

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.



Status

6
1986



Organ för Riksförbundet för hjärt- och lungsjuka



IDENTITETSBRICKOR

ID-brickan i silver finns nu för hjärtsjuka, pacemakerbärare och astmasjuka.

ID-brickan med silverkedja och gravyr kostar kr 300:– (Självkostnadspris).

Skicka in nedanstående talong så får Du en graverad ID-bricka i silver

Insändes till: ID-bricka för hjärtsjuk
RHL ID-bricka för pacemakerbärare
Box 9090 ID-bricka för astmasjuka
102 72 Stockholm Aktuell ID-bricka förkryssas

Namn

Personnummer

Adress

Postnummer postadress

Telefon /

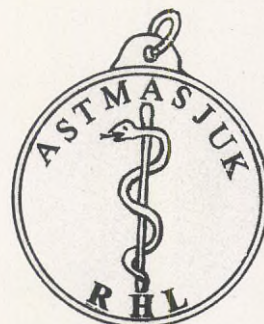
Vårdas på nedanstående sjukhus

Sjukhusets namn

Adress Tel.nr /

Postnr postadress

Var god texta.



FOLDRAR, BROSCHYRER, NÅLAR

som kan beställas via lokalföreningarna eller centralorganisationerna

Målsättningsprogram

Osynligt handikapp

Hjärtinfarkt

Lungsjukdomar

Folder ID-bricka för hjärtsjuka

Folder ID-bricka pacemakerbärare

Folder ID-bricka astmasjuka

Gemensam konvalescenthemsbroschyr

ID-kort för pacemakerbärare

”Till Dig som har pacemaker”

Den fortsatta hjärtträningens betydelse

Om gruppinformation efter hjärtinfarkt

RHL:s stadgar

”... då syns int”

Information om Blomsterfonden

Presentation av Föräldraföreningen

Barn med medfödda hjärtfel

Det hjärtsjuka barnet och familjen

Medlemsnålar

Medlemshängsmycken

Det synliga hjärtmärket

Friskvårdströjor – pris kr 50:–



Friskvårdströja
i vit bomull med rött tryck.
Den finns att beställa på
RHL,
Box 9090, 102 72 Stockholm
och kostar 50 kr + frakt.

Organ för Riksförbundet
för hjärt- och lungsjuka

Juni 1986
Årgång 49

Ansvarig utgivare:
Bo Månsson

Redaktör: Gunilla Lockne

Förbundskansli:

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

Tryckeri:

Kringel-Offset, Södertälje

Prenumerationspris:

Helår 65:-

Produktionsplan 1986

| Nr | Manus- stopp | Annons- stopp | Distri- bution |
|----|-----------------|------------------|-------------------|
| 7 | 10 juni | 10 juni | 20 aug |
| 8 | 10 aug | 10 aug | 20 sept |
| 9 | 10 sept | 10 sept | 20 okt |
| 10 | 20 okt | 20 okt | 30 nov |

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

Upplysningar om priset för
mindre format lämnas av
redaktionen

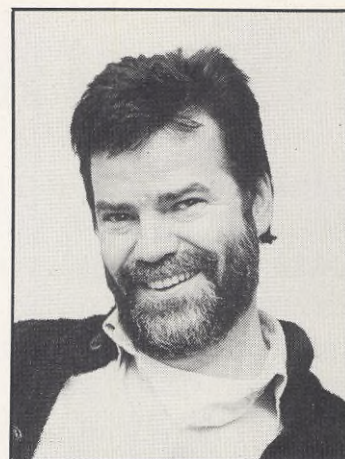
Omslagsbild:

RHL-kurs i hjärt-
och lungräddning

Foto: Anders Nyström

TS-kontrollerad upplaga

Förbundssekreterare
Bo Månsson:



Thoraxkirurgin måste öka...

... så att inte hundratals människor varje år dör i onödan i det här landet. De dör i väntekön. De har fått vänta för länge antingen hos kardiologen eller hos thoraxkirurgen. De har fått vänta alltför länge på att bli undersökta och få sin diagnos eller alltför länge på att bli opererade. Idag får man vid ett sjukhus i Sverige vänta 4 månader på operation om man har *förtur* och 12 månader – ett helt år – om man inte har *förtur*. En väntelista som tyvärr tenderar att öka eftersom sjukhuset hela tiden även måste göra akuta thoraxoperationer, som fn tar c:a 15 procent av resurserna i anspråk.

Thoraxkirurgin måste öka, så att väntetiderna fort och drastiskt skärs ner. Vi måste helt enkelt genomföra fler thoraxkirurgiska operationer på fler orter. För närvarande görs i Sverige cirka 3000 operationer per år vid fyra regionsjukhus. Operationsfrekvensen måste kraftigt ökas och det är bra att Socialstyrelsens nya utredning om kranskärlskirurgin i Sverige föreslår att frekvensen skall öka från 250 till 600 operationer per en miljon invånare. Men utbyggnadstakten måste ökas. Det är ett krav från vårt förbund att även regionsjukhuset i Umeå byggs ut så att man också där kan genomföra öppna thoraxkirurgiska operationer. I Norge har man fyra thoraxcentra med c:a 4 miljoner invånare och i Finland fem med c:a 5 miljoner invånare, så nog har vi ett tillräckligt underlag i Sverige för ett femte hjärtcentra, i Umeå.

Thoraxkirurgin måste öka, inte bara beträffande de sk by-pass-operationerna utan även beträffande dilatationerna, dvs användandet av sk ballongsprängning, en oblodig metod, som genomförs med lokalbedövning och där man kan lämna sjukhuset redan efter två till tre dagar. Att utbilda fler läkare i dilatationsteknik är ett måste och förmodligen det snabbaste sättet att komma till rätta med väntelistorna.

Tekniken förutsätter också en utbyggnad av röntgenverksamheten, så att det inte uppstår "proppar" där i stället.

Borlängekongressens krav på en utbyggnad av thoraxkirurgin, i första hand i Umeå, framstår som i yttersta grad berättigat och välunderbyggt. Tillsammans måste vi arbeta, på olika håll och på olika nivåer, så att *thoraxkirurgin* verkligen blir utbyggd i tillräcklig omfattning.

Människor dör i onödan

Minst 80 hjärtsjuka människor kommer att dö i onödan för varje månad som går innan åtgärder vidtas. Det skriver hjärtspecialisten Staffan Ahnve här och kritiserar skarpt bristen på vårdresurser för patienter med sjukdom i hjärtats kranskärl. Väntetiden för röntgen och operation av kranskärlen är ca sex månader, vilket är helt oacceptabelt, menar Staffan Ahnve.

På grund av otillräcklig resurstilldelning för vård av patienter med sjukdom i hjärtats kranskärl har tusentals svenskar de senaste åren dött i onödan.

I dagarna skall Landstingsförbundets styrelse fatta beslut om en eventuell utbyggnad av vården av patienter med kranskärlssjukdom. Som grund för detta beslut ligger en utmärkt penetrerande utredning gjord i socialstyrelsens regi av docenterna Karl Swedberg, Göteborg och Torkel Åberg, Uppsala.

Det kan finnas all anledning att informera om det mycket stora problem som råder, eftersom det berör så många av oss. Ungefär 30 000 svenskar dör varje år i hjärtinfarkt, denna vår vanligaste dödsorsak.

Tyvärr har utvecklingen redan sprungit ifrån Sverige, och det är, när det gäller vård av patienter med sjukdom i hjärtats kranskärl, inte längre fråga om att ligga i frontlinjen, utan mera fråga om att om möjligt inte halka efter ytterligare.

Människans hjärtmuskel försörjs av ett högersidigt och ett vänstersidigt kranskärl. Det vänstersidiga kärlets huvudstam delar sig snart i två kärl, varför man brukar tala om att hjärtat har tre kranskärl. Dessa förgrenar sig ytterligare. Patienter får kärllkrampsbesvär när blodförsörjningen via dessa kärl inte klarar av att försörja en del av hjärtmuskeln med syre. Om denna nedsatta blodförsörjning blir allvarlig och långvarig, skadas det område som ej får blod på ett orepabelt sätt (man får ett ärr, en hjärtinfarkt).

Sedan slutet av 1970-talet är det välkänt att borttagandet av vissa förträngningar (förkalkningar) i hjärtats kranskärl förlänger livet på patienterna. Vid detta ingrepp, vilket utförs av thoraxkirurger, leds blodet förbi förträngningen av kärlet med hjälp av en artär (pulsåder) eller en ven vilken ta-

gits från annat håll i kroppen. Man opererar in en kärlbrygga förbi det förträngda partiet, man utför en sk by-pass-operation. På senare år har även en kateteriseringsteknik utvecklats med vars hjälp hjärtspecialisten "spränger" bort ovannämnda förträngning i kranskärlen (ballongsprängning - kranskärlsvidgning).

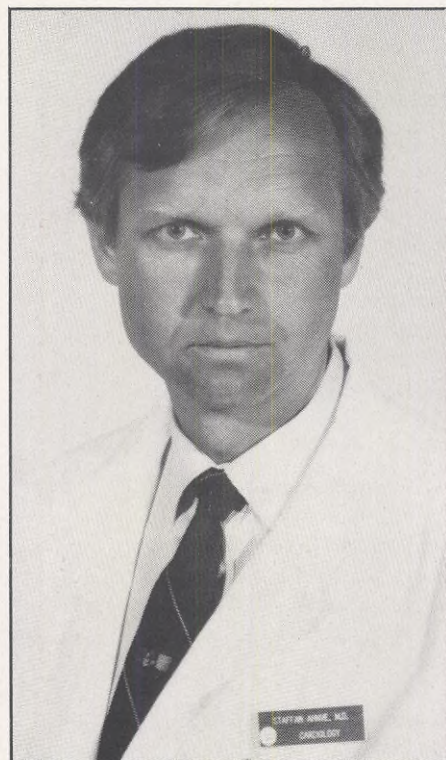
Innan man utför en by-pass-operation eller en kranskärlsvidgning krävs att man först bedömer kranskärlen med hjälp av kontraströntgen. En tunn plastslang (kateter) liknande den som används vid kranskärlsvidgningen införs via kroppens artärsystem till hjärtats kranskärl där kontrastmedel insprutas.

I många länder finns det ingen väntetid för att få kranskärlen röntgade. Om så vore fallet skulle man anse att detta vore oetiskt. Vid vissa västländska centra finns kortare väntetider (några veckor) för att få bli by-pass-opererad eller kranskärlsvidgad, ej för att få kranskärlen röntgade.

Väntetid för röntgen

I Sverige remitterades patienter hösten 1985 för denna typ av vård till fyra sjukhus, kontraströntgen av kranskärlen utfördes vid sammanlagt åtta sjukhus. På grund av mycket knapphändiga resurser tvingas vi i Sverige hålla indikationerna mycket snävare än utomlands och väntetiderna är oacceptabelt långa, varför människor dör i onödan, antingen på grund av att de ej alls remitteras eller för att de dör i väntan på röntgenundersökning och behandling. Väntetiden för kontraströntgen och operation av kranskärlen är vid de svenska sjukhusen ungefär sex månader.

I San Diego, där jag är verksam som forskare vid University of California, bor ungefär 1,5 miljoner invånare, dvs jämförbart med Stockholm. I denna stad utförs by-pass-kirurgi/



Staffan Ahnve, som skrivit denna debattartikel, är docent i kardiologi vid Karolinska institutet och sedan 1982 är han knuten till hjärtsektionen vid Kaliforniens universitet, USA.

kranskärlsvidgning vid sju sjukhus (i hela Sverige vid fyra sjukhus). Kranskärlsröntgen utförs vid ytterligare ett antal sjukhus. I Stockholm utförs sådan röntgenverksamhet endast på Karolinska sjukhuset, där också högklassig thoraxkirurgi bedrivs. Enligt ett förslag från socialstyrelsen skall denna typ av röntgenverksamhet inrymmas endast på ett ställe i Stockholm. Norr om Uppsala skall den endast finnas på ett sjukhus, i Umeå. Läkare i Umeå har visat att man sparar ungefär 10 000 kronor per patient i transportkostnad genom att ej sända patienterna till Uppsala, varför man sannolikt lyckats övertyga beslutsfattarna om att det även i Umeå är berättigat med denna livräddande kranskärlskirurgiska verksamhet.

Jag har av och till de senaste åren diskuterat denna tragiska situation som råder i Sverige med kolleger utomlands. Många initierade hjärtläkare har inte trott sina öron när de förstått hur illa det är ställt i Sverige. En av Europas ledande hjärtspecialister, professor Wellens från Maasteric, Holland, upplyste mig nyligen om att man i Holland har 55 röntgenlabora-

i kranskärlssjukdomar

torier för undersökning av hjärtats kranskärl och att man opererar kranskärlssjukdom vid tolv olika centra. I Sverige har vi åtta röntgenenheter och man opererar på fyra sjukhus. Holland har 14 miljoner invånare, Sverige 8,3.

I USA och Holland utförs ungefär 1000 respektive 800 kranskärls-ingrepp per miljon invånare och år, i Sverige 250. Nuvarande kapacitet innebär att man i Sverige opererar ungefär 3000 kranskärlssjuka patienter per år.

Uppdämt behov

Eftersom denna vård i Sverige nu släpar efter finns det ett uppdämt behov, och man kan uppskatta att 17000–20000 patienter borde bli föremål för ingrepp i kranskärlen om resurser fanns. Bland de 14000 patienter som borde ha åtgärdats (17000 minus 3000) bör man, med vetenskapliga studier som grund, med ingrepp i kranskärlen kunna förlänga livet med flera år hos åtminstone 15–20 procent av patienterna. Det innebär att mitt påstående att 1000 svenskar med kranskärlssjukdom dör i onödan varje år är mycket lågt hållet.

Jag har också frågat en del kolleger från Västeuropa, USA, Australien och Japan om de i sina hemländer arbetar vid universitetssjukhus som inte har utrustning för att röntga kranskärlen. Ingen av de tillfrågade har så dåliga förhållanden vid sina sjukhus som vi i Sverige. Denna verksamhet saknas tex vid tre av Karolinska institutets fyra universitetssjukhus i Stockholm.

Detta är mycket allvarligt även från andra synpunkter. De medicine kandidater som utbildas på Huddinge och Danderyds sjukhus, samt på Södersjukhuset i Stockholm, får inte ta del av modern hjärtutredning. Forskningen blir givetvis också mycket lidande.

Tre professorer

I Sverige finns enbart två professorer i thoraxkirurgi och endast en i kardiologi (hjärtsjukdomar). Det är anmärkningsvärt att det således bara finns en akademisk sluttjänst inom det medicinska verksamhetsområde där dödligheten är högre än inom någon annan sjukdomsgrupp. Det borde finnas minst en professor i kardiologi

och thoraxkirurgi per universitetssjukhus.

Läkare i ansvarig ställning, inte minst i Stockholm och Norrland, har flera gånger framfört önskemål om utbyggnad av röntgenundersökningsverksamhet och vård av patienter med kranskärlssjukdom, men förvägrats detta med motivering att resurser inte finns. Ingen begär att beslutsfattarna skall kunna följa med i den snabba medicinska utvecklingen, men det är dessa personers uppgift att i takt med tiden göra omprioriteringar och inte sopa problemen under mattan genom att säga "nej".

Det är anmärkningsvärt att sjukvården inte får de resurser som krävs för att man skall kunna behandla dem som bevisligen redan är hjärtsjuka. Vi inom sjukvården ber inte om resurser för att utföra tester på alla människor och därigenom försöka utröna vilka som är latent hjärtsjuka. Vi ber bara om att få hjälpa de sjuka. Varför förvägras vi detta? Domen mot de ansvariga kan bli mycket hård när patienter och deras anhöriga förstår vad som inte har tillförts dem i form av vårdresurser.

Privatsjukhus

I Göteborg finns ett privat hjärtsjukhus, Scandinavian Heart Center. För att få driva sin verksamhet har man lovat Landstingsförbundet att inte utreda och operera svenska patienter med mindre än att de sänts dit med sitt hemlandstings godkännande. Man opererar följaktligen utläningar, främst från Västtyskland och Finland. Dock finns undantag. Landstingspolitikerna i Örebro län har inte accepterat väntetider för kranskärlskirurgi som innebär ett livshot, utan sänder sina patienter dit. Så ämnar man nu göra även från Skaraborgs län. Den totala väntetiden för operation på Scandinavian Heart Center är tre veckor. Övriga svenskar får vänta sex månader med ökad dödsrisk som följd.

Jag vill därför uppmana de med kranskärlssjukdom vilkas läkare råder till kranskärlsröntgen inför eventuellt operation att skriva sig i Örebro län. Då får ni snabbast, och utan kostnad för er själv, denna typ av vård i Sverige. Om ni av någon anledning inte vill flytta till Örebro län, och om ni har råd, låt vården bli utförd vid något sjukhus utomlands.

Kostanden för by-pass-operation

vid privatsjukhuset i Göteborg är 80000 kronor/patient. Denna summa är identisk med kostnaden per patient för by-pass-kirurgi utförd vid övriga svenska sjukhus med sådan verksamhet. Ballongsprängningen bör ni låta utföra i USA, om ni inte remitteras till Lund eller Göteborg, där denna verksamhet påbörjats. På vardera fyra sjukhus i USA har man före mars 1986 redan utfört 5000 kranskärlsvidgningar. Kostnaden för detta ingrepp är ungefär 1/3 jämfört med kostnaden för by-pass-kirurgi. Indikationerna är dock ej identiska.

Politikers ansvar

Jag ställer mig slutligen frågan om Sveriges sjukvårdsminister verkligen har blivit ordentligt informerad om det mycket stora problem som råder för landets patienter med allvarlig kranskärlssjukdom. Här handlar det ju inte bara om lidande och livskvalitet, utan också om liv och död. Efter som denna fråga är allvarlig och kräver en skyndsam handläggning, sänder jag ovannämnda information kompletterad med ytterligare fakta till Sveriges statsminister Ingvar Carlsson så att detta problem kan diskuteras i regeringen. Det är min förhoppning att regering och övriga beslutsfattare må ta sitt ansvar. Tusentals svenskar har redan fått sätta livet till i onödan. Minst 80 hjärtsjuka människor kommer att dö i onödan för varje månad som går innan åtgärder vidtas.

Staffan Ahnve

Kranskärslssjukvården bör tre

Drygt 90000 svenskar i åldern 45–64 år lider av sjukdom i hjärtats kranskärl – angina pectoris. 17000 av dem behöver operation eller annan behandling omedelbart, men resurserna är otillräckliga och väntetiderna i många fall långa. Det utförs 2100 kranskärlsoperationer eller kranskärlsdilatationer, sk ballongsprängningar, per år i vårt land. Men behovet är det tredubbla, enligt en expertrapport som socialstyrelsen nyligen offentliggjort.

Hjärt- och kärslsjukdomar är ju den stora folksjukdomen i vårt land och slukar närmare en tredjedel av sjukvårdsresurserna. Mer än hälften av alla dödsfall beror på dessa sjukdomar. För män är det dominerande dödsorsak redan från 45-årsåldern och för kvinnor från 65-årsåldern. En stor del av de förtidspensioneringar som görs beror på hjärt- och kärslsjukdomar.

Angina pectoris är den stora gruppen och utgör drygt 90 procent. I en femtedel av fallen är besvären så stora att operation eller annan behandling behövs.

Under senare år har kranskärlssjukvården ökat snabbt. Det är det område inom hjärtkirurgin som ökat mest. Det har också under senare år kommit fram nya behandlingsmetoder som väntas bli alltmer använda.

Behovet i framtiden

Landstingsförbundet har velat ha nytt underlag för att kunna bedöma behovet av hjärtkirurgi och socialstyrelsen har därför gjort en prognos för tiden fram till 1990, som koncentrerar sig på kranskärslssjukvården. Den bygger på en expertrapport som gjorts av docent Torkel Åberg, överläkare vid thoraxkliniken vid Akademiska sjukhuset i Uppsala, och docent Karl Swedberg, kardiolog vid hjärtsektionen, medicinkliniken, Östra sjukhuset i Göteborg.

De bedömer att cirka 17000 kranskärslsjuka behöver operation eller annan behandling och att det kommer till 4300 nya fall per år. De utgörs främst av människor med svår angina pectoris och förkalkningar i flera kranskärl och där operation eller dilatation skulle förbättra livskvaliteten och förlänga livet.

En utförs cirka 2100 kranskärlsoperationer eller dilatationer per år i vårt land (250 per miljon invånare), men man behöver öka till 6500 (800 per miljon invånare). En så kraftig ökning kan inte åstadkommas omedelbart, eftersom utbildad sjukvårdspersonal saknas i den utsträckning som behövs. Framför allt är det kardiologer, röntgenologer och intensivvårdssjuksköterskor som saknas.

Det beräknas ta 4–5 år att hinna behandla den grupp som nu står på väntelistan.

Behandlingsmetoder

Kranskärlskirurgi har funnits i ungefär femton år. Det vanligaste är sk by-pass-operationer, som innebär att man tar en yttlig ven från insidan av låret och gör en förbindelse förbi hindret (åderförkalkningen) i kranskärllet. Numera är det också vanligt att man använder en artär från insidan av bröstkorgen.

Kranskärlsdilatation är en ny behandlingsmetod som nu används på samtliga thoraxkliniker i landet. Metoden innebär att kranskärlsförträngningen vidgas (dilateras) genom att en ballongförsedd kateter förs in i kransartären till förträngningen. Ballongen som är cirka två centimeter lång, fylls med vätska så att den vidgas till kärlets ursprungliga diameter. Åderförkalkningen sprängs då sönder och kärlet vidgas så att blodet kan passera utan hinder. Tekniken är bäst lämpad vid enstaka förträngningar i ett enda blodkärl. I 60–90 procent av fallen lyckas man med dilatation vidga kärlet. Om det misslyckas så att blödning uppstår måste patienten opereras, och därför måste hjärtkirurgiska resurser finnas beredda att ta till inom en halvtimme.

Av kärslsjuka som genomgått kranskärlsdilatation får 20–30 procent en förträngning på nytt i kärlet efter några år. Dilatationen kan då göras om. Hittills har cirka 350 patienter behandlats i Sverige med denna metod. Men man kan förutse att 30–40 procent av alla behandlingar inom den

närmaste femårsperioden kommer att vara dilatationer.

Trombolys är en metod som börjat användas i samband med infarkt. En infarkt beror oftast på att en blodpropp (trombos) uppstått i ett blodkärl, där det redan tidigare finns åderförkalkning. På medicinsk väg kan man lösa upp blodproppen om behandlingen inleds tidigt, 3–4 timmar efter smärte debut. Man kan då hos många patienter hindra att hjärtmuskeln skadas. Men åderförkalkningen försvinner inte med den metoden, det är bara blodproppen som löses upp.

Utredningsresurser

Möjligheterna att bli frisk eller att få mindre symtom varierar för kranskärslsjuka. De behandlingar som finns har inte positiv effekt för alla. För att kunna bedöma i vilka fall de tillgängliga metoderna kan användas och kan väntas leda till en förbättring så behövs i många fall en omfattande och komplicerad utredning, som kräver ett flertal metoder.

Koronarangiografi (röntgenundersökning av hjärtat, där kontrastmedel sprutas in i kranskärlen med hjälp av kateter) är den centrala undersökningen vid utredning av kranskärslsjukdom. Den kräver välutbildad personal och stora investeringar i röntgenutrustning.

Med 800 operationer eller dilatationer om året skulle antalet koronarangiografier behöva vara 13000–16000 per år. I expertrapporten föreslås att trombolys, då den blivit rutinmetod, och utredningar med EKG, röntgen och ultraljudsundersökningar (ekokardiografi) ska kunna göras på läsnivå. Koronarangiografi och vissa andra mer komplicerade utredningar bör ske på regionsjukhus. Kranskärlskirurgi och dilatation bör utföras på så få universitetssjukhus som möjligt. De fyra nuvarande hjärtkirurgiska klinikerna kan öka sin kapacitet, anser expertrapporten. Dessutom bör minst en hjärtkirurgisk klinik till öppnas.

Beräknade kostnader

Expertrapporten räknar med en kostnad på cirka 60000 kr per tillkommande kranskärlsoperation i dagens penningvärde. Det är utredningens uppfattning att utrustning kan förbättras och förenklas och dyra kom-

plikationer kan undvikas under de närmaste fem-tio åren. Kostnaderna kan också sänkas om klinikerna har ett större antal patienter. Om åtgärderna sätts in i ett tidigare skede i sjukdomsförloppet blir det också bättre resultat till lägre kostnad. Man vet till exempel att längre tids sjukskrivning i väntan på operation gör att det blir svårare att återgå till arbete efter operation. Åtgärderna måste sättas in tidigare. Genom att oftare använda kranskärlsdilatation kan också pengar sparas och fördelarna för patienterna är många.

Väntetiderna bör hållas korta. Förutom risken att avlida i sjukdomen är väntetiden psykiskt påfrestande för patienten. Dessutom har det visat sig att patienter på väntelistan ofta måste opereras akut på grund av att de försämras hastigt. Akutoperationer ger sämre resultat och är kostsamma.

Väntetiden för operation bör inte vara längre än cirka en månad.

Socialstyrelsen beräknar att en utbyggnad av kranskärlskirurgin enligt expertrapportens förslag skulle kosta drygt 200 miljoner kronor per år i 1984 års priser. En utbyggnad av utredningskapaciteten beräknas kosta cirka 10000 kr per undersökning. Därtill kommer kostnader för kranskärlsdilatationer med cirka 20 miljoner per år.

Förebyggande insatser

Insjuknandet i hjärt- och kärlsjukdom skulle kunna halveras genom att förändra mat- och rökvanorna hos befolkningen och genom att behandla lätt förhöjda blodtryck och blodfettvärden. Men det kräver målmedvetet arbete på lång sikt, med en livsmedelspolitik som syftar till att få människor att äta sundare, ett effektivt program mot tobaksrökning och en förändrad utbildnings- och informationspolitik med hälsoupplösning.

Det skulle ta flera decennier innan sådana åtgärder kunde påverka sjukdomsbehovet i avgörande grad. De verkligt stora effekterna av förebyggande insatser mot hjärt- och kärlsjukdomar kan inte förväntas förrän på lång sikt. Under tiden kommer en stor grupp människor att fortsätta att drabbas av hjärt- och kärlsjukdomar av olika svårighetsgrad och i olika stadier.

Text: Gunilla Lockne



Vi håller med

den läsare som refererades i förra numret och som menade att Status ger en felaktig bild av hur sjukvården för hjärt- och lungsjuka fungerar i Sverige, det är inte alls så bra som det verkar av artiklarna i Status, har många skrivit och ringt till redaktören och sagt.

Artikeln Felaktig bild i Status har fått ett stort gensvar. Veldig många har hört av sig och berättat om bristen på hjärt- resp lungläkare och den bristande kontinuiteten på läkarsidan.

– Jag har besökt vårdcentralen 13 gånger och träffat 11 olika läkare, sade en läsare.

En annan sade:

– I informationsbroschyrer man får står det ”prata med din läkare”, men vem är min läkare, jag har haft 5 olika läkare och ingen av dem har jag träffat mer än en gång.

Den bristande kontinuiteten på läkarsidan och bristen på eftervård är det som de flesta som hört av sig till redaktören har vittnat om. De flesta som hört av sig har varit hjärtsjuka, men även många lungsjuka har ringt och skrivit. På sina vårdcentraler har de inte fått det stöd och mött den sakkunskap som de velat ha.

– På vårdcentralen kan de ingenting om hjärtsjukdomar, de skjuter undan frågorna för att de är osäkra.

Bristen på eftervård och vad den får för konsekvenser i form av tätare och fler vårdperioder på sjukhus har också många talat om. Politikerna väljer att satsa på andra saker istället, menar de.

– I min kommun har det just byggts ett konserthus för 60 miljoner och ett kanotstadion för 20 miljoner, sade en upprörd medlem. Men eftervård finns det inte pengar till!

Att det finns stora brister i sjukvården och att det är få ställen i landet som har någon eftervård värd namnet – det vet förbundets medlemmar. Att arbeta för en bättre sjukhusvård och en fungerande eftervård står därför som nummer ett på förbundets handlingsprogram. Under denna kongressperiod skall vi anstränga oss extra för att göra våra krav hörda och för att påverka sjukvårdspolitiker och administratörer. Det beslutade vi på förbunds kongressen förra sommaren. Vår kritik och våra krav skall givetvis även synas i förbundets tidning – och där inte bara på ledarplats. Men det är också viktigt att visa upp positiva exempel och informera om dem, det är också ett sätt att kämpa för bättre sjukvård och eftervård.

Redaktören

Från RHLs regionskurs i Enköping

Visst muttrade vi om aprilvädret när vi på lördagsmorgonen samlades i Sveriges "närmaste stad", som någon så geografiskt oriktigt låtit texta på en skylt. Men trots att RHL har en stor outnyttjad makt – kan denna makt inte ändra våra vädergudar.

Väl framme och installerade på trevliga rum var det dags att träffa de andra deltagarna i kursen. Då infann sig, som alltid för mig, en oidentifierbar känsla av verklig och gemensam trivsel och kollektiv nyfikenhet på vad kommande samvaro och väntade föreläsningar skall ge. De flesta ansiktena var redan bekanta, och glada hälsningar och varma kramar visade att känslorna var ömsesidiga.

Det är utan tvivel en värdefull upplevelse att få träffas kring gemensamma intressen om vår sjukdomsgrupp, vårt handikapp. Det sporrar alltid till ökad vilja att finna nya idéer, nya initiativ, nya arbetssätt i det fortsatta arbetet i den egna lokalföreningen. En för förbundet värdefull sammandragning av aktiva RHL-are, med andra ord.

Efter kaffe och goda smörgåsar och gemytligt rundsnack var vi så preparerade att ta plats i konferenslokalen. Här skulle "hjärngymnastiken" delge oss behövliga kunskaper i ett aktivt arbete för våra medlemmar.

Ronny Weylandt, vikarie för RHLs studieorganisatör Tonie Andersson, som inom parentes praktiserar mammarollen i det egna hemmet, inledde



Föredrag, förbundsinformation, grupparbeten och underhållning varvades under de två dagarnas regionkurs i Enköping.

med en orientering om hur kursen var upplagd och vad den förhoppningsfullt skulle ge för resultat. Kursen gällde gemensamma regionsfrågor, såsom målsättningsarbetet, ekonomin och det viktiga informationsbehovet, där mycket finns att diskutera och planera. Ronny påminde även om den gemenskap som finns och som bör vara en god grund till fint och intensifierat arbete för alla hjärt- och lungsjuka.

Medlemsvärvning

Efter denna introduktion uppfyllde så förbundskassören Bengt Dahlström podiet. Med spänning väntade vi nyheter från förbundsstyrelsen, och nyheter kom. RHL skall förstärka och förbättra sin organisation och har antagit en slogan att arbeta efter lydande: "RHL – en organisation för dig!" Rätt använd och använd över hela landet kan denna slogan visa sig ge stadga och stöd för gemensam medlemsvärvning och vidare aktivering av lokalföreningarnas regionala arbete.

Ny grundutbildning planeras, där man ivrigt skall arbeta för en ökning av studiecirkelverksamheten. En organisationskonsult har anställts på förbundskansliet för att bl.a. bistå lokalföreningarna. Ytterligare effektivisering av RHLs redan stora eftervårdsprogram utlovas. Tex med utbildningen benämnd "Steg 1 – Kurs om hjärtat". För detta har material redan framtagits. Ja, ambitionerna är stora och målet högt, men med ge-

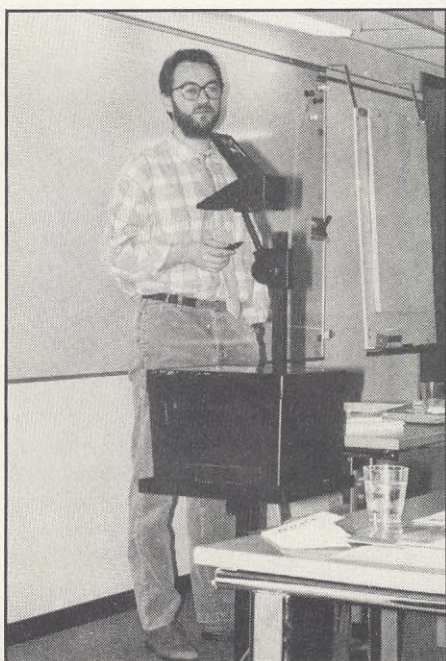
mensamma krafter skall målet nås. Det bör vi ta varandra i hand på – eller hur!

Vi är experterna

Ett annat tungt styrelsenamn är Mary Erixon, som därefter tog till orda. Hon påminde om den säregna, självupplevda erfarenhet vi medlemmar har. Det är vi, som faktiskt är "experterna" och bör gärna och ofta påtala detta, framföra våra åsikter, diskutera eventuella missförhållanden och påtala dessa. Vi bör mao ta vara på våra kunskaper och använda dem. Ja, vi kan om det behövs lära läkare och sjukvårdspersonal att det är vi patienter som är det viktigaste, före en hel del annat! Det förekommer tyvärr en hel del... Ta tex rutinerna på en avdelning, som ju bör vara upplagda för patienternas bästa – oavsett det praktiska för personalen.

Mary hänvisade även till hälso- och sjukvårdslagen, där det sägs att "sjukvårdande institutioner har skyldighet att samråda med berörda patientorganisationer" när det gäller vårdplanering. Detta har av HCK tidigare påtalats. Nu, menar Mary, så måste vi ta upp detta viktiga ärende med landstingsförbundet igen. Faktum är, säger Mary, att detta samarbete skall finnas. Därför kräver hon att HCK återupptar ärendet, och detta kommer RHL att medverka till.

För att rätt förstå allt det vi här talar om får vi gå tillbaka i tiden. Det var ju det gamla TBC-förbundet, som faktiskt en gång bildade nuvarande



RHL:s studiekonsultent Ronny Weylandt informerar vid regionkursen.



Gerd Jäderholm, Enköping, Adrian Carlsson, Enköping och Anna-Britta Rosmar, Uppsala.

RHL. 1961 togs hjärtpatienter in som medlemmar, och RHL var bildat. Varför, jo för att man mer och mer började förstå att det behövdes en verkligt stark organisation för att meningsfullt kunna verka för en bättre vård. Vi måste ha en stark medlemsorganisation med en stor medlemskader för att vara den behövliga påtryckarorganisation, som väl bevakar och tillvaratar våra sjukdomsgrupper, våra medlemmars intressen och absoluta krav på erforderlig vård i bästa miljö. Detta gäller både för lungsjuka och hjärtsjuka. Visserligen är TBC nästan utrotad i Sverige men det har kommit andra lungsjukdomar och med absolut lika stort behov på uppmärksamhet och organisatoriskt stöd.

Komplettera varandra

Mary tog även påpassligt upp förhållandet mellan Astma-Allergiförbundet och RHL. Här bör ingen rivalitet störa det viktiga, gemensamma arbetet mot samma mål. Det oskrivna beslutet att inte värva medlemmar från varandra är naturligt. Men både Astma-Allergiförbundet och RHL behövs och kan, om det vill sig väl, komplettera varann på ett fint, uppriktigt och värdefullt sätt. Ja, varför inte en ökad dialog mellan förbunden. Vi arbetar ju oegennyttigt för att ge våra medlemmar möjlighet till god och behövlig vård, medicinskt och socialt. Detta bör ej medlemstillhörighet grumla.

Ett ökat intresse för och ökad påverkan i den alltmer tilltagande diskussionen kring thorax-kirurgins utveckling lovar RHL – och litar naturligtvis på sina lokalföreningars stöd och aktiva hjälp. Thorax-kirurgin är fn inne i en otrolig och intressant utveckling. På lungsidan har man kom-

mit långt i utvecklingen av nya effektiva diagosmetoder, säkrare och tom oblodigare operationsmetoder. Vad gäller hjärtsidan så matas vi ju dagligen av sensationella, nya metoder att bota eller underlätta, ja tom ersätta sjuka organdelar för de hjärtsjuka. Allt detta gör att kravet på nya, och för patienterna viktiga förändringar av eftervården även planeras in. Där har RHL en stor och ansvarsfull arbetsgupp gift både praktiskt och informatoriskt. Med den erfarenhet våra medlemmar har och sin ambition till värdefull och uppmärksam påverkan kan RHL medverka även till en väl anpassad och förbättrad eftervård. Här måste vi vara med! Här måste vi dela med oss av vårt kunnande och vår vetskap om behov, och inte minst torgföra våra bestämda åsikter om resursfördelningen. Vi har mao ett unikt tillfälle att delta i planeringen och uppbyggnaden av framtidens hjärt- och lungsjukvård.

Föreningsteknik

Efter en god lunch och välbehövlig vila var det dags för den föreningstekniska delen av kursarbetet. En obligatorisk del ledd av en lika obligatorisk folkhögskolepedagog. Denna gång en kul lärare från Viks Folkhögskola med en hel del kul historier i sina pärmar och lystrande till namnet Anders Nordström.

Noggrant följande pedagogernas oskrivna undervisningslag startade Anders sin föreläsning med att gå tillbaks i tiden. Till tiden då det var sämre än nu, då mycket få svenskar hade rösträtt. Men ganska snart var vi åter i nutiden, då alla fått förtroendet säga sin mening och då RHL-medlemmar var samlade i Sveriges "närmaste stad".

Påverka beslut

Vad har en enskild medlem för möjlighet att påverka olika beslut? En bra fråga att starta undervisningen på. Ofta tänker många så, att vad jag tänker och säger gör så litet eller kanske ingenting. Därför sitter denna medlem tyst. En ev påverkan kan ju också hindras av att medlemmen saknar kunskaper, men för det mesta beror det på att medlemmen ej känner till när han kan yttra sig, påverka beslut, vilka vägar han kan gå eller i vilket forum det passar att ta upp frågan eller uttrycka sin uppfattning, sin mening.

Anders: "Jag har ibland undrat varför inte människor säger ifrån när det ofta gäller så mycket orättvisor". Kan det vara så att man tydligen måste fostras in i en tradition – att våga säga sin mening. De organisatoriska förändringar, som sakta skett har kanske varit olyckliga. Numera väljer man eller anställer personer, som med sin

Anmälan om medlemskap i Riksförbundet för Hjärt- och Lungsjuka (RHL)

Jag vill bli medlem

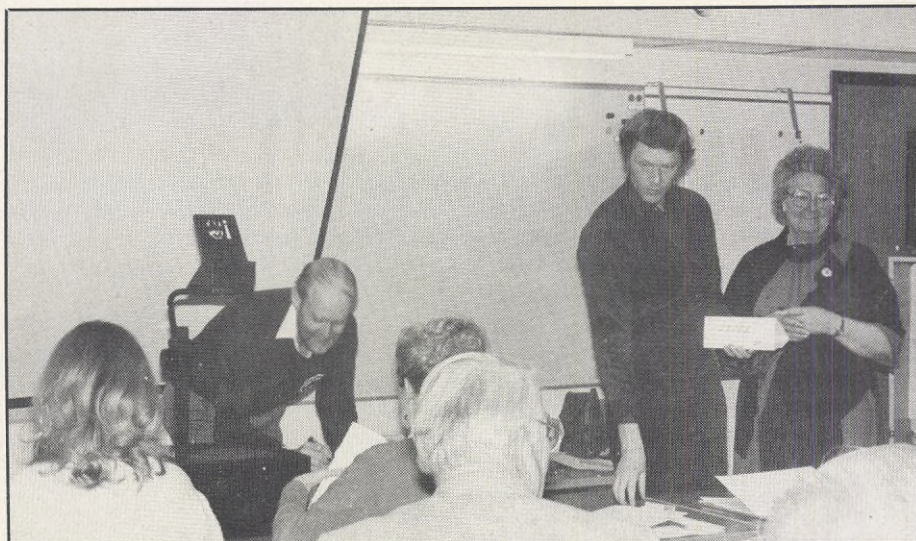
Jag vill ha mer information om RHL

Namn _____

Adress _____

Telefon _____

Sändes till RHL, Box 9090, 10272 Stockholm



Folkhögskoleläraren Anders Nordström, Hasse Persson, ABF och Uppsalaför-
eningens ordförande Anna-Britta Rosmar.

speciella kunskap sköter påverkan och debatten.

Ordet "demokrati" betyder folkvälde, där majoriteten är avgörande. En "folkrörelse" är en rörelse med "demokratiskt inflytande", om nu ingen detta redan visste. Öppenheten i en demokrati gör att man ständigt bär på en självkritik, men det kan tydas positivt i en folkrörelse, menar Anders.

Dessa ur undervisningen utdragna meningar fastnade speciellt i mitt minne, trots att det blandades med roliga historier och förtogs av krånglande stämband. En sak är dock rätt uppfattad: En folkrörelse som tex RHL både vill och kan förändra samhället... Samhället, som faktiskt inte är rättvist. Därför är det viktigt att hålla den gamla fina folkrörelsen vid liv. Ty folkrörelsen är en rörelse, som alltid förändras en del till och efter sin tid.

Efter denna undervisning eller föreläsning kring folkrörelsearbetet vidtog så den högre föreningstekniska undervisningen, där man rör sig i kontrapositionernas, ofta skrämmande, värld. All min aktning för Anders undervisning, men vi hade behövt en hel dag för att uppnå erforderliga kunskaper för att med en ordförandes pondus genomföra ett kontrapositionsärende. Jag erkänner min begränsning!

Grupparbete

Efter en god middag, litet vila, avslutades första konferensdagen med redovisning av det grupparbete, där vi skulle dryfta och bestämma oss för hur många nya medlemmar vi kunde tänkas värva detta år. Nog tror jag att åtminstone Bengt Dahlström, likt en

prelat, velat välsigna oss efter att mysande mottagit förhoppningsfulla siffror. Visst skall vi värva medlemmar! Spotta i nävarna – här skall jobbas!

Gemytlig samvaro

En trevlig kväll med trubadur, god sallad och gemytlig samvaro i gemenskapens och det goda kamratskapes tecken blev avslutningen på en innehållsrik, lärorik men tröttande dag. Allt, jag säger allt, var genomlyckat och det var med känslan av att man gjort något nyttigt och vetskapen om att även vid hemkomsten kunna tillvarata det man lärt för fortsatt föreningsarbete, som gjorde sängen så ljuv och sömnen så god!

Dödsbegreppet

På den andra dagen mötte oss verkligheten igen. Döden och dödsbegreppet skulle avhandlas. Med ödmjuk nyfikenhet och i en närapå dödyst konferenssal fick vi lyssna på leg läkaren Jan Eklund från Karolinska sjukhuset förklara sin syn och sin inställning och stora erfarenhet i samband med att ett liv avslutas. Dr Eklund gav oss en fin, saklig redogörelse för hur han och hans kolleger fastställer dödens inträde när livet flytt. Redogörelsen gav också en klar bild av den pågående debatten kring hjärt- eller hjärndödsbegreppet. Skillnaden är ej så stor, som jag trott. När hjärndöd skall fastställas sker det enligt vissa fastställda normer. Det viktigaste i detta är att hjärtat stannat och att andningen upphört. Med teknisk hjälp kan man, som alla vet, hålla både hjärta och andning igång på konst-

gjord väg. Där ställs därför läkaren inför situationen att efter fastställda anvisningar själv avgöra när respiratorn skall stängas av.

Vid hjärndöd finns även säkra diagnosförfaranden. Man kan med hjälp av kontraströntgen klart se om en hjärna är död. När tex hjärninklämning konstateras (hjärnan kläms ner mot ryggraden) vidtar behövlig undersökning av två närvarande läkare, oftast en neurolog och en anestesiläkare. När denna undersökning är gjord finns det klara anvisningar från socialstyrelsen att livsuppehållande arbete kan avbrytas. Patienten dödförklaras.

Skillnaden mellan hjärtdöd och hjärndöd är egentligen endast ett tidsbegrepp med mycket liten differens, som jag fattat det hela.

Personligen är jag nöjd över att denna debatt fått den tid som den be-



Förbundsstyrelseledamoten
Mary Erixon.

höver, för att få ett fastställande av dödsbegreppet antaget av alla, inte bara myndigheterna utan alla.

Hela denna regionskurs avslutade sitt arbete med en redovisning av grupparbetet kring RHLs – handlingsprogram. Resultatet av alla fem gruppernas arbete var synnerligen likstämmiga och det bådade gott inför fortsättningen av verksamhetsåret. Ronny bör vara nöjd med det han ville veta, eller hur.

Till slut en eloge och ett tack till Uppsalagänget, som gjort ett fint arbete – åstadkommit en fin regionskurs med goda resultat och många fina minnen.

Text och foto:

Hans Lundström

Gymnastik för hjärtsjuka

– Man hade dött om man suttit hemma!

Aina Nilsson, 70 år gammal, med två hjärtinfarkter och en hjärnpropp bakom sig är en av ett tjugotal före detta hjärtinfarkts- och kärlkrampspatienter som en gång i veckan kör igenom ett lätt gymnastikprogram i Karlskrona lasarets gymnastiksal.

– Det får inte bli någon tävling, känner någon sig trött så måste han eller hon sluta upp och vila istället, säger Ibert Nilsson från Riksförbundet för Hjärt- och Lungsjukas Karlskronaförening som leder gymnastikprogrammet.

– Det gör han med bravur, säger Siv Karlsson som varit med i gymnastikgruppen sedan den bildades 1974.

– Vi håller till här vid lasarettet eftersom hjärtpatienter är rädda av sig. Här kan de känna sig trygga. Dels för att vi är nära sjukhuset och för att här finns utrustning och dels för att jag är utbildad i hjärt- och lungräddning, säger Ibert.

När vi kommer på besök är det 12 som kommit till träningen.

– Några är sjuka, säger Ibert.

Åldern i gruppen varierar från 58 år till 76 år. De flesta har hjärtinfarkter bakom sig. Några är kärlkrampspatienter.

– Det jobbigaste efter en infarkt är ofta de anhöriga som säger: Nej, nej, inte skall du ta plastpåsen. Det orkar du inte, säger Nils Sundgren.

Nils får medhåll om att de anhörigas attityd ofta är det farligaste för en hjärtpatient. Istället för att snabbt komma igång efter en infarkt leder anhörigas "omtänksamhet" ofta till att man blir svagare och mer mottaglig för nya infarkter.

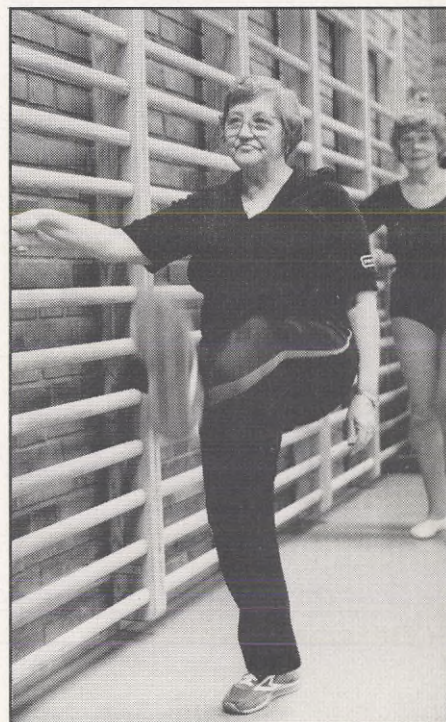
– Ofta säger anhöriga nej, nej, du får inte ens flytta en kaffekopp. Men de gör fel, säger Aina Nilsson.

Gymnastiken börjar med en lång uppvärm-

ning, sedan följer lätta marscher till musik och lätta ben- och armrörelser.

När vi lämnar gymnastiksalen ljuder smäktande musik av Tjajkovskij från lokalen där samtliga ligger ner på golvet och bara slappnar av.

– Det händer ibland att någon somnar. Det är bra, då har de förstått andemeningen. Musiken och avkopplingen är den andliga gymnastiken, säger Ibert Nilsson.



Text: Hans Peterson

Foto: Bengt Pettersson

För Aina Nilsson som haft hjärtinfarkt betyder motionsgymnastiken mycket.

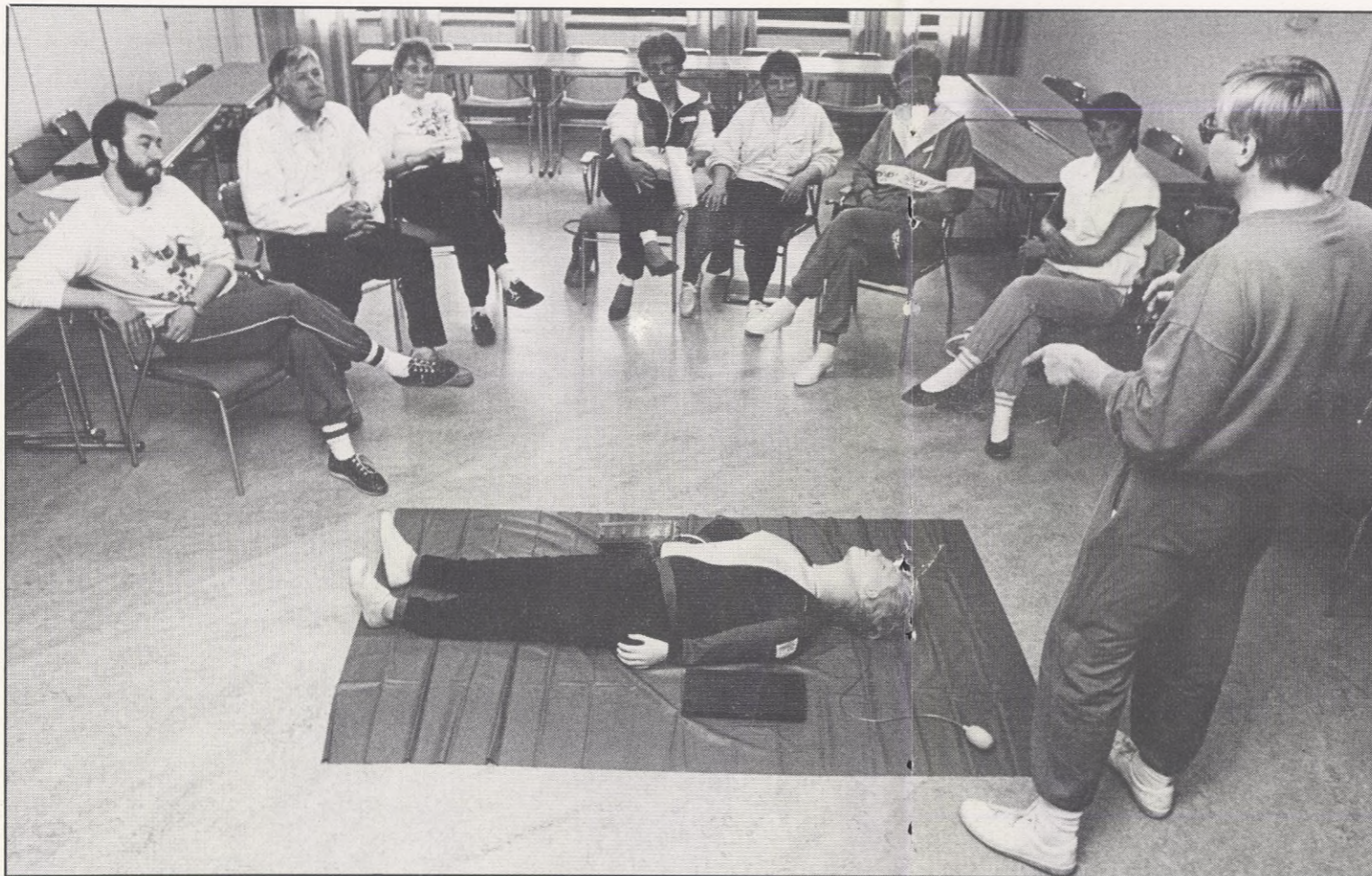


Deltagare i den gymnastik i grupp som Karlskronaföreningen anordnar för hjärt- och kärlsjuka.

Hjärt- och lungräddning skall spridas brett

Så många människor som möjligt bör kunna hjärt- och lungräddning. Det kan rädda liv. RHL har därför börjat utbilda instruktörer i hjärt- och lungräddning och instruktörerna skall i sin tur utbilda hjärt- och lungräddare. Förhoppningsvis skall kunskaperna sprida sig som ringar på vattnet. Hjärt- och lungräddning skall bli den nya folkrörelsen, hoppas RHL.

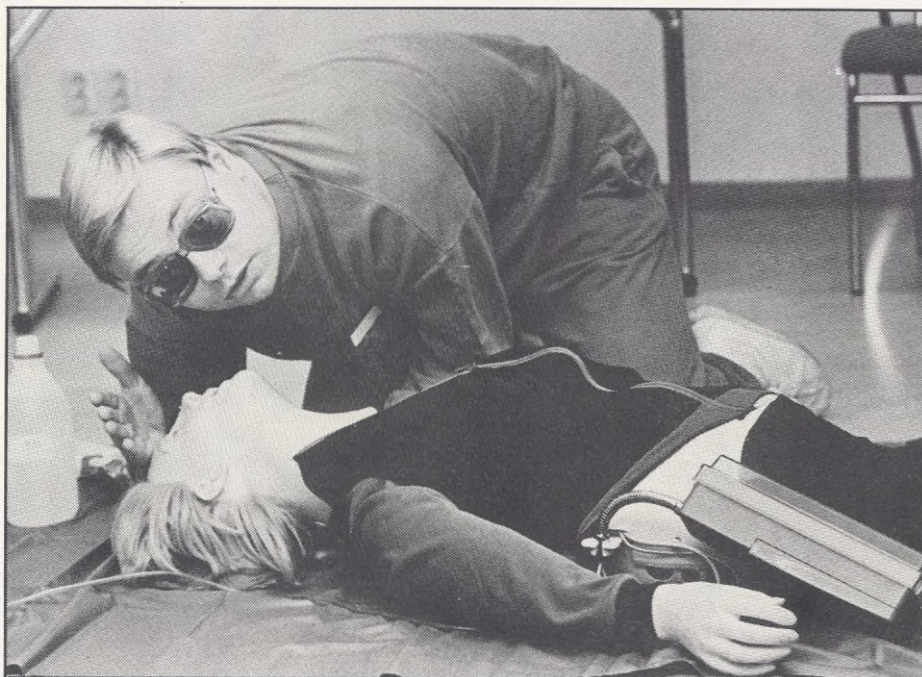
Se artikel sid 14



1.

1. Det är viktigt att kunna skilja på medvetslöshet och hjärtstopp. Det är bara vid hjärtstopp som man skall sätta igång med hjärt- och lungräddning, säger Leif Olsson, en av RHL:s huvudinstruktörer i hjärt- och lungräddning.

2.



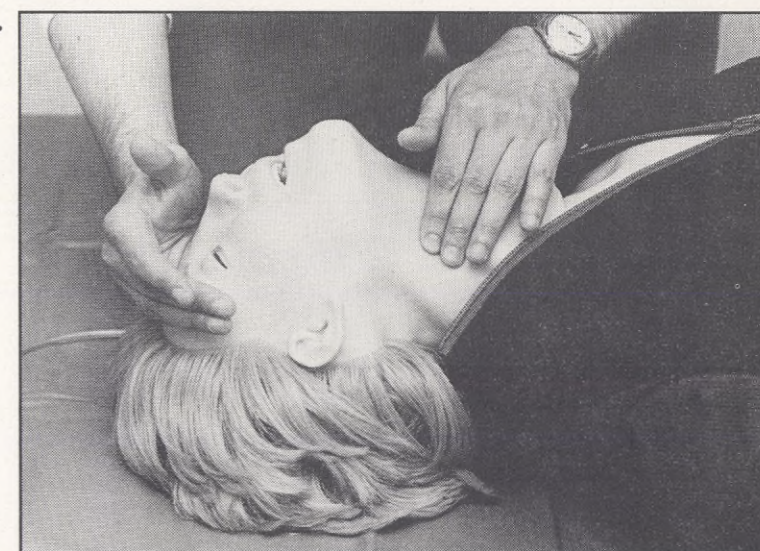
2. Det första man gör efter att ha konstaterat att personen är medvetslös är att se till att hon har fria luftvägar. Man böjer hennes huvud bakåt, då lyfts hennes tunga och luften kan passera fritt till och från lungorna. Man skall inte lägga en kudde eller något annat under huvudet på en medvetslös, då blockerar man hennes luftvägar.

3. Nästa moment är att kontrollera om personen andas. Om man böjer sig ner kan man mot sin kind känna om det är någon luftström från den medvetslöses mun och näsa, och man kan kanske också se om bröstkorgen

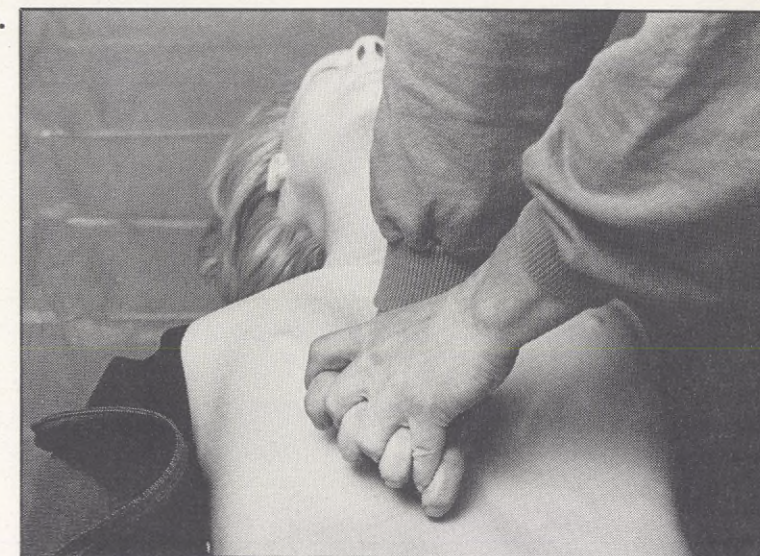
3.



4.



5.



rör sig. Om man inte märker klara tecken på andning så skall man börja mun-till-munandning. Man klämmer ihop den medvetslöses näsborrar och blåser in luft i hennes mun.

4. Det gäller att konstatera om den medvetslöse har hjärtstopp. Det gör man lättast genom att känna efter halspuls.

5. Om man inte känner någon halspuls skall man starta hjärtkompression, dvs trycka ned bröstbenet. Det är viktigt att hitta rätt kompressionsställe, vid bröstkorgsspetsen. Hjärt- och lungräddning är en kombination av mun-till-munandning och hjärtkompression. Man blåser in luft två gånger, gör kompression femton gånger, gör två inblåsningar, femton kompressioner och fortsätter på det sättet.

Om någon drabbas av en plötslig hjärtattack med hjärtstopp, så är det viktigt att det finns någon i närheten som omedelbart kan sätta igång med hjärt- och lungräddning och väcka personen till liv. Det är bråttom. Vid hjärtstillestånd blir det obotliga skador på övriga organ i kroppen redan efter 4-6 minuter. De gäller alltså att människor i närheten handlar snabbt och gör rätt saker. Man måste kunna konstatera när det verkligen är ett hjärtstopp, inte bara medvetlöshet. Om det är hjärtstopp måste man använda hjärt- och lungräddning på rätt sätt. Man kan lära sig hjärt- och lungräddning på ett par timmar. Man övar på en docka.

Som första steget i kampanjen att försöka sprida kunskaperna i hjärt- och lungräddning anordnade RHL nyligen en veckoslutskurs i Stockholm för blivande instruktörer. Tjugo-fyra medlemmar från olika delar av landet deltog.

Lärarna var tagna ur de egna leden, RHL-arna Leif Olsson, Malmö, Marianne Forslund, Karlskrona, Karin Jönsson, Höganäs och Aino Eurenus, Sundsvall. De är samtliga huvudinstruktörer vilket innebär att de är utbildade instruktörer som är trä-

nade att i sin tur utbilda andra instruktörer. Kursledare var RHL:s studiekonsulent Ronny Weylandt. Utbildningen följde det program som Svenska Cardiologföreningen utarbetat. Alla var mycket nöjda med kursen och ivriga att sätta igång och lära ut metoden till andra.

Under de två kursdagarna hade de hunnit få en grundlig träning i hjärt- och lungräddning och dessutom lärt sig att lära ut tekniken till andra. I grupper hade de också diskuterat hur man skall gå till väga för att sprida kunskaperna vidare till andra medlemmar i RHL och deras anhöriga och till människor utanför organisationen. En förutsättning för att kunna lära ut metoden är att man har tillgång till en docka att träna på. RHLs styrelse hoppas att länsorganisationerna skall köpa in hjärt- och lungräddningsdockor som kan lånas ut vid hjärt- och lungräddningsutbildning.

Så samlar ihop en grupp av intresserade människor som vill lära sig hjärt- och lungräddning och kontakta någon av instruktörerna. Länsorganisationerna (CO) har deras namn och telefonnummer. Hjälpa till att sprida kunskaperna i hjärt- och lungräddning.

De som deltog i instruktörsutbildningen är:

Astrid Blomberg, Sundbyberg, Anneli Sundström, Nykvarn, Stockholms län, Evert Johansson, Virsbo, och Eva Johansson, Virsbo, Västmanlands län, Eivor Gustafsson, Munkfors, Margit Andersson, Rottneros, Värmlands län, Harry Forsberg, Linköping, Östergötlands län, Ritva Assiks, Värnamo, Jönköpings län, Barbro Ek, Tingsryd, Kronobergs län, Paul Brynielsson, Borgholm, Kalmar län, Nils Sundklint, Karlskrona, Ingvar Albinsson, Karlshamn, Blekinge län, Lena Ericsson, Tomelilla, Kristianstads län, Henry Järevik, VFrölunda, Lars Engelin, Göteborg, Karl-Evert Johansson, Uddevalla, Göteborgs och Bohus län, Herbert Ahlqvist, Borås, Älvsborgs län, Agneta Melin, Ludvika, Kopparbergs län, Lilly Eriksson, Ånge, Västernorrlands län, Margareta Gärdin, Östersund, Jämtlands län, Asta Karlsson, Koskullskulle, Martin Lundström, Älvsbyn, Norrbottens län, Gunnel Lindström, Kåge, Maj Jönsson, Risbäck, Västerbottens län.

Text: Gunilla Lockne
Foto: Anders Nyström



Några av deltagarna i förbundets kurs för instruktörer i hjärt- och lungräddning. Bakre raden frh Gunnel Lindström, Leif Olsson, huvudinstruktör och en av lärarna vid kursen, Barbro Ek, Ronny Weylandt, studiekonsulent och kursledare, Martin Lundström, främre raden frh Ritva Assiks, träningsdockan Anne, Maj Jönsson och Asta Karlsson.

Sprid kunskaperna i hjärt- och lungräddning

Jag deltog i en kurs i hjärt-lungräddning på Backagården i Höör 1985 och blev godkänd som instruktör. Med det jag lärt mig då, liggande någonstans i minnesbanken i ett års tid, var jag på väg i ett charterplan till Gran Canaria i februari 1986. Jag satt i främre delen av planet och vi hade ca en timme kvar till landning, då en kraftig man passerade mig och gick till främre toaletten. Strax efter såg jag honom komma utfarande baklänges från toaletten och bli liggande på rygg bland flygvärdinnornas serveringsboxar. Jag såg att de böjde sig ned över honom och ett draperi drogs för så att allt blev avskilt. Strax kom ett anrop i högtalarna och frågade om det fanns någon läkare eller sjuksköterska ombord. Två damer gick fram och bakom draperiet skymtade jag en liggande person samt en dam som masserade bröstet på honom. Jag reste mig också och gick fram. Den liggande personen var mycket blek och svettig. Jag frågade hur hans puls var. "Den är knappt märkbar", fick jag till svar. Jag tog pulsen, kände inget, jo en skälvande puls: ett slag, uppehåll länge, fladdrande eller små pulslag. Jag frågade om de två damerna var sjuksköterskor eller sjuksköterskor, vilket de bekräftade. Den ena lyfte på mannens ögonlock och gav mig en vädjande blick. "OK, sa jag. "Jag

börjar hjärtmassage, jag har utbildning på det."

Efter de inledande mätningarna påbörjade jag hjärtkompressionen samtidigt som en sköterskan kände efter mannens puls. Jag bad flygpursern om syrgas, en mask sattes över näsa och mun. Pulsslagen var obefintliga, jag fortsatte, samtidigt bad jag flygpursern meddela flygkaptenen (som var kvinnlig) att vi hade en människa ombord med pågående hjärtinfarkt och att ambulans samt läkare skulle finnas på plats när vi landade.

Mannen måste flyttas för han spärade ingången till cockpit, så det var att baxa 110 kg tung person en bit. Jag gjorde ett uppehåll i hjärtkompressionen, enstaka pulslag kunde kännas, men med långa uppehåll. Flygplanet hade ökat sin fart märkbart och nedtagning hade påbörjats. De främre sittplatserna hade frigjorts från passagerare och med hjälp av flera armar kunde vi få upp honom. Han hade titat upp och sköterskan frågade vad han hette, han sa då (fingerat) "Torsten", jag frågade hur man mådde och han hade smärtor över bröstet och i nacken. Jag tog upp min Nitroglycerinflaska och gav mannen en tablett under tungan, en sköterska masserade honom över bröstet hela tiden. Pulsen var nu stabiliserad till 36 slag. Var femte minut fick Torsten en Nitro-

tablett och han kände inte så intensiva smärtor längre. Ca 45 minuter hade gått och planet hade nu gått in för landning. Två spanska sjukvårdare med väska kom in i planet så snart vi landat och två bärbara följde med in. Flygvärdinnan förklarade händelseförloppet och Torsten bars ut till ambulansen för transport till Las Palmas hjärtintensivavdelning.

Jag hade sedan daglig kontakt med den resebyrå som Torsten åkte ned med och hörde mig för hur det var med honom. Fyra dygn senare hade han en svår pärs, men klarade sig. Efter två veckor, dagen innan jag skulle resa hem, talade jag i telefon med honom. Han fick min adress och ville ta kontakt med mig när han kommit hem. Då jag varit hemma en vecka fick jag brev från hans fru. Hon berättade att dagen efter min hemresa fick Torsten återfall som han inte klarade, tyvärr.

Jag har haft stor hjälp av den utbildning i hjärt- och lungräddning som jag fått och vill i fortsättningen vidareutbilda mig så att jag kan lära andra om nyttan att kunna vara behjälplig i denna akuta situation innan läkare och ambulans kan anlända. Låt denna utbildning spridas som ringar på vatten.

Lars Knutsson, Höganäs

RHL-lotteriet 1986

10.010 st
spännande vinster

Lottpris 5 kr

Lotter kan beställas
från RHL-lotteriet
Box 9090
102 72 Stockholm

Lösning och pristagare till Bildkryss nr 4/86

K R I T I S K A
 A L A R M E T
 I N S T R U M E
 I K E L I N
 U N A T T
 M A G E R T
 V G R O V A
 M A R K S N Ä L
 F A S A N
 N O R M A L E P L A T T
 S T Ä M M A F N S T Ä L L
 H I T T A T Ä T A R A L L U N
 N Ä N T E S E V Y O L T
 S K I D S K O R K A F F E V
 T N O S A R E T O T T E
 K A R G O M B L E A T Ä R
 T Ö P A S T R O V A N
 I M F D R A R E A E
 K O R L A T
 N A S A R E
 E K O N O M
 R A S E R A

Lösning till bildkryss nr 4/86 och vinstlista för lotteriet.
 Bildkryss nr 4/86. Lösning och pristagare.

Namn _____
 Adress _____
 Postadress _____

1:a pris 75 kr: Torsten Lokander
Stationsvägen 9
69300 Degerfors

2:a pris 50 kr: Stig Lundgren
Hellbergsgatan 27
85252 Sundsvall

3:e pris 25 kr: Edit Carlsson
Hantverksgatan 27D
57200 Oskarshamn

4:e pris 25 kr: Ella Nyberg
Freskvägen 11
83145 Östersund

Bara en liten grupp hjärt-

Kan hjärttransplantationer bli räddningen för barn vars hjärtfel inte går att operera? Det var huvudfrågan till de barnkardiologer och barnhjärtkirurger som deltog i en paneldiskussion då Föräldraföreningen för hjärtsjuka barn och ungdomar höll årsmöteskonferens i Sundsvall i slutet av maj.

– Föräldrar till svårt hjärtsjuka barn som inte kan opereras är i stort behov av stöd. Föräldraföreningen för hjärtsjuka barn och ungdomar har därför börjat med speciella aktiviteter för den gruppen av föräldrar och kommer att prioritera det under den närmaste femårsperioden, berättade föreningens ordförande Britt-Marie Östman, då hon öppnade årsmöteskonferensen i Sundsvall.

Temat för konferensen var just hjärtsjuka barn med hjärtfel som inte går att operera.

Barnkardiologer och barnhjärtkirurger från universitetssjukhuset i Uppsala, Stockholm och Lund svara-

de på frågor om hur hjärtsjuka barn utreds och behandlas idag i Sverige. De redogjorde också för de internationella erfarenheter som finns av hjärttransplantationer på vuxna och barn och diskuterade vilka utvecklingsmöjligheter som kan väntas inom barnhjärtkirurgin. Diskussionsledare var byråchef Bertil Widman, socialstyrelsen.

Att utvecklingen med hjärttransplantationer bara har börjat var samtliga experter i panelen överens om. Men det är bara en liten grupp barn med medfödda hjärtfel som skulle kunna bli hjälpta med ett nytt hjärta, ansåg de.

Villkor för hjärtbyte

Hjärttransplantationer har hittills bara kommit i fråga vid något av följande sjukdomstillstånd: hjärtmuskelsjukdom (dilaterad cardiomyopati), grava kranskärlförändringar, sällsynta medfödda hjärtfel, reumatiska klaffel, infektioner i hjärtklaff eller klaffprotes och primära lungsjukdomar som ger hjärtsvikt. Det måste vara ett tillstånd med dödlig utgång och där överlevnaden är högst tolv månader utan transplantation. Man får inte ha svår diabetes, kroniskt magsår eller svåra skador på lever, njurar eller liknande. Man får inte heller ha svår infektion eller elakar-

tad sjukdom.

Hittills har man i regel inte transplanterat någon som är äldre än 55 år. Men den åldersgränsen kan komma att höjas.

Ytterligare ett krav för hjärttransplantation är att den som skall transplanteras har en stabil social situation och kan få stöd av anhöriga.

Redan hjärtopererade brukar inte kunna transplanteras, eftersom de har sammanväxningar som kan orsaka svåra blödningar.

De hjärtan som används får inte vara äldre än 35–40 år och givarna får inte ha haft hjärtfel eller annan cirkulationsrubbnig eller ha haft tecken på annan svår sjukdom.

Erfarenheter utomlands

De hjärtkirurgiska centra i världen som har mest erfarenhet av hjärttransplantationer är Harefieldsjukhuset i England och Stanfordkliniken i USA. Det är vid Harefield som de flesta svenskar har transplanterats (hittills ett 30-tal personer). Fram till april 1986 hade man gjort 327 transplantationer vid Harefieldsjukhuset, 23 av dem var på barn, och av dem hade bara 4 komplicerade medfödda hjärtfel, berättade barnkardiolog Nils-Rune Lundström från Lund.

Hjärtkirurgen Kim Böök rapporterade om en studie, som gjordes för ett



Expertpanelen bestod av barnkardiologerna Magnus Michaelsson, Uppsala, Göran Wallgren, Stockholm och Nils-Rune Lundström, Lund samt hjärtkirurgerna Torkel Aberg, Uppsala och Kim Böök, Stockholm.

barn kan transplanteras

är sedan som visade att det runt om i världen fanns 95 hjärttransplanterade under 18 år (33 flickor och 62 pojkar). De varierade i ålder från 12 dagar till 18 år, 85 procent av dem var över 10 år, 78 av de 95 hade diagnosen cardiomyopati, en hjärtmuskelsjukdom med dödlig utgång, och 16 hade medfödda hjärtfel. För de som transplanterades före 1984 var överlevnaden de olika åren från 20 till 70 procent. För transplanterade gjorda på 37 barn 1984 var överlevnaden efter tre månader 84 procent. Riskerna är störst de första tre månaderna efteråt.

– Att så få barn med svåra medfödda hjärtfel hittills transplanterats beror på att svåra medfödda hjärtfel ger skador på lungor och lungcirkulation. Därför räcker det inte med hjärttransplantation utan både hjärta och lungor behöver transplanteras, sade docent Torkel Åberg från thoraxkliniken i Uppsala.

Vid Harefieldsjukhuset har hittills 13 hjärt- och lungtransplanterationer gjorts på barn, 3 av dem har inte överlevt.

– Vi måste vara försiktiga att sprida hopp då det gäller hjärt- och lungtransplanterationer på barn. Det är för tidigt att kunna avgöra om resultaten blir tillräckligt bra.

Svårigheter för barn

Barnkardiolog Göran Wallgren, S:t Görans sjukhus, Stockholm, berättade att det finns få barnhjärtan för transplantation. Rent teoretiskt är tillgången på barnhjärtan störst i nyföddperioden, dvs från 0 till 5 månader.

I en vetenskaplig studie av 340 avlidna barn som obducerats i Toronto i Canada fann man bara 74 som skulle ha varit tänkbara som hjärtgivare. De flesta av dessa tänkbara hade diagnosen plötslig spädbarnsdöd, rapporterade hjärtkirurgen Kim Böök från Karolinska sjukhuset i Stockholm.

En annan svårighet då det gäller transplanterationer på barn är att de, eftersom de växer, är extra känsliga för den mediciner som måste ges efter transplanterationen.

Beräknat behov

Behovet av transplanterationer i Sverige beräknas vara 40–80 per år.

– Men det beror på om riksdagen beslutar om att införa hjärndöd som dödsbegrepp om vi överhuvudtaget

kommer att kunna göra hjärttransplanterationer i Sverige, påpekade byråchef Bertil Widman, socialstyrelsen.

– Vi måste arbeta för att försöka åstadkomma transplanterationer där det har utsikter att lyckas, betonade docent Torkel Åberg. Att bygga upp en sådan verksamhet i Sverige är inte svårt, ansåg han och som jämförelse pekade han på Italien där den första hjärttransplanterationen gjordes i november 1985. Sedan dess har man gjort 50–60 transplanterationer utan dödsfall vid tio kliniker.

Torkel Åberg pekade även på Kuba där han själv varit med som konsult och byggt upp en hjärtkirurgisk verksamhet. Där genomförde man nyligen sin femte hjärttransplanteration och fyra av dem lever.

Svårigheterna efteråt

Rent operationstekniskt är hjärttransplanterationer inte svåra att göra. Men det är efteråt som det finns svårigheter. De mediciner som den transplanterade måste äta regelbundet har bl.a. som bieffekt att kroppens immunförsvar blir svagare, därmed ökar risken för infektioner. Infektioner är den vanligaste dödsorsaken. Avstötningen kommer därefter.

Den berömde hjärttransplantatören vid Harefieldsjukhuset Magdi Yacoub tror att det är mindre risk för avstötning ju tidigare i livet man får ett nytt hjärta, dvs att avstötningsrisken är mindre för barn. Experiment på djur visar att avstötningen är mindre innan immunförsvaret är helt uppbyggt.

Det behövs en mycket noggrann medicinsk uppföljning efter en transplanteration. Biopsier tas rutinmässigt varje vecka i 6–8 veckor. Det innebär att en kateter förs in genom en ven i halsen och ner i hjärtat. Med en tång knippsar man av en liten bit av hjärtat för analys av eventuella tecken på avstötning. Efter 6–8 veckor görs det provet varannan månad.

Hur upplevs en hjärttransplanteration rent psykologiskt? Det finns en vetenskaplig studie gjord i Frankrike där man tittat på etiska och sociala problem kring transplanterationer, berättade barnkardiolog Magnus Michaelsson, Uppsala.

De intervjuade beskrev känslor av att ha förlorat sin identitet, det nya hjärtat upplevdes som någonting främmande som inte är en del av en

själv. Dessutom beskrevs ångslan för avstötning och förändringar i utseende och psyke på grund av medicineringen.

Att önska att någon annan skulle dö för att man själv skulle få en chans till fortsatt liv, var en svår konflikt före transplanterationen.

Konstgjorda hjärtan

Då det gäller konstgjorda hjärtan så finns det stora utvecklingsmöjligheter och det läggs ned mycket forskning på att få fram bra konstgjorda hjärtan, berättade Torkel Åberg och Kim Böök om. De uteslöt inte möjligheten att man i framtiden skulle kunna sätta in konstgjorda hjärtan på barn.

– Det som i dagens läge är experiment kan vara rutinsjukvård i morgondagens sjukvård, påpekade Torkel Åberg.

Val av klinik

Utvecklingen inom den konventionella hjärtkirurgin går också snabbt. Operations- och narkostekniker blir bättre och hjärt- och lungmaskinen blir bättre.

– Samråder de olika hjärtcentren med varandra om särskilt svåra fall av hjärtfel? Händer det att man remitterar till varandra? undrade en förälder som deltog i konferensen.

– Vi som arbetar på de fyra svenska hjärtcentren träffas ett par gånger om året och utbyter erfarenheter, men vi konsulterar nog inte varandra om enskilda patienter, svarade Torkel Åberg från Uppsalakliniken och övriga höll med.

– Kan man få skicka sitt barn till ett annat hjärtcentrum än det man tillhör om man tex vet att det på ett annat center finns en kirurg med särskild erfarenhet av just det ovanliga hjärtfel som mitt barn har, undrade en förälder.

– Det finns inga formella hinder mot att göra det, menade Bertil Widman, socialstyrelsen. Men han tillade att han hade en känsla av att svenska specialister har lättare att remittera utomlands än att remittera över de administrativa gränserna inom landet.

– Går det att flytta hela operationslag så att den som intresserat sig särskilt för en viss typ av hjärtfel kan gästoperera på andra kliniker än sin egen?

Forts nästa sida

– Givetvis går det, men det är nog inte att utnyttja resurserna på effektivaste sättet, svarade Torkel Åberg.

Flera frågor till expertpanelen gällde informationen från läkare till föräldrar och var exempel på föräldrarnas önskan att få så mycket information som möjligt och läkarnas svårighet att ge exakta besked.

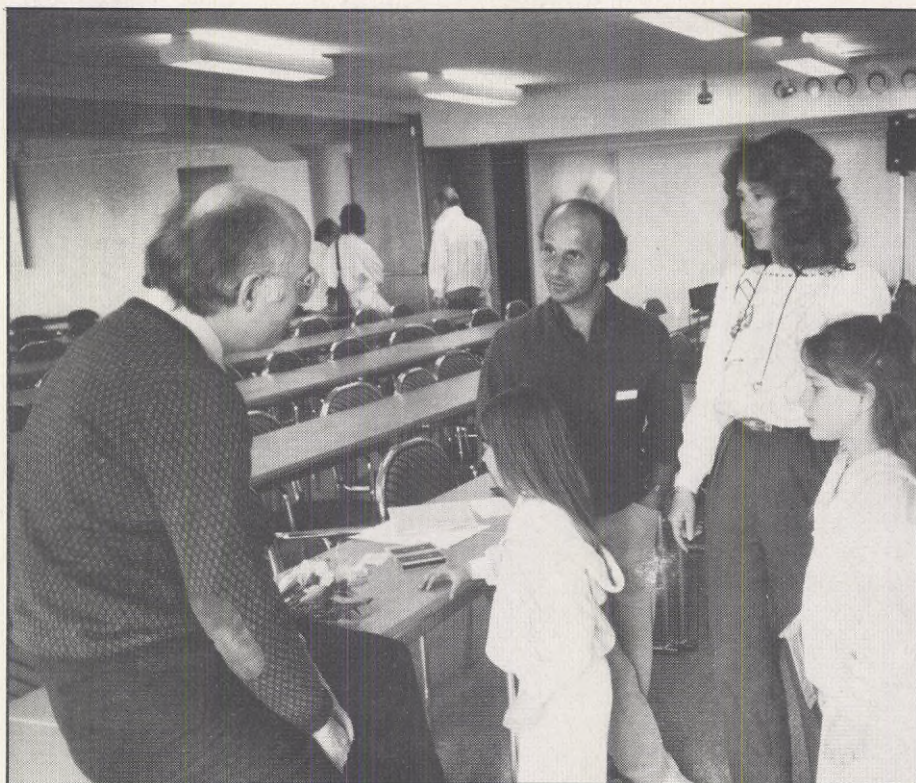
– Även om barnet har ett hjärtfel som inte kan opereras idag så kan det komma en ny behandling imorgon, sade hjärtkirurgen Torkel Åberg. Vi har lärt oss att aldrig säga något med tvärsäkerhet.

– Även om utsikterna är små erfarenhetsmässigt, så vet vi inte säkert hur länge just det speciella barnet kommer att klara sig, instämde barnkardiologen Göran Wallgren. Det är tungt att lämna nedstämda besked om att man inte kan göra någonting, sade de.

– Det finns läkare som slutat för att de inte orkat rent psykiskt, berättade Torkel Åberg. Stödet till läkare som arbetar med svårt hjärtsjuka barn är ett försummat område.

– Då det gäller information till föräldrarna så måste man skilja mellan den medicinska informationen som läkarna måste stå för och krisarbetet, där föräldrarna kan få stöd av annan personal som är bättre utbildad på sådant, i första hand kuratorer, sade barnkardiolog Magnus Michaelsson från Uppsala.

Text och foto: Gunilla Lockne



Docent Torkel Åberg, hjärtkirurg i Uppsala, i samtal med familjen Zdenko och Barbro Gradin med döttrarna Pernilla, 7 år, och Jessica, 10 år, från Salbohed. 100-talet föräldrar och cirka 60 barn var samlade då Föräldraföreningen hade årsmöte och konferens.



För barnen var det ordnat med aktiviteter av olika slag under Föräldraföreningens årsmöte och konferens i Sundsvall. Här en bild från "lekiset" för de mindre barnen.

Föräldraföreningens årsmöte

Föräldraföreningen för hjärtsjuka barn och ungdomar höll årsmöte i slutet av maj. Liksom tidigare år kopplades årsmötet med en konferens. Det hela gick av stapeln på ett nybyggt hotell på Södra berget i Sundsvall, med vidunderlig utsikt över stan, dess hamninlopp och kringbygd. Ett hundratal föräldrar var samlade och 60-talet barn. För barnen var det väl ordnat med lekar, mulleutflykt i skogen, filmvisningar och annat. Under tiden kunde föräldrarna koncentrera sig på konferensen och årsmötet.

Första dagen upptogs av konferensen och den hade som tema Situationen för hjärtsjuka barn, vars hjärtfel inte går att operera. Referat från konferensen finns på sidan 16.

Andra dagen inleddes med att makarna Elsa och Kjell Crafoord berättade om hur de upplevt det att bli föräldrar till ett hjärtsjukt barn, den kris de hamnade i då, hur de intog olika roller som föräldrar när de ställdes inför påfrestningar, omgivningens sätt att bete sig, hur deras teoretiska kunskaper inte var till nämnvärd hjälp då det gällde att klara den första tidens känslor och reaktioner. Kjell är psykiater och Elsa är psykolog och de har båda lång och mångsidig erfarenhet av människor i kris och av att ha kontakt med föräldrar till handikappade barn. De har lett flera av föräldraföreningens samtalsveckor för föräldrar till hjärtsjuka barn och kan jämföra sina egna upplevelser med många andras i samma situation. Det de förmedlade i sitt föredrag gav en mycket bra bild av hur det kan kännas att få ett sjukt barn och hur man jobbar sig igenom den krisen och går vidare. Föredraget var mycket uppskattat.

Årsmötesförhandlingarna upptog större delen av programmet andra dagen. Den styrelse som valdes att leda föreningen ett år framåt ser ut på följande sätt:

Ordförande Britt-Marie Östman, Örebro, sekreterare Kerstin Carlstedt, Linköping, kassör Bengt Dahlström, RHL:s kansli Stockholm, övriga ledamöter: Aino Eurenus, Sundsvall, Helen Bygdemark, Umeå, Göran Granath, Uppsala, suppleanter Ingela Janeck, V Frölunda, Kerstin Gjerta, Stockholm.



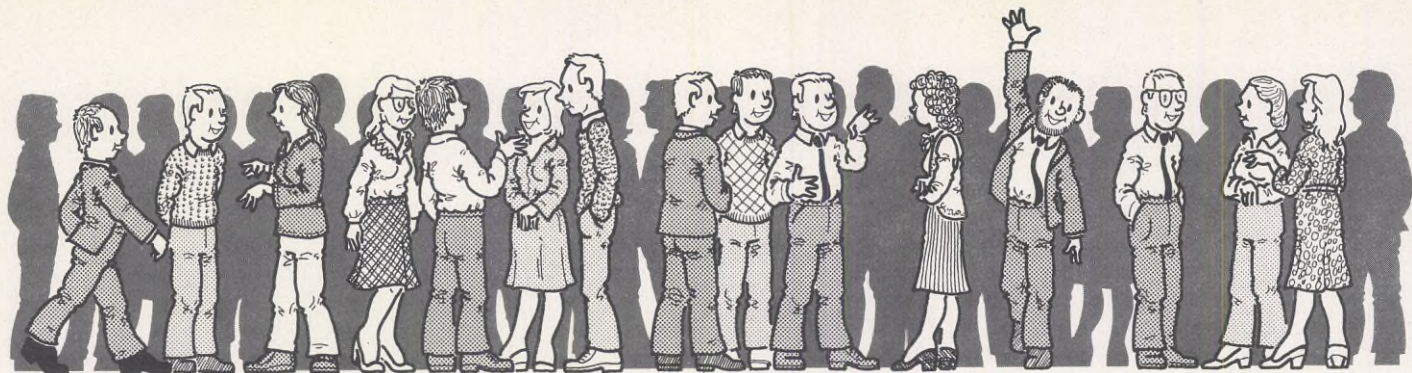
Christina och Leif Willner och Ingela och Ingo Janeck utbyter erfarenheter om hur det är att arbeta som kontaktföräldrar i Föräldraföreningen. Lokalföreningar finns inte i Föräldraföreningen. Det är kontaktföräldrarna som har ansvaret för den lokala verksamheten, anordnar informationsträffar, familjeträffar, utflykter mm och håller kontinuerlig kontakt med medlemmarna i sina län.



Medlemmen Anders Hägerstrand (stående), Stockholm, vid ett av sina inlägg på årsmötet. Sittande frh Kerstin Carlstedt, sekreterare, Britt-Marie Östman, ordförande i föräldraföreningen, och Kjell Crafoord, årsmötesordförande, och Gunlög Marnell, föräldraföreningens konsulent.

Text och foto:

Gunilla Lockne



FRÅN LOKALFÖRENINGARNA

Informationsmöte om sjukvården i Kiruna

”Kirunaborna har rätt till en god sjukvård.” Det sade förbundssekreterare Bo Månsson vid sitt besök i Kiruna och vid lokalföreningens informationsmöte.

Vårdcentralerna som är kärnan till sjukvården bör fungera bra. Läkarbristen vid vårdcentralerna kan inte accepteras, sade han vidare.

Kiruna visar en skrämmande statistik på antalet insjuknade i hjärtinfarkt. Den högsta siffran i Sverige.

Den förebyggande vården måste förbättras liksom sjukhusvården och det behövs en intensiv friskvårdssatsning.

Lasarettsschefen Göran Dahlström informerade om personalsituationen inom Kirunas sjukvård.

Landstingets friska satsning på att lösa personalsituationen trodde han på sikt skulle ge resultat.

Det har dock bara gått ett halvt år sedan beslutet togs om satsningen. Många befattningar täcktes visserligen genom stafett på läkar- och sköterskesidan, men med tiden hoppas han att Kirunaborna skall få träffa samma läkare mer än en gång, vilket inte är fallet nu. Kirurgsidan fungerar nu ganska bra. Bekymret är vårdcentralerna där läget inte är så ljusst.

Medicinavdelningen har också vaksanser, bla på överläkaresidan, men där väntas doktor Torbjörn Messner tillbaka i juli månad. Lasarettsschefen såg det som ofrånkomligt att vissa avdelningar i vissa lägen måste stängas, tex under storhelger och semestertider.

Mötesdeltagarna var dock inte så nöjda med den lösningen. Många menade att det skapar en massa olägenheter både för de sjuka och deras anhöriga.

Landstingsledamot Gunnel Essling redogjorde för den friskvårdssatsning som landstinget beslutat om och där 100 000 kronor anslagits för ett friskvårdsprojekt. Kirunaföreningen krä-

ver att en kommunal friskvårdsledare anställs med uppgift att samordna och stötta friskvårdsarbetet.

Samarbete med handikappföreningarna ses som ett måste. Det är de som har kunskanden om hur ett friskvårdsarbete lämpligast bör spridas.

Medlemmarna var eniga om att man denna kväll fått en saklig information om Kirunas sjukvårdsfråga.

Informatörerna avtackades med blommor som ordföranden Linnea Holmberg överlämnade. Hon nämnde att handikappföreningarna i Kiruna beslutat att ge direktionen och lasarettsschefen och övrig personal arbetsro men att våra föreningar och vårt förbund följer frågan med stort intresse.

Torsten Lövbo

Årsmöte i CO i Västerbotten

Centralorganisationen i Västerbottens län har hållit årsmöte i Folkets Hus i Åsele.

Ordföranden och tre valda ombud från åtta lokalföreningar i Västerbotten var samlade för att delta i förhandlingarna.

Presidium för årsmötet: ordförande, kommunalrådet Ola Vestman, Åsele, sekreterare, Karin Eliasson, Lycksele. Bland många frågor som dryftades var bla behovet av thoraxkirurgi i Umeå. Årsmötet beslutade gå ut med namnlistor för att påskynda en thoraxklinik i regionen.

Till styrelse för 1986 valdes: Per Karlsson, Jörn, ordförande, omval, Thyra Markgren, Skellefteå, kassör, omval, Karin Eliasson, Lycksele, sekreterare, nyval, Bo Danielsson, Vilhelmina, vice ordförande, omval, Ragnar Wikström, Dorotea, vice sekreterare, omval. Övriga ledamöter: Georg Lind, Umeå, omval, Magda Holmberg, Åsele, omval, Ulla Forsgren, Storuman, nyval, Eva Jonsson, Umeå, studieorganisatör, omval.

Karin Eliasson

Lyckat årsmöte i föreningen i Jörn

Lördagen den 22 februari var medlemmarna kallade till årsmöte på Folkets Hus i Jörn, 180 medlemmar hade hörsammat kallelsen. Mötet började med att vi åt en utsökt middag serverad av Centrumbaren.

Därefter började årsmötetsförhandlingarna med Stig Burman som ordförande och Britt Lundberg som sekreterare. Av verksamhetsberättelsen framgår att Jörns-föreningen är aktiv, bland annat har medlemsantalet ökat med 68 och därmed är det uppe i 462. Föreningen är därmed störst i Västerbotten.

Under året har åtta studiecirklar med 63 deltagare genomförts. därutöver har 55 medlemmar deltagit i av andra sammanslutningar ordnade cirklar och 12 medlemmar har deltagit i veckoslutskurser, bla region- och motionsledarkurser.

Ett stort antal medlemmar har deltagit i terapiverksamheten under gemtliga former.

Utöver anslag från kommunen, länsorganisationen och förbundet har en omfattande lottförsäljning förekommit samt mycket ideellt arbete lagts ned för att finansiera föreningens verksamhet.

Styrelsen för föreningen fick följande sammansättning: Per Karlsson, ordförande, Hubert Boman, kassör, Allan Ekholm, sekreterare, Lars Sundell, studieorganisatör, Britt Lundberg, Elly Granqvist, Sibylla Enmark och Siri Andersson, styrelseledamöter.

Efter årsmötet var det dags för herrarna att bjuda upp till dans till tonerna från Jörns Dragspelsklubb.

Efter någon timmes dans var det dags för en vilopaus med fika innan dansen fortsatte in på nattkröken.

När det var tid att bryta upp kunde vi se många nöjda medlemmar återvända hem efter en trevlig kväll.

Rolf Ångman

Auktion och dans på vårfest i Luleå

Ett bra slut på årets första vårdag fick de cirka 150 medlemmar som deltog i Luleåföreningens vårfest.

Föreningens ordförande Siri Schönfeldt hälsade välkommen. Hon gav även en information om föreningens studieverksamhet, den nuvarande och den planerade.

Ett uppskattat programinslag blev NEX resebyrå som med filmens och en mycket duktig informatörs hjälp gav en bred och saklig information om olika resmål.

Föreningens egen auktionist Ivar Granberg, en man med en välsmord tunga och snabb klubba, höll kvällens auktion, som innehöll ett brett sortiment, allt ifrån en utlandsresa till mandelpotatis och yllestrumpor. En snabb auktion med många roliga inslag.

Nästa inslag var föreningens festkommitté som effektiv och välklädd serverade en mycket god Vårsallad "egenhändigt tillverkad".

Efter detta intog en mycket dansant publik dansgolvet till tonerna av Motionsmusikanterna vilkas reper-toar var väl anpassad för oss RHL-are. Ett medlemsmöte i form av en vårfest med god mat, fin service, bra dansmusik.

John Carlsson

45-årsjubileum i Blekinge

Blekinge CO har haft sitt 45-årsmöte i Karlskrona. Det var drygt 150 medlemmar av organisationens 626 som ordföranden Sten Jislind hälsade välkomna. I sitt anförande påtalade han den måsättning som RHL-kongressen tagit om en tätare och starkare organisation och att RHL skall ha minst 30000 medlemmar till nästa kongress 1988.

En liten bit på väg har Blekinge kommit under året eftersom det skett en ökning med 37 medlemmar.

Efter parentation över avlidna medlemmar leddes årsmötet av hedersordförande Alva Bengtsson på ett snabbt och bra sätt.

I verksamhetsberättelsen kan noteras att Långasjön under 1985 haft en hundraprocentig beläggning och att hjärt- och lungräddning och gymnastik pågår för fullt. Styrelsen fick efter val följande sammansättning: ordförande Sten Jislind, kassör Astrid Björkman, sekreterare Willy Raouls-son, studieorganisatör Stig Ernstedt, vice ordförande Alva Bengtsson, vice sekreterare Sven Berggren, vice stu-

dieorganisatör Ingvar Albinsson samt styrelseledamöter C-E Mattisson och Greta Johansson. Revisorer: Harald Kangelstam och Erik Carlsson. Långasjöns semesterhemsstyrelse: Alva Bengtsson, Sten Jislind, Ellen Kindwall och Sven Berggren.

Årsmötet beslutade att ändra organisationens namn till HJÄRT- OCH LUNGSJUKAS CENTRALORGANISATION I BLEKINGE LÄN.

Dagens tema var föredrag av dr Tomas Troeng som höll en mycket intressant information om kärlsjukdomar som var mycket uppskattat.

Efter årsmötet samlades deltagarna tillsammans med inbjudna gäster till 45-årsjubileum med supé och dans.

Sten Jislind

Enköpingsföreningen har firat 30-årsfest

Lördagen den 26 april 1986 samlades medlemmar och inbjudna att fira Enköpingsföreningens 30-årsjubileum på Stadshotellet. När alla hade anlant bjöds det till bords av Evert Ekman som hälsade alla hjärtligt välkomna.

Den goda maten lät sig väl smaka med små avbrott för sång och musik. Under måltiden gjordes även uppehåll för tal och lyckönskningar.

Det överlämnades en hel del presenter, gåvor och blommor från andra handikappföreningar och samman-slutningar, även från förbundet, som representerades av vice ordföranden Mary Erixon.

Så kom Artur Ekblom med sång-kör och förnöjde oss med sång och musik i nära en timmes tid av kvällen. Det uppskattades med livliga och varma applåder. Därefter serverades det kaffe med kakor.

Under tiden hade Folke Janssons Trio kommit igång med dansmusiken och det blev trångt på dansgolvet när så många som möjligt försökte få sig en svängom.

Omkring kl 24.00 hade lugnet lagt sig över lokalen, och den trevliga festen var slut.

Rikard Härlin

Alla hjärtans dag och gym i Uppsala

Hjärt- och lungsjukas förening i Uppsala län har haft årsmöte. Till styrelse för 1986 valdes ordf Anna Britta Rosmar, Uppsala, v ordf Bertil Aspling, Uppsala, sekr Gunnar Ericsson, Björklinge, kassör Gösta Årstadius, Uppsala, studieorganisatör Björn Freding, Alunda. Övriga ledamöter:

Rikard Herlin, Enköping, Mary Erixon, Uppsala, och Karin Bente-mark, Uppsala. Länsföreningen har 342 direktanslutna medlemmar. Därtill kommer 77 medlemmar från lokalorganisationen i Enköping.

Till årsmötet hade Birger Eriksson och Rikard Herlin bidragit med gåvor som utlottades. Birgers bidrag bestod av två tavlor och Rikards av träslöjd, egenhändigt målat och slöjdat.

Under det gångna året har två studiecirklar behandlat ämnet "Efter hjärtinfarkt". Vår gymnastikverksamhet har utvecklats positivt, för närvarande är det två grupper med ett 65-tal deltagare. Vidare har en badmingtongrupp bildats med 17 deltagare.

Även i år firades "Alla hjärtans dag" med mycket god anslutning. Ur programmet kan nämnas att "Bostonpojarna", sju blåsare ur regionmusiken, underhöll. I likhet med föregående år hade ett företag i Uppsala denna dag ställt en procent av sin omsättning till vårt förfogande. Det blev 3840 kr. Ett synnerligen välkommet bidrag. Vi ser framåt med tillförsikt.

"Rapport är slut" som man säger i TV. Ha en skön sommar!

K E Gustafsson

Glatt vårmöte för Kalixmedlemmar

Kalixföreningen har hållit vårmöte med ett hundratal medlemmar närvarande.

Från distriktskonferensen i Boden rapporterade Åke Morin, varvid framkom att Kalix ligger som treid i Norrbottens län med 380 medlemmar.

En regionkurs för AC- och BD-län (Västerbotten och Norrbotten) har hållits i Dorotea. Från denna rapporterade Sigvard Hansson att indragningar är att vänta inom de flesta områden inom sjukvården, vilket är att beklaga. En thoraxklinik med placering i Umeå efterlystes. Och med tanke på det stora avståndet till Uppsala och den långa väntekön där samt kommande ökade behov av hjärtoperationer beslutades att tillsammans med föreningarna i Västernorrlands och Gävleborgs län göra ett uttalande till landstingsförbundet att ordna thoraxklinik i Umeå.

En sexdagars resa till Dalarna blir sommarens första resmål för Kalixföreningens medlemmar. En- och tvådagarsresor är även planerade. Uppskattad musik och sång av Karl-Arthur med son och en stunds allsång under kaffedrickning avslutade ett värglatt möte.

Torborg Åström

Toppvinst i RHL-lotteriet 1986



SAAB 900 Turbo 4 D 16 v M5

De hjärt- och lungsjukas Rikslotteri 1986 – RHL-lotteriet

Dessutom

Svenska Statens Premieobligationer
Panasonic VHS Movie Kamera
Luxor Video-Bandspelare m fjärrkontroll
Luxor Färg-TV bärbar 14”
Luxor Stereokassettradioapparat
Philips Matmäster
Linnevaror m m, m m

**Inga väntans
tider!**

●
Dragning verkställd före
lottförsäljningens början

●
Försäljningstid
1 april–30 september 1986

●
**Ni ser genast om
lotten ger vinst!**

10.010 st spännande vinster

till en sammanlagd vinstsumma på över kr 675.000:–

Minsta antal lotter att beställa 5 st

Härmed beställes

..... st lotter att sändas per postförskott

..... st lotter à 5:– att sändas varje månad
fr o m juli t o m sept 1986 mot postförskott. Por-
tofritt.

Dragningslista medföljer gratis.

Vid rekvisition av minst 5 lotter i samsändning
– portofritt.

Namn

Adress

Var god texta

Sänd ej pengar med denna rekvi Status 6/86

Frankeras
med
brevporto



**LOTTPRIS
5 KRONOR
REKVIRERA NU**

**Minst en lott till
varje familjemedlem
ökar familjens
vinstchans!**

**RHL-lotteriet
Box 9090
10272 Stockholm**

RIKSFÖRBUNDET FÖR HJÄRT OCH LUNGSJUKA



RHLs blomsterfond

tar emot gåvor

Postgirokonto 90 00 11-8

Medel ur blomsterfonden användes för bidrag till hjärt- och lungsjuka för hjälpmedel som inte kan fås gratis från samhället, rekreationsresor m m.



RIKSFÖRBUNDET FÖR HJÄRT- OCH LUNGSJUKA

Box 9090, 10272 Stockholm. Tel 08/690960

Postgiro 900011-8

