

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.



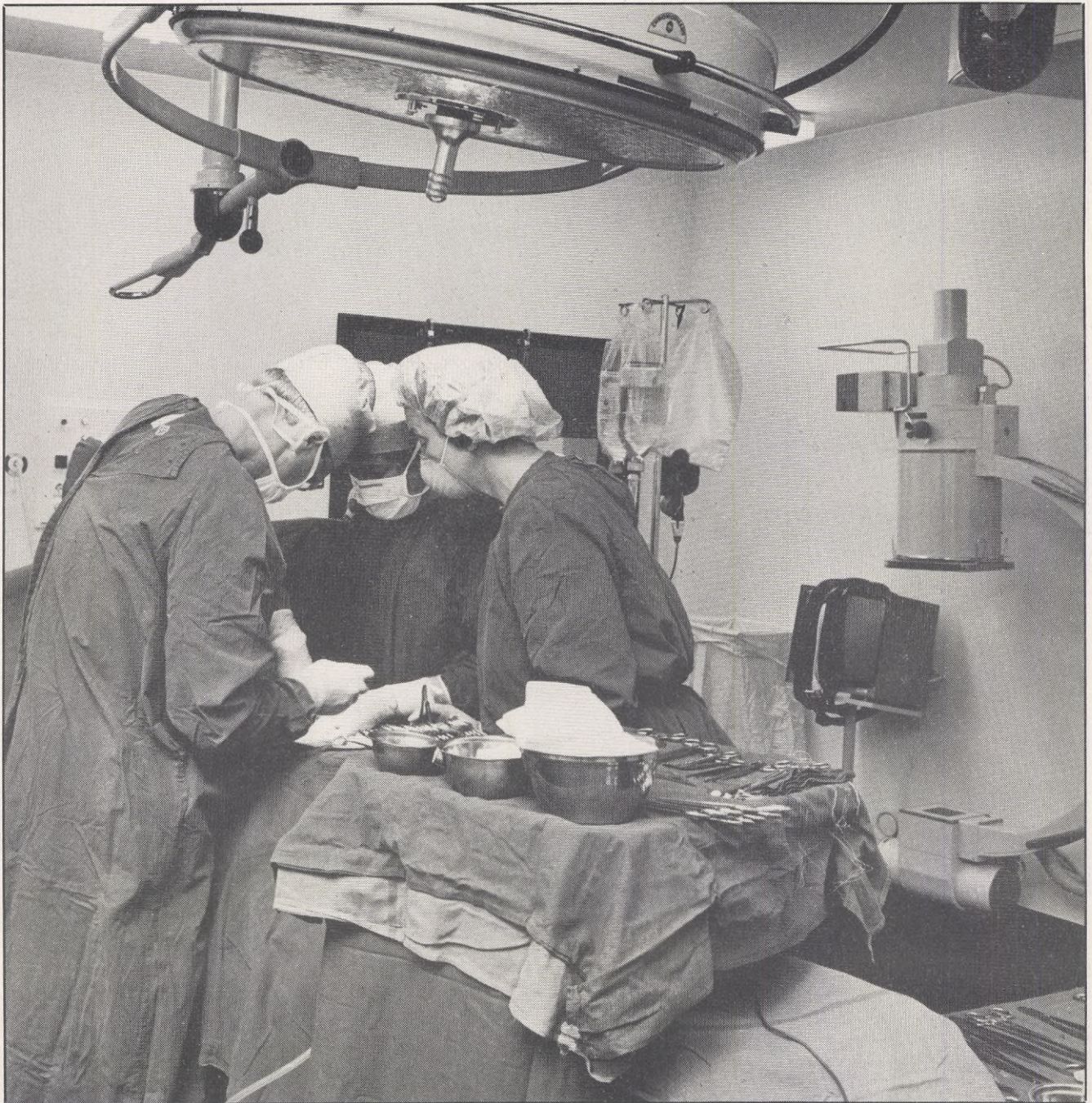
128
25x

Status

1
1985



Organ för Riksförbundet för hjärt- och lungsjuka



Tema: Dödsbegrepp o. hjärtbyte

HÖRNAN

STUDIE



rebyggande vård, god sjukvård och god eftervård – kommer att uppta mycket tid av föreningsarbetet.

För att genomdriva våra krav behöver vi aktiva föreningsmedlemmar och driftiga styrelseledamöter. Vi behöver kunskaper om föreningsarbetet. Inte nog med det! Vi behöver veta hur samhället fungerar, vilka myndigheter som gör vad och hur man kan påverka besluten. Detta för att veta vilka trådar vi ska rycka vårt landsting i för att få resurser att genomföra RHL:s eftervårdsprogram.

En lavin har börjat rulla

... och RHL är mitt i den!

Ja, tro nu inte att hela RHL har råkat hamna i det småländska snökaoset. Den här lavinen började rulla redan i december när största delen av Sverige ännu låg inbäddat i dimma och dis.

Då träffades RHL:s länsstudieorganisatörer för att diskutera studieverksamheten inom RHL för den kommande kongressperioden, 1985–1988. Vilka viktiga frågor kommer vi att engagera oss i?

Vilka kunskaper kommer vi att behöva för att förverkliga de mål vi sätter upp för oss på vår kongress i juni?

Någon spågumma är jag förstas inte men nog törs jag säga att **RHL:s eftervårdsprogram** med fö-

Om vi ska kunna nyttja våra rättigheter enligt Hälso- och sjukvårdslagen och Socialtjänstlagen behöver vi naturligtvis läsa lagarna, tex i studiecirkelarna "Vad styr sjukvården" och "Socialtjänstlagen".

I föreningarna ska vi ta vara på alla goda krafter. Medlemmar med specialintressen leder studiecirkel och vi delar på ett givande och trevligt sätt med oss av våra kunskaper. Det kan handla om ett landskap, föreningens historia, hjärt-lung-räddning, sluta-röka-grupper, litteratur, musik, motion...

Jag skulle kunna använda hela detta nummer av STATUS för att räkna upp alla tänkbara ämnen som man med fördel kan diskutera

tillsammans i en studiecirkel och därmed sätta lite guldkant på tillvaron!

Nu anar du kanske vad det är för lavin jag talade om i början? Massor av medlemmar i massor av studiecirkel med sin gemensamma styrka i kraft av samlade kunskaper väller som en lavin över landet!!

Kan du se den bilden framför dig? Tänk vilken kraft vi äger – vi är över 23.000 tillsammans i RHL!

ABF har utmanat oss i RHL och hela handikapprörelsen när det gäller studiecirkelarbete. Kan handikapporganisationerna fördubbla verksamheten, frågar ABF.

RHL:s länsstudieorganisatörer har diskuterat våra möjligheter att under den kommande kongressperioden fördubbla verksamheten. Vi är lite tveksamma – men nog ska vi anta ABF:s utmaning!

Det innebär att om din lokalförening inte haft någon studiecirkel behöver ni starta **en** före 1985 – så är saken klar.

En lokalförening som hade 2 cirkel förra året behöver öka med 2 och alltså hålla 4 cirkel sammanlagt före 1985.

Hur ska det då gå i Älmhult med sina 19 studiecirkel på 248 medlemmar?? Vi gör självklart så som vi alltid gör inom RHL – vi hjälps åt! – I hela länet och i hela landet! Tillsammans ska vi visa att RHL är jätte! Ring alltså till din förening och anmäl dig till en studiecirkel.

Tonie Andersson

Tryckfelsnisse tomtade på i Status julnummer på sidor där redaktören inte önskade någon tomt. **Sören Fallbergs** fina dikt **F.d. Gjutare** blev tyvärr utsatt för nissens klåfingrighet. Därför införes den på nytt, med det innehåll den skall ha.



F D GJUTARE

Varje beskrivning,
även av hans fysiska trångmål,
mottog han lugnt, samlad.
Ingenting förmådde rubba honom.
Hans ögon hade sett mycket,
men blicken hade kvar förmågan
att se rädslan över axeln.
Dystra rapporter, svärtade i kanterna,
fick honom att folkligt utbrista:
Kan det vara så jävligt,
kan det verkligen vara det?
Och han log, lugn, samlad.

Ur diktsamlingen Allmän sal

Organ för Riksförbundet
för hjärt- och lungsjuka

Januari 1985
Årgång 48

Ansvarig utgivare:
Bo Martinsson

Redaktör: Gunilla Lockne

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

Tryckeri:
Kringel-Offset, Södertälje

Prenumerationspris:
Helår 55:-

Produktionsplan 1985

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

Annon priser:

1/1-sida	4500 kr
1/2-sida	2300 kr
1/4-sida	1200 kr
Omslaget, 1/1-sida	5000 kr

Omslagsfoto:

Åke Spång

TS-kontrollerad upplaga

Mary Erixon:



Förändrat dödsbegrepp – var står RHL?

Den statliga utredningen om dödsbegreppet har nu lagt fram förslag om en ändring av dödsbegreppet. En människa skall anses som död när hjärnan är helt utslöcknad, till skillnad mot vad som gäller i dag, när döden anses ha inträtt först när hjärtat slutar slå.

Om allt går som utredarna beräknar skall hjärndödsbegreppet fastslås i lag den 1 januari 1986.

I den debatt som blossat upp har framförts att det är den nya medicinska tekniken som tvingar fram en ändring av dödsbegreppet. Men det är inte för att rättsligt motivera hjärttransplantationer som den nya definitionen föreslås. Det är i stället så att det dödsbegrepp som tillämpas i dag inte är entydigt, eftersom det är möjligt att med tekniska hjälpmedel hålla igång andning och hjärtverksamhet, även om hjärnan är oåterkallegligt utsläckt.

Från rent medicinskt-vetenskapliga och juridiska synpunkter är hjärndöd lättare att entydigt fastställa. Någon risk för förväxling med djup medvetslöshet finns inte. Med dagens teknik går det att med visshet fastställa när hjärndöd föreligger.

Men hjärndödsbegreppet inrymmer en rad etiska och psykologiska frågeställningar. Kan anhöriga tex uppleva den hjärndöde som död även om hjärtat slår? Finns det risker för att människors förtroende för sjukvården rubbas?

Undersökningar visar att en majoritet av svenska folket är negativ till ett ändrat dödsbegrepp. Just detta faktum gör det nödvändigt att "skyn-da långsamt". Finns inte en tillräcklig acceptans kommer det inte att bli möjligt att förändra lagstiftningen den 1 januari 1986.

Vilken roll skall RHL ha i opinionsbildningen? Är detta en fråga som kräver ett enhetligt ställningstagande från förbundet eller är det upp till varje enskild medlem att inför sig själv ta ställning?

Det är helt klart att ett resultat av en ändrad lagstiftning blir att nya möjligheter öppnas för hjärttransplantationer i Sverige. Sådana transplantationer kan dock inte inom överskådlig tid bli vardagsrutin vid våra sjukhus, men de medicinska förutsättningarna finns på något eller några ställen i landet. Kanske kan en ny lag därmed ge några av oss förutsättningar för ett nytt liv.

Naturligtvis kan vi fortsätta att skicka hjärtpatienter utomlands för transplantationer ett tag till. Men hur länge kommer den allmänna opinionen att acceptera den dubbelmoral som ligger i att godta hjärndöd som dödsbegrepp i utlandet, men inte i Sverige?

Vi har tidigare accepterat organbyten av många andra slag. Också hjärtbyten kommer med säkerhet att bli accepterade med tiden, som en logisk följd av den nya medicinska tekniken och ett nytt, mera entydigt dödsbegrepp.

Nu är det angeläget att varje medlem i RHL tar sitt eget personliga ansvar och skaffar sig en egen uppfattning och att också förbundet bidrar med RHLs erfarenheter i en saklig och konstruktiv diskussion om det nya dödsbegreppet.

Utredningen om dödsbegreppet

Den statliga utredningen om dödsbegreppet har föreslagit att vi i Sverige skall få en lag som förklarar en människa död när hjärnans alla funktioner totalt och oåterkalleligen har fallit bort. Det tillståndet kallas idag för hjärndöd.

Om en sådan lag går igenom finns det inte längre några hinder mot att hjärtbyten görs i Sverige.

Utredningen om dödsbegreppet tillsattes för två år sedan och hade som uppdrag att utreda om nuvarande dödsbegrepp bör bibehållas eller om ett hjärndödsbegrepp bör införas. Det behövs en lag som fastställer när döden inträder, menar utredningen.

Den medicinska och tekniska utvecklingen har gjort att de traditionella dödsriterierna, hjärt- och andningsstillstånd, inte alltid är hållbara. I modern sjukvård är det numera rutin att häva akuta hjärtstillstånd.

Cirkulationsfunktionerna kan upprätthållas med hjärt- och lungmaskin, och upphävd andning kan kompenseras med respiratorbehandling. Man kan till och med byta ut hjärtan och lungor.

Bara några dagar

Efter att en människa för alltid har förlorat förmågan att andas själv så kan hennes andning och därmed även hennes hjärtverksamhet upprätthållas med tekniska hjälpmedel under en begränsad tid. Det kan ske några dagar eller i sällsynta undantagsfall högst ett par veckor. Därefter slutar hjärtat att slå.

Har hjärnan varit utan blodtillförsel, tex på grund av hjärtstillstånd, i 15–20 minuter eller mer, har dess funktioner för alltid upphört. De kan aldrig ersättas, vare sig med kirurgiska ingrepp, medicinering eller tekniska hjälpmedel. Människan är hjärndöd.

Så gott som alla länder som har modern intensivvårdsutrustning har, som grund för dödsförklaring, börjat tillämpa hjärnrelaterade kriterier – dvs kriterier som är inriktade på bortfall av hjärnans funktioner och inte på cirkulationsorganens. Bland länder med moderna intensivvårdsresurser är det nu bara Danmark och Sverige som in-

te tillämpar sådana dödsriterier. Men i Danmark liksom i Sverige övervägs frågan för närvarande.

Utredningen om dödsbegreppet har gjort en ingående analys av filosofiska, religiösa, medicinska och andra föreställningar om döden. Den har kommit fram till att det är viktigt att skilja mellan döden som begrepp, olika kriterier på detta begrepp samt metoder för att undersöka om kriterierna är uppfyllda.

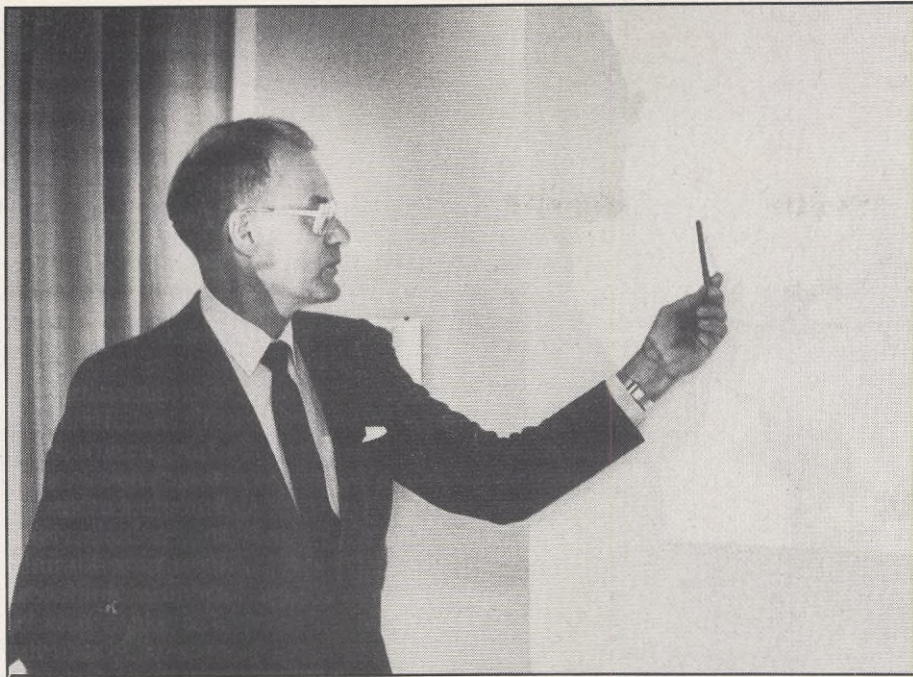
Döden som händelse

Döden är en utdragen biologisk process under vilken organismens olika celler successivt går under. Men av medicinska, rättsliga och andra skäl behöver man kunna beskriva döden som en händelse, som inträffar vid en bestämd tidpunkt. Den händelsen inträffar när hela hjärnan totalt och oåterkalleligen har upphört att fungera. Det är nämligen hjärnan som står för den övergripande, samordnande regleringen av kroppens fysiska funktioner och som ensam svarar för den psykiska aktiviteten. Har hjärnans funktioner för alltid fallit bort är den mänskliga helheten oåterkalleligen upplöst och människan är död.

Då en läkare dödförklarar en patient, som drabbats av varaktigt hjärt- och andningsstillstånd, så gör han

Utredningen om dödsbegreppet har letts av hovrättslagman Erland Aspelin. Vid sin sida har han haft sakkunniga och experter inom hälso- och sjukvård, filosofi och teologi. På bilden syns frv Erland Aspelin och en av utredningssekreterarna Lars-Göran Abelson, hovrättsassessor, samt två av de sakkunniga, Claes-Göran Westrin, professor i socialmedicin, och Göran Hermerén, professor i praktisk filosofi.





På en röntgenbild av hjärnans blodkärl kan man tydligt se när en hjärna är död, visar professor David H Ingvar, en av de sakkunniga i utredningen.

det utifrån praktiska behov. Han väntar inte med dödsförklaringen till dess att den biologiska dödsprocessen nått sitt definitiva slut, dvs då biologiskt liv i varje enskild kroppscell inte längre kan påvisas.

Definition av döden

Den grundläggande definition som utredningen stannat för lyder:

En människa är död då hon totalt och oåterkalleligen har förlorat all förmåga att förena och samordna kroppens funktioner – fysiska och psykiska, till en fungerande enhet.

Men den definitionen räcker inte som ledning för medicinskt handlande. Utredningen har därför gjort en precisering av dödsbegreppet, som knyter an till bortfallet av hjärnans funktioner.

En människa är död när hjärnans samtliga funktioner totalt och oåterkalleligen har fallit bort.

Hjärnans samtliga funktioner (som hänför sig till stora hjärnan, lilla hjärnan och hjärnstammen) måste ha upphört.

Utredningen tar avstånd från användandet av termen hjärndöd. En människa kan inte vara levande eller hjärndöd, alternativt hjärtdöd, utan endast levande eller död.

Dödsriterier

Utredningen har också ställt upp kriterier som kan användas i medicinska sammanhang för att påvisa att

hjärnans funktioner totalt och oåterkalleligen har fallit bort, dvs att människan är död.

Utredningen talar om indirekta och direkta hjärnrelaterade kriterier. Med *indirekta hjärnrelaterade kriterier* avser utredningen sådana som inte direkt anger att hjärnfunktionerna har fallit bort, men från vilka man kan förstå att så är fallet. Varaktiga hjärt- och andningsstillestånd är sådana kriterier. De tillämpas vid de flesta dödsfall idag, vid 99 procent av alla dödsfall. Men de är inte användbara då människan förlorat förmågan till egen andning och syresättningen av blodet sker med tekniska hjälpmedel (respirator mm).

I sådana fall måste *direkt hjärnrelaterade kriterier* användas, som anger att blodcirkulationen till hjärnan upphört och att därmed alla hjärnfunktioner fallit bort.

Direkt hjärnrelaterade kriterier används redan i andra länder och anses där medicinskt hållbara.

I Sverige har de också accepterats på så sätt att socialstyrelsen redan 1973 utfärdade riktlinjer om prognos och behandling vid totalt och oåterkalleligt bortfall av hjärnfunktionerna. Enligt dessa riktlinjer, som omarbetades 1982, har läkare rätt att avbryta alla medicinska åtgärder efter att total hjärninfarkt har konstaterats. I praktiken går det till så att den ansvarige läkaren, efter att ha underrättat anförvanterna, stänger av respiratorn.

De metoder socialstyrelsen anvisat för att konstatera total hjärninfarkt är kliniskt neurologisk undersökning,

eventuellt kompletterad med elektroencefalografi (EEG) samt kontraströntgen av hjärnans blodkärlssystem (cerebral angiografi).

Psykologiska synpunkter

Endast i några hundratals fall per år kan direkt hjärnrelaterade dödsriterier behöva användas i Sverige. Utredningen uppskattar att antalet ligger någonstans mellan 200 och 700 fall årligen.

Ett accepterande av utredningens dödsdefinition kommer att innebära mycket små förändringar rent praktiskt. Men det kan lätta på den psykologiska press som sjukhuspersonal och anhöriga ställs inför, då den som erhåller intensivvård drabbas av total hjärninfarkt. Den nuvarande situationen skapar oklarhet och osäkerhet. Är det en död patient som behandlas eller avbryts behandlingen för en levande patient? Om hjärnrelaterade dödsriterier tillämpas så blir dödens inträde entydigt och klart.

Av en undersökning som statistiska centralbyrån utförde i april och maj 1983 framgår att stora delar av svenska folket inte känner till skillnaden mellan hjärndöd och kronisk medvetlöshet. Utredningen menar därför att förslaget om dödsdefinition måste följas av en brett upplagd och saklig information till allmänheten.

Det är också viktigt att läkare och annan sjukvårdspersonal utbildas i att informera om innebörden av dödsbegreppet och att klara svåra och ömtåliga situationer som uppkommer i förhållande till patienternas anhöriga.

Rättsliga synpunkter

Nu råder en oklar rättslig situation i landet då det gäller övergången från liv till död, anser utredningen. När andningen upprätthålls med tekniska hjälpmedel, efter att hjärnans funktioner totalt och oåterkalleligen upphört, kan tidpunkten för hjärtstilleståndet bli beroende av när läkaren beslutar att avbryta respiratorbehandlingen.

Det kan också uppstå frågor om vem eller vad som orsakat dödsfallet. Är det läkarens beslut att avbryta respiratorbehandlingen som leder till hjärtstilleståndet?

Det kan uppstå rättsliga problem av att olika länder tillämpar skilda dödsriterier, tex om en svensk drabbas av total hjärninfarkt i annat land, där man har en annan dödsdefinition än vi har.

Så här fastställs hjärndöd

I debatten om hjärndödsbegreppet hör man ibland människor uttrycka oro för att någon skall dödförklaras som inte är död.

"Det finns ju människor som vaknat upp efter att ha varit medvetlösa mycket länge", säger de. "Den medicinska utvecklingen går så snabbt, med nya metoder kanske man i framtiden kan väcka upp människor som nu är hjärndöda."

Men en hjärndöd människa kan inte vakna upp eller väckas. Hjärndöd är något helt annat än medvetlöshet. De metoder som används för att mäta att hjärnan är totalt död är mycket säkra, det är medicinska forskare världen runt ense om.

Det finns såväl indirekta som direkta kriterier på att hjärnans alla funktioner är totalt och oåterkalleligt utsläckta.

De indirekta kriterierna är att det inträtt ett varaktigt hjärt- och andningsstillestånd. Man kan iaktta att andning, puls och hjärta slutat arbeta, och man kan konstatera det med EKG-undersökning. Det är metoder som använts sedan lång tid tillbaka.

För att undersöka att de direkta hjärnrelaterade kriterierna är uppfylla finns idag följande metoder:

- klinisk neurologisk undersökning
- elektroencefalografisk undersökning (EEG)
- kontraströntgen av hjärnans blodkärssystem (cerebral angiografi)
- andra diagnostiska metoder

Vid en klinisk neurologisk undersökning tar man sikte på hjärnstammens och hjärnbarkens funktioner. Vid EEG-undersökningar är man inriktad på hjärnbarkens verksamhet, den elektriska aktiviteten där. Cerebral angiografi används för att konstatera om blodcirkulationen i hela hjärnan är upphävd.

Yttre tecken

Genom klinisk neurologisk undersökning fastställer man om de yttre, direkt iakttagbara tecknen på hjärnans funktioner är normala eller inte. Vid bortfall av hjärnans såväl högre som lägre funktioner kan följande kännetecken iakttas:

Den undersökte är helt *reaktionslös* och kan inte väckas. Han är helt oemottaglig för yttre retningar och saknar alla tecken på medvetande. Han känner inte smärta, reagerar inte vid smärtretning. Inga minnesfunktioner finns kvar och inte heller förmåga till tal och uttryck för känslor. Viljestyrda muskelrörelser kan varken iaktas eller framkallas. Däremot kan det finnas vissa ryggmärgsstyrda reflexer under kortare tid.

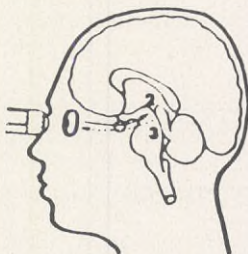
Förmågan till *spontan andning* är helt borta. Att den egna andningen är helt upphävd kan kontrolleras genom att respiratorn stängs av under så lång tid som det krävs för att koldioxidkoncentrationen i blodet skall bli så hög att andningscentrum i hjärnan stimuleras, vilket normalt alltid utlöser andningsrörelser.

Kroppens *temperaturreglering*, som styrs från mellanhjärnan i hjärnstammen är upphävd. Kroppen antar därför successivt omgivningens temperatur, om den inte uppvärms artificiellt.

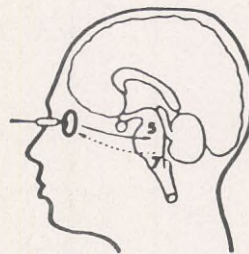
Samtliga *hjärnnervsreflexer* är borta. Pupillerna är i regel vida och reagerar inte för ljus. Blinkreflexer vid retning av hornhinnan (kornealreflexer) saknas. Även blinkreflexer, som normalt förekommer vid ljudretning, saknas. Spontana rörelser i den muskulatur som styrs av hjärnnerver förekommer inte. Inga rörelser av ögon, ansikte, käkar eller tunga förekommer. Inte heller svalgreflexer kan framkallas.

Inga balansfunktioner finns kvar. Det kan konstateras vid sk kaloriskt prov, då kallt vatten sprutas in i hörselgången. Därvid utlöses inte nystagmusrörelser hos ögonen, som det normalt skall göra.

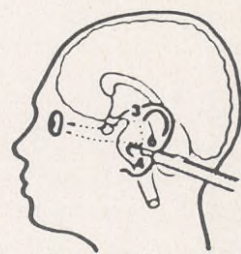
Undersökningsmetoder som visar bortfall av hjärnnervsreflexer.



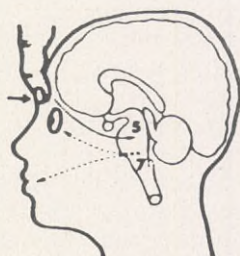
Inga pupillreaktioner vid belysning av ögonen



Inga reflexer vid beröring av hornhinnan



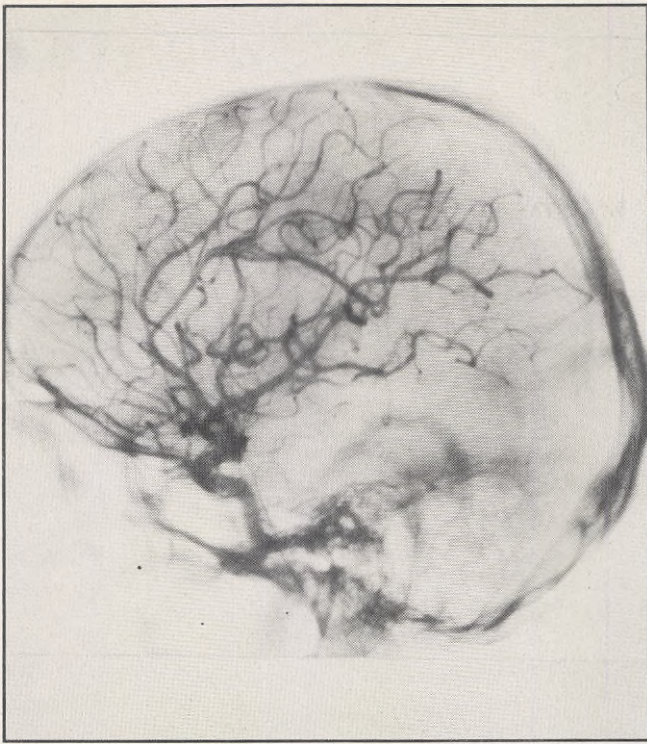
Inga ögonrörelser vid spolning med kallt vatten i hörselgången



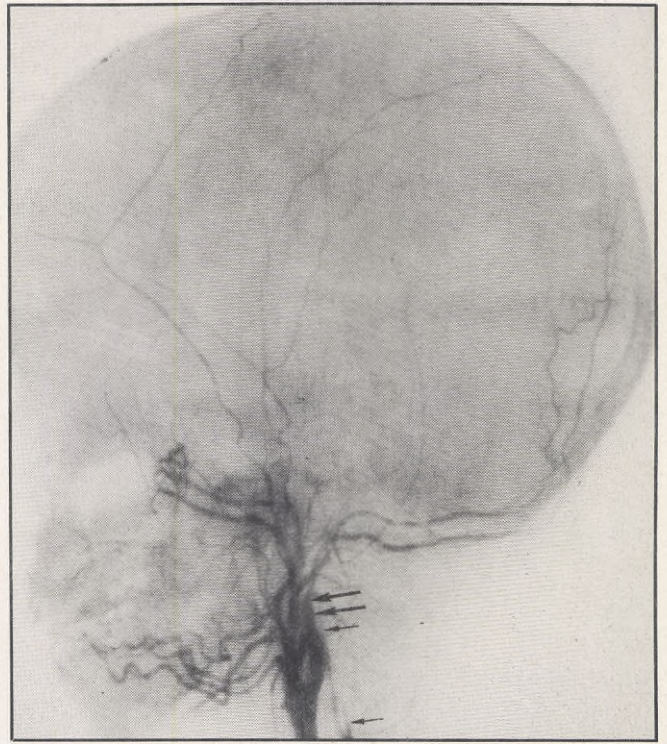
Inga ansiktsrörelser. Ingen mimik vid smärtretning av ansiktets hud.



Inga kväljningar eller hostningar om en tub förs ned i svalget



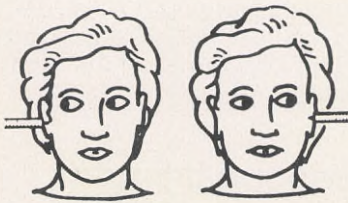
En röntgenbild med cerebral angiografi av en normal hjärna. Kontrastvätskan som har sprutats in gör att det rikt förgrenade kärlnätet i hjärnan syns mycket tydligt på röntgenbilden.



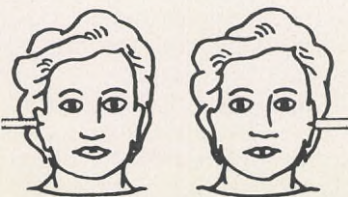
Röntgenbilden ovan visar en total hjärninfarkt. Kontrastvätskan har sprutats in i stora kroppspulsådern, men blodkärlen till hjärnan är tomma. Kontrastvätskan har inte kunnat tränga in i skallens inre, eftersom blodcirkulationen i hjärnan upphört.

Kaloriskt prov, då kallt vatten sprutas in i hörselgången.

Bibehållna oculovestibulära reflexer: Vid spolning med kallt vatten i hörselgången framkallas ögonrörelser av rytmisk typ åt den sida där spolningen sker.



Frånvarande oculovestibulära reflexer (kan iakttas vid total hjärninfarkt).



Inte heller förekommer några hjärtreflexer, som kräver hjärnans medverkan. Den överordnade blodtrycksregleringen saknas eftersom hjärnans funktioner fallit bort.

De diagnostiska metoder som redovisats här, eventuellt kompletterade med EEG, är fullt tillräckliga i de flesta fall för att konstatera att en människas hjärna är död. Men de är inte tillräckliga om den undersökte intagit droger eller är kraftigt nedkyld. Den metod som alltid kan användas är cerebral angiografi.

Kontraströntgen

Cerebral angiografi, dvs kontrast-röntgen av hjärnans blodkärl, går till så att kontrastvätska sprutas in i en eller flera av de artärer som försörjer hjärnan med blod eller i en större mängd i stora kroppspulsådern. Om hjärnans blodcirkulation fungerar kan man på röntgenbilden se att kontrastvätska trängt in i de intrakraniella blodkärlen (blodkärlen inuti skallens). I en hjärna som saknar blodflöde kan vätskan inte tränga in i hjärnans kärl.

Med cerebral angiografi kan man alltid slå fast att blodcirkulationen i hjärnan totalt har upphört. Därför kan den metoden ensam användas som grund för diagnosen total hjärninfarkt.

Efter att blodtillförseln till hjärnan

varit avbruten 15–20 minuter eller mer kan de förlorade funktionerna aldrig mer återvända. Genom att göra två angiografiska undersökningar med 30 minuters mellanrum kan man konstatera att tillståndet är oåterkalleligt. Det tillståndet kan inte förväxlas med sjukdomstillstånd som beror på hjärnskador som inte är totala.

Kan ej förväxlas

Vid begränsade hjärnskador finns oftast förmåga till spontan andning kvar. Elektrisk aktivitet i hjärnan kan ofta påvisas. Blodcirkulationen i hjärnan finns kvar, även om den ofta är nedsatt. Exempel på sådant tillstånd är permanent djup medvetslöshet, som vanligen beror på skador i delar av hjärnstammen, men viss elektrisk aktivitet i hjärnbarken och blodcirkulation i hjärnan finns då kvar. Med medicinsk behandling kan en person med sådan permanent medvetslöshet leva i flera år.

När det ibland i pressen står att en människa som varit "hjärndöd" väckts till liv så är det en missuppfattning. Det rör sig då om en person som vaknat upp ur långvarig medvetslöshet.

Uppgifter hämtade ur Utredningen om dödsbegreppet, och sammanställda av Gunilla Lockne.

Psykologiskt skulle det underlätta

För att få ett psykologiskt perspektiv på hjärndödsproblematiken uppdrog Utredningen om dödsbegreppet åt psykolog Margareta Sanner, Uppsala, att intervjua representanter för sjukhuspersonal, anhöriga till hjärndöda samt personer som inte direkt berörts av problematiken, dvs allmänhet. Sammanlagt har hon talat med trettiosju personer.

De vanligaste orsakerna till hjärndöd är någon form av hjärnblödning eller en skada mot huvudet vid en olyckshändelse. Tiden mellan insjuknandet och konstaterandet av hjärndöd blir då kort och de anhöriga får inte möjlighet till att psykologiskt förbereda sig för förlusten. Vid oväntade dödsfall blir alltid sorgereaktionerna häftigare med svåra symtom och skuldproblem. Man har inte haft tid att ta adjö och inte haft tid till förlåtelse och försoning.

Årsdagsreaktioner

Årsdagarna av en anhörigs död är viktiga för sorgearbetet, de utlöser minnen och känslor och återupplevandet av skeendet underlättar bearbetningen. Men då det gäller hjärndöda kan datum för hjärndödsdiagnosen, beslut om avstängning av respiratorn och själva avstängningen samt hjärtdödsdiagnosen, det som nu anses som död tidpunkten, skilja sig åt, dels beroende på de anhörigas behov av betänketid, dels – om det är fråga om njurdonation – beroende på operationsmöjligheter.

Rädsla för skendöd

Ytterligare en svårighet för de anhöriga är rädslan för skendöd. Människor har sedan urminnes tider varit rädda för att bli dödförklarade i förtid och levande begravda. I gamla tider fanns det också fog för sådan oro. I

bla teaterpjäser och filmer finns exempel på temat skendöd. Det händer fortfarande att människor ber anhöriga att kontrollera att de verkligen är döda innan de begravs.

Flera av de anhöriga som Margareta Sanner intervjuat tyckte att de hjärndöda var både levande och döda, de var livlösa, reagerade inte, var bleka och hade redan börjat kallna, men samtidigt var de vid liv, de andades, var varma och såg ut som de sov. Intellectuellt förstod de anhöriga att allt hopp var ute, men känslomässigt värjde de sig med stöd av det de själva såg.

I den situationen då de anhöriga varit upprörda, förtvivlade och förvirrade hade de blivit tillfrågade om de tillät att respiratorn stängdes av. Några av dem hade samtidigt också fått frågan om donation av den hjärndödes njurar.

Efteråt hade några av de anhöriga fått skuldkänslor, sannolikt till stor del beroende på att de inte riktigt uppfattat vad hjärndöd innebär rent fysiologiskt, de kände inte till de biologiskt-medicinska sammanhangen.

Information och stöd

De anhöriga efterlyste mer information till allmänheten både om vad hjärndöd är och om hur transplantationer går till och vad de betyder för njursjuka människor. Omgivningens reaktioner på beslutet om avstängning av respiratorn och njurdonation kan vara svåra för de anhöriga. En accepterande omgivning skulle kanske minska de anhörigas skuldkänslor.

De anhöriga hade efteråt behövt någon att tala med om sina tankar och sin sorg. Om sådant som de inte ville lämna ut till sina närmaste, utan hade velat ventileras med en utomstående.

Margareta Sanner har också gjort intervjuer i grupp med sjukvårdspersonal med direkt erfarenhet av hjärndöda patienter; läkare (specialister i neurokirurgi, anesthesiologi eller urologi), sjuksköterskor, undersköterskor, respiratorvakter och vårdbiträden.

Bättre transplantationer

Konsekvenserna för själva vården skulle inte bli så stora om hjärndöd infördes, trodde de intervjuade läkarna och sköterskorna. Men villko-

ren för transplantationer skulle förbättras. De patienter som behöver nya organ skulle kunna få bättre sådana om blodcirkulationen kunde hållas igång under uttagningen av organen, och läkarna skulle kunna operera utan tidspress, vilket skulle skapa bättre förutsättningar för lyckade transplantationer. Utan den tidspress som idag råder skulle operationerna också kunna utföras på ett för alla parter värdigare sätt.

En viktig konsekvens av ett ändrat döds-kriterium vore att anhöriga slapp ta ställning till avstängning av respiratorn.

Mindre laddat

Vårdpersonalen som intervjuades tyckte det var svårt att vara med när respiratorn stängdes av. Visserligen tyckte de att det var skönt att patienten fick sluta men de betonade att "det alltid är svårt när en människa dör, man vänjer sig aldrig vid det". De var dock eniga om att hjärndödsbegreppet borde införas. Respiratoravstängningen skulle bli mindre laddad om man stängde av för att patienten är död i stället för att som nu för att patienten *skall* dö.

Nu ger vårdpersonalen knapphändiga svar i kontakten med anhöriga för att inte ge näring åt falska förhoppningar, och samtidigt lider de av att inte kunna hjälpa.

Veckotidningarnas skrivelser av typen "Hjärndöd i nio månader, nu hemma på permission", som går stick i stäv med den information som anhöriga får på sjukhuset, skapar stora svårigheter.

Missuppfattningar

Massmediadebatten har varit osaklig och ofta givits sensationella vinklingar som bygger på missuppfattningar, kanske avsiktliga, menade de intervjuade läkarna. De kände sig osäkra på hur mycket vårdpersonalen påverkats av skrivierna och det skapade olust i deras arbete. Särskilt gällde olusten transplantationsverksamheten. Det fanns en misstänksamhet mot läkare och mot läkares diagnoser, kände de.

Ännu så länge vet såväl läkarkåren som sjukvårdspersonal i allmänhet, alldeles för lite om hjärndöd, menade de intervjuade läkarna. Det behövs

med ett nytt dödsbegrepp

specialkunskaper för att kunna ställa diagnosen hjärndöd, vilken läkare som helst kan inte göra det. "Man måste ju vara säker på att den diagnosen verkligen är säkrare än all annan diagnostik."

Men riskerna för feldiagnostik skulle inte bli större än idag om hjärndödsbegreppet infördes, snarare skulle den bli säkrare om diagnosen utställdes av läkare med specialutbildning för det.

Förfrågningar om organdonation skulle vara lättare att framställa om si-

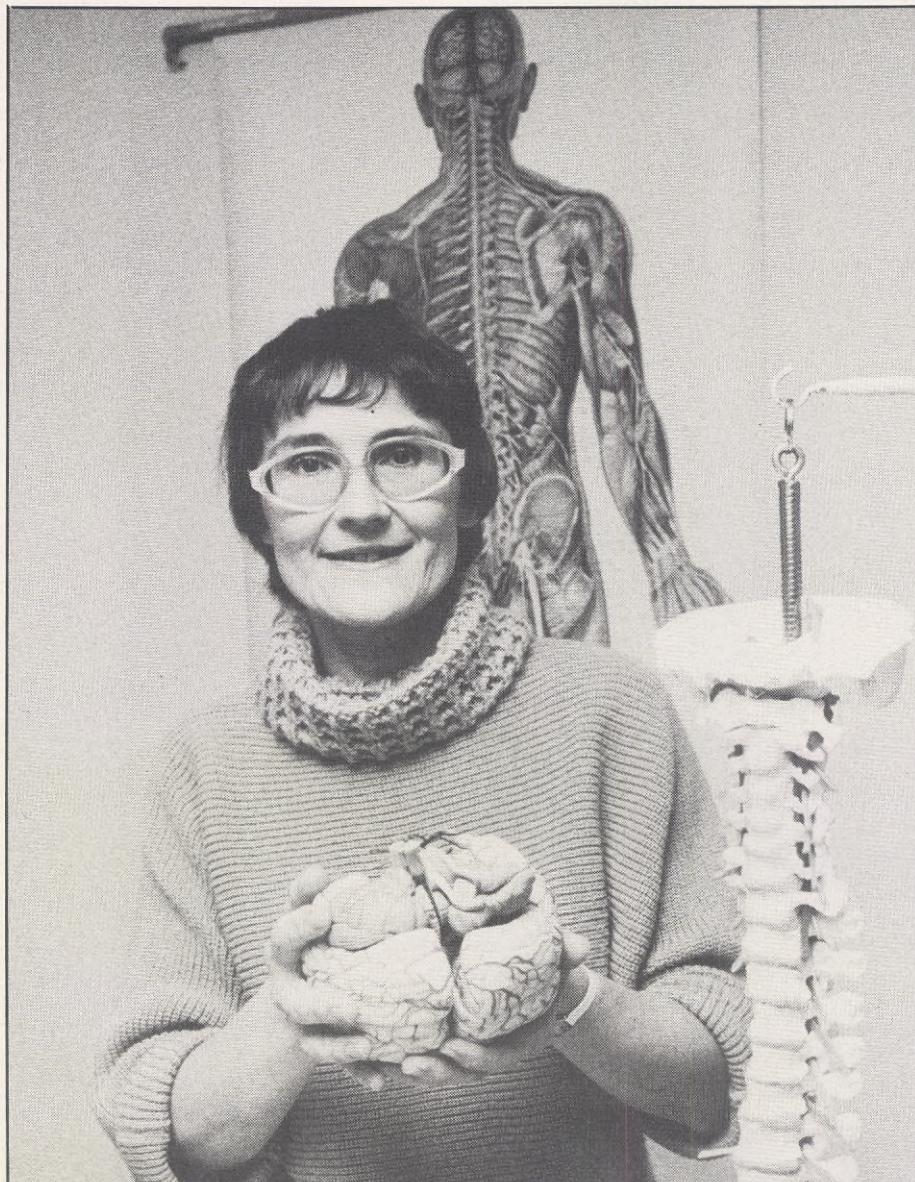
tuationen var mer entydig – patienten var död.

Ingen visste

Den allmänhet som intervjuades var en grupp kommunalpolitiker (yrkesmässigt tillhörde de gruppen jordbrukare och lägre tjänstemän) och en grupp akademiker (lärare, journalister och advokater). De hade i början av intervjun samtliga den uppfattningen att hjärndöd innebär kronisk medvetlöshet och att detta tillstånd kun-

de vara i årtal. Det blev något av ett antiklimax för dem då de fick klart för sig att en hjärndöd bara kan hållas vid liv med respirator i ett par dagar upp till en vecka. När de fick klart för sig det frågade de: "Vad spelar det då för roll? Om man ligger någon dag mer eller mindre." De drog så småningom slutsatsen att en ändring av dödsriterierna främst skulle vara av intresse ur transplantationssynpunkt och transplantationsfrågan kom att dominera gruppens fortsatta samtal. I princip var gruppen positiv till transplantationer, men ansåg det etiskt nödvändigt att ha krav på samtycke till organdonation.

Psykolog Margareta Sanner har på uppdrag av Utredningen om dödsbegreppet gjort en studie om de psykologiska aspekterna på hjärndöd. Hon har intervjuat sjukhuspersonal, anhöriga till hjärndöda samt allmänhet. På bilden visar hon upp en modell av en hjärna.



Värdig död

Skälen till att man ville införa nya dödsriterier var att man ansåg att alla hade rätt till en värdig död. Man borde slippa hållas igång fast man var död. Man tog kraftigt avstånd från att någon skulle förvaras en längre tid i avvaktan på organtagning. Ett annat skäl var hänsyn till anhöriga, det skulle vara lättare för de anhöriga om behandlingen avbröts för att patienten var död i stället för innan patienten var död.

En förutsättning för att införa hjärnrelaterade dödsriterier var att man kunde lita på att diagnosen var fullständigt säker. Man föreslog ett "tvåläkarsystem" som gardering både för läkaren och patienten. Vid en eventuell förändring av dödsriterierna ansåg man det nödvändigt att föra ut saklig information till allmänheten, men man var samtidigt tveksam till om det skulle ha önskad effekt. Människors rädsla för att tala om och tänka på döden hindrade dem från att ta emot information, menade man. Men man trodde att om lyckade resultat av transplantationer fördes ut på ett bättre sätt än idag så skulle människor få en positivare syn på det hela. Resonemanget kring transplantationsresultaten visade återigen att de intervjuade inte ville skilja ut dödsriteriefrågan från transplantationsproblematiken. För flertalet av dem var transplantationsverksamheten det centrala och dödsriteriefrågans lösning mest en förutsättning för en utveckling av transplantationerna.

Text: Gunilla Lockne

Foto: Rolf Nodén

Döden – en del av livet

”Man och fyra barn vid sängen, händer som byttes av att hålla och klappa, närhet och värme, tårar, tröst och gemenskap.”

Så var natten vid min mammas dödsbädd.

Denna natt hade föregåtts av en längre periods sjukdom under vilken kontakten och omvårdnaden successivt ökat. Denna period utmynnade i ett intensivt nära dygn som slutade med hennes död.

Det var en smärtsam tid. En tid för att avsluta och säga adjö. Det var

också en viktig tid – för mamma och för oss som stod henne nära.

Avsked är en process

Det definitiva avskedet sker inte vid ett tillfälle, utan är en lång process. Under vilken alla, den döende och anhöriga går igenom den akuta krisens alla förlopp. Efter dödsfallet följer för de anhöriga sorg och bearbetning.

Det har skrivits mycket under de senaste åren om ”vård i livets slutske-

de”. Om vikten av respekt och omvårdnad.

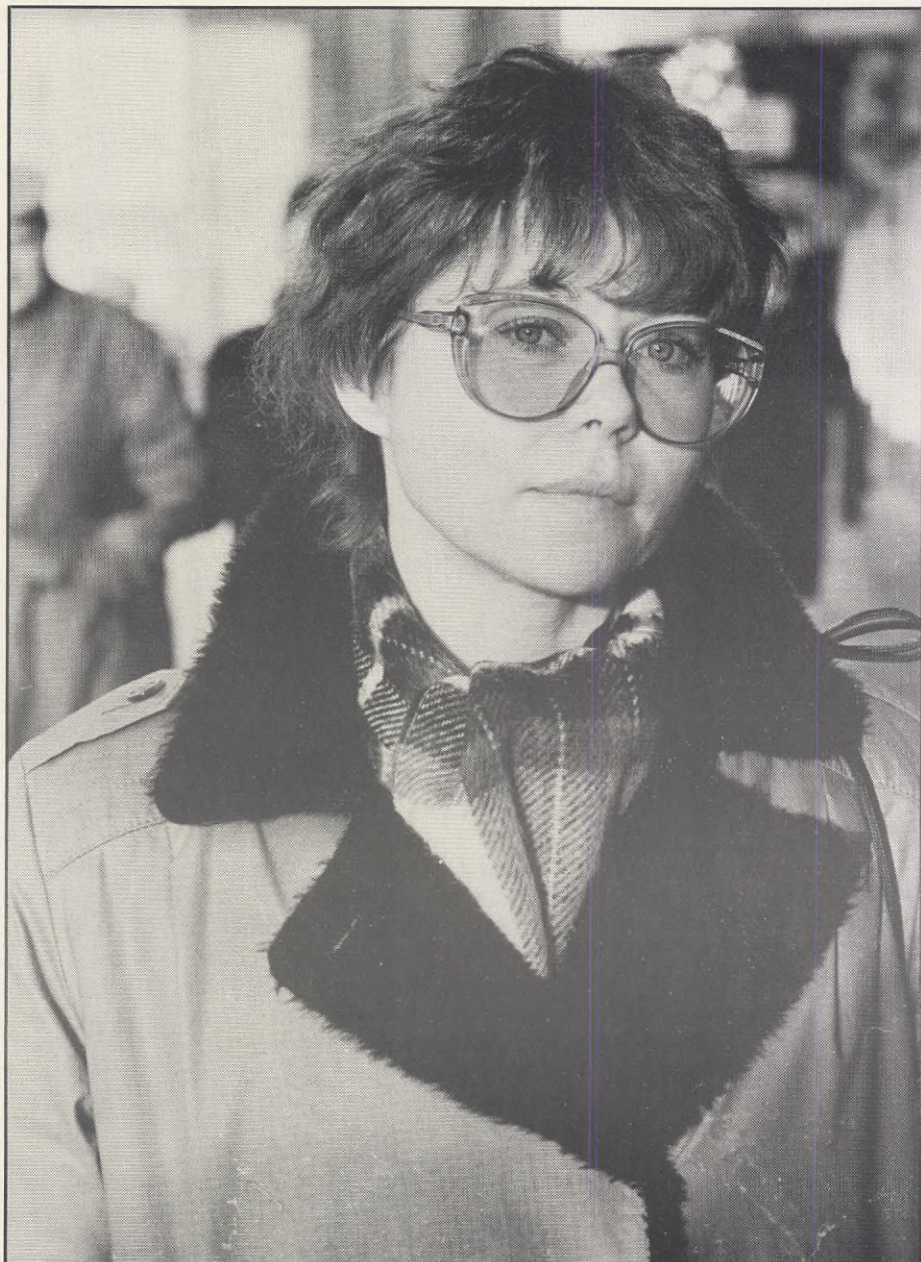
Det har också skrivits en hel del om själva döden och döendet.

- om vikten av att en svårt sjuk ges möjlighet till känslomässig bearbetning
- om anhörigas känslor och reaktioner
- om att döden berör oss alla och inte får vara en teknisk fråga för sjukhusets personal

Döden och döendet är något svårt och smärtsamt. – Något vi vill undvika att tala om. Ändå får de svåra känslorna, sorg och även ilska, aldrig glömmas bakom apparater och hurtiga tillrop.

Det är viktigt att den svårt sjuka och anhöriga får stöd. Stöd att orka, att vara nära. Stöd att bearbeta. Tid att bearbeta.

Att hjälpa till förlängt liv får inte ske på bekostnad av respekt för sorg och avsked – respekt för döden, skriver Gunlög Marnell med anledning av debatten om ett nytt dödsbegrepp och transplantationer.



Hjärtöd eller hjärndöd

Under en tid har i massmedia själva dödsbegreppet diskuterats.

Hjärtöd eller hjärndöd – hur skall döden definieras i framtiden? Här diskuteras de praktiska konsekvenserna av respektive definitionssätt, den juridiska aspekten, med en exakt formulering, mätning av hjärnaktivitet m.m. Den etiska, moraliska sidan berörs när det talas om möjliga risker för mer eller mindre avsiktliga missbedömningar.

Begrepp som avsked och bearbetning kommer inte till användning. Den känslomässiga sidan av döden berörs inte.

Idag fastställs döden när hjärtat slutar slå. Men – redan idag är det tillåtet att avbryta en behandling som är helt gagnlös.

Detta innebär i praktiken att om det inte finns någon som helst aktivitet i hjärnan kan respiratorbehandlingen bedömas som gagnlös och därmed avbrytas. Detta leder i sin tur till att hjärtat stannar.

Beslutet om att upphöra med respiratorbehandlingen fattas idag i samråd med de anhöriga. På gott och ont. Ett oerhört svårt beslut som kanske inte skall läggas på anhöriga. Viktigt däremot är att beslutet fattas när anhöriga har insett att behandlingen är hopplös och när de är färdiga att säga adjö. Viktigt är också stödet till de anhöriga efter dödsfallet.

Men varför all denna diskussion om hjärtöd eller hjärndöd om det redan

idag är helt lagligt att avsluta behandlingen i de fall där hjärnan är helt ut-slocknad?

Snabb utveckling

Det som har föranlett denna diskussion är transplantationskirurgins framsteg. En förutsättning för tex hjärttransplantationer är att det done-rade hjärtat i fråga har blivit försörjt med syre, vilket ju förutsätter att hjärtat slår ända fram till det opereras ut. Men – man kan inte ta ut ett hjärta som slår så länge döden definieras med hjärtdöd. Därav debatten.

Vid transplantationer är det ofta bråttom. När det är bråttom finns det inte tid för eftertanke, bearbetning eller avsked.

Föräldrar som just chockats av beskedet att deras barn är svårt skadat och hjärndött skall kanske nästa stund ta ställning till donation av organ. Går det att göra ett sådant ställningstagande direkt efter ett svårt besked? Kommer skuld känslor och ångest när den första chocken släppt? Hur upplevs det att delar av ens barn lever vidare i en annan?

Frågor och känslor om reaktioner. Frågor som inte diskuteras i sammanhanget och som vi inte ännu kan besvara.

För den vars hjärna redan slocknat saknar frågorna betydelse. För anhöriga är de viktiga. För vårt synsätt på döden och för respekten för den smärtsamma process som ett slutgiltigt avsked innebär, har de också betydelse.

"Till vilken nytta"

är en annan viktig fråga i sammanhanget. Till vilken nytta fick en liten baby ett aphjärta? Visserligen innebar det ett par dagar extra i livet. Räcker det? Vilka smärtor upplevdes? Hur upplevde babyns mor situationen? En kort tid fylldes av svåra beslut och nya förhoppningar i stället för sorg och avsked. Kanske var de extra dagarna värda det?

Kanske är det en stor tröst att ens barns hjärta ger liv åt någon annan?

Ett aphjärta i en människobaby går långt utöver alla etiska och moraliska regler. Smärta och lidande i tekniskt experimentsyfte kan inte försvaras. Så tycker jag och många med mig – i dag – men tekniken går framåt!

Många "extra" år

I dag lever många människor med nya hjärtan. Många "extra" år har de fått tack vare tekniken, tack vare att anhöriga sagt ja till donation.

Många år av liv utbytt mot några

extra dagar i respirator för en hjärndöd.

Sett ur detta perspektiv ter det sig självklart att arbeta för ytterligare utveckling av transplantationskirurgin – för att möjliggöra tex hjärttransplantationer – införa hjärndödsbegreppet.

"Man skulle vara evigt tacksam" sa mamman till en svårt hjärtsjuk pojke, när vi talade om hjärttransplantationer.

"Paralleloperation – samtidig operation" av en vars hjärta slår och hjärna är död och en vars hjärna är oskadd men hjärtat sjukt – är en nödvändighet för att kunna överföra både hjärta och lungor i dag. En sådan operation skulle innebära att hennes pojke fick fortsätta leva!

Tid för bearbetning

Visst önskar jag alla ett så långt och friskt liv som bara är möjligt. Att hjälpa till förlängt liv får dock inte ske på bekostnad av respekt för sorg och avsked – respekt för döden.

Det finns en risk att ett läkarteam, med viljan att hjälpa till liv och pressat av en svårt sjuk människas ångest, påskyndar ett beslut om donation även om det kanske skulle finnas lite tid till bearbetning före beslutet.

Det finns en risk att personliga mo-

tiv – önskan om ära och berömmelse – styr beslutet om ingrepp.

Det finns en risk att vi "glömmer" att en hjärttransplantation också innebär en människas död.

Alla inblandade, anhöriga och sjukvårdspersonal måste få stöd i att konfronteras med de svåra känslor som döden väcker – och tid för bearbetning.

Det handlar om glädjen att hjälpa till liv och om sorgen när ingen hjälp finns att ge!

Den död min mamma fick – en gammal människas insomnande med sina närmaste intill sig efter en tid för avslutning och avsked – är inte alla förunnad.

Alltför ofta ser vi tidig och plötslig död. Chock och intensiv smärta.

Livet är orättvist, det kan vi inte ändra på.

Vi kan däremot arbeta för att jämna ut orättvisorna så långt som möjligt, lindra, stödja och slå vakt om mänskliga rättigheter i livets alla ske-den.

Vi måste alltid arbeta för att *alla* aspekter – medicinska, sociala och psykologiska – blir belysta i de frågor som berör oss och att människor får adekvat stöd i svåra situationer.

Text: Gunlög Marnell

Foto: Anders Nyström

Steral luftrenare lindrar hö(st)snuvan

Det är just nu Du som allergiker eller astmatiker behöver luftrenaren STERAL. Den renar luften effektivt från pollen, sot, damm, tobaksrök, bakterier, djurepitel, mikroorganismer m.m. Posta kupongen så får Du broschyr och prislista över STERAL luftrenare samt uppgifter om hur Du kan köpa eller hyra någon av de fyra storlekarna.

WICUM AB

Marknadsavdelningen, Industrigatan 2, 774 00 AVESTA
Telefon 0226-505 70 • Telex 405 96 MATSSON S

JA TACK, JAG VILL VETA MER
OM STERAL LUFTRENARE

Namn _____

Adress _____

Postnr / Adress _____

Telefon _____

FRANKERAS
EJ WICUM
BETALAR
PORTOT

WICUM AB

SVARSPOST

Kundnummer 17181017
774 00 AVESTA

Hjärtrtransplantationer —

Hjärtkirurgin har utvecklats och förfinats mycket under de senaste årtiondena. Människor med svåra hjärtfel som tidigare gick en säker död till mötes kan idag räddas till livet. Sedan senare delen av 60-talet finns också tekniken att transplantera, dvs byta ut ett hjärta som är alltför sjukt för att kunna behandlas eller opereras. Sådana hjärtbyten görs bla i England och USA, men tillåts inte i Sverige.

Med den nya lagen som föreslås av Utredningen om dödsbegreppet skulle vi även i Sverige få göra hjärtbyten och många människor som behöver ett nytt hjärta skulle kunna få sådant.

Under de senaste 30 åren har hjärtkirurgin utvecklats, så att man idag kan operera nästan alla svåra hjärtsjukdomar där medicinsk behandling inte längre kan hjälpa patienten. Denna utveckling började när hjärt-lungmaskinen blev verklighet, och i Sverige gjordes den första hjärtoperationen 1954. Idag opereras över 3000 patienter per år i Sverige och många kan vittna om hur de från ett liv med smärtor, andfåddhet, trötthet och ångest kunnat återgå till en normal tillvaro.

En hjärtsjukdom är i allmänhet en kronisk sjukdom och denna sliter ned hjärtmuskeln och det finns ibland inte möjligheter att reparera längre. Ibland uppstår det också akuta hjärtsjukdomar som snabbt leder till döden utan att någon operation eller medicinsk behandling hjälper. Sådana hopplöst sjuka människor kan man nu ofta hjälpa med en hjärtrtransplantation.

Strävanden att finna metoder för att hjälpa dessa människor har pågått

under många år och långsamt utvecklades från början av 60-talet tekniken att transplantera hjärtan. Även svenska forskare bidrog till denna utveckling. 1967 gjordes den första hjärtrtransplantationen i Sydafrika.

Det stora problemet med alla transplanterationer är att kroppen söker stöta ifrån sig det transplanterade organet, och detta gäller förstås också hjärtat. Man fann emellertid medel som dämpar denna bortstötningstendens. Sådana medel gör också att kroppens infektionsförsvar försämras och detta leder ibland till svåra, livshotande eller dödliga infektioner. Många problem har man genom åren lärt sig att bemästra, så att en hjärtrtransplantation idag ger en patient stora möjligheter att kunna leva ett normalt liv.

Hur kan man då göra ett så omfattande ingrepp som en hjärtrtransplantation? Förutsättningen är att man, förutom att klara de problem som uppstår för mottagaren, kan finna ett lämpligt hjärta.

Symbol för livet

Hjärtat är ju för många människor en symbol för livet och när det pumpar blodet till kroppens alla organ finns också tecknen på det som vi vanligtvis upplever som hälsa och liv. Det är svårt att föreställa sig att en människa, hos vilken man kan känna pulsarna eller att kroppen är varm, kan vara död. Utan hjärnan kan emellertid resten av kroppens organ och vävnader fungera endast en kort tid. Svårigheterna med dödsbegreppet uppstod ingalunda i och med att man lärde sig transplantera hjärtan utan då respiratorn utvecklades – den apparat som gör det möjligt att ersätta den av hjärnan helt styrda andningen. Ibland får man en situation då en människa, vars hjärna är död och vars andning upphört, kopplas till en respirator som gör att hjärtat fungerar en kort tid och därmed alla andra organ i kroppen utom den döda hjärnan. När respiratorn kopplas bort, och det gör man i dessa fall, försvinner andningen och hjärtat upphör att slå – hjärnan är redan död och alla andra organ dör också.

För många år sedan kunde det vara svårt att säkert fastställa om hjärnan var totalt och oåterkalleligt död, men detta går nu att fastställa alldeles säkert. Man brukar säga att det är den

säkraste diagnos som finns och inga möjligheter att misstaga sig på om en människa "bara" är medvetlös eller har en totalt död hjärna. När det står i tidningarna att en "hjärndöd vaknat upp" är detta en missuppfattning. Patienten har då varit medvetlös och kanske mycket svårt hjärnskadad och det är något helt annat än en död hjärna.

I Sverige har det under många år varit tillåtet att koppla bort respiratorn från en hjärndöd människa. Efter ett par minuter upphör hjärtat att slå, eftersom det inte får syrgas längre, och då kan man ibland ta ut njurarna eller, som nyligen skett, levern för att transplantera dessa organ till människor som annars vore dömda till livslång dialys-behandling eller en säker död. Hjärndödsbegreppet är på detta vis redan accepterat i Sverige. Resultatet av att man idag kräver att hjärtat först skall sas kvävas, när man kopplar bort respiratorn är att det inte går att använda för transplantation, men det gör också att njurarna och levern blir skadade under de minuter som går innan hjärtat är kvävt. Om man kan ta ut organen medan de ännu är väl syresatta blir resultaten av njur- och levertransplantation ännu bättre och dessutom kan hjärtat också användas för att hjälpa människor som annars säkert dukar under i sin svåra hjärtsjukdom.

Så här går det till

Hjärtrtransplantationen börjar med att donator-hjärtat hämtas ut, i de flesta fall på ett annat sjukhus än där transplantationen skall utföras. Man måste därför kyla ned hjärtat och förvara det i kallt skick under transporten. Under tiden har bröstkorgen öppnats på den patient som skall få ett nytt hjärta. Detta går till så att bröstbenet klyvs på längden, varefter hjärtsäcken öppnas. Hjärt-lungmaskinen kopplas till och man kan klippa bort det gamla hjärtat. Det gäller att passa tiderna så att det nya hjärtat så fort som möjligt kan sys fast, dels därför att det inte tål att vara nerkylt under mer än 3–4 timmar, dels måste den tid man använder hjärt-lungmaskinen göras så kort som möjligt därför att detta i sig är en påfrestning för patienten. När blodet strömmar in i det nya hjärtat börjar det röra sig och med en kort elektrisk stöt kan man få det att

ger möjlighet till fortsatt liv

börja slå regelbundet. Det är en oerhörd upplevelse att se hur ett hjärta från en död människa börjar pumpa och kan skänka ett nytt liv till en människa som annars säkert också skulle dö. När det nya hjärtat återhämtat sig och arbetar normalt kan man ta bort hjärt-lungmaskinen och sy ihop bröst-korgen.

Patienten förs till intensivvårdsavdelningen och dagen efter operationen kan de flesta patienter börja sitt nya liv med att äta, prata och sitta upp. En hjärttransplanterad måste de första dagarna hållas ganska isolerad

eftersom infektionskänsligheten är stor under den tiden, men redan efter en vecka kommer patienten till sin avdelning och kan då i allmänhet vara uppe bland de andra patienterna. Hela sjukhusvistelsen behöver i allmänhet inte vara mer än 3-4 veckor och de allra flesta patienter kan leva ett alldeles normalt liv – hela 90 procent av hjärttransplanterade patienter kan börja arbeta igen när konvalescensen är över.

Har man fått ett nytt hjärta får man mediciner mot avstötning redan timmarna innan transplantationen. Un-

der den första tiden då avstötningsrisken är störst söker man hitta tecken på detta genom att någon gång per vecka stoppa ned en liten tång i det transplanterade hjärtat och nypa av en bit av det inifrån för att med mikroskop se om kroppen har skickat ut celler som försöker förstöra det främmande hjärtat. Så småningom minskar tendensen till avstötning och medicineringen kan minska, dock måste en hjärttransplanterad alltid äta medicin och med jämna mellanrum komma in på sjukhus för att kontrollera sig så att man kan hindra ett ev försök från kroppen att stöta bort det nya hjärtat.

Vi kan inte i längden räkna med att utländska sjukhus ställer upp för svårt hjärtsjuka svenskar, som behöver nytt hjärta, säger docent Göran William-Olsson, överläkare vid thoraxkirurgiska kliniken vid Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg. Tillsammans med sina medarbetare gjorde han i juni 1984 den första hjärttransplantationen i Sverige, med ett importerat hjärta.



Allas rätt till vård

Ibland hör man människor tala om de höga kostnaderna för hjärttransplantationer och att detta kan göra att det finns mindre pengar för att ta hand om andra patienter. Vi lever ju i ett samhälle där alla människor skall få vård. Det kan inte vara riktigt att bara för att man drabbas av en sjukdom som är dyr att behandla skall man uteslutas från den hjälp som finns att få. Kostnaderna för en hjärttransplantation är ungefär desamma som kostnaderna för två eller tre vanliga hjärtoperationer och av sådana görs det mer än 3000 per år i Sverige.

Mer än 1000 personer

Över 1000 människor i världen har fått nya hjärtan. I Sverige finns det 7 personer som från en säker död kommit tillbaka till liv och hälsa. Endast i Danmark och Sverige är det fortfarande inte tillåtet att ta ett slående hjärta från en död människa, och först när detta blir möjligt i Sverige kan kunskapen om hur svårt sjuka människor kan hjälpas sprida sig så att alla i vårt land som behöver hjärttransplantation också får ett nytt hjärta. Det går inte i längden att tära på utländska resurser, förr eller senare kommer de i utlandet att säga att de behöver göra dessa operationer på sina egna patienter och då står Sverige utanför.

Text: Göran William-Olsson

Foto: Björn Breitholtz

Vi känner oss som vikingar

Viking – föreningen för hjärttransplanterade svenskar har bara sju medlemmar. Samtliga har blivit transplanterade i England, på Harefield-sjukhuset i London.

– Syftet med föreningen är att vi som blivit transplanterade, skall hålla kontakt och stötta varandra och ge information till andra svenskar som står inför en transplantation, säger ordföranden Kenneth Andersson, Forsheda.

– En annan viktig uppgift för oss just nu är att försöka påverka politiker och beslutsfattare så att vi får en lag som accepterar hjärndöd som dödsbegrepp.

– Hittills har föreningen haft störst betydelse för oss som blivit transplanterade, säger Kenneth Andersson. Vi har utbytt erfarenheter och stöttat varandra. Men vi tror att vi kan hjälpa även andra genom att berätta om hur det är att bli hjärttransplanterad.

– Självt visste jag ingenting om skillnaden mellan hjärtdöd och hjärndöd, då läkarna rekommenderade mig att åka till England för att få ett nytt hjärta. Men när jag satte mig in i vad hjärndöd innebär så insåg jag att jag inte kunde hjälpa en hjärndöd människa till liv genom att avstå från att få hans eller hennes hjärta. Kanske är det i stället positivt att en del av honom eller henne får leva vidare. För mig var ett nytt hjärta enda chansen till fortsatt liv.

– På sjukhuset frågade de mig om jag ville veta något om den vars hjärta jag fått. Jag ville bara veta ålder, kön och nationalitet. Inget mer.

– Jag tror inte det vore bra om jag forskade för mycket, varken för mig själv eller för anhöriga till den som avlidit.

Bo Widén, Västerfärnebo, som också är med i styrelsen för Viking håller med om det. Han transplanterades en månad före Kenneth. Det är ungefär ett halvår sedan nu. För båda var det hjärtinfarkter som ledde till att de behövde byta hjärta.

– Jag fick min första infarkt 1977 och hade fem infarkter efter varandra, berättar Kenneth som är 41 år. En kranskärloperation gav tillfällig förbättring, men sedan försämrades min hälsa mycket snabbt. Hjärtbyte var min enda chans.

Började med infarkt

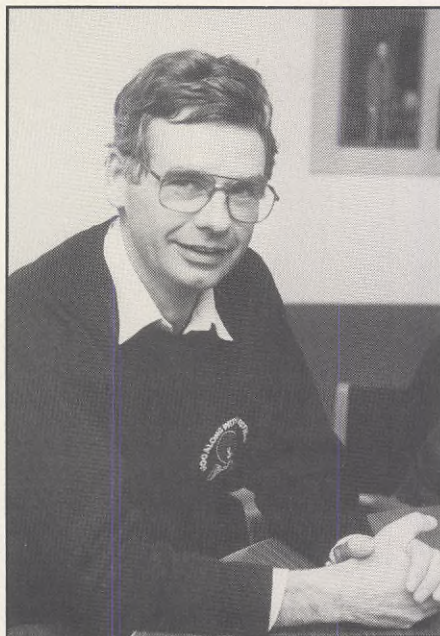
– Även för mig började det med hjärtinfarkter, säger Bo. Han är 45 år.

– Jag trodde jag tillfrisknat från dem då jag för ett år sedan blev dålig på nytt, hjärtat växte och jag skulle inte ha klarat mig länge till.

För några medlemmar i Viking har det varit en virus eller inflammation som lett till sådana skador att hjärtbyte måst vidtagas. För en har det varit ett medfött hjärtfel.

Den yngsta i gruppen är fjorton år, den äldsta femtiotre. På Harefield-sjukhuset åtar man sig i regel inte transplantationer på någon som är över femtio. De hjärtan som används är i åldern från sexton–arton till tret-

– Jag fick nytt hjärta för ett halvår sedan och mår utmärkt, är redan tillbaka på mitt heltidsjobb, säger Bo Widén.



– Jag hade haft fem hjärtinfarkter och var mycket sjuk. Hjärtbyte var min enda chans, säger Kenneth Andersson, ordförande i föreningen Viking.

tiofem år. Såvida det inte är ett barn som skall transplanteras, ty då väljer man ett hjärta från en hjärndöd i samma ålder.

Hjärtat måste vara helt friskt, och bla blodgrupp och vävnadstyp måste stämma.

– Det kändes konstigt att ligga där på sjukhuset och vänta på att någon skulle dö för att jag skulle få chansen till fortsatt liv, säger Kenneth. Men tyvärr är det så det fungerar.

– När man anmälts till Harefield-sjukhuset för hjärtbyte, så sätts man upp på en kölista. Men brådskande fall får givetvis komma före i kön. Kenneth fick vänta en vecka innan sjukhuset fick in ett hjärta som passade för honom. För Bo gick det på fyra dagar och det fanns då två hjärtan som var lämpliga för honom.

En månad på sjukhus

Efter operationen fick Kenneth stanna på sjukhuset i en månad och sedan åka direkt hem. Första tiden slog det nya hjärtat lite oregelbundet så han har fått en pacemaker, som träder i funktion vid behov. Bosse fick lämna sjukhuset redan efter en vecka och bodde sedan en tid i en lägenhet i

närheten. Då han tillfälligt blev sämre flyttade han tillbaka till sjukhuset.

Båda hade med sig en svensk sjuksköterska till London. De var ganska dåliga då de flögs över med ambulansflyg och det kändes därför bra att ha med sig en sjukvårdskunnig person som behärskade engelska. Om det skickas med en sjuksköterska eller inte varierar mellan olika landsting. I allmänhet följer också någon anhörig med och hyr in sig i en privatfamilj i närheten av sjukhuset.

Annorlunda miljö

– Det är stor skillnad på sjukhusmiljön hemma och i England och det har varit ett stort hinder för samtliga av oss att inte kunna göra sig förstådd på sitt eget språk, säger Kenneth. Vi har inte kunnat ställa de frågor vi velat och inte kunnat få all den information vi skulle ha behövt, även om den medföljande sjuksköterskan varit till stor hjälp som förmedlare.

Nu ett halvår efter operationen, är Bo redan igång med heltidsarbete igen på den trävarufirma som han driver tillsammans med en bror. Kenneth räknar med att återgå till sitt yrke som mäklare efter nyår.

– Med tanke på hur dåliga vi varit är det helt fantastiskt att vi mår så bra och kan vara så aktiva, säger Kenneth.

– Åren före operationen var jag så begränsad av mitt dåliga hjärta. Jag trodde att jag efter hjärtbyte skulle få ett stillasittande ineliv och såg det som en förbättring. Att jag skulle kunna vara ute och jaga och fiska och cykla som jag har gjort i höst hade jag aldrig trott.

– Jag är inte speciellt försiktig utan försöker leva så normalt som möjligt nu. Visserligen håller jag mig ifrån människor som är väldigt förkylda, men att helt isolera sig från smitta går ju inte.

– Efter transplantationen måste vi äta medicin resten av våra liv mot avstötning och medicinen har vissa biverkningar, men det är små olägenheter som man vänjer sig vid, tycker Bo och Kenneth.

Kostnaden för en hjärttransplantation på Harefieldsjukhuset samt resor och uppehälle i England är sammanlagt cirka 200–250 000 kronor. (En vanlig hjärtoperation i Sverige kostar ungefär 80 000 kronor.)

– Det skulle vara så mycket enklare och billigare om hjärttransplantationer fick göras i Sverige, där man är i närheten av släkt och vänner, är i en

miljö som man är mer van vid och framför allt kan göra sig förstådd på sitt eget språk. Dessutom skulle man slippa resan som alltid är påfrestande för den som är svårt sjuk, betonar Kenneth och Bo.

Hjärndödsbegreppet

– Vi hoppas begreppet hjärndöd godkänns i Sverige så att de som behöver nya hjärtan får chansen till operation hemma. I avvaktan på det arbetar vi i Viking med att stödja dem som behöver åka utomlands.

– Landstingsförbundet har rekommenderat landstingen att bevilja bidrag till hjärttransplantationer utomlands för svenskar som behöver det, men tillåter inte att sådana operationer görs i Sverige. En sådan dubbelmoral är inte hållbar i längden, anser Kenneth.

Text: Gunilla Lockne

**Foto: Arne Gustafsson
Lennart Boberg**

Skål för vår framtid, säger medlemmarna i föreningen Viking till varandra. Frv Maria Mårtensson, Kenneth Andersson, Stefan Persson, Runar, Pekka Nevalainen, Cecilia Brandenfeldt och Bo Widén.



Resultat av Friskvårdskampanjen 1983/84

Resultatet av Friskvårdskampanjen syns på vidstående sida.

1:a pris 1000 kr i klass 1 går till Aneby
i klass 2 går till Avesta, Hedemora, Säter
i klass 3 går till Älmhult
i klass 4 går till Kiruna
i klass 5 går till Malmö

2:a pris 500 kr i klass 1 går till Ånge
i klass 2 går till Landskrona
i klass 3 går till Trelleborg
i klass 4 går till Borlänge
i klass 5 går till Luleå

3:e pris 250 kr i klass 1 går till Trollhättan-Vänersborg
i klass 2 går till Nordvästra Skåne
i klass 3 går till Gällivare-Malmberget
i klass 4 går till Härnösand
i klass 5 går till Dorotea

Vinstpengarna skall användas av föreningen till friskvårdsaktiviteter.

Bland dem som lyckats sluta röka före den 15 september 1984 har lottats ut en cykel.

Den vanns av Naimi Hoffman, Sundsvall.

Forts från sidan 5

Undantag från regeln

När dödsriterierna är uppfyllda är människan död och då skall också dödsförklaring ske. Alla eventuella pågående medicinska åtgärder skall då omedelbart avbrytas, det är den grundläggande principen. Men utredningen anser att det kan vara etiskt försvarbart att i vissa situationer fortsätta med medicinska åtgärder en tid efter dödens inträde. Av hänsyn till andra människors liv eller hälsa eller av hänsyn till den avlidnes anhöriga.

Ett sådant undantag är då det gäller att rädda livet på ett ännu inte framfött barn. Ett annat kan vara då det finns särskilda skäl att ta hänsyn till anhörigas önskemål, då de emotsätter sig att respiratorn stängs av och de måste få viss tid på sig att psykologiskt acceptera att så måste ske.

Det tredje undantaget är när det är aktuellt att ta organ från den avlidne

för transplantation, för att rädda en annan människa till liv och hälsa.

Transplantationer

Att i Sverige utföra hjärt- och lungtransplantationer är idag inte möjligt eftersom sådana organ behöver tas ut innan blodcirkulationen i kroppen upphört. Med utredningens dödsdefinition skulle detta bli möjligt.

Även vid njurtransplantationer skulle situationen förbättras om njurarna togs ut innan respiratorn stängdes av.

Den som emotsätter sig att organ tas från hans kropp efter dödens inträde skall kunna förhindra det, anser utredningen. Redan idag har transplantationslagen som huvudregel att organ inte får tas från en avlidne som under sin livstid uttalat sig emot ett sådant ingrepp eller om det i övrigt står i strid med hans uppfattning eller hans anhörigas uppfattning.

Utredningen föreslår att den enskilde skall kunna utfärda ett förbud, som

är bindande för sjukvården och de anhöriga, mot att det tas organ från honom, innan den cirkulationsstödande behandlingen avbrutits.

En förutsättning för att organ skall få tas från en avlidne är att det gjorts en undersökning som objektivt visar att blodcirkulationen varaktigt upphört (se sidan 6). Härigenom undanröjs de anhörigas tvivel om dödsdiagnosens riktighet. Dessutom skyddar det sjukvårdspersonalen från ogrundade beskyllningar om att organ tagits innan personen avlidit.

Utredningen tar inte ställning till om vi i Sverige skall utföra transplantationer av organ som hittills inte ansetts möjliga att använda. Förslaget till lag om fastställande av människans död har inte något samband med den debatt som pågått om hjärtransplantationer, hävdar utredningen.

**Uppgifter ur Utredningen om dödsbegreppet.
Sammanställda av Gunilla Lockne.
Foton: Calle Boström**

Förening	Aktivitets- poäng	Slutat röka	Total- poäng
Klass 1: 1–99 medlemmar			
Aneby	3181	3 = 150	3331
Ånge	3166		3166
Trollhättan–Vänersborg	1979		1979
Enköping	1110		1110
Nyköping–Oxelösund	656		656
Västra Södermanland	235		235
Tranås	157		157
Tingsryd	78		78
Hässleholm	ej redovisat	1 = 50	50

Klass 2: 100–199

Avesta–Hedemora–Säter	1766	1 = 50	1816
Landskrona	1051	2 = 100	1151
CO Västmanland	1091		1091
Nordvästra Skåne	1029		1029
Kristianstad	654	1 = 50	704
Höganäs	426		426
Västerbergslagen	422		422
Gotland	349		349
Aros	116		116
Uddevalla	113		113
Falkenberg	54		54

Klass 3: 200–299

Älmhult	3712		3712
Trelleborg	1351		1351
Gällivare–Malmberget	1281	1 = 50	1331
Växjö	1183	1 = 50	1233
Åsele	908	2 = 100	1008
Karlskoga	769	4 = 200	969
Kramfors	850		850
Karlskrona	796		796
Timrå	692		692
Österlen	388		388
Skellefteå	171		171
Gävle	102	1 = 50	152

Klass 4: 300–399

Kiruna	4619	5 = 250	4869
Borlänge	1377	1 = 50	1427
Härnösand	1163		1163
Falun	968		968
Helsingborg	638		638
Piteå	591		591
Jönköping	472	1 = 50	522
Kalix	145		145

Klass 5: 400–

Malmö	5224	3 = 150	5374
Luleå	5238		5238
Dorotea	1633		1633
HLG Göteborg	1620		1620
Sundsvall	986	5 = 250	1236
Jämtland	863		863
Blekinge CO	307		307
Malmöhus län CO	279		279
Skaraborg	226	1 = 50	276

Totalt 49 deltagande föreningar	56185	33 = 1650	57835
---------------------------------	-------	-----------	-------

Centralorganisationerna anmält poäng men deltar inte i tävlingen.

Friskvårda



Friskvårda

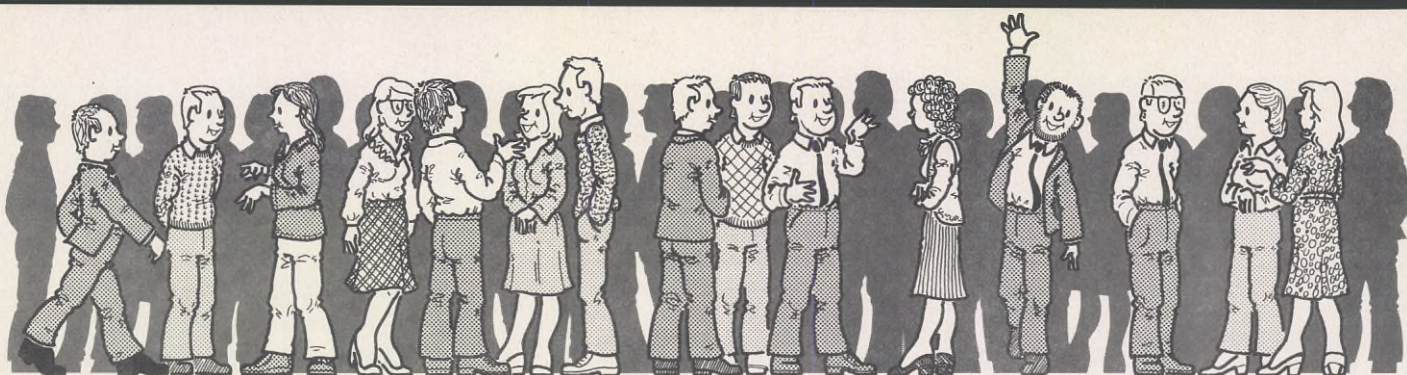


Friskvårda



Friskvårda





FRÅN LOKALFÖRENINGARNA

Norrköpingsförening firar 75-årsjubileum

DHL i Norrköping kan se tillbaka på ett år med en mängd olika arrangemang. Vi har gjort resor, bla en resa i det blå som gick till Åland via Eskilstuna och Stockholm. Möten av olika slag har stått på programmet och bland dem kommer nog vår traditionella sill- och skinksexa först på listan. Den var i år förlagd till Skärkinds bygdegård och vi blev guidade i bygdens kyrka. Vi har även haft basar. Där fanns till försäljning material som medlemmar suttit hemma eller i föreningslokalen och tillverkat. Många hade rensat på vindar och i källare och andra hade bakat bröd. Nettointäkten går sedan tillbaka till medlemmarna i form av nya aktiviteter kommande år.

Men DHL i Norrköping kan se tillbaka inte på bara ett år utan 75 år!

Detta firade föreningen med en jubileumsfest i Stadshuset. Förutom våra egna medlemmar deltog förbundsordförande Bo Martinsson, kommunfullmäktiges ordförande Ville Andersson, representanter från CO, Linköpingsföreningen, LHCK, HCK och handikappkonsulenten.

Kvällen inleddes genom att Ville Andersson hälsade välkommen. Kommunen hade upplåtit Stadshuset för kvällens festligheter och stod även för 60% av matkostnaderna. Detta tack vare att staden firade 600-årsjubileum samma år. De närvarande avnjöt en härlig måltid och därefter inleddes talen av Bo Martinsson som även överlämnade en gåva i form av en handmålad vas. Många vackra ord flödade över föreningen och olika gåvor överlämnades.

Ordföranden Karl-Olov Tegnér läste en historik över föreningens 75 år. Föreningen startades 1909 av två patienter som vistades på det dagsanatorium som var beläget i Vrinnevisko-gen. Föreningens huvudsyfte var även på den tiden att hjälpa medlemmar-

na, men då mer än nu hjälpa enskilda medlemmar med ekonomiskt bidrag så att de fick ett drägligt liv.

Ett amatorsällskap vid namn "Pappskallarna" framträdde med olika sketcher. Familjen Gustafsson underhöll med sin trevliga musik och det blev även tillfälle till dans.

Marita Karlsson

Rekreationsresor för Jörnmedlemmarna

Hjärt- och lungsjukas förening i Jörn har under sommaren och hösten 1984 företagit rekreationsresor.

Den 2 augusti 1984 startade från Jörn 62 förväntansfulla medlemmar en resa till Motala. Med Motala som bas företogs utflykter till Kolmårdens djurpark, Vadstena kloster, Vättern runt samt en tur på Göta kanal. Tillfälle gavs även att beskåda skulptören Kalle Önemarks verk.

Efter fem dagar var det dags för hemresa. Vi kunde konstatera att det var en mycket trevlig och avstressande resa. Reseledare var Per Karlsson som såg till att allt klaffade perfekt.

En utflykt till Trollforsen har företagits under sommaren då medlemmarna njöt av den vackra naturen och kaffe med dopp. På hemresan gjordes en kaffepaus efter Piteälven och senare på kvällen intogs en god middag på Hotell Laponia.

Den 22 september var det medlemsmöte på Malå Hotell där 125 medlemmar hade mött upp. Efter mötesförhandlingar bjöds det på surströmming och därefter spelades upp till dans. På nattkröken var det dags att resa hem och alla var nöjda och glada efter en lyckad kväll.

Föreningen har köpt in fyra vävstolar för terapiarbeten, så nu är det full verksamhet att tillverka alster som skall säljas bland annat på den traditionella julmarknaden och därmed förstärka föreningens kassa.

Lars Sundell

Information om pacemaker för Kirunabor

Kiruna hjärt- och lungsjukas förening inbjöd söndagen den 18 nov alla pacemakerbärare och föreningens medlemmar i Kiruna med omnejd till en informationsträff i Kiruna Folkets Hus. Intresset för informationsträffen var stort vilket tillslutningen visade.

Informationsträffen inleddes med en kort historik över pacemakern, varvid konstaterades att den är en hel-svensk uppfinning, som första gången inopererades på en svensk 1958. Fram till dags dato har ca 10000 svenskar fått pacemaker inopererad, som hjärt-hjälp. Pacemakern används i dag över hela världen. En förhållandevis prisbillig hjälp till lidande människor, då pacemakern i dag betingar ett så förhållandevis lågt pris som 6000-25000 kronor, beroende på utförande.

Överläkare Torbjörn Messner som inbjudits talade över ämnet "Varför blir jag pacemakerbärare". Dr Messner nämnde i sitt anförande att alla inoperationer i Norrbotten sker på Kallix lasarett, och att 10-talet Kirunabor årligen blir nya pacemakerbärare. I Kiruna bär totalt ca 300 personer pacemaker.

Messner uppmanade de närvarande att gärna ställa frågor, och en livlig frågestund uppstod. Messner besvarade frågorna och gav råd och lugnande besked.

Informationsträffen avrundades med att en sånggrupp spelade och sjöng.

Linnea Holmberg

Hjärtinformation i Helsingborg

Efter flera års försök har Helsingborgs lokalförening i samarbete med länsorganisationen i Malmö fått i gång hjärtträningen.

Evert Mathiasson, Åke Magnusson och Helsingborgs ordförande Folke

Weimark har lyckats etablera ett mycket fint samarbete med Helsingborgs lasarett och överläkaren på hjärtavdelningen docent Stefan Hofvendahl ställde i september upp på ett informationsmöte som utannonserats i den lokala pressen. Förinformationen hade också kompletterats med redaktionell text i tidningarna. Den goda informationen och den mycket intressanta föreläsaren Stefan Hofvendahl hade lockat så många intresserade att det tyvärr var en hel del som inte kunde få plats i lokalen och var tvungna att vända i dörren. Omkring 200 personer trängdes inne i lokalen.

Docent Hofvendahl informerade om vilka hjärtsjuka patienter som är lämpade för hjärtträning. På ett fan-

tastiskt sätt stillade han många patienters oro och frågor av typ: Vågar man röra på sig? Vad vågar man göra?

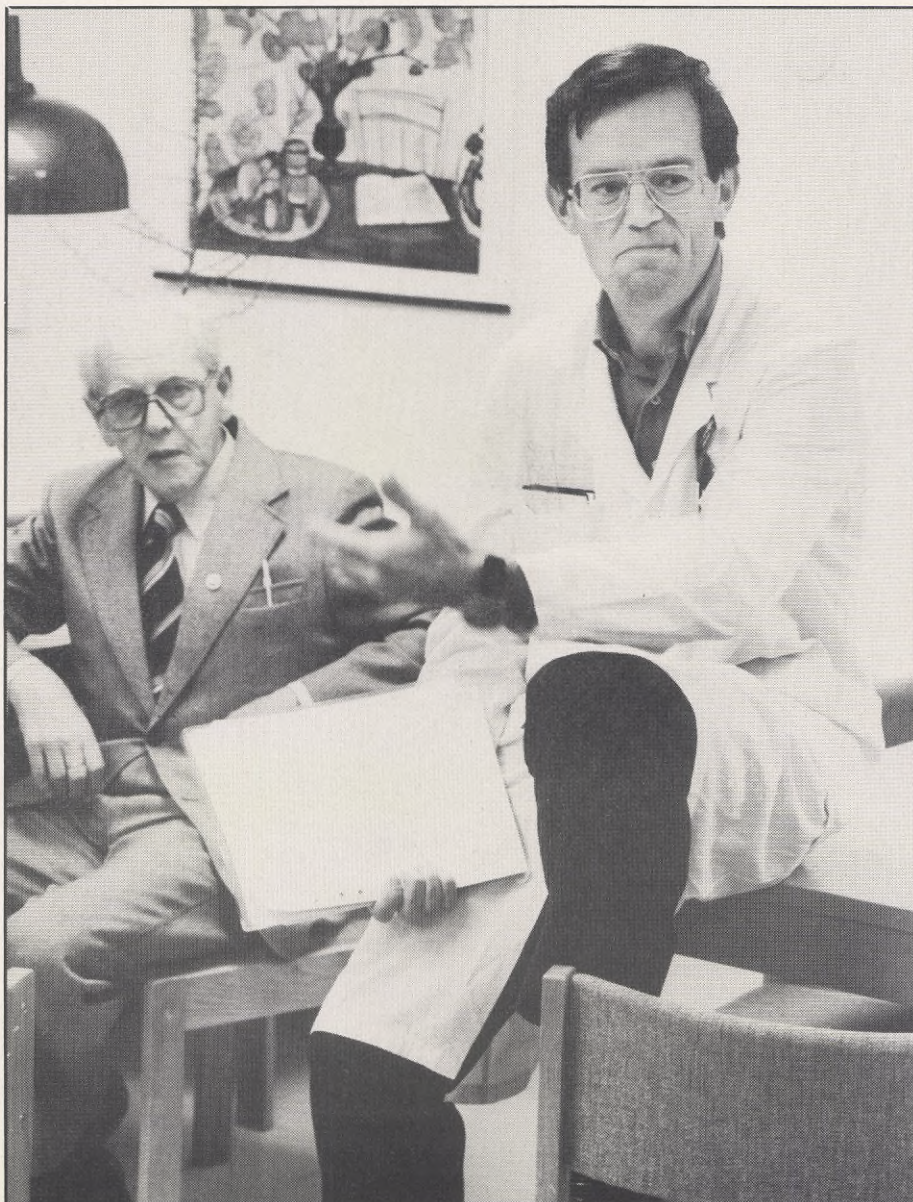
Så presenterades Marianne Forslund som gått igenom hjärtinstruktörskurs i RHLs regi och som nu i sin tur var redo att hjälpa Helsingborgs lokalförening med hjärtträningen.

Att det finns ett enormt behov av information är helt klart. Påföljande dagar ringde många och uttryckte sin besvikelse över att de inte fått plats vid informationsmötet.

10-12 personer hade föreningen satt som mål för sin hjärtträningsskurs. På bara några dagar hade över 30 hjärtsjuka anmält sig, och vi skall därför försöka starta fler grupper.

Anna Mann

"Var aktiva, rör på Er" uppmanade docent Stefan Hofvendahl på Helsingborgs lokalförenings informationsmöte och ordföranden Folke Weimark (i bakgrunden på bilden) kunde tacksamt notera en stor uppslutning kring mötet.



Hjärtats Dag i Hässleholm

Hässleholmsortens kamratförening för hjärt- och lungsjuka anordnade en onsdagskväll Hjärtats Dag i församlingshuset. Överläkare Sten Juul Müller från hjärtsektionen medicinkliniken i Malmö höll föredrag. Åke Magnusson från centralorganisationen i Malmöhus län redogjorde för vad som ingår i benämningen friskvård. I samband med mötet visades en mycket instruktiv utställning av bildmaterial om verksamheten inom Riksförbundet hjärt- och lungsjuka.

Efter att föreningsordföranden välkomnat gick ordet till Åke Magnusson, som gav en orientering om förbundets arbete.

Förbundet har 120 lokalföreningar och ca 24000 medlemmar. En nyhet är att det utbildas huvudinstruktörer i hjärt- och lungräddning och dessa skall ha till uppgift att handha de instruktörer som skall verka ute bland allmänheten. Efter utbildning har instruktörerna möjligheter att försöka rädda personer som hastigt drabbas av hjärtbesvär, tills ambulans anländer och patienten kommer under läkarvård.

Inom Kristianstads län är Gunnar Österberg huvudinstruktör.

Sjukhusen har speciell gymnastik för hjärtinfarktpatienter. Meningen är att lokalföreningarna inom RHL skall fortsätta med denna gymnastik sedan patienterna blivit utskrivna från sjukhuset. Eftervården är nämligen mycket viktig, poängterades det.

Överläkare Müller höll föredrag om hjärt- och kärlsjukdomar varvid han nämnde att fler och fler drabbas av hjärtinfarkter. Han talade även om kärlekskrampens besvärligheter. För dem som har sådana besvär rekommenderade han vila tills krampen släppt samt att ta det lugnt. Doktor Müller kom också in på rökningens skadeverkningar. Vad det gäller kostfrågor uppmanade han till undvikande av allt för fet mat. Fisk och grönsaker rekommenderades. Motion och gymnastik i den form som vederbörande orkar med. Doktor Müller fick besvara en hel del frågor från de samlade.

För underhållningen svarade Paul Skoog från Furuboda, som med sin enmansorkester och sina vackra sånger fängade publiken, vilka med livliga applåder tackade honom för framträdandet.

Därefter samlades åhörarna under livligt samtal kring kaffeborden.

Tage Persson

Temautställning i Trollhättan

Temautställningen *Vi finns* som handlar om handikappade barn visades i Trollhättan den 21–23 oktober 1984. På skärmar illustrerades med bilder och ord att det finns handikapp som syns och att det finns handikapp som inte syns.

Det var HCK och dess medlemsorganisationer samt ABF som arrangerade utställningen med kompletterande paneldiskussion med och mellan politiker och anhöriga till barnen. Olika hjälpmedel demonstrerades. De olika handikapperna beskrevs och vad som krävs för att eliminera och begränsa verkningarna för de drabbade.

Panelen fick ta emot önskemål och krav och frågor från oroliga föräldrar om vad som görs och vad som eventuellt planeras för åtgärder för att handikappade barn skall kunna leva ett så normalt dagligt liv som möjligt.

I paneldiskussionen förekom frågor om vad som görs för att utbilda personal i förskola och skola för att de skall kunna och våga ta hand om handikappade barn. I vilken grad tar man hänsyn till allergiska barn i skolan? Vad görs för att höja utbildningsnivån för de hemsamariter/barnsamariter som kommunerna anlitar när föräldrar behöver få avlösning? Planerar kommunerna förskolan så att den fungerar för elever som kommer från särskolan nu när kommunen tar över denna osv.

Lokalföreningen av RHL och kontaktföräldrarna för hjärtsjuka barn Birgit Andersson och Ing-Britt Hinze deltog i utställningen med skärmar och annat tryckt material som framhävde de hjärtsjuka barnens situation och hur familjer med hjärtsjuka barn påverkas socialt och ekonomiskt.

Bror Ek

Medlemsökning i Kalix

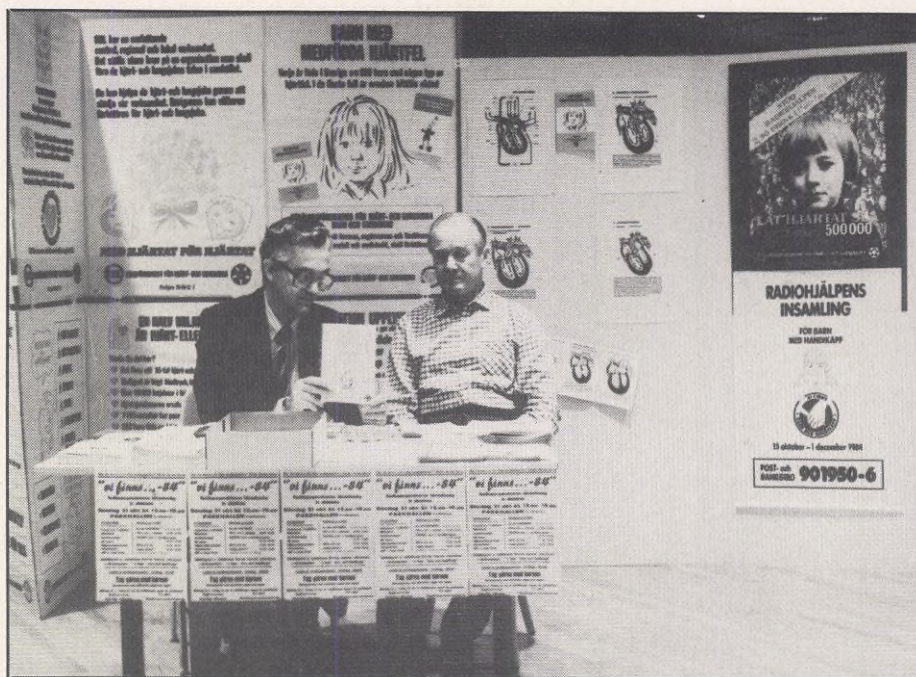
Vid sitt senaste möte kunde Kalix hjärt- och lungsjukas förening rösta in 19 nya medlemmar.

Rapport förekom från Kalix Handikapporganisation samt en upplysning om att vi från styrelsen gjort en framställan till Kalix lasarettsdirektion om att Korpens hjärtrehabiliteringsgrupp får använda lasarettets simbassäng.

Socialchef Eino Alderblom höll en intressant information om åldringsvården, hemsamaritverksamheten samt hur färdtjänsten är uppbyggd.

Rapport om sammarens resor. Kalix dragspelsklubb underhöll med musik och ledde allsång.

Anna Lundbäck



Från utställning om barnhandikapp, anordnad av lokalföreningen i Trollhättan. Kurt Olofsson tv på bilden visar en broschyr om pacemaker för Tage Martinsson.

30-årsjubileum i Faluföreningen

På Dössberget i Bjursås var 70-talet medlemmar från Faluns lokalförening samlade för att fira föreningens 30-åriga tillvaro.

Festligheterna inleddes med att Gertrud Sundqvist läste upp en historik som hon sammanställt.

Till den goda middagen som serverades spelade två spelemän från Bjursås.

För jubileumsuppvaktningen svarade Bengt Hedström, som överlämnade ett blomsterarrangemang i sidan från riksförbundet och en Moraklocka i glas från centralorganisationen.

Det mycket väl genomförda jubileet avslutades med en stunds friskvårdsdans.

Bengt Hedström

Kvartalsmöte i Kristianstad

De Hjärt- och lungsjukas förening i Kristianstad har hållit ett mycket välbesökt kvartalsmöte i Hemgråden under ledning av ordf Nils Hedvall.

Mötet beslutade bla att motionsgymnastiken skall ökas till två gånger per vecka, och att studiecirkel skall startas i ämnet "Före och efter hjärtinfarkt". Boken "Bra mat mot högt blodfett" ingår i cirkeln. Mat är en av riskfaktorerna för hjärtinfarkt.

Doktor Ragnar Skölling höll ett för medlemmarna mycket intressant föredrag om våra sjukdomar: högt blodtryck, blodfett, stress och kärlekram samt till sist vården efter hjärtinfarkt.

Det visades också en film om fysisk träning efter hjärtinfarkt, som anordnas för hjärtpatienter vid Malmö Allmänna Sjukhus, där patienterna bygger upp sin kondition stegvis under medverkan av sjukhusets sjukgymnast.

Eftersom sjukhuset bara har resurser att erbjuda träning en begränsad tid, anordnas den fortsatta träningen som motionsgrupper, i regel av de hjärt- och lungsjukas lokalföreningar i samarbete med Korpen.

Gunnar Österberg

Traditionell höstfest på Gävle lungklinik

Patientföreningen, lungklinikerna, Gävle sjukhus har haft sin sedvanliga höstfest på avdelning 11. Efter välkomsttal av ordförande Olle Andersson bjöds en stunds underhållning av Strömsbro Pensionärskör, under ledning av Einar Petterson och ackompanjering av Ivan Jonsson. Alla patienter och deras besök bjöds på kaffe och tårta. Det blev en trevlig gemytlig samvaro, som uppskattades mycket. "Farväl vi ses igen" avslutade kören med, viket alla hoppades på.

Lisa Löw

Umeåmedlemmar på utflykt till Värmland

Ett 40-tal medlemmar i hjärt- och lungsjukas lokalförening Lövssta, Umeå, har haft en studiecirkel om Värmland och funnit landskapet så intressant att man beslutade sig för att göra ett studiebesök där.

Det blev en lärorik och uppskattad utflykt. Resan företogs med buss.

Första dagen gick resan till Sala där vi såg oss om i staden och övernattade.

Nästa dag på väg mot Karlstad gjorde vi besök på Skultunas anrika Messingbruk. Där inhandlades en del minnes- och nyttosaker. Utanför Kristinehamn stannade vi till och tittade på den 15 meter höga Picassostatyn. Vi hann även med ett besök på Alsters herrgård där guide visade oss runt i Frödings födelsehem.

Frykensäarna blev nästa dags utflyktsmål, med besök i Rottneros herrgårds fina barockträdgård. Vi tittade på Tossebergsklätten, en fantastisk utsiktsplats. Vidare gjorde vi en rundtur i Selma Lagerlöfs Mårbacka.

Fjärde dagen blev det en utflykt till Dalsland där vi under några timmar fick njuta av en skön båttur, där vi passerade Håveruds berömda akvedukt med ca 10 st slussar. Vi hann också med ett besök på Dalslands Center, en slöjd- och hantverksutställning.

Femte och sista dagen i Värmland ägnade vi åt studiebesök och rundtur i Karlstad.

Som avslutning på dagarna i Värmland hade vi en träff med kamrater från Karlstads RHL som bjöd på gott fika och vi fick en intressant pratstund om våra gemensamma arbetsuppgifter inom organisationen på såväl riksom läns- och på lokalplanet.

George Lind

Hjärtats Dag i Västervik

I Västervik hade hjärt- och lungsjuka anordnat Hjärtats Dag. Samling på Torget där sjukgymnast Gunbritt Ahlberg, Gamleby, talade om hur viktigt det är med kost och motion efter hjärtinfarkt. Nils Knutsson, Oskarshamn, talade för förbundet och centralorganisationen. Vidare såldes lotter för föreningen och rikslotter. Regionmusiken i Jönköping spelade och Västerviks båda folkdanslag uppträdde.

Linnéa Holmberg

Kallelse till kongressen 1985

Härmed kallar vi till förbundskongressen 1985, som hålles i Borlänge den 14-16 juni på Folkets Hus med inkvartering på OK Motor Hotell.

Anmälan av befullmäktigat ombud göres till RHL:s kansli senast den 1 april 1985.

Motionstiden utgår den 15 februari 1985.

Meddelande från RHLs valberedning

1985 är kongressår och vi har att förbereda val av ledamöter och suppleanter i förbundsstyrelsen, det gäller även val av revisorer och ersättare för dessa.

Vi vill nu uppmana föreningarna att lämna förslag på kandidater, ange även förslag på tänkt funktion.

Vid sammanträde med valberedningen den 26 oktober 1984 har beslutats att sista dag för nominering av kandidater till förtroendeuppdrag inom RHL skall vara den 31 januari 1985.

För kännedom meddelas att avsägelse till förnyad kandidatur föreligger från nuvarande förbundsstyrelseledamoten Bror Ek, Vänersborg.

Förslag på kandidater skall sändas till valberedningens ordf John Gärdin, Rådhusgatan 108 D, 83145 Östersund.

Övriga i valberedningen är: Åke Magnusson, Malmö, sekr Elisabeth Hybratt, Angered, Thyra Markgren, Skellefteå och Torgny Lindmark, Nyköping.

Lyckad Gotlandsresa efter studiecirklar

Blekinge läns hjärt- och lungsjuka, har i lokalföreningarna haft studiecirklar om Gotland och därefter har en femdagarsresa till ön genomförts, för att deltagarna skulle få uppleva platser, natur och minnesmärken.

Ett 40-tal deltagare åkte buss till Oskarshamn och därifrån var det en härlig båttur till Visby. Inkvartering var ordnad vid strandgården i Tofta, som har en fin sandstrand.

Första dagsetappen gick söder ut mot Hornburgsgubben och resan dit gick över en underbar och säregen del av ön.

Följande dag besöktes Lummelundagrottorna och norra delen av Gotland. På Fårön, vid Sudersands sandstrand, hade resenärerna möjlighet att svalka av sig, i det varma och soliga vädret.

Tredje gotlandsdagen gick färden över ön till Östergarn med flera platser och minnesmärken. Tillfällen gavs

att besöka flera av Gotlands 94 kyrkor.

Sista dagen gjordes bla besök i Krysmyntaträdgården, botaniska trädgården i Visby med sin fina blomsterprakt och Visby gamla och pittoreska innerstad. Med kvällsfärjan åkte vi sedan åter mot Blekinge efter en alltigenom trevlig och minnesrik Gotlandsvistelse.

Sten Jislind



Hade aldrig tur...

Då slog det till och blev högsta vinsten

– Nu får du allt köpa en lott av mig, sade bekantingen. Men det vet du ju att jag inte har någon tur, sade Barbro Andersson i Trollhättan, och köpte ändå en lott. Ganska snart upptäckte hon att förlustraden var bruten. Väninnan rev bort en bit av lotten och avslöjade därmed att det var en av de 20 högvinsterna.

Längst ner på raden av högvinsterna efter bil, TV, video och mycket annat fanns en radio.

En radio

Den radion ställde Barbro in sig på. Eftersom hon aldrig brukade vinna måste ju vinsten nu sträcka sig till högst en radio, resonerade hon.

Lotten ingick bland totalt 200000 lotter (ca 5000 därav sålda i Trollhättan) i Riksförbundet för Hjärt- och Lungsjukas rikslotteri 1984.

Lottköpet skedde i augusti, dragningen i oktober. Dragningslistan skickades till Barbro genom att hon



En skinande ny Saab Combi var högsta vinsten i RHLs lotteri 1984. Den vanns av Barbro Andersson i Trollhättan.

sänt in en kopia till riksförbundet på sin lott.

Så kom beskedet

Hon hade vunnit en bil, en Saab 900 GL Combi 84 års modell, till ett köpvärde av 72000 kr. Med vinstskatten inräknad blev hennes vinst 102000

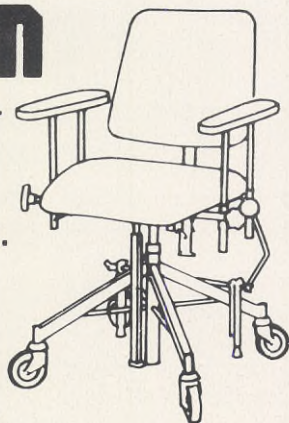
kr. Undra sedan på att hon ännu inte tror att bilen är hennes, den läckert elfenbensfärgade bilen, som hon fick hämta på Saab-Ana i Trollhättan och själv kunde välja önskad färg där.

- Provkört den?
- Visst, bla tur och retur Borås.
- Den är härlig att köra, sade Barbro entusiastiskt.

realstolen

Den svenska kvalitetsstolen som är ett helt system, där behoven bestämmer utförandet.

mercado rehab



Valhallavägen 102, Box 16348,
103 26 Stockholm.

Telefon: 08-67 39 39, 08-67 01 35



TallmoGården

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 0240-915 00, bokning 0240-917 85.

LEVER PÅ LAS-TER	DÄR SPAR TRÄDET STÄTT ICKE	UTKÖR DA PÅ TOK	KAN HA SINA RIS-KER	KAN INGÅ I DRINK	BLAD TILL-TALAR HYENA	LÅTER BÄTTRE ÄN ASK
UPP-TRÄDER EGOIS-TEN	DÄLIG KAN PUMPAS IN				ÅNGLA-GES-TALT	BÖRDA
TUR-KISK HÄRS-KARE				HÖNS-FODER OBE-HANDLAD		BÖR HÄL-LAS
KAN DE KRI-TISKA		BRONS MAN				
OPERETT ULLA	INGÅR I FLOTTAN	VÄND-NING I VITA SPÅRET	JULBRUD	ILSKET I LITEN PÅSE	FÖRE CEN-TERN	
					SÄGER INGET UNDER-SKOTT	I STUM, SKÄR-GÅRD PINGIS
HAR SKIRÄ-NAREN	GRÄ VID FARA			FORS-KAR I SMYG	ÄR UPP TAGET SÅ HAR ÄRS VITSBÖNA	HÅLLER VÄRMEN UPPE
TOPP						OCH TAR UR MUSTEN
STOR AVISA		MARS-SLUT				VIRKE TJUGO-ÅTTA OCH ETT
					ÄR I EN ANNAN VÄRLD NÖDROP	FÖR EKA
HUR STÅR DET TILL RÄTTA			BUSKE		YTA HAND TAG EN GAM-MAL SPORT-ARAB HANSSON	STÖR SINNES-FRIDEN
				ELIT RYTARE		
LYCKAN KOMMER MED NYTT		M Y T	UPP-FÖD-NING	GENOM-SKIN-LIG		
			TIDE-VARV			
KUNDE PROSIT VÄGG						
STYRA HÅLLER LÅDA						

Lösningar skall vara märkta "Bildkryss nr 1" och måste vara Status redaktion, Box 9090, 102 72 Stockholm, tillhanda senast den 15 februari.

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

Lösning och pristagare meddelas i Status marsnummer.

Namn _____

Adress _____

Postadress _____

Status

BILDKRYSS nr 1985

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

