3	
Bosatta utanför sjukhusets upptagningsområde	6	
Annan allvarlig sjukdom (alkoholism, cerebral insult)	3	
Projektpatienter	41	20



Figur 1. Återgång till arbete i projektgrupp och kontrollgrupp.

tat ju få mindre möjligheter att återgå i arbete. Därför valdes en matchad s k historisk kontrollgrupp med patienter vårdade hos oss året före projektets igångsättning.

För varje projektpatient valdes konsekutivt en matchad kontrollpatient med samma inklusions- och exklusionskriterier som för projektpatienterna. Matchning skedde för kön och ålder på två år när. Sjukskrivningen för kontrollpatienterna för året efter infarkt respektive operation registrerades.

Halverad sjukskrivningstid

Vi har registrerat sjukskrivningstiden för de 61 ovan beskrivna patienterna som inkluderats under projektets första år. Redan efter fyra och en halv månad hade samtliga projektpatienter återgått i arbete medan 54 av 61 kontrollpatienter återgick till arbete under hela första året. Sjukskrivningen för projektpatienter/kontrollpatienter under det första året efter infarkt respektive operation framgår av Tabell II och Figur 1.

Skillnaden i medelsjukskrivningstid mellan de båda patientgrupperna var 77 dagar, 95-procentigt konfidensintervall 50–104 dagar, $P=0,0014$. För hela projektgruppen på 61 patienter motsvarar denna skillnad 13 års total sjukskrivningstid. Sjukskrivningstiden för projektpatienterna mer än halverades jämfört med kontrollpatienterna. Någon allmän minskning av sjukskrivningstiden av sådan storleksordning kan inte noteras vid vår försäkringskassa. Medelantalet årliga sjukskrivningsdagar per försäkrad 60 år eller yngre var sålunda 14,5 dagar år 1992, 13,6 dagar år 1993 och 12,1 dagar år 1994.

Sedan patienterna återgått i arbete förekom deltidssjukskrivning, huvudsakligen till hälften, i såväl kontroll- som projektgrupp. 60 procent av patienterna i projektgruppen och 64 procent i kontrollgruppen var således deltidssjukskrivna under i medeltal 25 respek-

tive 30 dagar, vilket inte innebar någon statistiskt signifikant skillnad.

Arbetsförmågan påverkade inte sjukskrivningstiden

Samtliga projektpatienter utom en patient med hjärtinfarkt genomgick ett arbetsprov cirka en månad efter utskrivningen från sjukhuset. Medeltalet sjukskrivningsdagar för patienter med god respektive ordinär arbetsförmåga vid detta prov ($N=22$) var 63 och för dem med sänkt arbetsförmåga ($N=38$) 62. Den rent fysiska arbetsförmågan påverkade alltså inte sjukskrivningens längd. Vi kunde inte heller notera någon statistiskt signifikant skillnad i antalet sjukskrivningsdagar mellan könen (medeltal män 62,6, kvinnor 60,1; $P=0,23$) respektive mellan personer 51–60 år gamla och yngre patienter (medeltal 64,7 respektive 55,1; $P=0,13$).

Med en genomsnittlig sjukpenning av 328 kronor per dag blir den årliga vinsten 1 258 000 kronor (Tabell III).

Diskutera framtiden

Omgivningens förväntningar är ibland ett hinder för arbetsåtergång. Arbetsgivaren kan t ex uttrycka förvåning över att patienten skall återgå i arbete efter två månader. I ett fall av okomplicerad infarkt förväntade sig arbetsgivaren återgång först efter ett halvår.

Det är viktigt att tidigt ta upp en diskussion med patienten om hans framtida arbetssituation. Det sämsta är att inte göra någon planering under sjukhusvistelsen och att inte under denna ge patienten besked om vad som ungefärligen kan vara rimlig sjukskrivningstid. För patienten sedan ingen personlig läkare eller sjuksköterska som kan ge medicinskt och emotionellt stöd under rehabiliteringsperioden blir resultatet onödigt långa sjukskrivningstider med risk för medicinskt obefogad sjukpension.

digd långa sjukskrivningstider med risk för medicinskt obefogad sjukpension.

Förbättrad rehabilitering – ökad arbetsmotivation

Den troligaste förklaringen till förkortningen av sjukskrivningstiden är förbättrad rehabilitering samt ökad arbetsmotivation möjliggjord av det beskrivna projektet. Utvecklingen av genomsnittlig årlig sjukskrivningstid bland befolkningen i sjukhusets upptagningsområde talar mot att en allmän förändring av praxis för sjukskrivning ligger bakom det goda resultatet.

Projektet innebar en allmänt större uppmärksamhet på frågor om sjukskrivning vid vår avdelning, vilket kan ha bidragit till resultatet. Den viktigaste orsaken torde dock vara att projektmedel möjliggjort en personlig sjuksköterska för varje patient. Motsvarande kontinuitet för läkare och sjukgymnaster är naturligtvis också betydelsefull.

Litteraturen innehåller endast sparsamma uppgifter om sjukskrivningstidens längd hos infarktpatienter. Wiklund och medarbetare har i ett Göteborgsmaterial från 1985 registrerat 16 veckors genomsnittlig sjukskrivning [1], dvs något kortare än den för våra kontrollpatienter. I äldre skandinaviska material noteras sjukskrivningstider på tolv veckor [3] och sex månader [4]. En omfattande litteratur [5–7] finns om faktorer som är sammankopplade med återgång till arbete efter infarkt och kranskärlsoperation. Förutom ålder och infarktens svårighetsgrad framträder lång utbildningstid, god fysisk aktivitet samt en positiv uppfattning om sin hälsa som oberoende prediktorer för arbetsåtergång efter infarkt [6].

Den specialiserade sjuksköterskeinsats som varit grunden för vårt projekt

Tabell II. Sjukskrivningstid i dagar. Medeltal och standarddeviation samt inom parentes variationsvidd. Skillnaden mellan medeltalen är signifikant. $P = 0,0014$.

	Projektpatienter	Kontrollpatienter
Samtliga	62,2 ± 29,5 (16–175)	139,2 ± 102,9 (36–365)
Infarkter	56,9 ± 31,7 (16–175)	145,0 ± 108,8 (36–365)
Kranskärlsopererade	73,1 ± 21,0 (41–121)	127,3 ± 91,0 (53–365)

Tabell III. Ekonomisk vinst på grund av reducerat antal sjukskrivningsdagar. Som sparade sjukskrivningsdagar har räknats skillnaden mellan totala antalet sjukskrivningsdagar i kontrollgrupp respektive projektgrupp. Genomsnittlig daglig sjukpenning i vår försäkringskassa är 328 kr.

<i>Kredit</i>		
Sparade sjukskrivningsdagar med genomsnittlig daglig sjukpenning på 328 kr		1 541 000 kr
<i>Debet</i>		
Sjuksköterskelön	258 000 kr	
Övriga kostnader inkluderande utvärdering	25 000 kr	283 000 kr
Vinst för samhället		1 258 000 kr

kräver stora specialkunskaper. Traditionellt har specialisering av sjuksköterskor accepterats inom vissa utvalda sektorer av sjukvård, t ex barmorska inom förlossningsvården.

Behovet av specialiserat kunnande torde numera vara lika stort inom kardiologin med viktiga sjuksköterskeuppgifter inom intensivvård och rehabilitering. Det är orimligt att denna specialistutbildning till största delen sker internt på klinikerna. En specialistutbildning för hjärtsjuksköterskor bör komma till stånd vid vårdhögskolorna.

Ekonomiskt lönsamt

Det är en stor fördel om vissa sjuksköterskor kan åta sig ett ansvar för en patient under hela rehabiliteringsperioden. Det är också värdefullt om en sjuksköterska kan ta ett övergripande ansvar för en avgränsad sektor inom vården, t ex infarkt-rehabilitering. Det räcker inte med en sjuksköterskeinsats bestående av avgränsade tjänstgöringspass utan långsiktigt engagemang i patienter och vårdprogram.

Sjukvårdens resurser är starkt begränsade, men ett ordentligt rehabiliteringsprogram för patienter efter hjärtinfarkt och kranskärlsoperation är angeläget och blir enligt våra erfarenheter ekonomiskt mycket lönsamt. Den nuvarande uppdelningen av samhällets utgifter för ett sjukdomsfall i en pott för vård och en pott för sjukförsäkringskostnader är mycket diskutabel.

Vår undersökning tyder på att psykosociala aspekter på rehabilitering är viktiga. Hippokrates framhöll betydelsen av naturen för läkning av sjukdom. En utflyttning av rehabilitering från akut-sjukhusmiljön till närbelägna furuskogar eller annan »läkande» natur får vara en avslutande vision.

Referenser

1. Wiklund I, Sanne H, Vedin A, Wilhelmsson C. Determinants of return to work one year after a first myocardial infarction. *Journal of Cardiac Rehabilitation* 1985; 5: 62-72.
2. Israelsson B, Alm C, Håkansson M. Social rehabilitering av kranskärlspatienter. *Läkartidningen* 1993; 90: 4100-2.
3. Stern MJ, Pascale L, McLoone JB. Psychosocial adaptation following an acute myocardial infarction. *Journal of Chronic Disease* 1976; 29: 513-6.
4. Hinohara S. Psychological aspects in rehabilitation of coronary heart disease. *Scand J Rehabil Med* 1970; 2: 53-9.
5. Wenger NK. Rehabilitation of the coronary patient: status 1986. *Prog Cardiovasc Dis* 1986; 29: 181-204.
6. Smith RG, O'Rourke DF. Return to work after a first myocardial infarction. A test of multiple hypotheses. *JAMA* 1988; 259: 1673-7.
7. McGee HM, Graham T, Crowe B, Horgan JH. Return to work following coronary artery bypass surgery or percutaneous transluminal coronary angioplasty. *European Heart Journal* 1993; 14: 623-8.

BETABLOCKAD MOT HJÄRTSVIKT

Nya rapporter visar gynnsamma effekter

Långtidsbehandling med betablockerare vid hjärtsvikt är ett möjligt terapeutiskt alternativ. Det finns anledning att överväga denna behandling i alla stadier av hjärtsvikt. Karvedilol utgör ett tillägg i behandlingsarsenalen, och det återstår att se om karvedilols specifika egenskaper kommer att utveckla hjärtsviktbehandlingen utöver de gynnsamma effekter som andra betablockerare tycks kunna medföra. Dessa frågor kan endast besvaras i randomiserade jämförande studier.

Under den senaste tioårsperioden har stora framsteg nåtts när det gäller behandling av hjärtsvikt. Såväl symptom, sjukdomsprogress som överlevnad har kunnat påverkas genom att behandling med ACE-hämmare introducerats [1].

En skandinavisk undersökning, CONSENSUS I [2], har här kommit att inta en central plats vad gäller denna gynnsamma utveckling. Denna studie, som publicerades 1987, visade att behandling av svår hjärtsvikt med enalapril medförde att överlevnad och symptom förbättrades påtagligt. Flera andra studier har kunnat fastställa betydelsen av ACE-hämmare.

Trots dessa gynnsamma resultat fortsätter dödligheten att vara hög vid hjärtsvikt. En förklaring skulle kunna vara ACE-hämmarnas avsaknad av effekt på ventrikulära arytmier [3]. Beroende på patientmaterial kan den årliga mortaliteten variera mellan 10 och 50 procent. Ytterligare behandlingsmöjligheter behövs därför.

20 års erfarenhet av metoprolol vid IDCM

Betablockerare har sedan de introducerades på 1960-talet varit förknippade med en uppfattning att de kan försämra patienter med hjärtinfarkt. Trots denna uppfattning introducerades metoprolol vid idiopatiskt dilaterad kardiomyopati (IDCM) av oss under 1970-talet [4, 5].

Avsikten var att motverka den ökade adrenerga aktivitet som förelåg vid hjärtsvikt. Sambandet mellan förhöjd sympatikusaktivering och dålig prognos är väl dokumenterat [6, 7]. Kronisk sympatikusaktivering har, förutom negativa effekter på myokardfunktion, också ogynnsamma effekter på kärlkonstriktion och verkar proarytmiskt. Dessa effekter ger underlag för hypotesen att motverkan av kronisk sympatikusaktivering med betablockerare kan förbättra prognosen vid hjärtsvikt.

De gynnsamma effekter av betablockad som har observerats på myokardfunktion efter hjärtinfarkt [8] stöder denna uppfattning. Vi har under 20 års tid dokumenterat värdet av metoprolol vid IDCM [4, 5, 9-11]. Nyligen har också denna indikation godkänts för metoprolol i Finland och Nederländerna. Metoprolol har också givit signifikant gynnsamma effekter på symptomatologi, arbetsförmåga samt myokardfunktion vid ischemisk kardiomyopati [12].

Studier av karvedilols effekter

Karvedilol är en icke-selektiv betablockerare med kärldilatation, som förmedlas via alfa-1-receptorantagonism. Vidare talar djurexperimentella data för att karvedilol även har antioxiderande egenskaper samt antiproliferativa effekter. Nyligen presenterades preliminära data från fyra större randomiserade, placebo-kontrollerade studier utförda i USA på 194 patienter och en numera publicerad studie på 415 patienter genomförd i Australien-Nya Zeeland (ANZ).

Uppföljningstiden i dessa studier var 6-18 månader. De amerikanska studierna var tillsammans avsedda att möjliggöra en analys av överlevnadseffekter.

Författare

KARL SWEDBERG
docent, chefsöverläkare, medicinkliniken, Östra sjukhuset, Göteborg

FINN WAAGSTEIN
docent, överläkare, Wallenberglaboratoriet, Sahlgrenska sjukhuset, Göteborg.