



”I princip anser vi att hjärtrehabilitering bör bedrivas vid lokala sjukhus eller vårdcentraler så nära hemmet som möjligt, men det finns alltid en grupp människor som behöver mer resurskrävande insatser och större säkerhet under rehabiliteringens första skede.”

Hjärtrehabiliteringen i Nynäshamn

Livräddande verksamhet kan komma att läggas ned

En nedläggning av hjärtrehabiliteringen i Nynäshamn drabbar främst socialt utsatta patienter från lägre socialgrupper. De besparingar som görs genom nedläggningen kommer snabbt att ätas upp av andra kostnader för dessa patienter.

Trots lovande resultat och en relativt billig verksamhet hotas hjärtrehabiliteringsavdelningen vid Riksförsäkringsverkets (RFV) sjukhus i Nynäshamn av nedläggning.

Det är ensamutredaren och riksdagsmannen Nils-Olov Gustavsson (s), som i sin utredning »Nytra» utrett rollen för RFVs sjukhus inom socialförsäkrings-systemet. Han föreslår att sjukhusen i fortsättningen bara ska syssla med forskning och utredningsverksamhet, och att medicinsk rehabilitering ska

överföras till landstinget. Men i utredningen finns inga egentliga förslag om hur denna överföring ska fungera. Landstinget har inte visat något som helst intresse för att ta över verksamheten, och det betyder att avdelningen i Nynäshamn för rehabilitering och utredning av hjärtpatienter med multipla problem ska upphöra om ett år.

Goda resultat negligeras

Från avdelningen i Nynäshamn har vi vid tolv tillfällen i publikationer redovisat våra goda resultat, bl a vad gäller återanpassning till arbetslivet [1]. Vi har också försökt belysa utvecklingen i arbetet genom våra vetenskapliga publikationer och rapporter.

Egendomligt nog har Nytra-utredaren bara haft tillgång till två av dessa utgåvor, och han har heller aldrig varit i kontakt med någon som direkt sysslat med vår hjärtrehabiliteringsverksam-

het. Trots detta kan man med några få meningar i ett annars mycket omfattande och tämligen klokt förslag avskriva en verksamhet som det tagit tolv år att bygga upp.

På så sätt förloras den kompetens som utvecklats för att hjälpa de mest behövande och mest utsatta bland de patienter som drabbats av kranskärslsjukdom tidigt i livet.

Svaga grupper drabbas

Verksamheten har existerat sedan oktober 1985, och man har arbetat med

Författare

ALEKSANDER PERSKI

leg psykolog, docent vid Karolinska institutet

KRISTOFFER OSUCHOWSKI

överläkare vid RFVs sjukhus i Nynäshamn.

drygt 4 000 patienter, dvs ca 350 per år. Verksamheten startades på grund av att efterfrågan från försäkringskassorna och behandlande läkare inom den slutna och öppna vården ökade dramatiskt i mitten av 1980-talet vad gäller patienter med komplicerade, multifaktoriella problem.

Tidigare var hjärtinfarkt liksom kransårslssjukdom en överklassjukdom. Detta förändrades långsamt från början av 1960-talet, och under 1980-talet har det blivit precis tvärtom, dvs ju lägre inkomst och utbildning man har, desto större är risken att bli hjärtsjuk.

Om man tillhör socialgrupp 4 är risken att bli hjärtsjuk tidigt i livet fördubblad för både män och kvinnor i jämförelse med socialgrupp 1. De sociala skillnaderna är mycket dramatiska. I Storstockholmsområdet är t ex antalet hjärtinfarkter 40 procent lägre i norra delen jämfört med den södra.

Medan vi tidigare med information och enkla rehabiliteringsprogram inriktade på motion kunde åstadkomma stora förbättringar av människors möjligheter att klara av sin hjärtsjukdom, så har det blivit mycket svårare att hjälpa de nya patientgrupperna tillrätta.

I de lägre inkomstklasserna är ofta riskfaktorer som rökning, dålig kost, övervikt och frånvaro av motion vanliga. Vidare är det sociala nätverket dåligt och de psykologiska problemen stora, vilket kan ha en större negativ inverkan på en hjärtsjuk patients tillfrisknande än de rent medicinska faktorerna.

Upplevelse av hot

Vi upptäckte tidigt att livsstilsförändring inte kan åstadkommas bara med rätt information. Hos de människor som kommer från lägre socialgrupper är sårbarheten för påfrestningar mycket stor, därför att man saknar kunskaper, socialt stöd/nätverk och ofta resurser för att ta itu med sina svårigheter.

Denna situation åstadkommer en intensiv upplevelse av hot, som man gärna vill döva med vad som finns tillgängligt. Så kan man delvis förklara mat-, nikotin- och alkoholmissbruk. Det är svårt att leva med en konstant hotupplevelse och man försöker då döva den med sådant som hjälper för stunden.

Paradoxalt nog kan detsamma gälla för personer som upplever ett hot mot sin existens oberoende av vilken socialgrupp de tillhör eller vilken livssituation de befinner sig i. Det handlar om just de typ A-människor som på grund av knäckt självkänsla alltid känner sig

hotade och försöker komma ur denna sårbara position genom sina prestationer och enorma krav på sig själva och andra. Dessa människor blir då utnyttjade av sin omgivning, sina familjer och arbetsgivare.

Individuella program

Det är därför som vi försöker finna metoder att minska människors sårbarhet, antingen den sociala eller den personlighetsmässiga, och där har vi nått framgång med även de mest påverkade och sjuka patienterna. Vi märkte tidigt att det för en lyckad rehabilitering krävs ett individuellt program med många olika kompetenser.

En del av arbetet görs av sjukgymnaster, dietister och medicinsk vårdpersonal, en annan del av psykiatrer, psykologer och kuratorer. Även kvinnliga patienter, som annars sällan deltar i rehabiliteringsprogram, har haft stor nytta av vår rehabilitering i internatform [2].

De patienter som remitterats till Nynäshamn har ofta varit långvarigt sjukskrivna och har låg social status. Många har invandrarbakgrund, har varit arbetslösa och psykiskt påverkade.

I princip anser vi att hjärtrehabilitering bör bedrivas vid lokala sjukhus eller vårdcentraler så nära hemmet som möjligt, men det finns alltid en grupp människor som behöver mer resurskrävande insatser och större säkerhet under rehabiliteringens första skede. För att komma åt den sociala eller psykologiska sårbarhet som är ett hinder för en total livsstilsomställning krävs en intensiv satsning av ett erfaret multidisciplinärt team.

Det är i dagsläget, med de aktuella nedskärningarna inom sjukvården med minskande resurser och ökad belastning, orealistiskt att tro att landstinget skulle kunna tillgodose behovet av rehabilitering och utredning för den typ av patienter som hittills rehabiliterats vid hjärtrehabiliteringsavdelningen i Nynäshamn. Kostnadmässigt kommer landstinget inte heller att kunna konkurrera med avdelningen i Nynäshamn när det gäller hjärtrehabilitering.

Enligt en enkät som vi skickat till hjärtspecialister i Stockholmsområdet har 95 procent av 60 läkare bedömt vår verksamhet vara nödvändig för att hjärtpatienter med psykosocial problematik ska kunna återanpassas till arbetslivet och få en förbättrad livskvalitet. Vår förhoppning är att hjärtrehabiliteringsverksamheten kan fortsätta i nå-

gon form, dels med tanke på framtida patienter, dels därför att vi bedömer det vara samhällsekonomiskt gynnsamt.

De besparingar som man tror sig göra genom att lägga ner denna verksamhet kommer snabbt att ätas upp av kostnader för de patienter som inte kommer tillbaka till arbetet i samma utsträckning som de patienter vilka fått hjärtrehabilitering med helhetssyn i internatform. Även i framtiden kommer det också att behövas forskning kring hur en sådan rehabilitering bör bedrivas, vilka aktuella problem patienterna presenterar och vilka tekniker som fungerar bäst.

Referenser

1. Osuchowski K, Ericsson M, Tidgren B. Återgång till arbete efter hjärtsjukdom lättare efter rehabilitering i internatform. *Läkartidningen* 1991, 88: 1768-70.
2. Osuchowski K, Andersson L, Ericsson M, Perski A, Tidgren B. Rehabilitering av kransårslssjuka. Internat lika positivt för kvinnor som för män. *Läkartidningen* 1993, 90: 1260-2.