

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 2

1987



Organ för Riksförbundet för hjärt- och lungsjuka



VARBERG DANSAR IGÅNG



REKOMMENDERAS AV
HANDIKAPPINSTITUTET

REAL 1004 SC-EL B2*



REKOMMENDERAS AV
HANDIKAPPINSTITUTET

REAL 1008 C B1*



REKOMMENDERAS AV
HANDIKAPPINSTITUTET

REAL 1009 SC-EL B1*

MADE IN
SWEDEN

SPECIALSTOLAR FÖR RÖRELSEHINDRADE

Real-stolen är ett helt system. Helt anpassningsbar till Dina egna behov. Ett flertal basmodeller att välja och bygga vidare på. Du bestämmer själv hur den ska se ut. Det finns säkert en Real-stol som passar Dig. Vill Du veta mer om Real-stolen, den svenska kvalitetsstolen — kontakta oss.

Valhallavägen 102
Box 16348, 103 26 Stockholm
Telefon: 08-67 01 35

**mercado
rehab**

*ENL. HANDIKAPPINSTITUTETS TYPINDELNING.

Organ för Riksförbundet
för hjärt- och lungsjuka

Februari 1987
Årgång 50

Ansvarig utgivare:
Bo Månsson

Redaktör:
Tonie Andersson

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

Tryckeri:
Kringel-Offset, Södertälje

Prenumerationspris:
Helår 65:-

Produktionsplan 1987

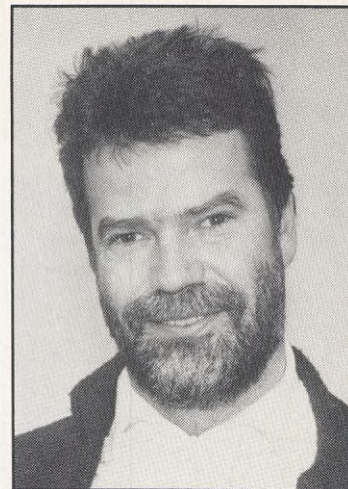
Nr	Manus- stopp	Annons- stopp	Distri- bution
4	15 mars	15 mars	20 april
5	15 april	15 april	20 maj
6	15 maj	15 maj	20 juni

Annonspriser:
Omslaget, 1/1-sida 5500 kr
1/1-sida 5000 kr
1/2-sida 2700 kr
1/4-sida 1500 kr

Upplysningar om priset för
mindre format lämnas av
redaktionen

Omslagsbild:
Hjärtinfarktsrehabilitering
i Norra Halland.
Foto: Ingvar Strebje

LEDARE



Förbundssekreterare
Bo Månsson:

Brrr...

Den bistra vintern har hållit Sverige i ett förlamande grepp den senaste tiden. Vi har i våra massmedier fått information om hur kylan och snön orsakat kaotiska förhållanden på olika håll. Människor har frusit på grund av dåligt isolerade bostäder, människor har blivit isolerade av snömassor och måst bistås av militära bandvagnar, människor har drabbats av hjärtinfarkt vid snöskottning, ja, människor har till och med frusit ihjäl. Det har dock stått förhållandevis lite om alla de hjärt-, kärl- och lungsjuka människor som på grund av sin sjukdom *tvings* att isolera sig mer eller mindre frivilligt. Kylan och blåsten samt snön och halkan har gjort att de helt enkelt inte vågar gå ut. Det är ett välkänt faktum, åtminstone för de hjärtsjuka som lider av angina pectoris, att kyla i kombination med blåst kan utlösa ett kärlkrampsanfall. Kylan kan också drabba astmatiker, då luften som inandas måste värmas upp till 37°, fuktas och renas. Detta sker i luftrören, som belastas hårt. Detta kan i sin tur skapa astmaliknande besvär, hosta och annat. Dessa besvär, för såväl hjärt-, kärl- som lungsjuka, måste observeras och bli mer kända bland allmänhet, sjukvårdspersonal, politiker mfl så att man tar större hänsyn till dessa sjuka människors situation i sin planering... när man utfärdar färdtjänstlegitimation, när man prioriterar till influensavaccination osv.

Brrr igen...

Årets statsverksproposition var inte heller i år något som i alltför hög grad värmdes handikappade eller deras organisationer. Det fanns dock vissa smärre värmekällor. Men på minussidan står framförallt att det i "proppen" saknas viktiga reformer och insatser inom handikappområdet, men även sloandet av det sk fria året inom sjukvården, inget om att sjukresorna skall tas in i högkostnadsskyddet, höjning av egenavgiften för mediciner, höjning av teletaxorna mm väger ner.

På plussidan står bla att en nedre gräns satts för de kommunala bostadstilläggen, att reglerna för delpension återställs till 65 procent, att sjukpenningförsäkringen förbättras och att ökade insatser föreslås beträffande hemservice och färdtjänst.

Vad vi får hoppas på är att solen rör på vinterkylan och att vi inom RHL lyckas påverka partier och beslutsfattare så att vi långsamt men säkert går varmare tider till mötes.

Laserbehandling av lungcancer

Av docent Lars-Gösta Wiman, Huddinge Sjukhus

Definitioner

Synligt ljus, som alstras i en vanlig glödlampa, sprider sig åt alla håll och fördelar sig diffust i omgivningen. Det är glödtråden i lampan, som upphetas genom en elektrisk ström och lyser – värmeenergi övergår i ljusenergi. Med hjälp av en lins kan en del av dessa åtskilda ljusstrålar fokuseras till en punkt, som dock aldrig har högre energi än den ursprungliga ljuskällans.

I en cylinder av varierande längd kan atomerna i en gas stimuleras av ljusblitzar att utsända nytt ljus av bestämd våglängd. Efter reflexion mot väggarna kan det nya ljuset koncentreras i en vågrörelse och släppas ut genom cylinderns ena kortända som ett monokromatiskt ljus som innebär att alla ljusvågor har en och samma våglängd. Ljusvågorna fortplantar sig i nästan parallella riktningar och är i fas i både tid och rum. Denna samstämmiga strålning har fått namnet LASER. Med ett linssystem kan dessa laserstrålar fokuseras och ge en energi betydligt högre än den ursprungliga ljuskällans, till och med högre än solenergin (figur efter J. C. Fisher, 1983).

Maiman konstruerade en rubin-laser, den första lasern med medicinsk användning, företrädesvis för ögonkirurgi med näthinneavlossning. Därefter fick lasertekniken stor spridning inom fysik, astronomi, meteorologi, telekommunikation, industri och bioteknik. Inom medicinen används laser idag för diagnostik och terapi inom invärtes medicin, kirurgi, ögonkirurgi, lungmedicin, etc.

Laserljusets fysikaliska egenskaper

Genom laser alstras en unik form av ljus, eller elektromagnetiska vågor, som kallas koherent strålning.

Laserljuset har tre viktiga egenskaper:

1. *koherens*, som betyder att alla ljusvågor är i fas i såväl tid som rum
2. *kollimation*, som betyder att alla ljusvågor fortplantar sig så gott som parallellt
3. *monokromasi*, som betyder att alla ljusvågor har samma våglängd.

Dessa unika egenskaper gör det möjligt att med hjälp av linser eller speglar fokusera laserstrålar till mycket små punkter med en diameter av

hänsyn till karaktären av biologisk vävnad kan få olika medicinsk användning.

Biologiska effekter

När en laserstråle träffar ytan av en biologisk struktur, kommer en del av ljuset att reflekteras utan att tränga igenom vävnaden. Av den strålning som tränger in i vävnaden kommer en del att omvandlas till andra energiformer: värme, kemisk, mekanisk eller rörelseenergi. Största delen absorberas som värme, som i sin tur kan omvandlas i tryckvågor eller annan rörelse. Till skillnad från röntgen och gammastrålning kan laserljus inte framkalla cancer. Effekten av medicinsk laserstrålning på biologisk vävnad kan hänföras till tre kategorier:

1. *uppvärmning* med omvandling av strålenergi till värmeenergi i vävnaden
2. *stimulering eller påverkan av kemiska reaktioner* i närvaro av naturliga eller injicerade fotosensibiliserande ämnen (ämne som ger ökad känslighet för ljus).
3. *mekaniskt sönderfall av vävnader* antingen genom tryckvågor eller genom snabb förgasning av intra- och extracellulärt vatten eller annat cellmaterial.

Koldioxid-laser

Med koldioxidlaser erhålles god blodstillning, tillfredställande sterilisering vid infekterade sår och en begränsad ärrbildning. Denna laserform får främst uppfattas som ett instrument för precisionskirurgi i kroppens alla organ och kan användas för att skära, förgasa och koagulera.

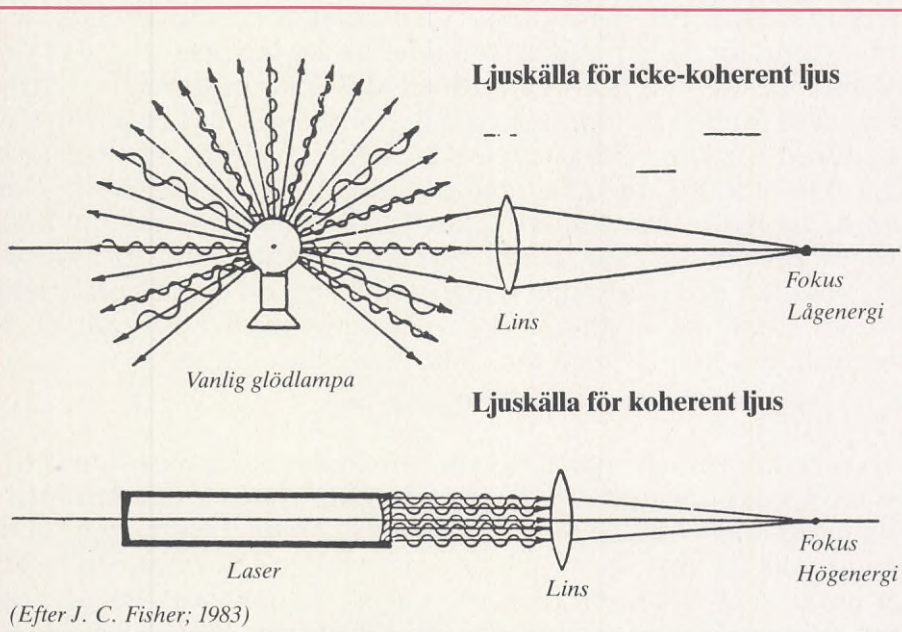
Neodymium-YAG-laser

Koaguleringsförmågan är YAG-lasers mest framträdande egenskap, och den används för förstöring av stora tumörmassor.

Nd-YAG-laser kan användas för tumörbehandling, tex genom förgasning och koagulation av lungcancer, som sluter till luftstrupe eller centrala bronker. Ett annat användningsområde är tjocktarmscancer och tumörer i matstrupen.

Argon-jon-laser

Den största användningen för argon-jon-laser återfinnes inom behandling av hud och ögonsjukdomar med fotokoagulation och förgasning, men även inom lungmedicin för behandling av tumörer i luftstrupe och bronker.



Historik

Laserljuset har en lång historia med ursprung från Einsteins teorier om naturlig och konstgjord strålning. Dessa teorier utvecklades vidare under 1950-talet av Townes i New York och Basov och Prokhorov i Moskva, tre framstående forskare, som 1964 fick dela Nobelpriset i fysik för sina upptäckter mikrovågor och laser.

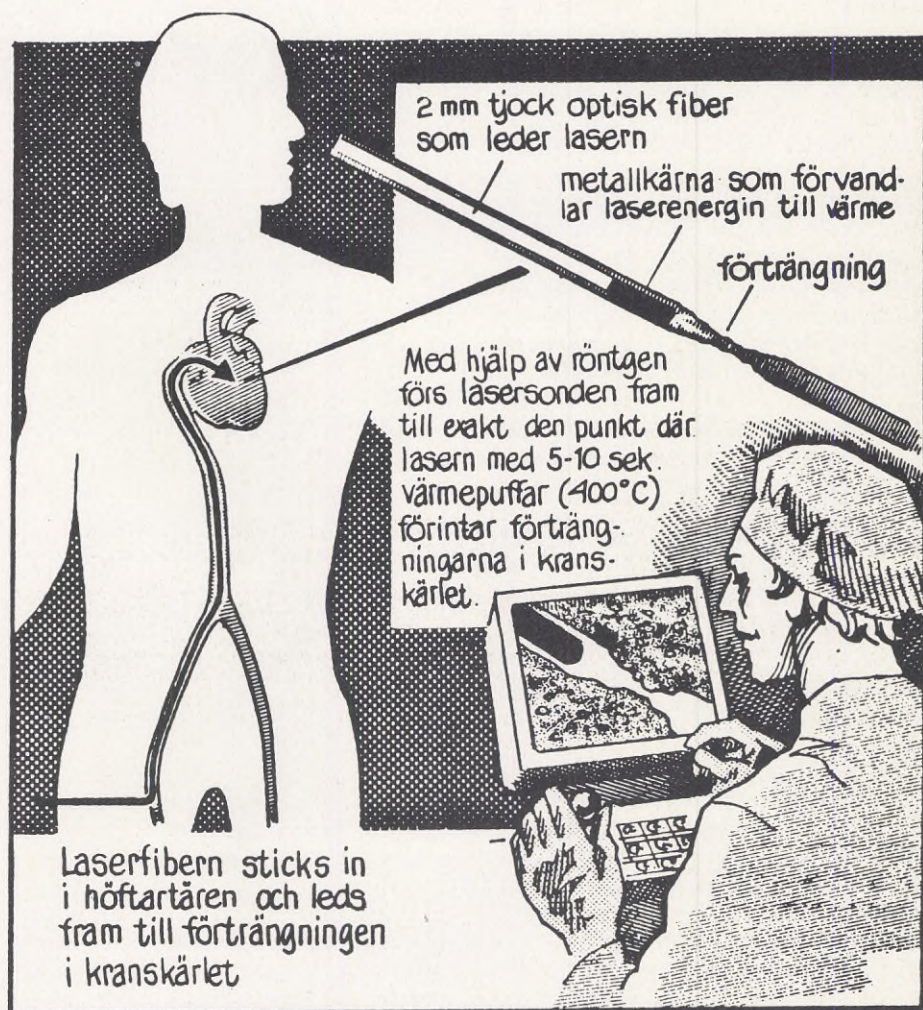
ett fåtal våglängder och uppnå en energi av en miljon watt per kvadratcentimeter.

Förutom dessa allmänna egenskaper hos laserljuset medför sammansättningen av den gas eller det medium som stimuleras stora variationer i det utgående ljusets våglängd och intensitet (watt). Det finns således ett stort antal typer av laserljus, som med

Ny lasermetod hjälper hjärt- och kärlpatienter

Så här går det till att med hjälp av den nya tekniken bli kvitt de farliga förträngningarna i hjärtats kranskärl.

Teckning:
Magnus Gerne



I England har en ny metod utvecklats mot förträngningar i hjärtats kranskärl. Med hjälp av laser, som leds fram till förträngningen, förintas den.

Professor Ken Taylor vid Hammersmiths sjukhuset i London har utvecklat metoden att använda laserteknik i hjärtats kranskärl.

Hittills har han gjort sex lyckade hjärt-kärloperationer på patienter med svåra förträngningar.

Professor Taylor använder sig av ett tunt optiskt metallfiber (två mm tjockt), som leder laserstrålen. Metallkärnan förvandlar laserenergin till värme.

Laserfibern sätts in i en höftartär (ett blodkärl vid höftbenet) och leds vidare försiktigt fram till förträngningen.

Med hjälp av röntgen följer läkaren fiberns väg tills den är framme vid exakt rätt punkt i blodkärlet.

Pulserande värmepuffar sänds se-

dan i väg med fem till tio sekunders mellanrum. (De håller en värme på 400 grader C.)

Enklare och lindrigare

När laserns värmepuffar drabbar förträngningen förintas den till tunna fragment av typ talkpuder som sedan förs vidare med blodströmmen.

Risken att drabbas av svår hjärt-kärlsjukdom är avvärd.

Hittills har patienter med förträngningar i hjärtats kranskärl i svåra fall fått gå igenom sk by-passoperation.

Det innebär att blodådrorna byts ut med hjälp av vener som tas från patientens ben så att blodet kan ledas förbi förträngningen.

– Den här metoden är betydligt enklare och lindrigare för patienten,

menar professor Taylor. Man kan också följa hur förträngningen förintas.

Men tekniken är ännu bara prövad i några få fall. Därför vet forskarna ännu inte hur effekten är på lång sikt.

Fler behandlingar att vänta

Ett större antal laserbehandlingar mot förträngningar i hjärtats kranskärl ska nu genomföras vid sjukhuset.

– Förträngningar i kranskärlen drabbar allt fler redan i 40–50-årsåldern. Många fler skulle kunna få snabb hjälp med den nya tekniken mot vad som hittills kunnat erbjudas, påpekar professor Taylor.

Ann-Hjördis Larsson

Hans Lagergrens operationsmetod ledde till explosionsartad spridning av pacemakerbehandlingen

– Risk att behandlingen användes för ofta

Inga-Carin Enström från Ljungby har intervjuat docent Hans Lagergren, biträdande överläkare på Huddinge sjukhus och specialist på thorax- och allmänkirurgi. Han är dessutom medlem i Riksförbundet för hjärt- och lungsjukas pacemakerkommitté.

Det är i dagarna 28 år sedan den första människan i världen, en svensk, fick pacemaker. Ingen kunde då, för nära trettio år sedan, förutse den kommande utvecklingen och betydelsen av pacemakerbehandlingen. Operationen var i början ett stort och riskfyllt kirurgiskt ingrepp – öppning av bröstkorgen – och under de följande åren förbehållen endast ett mycket begränsat antal patienter. Den första patienten, 43 år då, 71 i år, lever i dag ett normalt liv och många tusen med honom, tack vare docent Hans Lagergren. Det verkligt banbrytande, som möjliggjorde pacemakerbehandlings stora spridning världen över, var tillkomsten av den sk "permanenta transvenösa intrakardiella elektroderna" där röntgen, modern tv-teknik och en ny konstruktion av elektrod samverkade. Operationen som tidigare tagit flera timmar under tung narkos, kunde nu genomföras på ca 45 minuter i lokalbedövning.

Den som utarbetade denna metod 1962 var en ung medicine kandidat vid thoraxkliniken, Karolinska sjuk-



Docent Hans Lagergren

huset, Hans Lagergren, nu docent och biträdande överläkare vid kirurgiska kliniken på Huddinge sjukhus, specialist i thoraxkirurgi såväl som i allmän kirurgi. Hans Lagergrens nya operationsmetod ledde till en explosionsartad spridning av pacemakerbehandlingen. I dag finns drygt en och en halv miljon pacemakerbärare i världen, varav ca 13000 i Sverige. Hans Lagergren, som var med om att

starta hela denna utveckling och som opererat in drygt 1000 pacemakers, är i dag dock inte odelat positiv till konsekvenserna av sin egen världsrevolutionerande operationsmetod!

Fara

– Det finns en fara i att pacemakerbehandling kan komma till användning för ofta. Så har skett utomlands, säger docent Lagergren. Alla patienter med hjärtrytmrubbningar behöver inte pacemaker och en del patienter upplever ingen förbättring efter ingreppet. Det är någonting man måste ha i åtanke eftersom varken kirurgin eller eftervården alltid är helt problemfri. Kanske föreligger det även i Sverige en viss "överförbrukning" av pacemakers. Det är avgjort för litet diskussion i det här ämnet. Jag skulle önska ett slags "sjukvårdskunnig konsulent" som språkrör mellan politiker och läkare. Vad beträffar RHL – Riksförbundet för Hjärt- och Lungsjuka – så kan den organisationen vara till stor nytta. Patienter som haft hjärtbesvär, infarkt eller genomgått en pacemakeroperation behöver ofta gemenskap och någon att tala med. Patienterna får i RHL träffa andra i samma situation. Det ger trygghet och vetskap att "inte vara ensam".

Inga-Carin Enström

RHL:s Pacemakerkommitté

Kommitténs ordförande är Arne H W Larsson som erhöll den första pacemakern i världen år 1958 och därmed också har den längsta erfarenheten av att vara pacemakerbärare.

De nio ledamöterna representerar patienter, läkare och tekniker. Under år 1986 behandlades en rad olika frågor vid pacemakerkommitténs sammanträden.

Störningar på pacemaker

Moderna pacemakerdosor är mycket välisolerade och skyddade varför det idag är ovanligt med störningsproblem. Pacemakerbärare bör dock undvika stora kraft- och magnetfält samt radaranläggningar. Störningar kan även förekomma vid elsvetsning och från äldre mikrovågsugnar. Några personskador på pacemakerbärare har inte inrapporterats till RHL.

Nya pacemakertyper

Pacemakerkommittén har framfört önskemål om en omgående specialutbildning av sjukvårdspersonal på dagens nya pacemakertyper. Region-sjukhuset i Skövde är det enda i landet som kommit i gång med sådan utbildning.

Pacemakerkommittén anser att antalet pacemakerfabrikat bör begränsas till fem olika typer för att ge sjukvårdspersonalen möjlighet att hålla sig väl utbildad.

Under tiden 15 december–12 januari har vi fått in ytterligare 175 nya medlemsvärvningsblanketter. Det ger en del förändringar på värvartoppen.

Förändringar

Hjalmar Lärkestål ökar på sin ledning rejält och når upp till 294 poäng. Det börjar luta mot seger. Annu finns dock chansen att det dyker upp någon som har samlat medlemsvärvningsblanketterna på hög och som har fler poäng. Vi får väl se vad slutspurten ger.

Aina Dahlin går upp från tionde till delad fjärdeplats.

Viola Mälman är ny på listan och går med sina 80 poäng direkt in på en delad sjätteplats.

Gösta Enström är också ny på listan. Även han har 80 poäng och delar sjätteplatsen.

1 143 värvade

Hittills har 276 personer skickat in medlemsvärvningsblanketter. De har tillsammans värvat 1 143 nya medlemmar. Av de nya medlemmarna är 59% hjärt-, kärl- eller lungsjuka (5 poäng), 23% är anhöriga inom samma familj (3 poäng) och 18% är stödjande medlemmar (1 poäng).

Dags att lämna in

Du som har värvat en ny medlem ska snarast skicka in din medlemsvärvningsblankett till lokalföreningen. För att räknas som medlem ska värvade ha betalat sin medlemsavgift. När det är klart ska någon ur lokalföreningens styrelse intyga att värvningen är riktig och skicka in medlemsvärvningsblanketten till RHL.

Final 31 mars

Den första tävlingsomgången i den enskilda medlemsvärvningstävlingen slutar den 31 mars. Alla medlemsvärvningsblanketter som har inkommit till RHL senast den 31 mars deltar i den första tävlingsomgången. Om allt går enligt planerna räknar vi med att kunna presentera förstapristagaren och färg-TV-vinnaren i Status majnummer.

Fortsätt att värva!

Medlemsvärvningstävlingen fortsätter även efter den 31 mars. Den enskilda medlemsvärvningstävlingen går in på andra omgången som pågår under tiden 1 april 1987–31 mars 1988. Även den omgången har ett förstapris i form av en RHL-rekreationsresa för två personer för den som lyckas samla ihop flest poäng. Ett tröstpris i form av en Luxor 14" färg-TV-apparat ingår också som pris. Varje inlämnad medlemsvärvningsblankett utgör en lott på TV-apparaten.

Lokalföreningarna

Lokalföreningarnas tävling pågår under tiden 1 april 1986–31 mars 1988. Föreningarna ska nu rapportera den ökning de har haft under kvartalet 1 oktober–31 december 1986. Uppgifterna måste ha inkommit till RHL senast den 10 februari för att utgöra underlag till "föreningstoppen" i Status nr 3.

Text: Tommy Eriksson

Värvartoppen

1. **Hjalmar Lärkestål** 294 poäng
Grängesberg
2. **Nils Karlsson** 117 poäng
Trollhättan
2. **Sten-Arne Mattsson** 117 poäng
Hofors
3. **Göta Elleman** 114 poäng
Dorotea
4. **Aina Dahlin** 96 poäng
Flen
4. **Bengt Jarnhäll** 96 poäng
Trelleborg
5. **Ove Sandberg** 84 poäng
Trelleborg
6. **Viola Mälman** 80 poäng
Karlskoga
6. **Gösta Enström** 80 poäng
Jönköping
7. **Eivor Sundin** 78 poäng
Hoting
8. **Magda Bergh** 70 poäng
Landskrona
9. **Gerd Nilsson** 66 poäng
Haparanda
10. **May Lindbergh** 65 poäng
Linköping

Lyckat möte i Varberg



Allsång vid medlemmötet i Varberg.

Den 4 december anordnade Varbergsföreningen ett välbesökt informationsmöte i Folkets hus. Efter inledning av CO:s ordförande Sune Nilsson fick Tommy Eriksson från förbundet tillfälle att tala om verksamhet och utvecklingsmöjligheter.

Docent Pär Larsson från Varbergs sjukhus informerade om utvecklingen av rehabiliteringsprojektet i Varberg. Det är viktigt att lokalföreningen har en väl fungerande verksamhet dit sjukhuset kan hänvisa patienterna när behandlingen är klar.

Mötet avslutades med att Dorrih Dennerborn från Björkäng utanför Varberg sjöng och spelade cittra.

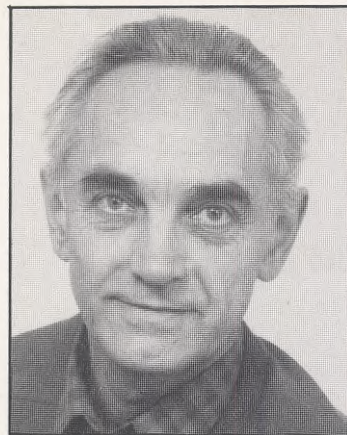
Text och foto: Tommy Eriksson



Dorrih Dennerborn sjunger och spelar cittra.

Om förtroendenämnder

Vad är förtroendenämnd? Är det en nämnd som sköter om förtroendet, allmänhetens förtroende för sjukvården?



Ja, inte vet jag varför och hur namnet kommit till. Nämnden kom i varje fall som ett svar på bland annat handikapporganisationernas krav på patientombudsman och nämnden skulle fylla samma uppgifter som en ombudsmannainstitution.

När vi pläderade för patientombudsman så menade vi fristående ombud som stod på patientens sida i situationer där en enskild människa hamnade i tvist med det stora byråkratiska system som sjukvården också kan vara.

Vilka uppgifter har då landstingens förtroendenämnder? Enligt den speciallag som stadgar om förtroendenämnder skall varje landsting utse en nämnd. Uppgiften är att helt allmänt främja kontakterna mellan personal och patienter men dessutom skall den "åt patienterna förmedla den hjälp som förhållandena påkallar". Om någon tex känner sig missförstådd, orättvist eller oriktigt behandlad eller inte har fått riktig upplysning kan man vända sig till förtroendenämnden i sitt landstingsområde. Nämnden utreder men kan inte utdöma något straff eller ge någon varning utan den har att genom att klarlägga vad som skett verka för bättre förhållanden inom vården. Den som vänder sig till nämnden behöver inte heller peka ut någon bestämd människa för felaktigheter utan kan peka på vad man tycker är ett missförhållande. Sedan bör nämnden utreda och påverka så gott det går. Förtroendenämnden kan också ge råd till den som vill anmäla till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, patientförsäkringen eller dylikt.

Varför fick vi då landstingsnämnder i stället för fristående patientombudsman? Jo, man förklarar detta med att framhålla, att eftersom nämnderna och dess tjänstemän (som ibland också kallas patientombudsman) är inne i sjukvårdssystemet, så går det lättare både att hitta

de rätta vägarna för att få upplysningar, inte minst av informell natur, och att få en snabb behandling. Dessutom går det bättre att hitta former för att föra tillbaka den kunskap som nämnderna samlar på sig till de avdelningar eller personer som kan rätta till fel och förändra dåliga rutiner.

Det ligger onekligen en del i dessa påståenden. Framförallt beträffande de uppgifter som innebär att man skall upprätta kontakter mellan patient och personal. Ändå finns det mycket mer att göra framförallt när det gäller att föra tillbaka erfarenheter till den praktiska vårdverksamheten.

Förtroendenämndens ställning?

Det problematiska i förtroendenämndens ställning framträder tydligare när det inte bara är missförstånd utan reella motsättningar som det är fråga om, då nämnden skall ge patienten "den hjälp som förhållandena påkallar". Det problematiska skulle jag vilja kalla den dubbla lojaliteten. Å ena sidan är nämnden och dess tjänsteman en del av sjukvårdssystemet och har lojaliteter mot detta, å andra sidan är man patientens ombud och skall vara lojal mot denne. Det går väl an när det är enkla och tydliga tvister, men ofta är det ju fråga om mera diffusa konflikter, där många svårtolkade och motstridiga uppgifter och påståenden flyter omkring.

Nämnden gör utredningar som ofta får bli "svar på frågan". En utredning som klarlägger vad tvisten egentligen gäller kan naturligtvis vara bra och ge den belysning av konflikten som är möjlig. Men ibland blir det hela kanske mera förvirrat och patienten upplever kanske att han/hon inte har något ytterligare att hämta mot ett så kompakt och välformulerat försvar från sjukvårdens sida. Man orkar inte mera utan ger upp och förklarar sig nöjd.

Kanske det blir så att den lilla patientens förtvivlan och brist på förtroende för sjukvården förstärks av den auktoritära och byråkratiska hanteringen av dessa utredningar. Ger det patienten "den hjälp som förhållandena påkallar"?

När man känner på dessa svårigheter så inser man att patienten även skulle behöva ett medmänskligt ombud som bara hade till uppgift att "stå på den beroendes sida", någon som inte hade lojalitet åt två håll. Här har handikapporganisationerna ett ansvar. Förtroendenämndsverksamheten skulle må bra av att någon organisation intresserade sig mer för verksamheten.

Lojalitetskonflikt

I den skisserade lojalitetskonflikten hos förtroendenämnden skulle jag önska att handikappörelsen såg en utmaning. Den ensamme patienten behöver stöd från kamrater. Några som kunde stötta och förklara och ge mod att stå på sig.

Och organisationen kunde kanske dessutom med sin erfarenhet från olika ärenden försöka se det principiella i problemen, se ett mönster i det dunkla. Det skulle vara till stöd för den klagande som befinner sig i beroende – och det skulle också vara till stöd för de förtroendenämnder som vill arbeta progressivt.

Vilka är det då som vänder sig till förtroendenämnderna? Är det de svagaste och mest beroende människorna. Knappast, säger den statistik och de erfarenheter som finns tillgängliga. Det krävs en viss styrka och friskhet hos en ensam människa för att ta kontakt med nämnden. Anmälningar kommer också ofta från upprörda anhöriga, ibland från personal – men däremot knappast någon gång från en handikapporganisation. Tyvärr måste man också konstatera att det ytterligt sällan händer att någon handikapporgani-

Utbildning för hjärtcirkelledare

Regnet öste ned när det på fredagskvällen den 5 december var samlingsdags för deltagarna i cirkelledarutbildningen kring "Hjärtat - steg 1".

Vi samlades vid norra utgången från Stockholms central och när bussen kom hade samtliga 29 kursdeltagare infunnit sig. Vi letade oss ut till Runö folkhögskola i Åkersberga där vi installerade oss och intog ett spartanskt kvällsmål.

Lördagen inleddes med presentation och en genomgång av varför vi arbetar med studiecirklar. Därefter ett grupparbete med redovisning och genomgång av vilket ansvar cirkelledaren har.

På eftermiddagen kom Astrid Blomberg från FHLIS och genomförde tillsammans med 22 tappra ett fyrtiofemminuters motionspass. Svettigt men roligt, tyckte deltagarna.

Kvällspasset avslutades med redovisning av ett grupparbete om hur olika ledartyper agerar. Vi fick se tre roliga uppspel som visade den auktoritära, den demokratiska och låt-gå-ledaren. Den sistnämnda gruppen myntade ett uttryck som hängde med under resten av kursen: "Det ordnar sig..."

Lördagskvällen avslutades med ett samkväm. Vi fick lyssna på sång till gitarrackompanjemang och åt en god sallad. Kvällens stora överraskning och finaste inslag var att en av kursdeltagarna, Kenneth Andersson från Forsheda, berättade om sitt hjärtbyte sommaren 1984. Han gav oss en fantastisk berättelse och delade med sig



Svettiga men glada deltagare efter motionspasset.

av sina erfarenheter och sin livsglädje. Vill passa på tillfället att än en gång tacka för din medverkan Kenneth. Om det är någonting som vi kommer att minnas från de här dagarna så är det nog din berättelse.

På söndagen var huvudinslaget en genomgång av olika hjärt- och kärlsjukdomar. Helen Wetterholm som är lärare och även arbetar vid landstingets läromedelscentral delade med sig av sitt stora kunnande.

Text och foto: Tommy Eriksson

Helen Wetterholm berättar om hjärt- och kärlsjukdomar.



sation finns med som stöd till människor som vänder sig till förtroendenämnder.

Handikapporganisationernas passivitet tycker jag känns som en besvikelse. Även om vi inom handikapporganisationerna förordade en lösning med patientombudsmän och även om vi fortfarande anser att detta vore en bättre lösning som vi vill arbeta för, så finns ju ändå förtroendenämnderna. Och i många avseenden kan de fullgöra uppgifter som vi ansett att det finns behov av att få hjälp med.

Passivitet?

Vad kan då orsaken vara till denna passivitet?

a. Bristande information om nämnderna? Ja, sannolikt är det så i viss utsträckning. Men då kan vi ju

begära information! Ring till landstingets kansli och fråga efter förtroendenämnden.

b. Bristande tilltro till nämndernas förmåga att utträta något positivt? Ja, svarar säkert en del, och många gånger är misstron också berättigad. Men kan det vara rätt att döma ut nämnden innan vi provat den; det finns säkert många nämnder som vill lyssna och som kan vara flexibla.

c. Bristande fantasi när det gäller att framföra synpunkter? Säkert är detta också en förklaring. Vi har inte satt oss ned och funderat igenom hur vi skall kunna ha nytta av förtroendenämnderna.

Min tro är att förtroendenämnderna i regel skulle kunna fungera som en viktig informationsväg kring problem som vi tycker att det finns

inom sjukvården. Med byråkratisk noggrannhet skulle vi nog få svar på frågor som vi ställer. Men jag tror också att nämnden skulle lyssna på förslag som vi vill föra fram till landstingen och även föra förslagen vidare. Och vi borde kunna stödja enskilda kamrater som behöver hjälp med att få problem utredda och åtgärdade, problem som kan leda till brister i förtroendet för vår sjukvård.

Varför inte bjuda in representanter för förtroendenämnden till nästa föreningsmöte? Det kan kanske komma ut något gott ur en sådan kontakt. Och få betydelse för förtroendet till våren.

Lars Östman



Som ni alla vet så har vi inom RHL en relativt omfattande kursverksamhet varje år. Dessa kurser arrangeras såväl lokalt, regionalt som centralt. Gemensamt för kurserna är att de syftar till att vi som är hjärt-, kärl- eller lungsjuka ska få större möjligheter att påverka vår situation som handikappade.

För oss inom organisationen är det naturligtvis mycket värdefullt att vi har möjlighet att anordna dessa kurser.

Uppenbart är också att det finns ett visst intresse från statsmakternas sida att vi inom handikapprelesen går på kurs och studerar. Detta visar man genom att efter ansökan och noggrann prövning bevilja bidrag till personer som varit på kurs. Tyvärr är de ekonomiska bidragen mycket begränsade och överhuvudtaget svåråtkomliga.

Från och med 1 januari 1987 och två år framåt råder dock på försök en

Internatbidrag – en skärv från ovan

ny ordning. Nämligen den, att vi inom handikapprelesen ska få ansöka kollektivt om internatbidrag till våra kurser.

Praktiskt innebär försöksverksamheten med kollektiva ansökningar om internatbidrag att 1 person, tex studieorganisationen, kan ansöka om internatbidrag för alla deltagare på kursen.

Om vi tänker oss tanken att en Centralorganisation beslutat sig för att anordna en kurs, så kan studieorganisationen ansöka om bidrag. Man söker då för det totala antalet deltagare som bjudits in på kursen, detta sker på en och samma blankett. Ansökan skickas till vuxenutbildningsnämnden i det län där deltagarna är kyrkobokförda.

Är det istället en regionkurs som ska gå av stapeln blir det maximalt 4 ansökningar som sänds till respektive läns vuxenutbildningsnämnd. Ansökningstiden är liksom förut fyra gånger per år och går ut 15 maj, 15 augusti, 15 oktober och 15 februari för kurser som påbörjas under närmast följande kvartal.

När så ansökan kommit in till vuxenutbildningsnämnden görs en bedömning av gruppens behov av utbildning samt kursens innehåll och målsättning. Finns det då dessutom några pengar kvar så kommer det ett skriftligt besked om hur många internatbidrag som blivit beviljade till den aktuella kursen.

Samtidigt får man en rekvisition för det antal internatbidrag som beviljats. Dessa rekvisitioner fyller man sedan i med persondata osv under kursens gång och skickar till respektive vuxenutbildningsnämnd. Därefter vidtar bedömning och kontroll nummer två som i bästa fall resulterar i ett faktiskt bidrag i pengar räknat.

Mina förhoppningar var främst att det skulle bli en enklare pappersexercis kring ansökandet och möjligen också lite fler beviljade ansökningar. Vad beträffar fler positiva beslut på våra ansökningar tror jag mig redan nu kunna säga att de kommer att utebli. Vad gäller enkelheten i pappershanteringen är det väl lite för tidigt att sja om ännu, men jag tvivlar...

Ronny Weylandt

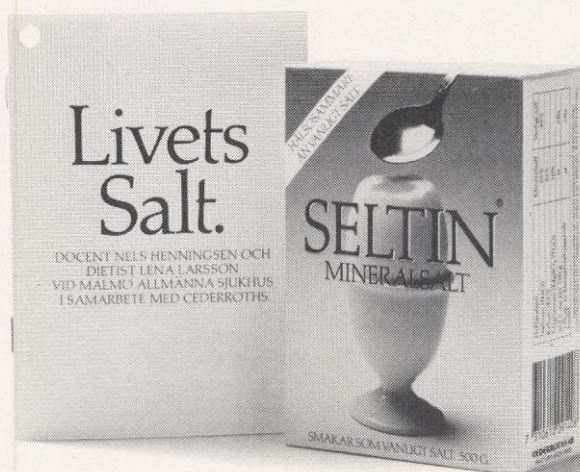
Vägen till hjärtat går genom magen.

Medicinska experter är helt överens; välfärdssjukdomar som högt blodtryck och hjärt/kärlbesvär har ett klart samband med att vi äter alldeles för mycket salt.

Byt till ett hälsosammare salt, så minskar riskerna!

Seltin är ett mineralsalt som utvecklats av Cederroths i samråd med läkare. Det smakar som vanligt salt och används på precis samma sätt. Köp det i din vanliga livsmedelsaffär.

Vill du veta mer om Seltin? Ring eller skriv till Cederroths (Box 715, 194 27 Upplands Väsby. Tel 0760-860 80), så får du broschyren "Livets Salt." Bland mycket annat berättar den om hur du kan laga till din mat, så att de naturliga näringsämnen finns kvar.



Salta nyttigare. Lev längre.

Cederroths AB. Box 715, 194 27 Upplands Väsby, Tel 0760-860 80.



På lasarettet

Jag ligger och tittar på väggar så kala
de verkar sterila så kalla och svala
Mitt hjärta är kopplat till teven som går
den visar på kurvor som jag ej förstår

Jag ligger och tittar jag känner en smärta
den går genom mäger från oroligt hjärta
Slagen har kommit i otakt med tiden
dess haltande gång stör sinnesfriden

Jag ligger och tittar jag ser någon komma
en skepnad i vitt likt oskuldens blomma
Hon står vid min sida hon frågande ser
med silkeslen stämma om handen hon ber

Jag ligger och tittar nu pulsarna bränner
Hon trycket har tagit med fingret hon känner
hur hjärtat slår otakt i flygande fläng
det dansar en vals till en okänd refräng

Jag ligger och tittar på kurvor i rutan
med bävan jag undrar hur går det med skutan
Skall seglena hålla är rorkulten fast
bland klippor och skär i livets seglats

Bror Johansson

Björnson

Min trognaste vän

Nu vill jag tala om vännen jag har
i livets olika skiften
Som följer mig troget varthän jag än far
i glädje och nöd intill griften

Jag fick dig som gåva av far och av mor
det bästa de hade att giva
Jag har dig väl gömd i bröstet du bor
där skall du och alltid förbliva

I ungdomens dagar du klappade fort
till ras och till lek och till gömme
Om känslan var vild i din blodröda port
Du aldrig mig svek eller glömde

Livet har skiftat och dagar har gått
på natten jag lagt mig till vila
Men du i din kammare alltid har fått
det goda från ondskan fränsila

Men nu gränat min tinning och rynkornas
mängd
grävt fårör kring öga och panna
Men du, du slår tryggt trots årens längd
jag aldrig behövt dig att banna

Men nu kära hjärta min trognaste vän
vi börjar att tröttna i loppet
Om svaga vi blivit vi kämpar dock än
Och ett liv efter detta är hoppet

Bror Johansson

Nyårsafton

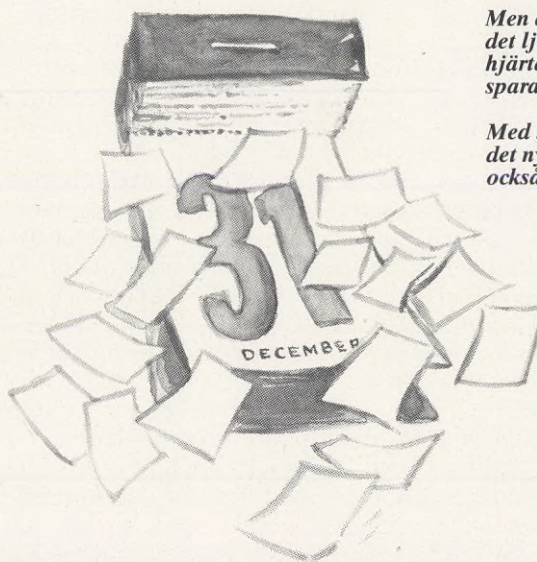
Det är årets sista dag
och jag har brättom
städar bland viktiga papper
mina minnen.

Sorterar noga och spolar
slett och förhatligt
från året som gått –
grubbel, gnissel och missförstånd
allt som gjort ont.

Men det goda som var ärligt menat
det ljusa som gjorde mig av
hjärtat glad
sparas i mitt livs arkiv.

Med tillförsikt vill jag möta
det nya året
också med mod att följa.

Maria Elmqvist



Hjärtinfarkt-rehabilitering i norra Halland

INTRODUKTION

En människa har vid något tillfälle varit sjuk och upplevt behovet och värdet av en tid för återhämtning. Det är ett naturligt hänsynstagande till både kropp och själ mao för hela individen. En människa som drabbas av hjärtinfarktsjukdomen behöver likaledes tid till tillfrisknande men också tid till råd och stöd för att uppnå optimal rehabilitering. En människa söker logiskt efter en förklaring till sin sjukdom. Ej sällan kan hon också finna en både godtagbar och relativt säker orsak till sjukdomen, men så är ej alltid fallet. En människa som drabbas av hjärtinfarktsjukdomen försöker på samma sätt hitta en orsak till varför just hon har insjuknat men förhoppningsvis också för att komma till insikt och göra en strategi för framtiden.



Docent Pär A. Larsson

En hjärtinfarkt har en biologisk förklaring som är allmänt vedertagen och innebär att hjärtats kranskärl har täppts till eller har haft ett otillräckligt blodflöde för adekvat hjärtmuskelförsörjning antingen genom kranskärlsförkalkning, sk plaqueinlagring, eller genom kranskärlskrämp, sk vasospasm, eller samverkan av de båda. Det är av vikt att känna till att det förekommer en naturlig kranskärlsförkalkning i takt med åldrandet liksom att kranskärlskrämp utlösande hormoner, sk katekolaminer, cirkulerar normalt i blodbanans olika kärl i olika mängd och för olika funktioner.

Men den biologiska/fysiologiska nedbrytningsprocessen som människokroppen ständigt genomgår styrs dessutom i hög grad av hennes omgivning, mao den psykosociala miljön.

Vissa människor upplever sin arbets-situation alltför krävande och hopplös medan andra upplever sin hemsituation monoton och lika hopplös. En hastig och/eller kraftig livsförändring kan fungera på motsvarande sätt. En anhörigs död, skilsmässa, pensionering och byte av arbetsuppgifter är ytterligare exempel på stressmoment för dessa människor inom det psykologiska och sociala området. På liknande sätt men framför allt på det fysiologiska området påverkas människan av rökning, alkohol, fetma, inaktivitet m.m.

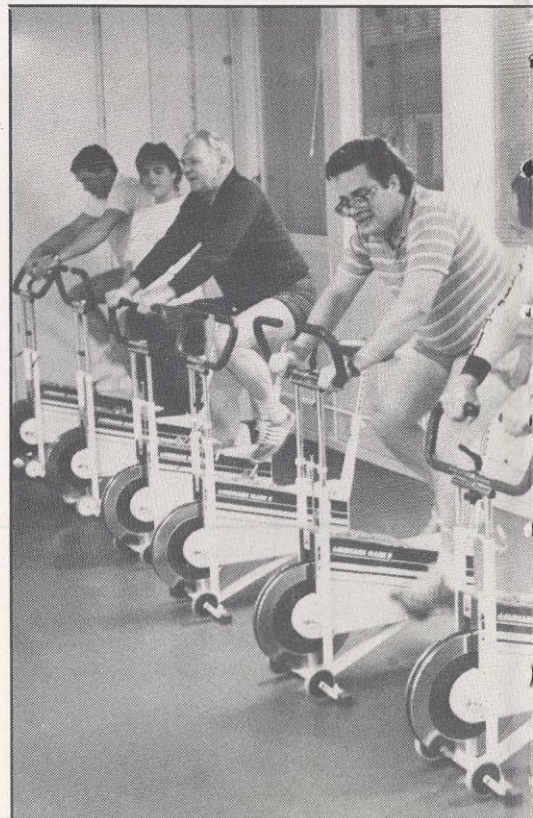
Alla dessa faktorer, såväl de fysiologiska som psykosociala, innebär ett ökat belastningstillstånd för människan som kommer att bli påfresta hjärtkärlsystemet. Bröstsmärta, sk angina pectoris, kan vara den första signalen på denna överbelastning och aktiva nedbrytningsprocess.

Hjärtinfarktsjukdomen och dess utveckling grundar sig mao på ett naturligt åldrande av kranskärlen som medför en ökad risk för kranskärlsjukdom. Bland de fysiologiska stresstillstånden utmärker sig således rökning, högt blodtryck, inaktivitet och höga blodfetthalter och till de mera uttalade psykosociala märks vanmakt, låg utbildning, depression och oförväntade händelser. I dagligt tal kallas dessa stressfaktorer för riskfaktorer varav rökning, högt blodtryck och höga blodfetthalter kallas för primära riskfaktorer och övriga för sekundära. Hela detta stresstillstånd av primära och sekundära riskfaktorer bör ses som en biopsykosocial stress som kan utlösa en hjärtinfarkt.

Råd och stöd till människor som drabbats av hjärtinfarktsjukdomen måste erbjudas på alla områden, dvs fysiologiskt, psykologiskt och socialt. Vissa människor behöver mer stöd och råd inom ett område jämfört med en annan. Det är emellertid av största vikt att *alla* områden beaktas som samverkande delar i en helhet av människan. Om ett område överdrivs och överbelastas är risken stor för biopsykosocial stress eller att ett annat område kommer i kläm och undertrycks och att biopsykosocial stress genom detta omvända förhållande uppstår.

Av stor betydelse för människan som drabbats av biopsykosocial stress och eventuellt en hjärtinfarkt är det sociala stöd hon får och känner från omgivningen, det sk sociala nätverket. Anhöriga men även arbetskamra-

Av Bengt Fridlund, projekt
Evy Lidell, rehabilitering
Pär A Larsson, projekt
samtliga Vårdhögskolor



ter är de mest framträdande "support-rarna" till ett snabbt tillfrisknande men framför allt till en varaktig hälsa.

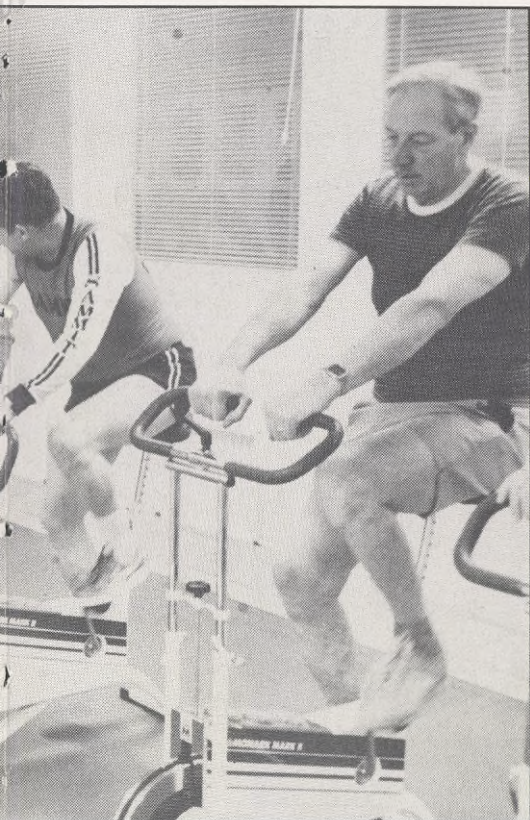
Kranskärlsjukdom kan med andra ord vara ett uttryck för en pågående livskvalitetsförändring, direkt eller indirekt upplevd. Hjärtinfarktsjukdomen medför i sig en livskvalitetsförändring, oftast då av negativ art. För den drabbade människan medför detta ett ännu mer uttalat behov av råd och stöd med utgångspunkt från en biopsykosocial syn, dvs helhetssynen på människan. Konkret medför det att den drabbade människan måste ha råd och stöd under det akuta infarktförloppet men också under en längre tid framöver så att bakomliggande riskfaktorer som inaktivitet, vanmakt, rökning, högt blodtryck mfl i största möjliga omfattning kan elimineras.

METOD

I norra Halland provas sedan september 1985 en rehabiliteringsmodell

— En försöksverksamhet med helhetsintention

Projektledare, doktorand
Rehabiliteringssköterska, vårdlärare
Ansvarig, docent
Arbetsmiljö i Halland, Varberg



med en helhetssyn på människan för människor med genomgången hjärtinfarkt. För verksamheten ansvarar Vårdhögskolan i Halland i samarbete med Medicinska kliniken i Varberg och Primärvården i Norra Halland. Modellen bedrivs som en vetenskaplig studie med randomiserat urval, dvs att det förekommer både en försöksgrupp och en kontrollgrupp. Båda gruppernas deltagare intervjuas mycket noggrant om sina biopsykosociala tillstånd av en rehabiliteringssjuksköterska för att få en utgångspunkt och kunna göra jämförelser mellan försöks- och kontrollgrupp samt, inte minst, för att fastställa rehabiliteringsbehovet för försöksgruppens deltagare.

Utvärderingar genomförs med flera mätinstrument för båda grupperna 3, 6 och 12 månader efter insjuknande genom livskvalitetuppskattningar såväl på ett fysiskt som ett psykosocialt plan. Under försöksperioden som beräknas vara avslutad 1988 er-

bjuds bara personer under 65 år att deltaga men den färdiga modellen innehåller givetvis inga åldersgränser.

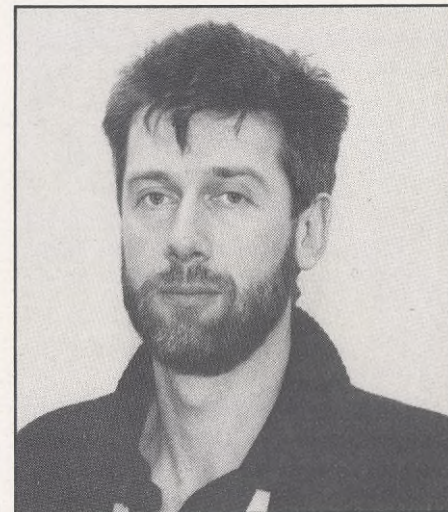
Rehabiliteringsprogrammet som försöksgruppen erbjuds under en sexmånadersperiod efter infarktdebuten innehåller en fysisk och en psykosocial del och genomförs en gång per vecka. En stödgrupp, bestående av rehabiliteringssköterska (som gruppledare), gymnast och läkare ansvarar för förverkligandet av programmet.

Det fysiska innehållet består av individuellt anpassad *grupp gymnastik* under cirka 45 minuter med ett omväxlande cykel- och fristående program, kompletterat med ett hemträningsprogram. Det psykosociala innehållet genomförs som en samtalsdel under cirka 60 minuter. Varje samtal inleds med diskussion om hur den gångna veckan har varit för respektive deltagare i försöksgruppen. Därefter vidtager det egentliga innehållet, ett sk tema som för varje gång har ett varierat innehåll och tar upp bl a *riskfaktorer, familjerelationer, och arbetsmöjligheter*. Dessa temata är till antalet tolv stycken, varför deltagaren i försöksgruppen genomför samma tema vid två tillfällen under sin rehabiliteringstid med syfte att råda, stödja och utbilda inte minst genom repetition.

Stödgruppens tre medlemmar (rehabiliteringssköterska, gymnast och läkare) medverkar aktivt både under den fysiska och den psykosociala parten av rehabiliteringsprogrammet, vars stödfunktioner bygger på god yrkesskicklighet men också kapacitet som medmänniskor. En värdefull medverkan genomför dessutom dietist och personal från försäkringskassan inom de olika områdena av ovanstående temata. Anhöriga inbjuds att medverka vid cirka vart fjärde rehabiliteringsprogram och är en grupp människor som har stor betydelse för en positiv rehabiliteringsprocess, dels för att själva få råd och stöd för sin rädsla och osäkerhet som anhöriga dels möjligheten att på ett mer neutralt plan få diskutera känslor och problem som lätt uppstår inom familjen i samband med hjärtinfarktsjukdomen.

Försöksgruppens medlemmar har gemensamt stor uppgift att fylla genom att stödja och rådgöra med varann då dessa människor har kommit olika långt i rehabiliteringsprogrammet och rehabiliteringsprocessen. Gruppstorleken har därför en önsk-

värd storlek om 6–8 människor men har vid tillfällena varierat mellan som lägst 4 och som högst 12 deltagare i rehabiliteringsprogrammet.



Bengt Fridlund, projektledare

BETYDELSE

Dagens samhälle ställer stora krav på effektivitet av den enskilda människan. När så människan själv uttrycker behov som vid akut hjärtinfarkt erbjuds hon inte eller ställer själv inte samma krav tillbaka, i det här fallet på samhällets hälso- och sjukvård. De rehabiliteringsmodeller som idag används i Sverige och övriga Norden bygger på att stödja någon eller några enstaka områden hos människan vid skilda tillfällen. Hon deltagar exempelvis i en fysisk rehabiliteringsgrupp samtidigt som hon erbjuds psykologhjälp för sin ångest och oro på annan tid och plats och kanske ett halvt löfte om ett tredje erbjudande om kurtorhjälp med arbetssituationen.

Hjärtinfarkt-rehabiliteringen i Norra Halland arbetar istället efter ett program med en helhetsintention för människor som drabbats av hjärtinfarktsjukdomen där samtliga behov uppmärksammas och åtgärdas i största möjliga utsträckning med hjälp av en liten men samorganiserad stödgruppsverksamhet. Betydelsen av denna stödgrupp ligger inte enbart i att vara yrkesmänniskor utan även i att vara medmänniskor. En människa som drabbats av hjärtinfarktsjukdomen har ett såväl kvantitativt som kvalitativt rehabiliteringsbehov som ej är avslutat med hjälp av tio dagar på sjukhus eller med uppsplittrade insatser av kvalificerad vårdpersonal en obestämd tid efter hjärtinfarktinsjuknandet.



Vad tycker du som läser detta?

Hör av dig till Status per telefon eller brev om den här frågan eller någon annan fråga som du tycker känns angelägen. Den här rutan är öppen för debattinlägg.

Du kan skriva om allt till Status: tips, idéer, ros och ris.

Skriv till **JAG TYCKER, STATUS**
Box 9090, 10272 Stockholm

I julnumret av Status skrev Bo Månsson på ledarsidan: "Jag vet att...". Detta upprepades några gånger.

Redan då jag läste tidningen tänkte jag: "Vad fel du vet". Jag har flera gånger tänkt skriva men det har inte blivit av. Tror ni att aktiva medlemmar tar hand om nya medlemmar som kommer själva till ett möte? Jag tror många känner sig vid sidan om. Kotterier eller gängbildningar vid kaffebordet får ej brytas. Jag vet en som många gånger kom hem förb-d för att hon kände att hon inte räckte till för de medlemmar som bara kunde komma då och då. Trots påstötningar samlades de olika gängen vid "sina" bord.

Jag vet också hur svårt det är att besöka en sjuk medlem. Det finns tusen orsaker att skjuta upp besväret.

Till julen kommer väl ändå en hälsning? Javisst, det finns ju ett mötesbeslut på att de som varit sjuka en längre tid ska få en hälsning till jul. Men när styrelsen har räknat fram vilka

som har kvalificerat sig för denna hälsning uppstår ett nytt problem. Vem ska ut med julhälsningen? Ni tror väl inte att alla i styrelsen ställer upp och kastar bort någon eller några timmar i julveckan!

Till sist får det bli en eller två personer som får åka runt till samtliga kvalificerade. Det blir 4-5 minuter på varje ställe, med ursäkt att de blivit utsedda att förmedla hälsningarna och att det är så eller så många kvar att besöka.

Jag vet inte om ni såg TV-filmen Bödeln och skökan. Bödeln förklarar för den unga skökan varför han blivit tvingad till detta arbete. Hon förklarar också varför hon blivit placerad på horhuset. Båda ville helst göra något helt annat, men det var ju andra som hade bestämt deras uppgift.

Finner ni någon likhet i detta och vad jag skrev ovan om julhälsningarna?

Jag skulle kunna fortsätta med fler

exempel som visar att den som blivit isolerad pga sjukdom eller blivit av med sin livskamrat närmast betraktas som pestsmittad. Vad jag beskrivit är inte utmärkande för en enda särskild lokalförening. Jag tror att det är likadant i de flesta föreningar jag kommit i kontakt med under min aktiva tid inom RHL, och då har jag träffat folk både från delstaten Skåne och uppåt Norrland.

Jag förmodar att Bo Månsson har fått sin uppfattning genom att diskutera med medlemmar i förbundsstyrelsen och representantskapet. Naturligtvis talar alla om hur fin medlemsvård det är i den egna föreningen. Ingen vill väl säga "jag brukar sända en hälsning när jag är borta på semester så slipper jag åka på besök. Jag har ju i alla fall skickat ett vykort".

Sven Leibertz

↳ Forts fr sid 4

Laser och lungmedicin

Samtidigt med utvecklingen av laserteknologi gjordes andra viktiga framsteg inom fysiken, nämligen beträffande fiberoptiken. Synligt eller osynligt ljus kan ledas genom smala glasfibrer, som tätt sammanpackade kan ingå i ett böjligt instrument, ett fiberoptiskt bronkoskop. Åran av denna betydelsefulla konstruktion tillkommer den japanska thoraxkirurgen Shigeto Ikeda, som 1966 presenterade prototypen för fiberbronkoskopet.

En anpassning har succesivt ägt rum mellan fiberoptik och laserteknik, och helt nya vägar synes nu öppnas för forskning och utvecklingsarbete inom lungmedicinen. I USA, Japan och flera europeiska länder användes laserbehandling av vissa lungtumörer. Som ett alternativ till kirurgisk behandling av lungcancer är det

ta mycket intressant, eftersom bröst-korgen inte behöver öppnas och att laserbehandlingen i många fall kan utföras med lokalbedövning.

Fotoresektion

Både koldioxid-laser och Nd-YAG-laser kan användas för koagulation och förgasning av tumörer lokaliserade i luftstrupe eller centrala bronker. Med koldioxid-laser avlägsnas strup-tumörer med stor precision, liksom tumörer som stänger till i de stora luftvägarna. Det finns emellertid ingen passande fiberoptisk ljusledare för koldioxid-laser, vilket innebär en begränsning för dess användning vid lungcancer.

Nd-YAG-laser, däremot, kan utnyttjas för att avlägsna hindrande tumörmassor i luftstrupe och centrala bronker (=fotoresektion). En meningsfull behandling förutsätter en väl fungerande lungvävnad bakom hindret, som kan utnyttjas när den

fria luftvägen återställts. Denna sjukdomslindrande fotoresektion har blivit särskilt värdefull vid canceråterfall efter strålbehandling (som inte kan upprepas) och för att undvika en plågsam kvävningssdöd. Dumon rapporterar utmärkta (45%) och goda (40%) resultat i 278 fall av lungcancer; i 13 procent av fallen angavs resultatet som dåligt.

Foto-dynamisk terapi

Vissa ämnen (tex hematoporfyrin) som ger ökad känslighet för ljus, kan injiceras i blodet och ansamlas då i tumörceller. Vid belysning med ljus från en argon-jon-laser sönderdelas detta ämne och förstör tumören. Denna metod kan användas mot lungcancer med hjälp av fiberbronkoskop.

Ur *HJÄRTA · KÄRL · LUNGOR 4/86*, kvartalsskriften utgiven av Svenska Nationalföreningen mot hjärt- och lungsjukdomar.

Från mina horisonter



Den arktiska kylan har drabbat hela landet. Vi genomlider snöstormarna och längtar efter sol och värme. På århundradets kallaste dag går jag en vinterpromenad genom ett isande vackert Stockholm. Nere vid strömmen där Mälaren rinner ut i Saltsjön är det öppet vatten. Där samlas stora mängder sjöfågel.

På kajen står en grupp människor och tittar på fåglarna som simmar runt i det rykande vattnet. Många har bröd med sig och matar de utmattade fåglarna. Det är så kallt i luften att vattnet fryser till is i fåglarnas fjäderdräkt. Många lider svårt.

När jag kommer närmare ser jag en av vinterns hjältar. Det är en man som kämpar en ensam kamp för att rädda så många fåglar som möjligt. Han befinner sig på en ponton ute i strömmen där han matar fåglarna och fångar in de som håller på att bli totalt nedisade. Med hjälp av ett verktyg tar han bort isen så att de åter kan använ-

da sina vingar. En svårt nedisad svan befrias från sitt ispannar och kan utmattad vila ut på den stora halmtäckta pontonen. Samtidigt som han räddar fåglarna passar han på att ringmärka de som ej är märkta tidigare.

Några dagar senare passerar jag platsen igen. Det är fortfarande mycket kallt. Mannen som räddar fåglar är på plats och jag går ned till kajkanten och pratar med honom. Det visar sig att han är en fågelintresserad privatperson som engagerat sig och omsatt sina tankar till handling – en vardagshjälte.

Vi behöver fler "vardagshjältar". Människor som engagerar sig och hjälper andra. När kvicksilvret kryper nedåt och de nordliga vindarna sveper ned över landet, då är det många som behöver hjälp. Det kan gälla vanliga enkla vardagssysslor som matinköp, snöskottning och liknande. Det kan också gälla behovet av mänsklig värme. Kontakt med andra människor. Ibland kan det räcka med ett vy-

kort, brev eller telefonsamtal. Bäst är förstås ett personligt besök. Ta chansen och bjud på dig själv. Du får mångdubbelt tillbaka.

Det händer ibland att man hittar bra böcker. Jag har just läst en bok som jag vill rekommendera. Den heter "Leva – älska – lära" (Mån Pocket, pris ca 27:50) och innehåller en sammanställning med 13 föreläsningar av Leo Buscaglia. Han är professor i pedagogik vid University of Southern California och ser som sin livsuppgift att hjälpa människor att finna gemenskap och kärlek och insikt i livets alla möjligheter. Det är en bok som värmer i mörkret och kylan. Kärleken lever både i Gällivare och i Stockholm.

Medlemsvärningstävlingen ger oss en mängd nya medlemmar. Hur tar vi hand om dem? Det ska jag återkomma till i ett kommande nummer av Status. Har du synpunkter så hör gärna av dig.

Text och foto: Tommy Eriksson

Undersökning av luftrenare

Överläkare Nils E Eriksson vid Länsjukhuset i Halmstad har i Draco pro Medico (4/86) utförligt behandlat luftrenarna och sammanställt en konsumentorientering över en del av de apparater, som finns på marknaden.

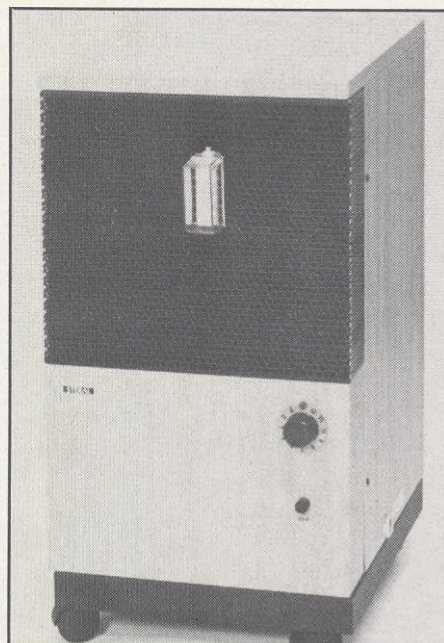
En viktig princip vid behandling av allergiska sjukdomar är att om möjligt eliminera allergen. Bostadsdamm, som kan innehålla en blandning av mögel, pollen, kvalster och nedbrytningsprodukter från växt- och djurriket, är en viktig allergenkälla. Störst betydelse för det som ibland kallas "husdammallergi" har kvalster, som framför allt finns i sovrumsdammet.

Effektiva luftfilter som renar andningsluften från allergen bör kunna förbättra tillståndet för astmatiker som är överkänsliga för något i bostadsdammet. På marknaden finns nu flera olika luftrenare som har god reningseffekt.

Luftrenare

Luftrenarna är av två huvudtyper, HEPA (High Efficiency Particulate Air) filter och elektrostatiske filter. Steral är ett exempel på HEPA-filter

som kan ta bort 99,9 procent av dammpartiklar större än $0,3\mu$. Elektrostatiske filter laddar först upp dammpartiklarna elektriskt och låter dem därefter passera genom plattor med motsatt laddning, varvid de



STERAL

binds. De elektrostatiske filtern har lägre reningseffekt än HEPA-filter.

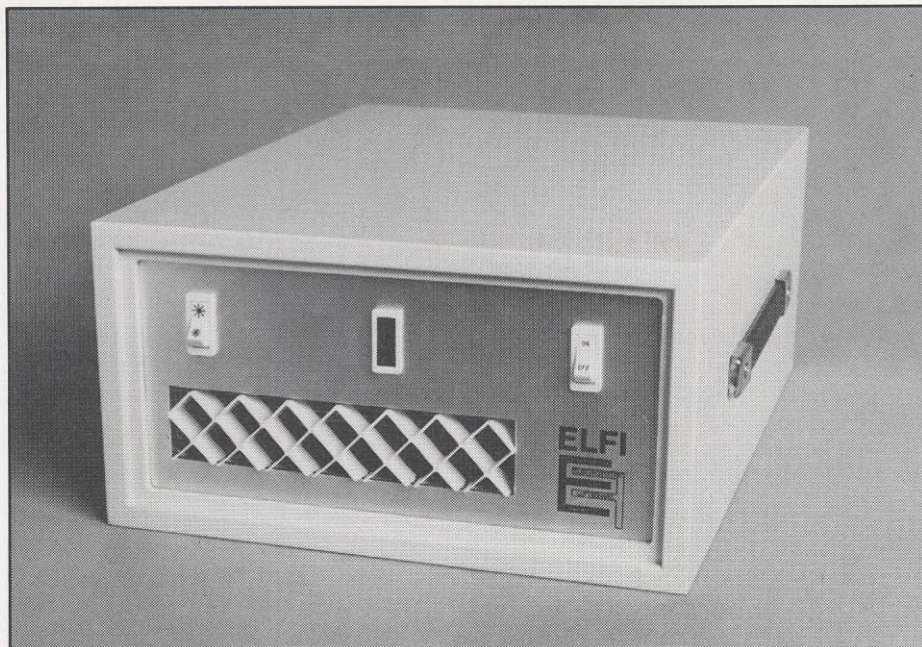
Ett par kontrollerade undersökningar av luftrenarebehandling har utförts i Sverige. Jag kunde påvisa mätliga effekter vid 3 veckors behandling med Steral-filter hos vuxna astmatiker, som var överkänsliga för bostadsdamm. Kjellman och Odelram behandlade barn med astma under 6 en-månadsperioder med Steral-apparat.

Positiva effekter noterades men inga dramatiska förbättringar.

Zwemer och Karibo placerade HEPA-filtret på sådant sätt att det åstadkom en zon av partikelfri luft över den sovande patientens ansikte. 18 barn med allergisk astma behandlades under 4 veckor. Alla uppgav förbättring med filterad luft. Antal dagar med skolfrånvaro minskade, antal nätter med ostörd sömn ökade och 5 patienter kunde minska sin medicering. Det är tydligt att en riktig placering av apparaten har betydelse.

Taudorf och medarbetare lät vuxna astmatiker - 13 allergiska och 7 icke allergiska - använda elektrostatiske filter (eller placebo) under en 2 veckorsperiod. Av de 13 patienter som ge-

Apparat	Dimension (cm)	Vikt (kg)	Max luftflöde (m^3/tim)	Vid max fläkthastighet fås 2 luftomsättningar per tim i rum med golvyta (m^2)	Reningsprincip	Pris (exkl moms och ev frakt)	Försäljare
Boneco 1360	Rund Ø 32, H 16	3	125	25	Aktivt kol + elektrofilter	705:- (utbytesfilter 80:-)	AB Elektro-Genell Box 17095 10462 Stockholm
Elfi 12 W	38×30×16	8	160	33	Elektrofilter	2280:-	Elfi Elektrofilter AB Box 2024 53121 Lidköping
Elfi 22 W	73×30×16	17	320	67	Elektrofilter	5200:-	
Elixair 200	24×49×14	7	200	42	Elektrofilter	2990:-	Aktiebolaget UPO Kungsgatan 48 11135 Stockholm
Elixair 350	39×55×54	18	350	73	Elektrofilter	4995:-	
Elixair 400	28×33×52	16	400	83	Elektrofilter	5210:-	
Miele 265	15×42×29	7	180	38	Elektrofilter	1825:-	Miele AB Box 20025 16120 Bromma
Pax 2000	46×55×21	9	225	47	Adsorptionsfilter	1535:-	Pax Electro Products AB Box 72 64030 Hälleforsnäs
Steral 15	49×34×26	11	225	47	Pappersfilter	2675:-	Jämtvarm AB Box 100 77602 Vikmanshyttan
Steral 20	59×34×34	17	300	62	Pappersfilter	4070:-	
Steral 30	59×45×34	29	450	94	Pappersfilter	4070:-	
Vitar 600	37×24×18	4	100	21	Elektrofilter	1950:-	Bertil Ekberg & Co Götagatan 22 50258 Borås
Vitar 250	Ø 25, H 25	1,3	-(ljudlös)	-	Elektrofilter	1225:-	
Vitar 240	31×11×21	1,3	-(ljudlös)	-	Elektrofilter	1275:-	



ELFI

nomförde undersökningen menade 8 (samtliga allergiker) att de mådde bättre under perioden med aktivt filter, medan 4 inte märkte någon skillnad och en var sämre under perioden med aktiv luftrenare. Förbrukningen av astmaspray minskade märkbart under perioden med aktivt filter.

Det finns även negativa rapporter. I en engelsk undersökning där 10 barn med kvalsterallergisk astma deltog kunde ingen effekt påvisas med en elektrostatisk luftrenare. Inte heller i en annan engelsk rapport redovisades någon effekt av luftrenare hos 12 ungdomar med allergi mot husdamm och kvalster.

Det är således uppenbart att en del astmapatienter, kanske de allra flesta, inte alls har någon glädje av luftrenare men att andra kan ha det. I praktiken måste därför effekten värderas i varje enskilt fall. I en del landsting får astmapatienter låna luftrenare kostnadsfritt via Hjälpmedelscentralen på rekvisition av läkare. På andra ställen lånar allergiföreningar ut apparater. En del företag hyr ut luftrenare.

För att patienten skall få största möjliga utbyte av luftrenare är det

viktigt att hon förstår att det endast är ett slutet rum som kan bli dammfritt med hjälp av luftrenare. Därför bör instruktionerna (inom ram) följas.

Instruktion för användning av luftrenare

1. Ställ apparaten i det rum där du behöver den (oftast är det sovrummet).
2. Placera apparaten så nära ditt huvud som möjligt. Det är luften som kommer direkt ur apparaten som är ren och meningen är att du skall andas in så ren luft som möjligt.
3. Håll fönster och dörrar till rummet stängda! Om rumsluften tillblandas med dammhaltig luft från omgivningen kan den inte bli dammfri.
4. Vid vädring, vädra snabbt! Den "friska" uteluften är inte ren. Kör luftrenaren på högsta hastighet i samband med vädringen.
5. Rengör eller byt filter enligt de råd du fått.

Dammsugare

Kvalsterallergiker försämras ofta vid städning av bostaden. De flesta vanliga dammsugare blåser ut finkornigt mikrodamm, vilket kan innehålla allergen. Kvalsterallergiker som måste dammsuga själv kan rekommenderas skaffa dammsugare med mikrofilter. Speciella slangar med mikrofilter kan köpas som tillsats till vanliga dammsugare. Ett dyrare sätt att slipa besvär från dammsugarutblåset är att skaffa centraldammsugningssystem.

Klimatfaktorer

Eftersom husdammskvalster fordrar en hög fuktighet och förekommer mera i fuktigt klimat än i torrt kan patienter med uttalad kvalsterallergi förmodligen förbättras genom att flytta till annat klimat. Det kan i en del fall räcka med att flytta till ett annat hus i samma kommun eftersom byggnadskonstruktionen har betydelse för fukten i bostaden.

Andningskydd i jobbet?

När det gäller tillfällig exposition för luftföroreningar kan tillfredsställande skydd ibland åstadkommas genom användning av ansiktsmask. Det finns andningskydd av olika typer, från enkla pappersfilter till avancerade andningsapparater. Information om olika tekniska möjligheter kan fås från AB Tegma, Koppbergsgatan 29, 21444 Malmö.

Värmeväxlare

Fysisk ansträngning utlöser bronk-obstruktion hos de flesta astmatiker. Ansträngningsutlöst astma orsakas av den ökade ventilationen vid fysisk ansträngning. Inandningsluftens temperatur och fuktighet har stor betydelse: torr och kall luft är värre än varm och fuktig. En del astmatiker får besvär i kall luft trots att de inte anstränger sig.

Lämplig klädsel med anorak och halsduk framför ansiktet kan ibland lindra besvären. Användning av speciella temperaturväxlare innebär effektivare hjälp. På marknaden finns flera olika apparater: en munburen apparat som heter Lungplus kostar 155 kr och rekvideras från Lungplus, Box 89, 18251 Djursholm. En annan kallas Jonas värmemask, kostar 432 kr och rekvideras från Sommerhein, Box 930, 18109 Lidingö. En variant av ansiktsmask, tenoterm, är utvecklad och utprövad vid Astma- och allergisektionen på Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg. Den praktiska nyttan av värmeväxlare har bekräftats av experiment i köldkammare.

Nils E Eriksson

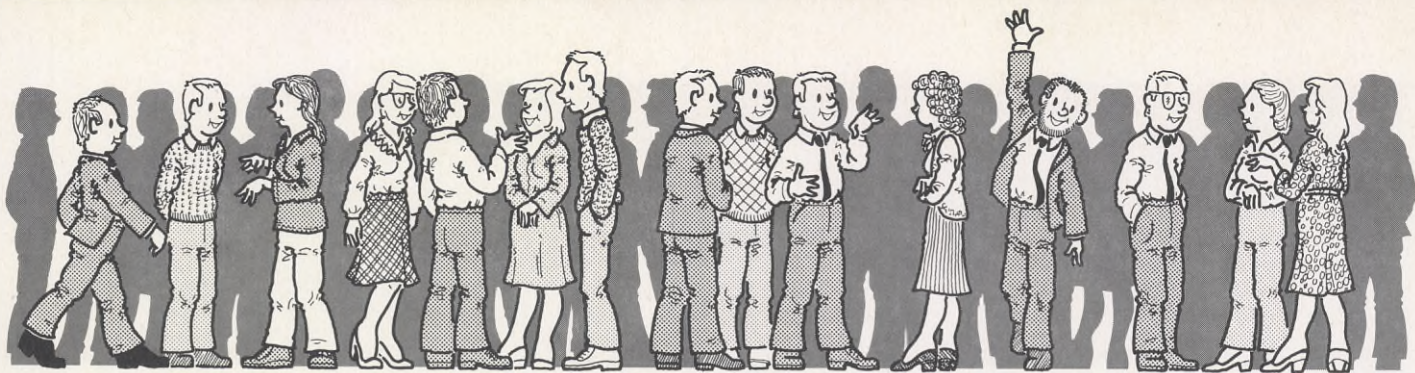
LUNGPLUS

– den munburna värmeväxlaren

Säljes på apoteken

Lungplus Marknads AB

Box 89, 182 51 Djursholm. Tel. 08-753 1821



FRÅN LOKALFÖRENINGARNA

Föreningen i Dorotea

Vid föreningsmässan i Dorotea valde Hjärt- och Lungsjukas förening att satsa på information om och demonstration av hjärt-lungräddning där Maj Jönsson som instruktör och dockan Anne som patient rönt stor uppmärksamhet.

En särskild demonstration ordnades på Hotell Dorotea för en delegation om 7 personer från Rana Lag av LHL, Mo i Rana, Norge.

”Vi har mycket att lära av svenskarna i de här frågorna. När vi hörde talas om den här demonstrationen blev vi så nyfikna att vi bestämde oss för att resa hit, och det ångrar vi inte, trots en besvärlig 80-milaresa på hal-kiga vintervägar”, säger Åsmund Larsen, ledare för LHLs dagcenter i Mo i Rana.

Att Hjärt- och Lungsjukas förening i Dorotea lyckades med att nå ut med sitt budskap bekräftas av att hjärt-lungräddningen fick 55% av det utrymme 4 närvarande tidningar ägnade föreningsmässan.

Det stora intresset för hjärt-lungräddning här i Dorotea kan i någon mån bero på att Dorotea är en av de ytterst få centralorterna i landet som saknar ambulans. Avsaknaden av ambulans kan väl också ha bidragit till att flera företag på orten spontant anmälde intresse för utbildning av sin personal i hjärt-lungräddning.

Ragnar Wikström



Maj Jönsson, Risbäck, demonstrerar hjärt-lungräddning vid föreningsmässan i Dorotea lördagen den 8 november 1986. Foto: Bertil Wallin.

Föreningen i Gävle

Föreningen för hjärt- och lungsjuka i Gävle hade den 15 december gröttest på Tullbomsgården för nära 80 deltagare.

Föreningens ordförande Bernt Persson informerade om en enkät från riksförbundet där länsföreningens uppgift blir att besvara frågor om besparingar beträffande hjärt-, kärloch lungsjukas vårdmöjligheter på sjukhusen i länet, om personalindrag-

ningar som berör våra medlemsgrupper mm.

Bernt Persson berättade också om hjärt-lungräddningsprogrammet. En kurs kommer att hållas i början av 1987 för att utbilda instruktörer som därefter kan utbilda medlemmarna i hjärt-lungräddning.

Vidare rapporterades om studiecirkeln Efter hjärtinfarkt som har tre gånger kvar. En ny cirkel startar under våren. Gränsträffen med Dalarnas hjärt- och lungsjuka hölls på Max-

im den 29 november. Träffen lockade omkring 200 deltagare och blev mycket lyckad.

En inventering ska genomföras beträffande de handikappades behov av bostäder inför en mässa som ska arrangeras av Gävle kommun.

Efter rapporter och information var det dags för julgröt och skinka samt dans till föreningens egen lilla tremannaorkester.

Siv Hellström

Föreningen i Arvika

Med Ingegerd och Rolf – kända underhållare i Arvika – avslutade Arvika lokalförening för Hjärt- och lungsjuka 1986 års aktiviteter. Ett julbord var dukat för ett 70-tal medlemmar som samlats i NTO-salen. Ett stämningfullt intryck gjorde tomten Gerd Johansson genom att deklamera alla elva verserna av "Midvinternatten" utantill. Ett annat trevligt inslag var byte av julklappar. Kvällen avslutades med dans.

Några veckor tidigare höll föreningen sin årliga handarbetsauktion. Olle Fager höll i klubban och fick snabbt igång budgivningen. En och annan historia förmedlade han också mellan klubbslagen, vilket bidrog till en hög stämning.

Omsättningen vid årets auktion uppgick till ca 11 000 kronor.

Alf Edh

Föreningen i Enköping

Hjärt- och lungsjukas förening i Enköping har haft sin sedvanliga luciafest på Ljunggården. När Lucia med tärnor hade underhållit med sång och musik bjöds det på kaffe och skinksmörgåsar.

Två dragspelare framförde julvisor och andra sånger och det blev ringlekar, långdans och vanlig dans.

Tre lotterier fanns också med priser i form av handarbeten och slöjdalster som medlemmarna skänkt.

Innan festen var slut delades julklappar ut till alla.

Rickard Härlin

Föreningen i Aneby

En helg i mitten av november anordnade 18 av föreningens medlemmar en unik utställning på fritidsgården.

Harry Losenborg berättar att han många gånger tänkt att föreningens medlemmar borde visa sin fantastiska handskicklighet för allmänheten. De flesta är så blygsamma och kan inte tänka sig att ställa ut men Harry tycker att medlemmarna gör rätt i att visa upp sina alster.

Det tyckte uppenbarligen Anebyborna också för utställningen var välbesökt.

Man får inte "stjäla" text eller bilder. Ska vi publicera material i Status måste vi vara säkra på att den aktuella tidningen, journalisten eller fotografen givit sitt tillstånd för vidarepublicering i Status.

Redaktionen måste ha garantier för att text och bild får användas. Skriftligt!

Föreningen i Trelleborg



Den 8 december firades Hjärtats Dags 10-årsjubileum i Trelleborgsföreningen, som dessutom nyligen fyllt 40 år. Omkring 200 personer hade samlats i församlingshemmet för att njuta av julkonsert samt ta del av information och bese utställningen om hjärtinfarkt.

Kommunala musikskolans flickkör inledde med Luciatåg varefter Sune Andersson höll välkomsttal. Åke Magnusson var förste gästtalare. Han talade om hur lungtuberkulosen förr var det stora gisslet och hur patienter bildade De Lungsjukas Riksförbund för att tillvarata sina intressen. När TBC:n kunde botas ökade hjärtsjukdomarna. Förbundet öppnades för de hjärtsjuka och bytte namn till RHL. Åke avslutade med att beröra den nytta RHL:s satsningar på information om hjärt- och kärlsjukdomar gjort. Förbundets stora satsning på utbildning i hjärt-lungräddning kan rädda många liv.

Nästa gästtalare var Carl Brechter. Han fortsatte på temat hjärt-lungräddning och gav exempel från USA där allmänheten har goda kunskaper i

hjärt-lungräddning. Många hjärtstillestånd skulle kunna hävas om personer med erforderliga kunskaper kan ingripa omedelbart. Utbildning av ledare som kan utbilda allmänheten är av stor betydelse. Dr Brechter gav RHL en eloge för dess betydelsefulla insats på informationsområdet.

Leif Olsson från Malmöföreningen visade därefter hur man utför hjärt-lungräddning. Till sin hjälp hade han sjukgymnasterna Lena Qarnström och Leila Ollikainen, som demonstrerade på en docka.

Avslutningsvis trollband föreningens egen storsångare Carry Persson åhörarna med sin starka och välljudande stämma. Han avslutade med O Helga natt och applåderna tycktes aldrig vilja ta slut.

Samtliga gästtalare, informatörer samt skönsjungande deltagare avtackades med presenter och blommor.

Organisatörerna Sune Andersson och Ove Sandberg ska ha heder av arrangemanget och de många applåderna visade åhörarnas uppskattning.

Karl-Gustav Persson

TRANÅSBADEN

vid sjön Sommen



TRANÅSBADEN är ett handikappanpassat hotell vackert beläget på det småländska höglandet 3 km utanför Tranås alldeles intill sjön Sommen. Här finns bla utomhuspool, stora gräsplaner, strövområden och Sommens rena vatten som inbjuder till bad, fiske och utflykter.

Vi erbjuder också personlig service under de stora helgerna och sommarmånaderna.

VÄLKOMNA!

För vidare information, bokning tel 0140-18025.

Norsk bok om hjärtopererade barn!

Med stort intresse har jag läst Ann Kristin Stapnes bok "Hjertebarn, Kirurgisk korreksjon – et nytt liv?"

Författaren har lång erfarenhet av hjärtsjuka barn både som mamma och som medlem i Föräldraföreningen. Under flera år har hon även varit kursledare på Frambu Helsesenter som är en kursgård där familjer med långvarigt sjuka barn träffas för att få stöd, information och behandling.

Just nu arbetar Ann Kristin med socialpolitiska frågor på LHL i Oslo (motsvarar RHL). Tidigare har hon varit lärare vid Tromsø universitet där hon bla undervisat i medicinsk sociologi. Den undersökning hon baserar boken på är utförd vid pedagogiska institutionen, Oslo universitet.

Jag ska nu ge ett smakprov på bokens innehåll. Den som vill veta mera kan låna boken från RHL:s kansli.

Undersökningens uppläggning

Ett syfte med undersökningen är att söka svar på frågan som återfinns i bokens titel, "totalkorreksjon – et nytt liv?" Innebär totalkorrigeringen av hjärtfelet ett nytt liv? Hur påverkas barnets situation i skolan? Kunskapsmässigt och socialt? Hur upplever familjerna tiden före operationen, själva operationen och tiden efter? För att få svar ställde Ann Kristin Stapnes frågor till lärare och familjer med hjärtopererade barn.

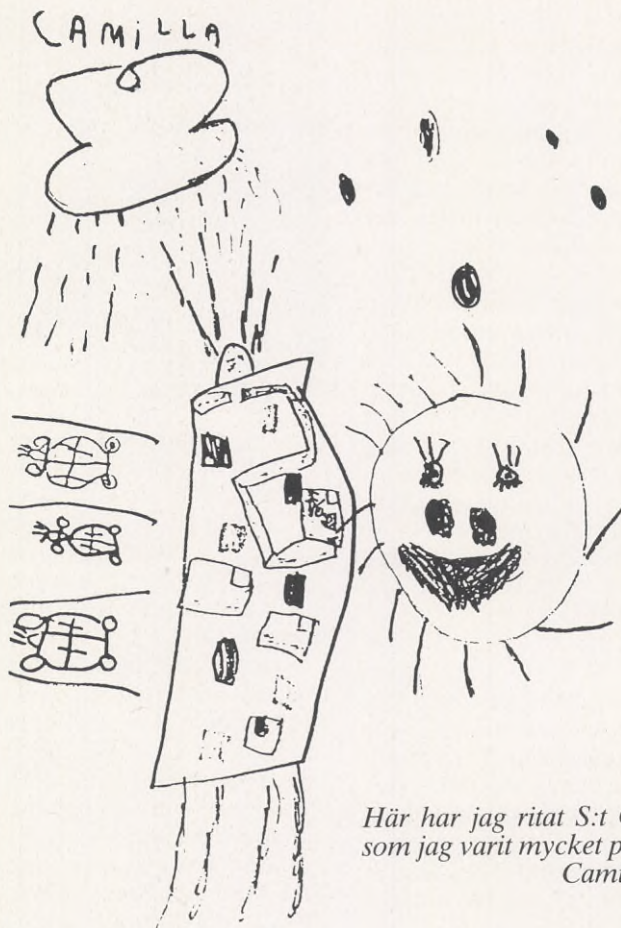
Hur går det i skolan enligt lärarna?

245 frågeformulär sändes ut till samtliga lärare i Norge som hade hjärtopererat barn dels i klasserna 2–6 och dels i åldersgruppen 13–19 år.

Frågeformuläret försökte täcka in 15 olika områden tex: Hur går det i olika ämnen? Orkar barnet med gymnastiken? Hur går det med de sociala relationerna? Har barnet kamrater?

Lärarna bedömde barnet i förhållande till de andra eleverna i klassen genom att placera barnet i någon av följande grupper: A. "Beste", B. "Midterste", D. "Dårligste".

Det visade sig att hela 86% av lärarna klassificerade barnet tillhörande grupp A och B, alltså med stora chanser att lyckas i skolan. Endast 14% av barnen placerades i den sämsta gruppen. De barn som hade haft de svåraste hjärtfelen hade genomgående skat-



Här har jag ritat S:t Görans sjukhus som jag varit mycket på.

Camilla Lindell, 6 år

tats något lägre än de övriga hjärtopererade barnen. Sammantaget klarade sig barnen mycket bra i skolan. Författaren fann inget direkt samband mellan barnets skolresultat och föräldrarnas sociala status. Däremot fanns det i ungdomsgruppen ett samband mellan klasstillhörighet och ämneskunskaper på så sätt att alla som tillhörde socialgrupp 1 hade placerats i grupp A, alltså i den bästa gruppen.

Ann Kristin tror att det goda skolresultatet beror på föräldrarnas och barnens starka inriktning på att kompensera det fysiska handikappet och att de tidigt fått en intellektuell stimulans i hemmet.

Hur är det med den fysiska kapaciteten?

Även här är resultatet mycket positivt. Endast 4% av barnen och 6% av ungdomarna var befriade från gymnastik.

Lärarna har beskrivit hjärtbarnens fysiska prestationer som jämförbara med övriga elevers. I ungdomsmaterialet blev flickor oftare än pojkar placerade i den bästa gruppen. Kanske pga att flickor och pojkar möts med olika förväntningar vilket kan påver-

ka bedömningen. Flickor får vara svaga medan pojkar ska vara starka.

Hur går det socialt?

Det hjärtopererade barnet har av många lärare beskrivits som en lugn, skolmotiverad, plikttrogen men lärberoende elev, som i mycket liten grad gör sig gällande socialt. På rasterna går barnet ofta för sig självt, söker kontakt med läraren eller med mindre barn. Endast 12% anses ha chans att bli valda till ett förtroendeuppdrag i klassen.

Stapnes menar att barnet även efter en lyckad operation ofta faller in i den gamla rollen som sjuk och beroende. Omgivningen fortsätter att ta hänsyn och att kontrollera barnet och barnet självt fortsätter i sin tur att kontrollera omgivningen genom sitt sjuka hjärta. Barnet förblir därigenom isolerat, menar författaren.

Vad säger familjerna själva?

För att få kunskap om hur familjen påverkas av barnets hjärtfel valde författaren att intervjua 20 familjer om deras upplevelser av barnets hjärtfel.

Påfallande var att hjärtbarnet ofta var sist fött i syskonskaran och att det hade haft en mycket central ställning i familjen. Syskonen hade ofta fått ta på sig rollen som "reservmor" och "barnepike".

Beträffande skuldkänslor över att ha fått ett sjukt barn, finns en klar skillnad mellan pappornas och mammornas upplevelser. Ingen av fäderna hade haft skuldkänslor medan 2/3 av mammorna hade funderat mycket över varför de fått ett sjukt barn.

Många av familjerna sa också att de hade känt sig begränsade, isolerade och ensamma i den nya situationen som uppkommit när de fick veta att deras barn hade ett hjärtfel. De tyckte att deras liv hade blivit helt förändrat. Inte alltid var föräldrarna eniga i hur mycket barnets hjärtfel begränsade dem. Fäderna tyckte i större utsträckning än mödrarna att den nya situationen begränsat familjen. Endast två familjer menade att de levde ett normalt liv eller ett liv som de önskat efter hjärtbarnets födelse.

I 40% av familjerna var barnets hjärtfel fortfarande det som dominerade och styrde familjens tillvaro.

Trots belastningen inom familjen menade föräldrarna att barnets sjukdom ändå hjälpt dem att mogna som människor och att de fått en annan syn på livet.

Under samtalen framkom även att barnen ofta hade en annan bild av operationstiden än föräldrarna. Barnen hade ganska positiva minnen jämfört med föräldrarna. Ibland hade barnen känt föräldrarnas rädsla och då försökt skydda föräldrarna genom att inte berätta om egna känslor.

Tonårsföräldrarna i undersökningen insåg i regel att barnet självt borde ta över mera ansvar för sin hälsa och att de rent allmänt sett hade behov av att frigöra sig, men de sköt tidpunkten för barnets frigörelse framför sig. Föräldrarna önskade behålla kontrollen ett tag till.

Bilden avslutas med att Ann Kristin Stapnes understryker hur viktigt

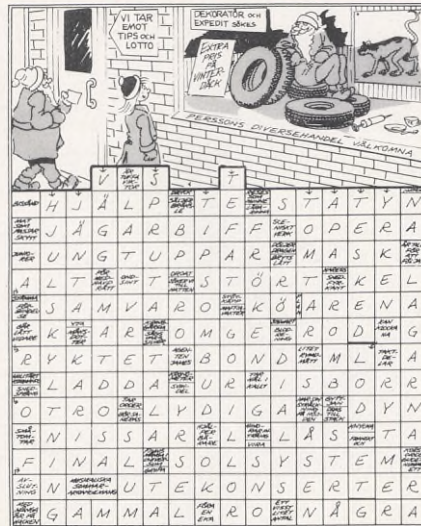


Tillbaka på RHL

Efter ett helt års föräldraledighet är jag nu tillbaka på RHL:s kansli men inte på min tjänst som studiekonsulent. Jag kommer istället att vara redaktör för Status samt arbeta med förbundets informationsverksamhet. Ronny Weylandt fortsätter sitt vikariat på studiekonsulenttjänsten.

Tonie Andersson

Lösning och pristagare till Bildkryss nr 10/86



1:a pris 100 kr: Gunnar Malm
Tuvegatan 3
37200 Ronneby

2:a pris 75 kr: Bror Hansson
Nobelvägen 48
21433 Malmö

3:e pris 50 kr: Ingvar Gillström
Häggvägen 24
83200 Frösön

4:e pris 50 kr: Lisa Vikström
216 Renviken
93300 Arvidsjaur

det är att föräldrarna får en kontinuerlig och mycket god information som tar hänsyn till hela barnet och inte enbart det sjuka hjärtat. Först då, när hela barnet står i fokus, blir en fysisk, psykisk och social normalisering möjlig.

Det har varit intressant att läsa boken. Under läsandet har en mängd frågor rusat genom mitt huvud. Frå-

gor som jag fortsätter att fundera på. När du läser boken, tänk då på att de slutsatser som författaren dragit egentligen är baserade på ganska litet material. Boken är spännande, lättläst och ger en hel del tankeställare till oss föräldrar. Jag rekommenderar den till läsning och reflektion. Norska är dessutom ett vackert språk!

Av Britt-Marie Östman

Du med hjärtbesvär...



Nu har du ett bra behandlingsalternativ!

Ett hjärtrehab-program som visat sig vara framgångsrikt i USA startas på Nyhyttan under ledning av hjärtspecialist.

Speciell lågfettkost och motion i kombination med föreläsningar ger dig och ditt hjärta hjälp till självhjälp. För dig med angina pectoris, infarkt eller som skall ha eller haft hjärtkirurgi.

Nyhyttan ligger i vacker Bergslagsmiljö 2,5 mil norr om Nora.

Läkare, sköterskor och sjukgymnaster. Etablerat 1905 och godkänt av Socialstyrelsen.

Låt ditt hjärta få grönt ljus – ring Nyhyttan!

Och beställ vårt informationspaket.

Hjärtpunkten
Nyhyttan

Hälsa- och rehab.
center

Box 808, 713 00 NORA
Tel. vx 0587-604 00

REGERINGICHEF

SKALL LOCKA FOLK TILL KÖP

VISAR HUR DET GÅR TILL

SYNAR VÄR HASTIGHET

ÄR KVARNEN SOM GÅR

FÖRSEDD MED GÅNGJÄRN DEPRIMERAD

KOM MED EN REPLIK

PASSAR FÖR STOR KOK VÄLLADE

FINNS I KOLON

LOTT

LIPP-MUNT-RANDE ORD

GÖR VI SOM SÖKER

GÖR DOM I STIAN

BEFRIADE FRÅN IN-AVEL

TÄVLING MARIA I KORT-HET

FÖRSE MED FÖDA

EN DEL AV DET HELA

SÄTT ATT ARBETA

KORT FÖR ETT CIVILSTÄND

STÄR FÖRE ETT AV VÄRA VERK

POSTLAPP

MON-GOL

TRAMP-PADE LEDER

DLOF THUNDERI LARS LIND

BESTOD AV MAT OCH HUS-RUM

STOR FLOD I ÖST

GER TRÄDEN GRÖNSKA

VÄLJS UT VID BYGG NATION

RULLANDE DON

ÄR VA-KANTA PLAT-SER

RIV-VER SJTT BYTE

LEDIG STAD I SYDLIGT LANDSKAP

BLYG VÄXT

GRIPA

HAR STORT VÄRUSORTI-MENT

FANTASI-FOS-TER

STÄR BAKOM LYCKSA-LIGHETENS Ö

KAN MAN TA PÅ RYG-GEN

BYGGDE NOAK TALAR EG BBA

FÄR MAT FRÅN MAM-MAN

OLJE-VÄXT RÄCKA

VÄLJS FÖR FRAM-TIDEN

VIS-BODAR SOM LÖVET

ULTRA-MARIN

KÖP-SLOG

MJUK

ÄR KORS-ORDEN

SEDEL TAGE DANIELS-JON

BETE

GAGN

PROND-MEN RINNER LUGNT

MINS-KAR SPAR-MEDEL

KORT TID

FR. OCH

STICKER UT

PROVA

SPELA IN

Status BILD KRYSS

2

1987

Lösningar skall vara märkta "Bildkryss nr 2" och måste vara Status redaktion, Box 9090, 10272 Stockholm, tillhanda senast den 15 mars.

Fyra priser utdelas, ett på 100, ett på 75 och två på 50 kr. Lösning och pristagare meddelas i Status nr 4.

Namn _____

Adress _____

Postadress _____

.....
Namn

Deklarationsbilaga nr:

.....
Personnummer

Beskattningsår:

.....
Kommun

Avdragsäskande för fördyrade levnadsomkostnader till följd av hjärt- eller lungsjukdom

Eftersom jag lider av

.....

.....
och jag på grund av detta åsamkats betungande extrakostnader, får jag härmed hemställa om avdrag av nedan specificerade utgifter i samband med beskattning av min inkomst.

Bokförda eller på annat sätt verifierade kostnader som ej ersatts av allmän försäkringskassa eller annan försäkring:

Läkarkostnader: Kr

Specialbehandling: Kr

Resor för vård eller behandling: Kr

Läkemedel och förbandsmaterial:

..... Kr

Särskild hemutrustning: Kr

Inköp av tekniska hjälpmedel:

..... Kr

Fördyrad kost: Kr

Övriga kostnader: Kr

Summa fördyrade omkostnader:

.....
ort och datum

.....
underskrift



Till Taxeringsnämnden

Information om hjärt-, kärl- och lungsjukdomar och dess ekonomiska konsekvenser som medför nedsatt skatteförmåga för den drabbade.

Riksförbundet för Hjärt- och Lungsjuka vill genom denna information ge vägledning som kan underlätta taxeringsnämndens bedömning av personens nedsatta skatteförmåga.

Den skattskyldige har i sin allmänna självdeklaration yrkat avdrag med anledning av ökade kostnader, vilka orsakats av hjärt-, kärl- och/eller lungsjukdomar.

Att vara hjärt-, kärl- eller lungsjuk innebär ofta att vara beroende av en regelbunden – ibland livslång – medicinering och då ofta med mediciner som inte är kostnadsfria. En nedsatt hjärt-, kärl- eller lungfunktion i kombination med medicinering ger de flesta hjärt- eller lungsjuka ökad känslighet för infektioner, vilken kan leda till ökad sjukskrivning och till egen bekostad vaccination.

Att vara medicinskt handikappad medför för de flesta inom denna grupp behov av regelbundna besök på sjukhus för provtagningar och andra kontroller t ex av pacemaker. Om man bor utanför tätort medför dessa sjukhusbesök givetvis ökade kostnader för resor. I många av Sveriges kommuner får de hjärt-, kärl- och lungsjuka inte färdtjänst, vilket betyder att de själva bekostar sina fördyrade resor t ex genom att tvingas åka taxi vid otjänlig väderlek.

För att hålla sin sjukdom under kontroll måste många hjärt- och astmasjuka hålla diet, vilket innebär en fördyring.

En nedsättning av hjärt- och lungfunktionen är mestadels liktydigt med en nedsatt rörelseförmåga – att inte orka – vilket medför ett ökat behov av viktiga tekniska hjälpmedel i hemmet. Hjärt- eller lungsjuka erhåller i mycket begränsad omfattning dessa hjälpmedel. Det hör också till undantagsfallen att de beviljas handikappersättning.

Med anledning av ovanstående och med hänvisning till Riksskatteverkets anvisningar om extra avdrag för väsentligt nedsatt skatteförmåga hemställer Riksförbundet för Hjärt- och Lungsjuka om att avdrag beviljas den skattskyldige med belopp som överensstämmer med vidstående specifikation.

