

Det här verket har digitaliserats vid Göteborgs universitetsbibliotek.
Alla tryckta texter är OCR-tolkade till maskinläsbar text. Det betyder att du kan söka och kopiera texten från dokumentet. Vissa äldre dokument med dåligt tryck kan vara svåra att OCR-tolka korrekt vilket medför att den OCR-tolkade texten kan innehålla fel och därför bör man visuellt jämföra med verkets bilder för att avgöra vad som är riktigt.

This work has been digitised at Gothenburg University Library.
All printed texts have been OCR-processed and converted to machine readable text.
This means that you can search and copy text from the document. Some early printed books are hard to OCR-process correctly and the text may contain errors, so one should always visually compare it with the images to determine what is correct.



2
25

Status

1
1986



Organ för Riksförbundet för hjärt- och lungsjuka




Tema: Forskning



TORRT SOM I ÖKNEN?

Varje år är det samma visa.
Under hösten och vintern är luften för torr. Det drabbar oss alla.
Svalg och slemhinnor blir lätt irriterade.
Med uttorkade luftvägar har vi ett sämre skydd mot förkylningar, virus m m.
På så sätt förlorar vi många viktiga arbetstimmar.
Nu är det dags att göra något åt detta problem.
Skicka in kupongen till oss så tar vi kontakt med Dig.
Vi är specialister på luftbefuktning.

Defensor Luftfuktare

Ja, jag vill gärna veta mer om hur man får rätt luftfuktighet. 

Namn _____ Företag _____

Adress _____

Postadress _____ Telefon _____

Till: SELEKO AB, Box 143, 13701 VÄSTERHANINGE

Organ för Riksförbundet
för hjärt- och lungsjuka

Januari 1986
Årgång 49

Ansvarig utgivare:
Bo Månsson

Redaktör: Gunilla Lockne

Förbundskansli:
Hornsbruksgatan 28
Postadress: Box 9090
10272 Stockholm
Telefon: 08-690960
Postgiro: 900011-8

Tryckeri:
Kringel-Offset, Södertälje

Prenumerationspris:
Helår 65:-

Produktionsplan 1986

Nr	Manus- stopp	Annon- stopp	Distri- bution
2	10 jan	10 jan	20 febr
3	10 febr	10 febr	20 mars
4	10 mars	10 mars	20 april

Annon priser:

Omslaget, 1/1-sida	5000 kr
1/1-sida	4500 kr
1/2-sida	2300 kr

Upplysningar om priset för
mindre format lämnas av
redaktionen

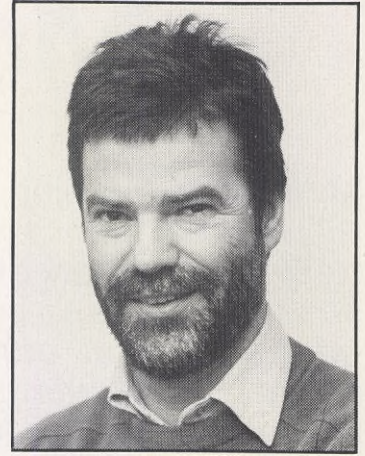
Omslagsfoto:

Motion för hjärtsjuka i grupp.

Foto: Johnny Zaar

TS-kontrollerad upplaga

Förbundssekreterare
Bo Månsson:



Investigare necesse est

"Att forska är nödvändigt" för att nu göra en lätt travestering på uttrycket *"Att segla är nödvändigt"*. För hjärt-, kärl- och lungsjuka har forskningen av hög kvalitet alltid varit, är och kommer alltid att vara livsnödvändig, oavsett det nu gäller ren grundforskning, tillämpad forskning eller rent utvecklingsarbete, där forskningsresultaten görs praktiskt användbara. Jag behöver bara nämna PAS, betablockerare och by-passoperationer för att de allra flesta skall förstå vad jag menar.

Att forska kräver ekonomiska resurser, i princip obegränsade, eftersom behovet av forskningen är outtömligt. Men då samhällets samlade resurser i detta avseende är starkt begränsade, måste en prioritering ske mellan de olika forskningsbehoven. Staten har här ett stort ansvar att styra resurser till de områden, som har det största behovet av forskningsinsatser. Hälso- och sjukvården är ett sådant område. Landstingen måste öka sina ekonomiska insatser till forskningen inom sitt ansvarsområde – främst planering och utveckling av hälso- och sjukvård – men också till ren medicinsk forskning. Primärkommunerna måste i än högre grad ta sitt ansvar för att initiera forskning inom socialtjänstens område och tillsammans med landstingen inom de områden där de har beröringspunkter t ex social hemtjänst och hemsjukvård. Läkemedelsindustrin har också ett stort ansvar så att deras utvecklingsarbete styrs dit där de största behoven finns. Ideella organisationer inklusive handikapprörelsen måste i större utsträckning diskutera på vilka forskningsprojekt de skall satsa sina resurser. De borde bli mer aktiva, när det gäller att skapa och styra egna projekt inom, för dem, angelägna forskningsområden.

Att forska kräver också personella resurser. Det behövs kunniga och engagerade forskare med integritet och frihet. Det behövs fler forskare som har gedigna handikappkunskaper och fler handikappade som ägnar sig åt forskning. Det är nödvändigt för en bra forskning inom handikappområdet att kommunikationerna mellan forskare och handikappade förbättras, så att vi på ett bättre sätt kan förklara för forskarna vad det är för områden – problem – som vi vill ha forskning omkring. Vi måste lära oss att bättre förstå varandras språk. Forskningen kräver också frivilliga personer till kliniska undersökningar. En viktig förutsättning är dock att dessa personer erhåller en adekvat information om det forskningsförsök de erbjuds delta i.

Att forska är således en förutsättning för utvecklingen av vårt samhälle, så *"Investigare necesse est . . ."*

Motionera och må

Med fysisk träning kan människor som opererats i kranskärnen, sk bypassopererade, få bättre arbetsförmåga och få normalare blodfettsvärden, vilket i sin tur leder till bättre livskvalitet, säger leg. läkare Bo Ågren, rehabiliteringskliniken, Orups sjukhus i Skåne. Han har fått forskningsbidrag från RHL för att utvärdera effekterna av fysisk träning efter kranskärlsoperation.

Sedan drygt två år tillbaka har människor i Lund- och Malmöregionen erbjudits undersökningar och poliklinisk träning efter genomgången kranskärlsoperation. De har tränat på motionscykel tre gånger i veckan en timme per gång, under tre månaders tid och under sjukgymnasts ledning. Träningen har startat sex veckor efter operationen. Under träningsperioden har man inte försökt påverka deras kostvanor med kostråd. Men

om blodfettvärdena fortfarande är förhöjda efter träningsperiodens slut så har en dietist kopplats in.

För att kunna jämföra resultatet av träningen så har man haft en kontrollgrupp med kranskärlsopererade som inte tränats, men som genomgått blodfettkontroller, kostanalyser och arbetsprov före och efter operationen. Träningsgruppen har bestått av nitton män i arbetsför ålder (53 ± 9 år) som opererats i kranskärlen för första gången och som inte haft några ämnesomsättningsrubbnings. Kontrollgruppen har bestått av tjugoen män med motsvarande ålder och fysiska status.

Halvårsuppföljning

– Den första uppföljningen gjorde vi sex månader efter operationen, och det visade sig då att 15 procent fler var i arbete i träningsgruppen än i kontrollgruppen. Men även i kontrollgruppen var många (två tredjedelar) tillbaka i arbete sex månader efter kranskärlsoperationen, berättar Bo Ågren, som lett undersökningen i Lund.

– Vi har särskilt intresserat oss för patienternas blodfett-rubbnings, som vi vet är en riskfaktor för hjärt- och kärlsjukdomar. Om patienterna har förhöjda blodfettvärden och även är rökare och har högt blodtryck – två

andra riskfaktorer för hjärt- och kärlsjukdomar – så finns det alla skäl att vidtaga förebyggande åtgärder.

Typer av kolesterol

Det kolesterol (kolesterol = byggestenar för bla kroppens celler) som finns i blodet, består dels av VLDL-kolesterol (very low density lipoproteins), LDL (low density lipoproteins) och HDL (high density lipoproteins). Det är framför allt det LDL-burna kolesterolet som är farligt, dvs bidrar till åderförkalkning. HDL-molekylerna är också kolesterolrika, men anses motverka åderförkalkning. Det beror på att HDL-kolesterolet tycks hindra att alltför mycket LDL-kolesterol transporteras in i cellerna bla i kärlväggen, och även bidrar till att överskottskolesterol transporteras från perifera vävnader till levern för vidare nedbrytning.

Höga triglyceridhalter (energifett-halter) i VLDL-partiklarna anses även av många vara en fristående riskfaktor för hjärt- och kärlsjukdomar. Om den totala halten kolesterol i blodet är hög så bör man försöka lägga om kosten. Man kan också försöka öka det goda kolesterolet i blodet, HDL-nivån.

Människor som är fysiskt aktiva har högre halter HDL-kolesterol än fysiskt passiva människor.



Cirka sex veckor efter operationen får patienten göra ett arbetsprov så att man kan få ett mått på den fysiska förmågan.

Effekter av fysisk träning på lipoprotein, dvs blodfettomsättningen

- Triglyceridhalten (~VLDL) sjunker
- Det "goda kolesterolet" – (HDL) stiger
- Det "onda kolesterolet" – (LDL) kan sjunka

SLUTSATS

Träning påverkar blodfetterna gynnsamt så att åderförkalkningsprocessen minskar.

bättre efter operation

Dålig ork

– Människor som väntar på en kranskärlsoperation har klart nedsatt arbetsförmåga och förhöjda blodfettvärden. Vi har därför satt in träning efter operationen för att se om vi kan öka arbetsförmågan och minska blodfettförhöjningen, förklarar Bo Ågren.

Före operationen hade patienterna svårt att orka gå i trappor, klara tyngre arbete i hemmet/trädgården och att cykla. Den sträcka de orkade gå var mindre än en kilometer, många av dem orkade mindre än en halv kilometer.

Redan sex veckor efter operationen hade deras förmåga förbättrats och de klarade att gå mer än två kilometer. Den grupp som tränade förbättrade sin arbetsförmåga 38 procent under tremånadersperioden. Motsvarande förbättring i kontrollgruppen, som inte tränade, var 20 procent.

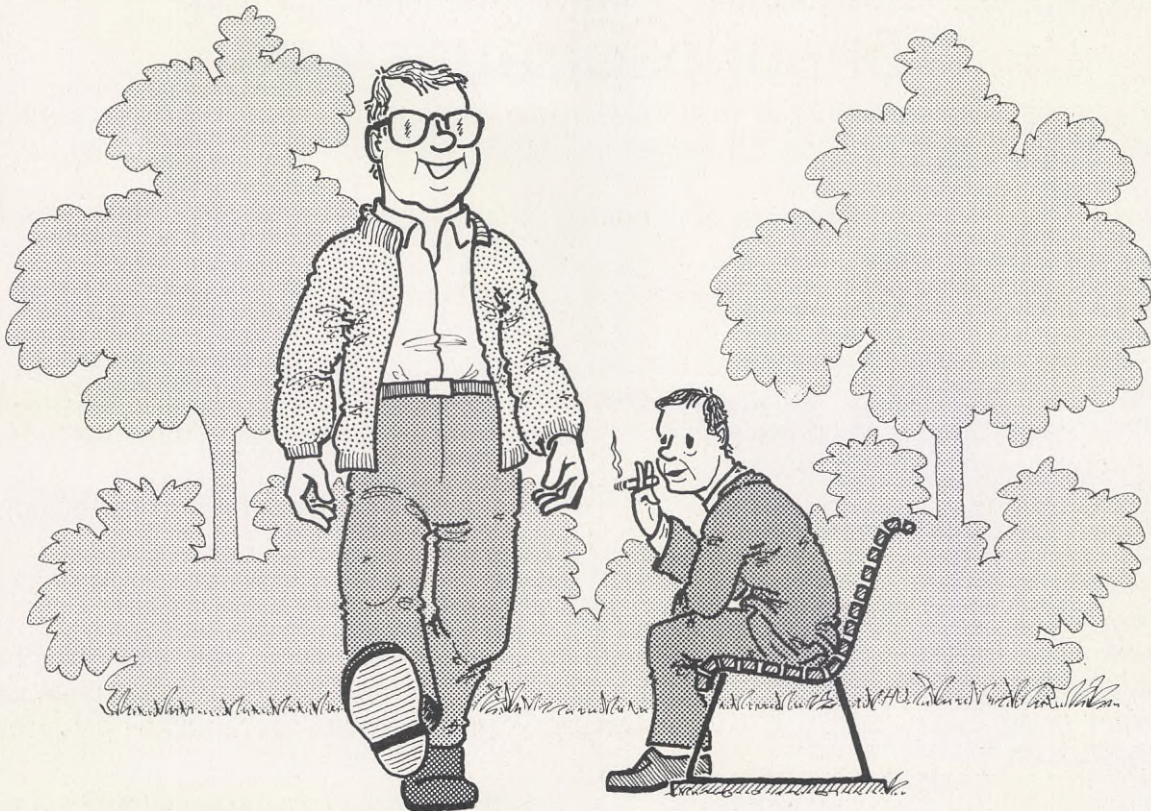
Forts sid 6

De tre starkaste fristående "riskfaktorerna" för dödliga komplikationer i hjärt-kärlsjukdom, vanligen akut hjärtinfarkt

- Rökning
- Högt blodtryck
- Förhöjda kolesterolvärden

Ytterligare några "riskfaktorer"

- Höga triglyceridhalter i VLDL-partiklarna
- Fysisk inaktivitet med eller utan kraftig övervikt



Om man deltagit i regelbunden träning i grupp efter operationen är det lättare att sedan fortsätta motionera på egen hand.

Påverkan på blodfettet

Delar man upp totalkolesterolet i blodfettfraktionerna HDL-kolesterol, det sk goda kolesterolet, och LDL-kolesterol, det sk skadliga kolesterolet, så finner man en störd blodfett sammansättning hos samtliga patienter före operationen. Halterna av det skadliga kolesterolet ligger för högt i förhållande till det goda kolesterolet.

Efter operationen och den tre månader långa träningsperioden ökar det goda kolesterolet i träningsgruppen med 24 procent och i kontrollgruppen med 13 procent. I fråga om det skadliga kolesterolet skedde inga märkbara förändringar.

På kardiologkliniken i Lund har man visat att hos friska rökare som slutar röka så inträder en positiv effekt på blodfetterna så att det goda kolesterolet, HDL-kolesterolet, förhöjs eller normaliseras.

Klar förbättring

Av alla kranskärlsopererade blir 90 procent mer smärtfria och 70 procent blir helt smärtfria. Det vet man från uppföljningar som gjorts fem år efter operationen.

– Min studie i Lund visar att patienternas arbetsförmåga redan ett halvår efter operationen hade förbättrats

med 40 procent och blodfettvärdena hade också förbättrats något, säger Bo Ägren.

– Träningsprogrammet tre gånger i veckan under tre månader ledde till ytterligare 20 procents förbättring av arbetsförmågan. Det var också fler tränade än otränade som återgick i arbete efter operationen.

Börja före operationen

– Om man är fysiskt inaktiv och länge sjukskriven före och efter operationen, så är det svårare att komma igång sedan, det är min erfarenhet.

– Rehabiliteringen bör sättas igång redan före operationen. Sjukgymnast skall börja med andningsgymnastik och annat för att förbereda patienten för operationen.

– Inte minst viktigt är det att patienten blir ordentligt informerad om vad som skall ske och hur han eller hon kan förbättra sin kondition efteråt.

– Om patienten inte kommit igång sex veckor efter operationen så anser jag att extra rehabiliteringsåtgärder bör sättas in.

– Det bör då göras ett arbetsprov på patienten efter ungefär sex veckor, så att man får ett mått på patientens arbetsförmåga. För patienten själv har det också en psykologisk betydelse

att känna till den maximala arbetsförmågan.

– På många av våra sjukhus förekommer en tidig poliklinisk träningsverksamhet av den typ som vi haft i Lund för kranskärlsopererade. Men jag hoppas vi får se en sådan resurs på samtliga sjukhus inom en inte alltför avlägsen framtid.

– Det viktigaste när en erfaren och intresserad sjukgymnast eller sköterska lägger upp ett avgränsat träningsprogram är, att hon eller han är engagerad och har ett lustmoment med i det hela. Avsikten är ju att aktiveringen på sikt skall leda till att patienten kan träna på egen hand.

– Det träningsprogram med motionscykel som vi har kan verka lite enformigt men syftet har varit att vi skall veta vad som tränats och på vilket sätt för att kunna mäta effekten av träningen.

– Det är viktigt att den som leder träningen har stöd av en intresserad läkare som lärt känna patienterna och som kan rådfrågas, framför allt i början av träningsperioden.

– Trots att träningen varit intensiv och enformig så har den givit en positiv eftersmak för patienterna. Det har vi fått bekräftat vid vår uppföljning ett år efteråt.

Text: Gunilla Lockne

Teckningar: Hans Nilsson

Riksförbundet för hjärt- och lungsjuka (RHL) som är en intresseorganisation för landets hjärt- och lungsjuka, med 25 000 medlemmar och 140 föreningar söker

FÖRBUNDSOMBUDSMAN

För denna tjänst krävs erfarenhet av folkrörelsearbete gärna kombinerad med kunskap om hur kommuner och landsting fungerar. Erfarenhet från hälso- och sjukvården räknas också som en merit.

Vi behöver en utåtriktad medarbetare, som har lätt att samarbeta och få andra människor engagerade i de frågor vi driver.

Arbetet innebär ett antal resor inom Sverige och är också förenat med tjänstgöring vissa veckoslut.

Dina arbetsuppgifter blir i första hand att besöka våra föreningar, stödja deras verksamhet, se till att nya föreningar bildas och att ställa upp i olika sammanhang för våra lokalföreningar. Arbetet innebär också en del utredningsarbete, kontakter med sjukvårdspersonal samt deltagande i kurser och konferenser som riksförbundet anordnar.

Vi tror att Du har god utbildning och har arbetat några år med liknande arbetsuppgifter inom någon annan organisation.

Vi kan erbjuda ett mycket omväxlande och stimulerande arbete i en handikapporganisation där den personliga insatsen värdesätts högt. Lön efter överenskommelse.

Tjänsten skall tillträdas under våren 1986. För ytterligare upplysningar var god ring kanslichef Bo Månsson eller bitr. kanslichef Bengt Dahlström. När det gäller fackliga frågor står HTF-klubbens ordförande Gunilla Lockne till tjänst. Vi vill ha Din ansökan med sedvanliga ansökningshandlingar senast 1986-01-31.

Riksförbundet för Hjärt- och Lungsjuka
Box 9090, 102 72 Stockholm

Besöksadress: Hornsbruksgatan 28, 1 tr
Telefon 08/69 09 60

Hjärta och livsstil

Psykologin måste få större plats inom hälso- och sjukvården, anser professorn i klinisk fysiologi Gunnar Ström och psykolog Gunilla Frykholm vid Uppsala universitet. De samarbetar i forskningsprojektet Hjärta och livsstil, där man med psykologisk behandling försöker förstå människor som haft hjärtinfarkt och som har typ A-beteende att ändra livsstil.

Status har tidigare berättat om projektet i nummer 5/84.

– Psykologiska mekanismer har betydelse för folkhälsan på många sätt. Såväl för uppkomsten av sjukdomar och deras förlopp som för eftervården, förklarar professor Gunnar Ström, som är en av de ansvariga för forskningsprojektet Hjärta och livsstil.

– Hittills har psykologer nästan inte alls deltagit i den medicinska behandlingen och eftervården. Från de medicinska företrädarna har det också funnits viss skepsis mot psykologin som vetenskap, sannolikt beroende på att många psykologer huvudsakligen ägnat sig åt teoretiska eller djurexperimentella undersökningar.

– Numera är psykologer på ett helt annat sätt beredda att medverka i hälso- och sjukvården och den medicinska behandlingen och ta sitt ansvar där.

Risker för infarkt

– Ett visst beteende kan göra att man lättare drabbas av vissa sjukdomar eller får mindre motståndskraft. Det är därför viktigt att lära sig känna igen sådant beteende hos sig själv och försöka ändra på det. Det gäller åtskilliga av våra dagliga livsvanor som betyder mycket för hälsan.

– Hjärtinfarkt framkallas av förändringar i kranskärnen (åderförkalkning eller blodpropp), ibland också av

att hjärtat "piskas på" och utsätts för extrem belastning. Den belastningen kan bero på hårt arbete eller på känslomässig påfrestning i livet, tex en nära anhörigs död.

Tobaksrökning, högt blodtryck och förhöjda blodfettvärden är de mest kända riskfaktorerna för kranskärlsförändringar som kan leda till hjärtinfarkt.

En annan viktig riskfaktor är beteendet, det man kallar typ A-beteende. En människa med typ A-beteende kännetecknas av otålighet, tävlingslusta, har höga krav på sig själv, har alltid bråttom och har en tendens till aggressiva eller tom fientliga reaktioner mot omgivningen.

Stress och brist på motion brukar också nämnas som riskfaktorer, men de är inte vetenskapligt tillräckligt klarlagda. Dessutom finns det en hittills oförutsägbar orsak till infarkt, kanske slumpen. Hos en tredjedel av de människor som drabbas av hjärtinfarkt kan man nämligen inte påvisa någon av de kända riskfaktorerna.

Forskningsprojekt

I forskningsprojektet Hjärta och livsstil samarbetar kliniska fysiologer,

psykologer och kardiologer kring patienter som haft hjärtinfarkt.

– I den psykologiska behandlingen koncentrerar vi oss på riskfaktorn typ A-beteende, berättar psykolog Gunilla Frykholm.

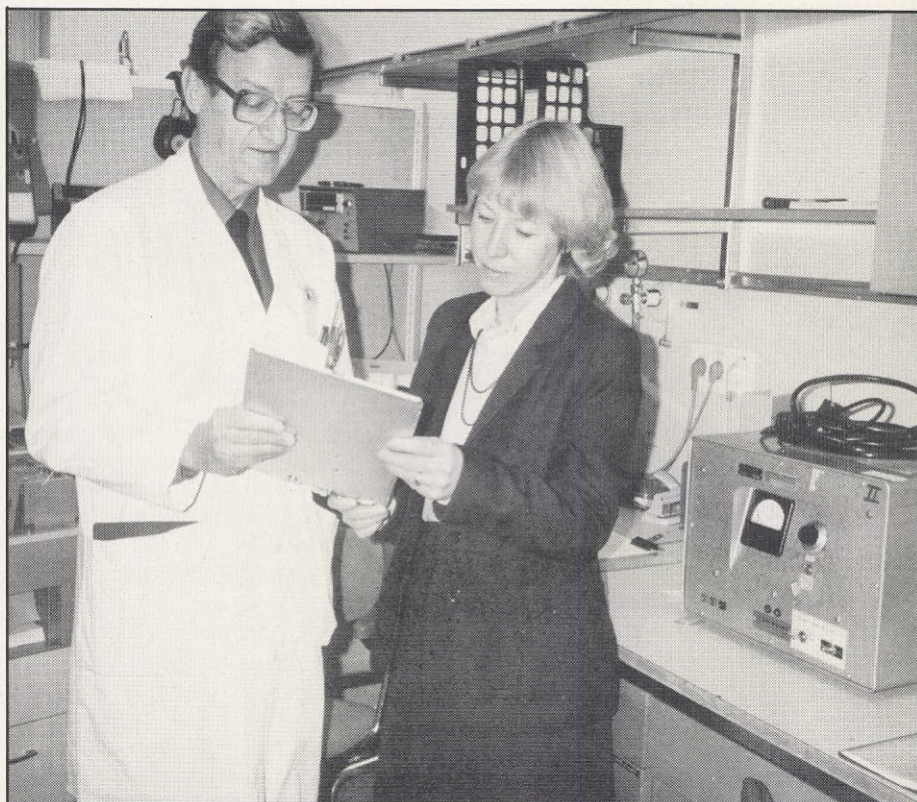
– Vi har valt ut grupper av män med typiskt A-beteende, som haft hjärtinfarkt.

– Vi träffar dem regelbundet i grupp med 5–6 deltagare, under ett års tid, samtalar och har olika slags övningar med dem för att de skall lära sig bete sig mer avstressat i pressande situationer.

– Vi börjar behandlingen med en veckoslutsträff på Rikskorpens kursgård Fagerudd utanför Enköping, för att deltagarna i grupperna skall lära känna varandra och bli mer motiverade att delta.

– I början tror många av dem att ett ändrat beteende kommer att kännas som en psykologisk vingklippning. De tycker att de trivs med tävlingsandan och det höga tempot och tror att det nu blir slut med kampen, att livet kommer att bli enahanda och utan krydda.

– Men så är det inte. Vi försöker lära dem att leva på ett sådant sätt att



Professor Gunnar Ström och psykolog Gunilla Frykholm i forskningsprojektet Hjärta och Livsstil, vid Uppsala universitet.

de hushållar bättre med sina krafter. En del klarar tom sitt liv och arbete bättre på det nya sättet.

– Vi tar oss också an deras anhöriga, håller kontakt med deras hustrur. Vi försöker hjälpa hustrurna att bättre anpassa sig till den förändrade situationen att leva med en hjärtsjuk man. Det är en stor omställning för dem.

Annan behandling

– Förutom de grupper som får psykologisk behandling med inriktning på att förändra typ A-beteendet, så har vi i forskningsprojektet också grupper som får medicinsk behandling av mer traditionellt slag. Deltagarna i dessa grupper blir noggrannare uppföljda och kontrollerade än vad som annars förekommer efter hjärtinfarkt, säger Gunilla Frykholm.

– Behandlingen i grupperna pågår i ett år. Därefter räknar vi med att hålla kontakt och stödja deltagarna i ytterligare två år.

– Helst skulle vi vilja följa dem under fem år, för att kunna se om effekten av behandlingen blir bestående, betonar Gunnar Ström. Men vi vet ännu inte om vi kan få forskningspengar till det. Riksbankens jubileumsfond bekostar större delen av vårt projekt i tre år och det är vi tack samma för. Men pengarna därifrån täcker inte våra kostnader utan vi har även fått söka pengar från annat håll för att kunna genomföra vårt projekt. Riksförbundet för hjärt- och lungsjuka har bidragit med 25 000 kr.

Behov av eftervård

– Det är ovanligt med ett så långt eftervårdsprogram efter hjärtinfarkt som det vi erbjuder genom vårt forskningsprojekt, fortsätter Gunnar Ström.

– Det är också ovanligt att eftervårdsprogram utvärderas på det vetenskapliga sätt som vi gör.

– Bortsett från sjukgymnastik vid olika sjukhus i landet, men långt ifrån alla, under en begränsad tid, 3–6 månader, så finns i regel ingen systematisk eftervård för hjärtinfarktpatienter.

– Med vårt eftervårdsprogram fyller vi därför en nisch som hittills varit tom, påpekar Gunilla Frykholm.

– De patienter som är med i våra grupper känner sig privilegierade och tacksamma över att vi bryr oss om dem efter det akuta stadiet av sjukdomen och efter att de skrivits ut från sjukhuset.

– Eftersom rökning är en av de främsta riskfaktorerna för hjärtinfarkt så är det viktigt att deltagarna i

våra grupper inte röker. De flesta som rökt tidigare har slutat under behandlingens gång. Det är angeläget att de inte röker, inte bara för deras egen skull utan också för att vi skall kunna utvärdera resultatet av vår behandling.

– Syftet med forskningsprojektet Hjärta och livsstil är att jämföra två lika modeller för eftervård av hjärtinfarktpatienter, en psykologisk behandling och en mer traditionell form av medicinsk eftervård.

– Resultatet av projektet är det ännu för tidigt att säga något om, men om det visar sig att den psykologiska behandlingen ger något väsentligt utöver det traditionella så hoppas vi att sjukvårdens representanter; politiker och sjukvårdsadministratörer är beredda att lyssna på resultatet och ta till sig den nyvunna kunskapen, så att den psykologiska behandlingen kan få ingå i rutinerna för eftervården, säger Gunnar Ström med eftertryck.

– Alltför ofta händer det nämligen att forskningsprojekt visar att en viss typ av sjukvård är bättre än en annan, men sedan har man inte pengar eller tid och kraft att genomföra den i praktiken. Så är det särskilt ofta när det gäller eftervård.

Sjukvårdskostnaderna

– Av de totala kostnaderna för hälso- och sjukvården går en väldigt liten del till eftervården, menar Gunnar Ström.

Att införa medicinsk-psykologisk behandling av vissa sjukdomar skulle inte öka kostnaderna särskilt mycket, men det skulle innebära att sjukvården i sådana fall blev mer mänsklig och patientinriktad.

– De teknologiska bitarna av sjukvården är högt utvecklade i vårt land. Nu är det dags för sjukvården att satsa även på hittills sämre utvecklade bitar, sådana som psykologisk behandling.

– Det betyder inte att jag tycker att man skall minska på de teknologiskt högt utvecklade bitarna, säger Gunnar Ström. De totala kostnaderna måste helt enkelt tillåtas att öka.

– Undersökningar som gjorts visar att de flesta människor i vårt land anser att hälso- och sjukvården är ett så angeläget området att det måste få kosta pengar.

– En förnyelse av sjukvården måste kunna ske även i ekonomiskt strama tider. Men vissa omfördelningar måste troligen göras. Det går att genomföra om alla som arbetar i sjukvården aktivt vill och får hjälpa till, om signaler till förändring kommer både inifrån och uppifrån.

Text och foto: Gunilla Lockne



Psykisk reaktion efter hjärtinfarkt

Beskrivning och förslag till åtgärder

Hjärtinfarktpatienter har ofta svårigheter att handskas med sin sjukdom. Många av dem känner sig osäkra och nedstämda och avstår från aktiviteter som de mycket väl skulle klara av. Det leder till en dålig återanpassning. Flera vetenskapliga studier visar det.

Utifrån den kunskapen diskuteras i denna artikel tänkbara åtgärder för att förbättra det psykiska välbefinnandet efter hjärtinfarkt.

Ett insjuknande i hjärtinfarkt medför ofta en krisreaktion. Infarkten upplevs som ett hot mot liv och hälsa och utlöser primärt en stark känslomässig reaktion. I en andra fas försöker patienten på olika sätt att bemästra hotet genom att använda olika försvarsmekanismer och olika strategier för att hantera sin situation. Ängslan, oro och nedstämdhet är normala och naturliga reaktioner efter en livshotande sjukdom som hjärtinfarkt, men krisreaktionen kan bli bestående, speciellt om infarktpatienten och hans familj inte får adekvat stöd och hjälp.

Psykisk reaktion

Den psykiska reaktion som infarktinsjuknande och diagnosen hjärtinfarkt ger upphov till hos det stora flertalet patienter karaktäriseras under det första dygnet av ängslan och rädsla som en följd av sjukdomens livshotande karaktär. Därefter följer en kort tids förnekande, ett sätt att tränga bort den hotfulla verkligheten, avlöst av nedstämdhet under tredje vård dygnet, då patienten till fullo blir medveten om sitt sjukdomstillstånd. I infarktpatientens sjukdomsförlopp följer på insjuknandettraumat en fas

med uppgivenhet och passivitet där sjukrollen anammas, avlöst av en tredje fas med optimism och tacksamhet – man har överlevt – vid utskrivningen.

Hemkomsten medför anspänning och osäkerhet. Väl hemma kommer en känslomässig reaktion inte bara på förlusten av hälsa, arbete, fritid, social och sexuell samvaro, utan också som svar på rekommenderad förändring av rök-, kost- och dryckesvanor. Det är inte ovanligt att en hemkomstdepression uppkommer. Ängslan och nedstämdhet är vanliga symtom under konvalescensperioden.

I en studie vi gjort på hjärtinfarktpatienter rapporterade fyra av fem patienter trötthet två månader efter infarkten, medan tre av fem patienter kände sig rastlösa, nervösa och/eller nedstämda.

Trötthet var dessutom det symtom som mest begränsade den dagliga livsföringen. Patienten själv uppfattar ofta sin trötthet som ett tecken på att hjärtat inte fungerar tillfredsställande och blir orolig, vilket leder till en inskränkning av aktiviteten.

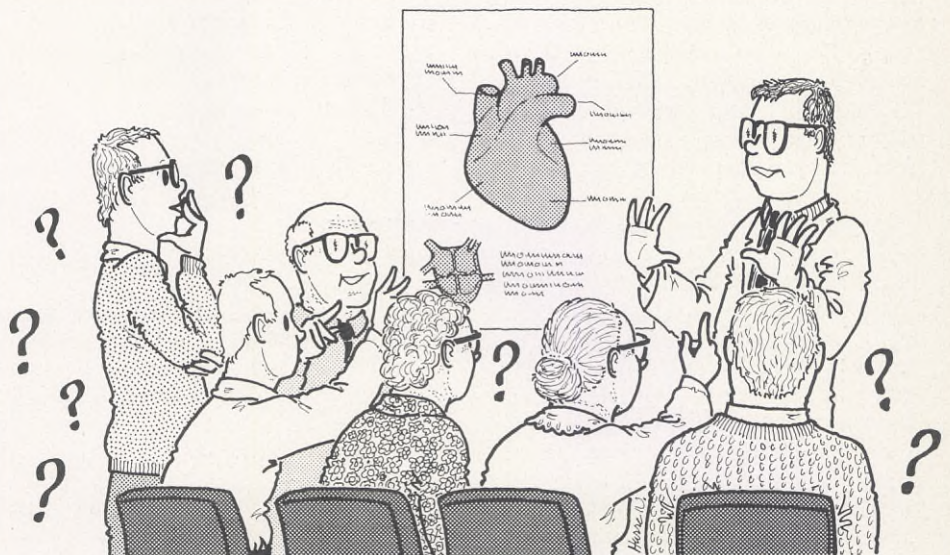
Patienter som är psykiskt påverka-

de initialt fortsätter att vara det. Ängslan och rastlöshet var i vår studie oförändrade ett år efter infarkten jämfört med två månader efter, medan trötthet och nedstämdhet hade minskat något trots att fyra av fem patienter återgått i arbete och i detta avseende kunde betraktas som väl återanpassade.

Infarktens svårighetsgrad har ingen betydelse för den psykiska reaktionen vare sig initialt eller på längre sikt. En starkare krisreaktion under konvalescensen har däremot patienter med tidigare social problematik, kraftig psykisk reaktion under vårdtiden, otillfredsställelse i arbetet eller inom familjen eller med tidigare nervösa besvär. Likaså är känslomässig instabilitet, angina pectoris samt att inte ha slutat röka två månader efter infarkten tecken på dålig psykisk återanpassning ett år efter infarkten.

Subjektiva symtom

Infarktdiagnosen medför ett ökat kroppsmedvetande med oro för hälsa och välbefinnande. Ängsliga och nedstämda patienter, ofta speciellt de



Frågorna om hur man kan leva efter en hjärtinfarkt är många. Om patienter samlas i grupp för information och frågor har de stöd av varandra och vågar lättare komma fram med sina frågor och sin oro. För läkaren eller annan sjukvårdspersonal som skall svara kan det vara nog så svettigt ibland.

med neurotisk läggning, upplever sjukdomens kroppsliga symtom starkare och det påverkar återanpassningen i stort.

Fyra patienter av tio i vår studie tänkte ofta på infarkten och lika många talade dagligen om den, medan nio av tio patienter oroade sig två månader efter insjuknandet. Motsvarande siffror ett år efter infarkten visade att det var betydligt färre som talade om infarkten och att tre av tio tänkte på den, medan åtta av tio fortfarande oroade sig över sin hjärtinfarkt. 40 procent kände bröstsmärta dagligen två månader efter infarkten, jämfört med 20 procent ett år senare.

En del patienter hade en tendens att bagatellisera eller underrapportera sina symtom till behandlande läkare. Bagatellisering används som försvarsmekanism för att reducera det hot om död som symtomen påminner om. En fara är givetvis att detta kan vilsleda behandlande läkare.

Både sjukdomskänsla och symtomupplevelse påverkas av patientens psykiska tillstånd men också av hur ofta patienten besväras av bröstsmärta. Patienter med stark sjukdomskänsla och som upplever symtomen starkt löper större risk att hamna i en sjukroll med begränsning av aktivitet och undvikande beteende som följd. Däremot har varken sjukdomskänsla eller sjukrollsmönster samband med infarktens svårighetsgrad.

Den optimism som patienter visar vid utskrivningen från sjukhuset byts ofta till en pessimistisk inställning till framtiden, efter att patienten lämnar sjukhuset och dess trygghet och omvårdnad. Oro för hur framtiden skall gestalta sig, idealisering av livssituationen före infarktinsjuknandet i kombination med saknad och sorg över förlust av tidigare livsföring samt rädsla för en ny infarkt och död, gör att livet ter sig trist och meningslöst. Ingenting blir som man väntat sig vid utskrivningen och besvikelsen häröver kan medföra apati och häglöshet.

Det har påvisats att två månader efter infarkten känner sig drygt fyra av tio patienter liknöjda eller uttalat pessimistiska inför framtiden. Ett år senare är en av tio uttalat pessimistisk, medan fem av tio ger uttryck för likgiltighet. Förändring av vardagsvanor med minskad fysisk aktivitet och minskat engagemang i hushållsarbete och fritidsaktiviteter upplevs som negativt av hälften av patienterna.

Även om bara ett begränsat antal patienter uttrycker direkt missnöje så uppger knappt hälften att de varken är nöjda eller missnöjda med sin livssituation två månader efter infarkten.

Ett år senare har andelen nöjda pa-

tienter ökat även om missnöje fortfarande förekommer. Patienter som känner bristande tilltro till framtiden uttrycker oftare mer missnöje och har sämre psykisk stabilitet.

Pessimism och angina pectoris under konvalescensen är tecken på en fortsatt pessimistisk hållning, medan livsinställning påverkas av pessimism, av att inte ha slutat röka, missnöje, tidigare somatisk sjukdom och tidigare nervösa besvär.

Infarktens svårighetsgrad har däremot ingen betydelse för vare sig framtidstro eller allmän livsinställning.

Vanliga förändringar

Det är vanligt att patienter som fått diagnosen hjärtinfarkt reagerar med att gå in i en sjukroll och undvika mycket av det som tidigare kännetecknat deras liv. De blir passiva och ändrar i stor utsträckning sina vardagsvanor.

Den vanligaste förändringen är minskad fysisk aktivitet. I en undersökning som vi gjort fann vi att mellan hälften och två tredjedelar av patienterna under konvalescensen undviker en rad vardagliga aktiviteter som bilkörning, skogs promenader, att vara ensamma och att åka till landet. Även det sexuella samlivet "undviks". Hälften av patienterna noterar en minskning i stor eller viss utsträckning jämfört med före infarkten och hos en av tio har det sexuella samlivet helt upphört.

I och med insjuknandet upplever många patienter ett ändrat bemötande från omgivningens, framför allt familjens, sida. De skyddas från kroppslig ansträngning, får praktisk hjälp, avlastas ansvar och bemöts

med förståelse och hänsyn. Familjens stöd och uppmuntran är viktigt i början men kan på längre sikt leda till ett befästade av sjukrollen.

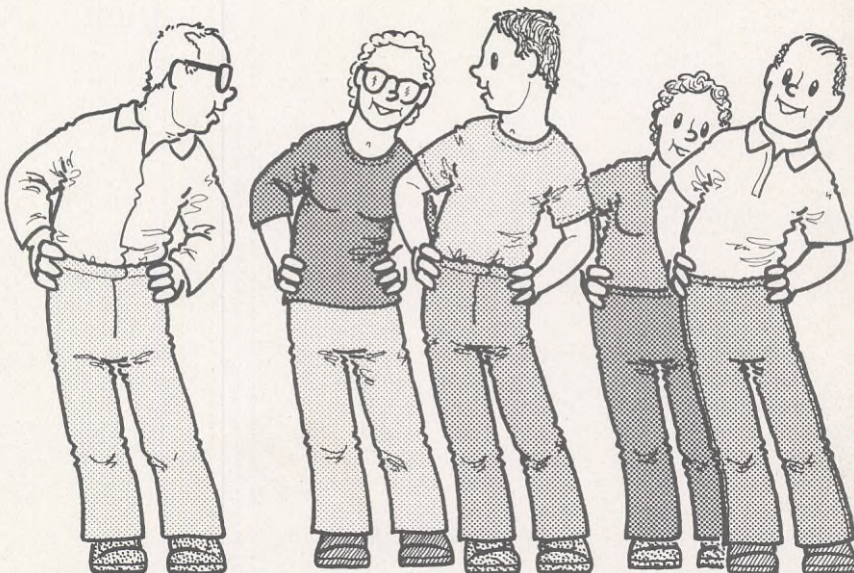
Såväl ångslan, nedstämdhet och sjukdomsupplevelse som livsinställning och framtidstro är av stor betydelse för patienternas fortsatta återanpassning. När det gäller ett så påtagligt mått på återanpassning som arbetsåtgång, visar flera studier att både psykisk instabilitet, ångslan, nedstämdhet och en depressiv livsinställning försenar eller till och med förhindrar arbetsåtgång.

Ängsliga patienter som inte kunnat eller fått hjälp med att bearbeta sin oro förblir ängsliga och kvarstannar i en passiv sjukroll. Såväl ångslan som nedstämdhet påverkar patientens vardagsvanor, fritidsaktivitet, sexualdrift och samlagsfrekvens i negativ riktning.

Jämfört med antalet studier av samband mellan psykosociala faktorer och utvecklande av hjärt-kärlsjukdom är det få undersökningar som studerat möjligheten för att utifrån psykologiska variabler förutse död eller ny infarkt. Depression och pessimism beskrivs i en studie ha varit vanligare bland patienter som senare avlidit och i en annan undersökning kunde mortalitet sex månader efter insjuknandet förutses utifrån en dålig känslomässig anpassning på hjärtintensivavdelningen, oberoende av infarktens svårighetsgrad. Depression betraktas som den starkaste förutsägbara beteendevariabeln vad gäller mortalitet.

Förslag till åtgärder

Emotionella problem efter hjärtinfarkt är vanliga och försvarar återan-



För patienter som är ängsliga, begränsade av sin angina pectoris eller med fysiskt tungt arbete är arbetsprov och fysisk träning av speciellt värde.

passningen. De strategier som patienterna använder för att bemästra infarkten är ofta otillfredsställande och icke-konstruktiva. Patienten fastnar i ett starkt symtomupplevande, där kardiella symtom, speciellt bröstsmärta, är skrämmande och förstärker den psykiska reaktionen.

Här nedan lämnas några synpunkter på faktorer som vi uppfattar som speciellt viktiga att beakta vid patienthandläggningen. I en del fall finns kontrollerade studier som stöd för de föreslagna åtgärderna. I andra fall där sådant stöd saknas anser vi ändå förslagen som så väl underbyggda att de kan tillämpas i avvaktan på ytterligare stöd. Om psykiska faktorer inte beaktas och åtgärdas i eftervården av hjärtinfarktpatienter, kommer resultatet för patienten att medföra en försämrad återanpassning. Det är angeläget att den behandlande läkaren tidigt uppmärksammar patientens psykiska tillstånd.

Lugnande medicin

I internationella studier förespråkas ofta ett frikostigt användande av psykofarmaka, främst bensodiazepiner under de tre första vårddygnet. Man utgår ifrån att stark ångslan och stress är skadliga för hjärtat och menar att diazepam har en hämmande effekt på utsöndringen av katekolaminer. I psykologiska termer kan lugnande medel sägas ha samma effekt som försvarsmekanismen förnekande och hjälper patienten att förtränga verkligheten tills han är redo att ta in vad som hänt och kan mobilisera egna och mer adaptiva försvar.

Med tanke på att flera studier har visat att stark oro i initialskedet kan påverka senare mortalitet vore en utvärdering av effekten av lugnande medel under de första kritiska dygnet motiverad.

I riskzonen

Under vårdtiden bör den vårdpersonal som arbetar nära patienterna kunna urskilja patienter med patologisk psykisk reaktion och på så sätt påverka behandlingsplaneringen. Speciellt bör överdriven rädsla, och en allmänt destruktiv inställning till sjukdom och symtom noteras.

Personalen bör tränas att förstå patientens frågor och beteende och vidarebefordra detta till behandlande läkare.

Tidigt återbesök

Man bör utgå ifrån att alla patienter är rädda och osäkra och förbereda dem på hur det kan komma att kän-

nas efter hemkomsten. Man bör även se till att återbesök är inbokad en eller senast två veckor efter utskrivningen.

Om patienten är förberedd på att han kan få psykiska besvär, särskilt trötthet, irritabilitet, oro och initiativlöshet, kan han bättre förstå symtomens innebörd och undvika att hänföra dem till hjärtat.

Hela uppföljningstiden bör utstakas och arbetsåtergången planeras för att ge framtiden struktur och undvika missförstånd och osäkerhet. En översyn av organisationsformen för patienternas polikliniska eftervård, exempelvis i form av en gynnsam "omhändertagande-effekt" kan medföra minskad återfallsfrekvens.

Information och råd

Oro, rädsla och osäkerhet kan påverkas dels genom olika terapeutiska åtgärder, dels genom information. Positiva effekter på såväl psykiskt välbefinnande och arbetsåtergång som ny hjärtinfarkt och mortalitet har påvisats i studier av effekten av stödterapi, medan gruppinformation visade att infarktpatienter erfor färre negativa psykosociala konsekvenser av infarkten än kontrollpersoner. I en annan kontrollerad studie minskade patientens fysiska begränsning, medan behandlingssamarbetet förbättrades efter information om hjärtsjukdom. Det är en fördel om även patientens anhöriga får vara med i informationsgrupperna. Information skall vara preciserad och inte vag, typ "ta det lugnt", vilket kan öka patientens osäkerhet och leda till överdriven försiktighet.

Avslappningsövningar och beteendeoriktad rådgivning avsedd att minska oro och stress har visat positiv effekt för att hindra ny infarkt. I beteendeterapi får patienten hjälp att påverka och kontrollera delar av sitt liv, vilket ökar självsäkerheten. Den sexuella återanpassningen är en viktig del av tillfrisknandeprocessen och är nära förknippad med självkänsla och fysisk och psykisk hälsa. Vägledning och sakkunnig upplysning i sexuella frågor efter hjärtinfarkt minskar patientens osäkerhet, liksom tillrättalagande av misstolkningar av typen att ansträngningen vid sexuell samliv är skadlig för hjärtat. Patientens medicinering kan behöva övervägas vid sexuell störning, eftersom både betablockerare och urindrivande medel kan verka potensnedsättande.

Fysisk träning

Rädsla har en starkt begränsande funktion vad gäller all aktivitet, och

kroppslig ansträngning i synnerhet. Ett belastningsprov ökar den behandlande läkarens förutsättningar att ge patienten instruktion om hur han kan öka sin aktivitet. Fysisk träning talar om för såväl patient som behandlande läkare vad kroppen orkar med och avdramatiserar belastningsriskerna som i verkligheten och för flertalet patienter är mycket få. Känslan av ansträngning efter fysisk träning minskar liksom nedstämdhet, trötthet och spänningssänka. Även patientens anhöriga känner mindre osäkerhet om patienten deltar i fysisk träning.

För patienter som är ångsliga, begränsade av angina pectoris eller med fysiskt tungt arbete är ett arbetsprov samt fysisk träning av speciellt värde. Även det sexuella samlivet påverkas positivt av fysisk träning.

Text: Ingela Wiklund,

med.dr. psykolog, Östra sjukhuset

Harald Sanne,

överläkare, medicinsk rehab.klin. Sahlgrenska

Anders Vedin,

överläkare, medicin klin., Östra sjukhuset

Claes Wilhelmsson,

klinisk lärare, medicin klin., Östra sjukhuset

Teckningar: Hans Nilsson



Tallmo Gården

När Du känner Dig krasslig, vill må bättre eller få tillbaka högformen.

Promenera, motionera, simma, testcykla. Gymnastik, dans, avspänning. Elljusspår och vandringsleder i vacker Dalanatur. Bastu, varm inomhuspool, olika typer av stimulerande bad. Solarium, massage, sjukgymnastik. Biodynamisk lactovegetabilisk kost. Dietbord. Fasta. Rökfritt, alkoholfritt, allergisäkert. Information och föredrag.

Tallmogården är ett av socialstyrelsen godkänt enskilt vårdhem. Du kan få bidrag från försäkringskassan och vissa landsting genom läkarremiss.



Tallmogården

770 12 Sunnansjö

Tel växel 0240-911 30

bokning 0240-917 85

Socialmedicinsk forskning om hjärtbarns framtid

Hur har det gått för hjärtopererade barn är arbetsnamnet på det avhandlingsarbete som jag är i full färd med att genomföra, och som jag vill ge några glimtar från. Tack vare stort ekonomiskt stöd från RHL och Örebro läns landsting har jag kunnat genomföra en ganska omfattande intervjuundersökning som sträckt sig över hela landet. Jag har nu börjat analysera och sammanställa mitt material, men kan idag inte presentera något färdigt resultat.

Alltsammans började för 14 år sedan, när min son Magnus föddes. Han hade hjärtfelet Fallot's anomali (blue baby). Som många andra föräldrar kände jag mig osäker och rädd inför allt det nya som hade drabbat mig och min familj. Det var svårt att få orken att räcka till. Jonas som var tre år och frisk kom lätt i skymundan.

När Magnus var knappt två år opererades han för första gången. Då gjordes en sk shuntoperation i avvaktan på den stora operationen som skulle göra honom frisk. Magnus blev klart bättre efter den första operationen, men han hade det fortfarande arbetsamt när han skulle förflytta sig och vid livlig lek. När Magnus var fem och ett halvt år blev han opererad igen. Livet förändrades därmed kraftigt för Magnus och för hela familjen. Helt plötsligt började han orka nästan som andra barn. Han blev livligare och gladare till humöret.

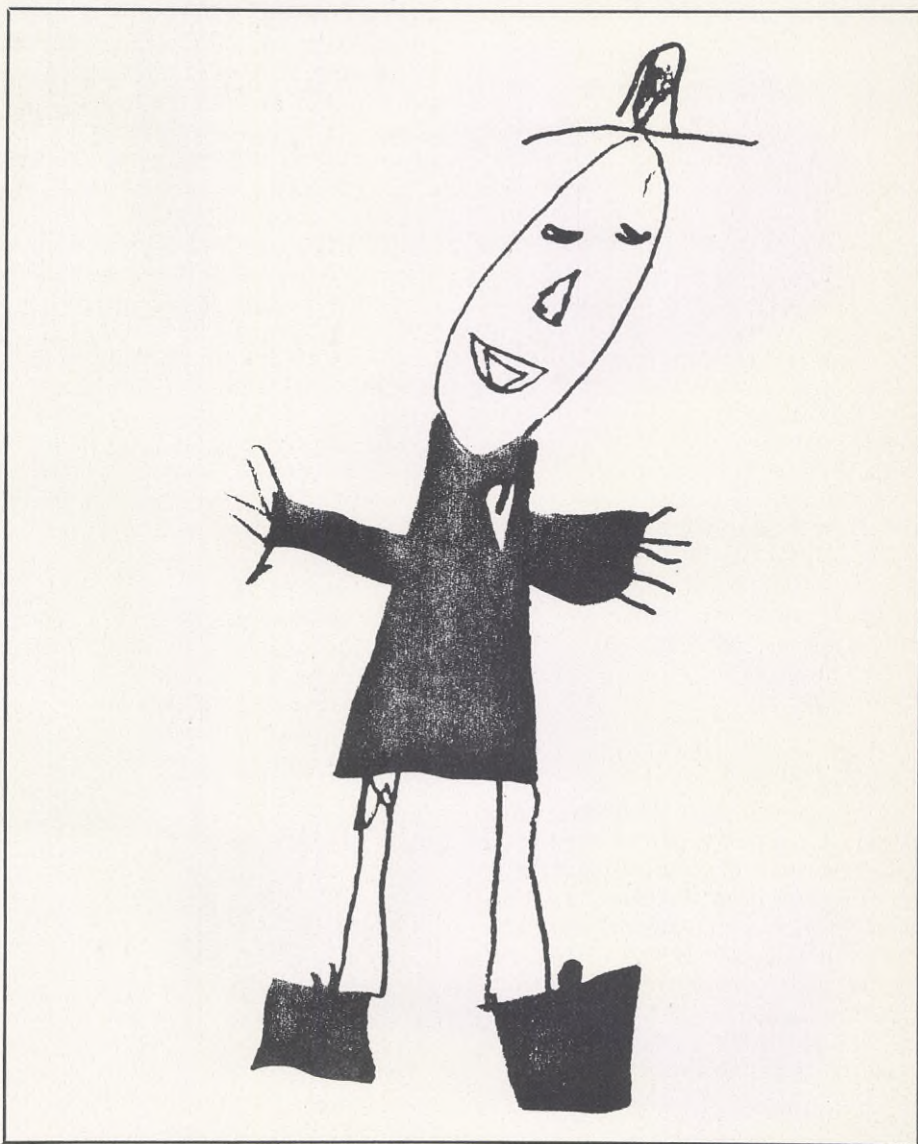
Samma känslor

1975 blev ett betydelsefullt år för mig. Jag fick då kontakt med RHL:s Föräldraförening och förstod snabbt

att de känslor och den oro jag burit på delade jag med många andra. Många föräldrar undrade över vad det medfödda hjärtfelet skulle innebära på sikt. Man undrade förstås om operationsresultatets varaktighet, men även om tiden som sjuk skulle sätta andra spår i de opererades liv. Skulle de tex ha svårare att klara av skolan och yrkesliv? Och skulle de komma att bilda familj? Och vilken plats skulle tiden som sjuk ta i individernas vuxenliv? Alltså, jag mötte många fråge-

ställningar om det medfödda hjärtfelets konsekvenser för vuxenlivet. Detta kom sedan att bli den övergripande frågeställning som mitt forskningsprojekt försöker fånga. Hur blir vuxenlivet för de som hjärtopererats som barn?

Hur skulle jag då söka svar på mina frågor? Det kändes angeläget att i första hand fråga dem som själva hade egna upplevelser av att bli opererade som barn och som nu är vuxna. Vad hade tiden som sjuk och själva



Ett halvår efter sin hjärtoperation började 6-årige Magnus att komplettera alla gubbar han ritade med ett hjärta. Det spelade ingen roll om gubben hade rock med knappar, ett hjärta fick han ändå. Hjärtat hade ju varit ett väldigt centralt organ för Magnus och hans familj så det var inte så konstigt att han hade ett behov av att rita ut det.

operationen betytt för deras nuvarande vuxenliv. Det var deras egna upplevelser som jag var intresserad av. Det är ju faktiskt så att man först i slutet av 50-talet började använda hjärtlungmaskinen på barn. I det perspektivet är de personer som jag önskade samtala med en intressant grupp. Man kan säga att de tillhör de första som opererats som barn och som hunnit bli vuxna.

1982 blev jag inskriven som doktorand vid Socialmedicinska institutionen vid Uppsala universitet. I samarbete med mina handledare där utarbetades följande projektplan:

- Fas 1. Kartläggning av antalet personer som opererats för medfött hjärtfel vid Akademiska sjukhuset i Uppsala under åren 1956–1980. Urval av personer som skall ingå i undersökningen.
- Fas 2. Intervjuer med personer som opererats för Fallot's anomali och hål mellan förmaken (Atrial Septal Defect).
- Fas 3. Medicinsk uppföljningsundersökning av docent Magnus Michaelsson. I anslutning till denna undersökning gör jag en uppföljande intervju. Hur stämmer upplevd hälsa med fysiologiska fynd?
- Fas 4. Intervjuer med i första hand mödrarna till de opererade personerna.
- Fas 5. Analys och förslag till förbättringar.

De fyra första faserna har helt nyligen avslutats. Den första fasen utgör en slags referensram till hela undersökningen. Genom den har jag fått kunskap om det totala antalet operationer och om hur dessa fördelar sig på olika diagnos- och åldersgrupper. Jag har även fått veta könsfördelningen och hur många som överlevt operationen.

Urval för intervju

Från totalmaterialet har jag sedan gjort ett urval. Jag beslöt att samtliga personer borde vara fyllda 23 år (1981) och opererade före 15 års ålder. Detta med sikte på frågeställningarna. Mitt material kom att omfatta 17 personer som opererats för Fallot's

anomali och 17 personer som opererats för hål mellan förmaken. Det fanns inte fler som uppfyllde de kriterier jag ställt upp avseende ålder. Samtliga personer är opererade under tidsperioden 1958–1965.

Den första intervjugenomgången har utförts i personernas hem. Samtliga samtal har bandats. Uppföljningsintervjuerna genomfördes på Akademiska sjukhuset i samband med den medicinska kontrollen. Jag har endast gjort en preliminär sammanfattning, men vågar ändå säga att gruppen som helhet mår mycket bättre än vad jag vågat hoppas. Alla är yrkesverksamma och många har bildat familj och skaffat barn. Deras yttre liv skiljer sig inte från andras. Det har känts mycket fint att få ta del av dessa människors upplevelser. Jag ser fram emot att få bearbeta allt material som jag under åren samlat på mig och åter-

kommer med en rapport när jag kan presentera resultat.

Nytta i vården

Mitt syfte är att dokumentationen och analysen av hur det gått för dessa personer skall kunna tillföra omvårdnaden av familjer med hjärtsjuka barn något positivt.

Min huvudhandledare är professor Claes-Göran Westrin, socialmedicinska institutionen, Uppsala universitet. Dessutom är även professor Ragnar Berfenstam, docent Magnus Michaelsson och docent Torkel Åberg mina handledare.

Jag är mycket tacksam för det ekonomiska stöd jag fått från RHL och den uppbackning jag får via Föräldraföreningen.

Text: Britt-Marie Östman

KUDDEN för NATTEN

"Spänningshuvudvärk och stelhet i nacke och skuldror är något av en folksjukdom. Den här nya kudden är till mycket stor hjälp främst när det gäller att lindra obehagen, men också i förebyggande syfte.

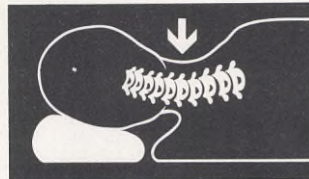
"Den bästa jag någonsin provat."

Bertil Ravald, Malmö.

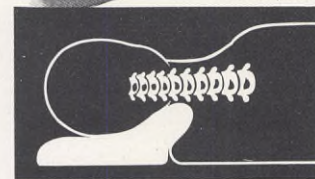
Ravalds Massage och Idrottsinstitut,



Mönsterskyddat



Vanlig kulle — otillräckligt stöd.



Nytta för Natten — perfekt stöd.

Till **Sidsel Design** Box 5191 200 72 Malmö

Sänd _____ st *Nytta för Natten* à 290 kr.

Sänd _____ st *extra kuddvar* à 40 kr.

Postförskottsavgift och porto tillkommer.

Namn: _____

Adress: _____

Postadress: _____

Mer självständighet

Fysisk aktivitet i kombination med andningsgymnastik är mycket viktigt för CF-patienter. De kan lära sig att behandla sig själva och därigenom bli självständigare, skriver sjukgymnast Monica Blomquist i denna artikel om försök som gjorts vid Huddinge sjukhus.

Cystisk Fibros (CF) är en ärftlig, medfödd sjukdom med rubbad funktion i utsöndringen av olika sekret och främst med symtom från andningsvägar och mag-tarmkanal. Sekretet från slemkörtlarna är segare än normalt och kan täppa till de små luftrören i lungorna och ge andningssvårigheter. I det sega sekretet växer bakterier, vanligen *Stafylococcus aureus* och/eller *Pseudomonas aeruginosa*, vilket ofta leder till upprepade infektioner och lunginflammationer.

Sjukdomen medförde förr alltför tidig död, men tack vare ökad kunskap om sjukdomen och en mer aktiv terapi, når de flesta barn med CF idag vuxen ålder.

Bland de terapeutiska åtgärderna intar den sjukgymnastiska behandlingen en mycket viktig plats, för att befria lungorna från det tjocka sega sekretet, förhindra lungkomplikationer samt bibehålla en bra lungfunktion.

Beroende av behandlare

Patienter med CF behöver andningsgymnastik flera gånger per dag, ibland upp till en timme eller mer per gång. Det innebär ett behandlingsberoende, som kan medföra många sociala problem både under uppväxtåren och senare vid val av bostad, studieort, semesterplanering och fritidsaktiviteter. Dessa svårigheter drabbar inte bara den sjuke själv utan även anhöriga.

I andra länder, tex USA, Canada och England, arbetar man med målsättningen, att patienter med CF skall vara självständiga och i största möjliga utsträckning fria från behandlande

institution och person. Även i Sverige med totalt 250 patienter med CF, varav mer än en tredjedel är över 17 år, bör samma självklara målsättning eftersträvas.

För att göra människor med CF oberoende av annan behandlande person genomförde jag på Huddinge sjukhus en undersökning som syftade till att

- utveckla och utvärdera en självbehandlingsmetod,
- jämföra denna självbehandlingsmetod med sedvanlig sjukgymnastisk behandling.

Andra undersökningar

Undersökningar kring andningsgymnastik har gjorts tidigare för att få människor med CF oberoende av annan behandlande person. Tex har Pryor och medarbetare visat, att med den forcerade expiratoriska tekniken, (FET), sk "huffing-teknik", kombinerad med lägedränagebehandling, bankning, vibration, kompression av bröstkorget och andningsövningar, utförd av patienten själv, hostade denne upp lika stor mängd sekret, mätt i gram, som vid motsvarande behand-

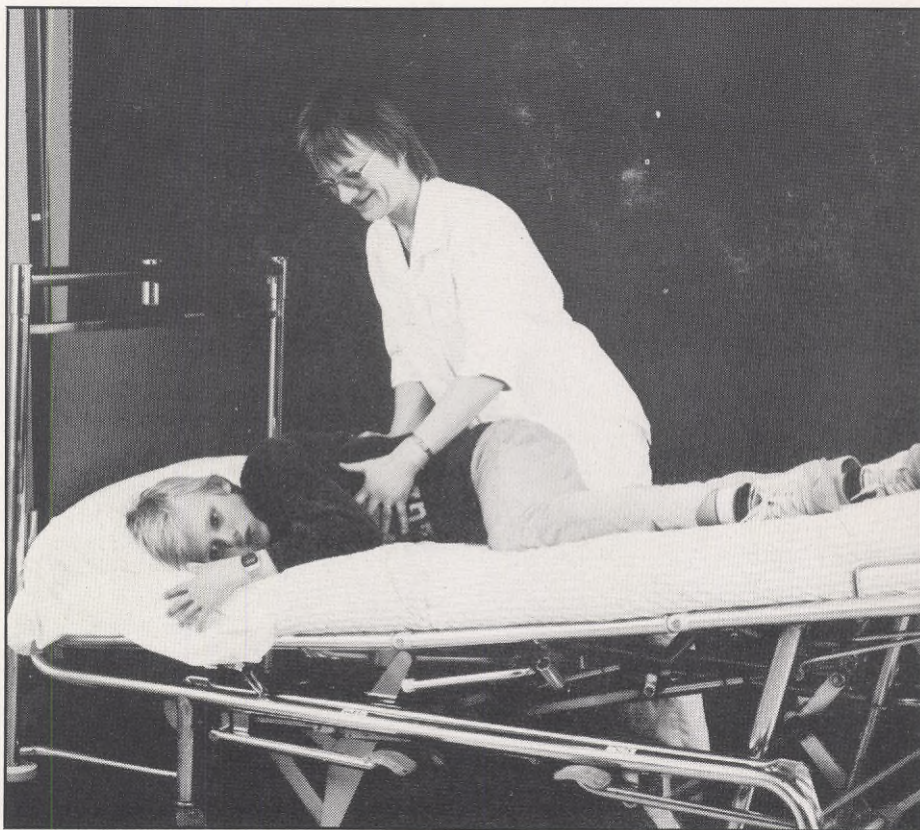
ling, utförd av sjukgymnast, under samma tidsperiod.

Undersökningar om nyttan av fysisk aktivitet vid CF har också gjorts. Drivdal och Lein har studerat effekten av en 14-dagars träningsperiod med CF-patienter på ett hälsosportcenter. Tre till fem 45-minuterspass med handledd fysisk aktivitet genomfördes dagligen, förutom sedvanlig andningsgymnastik. Med denna organiserade fysiska träning iaktogs en genomsnittlig ökning av konditionen med 9 procent.

Zach och medarbetare har beskrivit ett 17-dagars intensivt träningsprogram på ett barnrehabiliteringssjukhus. De fann att regelbunden fysisk aktivitet hos några CF-patienter kunde ersätta inhalationsterapi och andningsgymnastik. Programmet var emellertid så intensivt, att det inte kunde passas in i barnens dagliga, normala liv, och när träningen upphörde, återgick flertalet lungfunktionsvärden till ursprunglig nivå.

Material och metod

12 ungdomar med CF, 6 flickor och 6 pojkar, i åldern 13-23 år, deltog i



Exempel på sedvanlig andningsgymnastik, utförd av sjukgymnast Monica Blomquist, Huddinge sjukhus.

för CF-patienter!

studien på Huddinge sjukhus. Deras sjukdom hade upptäckts redan i barn-
domen och de hade behandlats med
sedvanlig andningsgymnastik och in-
halationsterapi. För att ingå i under-
sökningen skulle de uppfylla vissa vill-
kor, bli förväntades att de kunde dela
ta i hela undersökningen, att de var
bosatta inom rimligt avstånd från
sjukhuset, att de kunde genomföra
någon form av fysisk aktivitet enligt
medicinsk bedömning och framför
allt att de var motiverade att lära sig
självbehandling.

Undersökningen delades upp i två
etapper om vardera sex månader, där
den första etappen innebar att patien-
tens ordinarie sjukgymnast eller an-
höriga utförde den sedvanliga and-
ningsgymnastiken. Den kompletterades
med utökad fysisk aktivitet, tex
löpning, bollspel, simning, dans eller
gymnastik. Patienten fick själv välja
aktivitet efter intresse, förmåga och
tid. Den fysiska aktiviteten skulle
helst utföras två gånger dagligen och
under minst 15 minuter per gång, så
att pulsen nådde åtminstone 75 pro-
cent av den maximala arbetspulsen.
Alla deltagarna skulle dessutom hop-
pa hopprep före varje behandlingstil-
fälle.

Självbehandling

Under den andra etappen, över-
gick patienterna successivt till självbe-
handling, men fortsatte den fysiska
aktiviteten som tidigare.

Självbehandling innebar, att pa-
tienterna fick lära sig att andas djupa
andetag, avslappnad diafragmaand-

ning och träna in den sk "huff-teknik-
ken", vilken bygger på den forcerade
expiratoriska tekniken, FET. Patien-
terna fick dessutom lära sig att själva
banka på och komprimera bröstkor-
gen, också under lägedrånage.

"Huff-tekniken" utföres så, att pa-
tienten andas in ett andetag och sedan
med öppen mun pressar luften kraf-
tigt ut ur lungorna med hjälp av buk-
muskulerna, vilka skall dras ihop
ordentligt. En "huff" skall vara lång
nog att förflytta sekret, men patien-
ten skall inte fylla och tömma lungor-
na maximalt. Inläringen av "huff-
tekniken" kan underlättas genom att
patienten blåser ut genom ett papp-
rör, typ peak-flow-munstycke.

Patienterna fick föra protokoll över
den dagligen utförda fysiska aktivite-
ten och alla självbehandlingstillfällen.
Efter undersökningens slut fick både
patienter och anhöriga fylla i ett fråge-
formulär, om hur de upplevde den
ändrade behandlingsformen.

I samband med det sedvanliga lä-
karbesöket varje månad, gjordes en
uppföljning av patienternas hälsotill-
stånd och däremellan hölls regelbun-
den telefonkontakt.

När patienten lärde in självbehand-
lingsmetoden, gjordes uppföljningen
varje vecka eller efter behov. Anhöriga
och ordinarie sjukgymnast instruerades
också i den nya behandlings-
metoden. På samtliga patienter utfördes
lungröntgen, lungfunktionsunder-
sökningar och arbetsprov med blod-
gaser vid tre olika tillfällen, innan stu-
diens början, vid övergång från första
etappen till den andra samt vid stu-
diens slut.

Resultat

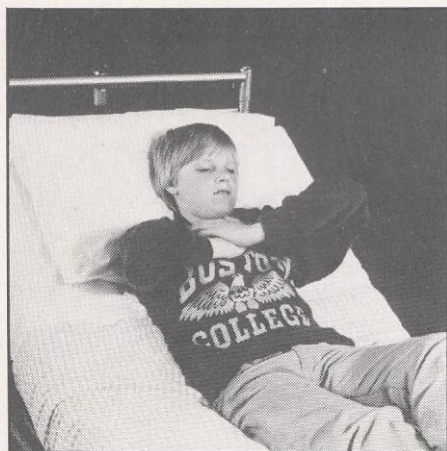
Den fysiska aktiviteten skulle en-
ligt planerna vara konstant under de
två etapperna. Formulären visade bli
att åtta patienter ökade sin fysiska ak-
tivitet, trots att de tyckte det var myc-
ket svårt, två hade oförändrad och två
minskad fysisk aktivitet, jämfört med
den första etappen. Ingen fullföljde
heller att hoppa rep under andra etap-
pen. Alla deltagare utom en utövade
någon form av fysisk aktivitet dagli-
gen, över 15 minuter per gång.

Det framgick också, att åtta patien-
ter av tolv upplevde självbehandling-
en med fysisk aktivitet som positiv,
medan fyra inte uttryckte någon upp-
fattning alls.

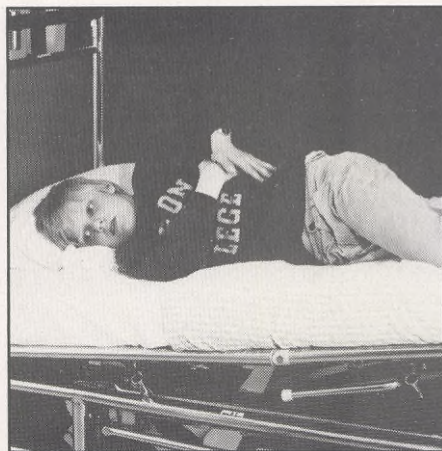
Över hälften av deltagarna kände
sig också starkare både fysiskt och
psykiskt med denna behandlings-
form. Ingen önskade heller återgå till
den ursprungliga behandlingsformen.

Av frågeformulären framgick, att
sju av föräldrarna överhuvud taget
inte hade behandlat sina barn under
andra etappen. Fem hade fortsatt att
behandla, dock i mindre utsträckning
än tidigare. Med undantag av två för-
äldrar, som inte hade någon uppfatt-
ning alls, ansåg samtliga, att självbe-
handlingen i kombination med fysisk
aktivitet var en bra behandlingsform
och att de CF-sjuka barnen med den-
na behandlingsmetod hade fått mer
eget ansvar, större självständighet och
blivit mer oberoende. De flesta för-
äldrar ansåg också, att deras barn
kunde ta ansvar för sin behandling
själv.

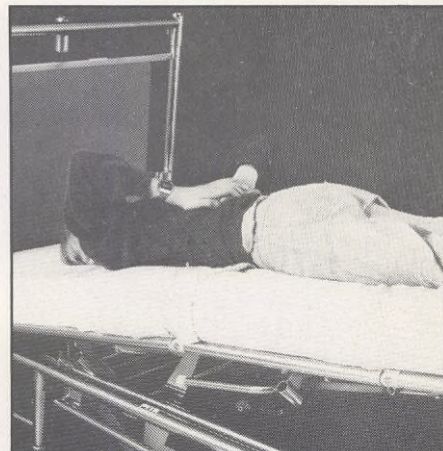
Den kliniska bedömningen visade



Huffing med kompression av lung-
petsarna.



Huffing med kompression av lung-
bottarna, sidoläge med tippad säng.



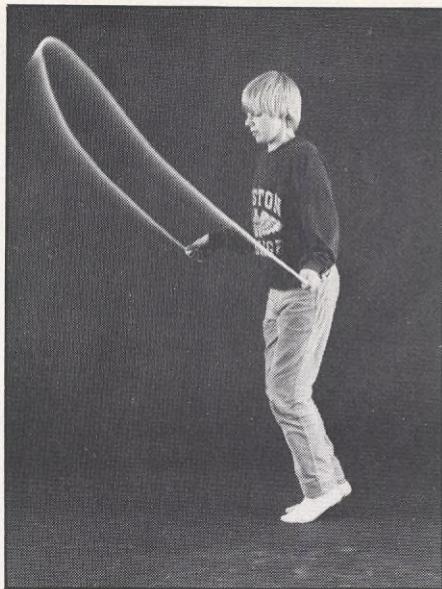
Huffing med kompression av lung-
bottarna, magläge med tippad säng.

att patienterna tillväxte normalt under undersökningsperioden, att antalet infektioner var oförändrat och att samtliga patienter hade samma antal vård- och besökstillfällen inom öppen och slutna vård under två år före undersökningen som under själva undersökningen. Lungröntgenfynden visade heller ingen säker förändring vid de tre olika kontrolltillfällena.

Diskussion

Att det var rätt att starta med utökad fysisk aktivitet som ett komplement till behandlingen visas av att både lungfunktions- och blodgasvärden förbättrades, när patienterna startade den fysiska aktiviteten. Resultaten styrker sålunda, att det är mycket viktigt med fysisk aktivitet som ett komplement till andningsgymnastik. Samtliga deltagare skötte sin rep-hoppning före varje behandlingstillfälle dåligt och över hälften bytte dessutom typ av fysisk aktivitet under undersökningsperioden, vilket visar vikten av att hitta aktiviteter som patienterna själva är motiverade till.

Samtliga patienter i undersökningen upplevde behandlingsformen med FET mycket positivt, men de behöv-



Fysisk aktivitet är viktig för CF-patienter.

de sin individuellt avpassade behandlingsform innan tillfredsställande resultat erhöles och de kände, att de hade hostat upp ordentligt. Exempelvis behövde några patienter andas flera djupa andetag innan de började med "huffingen", eller också föredrog de att göra flera "huffar".

Tidigare genomförda undersökningar angående fysisk aktivitet för CF-patienter har utförts under handledning och noggrann övervakning, ofta i små grupper. Denna undersökning har visat, att patienter med CF mår bra med kombinationen FET-metoden och sådan fysisk aktivitet, som är möjlig att genomföra inom ramen för det vardagliga livet och efter eget intresse.

Av undersökningen framgår, att utökad fysisk aktivitet i kombination med självbehandling var likvärdig med utökad fysisk aktivitet i kombination sjukgymnastisk behandling. Patienterna föredrog självbehandlingsmetoden, eftersom denna metod ger självständighet.

Förbättringar i blodgasvärden under fysisk aktivitet, som infördes under första etappen, visar också hur viktig fysisk aktivitet är vid behandlingen av CF-patienter.

Självbehandlingsmetoden har gjort patienter med CF självständigare och samtidigt medfört en betydande vinst av personal- och anhängresurser.

Monica Blomquist
Sjukgymnast vid
Huddinge sjukhus

Forts fr sid 19

kationerna i det enskilda fallet kan anses motivera en transplantation.

– Här på Karolinska sjukhuset kommer vi att fortsätta med hjärttransplantationer om och när de medicinska behoven finns och om våra resurser räcker. Detta gäller framför allt i ett läge där en patient inte kan förväntas få behandling utomlands inom rimlig tid.

Begränsade resurser

Semb tillägger att ett visst mått av restriktivitet ändå måste finnas bakom besluten. Detta bla med tanke på att sjukvårdspolitikerna ännu inte fattat några egentliga principbeslut om transplantationskirurgins framtid.

– Eftersom vi inte erbjudits några extra resurser för verksamheten är det självklart att någon mer omfattande hjärttransplantations-aktivitet för närvarande inte kan komma på tal, säger Semb.

Hjärtbyten utomlands

Bjarne Semb anser också att de svenska hjärttransplantationer som gjorts med utländska givarhjärtan måste sättas i relation till bla ökande köer vid Harefieldsjukhuset, dit flera svenska hjärtbytespatienter skickats.

– Harefieldsjukhuset har i dag väntetider på sex månader eller längre,

och det finns risk för att patienter dör om de skall vänta så länge. Jag tror de flesta är eniga med mig om att vi måste fortsätta med en viss inhemsk aktivitet inom området – också med nu gällande dödsbegrepp – åtminstone som en interimordning, säger Semb.

Vi kan inte bara ta emot

Han tillägger att Sverige mött stor förståelse och generositet från alla de länder som samarbetar om den europeiska organbanken, men att nuvarande situation är ohållbar i ett längre perspektiv. Sverige tar hela tiden bara emot utan att ge något tillbaka.

– Detta gäller principiellt både när utländska hjärtan inopereras i Sverige och när svenska patienter sänds till utlandet för hjärttransplantation.

Semb berättar att hela den europeiska organbankens verksamhet – principiellt och organisatoriskt – är baserad på ett ömsesidigt utbyte av givarorgan.

Semb konstaterar också att det inte handlar om någon "business", dvs ingen är på något sätt (ekonomiskt) "tacksam" för att Sverige använder utländska organ.

– En kommersiell exploatering av typen "organhandel" vore också en helt grotesk och etiskt otänkbar situation, säger Semb.

Privat hjärtkirurgi möjlig

Men finns det ändå inte tecken på att också hjärtkirurgin kan vara ett område som är nog så intressant för ekonomiska "exploatörer"? Var det tex rätt av thoraxkirurgiska kliniken att finansiera en del av implantationen av det artificiella hjärtat med pengar från ett läkemedelsföretag?

– Det fanns inget konstigt i det, säger Semb. Företaget gav oss ett bidrag till hjärtkirurgisk forskning på samma premisser som de givit forskningsdonationer till flera andra institutioner inom bla Karolinska institutet och annorstädes. Att vi sedan valde att använda pengarna inom just detta projekt var helt vårt eget avgörande, säger Semb.

Finns det i övrigt några planer på privata initiativ inom området? Hur är det tex med en vidareutveckling av aktiviteterna med privat kranskärtskirurgi vid Carlanderska sjukhuset i Göteborg?

– Här i Stockholm finns inga sådana planer för dagen. Men om behovet av hjärtkirurgi i Stockholm blir större än vad den offentliga sjukvården riktigt hinner med tror jag mycket väl att privatiseringstankar kan komma att göra sig gällande, också här, säger Bjarne Semb.

Text: Bo Lennholm
Foto: Per Kagrell, Pressens Bild
(Artikel ur Läkartidningen 45/85)

Fonder för hjärt- och lungforskning:

Svenska Nationalföreningens fond

Svenska Nationalföreningen mot Hjärt- och Lungsjukdomar är en organisation som ger bidrag till medicinsk forskning inom hjärt-, kärl- och lungmedicinen och därmed sammanhängande områden. Huvudsakligen är det läkare som får forskningsbidrag från föreningen, men även andra yrkeskategorier kan förekomma, tex sjukgymnaster eller medicinhistoriker.

Under 1985 delade föreningen ut cirka 10 miljoner till forskning.

Nationalföreningen startade 1904 genom ett upprop av Svenska läkaresäll-

skapet. Syftet var att bekämpa tuberkulosen i Sverige. Det var bla föreningens förtjänst att det startades sanatorier, skärmbilds- och dispensärverksamhet och att BCG-vaccineringen kom igång i vårt land.

På 50-talet bytte föreningen namn och kom att omfatta även hjärtsjukdomar. Ungefär samtidigt började den stödja olika forskningsprojekt. Men det var först på 60-talet som bidragsverksamheten kom igång på allvar. Tuberkulosen var då bekämpad, och stöd till forskning kom istället att bli föreningens främsta uppgift. Man ger dessutom ut upplysningskrifter om hjärt-, kärl- och lungsjukdomar och stödjer vetenskapliga konferenser.

– Våra administrativa kostnader är låga, säger föreningens kanslichef Wera Gräslund. Vi är sex anställda på kansliet, men bara två på heltid.

– Det är främst genom gåvor och testamenten som vi får in pengar, berättar hon vidare.

– Dessutom har vi vår Hjärtfond som människor sätter in pengar på då de vill gratulera vid födelsedagar eller

ge en gåva vid dödsfall.

– Varje år säljer vi julbrevmärken och får den vägen in cirka 1,7 miljoner kronor netto på ett år.

– Vi ger ut kvartalstidskriften Hjärta-Kärl-Lungor, som innehåller referat av forskningsprojekt föreningen givit bidrag till samt andra vetenskapliga artiklar som rör de sjukdomsgrupper som vi arbetar mot. För bedömning av forskningsansökningar som kommer till föreningen finns en vetenskaplig nämnd. I den sitter föreningens generalsekreterare, professor Åke Hanngren, samt professor emeritus Gunnar Dahlström, professor Lars Werkö och docent Harald Eliash. Dessutom är professor Gunnar Boman (lungmedicin) och docent Ingemar Cullhed (hjärtmedicin) adjungerade till nämnden.

Ansökningarna bedöms efter frågeställning, metodik och den sökandes meriter.

Dels ges bidrag till enskilda forskare och dels till forskningsgrupper. Det går också att få bidrag från föreningen till resor till vetenskapliga kongresser.

Text: Gunilla Lockne

RHL:s forskningsfond

Sedan mitten av 60-talet har RHL en fond som stödjer medicinsk forskning. Den skiljer sig från Svenska Nationalföreningens genom att den är något mer inriktad på socialmedicinsk forskning.

Under perioden april 1976 till mars 1985 har 1,2 miljoner kronor delats ut från RHLs forskningsfond.

– RHL annonserar ut sina forskningsbidrag två gånger om året i Läkartidningen i en annons tillsammans med Svenska Nationalföreningen mot Hjärt- och Lungsjukdomar, berättar RHLs förbundskassör Bengt Dahlström.

– RHL delar regelbundet ut 50000 kr på hösten och 50000 kr på våren. Men det går att få bidrag även mellan dessa perioder.

– RHLs forskningsfond ökade kraftigt genom att vi i mitten på 70-talet fick ett par testamenten på närmare en miljon kronor till forskning.

– Sedan dess har gåvor och testamenten fortsatt att komma in till vår fond.

– Inga administrativa kostnader belastar fonden. Forskningsfonden sköts av RHLs kanslipersonal.

– Från april 1976 finns forskningsfonden med i RHLs bokslut som en egen rubrik. Och 1982 fick fonden egna stadgar.

– Det är RHLs förbundsstyrelse som beslutar om forskningsbidragen, men man remitterar vissa ansökningar till Svenska Nationalföreningens vetenskapliga nämnd för yttrande. Samarbetet med Svenska Nationalföreningen har alltid varit nära och gott.

Under den senaste kongressperio-

den (1982–85) har 734000 kr delats ut. Bland de forskningsprojekt som fått bidrag från RHL kan nämnas:

professor Töres Theorell, Statens institut för psykosocial miljömedicin, Solna, till forskning angående patienter med mild essetionell hypertoni

Britt-Marie Östman, Örebro, till forskningsprojektet Hur ter sig vuxenlivet för barn opererade för medfött hjärtfel

Svenska cardiologföreningen till hjärt- och lungräddningsprogram

bitr överläkaren Joep Perk, Oskarshamn, till utveckling av astmavården vid medicinkliniken, det sk Oskarshamnsprojektet.

Forskningsbidrag delas ut till läkare, sjukgymnaster, sjuksköterskor och psykologer.

RHLs forskningsfond skall inte sammanblandas med RHLs Blomsterfond, se annons sista sidan.

Implanterbart el-hjärta om 10–15 år

Professor Bjarne Semb, chef för thoraxkirurgiska kliniken vid KS, kommenterar i denna intervju den aktuella debatten om konstgjorda hjärtan och hjärtr transplantationer. Han anser bla att det inom 10–15 år borde vara möjligt att få fram ett artificiellt hjärta som i sin helhet kan planteras i patientens brösthåla. Enligt Semb kan vanliga hjärtr transplantationer nu anses ingå i vardaglig thoraxkirurgisk praxis, experimentstadiet är passerat.

Bjarne Semb säger att han allmänt sett är mycket imponerad över den styrka och livslust som den svenske patienten med det konstgjorda hjärtat visade. Semb reagerar mot bla dem som i debatten ifrågasatt om det över huvud taget är ett liv med ständig kvalitet att leva med ett konstgjort hjärta. Är detta alls mänsklig värdighet eller bara ett slags "artificiell" tillvaro till låns, fylld av dödsångest och rädsla för att maskineriet skall stanna?

– Det är ett resonemang som inte stämmer med verkligheten, säger Semb. Fram till bakslaget med järnblödningen ökade patientens allmänna välbefinnande och livslust kontinuerligt. Han kände sig allt starkare och fungerade både kroppsligt och intellektuellt mycket bättre än före implantationen av det konstgjorda hjärtat.

– Det är förvisso svårt att definiera begreppet livskvalitet, men vår patient ångrade aldrig någonsin implantationen av det konstgjorda hjärtat och han var – på det hela taget – vid utomordentligt gott mod. Personligen är jag övertygad om att patientens livskvalitet, hans glädje över tillvaron osv var i paritet med många andra människor, i vart fall fram till det att han drabbades av den cerebrala komplikationen.

Trombosrisken

Semb poängterar att rent mekaniskt har Jarvik-7-hjärtat fungerat problemfritt under de omkring sex månader som gått sedan implantationen gjordes.

– Själva trombosrisken med det artificiella hjärtat ser nu ut att vara systemets svagaste länk, säger Semb och tillägger att forskningen inom området bör fokuseras på just den aspekten. Man bör även diskutera vad som kan åstadkommas i fråga om förbättrad och förstärkt icke-trombogen ytbeläggning i alla delar av platsbyrtat som kommer i direkt kontakt med blodet.

Semb säger att det för framtiden också krävs en mindre justering av själva utflödesdelen i hjärtprotesen. Redan en förändrad flödesmekanik förmodas kunna minska trombosbenägenheten.

Hög dos antikoagulantia

– Vår generella erfarenhet är också att doseringen av de medel som motverkar blodproppsbildning måste vara betydligt större än vad man normalt använder i samband med antikoagulationsterapi.

Den svenske patienten har också fått en rätt omfattande antikoagulationsbehandling, bla med samtidig dosering av trombocythämmare och antikoagulationsmedel som waran, heparin och salicylater.

Doseringen har tex varit starkare än den regim som läkare i USA tillämpat vid implantationer av artificiella hjärtan där. I detta ryms säkert en del av förklaringen till att den svenske patienten också klarade sig relativt mycket bättre än de amerikanska patienterna.

Det kan i övrigt noteras att patienter med artificiella hjärtan inte behandlas med några som helst andra läkemedel. Det krävs tex inte som vid vanliga hjärtr transplantationer någon behandling med immunsuppressiva medel.

Ny drivprincip att vänta

Professor Sembs personliga summering hittills av den svenska implantationen av ett artificiellt hjärta är att man otvetydigt visat att hjärtprotesen verkligen fungerar både som princip och kliniskt funktionsmässigt men att konstruktionsmässiga förbättringar

behövs och att sådana snart också kan stå för dörren.

– Sannolikt kommer tex den nuvarande pneumatiska principen för drift av det artificiella hjärtat att kunna ersättas av en mer förfinad elektromotorisk drift, säger Semb och tillägger att detta i ett slag skulle innebära en väsentlig krympning av systemets yttre format.

– Jag tror det är fullt möjligt att inom de närmaste ca 10–15 åren få fram ett artificiellt hjärta som i sin helhet, dvs inklusive drivenhet, kan planteras i patientens brösthåla. Det pågår redan utveckling av små mycket lovande elektromotorer med just så låg grad av energiförlust att de verkar passa i sammanhanget.

Pulsativt hjärta

Forskningen om det artificiella hjärtat som princip har teoretiskt arbetat utifrån två modeller, dels den existerande Jarvik-modellen med en stötviss pumpande protes, dels med teorier om ett system baserat på en kontinuerlig blodgenomströmning.

Enligt Semb är en vidareutveckling av det pulsativa hjärtat det mest realistiska alternativet, åtminstone på vetenskapens nuvarande standpunkt.

Fler implantationer

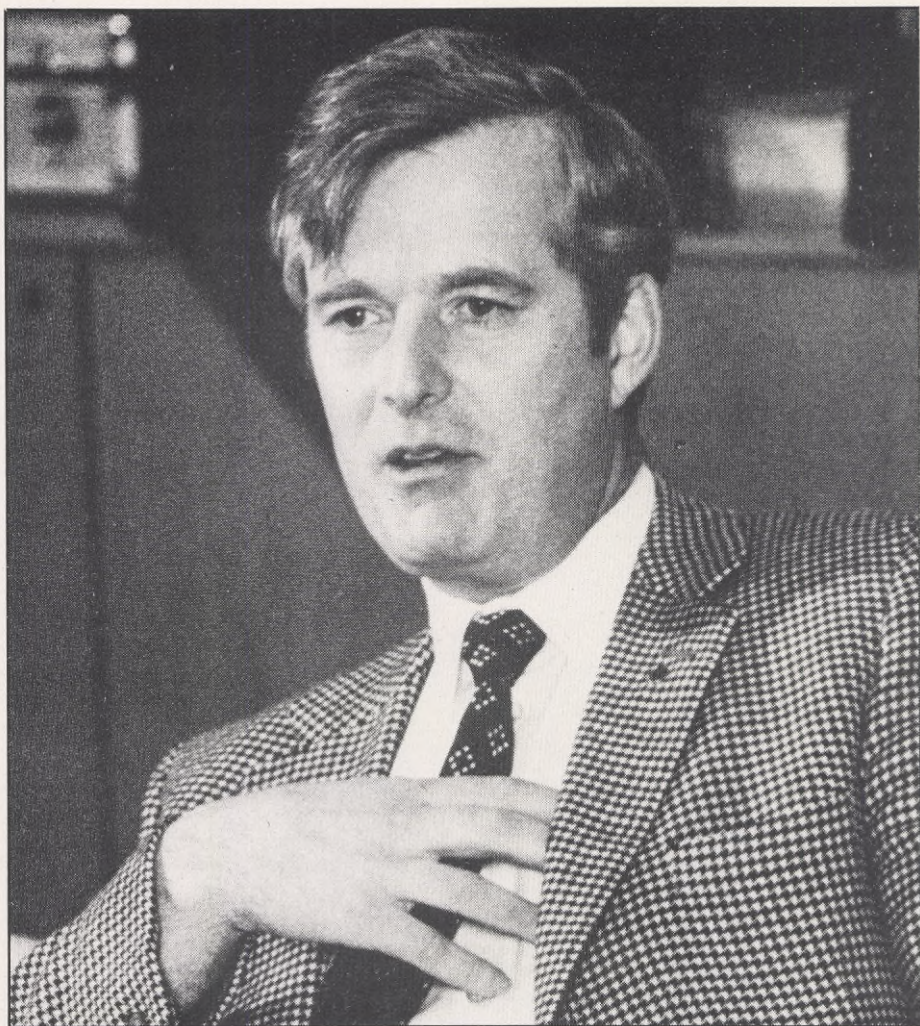
Blir det fler implantationer av artificiella hjärtan i Sverige? På vem? Med vilka indikationer? Och hur stort är behovet av konstgjorda hjärtan?

Bjarne Semb säger att ytterligare implantationer kan tänkas men att detta sannolikt inte blir aktuellt innan man är mer säker på att planerade konstruktionsförbättringar etc verkligen minskar trombosproblemen.

– Vad själva behovet anbelangar är svaret helt beroende av hur pass bra och väl fungerande artificiella hjärtan kan utvecklas, säger Semb.

– Men får man fram ett artificiellt hjärta som i funktion och kapacitet ligger någorlunda nära det biologiska hjärtat tror jag att det finns behov av sådan behandling hos rätt många patienter, tex hos människor med hjärtsvikt i vad som kan bedömas vara ett otvetydigt slutskede.

Bjarne Semb anser att indikationerna för implantation av ett artificiellt hjärta – med den kunskap man har idag – begränsas till kortvariga be-



– Jag tror det råder stor enighet om att forskningen om konstgjorda hjärtan är så intressant och även så lovande att den bör fortsätta, att vi med de teknologiska resurser som finns i Sverige bör – och har råd med det – vara med i denna utveckling, säger professor Bjarne Semb, Stockholm.

handlingsperioder, "väntelägen" i avvaktan på ett givarhjärta för organtransplantation, eller för en mer långsiktig behandling av patienter där hjärtrtransplantation anses kontraindicerad. Då kan implantation av artificiellt hjärta förhoppningsvis förbättra patientens allmänna ork och hälsotillstånd så mycket att en hjärtrtransplantation så småningom kan bli aktuell.

Semb tillägger att indikationen för en vanlig hjärtrtransplantation är "sista behandlingsalternativ" vid allvarliga medfödda hjärtsjukdomar, kardiomyopier eller helt utbrända koronarkärl, eller när hjärtmuskulaturen är mer eller mindre utslagen efter en kraftig infarkt och patienten är på väg in i en klar slutfas med bl a uttalad hjärtsvikt.

Kostnader och nytta

Debatten om den experimentella thoraxkirurgin har också handlat rätt mycket om pengar.

Hur dyr är egentligen forskningen om artificiella hjärtan? Vilka perspektiv

öppnas ekonomiskt och vårdpolitiskt inför en högteknologisk satsning på relativt små patientgrupper? Står kostnaderna i proportion till vad man kan vinna?

– Det vore synnerligen olyckligt om man skulle se denna forskning som ett slags dyrbar lyxverksamhet, något som orätmätigt slukar allt mer av krympande resurser. Det kan inte nog poängteras att forskningen om det artificiella hjärtat har kostat relativt blygsamma belopp och att det hela – över huvud taget – handlar om en rent experimentell utveckling i en obetydlig startfas. Även om anslagen ökar tror jag att forskningen om artificiella hjärtan kan bli en god sjukvårdsinvestering för framtiden. Det finns tex stora belopp att spara om man – med olika metoder – kan förkorta sjukskrivningarnas längd vid hjärtsjukdom, säger Semb och tillägger att det förvisso inte finns någon motsättning mellan högteknologisk forskning av detta slag och tex förebyggande åtgärder för att minska frekvensen av hjärtsjukdomar.

Går ej att garantera

Semb har dock reagerat mot det i debatten framförda argumentet att en svensk motsvarighet till det sk Nordkarelen-projektet för förebyggande av hjärtsjukdomar skulle kunna rädda fler liv än konstgjorda hjärtan till en bråkdel av priset för de senare.

– Det är en kärnpunkt i all forskning att man inte på förhand vet vad ett visst projekt kommer att ge. Jag kan inte helt säkert garantera att forskningen om konstgjorda hjärtan kommer att resultera i vissa bestämda kliniska resultat. Lika litet tror jag att de som arbetar med preventiva insatser kan garantera ett bestämt resultat tex i fråga om förbättrad folkhälsa.

– Det vore för övrigt orimligt om vi skulle bedriva medicinsk forskning enkom utifrån vissa på förhand specificerade nyttoresultat, säger professor Semb. Då kan vi alla ge oss med en gång.

– Jag tror det råder stor enighet om att forskningen om artificiella hjärtan är så intressant och även så lovande att den bör fortsätta och att vi med de teknologiska resurser som finns i Sverige också bör – och har råd att – vara med om denna utveckling.

Bjarne Semb poängterar att varken implantationen av det artificiella hjärtat eller de hjärtrtransplantationer som utförts vid Karolinska sjukhuset fått några negativa konsekvenser för annan mer rutinbetonad thoraxkirurgi.

Experimentstadiet förbi

– Vi upprätthåller den vanliga aktivitetsnivån på kliniken, allt väl i överensstämmelse med tex den norm som socialstyrelsen stipulerat för vår verksamhet, säger Semb och tillägger att det nu råder enighet mellan bl a socialstyrelsen och läkarkåren om att verksamheten med hjärtrtransplantationer i princip kan anses ingå i vardaglig klinisk praxis, dvs experimentstadiet är passerat.

Bjarne Sembs tolkning av det aktuella rättsläget i Sverige är att klinikererna får avgöra – med hänsyn till bl a behov, kunskaper och lokala resurser – om hjärtbodyten med utländska givarhjärtan skall utföras.

Medicinskt beslut

Enligt Semb är det en missuppfattning av de verkliga förhållandena när man påstår att socialstyrelsens förra generaldirektör Barbro Westerholm skulle ha givit Karolinska sjukhuset ett (begränsat) "tillstånd" till endast tre hjärtrtransplantationer.

– Det är ett medicinskt beslut som varje klinikchef måste fatta om indi-

Forts sid 16

Hjärtsjukas eftervård

RHL anordnade i slutet av november 1985 en tvådagarskonferens om hjärtsjukas eftervård. Liksom vid lungsjukvårdskonferensen en månad tidigare höll man till på Hässelby slott utanför Stockholm.

Första konferensdagen upptogs av föredrag och andra av diskussioner i grupp av hur förbundet skall arbeta för att föra ut sitt eftervårdsprogram och få vara med i utformningen av framtidens hjärtsjukvård.

Docent Lars Wilhelmsen, överläkare vid Östra sjukhuset i Göteborg talade om hur man kan förebygga hjärt- och kärlsjukdomar.

– Hittills har sjukvårdens personal stått med ett skyddsnät och fångat upp de människor som redan drabbats av sjukdomar. Men enligt utredningen Hälso- och sjukvård inför 90-talet skall landstingen i fortsättningen också ha ansvaret för att förebygga att människor blir sjuka, sade han.

– Våra kostvanor och rökning är viktiga orsaker till hjärt- och kärlsjukdomar.

– Den svenska normalkosten innehåller för mycket fett och kolesterolvärdena ligger högt för den svenska befolkningen i internationell jämförelse. Proportionerna mättat fett – fleromättat måste ändras.

– Ju mer mättat fett ju fler hjärtinfarkter i befolkningen.

– I Japan äter man lite mättat fett och har låga siffror för hjärtinfarkt. Finland, särskilt östra Finland, ligger högt i infarktstatistiken.

– Ät mindre mängd mättat fett, rök inte och håll blodtrycket under kontroll då minskar riskerna att drabbas av hjärtinfarkt, summerade Lars Wilhelmsen.

Psykolog i vården

Psykolog Jan Svensson, Södersjukhuset, redogjorde för ett försök med

psykologmedverkan i behandlingen av patienter med hypertoni, dvs högt blodtryck.

– Vården behöver omorganiseras så att psykologen inte bara som hittills finns med som en konsult som kan anlitas då läkarna tycker det behövs, ansåg Jan Svensson. Psykologen bör ingå i behandlingsteamet på en hypertoniomottagning.

Den bör vara med inte bara vid ut-

redning och diagnosticering utan också vid behandling.

– Den försöksverksamhet som vi haft i ett års tid på hypertoniomottagningen på Södersjukhuset där psykolog medverkat en dag i veckan har stötts ekonomiskt av bl a RHL. På en dag i veckan hinner psykologen inte ge så mycket individuell behandling. Istället får han inrikta sig på att utbilda övrig personal att bättre hjälpa pa-



Psykolog Ingela Wiklund (mitten) i samtal med konferensdeltagarna Clary Looström, Västervik och Bertil Andersson, Kungshamn.



Ett populärt inslag på konferensen var pausgymnastik mellan föredragen. Konsulent Birger Unnbom ledde till tonerna av Vi går över daggstänkta berg och med specialskrivna ord om hur man skulle röra sig.

tienterna med deras psykologiska svårigheter.

– Vi försöker också behandla patienter i grupp och lära ut en metod så att de själva tar större ansvar för sitt blodtryck. De får träna sig att känna när blodtrycket är högt och får lära sig en teknik att själva reglera blodtrycket, sade Jan Svensson.

Kostens betydelse

– Kosten har stor betydelse för uppkomsten av hjärt- och kärlsjukdomar och dietist Karin Hådem, Karolinska sjukhuset, redogjorde för kostbehandling vid högt blodtryck. Hon talade också om vad och hur man skall äta för att äta näringsriktigt och bra.

– Ät magert kött, skär bort allt synligt fett, använd lätta mjölkprodukter och rätt slags fett (fleromättat), ät ofta fisk och var försiktig med salt, var hennes råd i ett koncentrat.

– Kostbehandling är en billig metod och alla i en familj mår bra av att använda den kost som rekommenderas för en människa med högt blodtryck och höga blodfettvärden, ansåg hon.

Nyttan av motion

– Visserligen är det inte vetenskapligt bevisat att det är bra för människan att motionera, men det är inte heller bevisat att hunden behöver motion och ändå vet alla hundägare att hunden mår bra av det, sade konsulent Birger Unnbom från Korpen i Norrbotten, som inledning till sitt anförande.

Han har många års erfarenhet av att leda rehabiliteringsgymnastik för hjärt- och kärlsjuka och tycker att deltagarnas egen känsla av att må bra av motionen och av att ha utbyte av gemenskapen och glädjen kring den, är bevis nog, för att motion är bra.

Psykologiskt stöd

Psykolog Ingela Wiklund, Östra sjukhuset i Göteborg, berättade om krisreaktioner efter hjärtinfarkt och om bra och dåliga sätt att hantera sin situation.

– Så gott som alla som drabbas av en hjärtinfarkt hamnar i en kris, sade hon.

– Det är viktigt att veta att det är naturligt och mycket vanligt, och man bör förberedas på det.

– De flesta blir inaktiva och osäkra efter en infarkt. De upplever att det är mycket de inte längre får göra och känner att de inte kan fungera på samma sätt som tidigare. Den egna identiteten blir hotad, tycker de.

– Men de flesta kan leva nästan samma liv som tidigare om de får hjälp och stöd att komma över sin rädsla och passivitet.

RHLs roll

Om hur RHL som patientorganisation kan samarbeta med sjukvården gav förbundsstyrelseledamoten Tore Leijon, Malmö, exempel på i ett anförande och Leif Olsson, Malmö, berättade om utbildning i hjärt- och lunggräddning som RHL i Skåne och Blekinge har.

I grupparbetet diskuterades hur RHL på förbunds-, läns- och lokalnivå kan arbeta för att föra ut förbundets eftervårdsprogram och hur man skall bygga upp kontakter med sjukvårdspersonal och politiker för att kunna påverka så att hjärtsjukvården blir så bra som möjligt.

Text och foto: Gunilla Lockne



– Det är inte vetenskapligt bevisat att hunden behöver motion – men den mår bra av det. På samma sätt är det med människor som har hjärt- och kärlsjukdomar. De mår bra av motion, även om det inte är vetenskapligt bevisat att de blir bättre rent medicinskt av det. Det sade motionskonsulent Birger Unnbom på RHL:s konferens om hjärtsjukas eftervård.

VAD TJÄNAR DET DÄR TILL?

DET GÅR BRA ATT SÄLJA PERUKER OCH LÖS-FLÄTOR....

Clues and Answers:

- Across:**
 - 1: EN KLUBB I KROKETT
 - 2: STAD OCH TÖS
 - 3: FÄRGS-HANDELS VAROR
 - 4: KÄRLERS GUD KINESISK HÄRSKAR ATT
 - 5: KAN MÅLARE
 - 6: TRÅD
 - 7: TYSKT ETT LITTIKÄNT DRAGARE
 - 8: LÄNGTAR MÅNGEN IN-VANDRADE TILL
- Down:**
 - 1: GÖR HA LÄRT SIG NÅGOT
 - 2: TRÄNAS I SIMNING
 - 3: BILDÄR EN KÄR
 - 4: TILLKÄNNAGES BYRÅ
 - 5: HETER EN STOR UNDERHÅLLARE
 - 6: HETER INGET FÖR FRAM EKAN
 - 7: DAMMFISK
 - 8: EN ANSÄTTS TILL EN ANSÄTTS
 - 9: FELAR LÄTT FÖRSTÄ OCH
 - 10: HÄR SIN LEDNINGSGÅ FÖR MÅGÅ
 - 11: SES VID MED SÄFFRIPPEN
- Words in Grid:**
 - TAN-GEN-TER SMÅ-DOSER
 - BULLE
 - SCEN-FOLK BLOM-HÅLLARE
 - ÄR RAN-DIGT TEKNAD JAKTAR
 - HIT-TADE
 - UT-PEKA
 - BIL-LAR TUFFA VIK-TOR
 - INRE LED-NING
 - ENERGI
 - EFT UT-TRYCK FÖR DUM IDAG MASKIN
 - POST-TÄLNING FÖRSTA MÅLET
 - GÅR VID JAKT
 - SÄTT ATT BYGGA
 - RENA RAMA TROLL-KONST-TEN
 - LYSER I LYRAN STYRT
 - ÄGA
 - HAR MED TIDEN ATT GÖRA
 - SKJU-TER DÄLIG
 - DRÄ-GIT IHOP
 - MISS
 - KALLE NILS-SON
 - KAN MAN I MÅGÅ
 - AN-GER STOR-LEKEN

Lösningar skall vara märkta "Bildkryss nr 1" och måste vara Status-redaktion, Box 9090, 10272 Stockholm, tillhanda senast den 20 februari.

Fyra priser utdelas, ett på 75, ett på 50 och två på 25 kr.

Lösning och pristagare meddelas i Status marsnummer.

Namn _____

Adress _____

Postadress _____

Status

BILDKRYSS nr 1

UNDERSÖKNING

Kongressen i Borlänge 1985 beslutade att ge förbundsstyrelsen i uppdrag att fortsätta sina ansträngningar att få ett fast avdragsbelopp på självdeklarationen för hjärt-, kärl- och lungsjuka. Som ett led i dessa ansträngningar vill styrelsen genomföra en undersökning bland förbundets medlemmar för att få bättre kunskaper om medlemmarnas erfarenheter av förbundets bilaga till 1985 års självdeklaration avseende taxeringsåret 1984. De yrkade avdragen för året 1984 har nu antingen beviljats eller avslagits av taxeringsnämnden.

Ev ytterligare information om undersökningen lämnas av Bo Månsson.

För 1984 taxerad inkomst kr (Första sidan på självdeklarationsblanketten)

För 1984 yrkade avdrag pga
kostnader

		<u>Beviljat</u>		<u>Orsak till avslag</u>
Mediciner	..... kr	Ja	Nej	.....
Läkarvård och behandling	..... kr	Ja	Nej	.....
Resor till läkare och pol klin	..... kr	Ja	Nej	.....
Fördyrad kost	..... kr	Ja	Nej	.....
Tekniska hjälpmedel	..... kr	Ja	Nej	.....
Övriga kostnader	..... kr	Ja	Nej	.....

Har överklagat avslagsbeslutet

Talongen insändes utan namn till: RHL, Box 9090, 10272 STOCKHOLM

RIKSFÖRBUNDET FÖR HJÄRT OCH LUNGSJUKA



BLOMSTERFOND

BLOMSTERFONDEN

tar emot gåvor

Postgirokonto 90 00 11-8



Medel ur blomsterfonden användes för bidrag till bl a hjälpmedel av olika slag som ej kan erhållas från samhället.

Blomsterfonden har sedan 1963 delat ut betydande belopp till tusentals hjärt- och lungsjuka



Vill Du veta mera kontakta vår lokalförening eller RHL



RIKSFÖRBUNDET FÖR HJÄRT- OCH LUNGSJUKA

Box 9090, 102 72 Stockholm. Tel 08/69 09 60

Postgiro 90 00 11-8

