

Förtidspensionering eller arbete — svåra avvägningsproblem vid hjärtkärlsjukdomar¹

Av docent I. G. Porjé och doktor N. Å. Ekström, Stockholm

Att ge ekonomisk trygghet åt personer som p.g.a. sjukdom icke är i stånd att försörja sig genom arbete, är numera en självklar plikt för varje kultur-nation. Vårt land torde väl äga världens bäst utbyggda pensionssystem. I länder med hög levnads-standard, spelar hjärt- och kärlsjukdomarna en allt större roll som sjukdoms- och dödsorsaker. Vi skall här försöka belysa deras roll som förtidspensions-orsak — vilket samtidigt ger en bild av antalet svårt sjuka i dessa sjukdomar.

Lagen om allmän pensionering, som trädde i kraft 1/1 1963, talar om förtidspensionering p.g.a. sjukdom och som kan ges för all framtid — som dock alltid omprövas — eller om tidsbegränsad förtidspensionering i form av sjukbidrag som kan beviljas för 1, 2 och 3 år. För att erhålla någon form av förtidspension måste arbetsförmågan vara nedsatt i betydande grad och varaktigt. — Med betydande grad menas att den är nedsatt till minst hälften och med varaktigt menas minst 1 år. Prövning av förtidspensionering kan begäras av patienten eller av försäkringskassan — om patienten förväntas bli sjukskriven längre tid än 1 år. Särskilt intresse ägnas patienter som har varit sjukskrivna mer än 90 dagar.

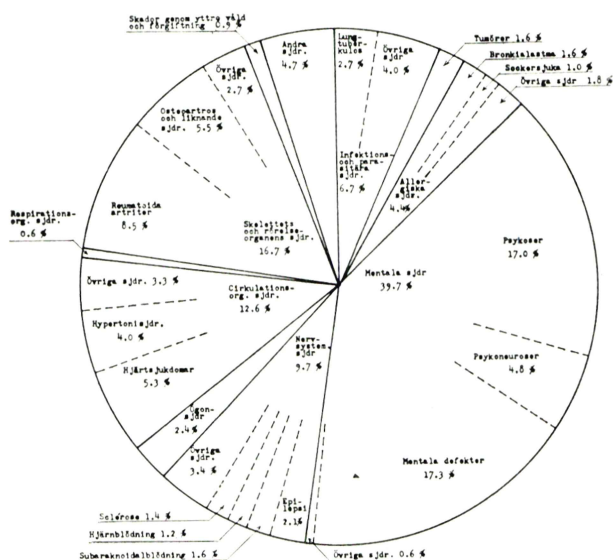
Försäkringskassans ställningstagande grundar sig framförallt på intyget från den behandlande läkaren. Detta intyg bör innehålla ett utlåtande i klara termer av läkaren, varför han anser att patienten är arbetsoförmögen i betydande grad och varaktigt. Intyget bör därför förutom kortfattad anamnes

och status, innehålla alla uppgifter som ger objektiva informationer. Den behandlande läkaren skall också om så är erforderligt, i intyget yttra sig om han anser att arbetsvårdande åtgärder bör ifrågakomma. Om hjärt- och lungtrgt., Ekg och spec. ar-

Kvinnor fördelade efter ålder, antal och per 1 000 av befolkningen i resp. åldersgrupp (‰/100).

Ålder	Antal	‰/100
16—19	1 395	6.1
20—29	3 547	8.0
30—39	6 035	12.1
40—49	10 870	20.5
50—59	23 033	46.5
60—66	27 989	100.5
16—66	72 869	29.4

Procentuell fördelning av invalidpensioner och sjukbidrag efter invaliditetsorsaker januari 1961. Kvinnor.



Figurer 1. Totalt bestånd av invalidpensioner och sjukbidrag januari 1961. Kvinnor.

¹) Från medicinska kliniken VI, (geriatriska kliniken) Södersjukhuset.

Omnämnande i dagspressen av de relaterade fallen undanbedes.

betsfunktionsprov utförts bör resultaten anges. Om intyget ej innehåller tillräckligt med uppgifter, begäres komplettering från den behandlande läkaren. — Patienten kan också om så anses erforderligt, av försäkringskassan, remitteras till sjukhus eller specialist — med begäran om undersökning och utlåtande om patienten är varaktigt arbetsoförmögen. Givetvis bör samråd i olika avseenden ske med den behandlande läkaren. Icke så sällan tar denne initiativet och begär att patienten skall remitteras till sjukhus eller specialist för bedömning om tillräckligt underlag finns för förtidspension.

Riksförsäkringsverket har en statistisk bearbetning över invalidpensioner och sjukbidrag som hör till förhållandena i januari 1961 — sålunda 2 år före den allmänna försäkringens genomförande. Stockholms stads allmänna försäkringskassa kan ge en del färskare upplysningar vad beträffar förhållandena i Stockholms stad.

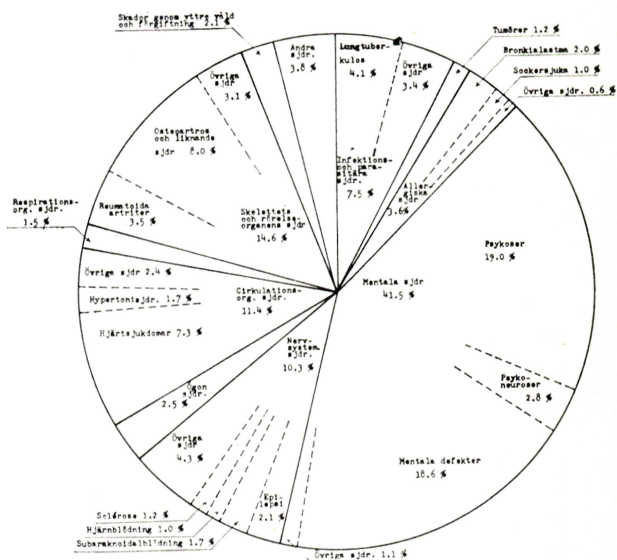
Enligt Riksförsäkringsverkets bearbetning av förhållandena i januari 1961, var totala beståndet invalidpensioner och sjukbidrag i åldrarna 16—66 år, 72.167 män och 72.869 kvinnor. Fördelningen av de olika sjukdomsgrupperna på kön framgår av fig. 1 och 2. Om vi ser på de 4 dominerande somatiska grupperna utgjorde 1. skelettets och rörelseapparatens sjukdomar 14,6 % hos män och 16,7 % hos kvinnor, 2. cirkulationsorganens sjukdomar 11,4 % hos män och 12 % hos kvinnor, 4. infektions- och parasitära sjukdomar 7,5 % hos män och 6,7 % hos kvinnor.

Ser vi litet närmare på grupp 2, cirkulationsorganens sjukdomar finner vi, att av männen inom gruppen 2/3 led av hjärtsjukdom och 1/6 av hypertonisjukdom, hos kvinnor utgjorde hjärtsjukdomar mindre än hälften, med en nästan lika stor grupp

Män fördelade efter ålder. Antal och per 1 000 av befolkningen i resp. åldersgrupp (‰).

Ålder	Antal	‰
16—19	1.855	7.8
20—29	4 261	9.4
30—39	6 696	13.3
40—49	11 056	20.5
50—59	21 092	43.3
60—66	27 207	106.4
16—66	72 167	29.1

Procentuell fördelning av invalidpensioner och sjukbidrag efter invaliditetsorsak januari 1961. Män.



Figurer 2. Totalt bestånd av invalidpensioner och sjukbidrag januari 1961. Män.

hypertonisjukdomar. Om vi ur sektorn för cirkulationsorganens sjukdomar, tar ut det totala antalet arteriosklerotiska och degenerativa sjukdomar, fördelade efter ålder finner vi nedanstående siffror i januari 1961.

Män

Ålder	16—19	20—24	25—29	30—34	35—39	40—44	45—49	50—54	55—59	60—64	65—66	
Antal	1	—	1	5	8	32	92	324	891	2379	1531	
												Totalt 5.264

Kvinnor

Ålder	16—19	20—24	25—29	30—34	35—39	40—44	45—49	50—54	55—59	60—64	65—66	
Antal	2	3	3	3	6	19	69	216	667	1763	1096	
												Totalt 3.847

Nybeviljade invalidpensioner och sjukbidrag inom samma sjukdomsgrupp i åldrarna 16—66 år utgjorde under respektive år:

	Män	Kvinnor
1953	988 (7689)	979 (7420)
1955	1180 (9117)	855 (9818)
1957	1181 (8507)	622 (7191)
1959	1273 (9503)	653 (7370)
1961	1408 (9271)	606 (7000)

Siffrorna inom parentes avser antalet inom alla sjukdomsgrupper.

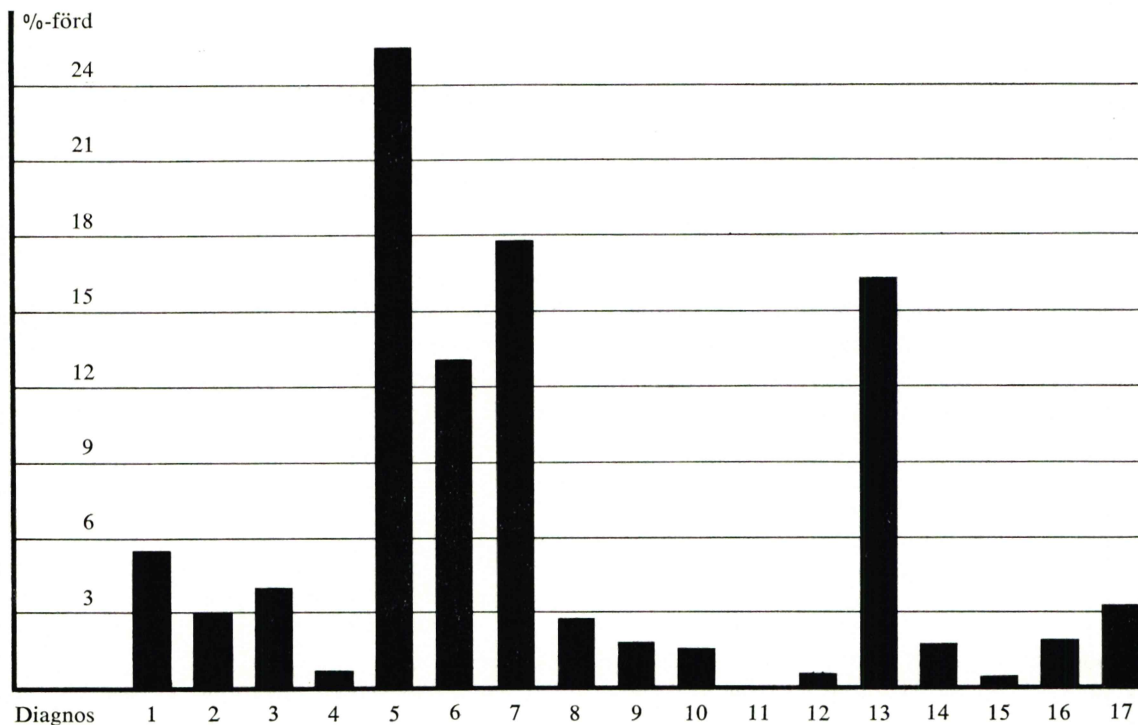
Under åren 1963, 1964 och 1965 räknat i januari, var totala beståndet förtidspensioner (inklusive sjukbidrag) c:a 73.000—75.000 män och ungefär lika många kvinnor. 1963 nybeviljades c:a 23.000 förtidspensioner (inklusive sjukbidrag) och 1964 c:a 34.400 i hela landet.

Förhållandena i Stockholms stad vad beträffar nybeviljade förtidspensioner för åren 1964 och 1965 framgår av nedanstående tabeller. (Se även figur 3).

Antalet förtidspensionsfall åren 1964—1965 fördelade på invalidkoder.

Klassifikation

	1964—1965			
	1964	1965	Antal	%-förd
1. Infektionssjukdomar och parasitära sjukdomar	147	119	266	5,4
2. Tumörer	68	81	149	3,0
3. Allergiska sjukdomar. Endokrina systemets sjukdomar. Ämnesomsättningssjukdomar. Nutritionsrubbningar	94	104	198	4,0
4. Blodbildande organs och blodets sjukdomar	12	22	34	0,7
5. Mentala sjukdomar. Psykoneuroser. Patologiska personlighetstyper	658	606	1.264	25,6
6. Nervsystemets och sinnesorganens sjukdomar	315	336	651	13,2



Figur 3. Diagram per procentuell fördelning på dignosgrupper av antalet förtidspensionsfall åren 1964—1965

7. Cirkulationsorga- nens sjukdomar	467	407	874	17,7
8. Respirationsorganens sjukdomar	79	54	133	2,7
9. Digestionsorganens sjukdomar	47	57	104	2,1
10. Uro-genitalorganens sjukdomar	31	46	77	1,6
11. Havandeskapets, för- lossningens och barn- sängstidens sjuk- domar	1	—	1	—
12. Hudens och underhu- dens sjukdomar	8	14	22	0,4
13. Skelettets och rörelse- organens sjukdomar	413	392	805	16,3
14. Medfödda missbild- ningar	29	63	92	1,9
15. Spädbarnens sjukdo- mar	2	10	12	0,2
16. Symtom, senilitet, ofullständigt precise- rade fall	51	47	98	2,0
17. Skador genom yttre våld och förgiftning	86	74	160	3,2
Summa	2.508	2.432	4.940	100,0

*Fördelning av fallen under punkt 7 cirkulationsorga-
nens sjukdomar*

Reumatisk feber	5
Reumatisk feber utan uppgift om hjärt- sjukdom	2
Reumatisk feber med hjärtsjukdom	3
Kroniska reumatiska hjärtsjukdomar	8
Reumatiska förändringar i mitralisvalv- lerna	2
Reumatiska förändringar i aortavalvlerna	4
Reumatiska förändringar i pulmonalisvalv- lerna	1
Annan reumatisk myokardit	1
Arteriosklerotiska och degenerativa hjärtsjukdomar	466
Arteriosklerotisk hjärt- och kranskärlssjuk- dom	296
Kronisk icke reumatisk endokardit	10
Annan form av hjärtdegeneration	187
Andra hjärtsjukdomar	122
Akut och subakut, icke -reumatisk endo- kardit	1
Akut, icke-reumatisk myokardit	6
Funktionellt hjärtfel	25
Andra eller icke preciserade hjärtsjukdo- mar	82
Icke preciserad hjärtsjukdom (437)	8

Morbi hyperttonici cordis	117
Benign essentiell hyperttonisk hjärtsjukdom	92
Malign essentiell hyperttonisk hjärtsjukdom	9
Hyperttonisk hjärtsjukdom med uppgift om nefroskleros	5
Annan eller icke preciserad hyperttonisk hjärtsjukdom	11
Morbi hyperttonici alii	37
Benign essentiell hyperttoni (ej med hjärt- sjukdom eller nefroskleros)	21
Malign essentiell hyperttoni (ej med hjärt- sjukdom eller nefroskleros)	4
Annan hyperttonisjukdom	9
Annan hyperttonisjukdom (448)	1
Artärsjukdomar	85
Arteriosclerosis universalis, gangreana non indicata	34
Aneurysma aortae non syphiliticum. Ecta- sia aortae non syphilitica	1
Annat artär-aneurysm med undantag för hjärnans, hjärtats och aortas	4
Perifera artärernas sjukdomar	30
Arteriell emboli och trombos	4
Gangraena causa non indicata	1
Andra artärsjukdomar	11
Venernas och andra cirkulationsorganens sjukdomar	34
Phlebeetasia extremitatum inferiorum . .	30
Flebit och tromboflebit i nedre extremitet- terna	1
Flebit och tromboflebit med annan, angi- ven lokalisation (ej i nedre extremiteter- na, durans sinus eller vena portae) . .	1
Embolia acuta pulmonis non obturans (non graviditate sive puerperio)	1
Thrombophlebitis migrans	1
Summa	874

Sjukskrivning och förtidspensionering i olika
former, anser man vara motiverad i följande situa-
tioner:

- sjukdomen eller skadan förhindrar patienten att
förflytta sig till arbetsplatsen. Detta gäller exem-
pelvis frakturer, luxationer och andra skador av
olika slag. Det gäller också sjukdomar och ska-
dor som föranlett intagning av patienten på sjuk-
hus. Det gäller vidare sådana sjukdomar som
kräver sängläge eller annan form av immobili-
sering.
- De sjukliga yttringarna är av sådan art att visst
arbete ej kan utföras. Detta gäller exempelvis
rörelsehämmade p.g.a. förlamningar eller led-

sjukdom, epilepsi och psykiska sjukdomstillstånd.

c. Sjukdomen är smittsam.

d. Sjukdomen påverkas ogynnsamt om patienten återgår till arbete. Sålunda sjukskrives eller förtidspensioneras personer om arbetet kan framkalla eller förvärra symtom. Det gäller till exempel arbeten som hos hjärtsjuka kan ge ökade inkompenstationstecken eller effortangina. Vidare antages att prognosen i olika avseenden kan föräsamras om personerna skulle arbeta.

Här nedan skall några fall beskrivas som belyser problematiken och kraven på intyg. — Slutligen skall ett fall få beskriva en situation, där patienten varit svårt hjärtsjuk och ej begärt eller gjort några anspråk på förtidspension.

Fall nr. 1.

Fallet gäller en byråingenjör född 1913.

Intyget utfärdat av anvisningsläkaren och innehåller följande.

Hjärtinfarkt dec. 1964. Ekg (Malmström, Läkarlab.) 5/2 1965: Status post infarkt. Kvarstående kavitetspotential motsvarande bakre diafragmala väggen. Nytt Ekg 1/6 1965: ungefär samma fynd. Patienten har enbart bestående värk och smärta i hjärttrakten, måste använda nitropreparat och AP med noggranna trombotestkontroller. En skrämmande tendens till hjärtinfarkt föreligger inom patientens syskonkrets. Pat. är nr. 10/10 syskon, 4 systrar, inga hjärtbesvär. *Av de 6 bröderna är 3 döda i hjärtinfarkt (45—56 år), 3 (inkl. patienten) är invalider efter hjärtinfarkt.*

Pat. är stilla, försiktig, lågmäld, alldeles tydligt ständigt tryckt av tanken på sina bröders och sin egen hjärtsjukdom. Hans tidigare synnerligen depressiva stämning har väl lättat något sista månaderna efter sedativa men det försiktiga i rörelserna och den sjukdomskänsla, som han i varje sekund säkerligen har, skiner klart igenom i bilden, viss oro och depression synes konstant föreligga.

Status: Svalg O. Cor: obj. 0. Bltr. 140/80. Pulm 0. Buk 0.

Blod: röda blkr. 4.7 mill., vita blkr. 8.000, trombocytmängd ligger på väg upp mot överkant (T-höjd 1.5 mm), allt via spiral. Snabbsänka 4 mm, hängsänka 4 mm. Kolesterol 345 mg⁰/o (1/6-65).

Man får bedöma detta fall med yttersta försiktighet. Kanske man skulle ge honom (psykoterapeutiska skäl) sjukbidrag under lång tid, 3 år t.v.

Spec. diagnos: Status post. hjärtinfarkt med kvarstående angina pectorisbesvär.

Den undersöktes arbetsförmåga bedömes som nedsatt i betydande grad och bestående t.o.m. 2/1-69. Dock bör pågående behandling givetvis fortsätta.

Sjukbidrag beviljades för 1 år.

Fall nr. 2.

Kvinnlig charkuterist född 1921. Intyget utfärdat av läkare på hjärtpolikliniken, SÖS Stockholm.

Difteri och scarlatina som barn. 1955 cancer uteri. 1958 uterusamputation. Vid flera tillfällen haft gastrit.

Nuv. sjd.: Sedan 1953 hjärtbesvär i form av stickningar i bröstet. 1958 bedömdes hon som misstänkt aortastenos. Sedan slutet av 1960 tryckkänsla över precordiet i samband med ansträngning. Dessa besvär har varit så höggradiga att pat. icke kunnat arbeta utom hemmet. Kan få värk i bröstet även utan någon fysisk ansträngning. Kontroll på hjärtpol. SÖS sedan maj 1961. Har förutom hjärtbesvärerna även periodvis haft besvär av ångest och en tid varit intagen på psyk. klin. SÖS.

Status: A.T. opåverkat i vila. Något deprimerad. Längd 157 cm, vikt 69 kg (juli 1962). Cor: Regelbunden rytm, 70 per min. Kraftigt systol. blåsljud med max över basen. Tydlig andra ton över aortaostiet vilket skulle kunna tyda på att det föreligger en subaortastenos.

Hjärt-röntgen den 6/7 1962: Vätkammarhypertrofi, förkalkningar på platsen för aortaostiet på sidobild. Lungkärnen är något vida centralt, f.ö. u.a. Bröstaorta som förut vidgad i ascendensdelen.

Ekg: Intet säkert patol. utöver vädeviation.

Fonocardiogram: Systol. blåsljud av stenoskaraktär som kan överensstämma med subaortastenos.

Hjärtfunktionsprov: Klarar endast ett mycket lätt arbete och detta sker med betydligt förhöjd syreskuld.

Intagen sept. -61 på hjärtklin. för hjärtkateterisering. 4-13/12 1962 intagen på thoraxklin. Karolinska sjukhuset. Man ville där ej op. f.n. på grund av kalkbildning i aortaklaffarna.

Spec.diagnos: Stenosis valv. aortae. Förträngning av klaffarna och stora kroppspulsådern. Arbetsförmågan bedömes som nedsatt i betydande grad, och kan sannolikt ej höjas genom sjukvård, ortopedisk åtgärd, arbetsvård, el.dyl. Det föreligger dock en viss möjlighet att man i den närmaste 3-årsperioden skall kunna göra ett operativt ingrepp på klaffarna ifråga.

Helt sjukbidrag beviljades för 3 år.

Fall nr. 3.

Fallet gäller en diskerska född 1904. Läkarintyg för allmän pension utfärdat av praktiker innehållande endast följande uppgifter:

Tilltagande and.-besvär.

Anfådd. VOC. Puls 136. Bltr. 225-230/95—100.

Spec. diagnos: VOC + Asthma cardiale + Hypertonia + Tachycardia + Albuminuria.

Den undersöktes arbetsförmåga bedömes som nedsatt i betydande grad.

Nedsättningen bedömes som varaktig.

Arbetsförmågan kan ej höjas genom sjukvård, ortopedisk åtgärd o.s.v.

Dessa kortfattade uppgifter ansågs ej tillfyllest, varför patienten rem. enligt 16:2 till med.pol., S:t Görans sjh. och erhöll därpå ett läkarintyg för allmän pension.

Tidigare sjukdomar: 16 år gammal hade hon "början till ledgångsreumatism". Hjärtat var ej angripet, såvitt pat. känner till. Hon vårdades i hemmet. Högst bltr. konstaterades 1953. Samma år vård. hon på med.pol., S:t Görans sjh. u.d.: Klimakterium. Hypertoni (Bltr.: 210/120). EKG: Incip. coronarinsufficiens (?). Hon har aldrig varit intagen på sjukhus.

Aktuella besvär: Trötthet. Sedan c:a 10 år andfåddhet i backar. Hjärtklappning vid ansträngning samt ibland, ehuru relativt sällan, attackvis i vila.

Sedan c:a 12 år har hon yrselanfall och måste då sätta sig ned för att ej falla omkull, detta även om hon är ute på gatan.

Ur status: Opåverkad. Ej inkomp. Cor: Tachycardi. Systoliskt blåsljud. Bltr.: 180/100. (efter 10 min. vila). Ögonbottnar: "Korsningsfenomen. 0 kaliberväxlingar. 0 blödning eller exsudat".

EKG 15/3 -65: "Sinustachycardi med frekvens 130/min. ST- och T-förändringar, vilket kan vara coronarinsufficiens-myocardaffektionstecken, men digitalismedikationen och den höga frekvensen kan bidra till dessa förändringar".

Rtg. cor et pulm: u.a.

Spec. diagnos: Hypertona arterialis. Coronarinsufficiens (?).

Den undersöktes arbetsförmåga bedöms som nedsatt i betydande grad. Nedsättningen bedömes som varaktig.

Arbetsförmågan kan ej höjas genom sjukvård, ortopedisk åtgärd o.s.v.

Hel förtidspension beviljades.

Fall nr. 4.

Hemmafru född 1931. Utförsäkrad i nov. -62 — sedan åter sjukpenning från jan. -63. P.g.a. den långa sjukskrivningen pensionsprövning i okt. 1964.

Läkarintyg utfärdades av den behandlande läkaren, som ansåg att arbetsförmågan ej var nedsatt i sådan omfattning att förtidspension borde utgå. — Patienten skickades till Serafimerlasarettets med. pol. för specialundersökning — med hänsyn till fallets komplicerade natur — som bekräftade den behandlande läkarens utsago beträffande arbetsförmågan.

1938 upplysts av skolläkaren om hjärtfel. Vid första sjukhusundersökningen 1944 på Sabb.sjh. ställdes diag-

nosen: VOC congenitum. 26/10 -51 valvulotomi enl. Brock för stenosis art. pulmonalis cong. Inga tecken till förbindelse mellan hö och vä hjärthalva. Tryckgradienten över pulmonalis-ostiet som före operationen i vila uppgick till 70 cm H₂O var omedelbart efter op. helt utjämnad. Vid rekateterisering 1954 under graviditet mens. III var trycket i RV = 30 mm Hg, i PA = 15 mm Hg. Graviditeten klarades u.a. På senare år med någon månads intervall arytmia attacker av högst 15 min. duration. Inga andra subj. hjärtbesvär. Periodvis trött, f.ö. inga allmänna symtom.

Normalt byggd helt opåverkad kvinna. Hull och muskulatur ordinära. 0 cyanos. 0 vilodyspnöé. 0 manifesta ödem. 0 utspända halsvenor. Pulm: normalfynd.

Cor: Under flera min. auskultation helt regelbunden rytmt utan E.S. Rena toner utan klyvning eller förstärkning, ingen extraton. Ett strävt systol.biljud hörs över basen PM I₃₋₂ sin. parasternalt, grad III—IV, avtar mot spetsen, saknas över ryggen och femoraliskärlen Bltr. 125/90.

Laborationer: U.a.

Rtg.cor et pulm: Hjärtat har vanlig storlek och form, volymtal 590/380 ml. Art.pulmonalis vä.huvudstam är vidare än vanligt. Inga lungförändringar.

Ekg i vila: Sinusrytm. Bifasisk T i CR₂. Bilden oförändrad sedan 1954. Vid arbetsprov antydde ST-sänkningar av ospec. utseende. Klarar 600 kpm i 2 min. med puls 170.

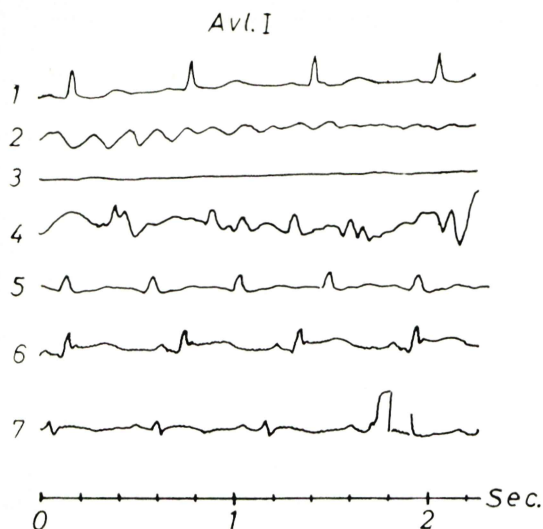
Spec.diagnos: Status post.stenosis arteria pulmonalis congenita op. Den undersöktes arbetsförmåga bedömes som ej nedsatt i sådan omfattning att förtidspension borde utgå. Den undersökte bedömes kunna utföra hushållsarbete, kontorsarbete.

Pensionsdelegerades beslut avslogs, enär ej varaktig nedsättning i arbetsförmågan ansågs föreligga.

Fall nr. 5.

Här skall slutligen ett fall närmare beskrivas — då det enligt vår mening i många avseenden belyser situationen. Det gäller en patient som med lätthet p.g.a. sin sjukdom skulle kunnat erhålla någon form av förtidspension — men som absolut icke önskat avstå från sitt arbete.

49-årig tjänsteman i chefsställning tidigare väsentligen frisk, inga anamnestiska hjärtbesvär, inkommer som jourfall för EKG-kontroll. Natten före inkomsten hade patienten övergående precordiala smärtor med utstrålning i bägge armarna. På väg till arbetet åter övergående besvär av samma typ. EKG på intagningen visade måttliga coronarinsufficienstecken med lätt ST-sänkning i avdelning II och V III (1) (fig. 4). Patienten var helt besvärsfri och insisterade på att lämna sjukhuset, då han samma dags eftermiddag skulle resa på semester. Man ansåg dock böra invänta transaminassvar



Figur 4. Sifferhänvisningar i texten.

— som senare visade sig vara helt normala — innan man släppte patienten.

Cirka 4 timmar efter inkomsten plötslig medvetslöshet utan mätbart tryck eller puls. Sålunda var patienten kliniskt i det närmaste död. Återupplivning enligt konventionell metod med extern hjärtmassage och konstgjord andning med Rubenblåsa och syrgas inledes sannolikt inom 1 minut, 5 mg Aramin gavs intravenöst. EKG togs intermittent (fig. 4) och visade kammarflimmer (2). Man fortsatte behandlingen ytterligare 30 minuter, och då patienten fortfarande inte hade mätbart tryck gavs ytterligare 5 mg Aramin. Fortsatt kammarflimmer. 5 minuter därefter övergång till asystoli med antydda P-vågor (3) under mer än 15 sekunder följt av sinusrytm, som emellanåt slog över i kammarflimmer (4), men efter några minuter stabiliserade sig med en frekvens av 100 per minut (5), välfylld puls och ett systoliskt blodtryck på 120 mm. Patienten återtog regelbunden spontan andning, den ischemiskt marmorade huden på buk och extremiteter återfick normal färg och patienten återfick medvetandet. Då tillståndet syntes stabilisera sig avbröts hjärtmassage och konstgjord andning efter cirka 40 minuter. Strax efter uppvaknandet nausea och kräkningar.

Behandlingen fortsattes med antikoagulantia, Lergigan, Persantin och Oxicon v.b. Fyra timmar efter cirkulationsstilleståndet var GOT 108 enheter, maximalvärde efter 1 dygn på 440 enheter. Standardbikarbonat sjönk från 25 till 21 m/eqv. per liter de 3 första dygnen. Tillförsel av bikarbonat i dropp ansågs icke nödvändigt, kanske patientens kräkningar motverkade en eventuell acidosis.

Den första veckan efter insjuknandet förvirringstill-

stånd med bestående amnesi för de fyra—fem första dagarna, även timmarna före cirkulationsstilleståndet. EKG visade normal utveckling för framväggsinfarkt (6). Efter 2½ vecka fick patienten börja sitta upp i gungstol. Senare i efterförloppet visade patienten tendens till inkomensation och tachycardi, varför han digitaliserades och ställdes på diuretika. Då man i samband med tachycardiattacker 5 veckor efter insjuknandet registrerade galopptrytm, insattes Pronestyl för att förhindra uppkomsten av ett eventuellt kammarflimmer.

Hjärtröntgen efter 7 veckor visade en relativ hjärtstorlek på 550 ml per kvm kroppsyta med en flack utbuktning lateralt på vä.kammare, sannolikt motsvarande platsen för infarceringen samt ökad central kärlteckning. Under vistelsen på kliniken successivt ökande fysisk aktivitet, sista tiden omfattande sammanlagt någon timmes promenad utomhus i lugnt tempo. Patienten utskrevs i tämligen gott a.t. efter 2½ månad med Pronestyl 0,5 g x 3, Dichlotride K 1 x 2, Atarax 1 x 3 samt Cedilanid 0,25 mg x 3 som efter 3 månader utbyttes mot Lanacrist 1½ tabl. dagligen. Efter utskrivningen några veckors vistelse på konvalescenthem. Patienten företog där utan större besvär kortare promenader på sammanlagt någon kilometer per dag och ökade sin fysiska aktivitet successivt.

Fem månader efter insjuknandet intogs patienten för kontroll. Han hade då fransett psykiska besvär — sömnsvårigheter, ångest, oro — känt sig helt besvärsfri och företog dagliga promenader på c:a 20 km. EKG visade fortsatt normalisering (7). Hjärtröntgen visade 440 ml per kvm kroppsyta och minskad lungstas.

Vid kontroll efter 7 månader ytterligare normalisering, framförallt av patientens psykiska besvär. Han fortsatte sina dagliga promenader, nu upp till 35 km dagligen. Efter 7½ månad började patienten arbeta halvtid, minskade i samband härmed ned sina promenader till c:a 10 km varje morgon, vilket han sedan fortsatt med.

Hjärtröntgen efter 12 månader visade en relativ hjärtstorlek på 560 ml per kvm kroppsyta. Inga tecken till stas i lungkretsloppet. Arbetsprov avbröts vid 800 kpm efter 7 min. 45 sek. med en pulsfrekvens på 173 per minut.

Efter 14 månader återgång till heltidsarbete. Förnyad hjärtröntgen efter 18 månader visade status quo. Arbetsprov visade ytterligare något förbättrade värden. Provet avbröts vid 1000 kpm efter 1 min. 34 sekunder, pulsfrekvens 175 per min. Patienten, som tidigare varit ryttare, har åter börjat rida — och anser sig må väl av detta. Efter 22 månader utsattes Pronestyl och Dichlotride K och patienten inställdes på Inderal 20 mg x 3. Patienten är nu sedan 16 månader i full verksamhet i sitt gamla arbete och fortsätter sin fysiska aktivitet regelbundet.

Diskussion

Det är ofta ytterst svårt att bedöma i vilken utsträckning sjukdom nedsätter arbetsförmågan och om denna nedsättning kommer att bli varaktig. Det är ofta också lika svårt att med större exakthet avgöra hur arbetet inverkar på olika sjukdomar och deras prognos. Det industrialiserade samhället med alltmer ökande automation kräver allt mindre fysisk arbetsinsats. Bedömningen av de psykiska påfrestningarnas inverkan på hjärt-och kärlsjukdomar i de enskilda fallen kan vara hart när omöjlig.

Man kan också vända på frågan och ställa den så, kan avkoppling från arbetet t.o.m. försämra symtomen. Patienten har ju fått ett kvitto på att han är invaliderad. Vi vet att patienter som haft en — flera infarkter i många fall fortsätter sitt arbete som vanligt. Vi vet också att patienter med relativt svår hypertoni eller claudicatio intermittens, fortsätter sina arbeten o.s.v.

Om bedömningen av rätt till pension skulle ske i enlighet "med vetenskap och beprövad erfarenhet" så kan man fastslå, att när det gäller hjärt-kärlsjukdomar normerna under de senaste åren påtagligt förändrats. Såväl läkare som patient synes bedöma situationen ljusare än tidigare. Jämfört med tidigare återgår flera patienter till arbete. Arbetsförmågan är ingalunda något exakt begrepp — bedömningen sker ofta efter subjektiva normer. De terapeutiska möjligheterna har ökat och förutom nya effektiva läkemedel, nya operationsmetoder, så ingår olika former av aktivitet såväl fysisk som psykisk som en viktig del av behandlingen.

Gunnar Björck, som har gjort en elegant och intressant analys av ett hjärtinfarktmaterial, påpekar att mellan 80—87 % av patienter som haft akut hjärtinfarkt har kunnat återgå till arbete, varvid 60 % återgick till samma arbete och ungefär 20 % till lättare arbete. En analys av de förtidspensionerades situation skulle vara högst intressant. Det torde icke vara svårt att hitta två personer med likartat arbete och med ungefär samma sjukdomsbild, av vilka den ene är förtidspensionerad och den andre arbetar. Patientens sätt att uppleva sin arbetsmiljö spelar stor roll för uppkomst och värdering av symtom. Om patienten tycker om sitt arbete och att arbeta, så går han till arbete — även om han

efter nuvarande praxis skulle kunna få pension i någon form.

Scarland (1964) redogör för ett material av 212 män under 60 månader med förstagångsinfarkt. 55 % var tillbaka i arbete inom 3 månader, 82 % inom 6 månader. I den återstående gruppen kunde man inte påvisa någon övervikt för mera utbredda infarceringar, däremot syntes psykologiska faktorer spela en viss roll. Författaren finner dessutom inga belägg för att tidig återgång till arbete skulle påverka prognosen på längre sikt.

Problemet kring förtidspensioneringen kommer att ställa stora krav på vår sjukvård. Det kan ifrågasättas om inte speciella kliniker och institutioner måste skapas för att samlad erfarenhet skall kunna erhållas och en mera enhetlig bedömning skall kunna genomföras. En riktad forskning är nödvändig. Den aktuella situationen belyses av ovan beskrivna fall. Man kan jämföra fall 1 med fall 5, sålunda bägge tillstånd efter hjärtinfarkt. De är i ungefär samma ålder och båda har jäktigt kontorsarbete. Den ene, fall 1, tenderar att gå till förtidspension och har f.n. sjukbidrag på 1 år, den andre, fall 5, har intagit en aktiv attityd och genomfört ett rekonkonditioneringsprogram som lett till relativ hälsa och arbetsförmåga.

Man skulle också önska vid bedömningen av pensionsärenden, en ingående analys av arbetsmiljön, icke minst för att få klarhet över patientens inställning till sitt arbete, till sina chefer, sina arbetskamrater och vice versa. Vidare skulle man önska i de enskilda fallen större möjligheter till undersökning under arbete för att erhålla en klarare bild över hur olika arbetsmoment inverkar på sjukdom och symtom.

Sammanfattning

Det medicinska förfarandet vid förtidspensionering behandlas kortfattat jämte huvudprinciperna för försäkringskassans bedömning av enskilda fall.

Riksförsäkringsverkets statistik över antalet invalidpensioner och sjukbidrag 1 januari 1961, uppdelat på sjukdomsgrupper presenteras i sammandrag, vidare Stockholms stads statistik avseende nybeviljade förtidspensioner 1964 och 1965 med detaljerade uppgifter beträffande cirkulationsorga-

nens sjukdomar. Indikationerna för sjukskrivning och förtidspensionering grupperas varvid problematiken vid speciellt vissa fall av hjärt- och kärlsjukdomar berörs.

I samband härmed relateras 5 fallbeskrivningar avsedda att belysa svårigheterna för en enhetlig bedömning ur pensioneringssynpunkt. Avslutningsvis diskuteras förhållandet att bedömningsgrunderna för pensionering vid berörda sjukdomar tenderar att förändras i riktning mot ökad restriktivitet, varvid refereras en engelsk och en svensk undersökning avseende prognosen för återgång i arbete efter genomliden hjärtinfarkt. Önskvärdheten av ökade resurser för bedömning av pensioneringsärenden framhålls.

LITTERATURFÖRTECKNING

1. *Biörck, G. et. al.* Om lönsamheten av återupplivning vid oväntat cirkulationsstillestånd Sv. Läkartidning 61: 3284, 1964.
2. *Biörck, G. et. al.* Rehabilitering av hjärtsjuka Särtryck ur Sv. Läkartidningen 61: 211, 1964.
3. *Biörck, G. et. al.* Rehabilitering av hjärt- och kärlsjuka Särtryck ur Rehabilitering, 1964.

4. *Biörck, G. et. al.* The Return To Work of Patients With Myocardial Infarction J. chron. Dis. 17: 653—657, 1964.
5. *Biörck, G. et. al. and Eva M. Wedelin* The Return to Work of Patients with Myocardial Infarction Acta Medica Scandinavica 175: 215—226, 1964.
6. *Eckstein, K. W.* Effect of exercise and coronary arterial narrowing on coronary collateral circulation. Circulation Res. 5: 230, 1957.
7. *Hedlund, S., I. G. Porjé.* Cirkulationsstörningar hos äldre. Synpunkter på fysiologi och fysisk träning som terapiform. Sv. Läkartidning 61: 2970, 1964.
8. *Lewine, S. A., B. Lown.* "Armchair" treatment of acute coronary thrombosis. J.A.M.A. 148: 1365, 1952.
9. *Porjé, I. G.* Om behovet av geriatrisk forskning och undervisning Sv. Läkartidningen 61: 3145, 1964.
10. *Raab, W.* Metabolic protection and reconditioning of the heart muscle through habitual physical exercise. Ann. Int. Med. 53: 87, 1960.
11. Riksförsäkringsverkets statistik utk. 1966.
12. *Sharland, D. E.* Ability of Men to Return to Work after Cardiac Infarction. Brit. Med. J. 2, 718, 1964.
13. *Surawicz, B. and E. D. Pellegrino.* Sudden Cardiac Death. Grune & Stratton, New York 1964.

A disablement pension or work — assessment problems in persons with cardiovascular disease

By Ass. Prof. I. G. Porjé and Dr. N. Å. Ekström, Södersjukhuset, Stockholm

Summary

It is pointed out that Sweden probably has the most highly developed pensions system in the world. Cardiovascular diseases are occupying an increasingly prominent place in the morbidity and mortality statistics in countries with a high standard of living. The incidence and significance of these diseases as reasons for the granting of disablement pensions in Sweden are discussed.

Any person with a loss of working capacity assessed for one year at least at 50 % or more is entitled to receive a disablement pension because of illness. The assessment is problematic for many reasons. The possibilities for suitable work vary from place to place. Standards with respect to treatment and prognosis change; a greater number of patients than before are now returning to work. The concept, working capa-

city, is variable rather than exact, and is often settled on a subjective basis. Various forms of physical and mental activity now form an important part of the treatment. It is not difficult, today, to find two persons with a similar type of work and approximately the same disease picture, one of whom is living on a disablement pension while the other is still working. A person who enjoys his work will return to it even when according to the present praxis he could receive some form of pension. The difficulties that may arise in achieving consistent assessments are illustrated by the experiences in five different cases. The outlook for a return to work after coronary thrombosis is discussed in the light of the findings in an English and a Swedish investigation.