

Sociala och psykologiska problem hos hjärtpatienter¹

1. Patienter med klaffel

Av docent *Gunnar Björck* och kurator *Eva Trulsson*

Under de senaste fem åren har ett omfattande arbete bedrivits vid medicinska kliniken i Malmö och dess hjärtlaboratorium för att belysa hjärtsjukdomarnas utbredning ("epidemiologi"), förlopp ("naturalhistoria") och allmänna sociala betydelse. För sådana studier, som självfallet är av stort intresse med hänsyn till den dominerande roll sjukdomar i hjärta och blodkärl kommit att spela i den moderna civilisationen, lämpar sig Malmö synnerligen väl. Man har här en stor, stabil och statistiskt väl bokförd befolkning (nu c:a 215.000 innevånare), ett enda, stort sjukhus med ett innehållsrikt journalarkiv, och genom en följd av år ligger också frekvensen av obduktioner av inom sjukhuset avlidna patienter mycket högt (över 90 %), vilket ger en god kontroll av den kliniska diagnostikens exakthet.

De grupper, för vilka vi särskilt intresserat oss, har varit de reumatiska klaffelen, hjärtinfarktarna och de funktionella hjärtsjukdomarna ("hjärtneuroserna") (1—5). Mera begränsade studier har dessutom gjorts av de akuta hjärtmuskelinflammationerna (6, 7) och hjärtsäcksinflammationerna (8, 9). Särskilt "klaffelsundersökningen" har sedermera provisoriskt fullföljts genom en särskild läkarmottagning av dispensärtyper. Detta sammanhänger med att vi fann, att det intresse och det förtroende från patienternas och deras anhörigas sida, som vi mötte för våra strävanden, inte utan vidare kunde klippas av, när den egentliga medicinska materialsamlingen kunde avslutas. I stället fann vi det, både medicinskt och mänskligt, angeläget att fortsätta kontakterna. Vi vill här understryka, att vi icke avser att minska de praktiserande läkarnas intresse för och möjligheter att sköta även det slag av

sjuka, som omfattats av våra vetenskapliga undersökningar. I stället är det vår tro, att en basorganisation på sjukhuset är ett rationellt instrument för att underlätta de praktiserande läkarnas vård även av patienter med allvarliga sjukdomar och för att förmå de sjuka att stå under regelbunden läkartillsyn.

Under dessa strävanden kunde vi inte undgå att få inblick i ganska många av de problem, som våra patienter hade, och som inte alla var strikt "medicinska", men ändå spelade en stor roll för deras välbefinnande. Vi tyckte kanske att vi fick ett ganska hyggligt grepp om deras medicinska problem, men vi var medvetna om att vår kännedom om deras psykologiska och sociala problem var ytlig och ofullständig. Denna känsla ledde oss — icke minst inför det tilltagande intresset för rehabilitation utomlands och här hemma — till ett försök att samla mera kunskaper om de verkliga problem, som möter den hjärtsjuka i hemmet och arbetet efter utskrivningen från sjukhuset. Vår senaste erfarenhet har givit vid handen, att patienterna av "hänsyn" till doktorn och hans strängt upptagna tid bemödar sig att inte besvära honom med problem, som de själva uppfattar som icke-medicinska.

Det är en utbredd uppfattning, att sjukdomar i hjärta och kärl har ökat i omfattning i den västerländska civilisationen under senare år. Minskad barna- och ungdomsdödlighet, bättre behandlingsmetoder och gynnsamma sociala förhållanden överlag (med bl. a. mindre krav på tungt kroppsligt arbete och mindre barnkullar) har också gjort det möjligt för de hjärtsjuka att leva längre trots nedsättning av den fysiska arbetsförmågan. Sådana faktorer skapar ett ökat behov av intresse för dessa patienters sociala och psykologiska omvårdnad. Den undersökning, vars första avsnitt härmed framlägges, är avsedd att utgöra ett bidrag till att belysa dessa problem.

¹ Denna undersökning har utförts med ekonomiskt bistånd av Syskonen Wesséns Stiftelse, för vilket författarna framföra sitt varma tack.

Allmänt om patientmaterialet och undersökningsmetoderna

De patienter med klaffel och hjärtinfarkt (10), som ingår i vårt material, har alla vårdats innerliggande vid medicinska kliniken, Malmö Allmänna Sjukhus, och i vår undersökning har vi följt upp, vad som hänt dem under ett antal år från den sjukhusvistelse vi valt till utgångspunkt (1951—53) — i allmänhet sålunda 3—6 år. Endast patienter med kliniskt säkerställd diagnos har medtagits, och efterundersökningen har verkställts antingen i patientens hem eller polikliniskt vid sjukhuset. Ett ringa antal patienter har varit intagna på kroniskt vårdhem vid undersökningstillfället. Hembesöken underlättar bedömandet av patienternas miljöförhållanden, medan sjukhusmottagningens mera indifferent miljö ofta medger en friare diskussion av vanskliga aktuella problem. Ingen patient, som blivit tillfrågad, har undandragit sig medverkan; flertalet har spontant uttryckt sin glädje att få diskutera sina personliga problem från denna utgångspunkt, och åtskilliga (8 %) har senare självantaget återknutit kontakten i samband med att nya svårigheter gjort sig påminda. Det är uppenbart, att det material, som framkommer vid utförliga personliga samtal av den typ, som här ägt rum, icke utan vidare kan sammanställas siffermässigt. Vi får därför nöja oss

med att redovisa vissa enkla uppgifter i tabellform, men i övrigt begränsa oss till att återge våra allmänna intryck av tendenser och problem.

Klaffelspatienterna: materialets sammansättning

Materialet består av 85 patienter, varav 23 män och 62 kvinnor. Av dessa har 5 män och 18 kvinnor genomgått operation för mitralisstenos. I jämförelse med fördelningen av vitier i befolkningen, sådan den framkom vid 1953 års klaffelsundersökning (1, 2), torde i det här föreliggande materialet mitralisvitierna vara något överrepresenterade i förhållande till aortavitier. Proportionen män till kvinnor är däremot tämligen adekvat, 27 % mot 31 % i klaffelsmaterialet. Likaså överensstämmer åldersfördelningen, med ett maximum i 40—50 årsåldern, väl med den i klaffelsmaterialet (fig. 1).

Patienternas sociala förhållanden

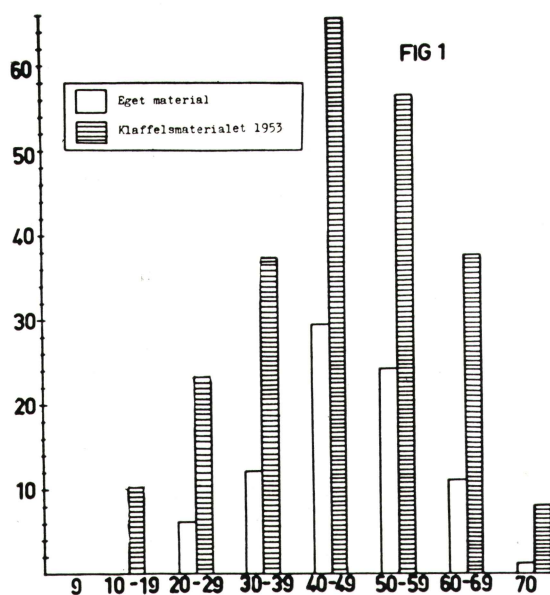
Vi har undersökt, hur patienternas sociala förhållanden ter sig, även mot bakgrunden av vad som gäller för befolkningen i dess helhet. 78 % av männen och 77 % av kvinnorna levde i äktenskap, vilket ungefär motsvarar vad som gäller för befolkningen i motsvarande åldersgrupper i Malmö. Socialgruppsstillhörigheten (enligt valstatistikens indelning) framgår av tabell 1.

Tabell 1.
Socialgruppsfördelning enligt yrke

Socialgrupp	M	%	Kv.	%
1	—	—	—	—
2	6	27	18	29
3	17	73	44	71

Aktuella uppgifter angående socialgruppsfördelningen i Malmö har icke kunnat erhållas, men sannolikt skiljer sig klaffelsmaterialet icke nämnvärt från befolkningen i dess helhet på annat sätt än att socialgrupp 1 här är något underrepresenterad. Detta förhållande kan vara slumpmässigt betingat.

Av tabell 2 framgår, att familjer med ett eller två hemmavarande barn är vanliga, särskilt i



åldrarna 40—49 år. Genomsnittliga antalet barn (samtliga) per familj var 1,7. Ej heller i dessa hänseenden torde patientmaterialet avvika från vad som är vanligt i befolkningen.

Tabell 2.
Antal hemmavaroende barn under 16 år

Patientens ålder	1 barn		2 barn		3 barn		4 barn	
	M	Kv	M	Kv	M	Kv	M	Kv
10—19								
20—29		1	1	1				
30—39	3			2			1	
40—49	1	4	2	5	2	1		
50—59	1	2						
60—69								
Summa	5	7	3	8	2	1		1

Antal hemmavaroende barn över 16 år

Patientens ålder	1 barn		2 barn		3 barn		4 barn	
	M	Kv	M	Kv	M	Kv	M	Kv
10—19								
20—29								
30—39								
40—49	1	6		1				
50—59	2	2		2				
60—69				1				
Summa	3	8		4				

Bostadsförhållanden

Den procentuella fördelningen av bostäder enligt lägenhetsstorlek framgår av tabell 3. Som jämförelse har medtagits den procentuella fördelningen för hela Malmö.

Tabell 3.
Bostadsförhållanden

	Klaffels- patienterna	Malmö
	%	%
1 rum och kokvrå	2	7,3
2 rum och kokvrå	—	2,0
1 rum och kök	27	25,5
2 rum och kök	48,5	36,9
3 rum och kök	16	15,4
4 rum och kök	3,5	7,4
5 rum eller fler	3	5,5

Uppenbarligen skiljer sig inte heller bostadsförhållandena för dessa patienter nämnvärt från vad som gäller för Malmö-befolkningen som helhet. 15 % av patienterna eldar själv, 13 % har toalett på gården. Motsvarande pro-

centsiffror för hela Malmö är 22 % respektive 24 %. Patienterna i vårt material har således lägenheter med bättre standard än Malmö-befolkningen i övrigt. 13 av patienterna har försökt byta lägenhet men ej lyckats erhålla någon lämplig. 6 av dessa saknade centralvärme och WC. De övriga 7, som bebor en omodern lägenhet har ej velat byta, eftersom de anser det psykiskt påfrestande att behöva byta miljö. I enstaka fall, där byte skett, har man haft svårt att trivas med den ringa lägenhetsytan och det opersonliga förhållandet till grannarna.

Patientens upplevelse av sin sjukdom

Tabell 4.
Ålder vid första subjektiva symtom

	Män	%	Kvinnor	%
0—9	—	—	2	3
10—19	4	17	17	27
20—29	7	30	19	31
30—39	5	22	11	18
40—49	5	22	10	16
50—59	2	9	2	3
60—69	—	—	1	2

Av tabell 4 framgår den ålder, vid vilken patienterna först själva känt av sin hjärtsjukdom. (För en mera detaljerad framställning av den reumatiska hjärtsjukdomens naturalhistoria hänvisas till referens 11.) Vi kan inte här diskutera mer än enstaka aspekter av, hur patienterna upplever sin sjukdom, men har valt att ta upp frågan om sjukhusvistelsens betydelse för patienten även från psykologisk synvinkel.

56 % av patienterna har varit nöjda med sjukhusvistelsen och hade ej känt någon svårighet att anpassa sig. För de övriga hade den huvudsakliga svårigheten bestått i att ligga på allmän sal. De tyckte inte att de hade fått den vila, som de behövde — i några fall ansåg patienterna också, att läkaren inte haft tillräcklig tid att tala med dem.

Klaffelspatienter tvingas ofta under sjukdomens förlopp till upprepade sjukhusvistelser. Tabell 5 visar antalet sjukhusvistelser i detta patientmaterial. För att få reda på om patienterna så småningom vänjer sig vid sjukhusmiljön, eller i stället upplever situationen svårare för varje ny sjukhusvistelse, har de utfrågats om hur de upplevt de olika vårdtillfällena.

Tabell 5.
Antal sjukhusvister

Antal	Op. män	Op. kvinnor	Icke op. män	Icke op. kvinnor
1			4	9
2	1	1	1	6
3	1	2	6	10
4		4	3	7
5	1	2	1	3
6		3	2	4
7	1	2		2
8			1	
9		2		
10				2
11				
12		1		
Mer än 12	1	1		1
Summa	5	18	18	44

I 50 % av fallen ansågs den första intagningen svårast. Förvånande nog upplevde endast 3 av de 23 patienter, som hade genomgått operation för mitralisstenos, denna sjukhusvistelse som den svåraste. De övriga 20 tyckte att de hade haft stort stöd av läkarna och personalen i övrigt, vilket hade reducerat deras ängslan för operationen. De kände att man ägnade dem särskilt intresse. Det är tydligt, att den personliga kontakten med patienten spelar stor roll.

I betraktande av det stora antalet sjukhusvister för dessa patienter kan man naturligtvis fråga sig, om dessa alltid varit nödvändiga. Med tanke på sjukhusens platsbrist kunde man kanske i en del fall ha rätt sig med någon form av hemsjukvård. 9 % av patienterna ansåg, att sjukhusvistelsen inte varit nödvändig alla gånger, men att det kändes tryggt att kunna

få den rätta vården. Framför allt synes sjukhusvistelsen ha varit till stor lättnad för de närmaste anhöriga. Dessa vet oftast för litet om sjukdomen och kan inte rätt värdera de olika symtomen, vilket stundom gör dem onödigt ängsliga och oroliga, något som ytterligare smittar av sig på den sjuke. En mera aktiv hemvårdsorganisation, med strategisk bas på sjukhuset, som på Montefiorisjukhuset i New York, borde likväl kunna prövas i vårt land.

Konvalescenstiden

På grund av sjukhusens platsbrist händer det ej så sällan att patienter måste sändas hem, innan de är så fysiskt eller psykiskt starka att de förmår anpassa sig till det normala familjelivet. Den sista tiden på sjukhuset har likväl en sådan patient i förhållande till sina medpatienter kanske varit den friskaste. När han nu kommer hem och den första glädjen över att åter vara bland de sina är över, upplever han sin sjukdom och sitt handikap i kontrast till de övriga familjemedlemmarnas hälsa. Oro över sjukdomens natur och utveckling och bekymmer för framtiden får nu en påtaglig aktualitet.

Ofta kan hemförhållandena vara så ogynnsamma att det inte är tillrådligt att låta den sjuke återvända direkt hem utan en övergångsperiod på konvalescenthem. 15 % har vistats på sjukhassornas vilohem. De flesta av dem har trivts bra där, ehuru somliga funnit det en smula oroligt. De kände sig mer handikappade än de övriga gästerna. 7 % har tillbringat konvalescenstiden hos släkt eller vänner, men har

Tabell 6.
Typ av yrkesverksamhet

Ålder	Rörligt				Stillasittande				Kontorsarbete			
	Op.		Icke op.		Op.		Icke op.		Op.		Icke op.	
	M	Kv	M	Kv	M	Kv	M	Kv	M	Kv	M	Kv
10—19												
20—29			2	1							2	
30—39	1	2	1	1	1	1			1			
40—49	2	2	1	3	1	1					1	2
50—59			3	1			2	1				
60—69							1					
Summa	3	4	7	6	2	4	2		1		1	4

funnit det otrivsamt att vara till besvär för andra. 3 av patienterna har intagits på Malmö Sjukhem (avdelning för kroniskt sjuka) efter sjukhusvistelsen. De har alla accepterat detta och framhåller att de ej skulle vilja vara hemma, där de måste besvara andra. Denna attityd reflekterar sannolikt en väsentlig aspekt av dessa patienters psykologi.

Återanpassningen till arbetet

För flertalet klaffelspatienter — och särskilt för dem, som redan varit med om en eller flera sjukhusepisoder — uppställer sig naturligtvis frågan, huruvida deras arbete är lämpligt eller om de skall överväga att byta sysselsättning. I tabell 6 redovisas typen av arbete för de yrkesverksamma patienterna ("hemmafruar" och icke arbetande undantagna).

Av tabell 4 (sid. 273) framgick i det föregående, att mindre än fjärdedelen av dessa patienter haft subjektiva symtom från sitt hjärta före 20-årsåldern, och — i konsekvens härmed — har endast ett fåtal (4) ursprungligen valt yrke med hänsyn till sin sjukdom. Då ett betydande antal patienter har eller haft yrken, som ställer stora krav på rörlighet, har omplacering till annat arbete blivit önskvärd i åtskilliga fall. Av tabell 7 framgår, hur många patienter som på grund av sjukdom omplacerats. Av

dessas har hälften bytt arbete på läkares inrådan och hälften på eget initiativ. Företagarna har varit relativt villiga att placera de anställda i mindre ansträngande arbete. De svårigheter, som mött patienterna har huvudsakligen uppstått genom arbetskamraternas inställning. Patienterna känner att de har fått en undantagsställning och finner det svårt att visa arbetskamraterna sin oförmåga att orka med arbetet, vilket ofta föranleder dem till att arbeta över sin förmåga. Den första tiden efter omplaceringen har många därför ansett mera påfrestande än den fysiska ansträngningen i föregående arbete.¹

I 6 fall har arbetsförmedlingen anlitats. Endast en av dessa patienter anser sig ha fått tillfredsställande hjälp. I samtliga fall har de ansett det psykiskt påfrestande att oupphörligen behöva besöka arbetsförmedlingen utan resultat. De ansåg det meningslöst att bli erbjudna olämpliga arbeten, då det inte fanns några andra. Möjligen har detta förstärkt deras intryck av att vara "oförstådda".

I vårt material har endast i ett fall skyddad verksamhet tillämpats. En patient hade försökt med arbetsträning, men fick sluta på grund av sin fysiska oförmåga. Att ett så litet antal har hänvisats till denna form av rehabilitering beror möjligen på de relativt små möjligheterna att välja sysselsättning inom denna verksamhet, då industrierna ej varit tillräckligt intresserade. Någon remittering till arbetsklínik har ej heller förekommit.

Tabell 8 visar antalet patienter, som tidigare haft anställningar men tvingats sluta på grund av sin inkomensation. Av dessa skulle 21 % enligt egen utsägo kunna klara något lättare arbete. De flesta framhåller att det varit förenat med stora svårigheter för dem att acceptera

Tabell 7.
Resultat av omplacering

	Omplacering till annan sysselsättning inom samma företag			Omplacering till helt annan sysselsättning		
	Män		Kvinnor	Män		Kvinnor
Alder	Lyckats	Svårighet	Ej lyckats	Lyckats	Svårighet	Ej lyckats
10—19				2		
20—29		1		1		1 1
30—39				1 1		1 3
40—49	3		1	1		1 1
50—59		1 1		1 1		
60—69			1			
70—79						
Summa	3	2 1	2	4 3 1		3 4 1

¹ En faktor, som här ej berörts, är de ansträngningar, som färden till och från arbetsplatsen många gånger innebär. Flertalet av våra patienter har 10—20 minuters färdväg; endast 4 patienter har 30 minuters resväg eller mera. Färdsättet är vanligen cykel eller buss. Endast en av de senare, vars arbetsplats ligger utanför Malmö har direkt uppgivit att detta utgjort en särskild belastning. Förhållandena ligger tydligen ovanligt gynnsamt till i Malmö, som är en relativt "samlad" stad med goda kommunikationer. I andra städer, t.ex. Stockholm, torde situationen se sig annorlunda.

Tabell 8.

Patienter som för närvarande ej har arbete och som har slutat därmed på grund av sjukdomen

Ålder	Män		Kvinnor	
	Kan ej	Skulle kunna klara lättare arbete	Kan ej	Skulle kunna klara lättare arbete
20—29				
30—39	1		1	
40—49		1	2	4
50—59	2	1	10	
60—69	2		4	
Summa	5	2	17	4

sin oförmåga att arbeta. Då de ofta ej har haft något speciellt intresse, som de nu skulle kunna sysselsätta sig med, känner de sig ensamma och tänker då mera på sin sjukdom och de problem, som är förknippade med denna. Genomgående framhåller de sin känsla av värdelöshet, då de ej kan göra någon produktiv insats, utan ligger familjen och samhället till last. Utmärkande för våra patienter är deras vilja att klara sig själv. Det är därför svårt för dem att ta emot ekonomiskt stöd. Säkerligen hade en ekonomisk hjälp varit mera värdefull som ersättning för ett lättare arbete, även om deras kapacitet ej stode i proportion till ersättningen.

Då den ekonomiska hjälpen i en del fall går genom socialvården, måste man också beröra patienternas inställning till denna. Trots att man ändrat benämningen till socialvård i stället för fattigvård, betraktar patienterna den fortfarande som fattigvård. 12 av patienterna har anlitat socialvården, och av dem har 11 ansett detta förenat med psykologiska svårigheter. "Man känner sig som om man tiggde", framhåller några av dem. Det är möjligt att deras inställning är något beroende av de byråkratiska verksamhetsformerna samt tjänstemännens tid och förmåga att engagera sig i deras problem. Det klientel, som man möter inom socialvården, består till stor del av psykiskt defekta individer, som för en i dessa problem icke insatt person förefaller vara huvudsakligen arbetsovilliga. Man kan därför förstå den hjärtsjukes svårighet, då han är för-

satt i samma situation som dessa. För sådana patienter skulle det möjligen underlätta situationen, om det ekonomiska stödet vore närmare knutet till en medicinsk instans.

Elva av de gifta kvinnorna har yrkesarbete. 7 av dessa arbetar huvudsakligen därför att även maken är sjuk, varför arbete utom hemmet för dem tett sig som en tvingande ekonomisk nödvändighet. För de övriga 4 har yrkesarbetet väsentligen inneburit ett medel till bättre psykisk kondition, varjämte de utan att belasta maken kunnat unna sig hemhjälp. Flerparten av ifrågavarande arbeten är, anmärkningsvärt nog, sådana som kräver rörlighet (affärsbiträden, sjukvård).

De ovan nämnda problemen i samband med återgången till arbetet hänför sig huvudsakligen till den manliga delen av materialet men endast till minoriteten av den kvinnliga. De flesta kvinnliga patienter har sin dagliga sysselsättning med hushållsarbete, och för dessa uppstår speciella problem i samband med inkomensation. Det har framkommit att 80 % av de kvinnliga patienterna, som icke är helt invalidiserade, ej orkar med sysslor som är förenade med avsevärd kroppslig ansträngning. Generellt har ingen av dessa patienter någon permanent hjälp i hemmet med undantag av familjemedlemmar, men 26 % uppger sig erhålla hjälp med det grövre arbetet av utomstående. Malmö stads speciella form av socialunderstödsverksamhet i form av städhjälp till mindre bemedlade åldringar eller sjuka har endast utnyttjats i 3 av de föreliggande fallen, trots att den betalas helt eller delvis av staden. Underlåtagandet att utnyttja sådan hjälp torde delvis bero på den förut nämnda negativa inställningen till socialvården och delvis på okunnighet om denna speciella hjälpform. Dess bättre försiggår f. n. en samordning av olika hemhjälpformer i Malmö genom sjukhusdirektionens försorg, varför man här kan vänta sig förbättrade förhållanden.

I de flesta fallen har familjemedlemmarna varit behjälpliga vid hemmets skötsel. Patienterna har emellertid i allmänhet svårt att acceptera sådan hjälp, särskilt om den kommer ifrån en familjeförsörjande part. För undvikande av härmed sammanhängande psykiska svårigheter är det ur terapeutisk synvinkel

lämpligt att läkare påpekar vikten av att patienterna utför sådana sysselsättningar, som trots allt är förenliga med deras tillstånd. Viktigt är även här att patienterna har någon form av hobbyverksamhet, som kan avleda tankarna på sjukdomen. Här skulle utan tvivel arbetsterapi under sjukhusvistelsen ha en betydelsefull uppgift.

Något om de hjärtsjukas personliga problem

Många patienter med klaffel får diagnosen satt, innan de själva haft någon egentlig kännedom av sitt hjärta. Även om enstaka patienter och deras anhöriga i sin omedelbara förtvivlan vid upplysningen om sjukdomen faller offer för en onyanserad svartmålning av situationen, tycks flertalet på ett lyckligt sätt undantränga obehagliga föreställningar om sjukdomens fortsatta utveckling och förlopp. De kan därför på nytt bli överraskade, den dag symtomen börjar göra sig påminta.

Endast 8 patienter av 85 ansåg sig ha fått för litet upplysning om sjukdomens och symptomens innebörd av sina läkare. Till en del torde detta ha berott på, att de ej vågat fråga, emedan de varit rädda att frågan skulle verka för enkel. Endast en patient anser sig ha fått höra "för mycket" om prognosen.

När det gäller ställningstagandet till ett så allvarligt ingrepp som en hjärtoperation (för mitralisstenos) har man självfallet anledning att vänta sig särskilda problem. Endast i fem fall av 24 har patienterna ansett att ställningstagandet varit verkligt svårt, och en av dessa patienter avböjde operation, då han ansåg att riskerna för honom tedde sig större än vad han var beredd att acceptera. I allmänhet har patienterna villigt accepterat en erbjuden operation, eftersom de insett att det enda alternativet var fortsatt och ökande invaliditet. I regel har de närmaste anhöriga stött dem i deras val och hjälpt dem att acceptera den föreslagna operationen. Endast i ett fall i denna serie har patienten trots operation blivit sämre (övervägande mitralisinsufficiens). Denne klamrar sig likväl krampaktigt fast vid hoppet om en ny operation, och har flera gånger erbjudit sig för "experimentella" ingrepp, vilket avböjts. Gruppen av opererade patienter skiljer sig för den opartiska iakttagaren (E. T.), som

icke haft kontakt med patienterna före operationen, på ett påfallande sätt från återstoden av materialet genom sin optimism, tacksamhet och förmåga att aktivt ta vara på livets möjligheter.

Ifråga om övriga råd och anvisningar, som patienterna fått av sina läkare, har de uppgivit att de haft svårast att bedöma och följa de besked, som avsett inskränkningar i arbetet. Detta gäller både yrkesarbetet och arbetet i hemmet. Rimligtvis hänger detta samman med deras svårighet att acceptera sin inkomensation och deras starka vilja att klara sig själva. I sex fall har patienterna funnit det svårt att hålla en anbefalld diet — vanligen natriumfattig kost. Orsakerna härtill är uppenbarligen mera psykologiska än ekonomiska, men synes i och för sig icke bero på otillräcklig upplysning från läkarens sida. Några svårigheter med medicineringen tycks i allmänhet icke ha förelagat. Den ene av oss (G. B.) har det intrycket, att slarv med medicineringen — särskilt då digitalis — numera inte är så vanligt som förr. Det är också troligt, att sådant förekommer oftare hos den äldre befolkningen och mera avtrubbade personer än i detta patientmaterial.

Tidigare intogs från medicinskt håll en mycket restriktiv hållning mot graviditet hos kvinnor med klaffel. Denna attityd har väl numera på de flesta håll luckrats upp och ersatts med en mera mänsklig och medicinskt mera nyanserad inställning, där man i stället eftersträvat att på allt sätt stödja och skydda patienten så att hennes graviditet skall kunna förlöpa utan nämnvärda risker. Våra erfarenheter från senare år har bekräftat riktigheten i denna attityd; flertalet av våra klaffelpatienter har velat bära fram sina barn — även tredje och fjärde barn — och lyckats därmed; abortframställningar är hos dessa mestadels livsvilliga och livsbejakande människor sällsynta. Detta bestyrkes ju även av tidigare uppgifter om familjestorleken. I ett patientmaterial som vårt är det emellertid klart, dels att den tidigare medicinska attityden under lång tid influerat på åtskilliga av patienterna, dels att ekonomiska och personliga skäl, liksom i befolkningen i dess helhet, kunnat verka i barnbe-gränsande riktning. 16 av de 42 gifta kvinnorna har eftersträvat medveten barnbe-gräns-

ning. Av dessa har 6 inga barn. I 7 fall har sterilisering skett — mestadels under tidigare år — för att möjliggöra ett riskfritt sexuell samliv. Bland de manliga patienterna har 5 tillämpat preventiva åtgärder med hänsyn till sina ovissa möjligheter som familjeförsörjare i framtiden.¹

Klaffelspatienterna lever uppenbarligen ganska nära sin övre prestationsgräns, och det är lätt att förstå att den extra belastning det sexuella samlivet kan innebära också kan medföra särskilda problem för dem. 15 patienter har också redovisat sådana betingade av trötthet och oförmåga att tillfredsställa makens eller makans önsknningar. I de flesta fall har de därvid dock mötts av hänsyn och förståelse. I 3 fall uppkom emellertid en otrohetssituation, och i 2 av dessa blev följden skilsmässa. Dessa tal imponerar inte, om man betänker hur situationen är inom den friska delen av befolkningen.

För den hjärtsjuka kvinnan innebär en graviditet en betydande merbelastning. Ännu mera ansträngande är kanske i många fall skötseln av ett eller flera småbarn, särskilt i omoderna lägenheter, med besvärliga trappor och i avsaknad av hemhjälp. När barnen växer upp, representerar de däremot ofta i stället ett tillskott, som kan avlasta modern.

Barn har ofta svårt att förstå hur de skall förhålla sig gentemot en sjuk person, och det är svårt för dem att dämpa sin naturliga livlighet. Självfallet kan det också tänkas, att speciella förhållanden i ett hem, där ena maken är sjuk, påverkar barnen i ogynnsam riktning. Samtal med patienterna har givit vid handen, att de största svårigheterna med barnen varit av psykologisk natur.

Den psykologiska anpassningen

När klaffelspatienten börjar återknyta kontakten med familj och umgängeskrets, möter hon eller han uppenbarligen åtskilliga svårigheter. Ofta beror detta på, att omgivningen har svårt att förstå, vilka handikap, som be-

svärar patienten mest, och detta är så mycket förklarligare, som flertalet patienter strävar efter att dölja sina handikap. Patienterna kan därför känna sig tvingade till överdrivna ansträngningar, och dessutom komma att sakna stöd och hjälp, när så skulle varit önskvärt. 20 av våra patienter har lämnat dylika uppgifter.

Å andra sidan finns risken för "overprotection", varigenom patienten kvarhålls i en alltför skyddad tillvaro och hindras från att realistiskt pröva sina krafter. 22 patienter anser sig ha varit utsatta för detta.

Överhuvudtaget förefaller det som om svårigheten att på ett naturligt sätt delta i umgängeslivet av patienterna uppfattas som en särskilt stor belastning. Känslan av isolering växer sig starkare, och detta så mycket mera som icke mindre än 40 % av patienterna uppgivit att de icke har några intressen att odla under den påtvingna sysslolösheten. Förvånande är, att kvinnorna varit så litet intresserade av sömnad och handarbete¹; flertalet av dem har tidigare emellertid föredragit tyngre men mera rörliga sysselsättningar. Vad som här framkommit ger ett starkt intryck av att en på frivillighetens väg organiserad verksamhet till stöd och uppmuntran åt dessa patienter skulle ha en uppgift att fylla. Den internationella hjärtläkarföreningens sociala utskott har också, hösten 1956, rekommenderat skapandet av sådana frivilliga organisationer ("Leagues of Heart help").

När en familjemedlem drabbas av en kronisk sjukdom, innebär detta självfallet också en påfrestning för de övriga familjemedlemmarna. I 12 fall — både män och kvinnor — har de ekonomiska konsekvenserna av en upphävd eller reducerad arbetsförmåga tydligen gett upphov till väsentliga psykologiska problem inom familjen. I 7 fall har mannen eller hustrun psykiskt påverkats av den rubbning i familjebalansen, som uppstått genom den ena makens sjukdom, och reagerat med depression eller alkoholmissbruk. Möjligen hör också några ulcusfall till samma kategori. Men också klaff-

¹ En gift man med tre barn (utanför detta material) ville av detta skäl bli steriliserad. Medicinalstyrelsen upplyste emellertid att detta ej kan beviljas enligt svensk lag, som bara tar hänsyn till kvinnan!

¹ Av tidigare undersökningar på Pensionsstyrelsens material (12) vet man, att just sömnadsarbete borde ligga mycket väl till för kvinnor med hjärtsjukdom.

felspatienten själv riskerar naturligtvis att rubbas ur sin psykiska jämvikt och att reagera med depression. I två fall har suicidalförsök gjorts (därav en patient, hos vilken operationen ej gav det väntade resultatet)¹, och i inalles sex fall har sjukhusvistelse för depressionen blivit nödvändig.

Slutord

Vår undersökning har avsett att inventera de sociala och psykologiska problemen hos patienter med hjärtsjukdom — i det här föreliggande arbetet klaffelspatienter. Det som för oss tett sig anmärkningsvärt är, att den direkta ekonomiskt-sociala problematiken varit mindre dominerande än väntat, medan de mera psykologiska problemen framträtt starkare. Flera orsaker härtill är tänkbara (vid sidan av den subjektiva faktor, som är ofrånkomlig i varje arbete, som bygger på ett urval ur intervjuer). En faktor är materialets sammansättning med betydligt flera kvinnor än män. En annan är de senaste årens sociala och ekonomiska förändringar i vårt samhälle, vilka uppenbarligen måste verka i den riktningen att den materiella nöden och otryggheten minskas. I samband därmed är det rimligt att problemen drar sig mot den psykologiska sektorn. Ehuru jämförelser och generaliseringar här är vanskliga, förefaller det emellertid också som om klaffelspatienter företedde vissa psykologiska särdrag, som förstärker den bild, som här framkommit, nämligen en påfallande vilja att inte ge upp för sjukdomen, att icke acceptera den fortgående inskränkningen av "livsrummet", önskan att göra rätt för sig i det allra längsta och att slippa mottaga ekonomisk hjälp från samhället², den nästan undantagslösa beredvilligheten att ta riskerna av en svår operation för att åter bli som en "riktig människa" liksom den motsvarande beredvilligheten att ta risker förknippade med graviditet och förlossning. Klaffelspatienten är i korta ord en optimistisk, livs-

bejakande och tapper människa, vars vilja tvingas kapitulera för en sviktande förmåga.

Under senare år har vårt intresse för långvarigt sjuka eller partiellt arbetsföra huvudsakligen varit inriktat dels på medicinska behandlingsmetoder, dels på praktiska ekonomiska och sociala hjälpåtgärder samt rehabilitation. På båda dessa områden har stora framsteg gjorts, och det är skäl att tacksamt erkänna detta. Kanske är det nu möjligt för oss att intressera oss mera för de psykologiska och emotionella aspekterna av sjukdomen. Vårt eget intryck av att vi brustit i förmåga här förefaller bestyrkt genom den tacksamhet patienterna visat att mera utförligt få diskutera sina personliga problem. De har, som förut nämnts, vanligen dragit sig för att "besvära" sina läkare med detta slag av problem, och har inte känt till möjligheterna att uppsöka sjukhuskuratorerna. Även kuratorerna arbetar för övrigt under sådan press, att de tvingas i första hand ägna sig åt rutinmässiga sociala och ekonomiska utredningar. Många gånger är det nog vidare så, att en patient, som söker upp en läkare eller kurator, börjar med att tala om något praktiskt problem, men *egentligen* kommer för att "få lätta sitt hjärta". Det gäller för både läkare och kuratorer att ha känsla för detta. Med tanke på den roll de anhöriga spelar för patientens anpassning borde också mera tid ägnas åt praktiska upplysningar och instruktioner åt den sjukes familj.

En stor grupp bland klaffelspatienterna i vårt material ansåg sig tydligen mer eller mindre missförstådda bland sina närmaste, kände sig isolerade från det levande livet och led av att vara onyttiga. En dylik situation skulle inte behöva vara olöslig. Den närmast till hands liggande lösningen borde vara någon form av frivillig gruppverksamhet, som kunde ha till uppgift att bryta de sjukas isolering, ge dem själva och deras anhöriga bättre kunskaper om sjukdomens natur och stimulera till praktiska åtgärder av typen arbetsterapi eller t. o. m. yrkesarbete. Om det är lämpligt att ordna en särskild verksamhet av detta slag för patienter med samma sjukdom, eller om andra vägar skall sökas — därom kan skilda meningar råda. När våra patienter själva tog ställning till en sådan tanke, visade det sig, att

¹ I motsats till vad som uppgivits från andra kliniker har vi däremot icke sett till egentliga psykoser i vårt material av framgångsrikt opererade mitralisstenoser.

² Två patienter finner det "psyiskt motbjudande" att avhämta erhållna pensionsbidrag.

48 var positivt intresserade för en speciell "hjärtklubb", medan 26 ansåg att man ej borde träffa människor med samma sjukdom, emedan man då pratade alltför mycket om sjukdomen. Vilken ståndpunkt man än intar i denna praktiska fråga, ser det emellertid ut som om här skulle finnas en arbetsuppgift för intresserade personer både inom och utom de hjärtsjukas egna led, som är i besittning av kunskaper om problemen samt av takt, tid och tålamod.

Litteratur

1. Biörck, G.: J. of Chronic Diseases 1: 591, 1955.
2. Biörck, G.: Nordisk Medicin 57: 777, 1957.
3. Biörck, G., Blomqvist, G. och Sievers, J.: Acta Med. Scand. Under tryckning.
4. Biörck, G., Blomqvist, G. och Sievers, J.: I manuskript.
5. Biörck, G.: Sv. Läkartidningen 54: 1337, 1957.
6. Biörck, G., Gydell, K. och Winblad, S.: Acta Med. Scand. CLI: 1, 1955.
7. Biörck, G., Gydell, K. och Winblad, S.: Sv. Läkartidningen 51: 3033, 1954.
8. Krook, H.: Acta Med. Scand. 148: 201, 1954.
9. Krook, H.: Sv. Läkartidningen 51: 2617, 1954.
10. Biörck, G. och Trulsson, E.: Under utarbetande.
11. Biörck, G. och Hall, P.: Acta Rheumatologica Scand. Under tryckning.
12. Biörck, G. och Biörck, M.: Soc. Med. Tidskrift, 1: 8, 1951.



I flera generationer

ha Sveriges läkare träffats i NB:s medicinska avdelning för att bese och diskutera de senaste nyheterna i medicinsk, psykologisk och sociologisk litteratur.

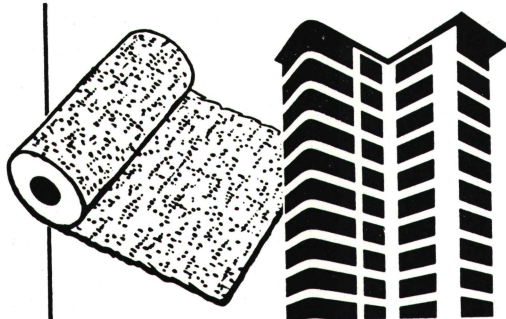
Vår pappersavdelning

är också speciellt sorterad med skrivmaterial avsedd för medicinska studier och praktik. Fullständigt lager av medicinska blanketter och formulär.

Nordiska Bokhandeln

Hörnet Drottninggatan—Fredsgatan

Pa STOCKHOLM 1 - Tel. 23 84 00



En modern byggnad

Cellona-gipsbindan blir mycket hård. Därför kan många förband anläggas enligt den moderna byggnadsteknikens metoder. Bärande balkar och tunna väggar motsvaras av starka gipsskenor och cirkulärlager. På så sätt sparar man gipsmaterial och patienten får ett lätt förband.



CELLONA-förband är billiga och varaktiga.

LOHMANN KG · FAHR/RHEIN

Leverans genom grossister i branchen.