

# God livskvalitet efter hjärtoperation Bedöms lika av patient och anhörig

**Att behandla kärlkramp med kranskärlskirurgi är etablerat och väl spritt. Frågan hur patienterna mår efter dessa ingrepp har väckt stort intresse, men tillförlitligheten i deras svar möter en del metodologiska problem, t ex bristande objektivitet, tacksamhet gentemot behandlare och placeboeffekter. I denna studie har man gått till väga på ett sätt som ingen tidigare har gjort, dvs undersökt både patientens och makens/makans upplevelse av förändringen i livskvalitet. Samstämmigheten visade sig vara stor vad gäller patientens fysiska funktioner, vilket också är det område som visade de största förbättringarna. Nivån på patienternas livskvalitet var i stort sett densamma som hos en jämförbar normalpopulation ett år efter operation, ett resultat som stämmer överens med vad som visats i tidigare studier.**

Det övergripande syftet med medicinsk behandling är att öka välmåendet, dvs livskvaliteten, hos dem som mottar behandlingen. I synnerhet inom hjärtkirurgi är detta mål viktigt, då symtomreduktion är en framträdande orsak till hjärtoperationer. Livskvalitet är per definition ett subjektivt mått, eftersom man försöker mäta något som en individ upplever. Att på ett objektivt sätt skatta behandlingsmålet blir därför nästan omöjligt. Ett mer objektivt mått kan man få genom att fråga nära anhöriga. Detta har inte tidigare gjorts inom hjärtkirurgi, däremot har ett flertal studier påvisat en livskvalitetsökning när patienten själv lämnat uppgifterna efter operationen [1-9].

Ett flertal instrument har utvecklats för att få fram tillförlitliga, jämförbara och användbara skalor som mäter livskvalitet. Helst skall dessa skalor täcka så många områden som möjligt av det som inbegrips i begreppet livskvalitet,

t ex rörlighet, tillfredsställelse med livet, sömnkvalitet och psykiskt välbefinnande. De flesta av dessa instrument har en speciell inriktning, t ex är Nottingham Health Profile (NHP) inriktat mot hälsorelaterad livskvalitet och validerat i flera länder. NHP har använts i ett flertal studier av hjärtopererade [2, 4].

I begreppet livskvalitet kan det föreliggande skillnader som grundar sig på landets kultur och arv. Det kan även föreliggande skillnader i vad patienter upplever som en förändring i livskvalitet jämfört med uppfattningen hos anhöriga, t ex make/maka, eller hos arbetskamrater.

Nyligen har en svensk grupp tagit fram ett instrument, anpassat till svenska förhållanden och kallat Swedqual, för att mäta hälsorelaterad livskvalitet [10]. Detta instrument är mer omfattande än tex NHP och täcker fler av de områden som kan rymmas i begreppet livskvalitet.

Denna studie avsåg att belysa hur stor livskvalitetsförändringen blev, mätt med Swedqual, efter hjärtkirurgi på grund av kärlkramp. Vi ville även studera om det förelåg en samstämmighet mellan patientens upplevda livskvalitetsförändring och makens/makans uppfattning.

## Material och metoder

I studien inkluderades 83 av de 508 patienter som genomgick kranskärlsoperation för angina pectoris vid thoraxkirurgiska sektionen, hjärt-lungklinik, Universitetssjukhuset MAS, under tiden januari 1996 till februari 1997. Patienterna var hemmahörande i Malmö, opererades elektivt och var svensktalande. Patienter med anamnes på ischemisk eller annan hjärnsjukdom exkluderades eftersom de deltog i en parallellt pågående studie med neuropsykologisk uppföljning.

I samband med att patienterna genomgick neuropsykologisk testning en vecka före operationen, erhöles de Swedqual:s livskvalitetsformulär, som fylldes i och inlämnades anonymt. Detta självskattningsformulär innehåller 61 flervalsfrågor, som utgör grunden för skattningen av patienternas livskvalitet enligt 13 olika skalor:

- Fysisk funktion
- Tillfredsställelse fysisk hälsa
- Rörlighet
- Positiv affekt
- Negativ affekt
- Värk/smärta
- Sömn
- Begränsningar i dagligt liv av fysiska orsaker
- Begränsningar i dagligt liv av psykiska orsaker
- Allmän hälsa
- Tillfredsställelse hemma
- Relation till partner
- Sexuell funktion

Patienterna följdes upp vid ett återbesök två månader efter operationen, då de fick ett nytt Swedqual-formulär att fylla i hemma, för att sedan skicka in detta till sjukhuset.

Efter ett år kontaktades patienterna per telefon. De som inte hade någon make/maka fick ett formulär hemskickat för att fylla i och returnera till sjukhuset. Hos de patienter som hade en

---

## Författare

HENRIK JÖNSSON

ST-läkare, thoraxkirurgiska kliniken, Universitetssjukhuset i Lund; vid tiden för studien vid thoraxkirurgiska sektionen, hjärt-lungklinik, Universitetssjukhuset MAS, Malmö

CECILIA BERGH

leg psykolog, institutionen för psykologi, Lunds universitet

MARIE NIELSEN

leg sjuksköterska, avdelning 2, hjärt-lungklinik, Universitetssjukhuset MAS, Malmö

MARTIN BÄCKSTRÖM

leg psykolog, fil dr, institutionen för psykologi, Lunds universitet

PER JOHNSON

överläkare, med dr, thoraxkirurgiska kliniken, Universitetssjukhuset i Lund; vid tiden för studien vid thoraxkirurgiska sektionen, hjärt-lungklinik, Universitetssjukhuset MAS, Malmö.

make/maka eller sambo gjordes ett hembesök av en sjuksköterska från avdelningen (MN). Hon lät patienten fylla i formuläret i enrum. Samtidigt intervjuades maken/makan med formuläret som stöd. Samma frågor ställdes, men istället för att ange absolut funktion uppmanades maken/makan att uppge patientens förändring jämfört med före operationen. Patienten ställdes t ex inför påståendet: »Jag har känt mig nervös» (med svarsalternativen instämmer helt/instämmer delvis/tar delvis avstånd/tar helt avstånd/kan ej ta ställning), medan maken/makan fick ta ställning till följande ordalydelse: »Han/hon är mer nervös än före operationen» (med svarsalternativen instämmer helt/instämmer delvis/tar delvis avstånd/tar helt avstånd/kan ej ta ställning).

Måttet på hur maken/makan upplevde patientens förändring av operationen utgjordes av en kontinuerlig variabel mellan 0 och 100. Vi ansåg dock att vi inte kunde jämföra dessa värden direkt med skillnaden i patientens egenskattning vid de två tillfällena eftersom vi använt två olika metoder: en skillnad mellan två test och ett absolutvärde från ett annat test. För en jämförelse av patientens skattning och makens/makans skattning användes därför endast riktningen på förändringen. Således jämförs en förbättring/försämring i patientens skattning med en förbättring/försämring i makens/makans skattning. Till gruppen med förbättring räknades även de som inte hade ändrat sin skattning.

Patienternas uppgivna anginograd, före och 12 månader efter operationen, dokumenterades enligt CCS (Canadian Cardiovascular Society's Classification of Angina Pectoris).

### Statistik

Som kontrollvärde användes det förväntade utfallet av en livskvalitetsmätning hos en normalpopulation i fråga om varje skala. Detta beräknades med utgångspunkt i det normalvärde som varje patient skulle ha haft enligt den validering som är gjord för Swedqual. Normalvärdena tog hänsyn till ålder och kön. För jämförelse av medelvärden mellan mättillfällena användes Students t-test för parade observationer. Ett P-värde <0,05 ansågs som statistiskt signifikant.

### Resultat

71 av de 83 patienter som ingick i studien svarade på formuläret vid tvåmånadersuppföljningen. Av dessa kunde 70 följas upp ett år efter operationen, och 48 hade en make/maka som kunde intervjuas. Ingen av patienterna avled under studietiden. Bortfallet berodde på

**Tabell I.** Demografiska data över studiepatienterna, av vilka 67 var män och 16 kvinnor. CCS = Canadian Cardiovascular Society's Classification of Angina Pectoris.

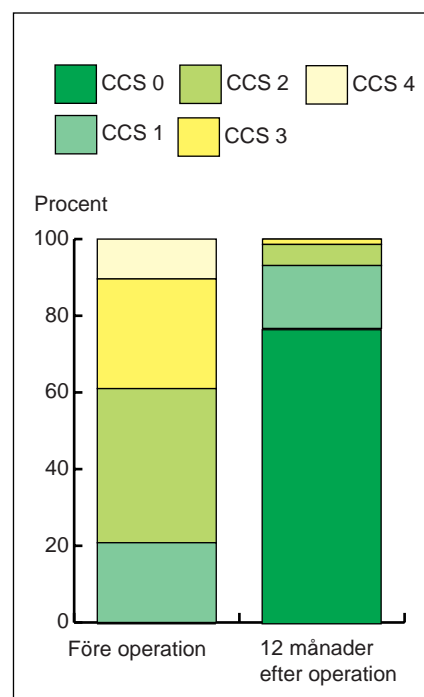
	Medelvärde (variationsvidd)
Ålder, år	63 (45–84)
Perfusionstid, min	73 (32–146)
Angina före, CCS	2,3 (1–4)
Angina efter, CCS	0,32 (0–3)

antingen ovilja att svara eller svårigheter att kontakta patienterna. Patienternas karakteristiska redovisas i Tabell I, och i Figur 1 ses fördelning av angina veckan före operationen och ett år efter operationen.

**Egenskattning av livskvalitet.** En signifikant ökning av livskvaliteten kunde ses vid de bägge undersöknings-tillfällena. Vid tvåmånadersuppföljningen upplevde patienterna en förbättring, i jämförelse med preoperativt, som var statistiskt signifikant i 8 av 13 skalor, närmare bestämt i skalorna fysisk funktion, tillfredsställelse fysisk hälsa, positiv affekt, negativ affekt, värk/smärta, begränsningar i dagligt liv av fysiska orsaker, begränsningar i dagligt liv av psykiska orsaker och allmän hälsa. Ingen försämring sågs i någon skala.

Vid ettårsuppföljningen fanns en signifikant förbättring i alla skalor utom 3: tillfredsställelse hemma, relation till partner och sexuell funktion.

Patienterna ligger under det förväntade medelvärdet i 10 av 13 skalor före operation. Ett år efter operationen ligger patienterna på samma nivå som en normalpopulation i 12 av 13 skalor. Det är bara i skalan sexuell funktion som pa-



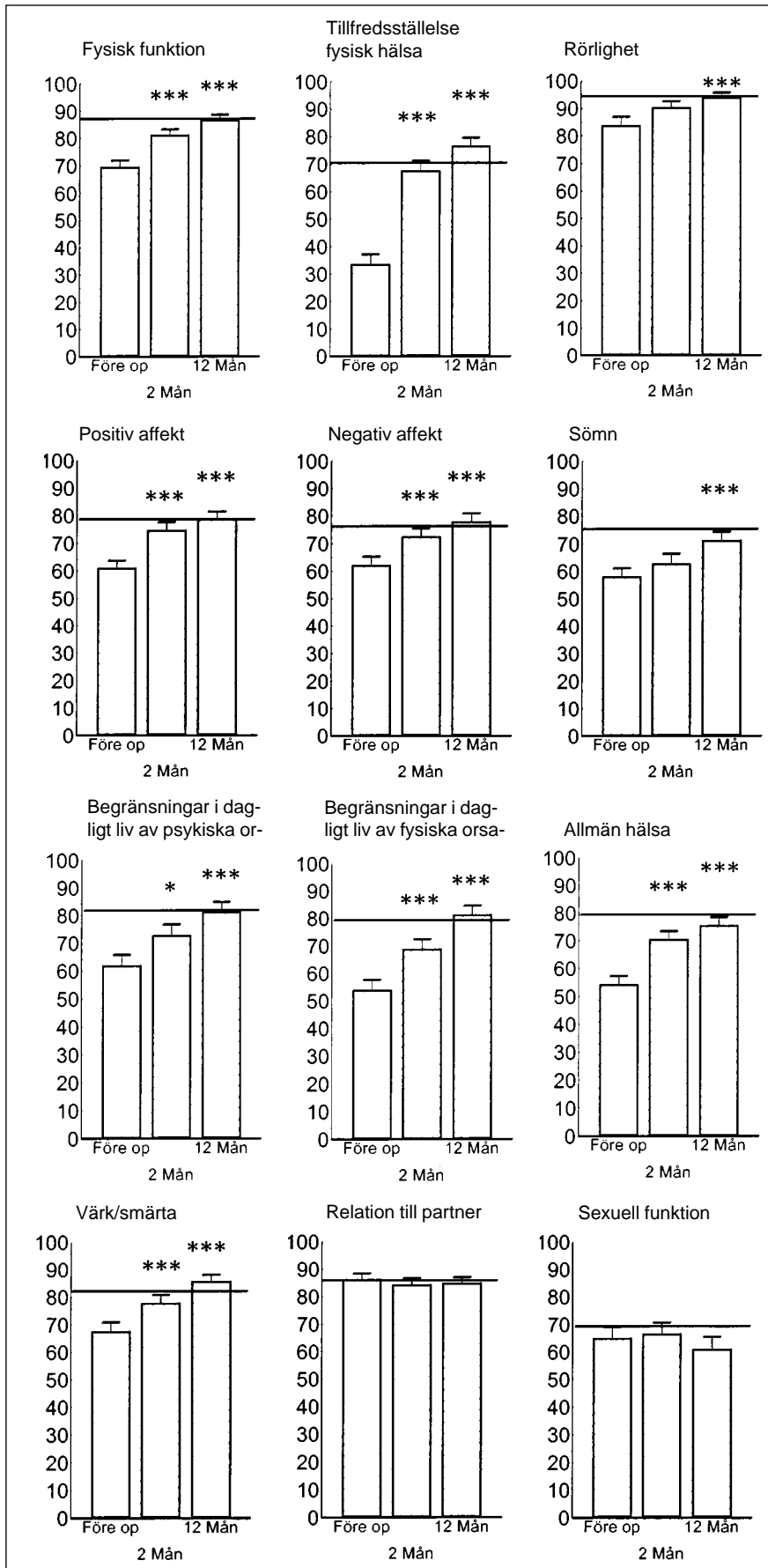
**Figur 1.** Fördelning i olika anginaklasser före och 12 månader efter operationen, enligt CCS (Canadian Cardiovascular Society's Classification of Angina Pectoris).

tienterna upplever en försämring och avviker från normalpopulationen (Figur 2).

**Skattning av maken/makan.** I de skalor som var relaterade till fysisk funktion förelåg en stark samstämmighet mellan patient och make/maka (Tabell II). Den största samstämmigheten, över 90 procent, fanns i skalorna begränsningar i dagligt liv på grund av fysiska orsaker, begränsningar i dagligt liv på grund av psykiska orsaker och rörlighet. Minst samstämmighet (en-

**Tabell II.** Jämförelse mellan patientens och makens/makans skattning av patientens livskvalitetsförändring, ordnade med störst samstämmighet överst. P+ = Patienten upplever en förbättring. P- = Patienten upplever en försämring. M+ = Maken/makan upplever en förbättring. M- = Maken/makan upplever en försämring.

	P+/M+	P-/M-	P+/M-	P-/M+	Överens, procent
Begränsningar i dagligt liv av psykiska orsaker	45	0	0	3	94
Rörlighet	44	0	0	3	94
Begränsningar i dagligt liv av fysiska orsaker	43	1	3	1	92
Värk/smärta	30	1	0	6	84
Allmän hälsa	39	0	1	8	81
Tillfredsställelse fysisk hälsa	37	1	2	8	79
Fysisk funktion	37	0	3	8	77
Negativ affekt	34	1	6	5	76
Tillfredsställelse hemma	36	0	1	11	75
Positiv affekt	31	1	10	5	68
Sexuell funktion	16	12	6	8	67
Relation till partner	26	2	1	19	58
Sömnpromblem	18	0	0	29	38



**Figur 2.** Livskvalitet, mätt med Swedqual, skattad av patienten före, 2 månader och 1 år efter kranskärlskirurgi. Den vågräta linjen representerar förväntade normalvärdet hos en frisk normalpopulation med samma ålders- och könsfördelning. (Skalan för tillfredsställelse hemma är utelämnad, då den inte påvisade några skillnader eller avvek från det förväntade värdet.) Staplarna motsvarar medelvärde med 95-procentigt konfidensintervall för medelvärdet (medelvärde  $\pm$  1,96 SEM [standard error of the mean]). Vid parat t-test mot preoperativa testresultat är \* $=P<0,05$ , \*\*\* $=P<0,005$ .

dast 38 procent) var det i skalan sömnproblem.

Ett annat intressant fynd är att i skalan tillfredsställelse hemma skattade 11 av 48 (23 procent) patienter en försämring medan deras make/maka skattade en förbättring. I skalan relation till partner skattade 19 av 48 (40 procent) patienter en försämring medan maken/makan skattade en förbättring. I skalan sömnproblem skattade 29 av 47 (62 procent) patienter en försämring medan maken/makan skattade en förbättring.

### Kommentarer

Denna studie visar, i likhet med flera andra studier, att kranskärlsoperation ökar livskvaliteten hos patienter med angina pectoris [1-9]. Förutom i den nyligen publicerade SBU-rapporten om bröstsmärta [9] har Swedqual, ett hälsoinriktat livskvalitetsformulär anpassat till svenska förhållanden, inte använts i detta sammanhang. Studien visar att patienterna nå upp till det förväntade resultatet i livskvalitet för en normalpopulation med samma ålders- och könssammansättning. Att en hjärtoperation på detta sätt ger en förbättring av livskvaliteten till en normal nivå har rapporterats tidigare i studier där man använt sig av NHP [4]. Vid en närmare jämförelse får vi resultat i livskvalitetsförändringar i fysiska skalor vid 12-månadersuppföljning som är slående lika de resultat som redovisas i SBU-rapporten vid 21-månadersuppföljning [9].

Vi fann att efter operationen befann sig 16 procent i anginaklass I (CCS), och 77 procent hade inte någon angina alls (CCS 0). Således hade 93 procent ingen angina eller angina bara vid kraftig ansträngning. I en nyligen genomförd studie i Göteborg fann man att 57 procent var helt fria från bröstsmärtor ett år efter operationen [11], och i senaste SBU-rapporten om behandling av bröstsmärtor fann man att 88 procent hade bröstsmärtor färre än tre gånger per vecka [9]. Att vår population klarar sig bättre beror troligen på att vi har selekterat de friskare bland kranskärlspatienterna och på en skillnad i klassifikationen av bröstsmärta. Dessa observationer gör att man kan dra slutsatsen att studiegruppen överensstämmer väl med en frisk normalpopulation ett år efter operationen. Denna uppskattning är utan korrektion för eventuella mätfel orsakade av upprepade svar på samma enkät och tacksamhet gentemot behandlaren. Det sistnämnda har vi dock försökt att kontrollera genom att patienterna fyllt i formulären anonymt och i hemmiljö.

Vi har för första gången även låtit patientens make/maka skatta förändringen i livskvalitet och funnit att denna skattning stämde väl överens med pati-

entens egen. I 12 av 13 skalor var samstämmigheten 50 procent eller mer, medan den var mer än 75 procent i 8 av 13.

De skalor där man ser störst förbättringar hos patienterna är de skalor där man också ser störst samstämmighet mellan patient och make/maka. Där förändringarna är små är överensstämmelsen minst, vilket skulle kunna förklaras just av att förändringarna är små.

En intressant observation är att alla makar/makor upplever en förbättring i skalan sömn, medan 62 procent av patienterna upplever en försämring. Om detta beror på en minskad oro hos maken/makan eller på att sömnproblemen har ändrat karaktär hos patienterna från t ex uppvaknanden på grund av angina till insomningsbesvär går inte att fastslå med denna studie. Trots att en majoritet upplever en försämring av sin sömn stiger gruppens resultat. Detta beror på att de som upplever en förbättring upplever en stor sådan, medan de som upplever en försämring förnimmer endast små skillnader.

Vi drar av denna studie slutsatsen att patientens upplevelse av sin livskvalitet, enligt ett självskattningsformulär, stämmer väl överens med makens/makans uppfattning vad gäller fysiska funktioner efter hjärtkirurgi. I de skalor som berör psykiska funktioner och relationer påvisas inte lika stor samstämmighet.

Hjärtkirurgi har i denna studie visats öka livskvaliteten, som den upplevdes av patienten, till ett för åldern normalt värde. Samstämmigheten med hur maken/makan skattar livskvaliteten var stor, och symtomreduktionen var så god att mer än 90 procent hade inga eller mycket små anginabesvär.

## Referenser

1. Nielsen D, Sellgren J, Ricksten SE. Quality of life after cardiac surgery complicated by multiple organ failure. *Crit Care Med* 1997; 25: 52-7.
2. Chocron S, Etievent JP, Viel JF, Dussaury A, Clement F, Alwan K et al. Prospective study of quality of life before and after open heart operations. *Ann Thorac Surg* 1996; 61: 153-7.
3. Duits AA, Boeke S, Taams MA, Passchier J, Erdman RA. Prediction of quality of life after coronary artery bypass graft surgery: a review and evaluation of multiple, recent studies. *Psychosom Med* 1997; 59: 257-68.
4. Caine N, Harrison SC, Sharples LD, Wallwork J. Prospective study of quality of life before and after coronary artery bypass grafting. *BMJ* 1991; 302: 511-6.
5. Klonoff H, Clark C, Kavanagh-Gray D, Mizgala H, Munro I. Two-year follow-up study of coronary bypass surgery. Psychologic status, employment status, and quality of life. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1989; 97: 78-85.
6. Sjöland H, Caidahl K, Wiklund I, Haglid M, Hartford M, Karlson BW et al. Impact of coronary artery bypass grafting on various

aspects of quality of life. *Eur J Cardiothorac Surg* 1997; 12: 612-9.

7. Speziale G, Bilotta F, Ruvolo G, Fattouch K, Marino B. Return to work and quality of life measurement in coronary artery bypass grafting. *Eur J Cardiothorac Surg* 1996; 10: 852-8.
8. Jaarsma T, Kastermans MC. Recovery and quality of life one year after coronary artery bypass grafting. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 1997; 11: 67-72.
9. Smärtor i bröstet: Operation, ballongvidgning, medicinsk behandling. Stockholm: SBU, 1998. SBU rapport nr 140.
10. Brorsson B, Ifver J, Hays RD. The Swedish health-related quality of life survey (SWED-QUAL). *Qual Life Res* 1993; 2: 33-45.
11. Brandrup-Wognsen G, Berggren H, Caidahl K, Karlsson T, Sjöland H, Herlitz J. Predictors for recurrent chest pain and relationship to myocardial ischaemia during long-term follow-up after coronary artery bypass grafting. *Eur J Cardiothorac Surg* 1997; 12: 304-11.

## Summary

### Good QOL after heart surgery; comparable ratings by patients and their spouses

Henrik Jönsson, Cecilia Bergh, Marie Nielsen, Martin Bäckström, Per Johnsson

*Läkartidningen* 1999; 96: 5233-6.

In a series of 83 patients undergoing coronary artery bypass grafting for angina, perceived QOL (quality of life) was rated by the patients and their spouses, preoperatively and at two and 12 months postoperatively, using the SWED-QUAL instrument. One year after surgery, QOL had improved to a level which might be expected of a normal population comparable in age and gender distribution. Good correlation existed between patient and spouse ratings, especially on physical measures.

*Correspondence:* Dr. Henrik Jönsson, Dept of Cardiothoracic Surgery, Lund University, Universitetssjukhuset, SE-221 85 Lund, Sweden.

E-mail: henrik.jonsson@thorax.lu.se

# TILLVÄXT



# FAKTORER

## Särtryck av en serie i Läkartidningen 1995

Alla kroppens celler reagerar på olika signalämnen i omgivningen, ämnen som styr deras fundamentala livsprocesser.

Dessa ämnen kallas kollektivt tillväxtfaktorer. En serie i Läkartidningen 1995 om dem speglar tendenser i dagens medicinska forskning och pekar på några tillämpningsområden.

Området är i början av en snabb utveckling och många produkter är under utprovning för klinisk användning.

Häftet omfattar 12 artiklar på sammanlagt 56 sidor + färgomslag. Priset är 90 kronor. Vid köp av 11-50 ex 82 kronor, vid högre upplagor 77 kronor/exemplar.

Beställer härmed

..... ex Tillväxtfaktorer

.....  
Namn

.....  
Adress

.....  
Postnummer/Postadress

.....  
Insändes till Läkartidningen,  
Box 5603, 114 86 Stockholm

Märk gärna kuvertet  
» Tillväxtfaktorer »

Telefax: 08-20 76 19