

Om betydelsen av god eftervård

— erfarenheter vid hjärtinfarktmottagningen vid Sahlgreńska sjukhuset i Göteborg

Carl-Gunnar Eriksson

Bodil Tibblin

Lars Wilhelmsen

Susanne Ander-Pečiva

Gösta Tibblin

Utveckling av vårdarbetet kan och bör prövas under kontrollerade former framhåller författarna i denna artikel. Erfarenheterna från hjärtinfarktmottagningen har varit föremål för noggrann analys. En god eftervård ger ett bättre utnyttjande av sjukvårdens resurser, bättre prognos för patienterna och genom utbildningsinsatser en ökad kompetens hos patienterna. En god eftervård är viktig för att ge en kvalitativt högtstående vård efter sjukhusvistelsen.

Gösta Tibblin och Lars Wilhelmsen var läkare och Carl-Gunnar Eriksson, Susanne Ander-Pečiva och Bodil Tibblin var verksamma som psykologer och forskare vid sektionen för preventiv kardiologi, medicinska kliniken I, Sahlgreńska sjukhuset i Göteborg vid studiens genomförande.

Människor som överlever en hjärtinfarkt löper en stor risk att drabbas av en ny hjärtinfarkt. Risken är stor för plötsligt dödsfall och hos många överlevande har bestående funktionsnedsättningar uppkommit. Därför är behovet av systematisk eftervård och rehabilitering stort hos denna patientgrupp (5, 16).

Den kliniska medicinen strävar efter att basera sitt handlande på vetenskap och beprövad erfarenhet. Detta gestaltar sig i kravet på kontrollerade kliniska studier (6). Prövning av läkemedel är ett typexempel där det nya läkemedlet prövas dubbelt blint vid definierade sjukdomstillstånd och jämförs med annat känt läkemedel eller placebo. Jämförel-

sen görs mellan grupper till vilka patienter slumpvis har fördelats. Genom att följa procedurreglerna för de kontrollerade kliniska studierna ökas möjligheterna att dra giltiga erfarenheter från försöket. I denna artikel redovisar vi några resultat från randomiserade kliniska prövningar av två eftervårdsformer — hjärtinfarktmottagning och en traditionell eftervård.

Hjärtinfarktmottagningen

År 1968 påbörjades en verksamhet med vård av alla hjärtinfarktpatienter efter utskrivningen vid en specialmottagning inom sektionen för Preventiv Kardiologi vid Sahlgreńska sjukhuset i Göteborg.

Avsikten med infarktmottagningen var att ge dessa patienter en regelbunden, standardiserad kontroll och behandling efter den akuta vården (7). Verksamheten vid mottagningen har utgjort basen för omfattande forskningsverksamhet med inriktning på att avslöja hjärtinfarktsjukdomens förlopp och naturalhistoria, primära och sekundära riskfaktorer och utveckling av sekundärpreventiva åtgärder.

Programmet har omfattat regelbundna besök hos specialtränade sjuksköterskor efter 8, 20 och 40

Den kliniska medicinen strävar efter att basera sitt handlande på vetenskap och beprövad erfarenhet. Detta gestaltar sig i kravet på kontrollerade kliniska studier

veckor samt hos läkare efter 4, 12, 30 och 52 veckor och 2, 5 och 10 år. Vid dessa besök kontrolleras förloppet, behandlande och förebyggande åtgärder rekommenderas. Värde av en förbättrad eftervård prövades i den första kontrollerade studien 1970–71 (11).

Redan från starten stod det klart att det från patienternas sida förelåg ett stort behov av kunskap om sjukdomens alla sidor. Under de första åren (1968–71) tillfredsställdes behovet genom stormöten några veckor efter utskrivningen. Under 1,5–2 timmar presenterade läkare och övrig personal med hjälp av diabilder hjärtinfarktens naturalhistoria och behandling. Till dessa möten inbjöds även anhöriga. Dessa stormöten var livligt besökta (upp till 100 personer) och omvittnat populära. De upplevdes dock efter någon tid vara alltför otympliga och även tämligen ospecifika vad beträffar kunskapsöverföringen.

Redan tidigt utarbetades broschyrer (2). Strax före utskrivningen besöktes patienterna på avdelningen av den sjuksköterska som förestår hjärtinfarktmottagningen. De fick då information om mottagningens uppläggning. Dessutom fick de broschyrerna "Vad är hjärtinfarkt", "Blodfett, fetma och åderförkalkning" och "Om du skulle sluta röka". Den skriftliga informationens uppgift var att förbereda patienterna för det informationsmöte som hölls 3–4 veckor efter utskrivningen under ledning av en av hjärtinfarktmottagningens läkare. År 1972 ändrades de stora informationsmötena med vanligtvis 20-talet deltagare till gruppmöten med 7–8 patienter. Deltagarna fick berätta om sin hjärtinfarkt. I anslutning till detta presenterades hjärtinfarktens naturalhistoria med gruppens egna upplevelser som illustration. Stor vikt lades på de psykosociala faktorerna, framför allt den livskris som sjukdomen ofta innebär. Ett annat viktigt område är de åtgärder som skall vidtagas, från patienten och hans familj, när komplikationer tillstöter. Ett särskilt möte där dietist tog upp kostfrågan genomfördes regelbundet. I allmänhet deltog även sjuksköterska och psykolog i mötena. För att pröva värdet av utbildningsaktiviteterna genomfördes den andra kontrollerade studien 1972.

Hur värdera verksamheten?

Med tanke på allvarlighetsgraden hos hjärtinfarktsjukdomen är den medicinska uppföljningen självklar, men denna kompletterades med försök att belysa de berörda människornas livskvalitet.

Den medicinska uppföljningen omfattar bl.a. dödlighet, nya infarktutbrott, antal vård dagar slutenvård, sjukskrivning, förtidspension, invaliditetsgrad och mediciner. De livskvalitetsaspekter som inkluderades i den andra studien var grad av familjestörningar, socialt stöd, återhämtning efter sjukdomen, kunskap om sjukdomen, beredskap för nya infarkter, aktiviteter, sjukhus – läkarkontakt och upplevda besvär.

Studierna innebar att en grupp som behandlades vid hjärtinfarktsmottagningen jämfördes med andra patienter som kontrollerats på mindre systematiskt sätt av andra läkare. År 1970 och 1971 användes 30% av infarktgruppen som referensgrupp, medan 1972 varannan utskriven person med hjärtinfarktdiagnos behandlades vid hjärtinfarktmottagningen. Båda grupperna efterundersöktes genom besök på mottagningen efter 1 år i den senare studien.

Eftervården förbättrar prognosen

Under 1970–71 utskrevs 273 män i åldrarna 57–67 år med diagnosen hjärtinfarkt. Av dessa män fick de födda dagar som slutade på 3, 6 och 9 uppföljning av andra läkare (kontrollgruppen) medan resterande kontrollerades vid hjärtinfarktmottagningen. Denna senare grupp deltog i en kontrollerad prövning av kronisk behandling med β -blockerare (15). Dessa patienter fördelades slumpmässigt på aktivt läkemedel eller placebo. Mottagningsgruppen omfattade de placebobehandlade samt hälften av de med kontraindikationer mot β -blockerarbehandling, totalt 96 män medan 85 ingick i kontrollgruppen.

Under en tvåårig uppföljningsperiod inträffade 20

.....

Med tanke på allvarlighetsgraden hos hjärtinfarktsjukdomen är den medicinska uppföljningen självklar, men denna kompletterades med försök att belysa de berörda människornas livskvalitet

.....

Resultaten visar dock att en systematisk eftervård och behandling kan påverka förloppet efter en hjärtinfarkt

nya hjärtinfarkter i mottagningsgruppen medan det i referensgruppen inträffade 35 (Tabell 1). Däremot förelåg ingen signifikant skillnad i dödlighet.

Tabell 1. Två års uppföljning av patienter efter utskrivning med diagnosen hjärtinfarkt.

	IM-gruppen (n=96)	Kontroll- gruppen (=85)	X ² -test
	%	%	
Icke-dödlig ny hjärtinfarkt	11	26	p<0.025
Koronardödlighet	9	15	—
Total dödlighet	13	16	—
Nya hjärtinfarkter	21	41	p<0.005

Prognosen beträffande recidiv visade sig således vara bättre i den grupp som fick eftervård vid hjärtinfarktmottagningen. Skillnaden i resultat mellan de två grupperna kan bara delvis förklaras av en bättre kontroll av riskfaktorerna hos gruppen som behandlats vid hjärtinfarktmottagningen. Resultaten visar dock att en systematisk eftervård och behandling kan påverka förloppet efter en hjärtinfarkt.

En systematisk eftervård och behandling gav uppenbarligen ett bättre utnyttjande av sjukvårdens resurser.

Kontinuitet i vården

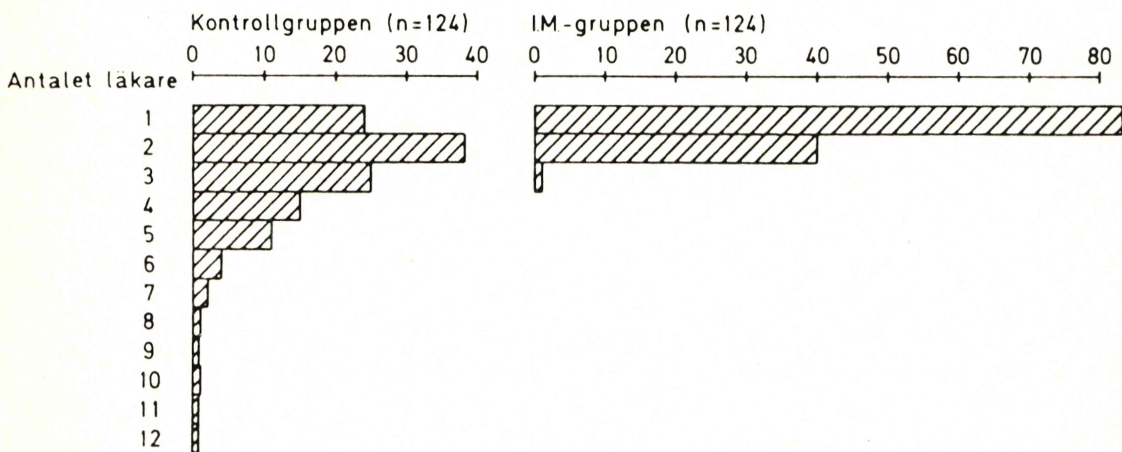
Behovet av att få träffa samma läkare framhålls av många som önskvärt. Det bedöms inte vara så viktigt vid enklare skador eller sjukdomar, men av stor betydelse vid kroniska sjukdomar. Det är därför av intresse att analysera patient-läkarkontinuiteten under eftervården vid hjärtinfarktsjukdom.

Under det första året efter hjärtinfarkten besökte 2/3 av patienterna vid hjärtinfarktmottagningen enbart en läkare jämfört med en femtedel av de som eftervårdades på annat sätt (Figur 1). Ingen i mottagningsgruppen besökte mer än tre läkare medan patienter i kontrollgruppen träffade upp till 12 olika läkare under det första året.

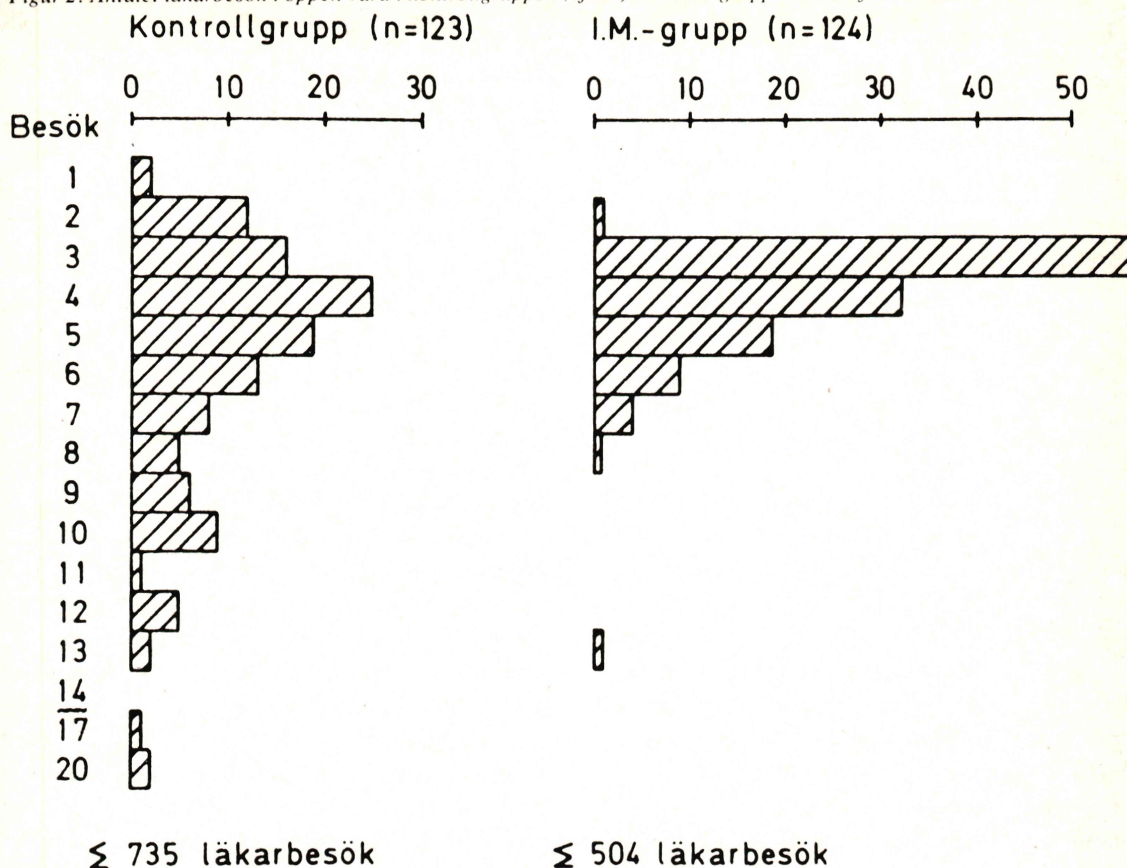
Patienterna vid hjärtinfarktmottagningen gjorde också färre läkarbesök än personerna i kontrollgruppen (Figur 2).

Dessa data härrör ifrån den andra studien och situationen idag kan mycket väl vara bättre. En systematisk eftervård och behandling gav uppenbarligen ett bättre utnyttjande av sjukvårdens resurser.

Figur 1. Antalet olika läkare i öppen vård i kontrollgruppen (ej IM) och i IM under första året.



Figur 2. Antalet läkarbesök i öppen vård i kontrollgruppen (ej IM) och i IM-gruppen under första året.



Patientens upplevelse och kunskap

I samband med den preventiva studien i Göteborg (13) gjordes 1970 en undersökning av medicinska kunskaper hos 54-åriga män (3). Man fann där stora brister i det medicinska kunnandet och drog slutsatsen att det vore värdefullt med förbättrad hälsouppllysning till allmänheten. I synnerhet borde informationen förbättras till patienter, när de är hos läkare eller ligger på sjukhus. Då den preventiva studien främst inriktats på förebyggande av hjärtinfarkt, ställdes ett par frågor om denna sjukdom. Det visade sig bl a att bara 6 av 102 deltagare kunde ge någorlunda god förklaring till vad en hjärtinfarkt är trots att de befann sig i den åldergrupp där risken att få hjärtinfarkt är stor.

I denna artikel redovisar vi en del hitintills opubli-

cerade resultat från ettårsuppföljningen 1973. I denna ingick 260 personer, varav 136 eftervårdades vid infarktmottagningen och 124 följdes upp på traditionellt sätt. IM-gruppen bestod av 114 män och 22 kvinnor, varav 95 män och 21 kvinnor deltog i uppföljningsintervjun. Kontrollgruppen omfattade 107 män och 17 kvinnor, varav 98 män och 16 kvinnor intervjuades. Orsaker till bortfallet vid intervjun var språksvårigheter, att patienten bedömts vid tillfället vara alltför deprimerad eller alltför sjuk för genomförande av intervjun samt vid något enstaka tillfälle vägran att delta.

Med syfte att få information om infarktpatienternas kännedom om och uppfattning om sin sjukdom, dess behandling och efterförlopp ställdes en rad frågor bl a följande:

- Anser ni att ni i samband med er infarkt av läkare fått mycket, viss eller obetydlig information om er sjukdom?
- Vid en hjärtinfarkt är hjärtats egna kärl drabbade
 - på vad sätt?
- Detta leder till en skada i själva hjärtat - på vad sätt?
- Efter hjärtinfarkt brukar ofta rekommenderas förändrade levnadsvanor av olika slag - vad brukar rekommenderas?
- Vilka råd skulle ni vilja ge den som fått hjärtinfarkt?
- Om ni får svår smärta i bröstet när ni sitter stilla och den inte försvinner inom 30 minuter - vad gör ni då?

Resultatet redovisas för kontrollgruppen och patienterna vid infarktmottagningen uppdelade på de som deltagit i informationsmötet (n=69) och de som aldrig deltog i dessa (n=47).

Av *tabell 2* framgår att det fanns en markant skillnad mellan grupperna i fråga om hur mycket information de rapporterade sig ha fått av läkare i samband med sin hjärtinfarkt. De som deltagit i informationsmöte redovisade att de fått mer information än dem vid hjärtinfarktmottagningen, som inte deltagit i dessa möten. Resultaten var oberoende av åldersgrupp med ett undantag, i kontrollgruppens yngsta åldersklass (<52 år) var det vanligare att man tyckt sig få viss eller mycket mer information än i kontrollgruppen för övrigt.

Tabell 2. Hjärtinfarktpatienter. Upplevelsen av om de av läkare fått veta något om sjukdomen.

	IM-grupp med infor- mations- möte (n=69) %	utan infor- mations- möte (n=47) %	Kontroll- grupp (n=114) %
Mycket informa- tion	52	28	10
Viss informa- tion	38	51	28
Ingen informa- tion	4	19	59
Ej svar	6	1	3

Tabell 3. Kunskapspoäng för redovisning av hur hjärtat skadas och kranskärlens roll vid hjärtinfarkt.

	IM-grupp med infor- mations- möte (n=69) %	utan infor- mations- möte (n=47) %	Kontroll- grupp (n=114) %
Poäng			
0	25	47	56
1/2-1	24	25	17
1 1/2-2	22	21	17
2 1/2-3	21	4	8
3 1/2-5	8	2	2

Den faktiska kunskapen prövades bl a genom kunskapsfrågorna om hur hjärtat skadas och kranskärlens roll vid hjärtinfarkt. Av *tabell 3* framgår att hälften av kontrollgruppen och de som inte deltagit i informationsmöten av IM-gruppen inte angav rätt svar på dessa frågor jämfört med en fjärdedel av deltagarna i informationsmötena. Minst hälften av det maximala poängtalet erhöll 29% av informationsmötesdeltagarna jämfört med 6% hos andra i IM-gruppen och 10% av kontrollgruppen. Den ökade informationsverksamheten verkar således ha givit en ökad kunskapsnivå om sjukdomen hos patienterna. Särskilt uttalad var skillnaden mellan de som deltagit i informationsmöte av infarktmottagningsgruppen och kontrollgruppens människor som varken deltagit i möten eller fått mottagningens systematiska eftervård.

Däremot var skillnaderna mycket mindre då det

Tabell 4. Råd om ändrade levnadsvanor efter hjärtinfarkt.

	IM-grupp med infor- mations- möte (n=69) %	utan infor- mations- möte (n=47) %	Kontroll- grupp (n=114) %
Sluta röka	62	64	60
Ändra kost &/ viktreduktion	81	85	63
Motionera	38	36	45
Försiktighet med alkohol	23	11	21

gäller råd om ändrade levnadsvanor efter hjärtinfarkt (Tabell 4). De enda skillnaderna var att kosten betonades mer av patienterna vid infarktmottagningen och motionen något oftare i kontrollgruppen.

Dessutom angavs en mängd mindre specifika råd, som var svåra att kategorisera. Cirka 30 % ur varje grupp angav olika råd om att undvika stress, tex minskade arbetsbördor, undvika jäkt, försöka undvika situationer som ger upphov till nervositet, oro eller brådskas. Det allmänna omdömet att i stort "ta det vackert", att lugna ned hela livstempot, förekom också ofta. Cirka en femtedel framhöll också "försiktighet med fysisk ansträngning". En del av patienterna underströk att tungt fysiskt arbete bör undvikas, medan andra rekommenderade stor försiktighet även vid mer vardagliga situationer, såsom gå i trappor och promenader. Cirka en tiondel underströk förutom dietföreskrifterna att kroppsvikten bör hållas nere.

Omkring 10 % av hjärtinfarktpatienterna framhöll att det var väsentligt att försöka leva som vanligt i så stor utsträckning som möjligt och undvika att alltför mycket fundera över sin sjukdom.

En rad olika svar gavs på frågan om vad de skulle göra vid svår bröstsmärta som inte gått över på 30 minuter dvs stark misstanke om recidiv. Ett försök gjordes att kategorisera de föreslagna åtgärderna efter hur de visade individers benägenhet att snabbt komma under vård eller avvakta i det längsta. I tabell 5 redovisas de tre gruppernas svar som uppvisar stora likheter. Något fler patienter i kontrollgruppen var benägna att åka in direkt vid svår bröstsmärta, medan IM-patienterna oftare skulle ringt. Troligen kan detta vara en effekt av att de senare hade bättre kontakt med sjukhuset via hjärtinfarktmottagningen och hade uppmanats att ringa IM om de hade några problem. Det var något vanligare med låg benägenhet att söka genast hos kontrollgruppen och de som inte deltagit i informationsmöten.

Avslutningsvis

Genom en regelbunden och genomtänkt eftervård av hjärtinfarktpatienter kan prognosen påverkas gynnsamt. I en studie från mottagningen framkom

Tabell 5. Fördelning av hjärtinfarktpatienter på vad de anger att de skulle göra vid svår smärta i bröstet vid stillasittande om den inte försvunnit inom 30 minuter.

	IM-grupp med infor- mations- möte (n=69) %	utan infor- mations- möte (n=47) %	Kontroll- grupp (n=114) %
Åka direkt till akutintaget (ambulans, taxi, bli skjutsad)	62	51	68
Ringa jourläkare. Ringa/åka till IM. Ringa avdelning/ intag på sjukhuset	10	11	3
Besöka läkare. Ringa läkare på sjukhus eller annorstädes. Be anhörig om hjälp.	18	27	15
Avvakta (lägga sig, vänta till nästa dag, ta medicin, dricka kaffe)	9	11	13

det att både icke-dödliga och dödliga recidiv var ungefär dubbelt så vanliga i gruppen som fortsatte att röka än i gruppen som slutade röka efter en hjärtinfarkt (14). I det sekundärpreventiva arbetet är rökavvänjning en viktig uppgift (4). Men utöver det medicinska innehållet har vårdorganisationen och patientutbildningen stor betydelse.

Under den akuta fasen ges en del information och råd till de insjuknade människorna. Dessa är dock ofta blockerade för information (12) genom de känslor och försvarsreaktioner som hjärtinfarkten sätter igång. Många slutar dock att röka pga information under akutskedet. Saklig information och stöd är nödvändigt för återanpassning till arbetsliv och vardagsaktiviteter. Goda erfarenheter finns också av psykisk rådgivning och stöd under eftervården vid hjärtinfarktsjukdomen (1, 9, 10).

I samarbete med Riksförbundet för hjärt- och lungsjuka, RHL, hölls i maj 1974 en anpassningskurs för infarktpatienter på Hindåsgården utanför

Utveckling av vårdorganisationen och omvårdnaden är en naturlig del av strävan att förbättra prognosen vid sjukdom och skador. Förbättrad omvårdnad synes i många fall ha gynnsam inverkan på den sjuka människans tillfrisknad och rehabilitering

Göteborg. Under fyra heldagar samtalade infarkt-mottagningens personal och patienterna om frågor kring sjukdomen. Genom att kursen var av internatsform gavs tillfälle till mycket såväl informell som formell kontakt. Det behövdes flera dagar för att besvara patienternas alla frågor. Utvärderingen av kursen visade att den utfallit utomordentligt bra. Kostnaden för deltagare för hela kursen låg betydligt under vårdkostnaden för en vård dag på medicinska kliniken, Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg. Veteranorganisationer såsom RHL kan bidra i eftervården och ett gott samarbete gagnar både personal och patienter (8).

Utveckling av vårdorganisationen och omvårdnaden är en naturlig del av strävan att förbättra prognosen vid sjukdom och skador. Förbättrad omvårdnad synes i många fall ha gynnsam inverkan på den sjuka människans tillfrisknande och rehabilitering. Vad som behövs är att även dessa åtgärder prövas i kontrollerade studier, så att vårdarbetet kan baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet.

REFERENSER

1. Adsett, C. A., & Bruhn, J. G. Short-term group psychotherapy for post-myocardial infarction patients and their wives. Canadian Medical Association Journal, 99: 577–584, 1968.
2. Ander, S. Hjälpmedel vid utbildning av hypertoni-patienten. I G. Berglund & L. Werkö (red) Omhändertagande av hypertoni/74. Mölndal: Lindgren, 1975, sid 102–107.

3. Ander, S., & Tibblin, G. Människors medicinska kunskaper. Socialmedicinsk tidskrift, 51: 654–660, 1974.
4. Bergstrand, R., Elmfeldt, D., Hjalmarsson, Å., Vedin, J. A., & Wilhelmsen, L. Sekundär prevention efter hjärtinfarkt. Läkartidningen, 75: 2038–2044, 1978.
5. Cay, E., Philip, A. E., & Aitken, C. Psychological aspects of cardiac rehabilitation. Modern trends in psychosomatic medicine, 3: 330–346, 1976.
6. Cochrane, A. L. Effectiveness and efficiency: Random reflections on health services. London: Nuffield Provincial Hospital Institute, 1972.
7. Elmfeldt, D., Wilhelmsen, L., Tibblin, G., Vedin, J. A., Wilhelmsson, C.-E., & Bengtsson, C. A postmyocardial infarction clinic in Göteborg, Sweden. Acta Medica Scandinavica, 197: 497–502, 1975.
8. Eriksson, C.-G. "Veteranerna" behövs. Vigör, nr 5: 19–23, 1980.
9. Naismith, L. D., Robinson, J. F., Shaw, G. B., & McIntyre, M. M. J. Psychological rehabilitation after myocardial infarction. British Medical Journal, 1: 439–446, 1979.
10. Rahe, R. H., O'Neil, T., Hagan, A., & Arthur, R. J. Brief group therapy following myocardial infarction: Eighteen-month follow-up of a controlled trial. International Journal of Psychiatry in Medicine, 6: 349–358, 1976.
11. Vedin, A., Wilhelmsson, C., Tibblin, G., & Wilhelmsen, L. The postinfarction clinic in Göteborg, Sweden. A controlled trial of a therapeutic organization. Acta Medica Scandinavica, 200: 453–456, 1976.
12. White, C. W., Lemon, D. K., & Albanese, M. A. Efficacy of health education efforts in hospitalized patients with serious cardiovascular illness: Can teaching succeed? Patient Counselling and Health Education, 2: 189–196, 1980.
13. Wilhelmsen, L., Tibblin, G., & Werkö, L. A primary preventive study in Gothenburg, Sweden. Preventive Medicine, 1: 153–160, 1972.
14. Wilhelmsson, C., Vedin, J. A., Elmfeldt, D., Tibblin, G., & Wilhelmsen, L. Smoking and myocardial infarction. Lancet, 1: 415–420, 1975.
15. Wilhelmsson, C., Vedin, J. A., Wilhelmsen, L., Tibblin, G., & Werkö, L. Reducation of sudden deaths after myocardial infarction by treatment with alprenolol. Lancet, 2: 1157–1160, 1974.
16. Återanpassning efter hjärtinfarkt. SPRI Rapport, nr 39, 1980.