

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.

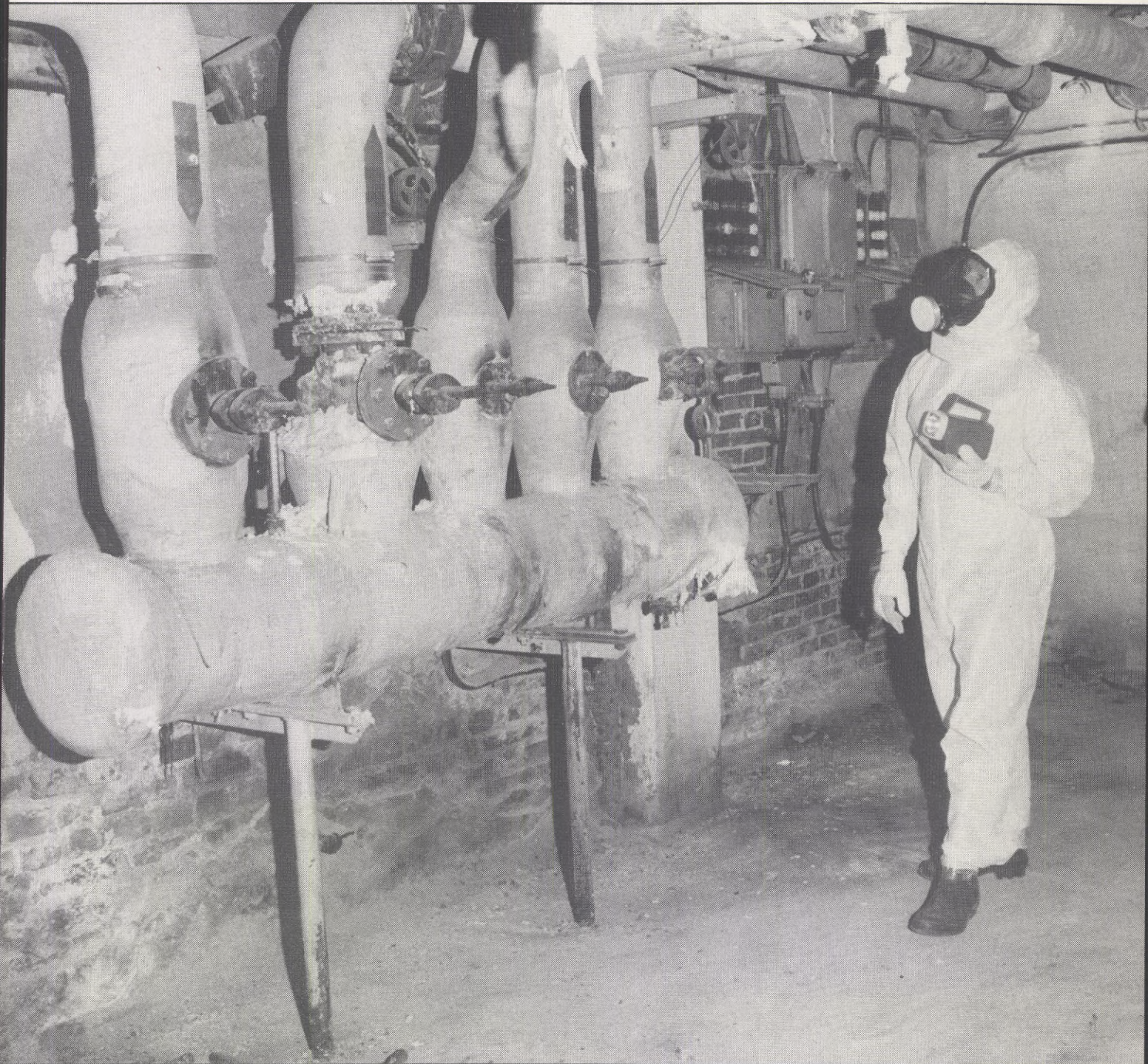


# Status

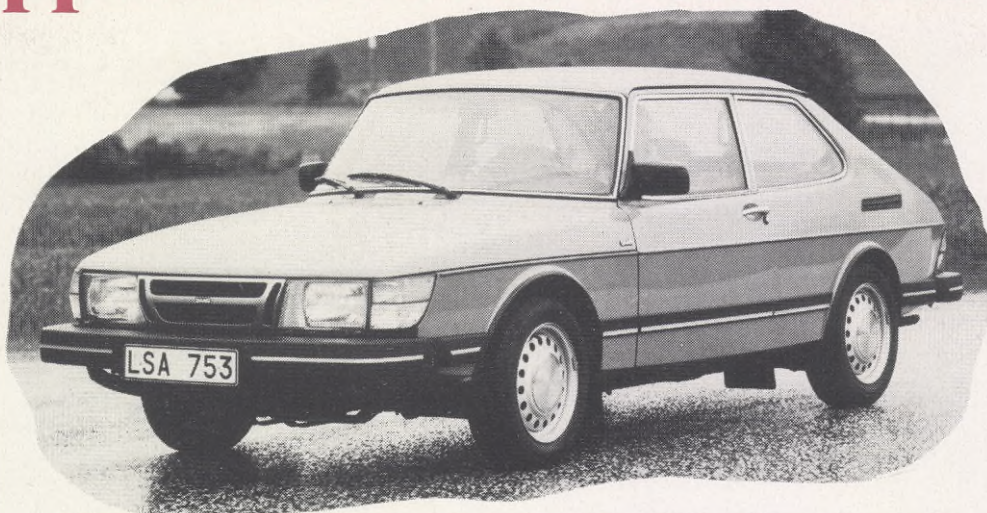
**5**  
1985



Organ för Riksförbundet för hjärt- och lungsjuka



# Toppvinst i RHL-lotteriet 1985



SAAB 900 GL 3-d M5 CC 1985 års modell

De hjärt- och lungsjukas Rikslotteri 1985 – RHL-lotteriet

## Dessutom

Svenska Statens Premieobligationer

Luxor Radioapparater

Ljuskrone, svenskt smide

Linnevaror, hushållsartiklar m m, m m

Inga väntans  
tider!

•  
Dragning verkställd före  
lottförsäljningens början

Försäljningstid  
1 april–30 september 1985

•  
Ni ser genast om  
lotten ger vinst!

## 10.040 st spännande vinster

till en sammanlagd vinstsumma på över kr 682.000:–

Härmed beställes

..... st lotter à 5:– att sändas mot postförskott + porto eller

..... st lotter à 5:– att sändas varje månad fr o m juni t o m sept 1985 mot postförskott + porto.

Dragningslista medföljer gratis.

Vid rekvisition av minst 5 lotter i samsändning – portofritt.

Namn .....

Adress .....

Var god texta

Sänd ej pengar med denna rekv. Status 5/85

Frankeras  
med  
brevporto



LOTTPRIS  
5 KRONOR  
REKVIRERA NU

Minst en lott till  
varje familjemedlem  
ökar familjens  
vinstchans!

RHL-lotteriet  
Box 9090  
102 72 Stockholm

Organ för Riksförbundet  
för hjärt- och lungsjuka

Juni 1985  
Årgång 48

Ansvarig utgivare:  
Bo Martinsson

Redaktör: Gunilla Lockne

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

Tryckeri:  
Kringel-Offset, Södertälje

Prenumerationspris:  
Helår 55:-

#### Produktionsplan 1985

Nr	Manus- stopp	Annon- stopp	Distri- bution
6	10 maj	10 maj	10 juni
7	10 juli	10 juli	10 aug

#### Annonser:

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

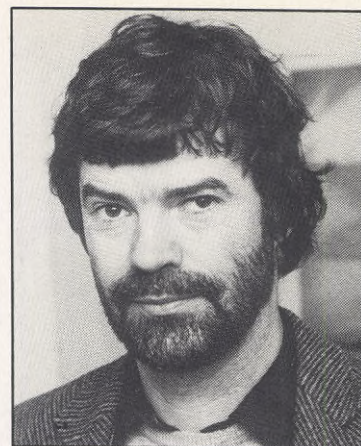
#### Omslagsbild:

Det finns mycket asbest som rör-  
isolering, i tak och väggar i bygg-  
nader särskilt från 50- och 60-  
talen.

Foto: Jonas Lanner

TS-kontrollerad upplaga

Bo Månsson:



## Förbjud asbest

Trots att det varit känt i årtionden att asbest ger obotliga skador på lungsäck och lungor tillåts det fortfarande import och användning av asbest i Sverige. Trots att det i Arbetarskyddsstyrelsens författningssamling om asbest står i dess 3:e § "Asbest och asbesthaltigt material får inte användas..." ges det allt för många dispenser från denna huvudregel. Enligt Arbetarskyddsstyrelsen importerades det 1983 drygt 1.000 ton obearbetad asbest och 1979 omkring 4.000 ton asbestprodukter med varierande asbesthalt. Förmodligen är importen lika stor nu år 1985. Det finns ingen anledning, att fortsätta med den är importen, då ersättningsmaterial finns eller snabbt skulle kunna tagas fram.

### FÖRBUD KRÄVS.

En fortsatt import av asbest bidrar också till att kvantiteten asbest i samhället inte minskar i tillräckligt snabb takt. Det finns tusentals ton farlig asbest gömt i främst byggnader. Att få bort denna asbest är det stora problemet, och kommer att så vara långt fram i tiden. Regeringens asbestkommission har ett stort ansvar för att planera hur asbesten skall kunna bytas ut och det snabbt, så att vi inom rimlig tid får ett asbestfritt samhälle.

### KRAFTINSATSER KRÄVS.

De människor som andats in asbest och fått skador på sin lungsäck (pleuraplack eller mesoteliom) eller i sina lungor (asbestos) måste få hjälp både ekonomiskt och med regelbundna kostnadsfria läkarundersökningar. De behöver också annan hjälp bla genom att få träffa andra i samma situation och få diskutera vad som skall göras på det lokala planet. Våra lokalföreningar kan fylla det behovet.

### SOCIALA- OCH HÄLSOPOLITISKA INSATSER KRÄVS.

# Den farliga asbesten

**De första misstankarna ute i världen om att asbest framkallar svåra sjukdomar kom redan i början på 1900-talet. Men det tog lång tid till det slutliga erkännandet.**

**Det stora asbestlaromet i Sverige kom först 1975, efter att det avslöjats att åtta arbetare på Noab i Trollhättan avlidit pga asbestskador. Året därpå utfärdades bestämmelser som i princip förbjöd användandet av asbest. Men arbetarskyddsstyrelsen har lämnat generösa dispenser för fortsatt användning, bla i bromsband för motorfordon och i packningar och packningsmaterial.**

**Nu när massmedia åter intresserat sig för asbestskadorna så har regeringen tillsatt en asbestkommission som skall lägga fram ett handlingsprogram mot asbest. Asbestbromsar i nytillverkade bilar och motorcyklar förbjuds from 1987.**

Den här artikeln beskriver vad asbest är, hur det använts och fortfarande används och vilka skador det orsakar.

## Flera olika mineraler

Asbest är egentligen ett samlingsnamn på flera olika fiberformade (dvs nålformade) mineraler som innehåller kemiska föreningar med kisel i. Det bryts i dagbrott, främst i Canada och Sydafrika, som förser större delen

av västvärlden med asbest, och i Sovjetunionen.

Den mest använda asbestsorten (90 procent) kallas krysolit, vit asbest, och produceras mest i Canada. Den farligaste sorten är krokidolit, sk blå asbest. Den kommer från Sydafrika.

Tidigare bröts även asbest i Finland, en sort som heter anthophyllit, och numera knappast används längre. I Sverige bryts ingen asbest.

## Många tusen år

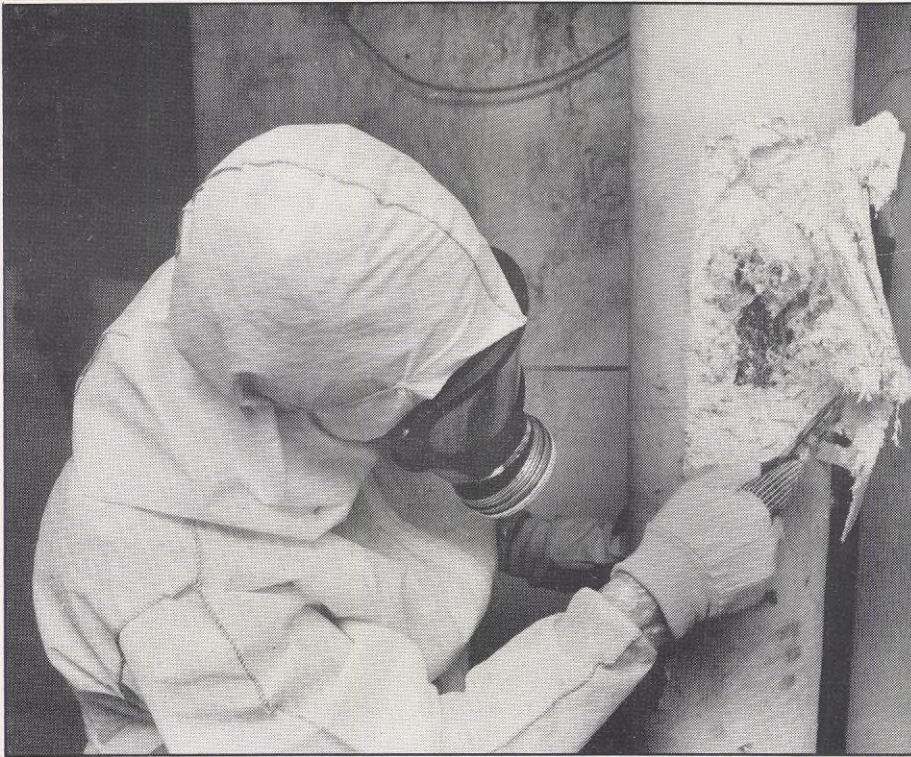
Mycket tidigt upptäckte människor att de mineraler som vi nu kallar as-

best var eldhärdiga, temperaturbeständiga och formbara. Här i Norden finns fynd av 6000 år gamla lerkrukor med asbest i. Man vet också att asbest var väl känt i antikens Rom och Grekland, där det bla användes som svepningstyger för kremering, och i vekar till de eviga ljusen i templen där de vestaliska jungfrurna höll till.

Det stora genombrottet för asbestanvändning kom på slutet av 1800-talet i samband med den industriella revolutionen, som isolering i ångpannor och andra maskiner. I fartygstillverkningen kom det också till användning, särskilt under andra världskriget i



*Det finns mycket asbest inbyggt i väggar och tak, värmepannor, rörisoleringar mm. De yrkesgrupper som kommer i kontakt med asbest är i första hand byggnadsarbetare, byggnadsstädare, personal som arbetar med rivning och sanering och på rörfirmor samt bilmekaniker.*



Runt rör från 50- och 60-talen finns ett 5–6 cm tjockt lager av asbestmassa som måste plockas bort. Det är viktigt att asbest rivs på rätt sätt och att Arbetarskyddsstyrelsens föreskrifter iakttas om skyddskläder, utsug så att dammet inte sprids, avskärmning av arbetsplatsen mm.

krigsfartygstillverkningen.

Efter kriget fortsatte efterfrågan och användandet av asbest att öka och gjorde så ända fram till 70-talet. De användes bla i stor utsträckning i byggnader på 50- och 60-talen, i väggar och tak, ventilationskanaler, rörisolering m m.

Sverige importerade cirka 20000 ton per år de sista årtiondena fram till 1976, då vi fick ett förbud mot användande av asbest.

Men användningen upphörde ändå inte helt, arbetarskyddsstyrelsen lämnade dispenser för många olika slags tillverkning, bla av bromsband och industriella packningar.

Idag importeras cirka 1000 ton asbest per år till Sverige. Stora mängder asbest har under årtiondena byggts in i hus, maskiner och båtar m m och den asbesten tar tid att avlägsna, det är både svårt och kostsamt.

## Typer av skador

Det tar mellan 20 och 50 år innan asbestskador märks. Det innebär att människor som arbetade med asbest tex på 50- och 60-talen blir sjuka nu på 80-talet eller inom de närmaste årtiondena.

*Pleuraplack* är den vanligaste typen av asbestskada. Den kan vara svår att upptäcka tom med röntgen, men är en förtjockning av lungsäcksväggen. Den ger i regel inte besvär eller funk-

tionsnedsättningar. Men om man har pleurapack så löper man större risk att drabbas av lungcancer än om man inte utsatts för asbest och risken ökar om man är rökare.

Det är därför synnerligen viktigt att människor som vet med sig att de varit utsatta för asbest inte röker.

*Asbestos (lungfibros)* är sällsyntare än pleuraplack och man måste andas in mycket mer asbestfibrer för att få asbestos. Det är en bindvävsreaktion på lungorna, som gör dem stela och oelastiska och det leder till nedsatt lungfunktion och så småningom invaliditet p g a andningssvårigheter.

*Lungcancer* är den vanligaste tumörformen hos personer som utsatts för asbest. Men den förekommer nästan uteslutande hos rökare. Rökning är nämligen den främsta orsaken till lungcancer.

En person som aldrig rökt och aldrig har arbetat med asbest har en mycket liten risk att få lungcancer, vi kan kalla den risken 1. Om han röker 20 cigaretter per dag men aldrig har utsatts för asbest ökar hans risk att drabbas av lungcancer tio gånger, hans risk är alltså tio gånger större än icke-rökarens. Om han aldrig har rökt men har arbetat med asbest så är hans risk att drabbas av lungcancer fördubblad, vi använder siffran 2 – alltså fortfarande en ganska liten risk.

Om han både röker 20 cigaretter per dag och har arbetat med asbest så

är risken 20 gånger större. Risken ökar alltså påtagligt och det är därför man nästan uteslutande hittar "asbestcancer" hos rökare.

Cancer på lungsäcken, *mesoteliom*, förekommer nästan enbart hos personer som exponerats för asbest. Men till skillnad från lungcancer har den inte något samband med rökning.

Asbest kan också leda till tumörer bla i magsäcken, matstrupen, luftstrupen och även tjocktarmen.

## Asbestanvändning

Asbest har använts i byggnadsindustrin i rörledningar, plattor och skivor för tak och väggar (eternit), isolering (värme och el) och brandskyddsmaterial.

Det har använts som isoleringsmaterial i fartyg, bilar, lokomotiv, järnvägs- och tunnelbanevagnar. Bromsband i bilar, bussar och motorcyklar, vissa filter, värmväxlare och laboratorieutrustning innehåller också asbest. I hemmen har det funnits i en del importerade ugnar, spisar, brödrostar, hårtorkar m m som behöver värmeisolering.

Fortfarande används det för nytillverkning av bromsband och packningar samt för reparationer och underhåll av installationer som innehåller asbesthaltigt material.

## Tillverkning på dispens

För tillverkning med asbest i lämnar arbetarskyddsstyrelsen dispenser. Bromsband tillverkas i Långsele. Det finns fyra svenska fabriker som tillverkar förpackningsmaterial med asbest i.

## Uppgifter huvudsakligen hämtade ur:

*Arbetarskyddsstyrelsens kungörelse AFS 1984:6*

*Asbest. Information om asbest vid Akademiska sjukhusets lungklinik. Gunnar Hillerdal, 1985*

*Blågul miljö. Utgiven av Miljödatanämnden och Bokförlaget Prisma, 1982*

**Text: Gunilla Lockne**

**Foto: Jonas Lanner**

# Läkemedel att andas in

**Det är viktigt att inandnings-spray, sk inhalationsläkemedel används på rätt sätt. Annars gör medlen som skall andas in ingen nytta.**

**Apoteken hjälper gärna till att instruera den som känner sig osäker på tekniken, skriver apotekare Karl-Bertil Fransson, Landskrona apotek, i denna artikel om inhalationsläkemedel.**

Information om läkemedlens användning i samband med receptexpedition har under de senaste åren blivit allt vanligare och nu har apoteket funnit sina former här för. Information om förkylning, trög mage, halsbränna, barn och amning, lindriga eksem, fot och ben är bara några exempel från den senaste tiden som uppskattas av kunderna. Nu satsar apoteket på inhalation.

1983 utlämnades sammanlagt 1,4 miljoner förpackningar inhalationsaerosoler och inhalationspulver för behandling av tex astma från svenska apoteken.

Den vanligaste inhalationsformen är aerosolen. Om den används rätt når ca 10 procent av en spraydos ner i lungorna. Merparten av läkemedlet förloras genom avsättning i aerosolens munstycke och i munnen/svalget.

## Felaktig teknik

I flera undersökningar från 70-talet har visats att ca 30–65 procent av patienterna inte använder sin inhalationsaerosol korrekt. I en studie noterades att hela 89 procent av patienterna gjorde ett eller flera fel då de använde sin spray.

En felaktig teknik medför att effekten inte blir tillräckligt bra eller i sämsta fall helt utblir.

Det allra bästa för god effekt är att patienten vid besöket hos läkaren i samband med ordinationen ges tillfälle att träna tekniken. Det sker i många fall men resultaten av de nämnda undersökningarna visar på

att det inte sker alla gånger eller att patienten inte hinner fatta innebörden i vad som visas och sägs på mottagningen. Några patienter kan inte lära sig använda inhalationsaerosoler. För sådana patienter finns det andra alternativ tex andningsbehållare i olika utföranden.

## Muntlig instruktion

Apoteket kan hjälpa till genom att muntligt repetera och komplettera doktors information och visa patienten på det mest viktiga i tillverkningens bruksanvisning för att få optimal effekt med rätt teknik.

Apotekspersonalen kan med ett instruktionsblad med bilder som hjälpmedel visa kunden/patienten de viktigaste momenten.

Den skriftliga instruktionen som medföljer förpackningen är ofta otillräcklig. För att få god effekt vid aerosolterapi måste den skriftliga informationen kompletteras med muntliga instruktioner. Bäst resultat uppnås om patienten ges möjlighet att träna inhalationstekniken med hjälp av en placeboaerosol. Tekniken bör kontrolleras vid återbesök hos läkare.

Även på apoteket kan patienten få råd om rätt användande av dosaerosolen.

## Vanliga fel

De vanligaste förekommande fe-len är att patienten

- inte skakar dosaerosolen före användningen,
- håller dosaerosolen felvänd,
- inte synkroniserar avtryckningen av dos och inandning,
- gör en otillräcklig inandning,
- inte håller andan angiven tid, minst 5–10 sekunder,
- inte sluter tätt med läppar kring munstycket.

Har två "puffar" ordinerats görs uppehållet mellan "puffarna" ofta för kort. Tre till fem minuter bör det vara mellan "puffarna" om det gäller inhalation av samma läkemedel. Har det ordinerats tex två olika läkemedels-sprayer – beta-receptorstimulerare (Bricanyl, Ventoline mfl) och glukokortikoid (Aldecidin, Becotide, Pulmicort) bör det förflyta 30 minuter mellan inhalationer av de två läkemedlen.

## Hjälpmedel

Det finns olika hjälpmedel tex för patienten som har svårt att koordinera dosutlösning och inandning.

DRACO har tagit fram dels en dosaerosol kallad Inhalet, dels en andningsbehållare kallad Nebulator.

**Ihalet** (Bricanyl, Pulmicort) har en utdragbar andningsbehållare, där man först trycker ut dosen och därefter inandas. Fördelen är att patienten inte behöver utföra flera moment samtidigt.

**Nebulatorn** är en stor plastbehållare som är tänkt att användas för patienter som inte får effekt av vanlig dosaerosol. Man utnyttjar läkemedlet effektivare genom att partiklarnas hastighet bromsas upp och att man inte behöver samordna avtryckning av dos och inandning. Nebulatorn är effektivare än Inhalet.

FISONS har ett hjälpmedel liknande Ihalet. Det är **Synconern** som används som en vanlig aerosol men med öppet förlängt munstycke. Använder man fel inhalationsteknik märks det genom att läkemedlet kommer ut framför ansiktet som en vit dimma.

## Inhalationspulver

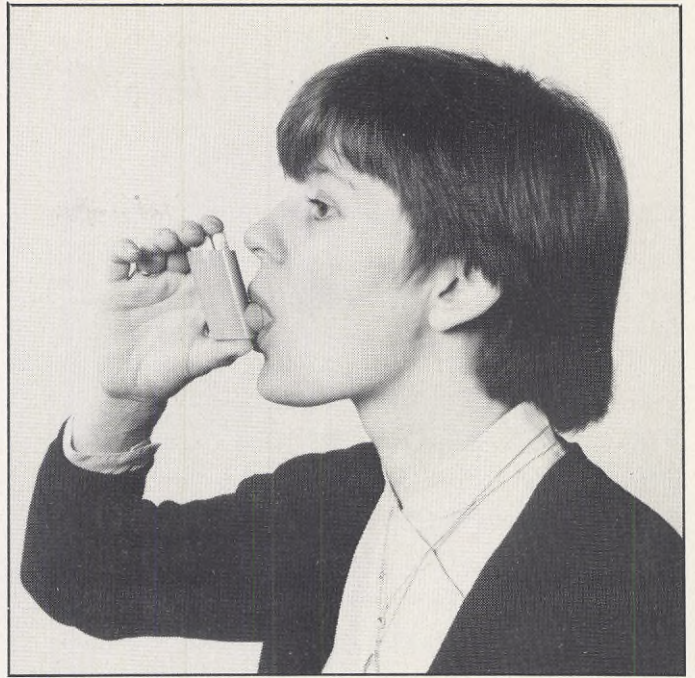
**Inhalationspulver** är ett annat alternativ som kan rekommenderas till patienter som har svårigheter att samordna avtryckning av dos och inandning vid användning av inhalationsaerosol. Läkemedlet finns i finfördelad form i en hård gelatinkapsel. Kapseln förs in i en pulverinhalator, där kapseln töms på läkemedlet som inhaleras med hjälp av en roterande skiva (Ventoline och Becotide Rothaler och Lomudal Spinmatic).

Under april och maj i år satsar apoteken extra mycket på information just om inhalationsläkemedlen. Den muntliga uppföljningen prioriteras. Att kunderna/patienterna uppskattar apotekens service märks bla vid SIFO-undersökningen där apotekspersonalens kunskaper och service värderas högre än flera andra branschers.

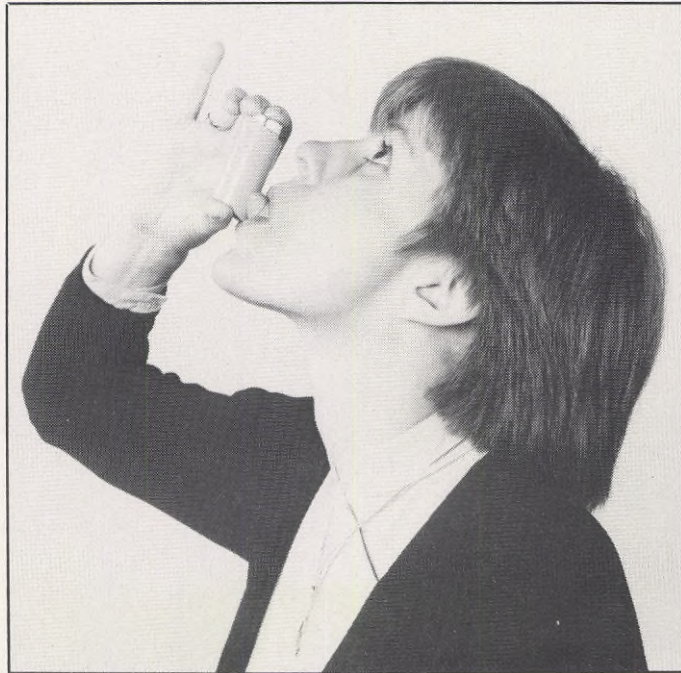
**Text: Karl-Bertil Fransson**



1. Man börjar med att ta av skyddslocket på sprayflaskan.



2. Man för in munstycket i munnen och sluter läpparna runt munstycket. Sedan andas man lugnt genom munstycket utan att helt tömma lungorna på luft.



3. Man lutar huvudet bakåt, då får medicinen en rakare väg ner i luftrören, och andas långsamt in genom munnen och trycker ner metallbehållaren så att sprayen utlöses, strax efter det att inandningen påbörjats. Inandningen skall vara så djup att lungorna fylls helt med luft. En långsam inandning gör att medicinen kommer ner i lungorna i stället för att fastna i mun och svalg.



4. Man tar munstycket ur munnen och håller andan helst i cirka 10 sekunder. Då hinner medicinen fastna i luftrören i stället för att följa med utandningsluften. Sedan andas man ut.

Foto: Apoteksbolaget



# Föräldraföreningen tio år

**Föräldraföreningen för hjärtsjuka barn och ungdomar har nu funnits i tio år.**

**– Ingen av oss som var med från början vågade tro att föreningen skulle få den omfattning och det innehåll den fått, sade ordföranden Britt-Marie Östman då hon inledningstalade på föreningens årsmöteskonferens i Uppsala nyligen.**

Det första initiativet till att bilda en grupp för föräldrar till hjärtsjuka barn togs av Martha Mattsson i Uppsala.

Hon var aktiv i RHL och i samband med en egen hjärtoperation på Akademiska sjukhuset träffade hon en mamma till en hjärtsjuk pojke.

Mamman var i stort behov av stöd och det gav Martha idén att det borde finnas en förening för föräldrar.

Hon fick stöd av barnkardiologen Magnus Michaelsson på Akademiska sjukhuset och tillsammans sände de ut ett frågeformulär till föräldrar till hjärtsjuka barn och frågade om deras önskemål och behov.

Svaren visade att det fanns en stark önskan att träffa andra i samma situation och att få mer kunskaper om hjärtsjukdomar.

En föräldragrupp bildades i Uppsala och idén spred sig sedan till Göteborg, Lund och S:t Görans sjukhus i Stockholm.

1975 slog dessa grupper sig samman till en riksförening inom Riksförbundet för hjärt- och lungsjuka, som hela tiden hade stött idén om en föräldraförening och ställt lokaler och administrativ hjälp till förfogande.

– Det första program vi ordnade som riksförening var ett ungdomsläger i Åre tillsammans med Föreningen för cystisk fibros sommaren 1975, minns Britt-Marie Östman som var sekreterare de första åren.

– Sedan dess har verksamheten vuxit snabbt. Förutom läger och resor för familjer och för ungdomar så anordnar vi utbildningsdagar för vård-



*Docent Magnus Michaelsson och Martha Mattsson, Uppsala, var med då den första föräldragruppen för hjärtsjuka barn bildades i Uppsala 1975. Då anade de inte att det så småningom skulle bli en riksförening med många aktiviteter på sitt program.*

personal som kommer i kontakt med hjärtsjuka barn och deras föräldrar.

– Vår årsmöteskonferens, där vi har föredrag om hjärtsjukdomar, diskussioner och trevlig samvaro betyder också mycket.

## Informationsskrifter

En av de första uppgifterna föreningen tog på sig var att ge ut skrifterna *Barn med medfödda hjärtfel* och *Det hjärtsjuka barnet och familjen*. De fyllde ett stort informationsbehov.

Efterhand har föreningen tagit på sig allt svårare uppgifter, exempel på det är stödet till föräldrar vars barn dött. Den första träff vi ordnade för dem var 1981 på Sundbyholms slott. Den grupp som samlades där kallar sig Sundbyholmsgruppen. De har också sammanställt skriften *Mitt barn har dött*. Sundbyholmsträffarna är årligen återkommande.

Utifrån den gruppen har föreningen sedan anordnat flera utåtriktade konferenser för personal som möter dessa föräldrar.

– Första tiden efter att riksföreningen hade bildats så hade vi telefontid en kväll varannan vecka, berättar Britt-Marie Östman.

Det utökades till att Britt-Marie började arbeta för föreningen en dag i veckan och så småningom två dagar. Genom Allmänna arvsfonden fick

man 1978 pengar att arvoda Britt-Marie som konsulent på halvtid under ett år.

Tjänsten har därefter permanentats och utökats till nuvarande tre kvartstid. Den betalas sedan 1979 av RHL, och Gunlög Marnell har sedan 1980 haft tjänsten som föreningens konsulent.

De första sju åren var det doktor Ake Gyllensvärd som var föreningens ordförande. Han betydde väldigt mycket för föreningens utveckling ända fram till sin död 1984.

– Vi sörjer mycket att han inte längre finns bland oss, säger Britt-Marie.

– Medlemsantalet har ökat med cirka 100 per år och vi är nu drygt 1000 medlemmar.

– Ju fler medlemmar vi får desto fler aktiviteter behöver vi anordna, men ekonomin sätter givetvis gränser för det.

– Det kommer att bli nödvändigt för riksföreningens styrelse att begränsa sig till några få aktiviteter. Mer av verksamheten måste nog bli lokal eller regional i framtiden.

– Hittills har kontaktföräldrarna haft ansvaret för den lokala verksamheten. Men kanske måste vi diskutera en förstärkning av organisationen så att det blir styrelser läns- och regionvis.

– En annan fråga som framtiden får ge oss svar på är behovet av en sär-

skild ungdomsverksamhet.

– Vi kan räkna med att antalet ungdomar som genomgått en hjärtoperation kommer att öka år efter år. Efter en operation är de per definition hjärtfriska. Om de då kommer att ha behov av en särskild ungdomsverksamhet för hjärtopererade vet vi inte.

Allteftersom föräldraföreningens utåtriktade arbete och dess uppgifter som påtryckningsgrupp på myndigheter har ökat så har behovet av samarbete med RHL:s lokalföreningar blivit större. Ett sådant samarbete har redan inletts på flera håll i landet.

Det är många uppgifter föreningen har på sitt program och flera viktiga välgval verkar bli nödvändiga de närmaste åren.

## Nya styrelsen

Den styrelse som skall leda föreningen fram till nästa årsmöte består av följande personer: ordförande Britt-Marie Östman, Örebro, sekreterare Kerstin Carlstedt, Linköping, kassör Bengt Dahlström, RHL:s kansli, Stockholm, övriga ledamöter: Aino Eurenus, Sundsvall, Bernt Johansson, Ljungsbro, Berit Larsson, Kristianstad och Ulf Grape, Stockholm.

**Text: Gunilla Lockne**

**Foto: Rolf Nodén**

## Professor Bjarne Semb, Karolinska:

# Politikerna styr hjärtkirurgin

– Om vi på Karolinska skall kunna behålla en internationellt bra nivå inom hjärtkirurgin är en politisk fråga. Då behöver vi det upptagningsområde på 2,6 miljoner människor som vi har i dag – det är absolut minimum.

Det deklarerade professor Bjarne Semb – riksbekant nyligen i samband med den uppmärksammade plasthjärtransplantationen – när han talade vid Föräldraföreningens för hjärtsjuka barn och ungdomar årsmöte i Uppsala.

På Karolinska sjukhuset och institutet i Stockholm håller man i dag hög internationell klass inom barnthoraxkirurgi (thorax, bröstkorgen på grekiska). Och det har man gjort allt sedan 50-talet, thoraxkirurgins guldålder i Sverige – som Bjarne Semb ut-

tryckte det – med föregångsnamnet Clarence Crafoord i spetsen.

## Oro för framtiden

Bjarne Sembs oro inför den framtida utvecklingen grundar sig, enligt vad vi erfar, på diskussioner om ändrade upptagningsområden inom thoraxkirurgi. Diskussioner om att i viss mån minska Karolinskas upptagningsområde till förmån för Regionsjukhusets i Linköping. Så långt som till ut-



*Professor Bjarne Semb, Karolinska sjukhuset, Stockholm, var en av föredragshållarna på föräldraföreningens årsmöteskonferens i Uppsala. Här syns han och föreningens ordförande Britt-Marie Östman tillsammans med barn som var med sina föräldrar på konferensen.*

redning har frågan dock ännu inte avancerat.

I sin presentation av barnthoraxkirurgins utveckling i Sverige och internationellt kom Bjarne Semb bla in på ett viktigt hjälpmedel i sammanhanget – hjärtlungmaskinen.

– Hjärtlungmaskinen har inneburit en enorm utveckling och gjort många operationer som tidigare slutade med döden till en banalitet, berättade Bjarne Semb.

Innan hjärtlungmaskinen fanns opererade man den nedkylda patienten utan att som i dag helt koppla bort hjärtat. Då med en tidsmarginal på maximalt sju minuter. I dag har operationslaget två-tre timmar på sig.

## Nyhet

När det gäller den framtida utvecklingen presenterade Bjarne Semb en nyhet som han tror kommer att bety-

da mycket för barnthoraxkirurgin vid Karolinska – transplantation av mänsklig vävnad vid exempelvis klafffel i stället för som oftast hittills: konstgjord vävnad eller vävnad från svin.

Idén kommer troligtvis att starta en diskussion om de etiska frågorna.

– Men jag hoppas att vi kan starta verksamheten i Stockholm ganska snart, sade Bjarne Semb, som berättade om att donatorerna i det här fallet, liksom i fallet med kompletta hjärttransplantationer, finns i England.

Med användandet av mänsklig vävnad hoppas man på Karolinska bättre bemästra bla de avstötningsproblem som annars ibland uppstår.

## Vänta inte

En annan viktig problematik som Bjarne Semb berörde är frågan om hur länge man bör vänta med opera-

tion av ett hjärtsjukt barn. Så snart som möjligt eller om några år? En första mindre eller totaloperation?

## Mindre risk

Semb gav ett par exempel ur en lång rad vanliga medfödda hjärtfel. Hjärtfel som medför stora lidanden för barnen ifråga, och föräldrarna. En mindre korrektion/operation direkt kan innebära ett par-tre procents risk för dödlig utgång. En senare totalkorrektion upp emot 30–40 procents risk.

– Den största tragedi man kan råka ut för som kirurg, och naturligtvis också förälder, är när man väntar att operera många år och operationen misslyckas. Personligen föredrar jag operation så tidigt som möjligt.

**Text: Leif Öst**

**Foto: Rolf Nodén**

# – Uppsalakliniken blir större och bättre

**– Mot bakgrund av den utveckling som pågår inom thoraxkirurgiska kliniken vid Akademiska sjukhuset kan jag säga att vi kommer att bli störst i Sverige. Och jag tror mig ha goda förutsättningar att säga att Uppsala är eller kommer att bli bäst.**

Docent Torkel Åberg som också talade vid Föräldraföreningen för hjärtsjuka barn och ungdomar årsmöte passade efter Bjarne Semb – se artikel härintill – på att ge en bild av utvecklingen vid thoraxkirurgikliniken i Uppsala.

En klinik som är dimensionerad för 1400 personer årligen och som under tiden 1983 till 20 mars i år på barnsidan kan peka på summa 247 operationer med 96,5-procentig lycklig utgång.

– Vår filosofi med vårt arbete här i Uppsala är att nå målet att ur det sjuka barnet få en fullt frisk och normal individ vid 20-årsåldern berättade Torkel Åberg bla.

## Barnen först

– Vi prioriterar barnhjärtoperationerna. Det är naturligt, inte minst mot bakgrund av de bra resultat vi når, fortsatte han.

Torkel Åberg påpekade samtidigt att man inte slår sig till ro med de goda resultaten. Strävan är hela tiden att lära av tidigare gjorde erfarenheter. Och bli ännu bättre.

Det skall man bli bla genom satsningar på forskning och uppföljning. Tekniken och operationsmetoderna går också hela tiden framåt.

– Hjärtlungmaskinen har, som nämnts tidigare här, förbättrat möjligheterna väsentligt. Men jag är säker på att när vi om 15 år ser tillbaka, kommer vi att kunna peka på åtskilliga saker som förvånar att vi inte kunde göra bättre.

Själv skrev Torkel Åberg exempelvis sin avhandling om de subtila hjärnskador som kan uppstå vid operation med hjärtlungmaskin.

– När det gäller hjärnans skydd vid hjärtlungmaskinoperationer tror jag att vi har en revolution på gång. Även när det gäller hjärtmuskelnns skydd under operation arbetar vi på förbättringar. Vi vet att det kan börja uppstå skador efter två–tre timmar.

## Uppföljning

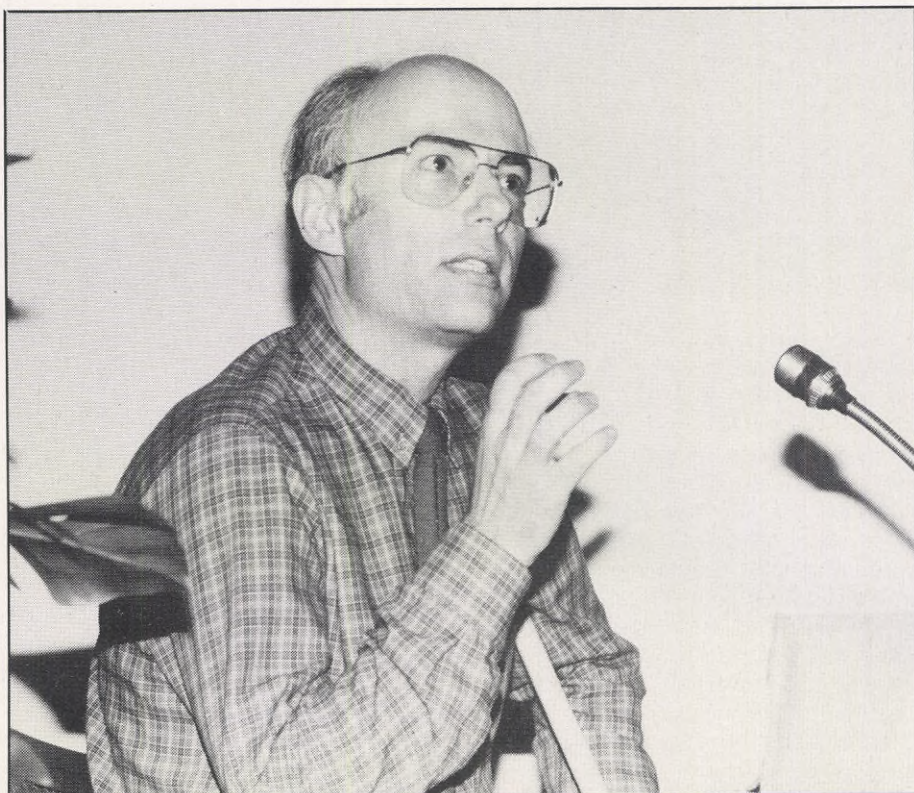
Kontinuerlig uppföljning är ett nyckelord vid thoraxkirurgiska kliniken.

– Därför skall ni föräldrar som är samlade här inte bli rädda om vi hör av oss efter några problemfria år.

Informationen och stödet till föräldrar och barn är andra områden där man strävar efter att bli bättre.

– Vi skall förbättra det sociala och psykiska omhändertagandet på olika sätt. Själv har jag tex en känsla av att somliga barn beskyddas i något för hög grad av sina föräldrar. En högst naturlig reaktion, men om den fortsätter efter operation tror jag att den kan bli en negativ faktor i barnets utveckling.

– Känslan hos det hjärtsjuka barnet att vara negativt utvalt, en känsla som framför allt gör sig märkbar i tonåren och upp till 20-årsåldern, måste vi också aktivt bekämpa.



*Thoraxkirurgiska kliniken vid Akademiska sjukhuset i Uppsala är bäst i landet hävdade docent Torkel Åberg, med en humoristisk glimt i ögat, i sitt anförande på föräldraföreningens årsmöteskonferens nyligen.*

**Text: Leif Öst**

**Foto: Rolf Nodén**

# Hjärtats Dag i Kolmårdens djurpark

Väl mött till Hjärtats Dag i Kolmårdens djurpark

Lördagen den 1 juni 1985

**Arrangör: Centralorganisationen för hjärt- och lungsjuka i Östergötland**

**Kl 10.00** öppnar parken sina portar. Då finns vi på plats med bl a försäljning av våra rikslotter utanför huvudentrén.

Då får Ni också chansen att vinna pris genom att delta i tipspromenaden som vi har som en röd tråd genom hela parken.

Dessutom kommer att finnas ytterligare stationer med broschyrer och annat informationsmaterial om Riksförbundet för hjärt- och lungsjuka – RHL och personal som kan berätta om förbundets och lokal-föreningarnas verksamhet.

**Kl 10.00** öppnar även safariparken för Dig som önskar börja dagen med en rundtur där. Safariparken håller öppet till kl 16.00.

**Kl 11.30** hålls en kort betraktelse i den vackra stenkyrkan som ligger intill loftstugan och den fina utsikten.

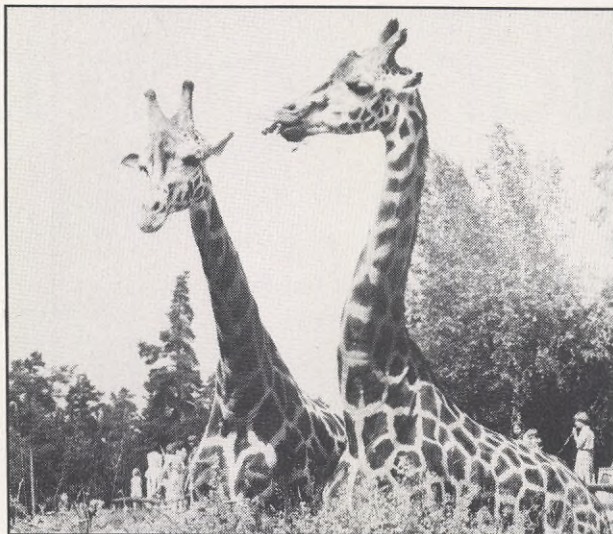
**Kl 12.15** spelar Regionmusikkåren.

**Kl 12.30** Nils-Olof Westberg håller hälsningsanförande.

**Kl 12.45** Regionmusikkåren fortsätter att spela. Allt detta sker vid loftstugan.

**Kl 12, 14, 15, 16** har delfinriet föreställningar, då vi håller kortare anföranden om RHLs verksamhet vid varje föreställning.

Foto: Inge Hallberg



**Trippelbiljett** som berättigar till entré till djurparken, safariparken och delfinriet. Vuxna 70 kr, barn 40 kr, barn under 12 år gratis.

**Fyrklöverbiljett** som även berättigar till entré i vaxkabinettet. Vuxna 90 kr, barn 50 kr, barn under 12 år gratis.

**Linbanan** som går runt hela parken. Vuxna 20 kr, alla barn 12 kr.

**Tropikhuset.** Vuxna 7 kr, alla barn 4 kr.

En nyhet för parken är det nya vaxkabinettet, som öppnat så sent som den 27 maj 1985. Tillverkarna av dockorna är medhjälpare från det berömda Madame Tussaud's vaxkabinett i London.

## Internationellt seminarium för föräldraföreningar

**Det första internationella seminariumet för föräldraföreningar för hjärtsjuka barn hölls i Holland den 13–14 april i år. Konsulenten i Föräldraföreningen Gunlög Marnell berättar om seminariumet.**

Vid detta första internationella seminarium för föräldraföreningar del-

tog sammanlagt 30 personer från 10 olika länder. Antalet representanter från respektive land varierade, England var tex representerat av åtta personer (varav två var sjuksköterskor), medan Finland bara hade en representant. Från Sverige deltog föräldraföreningens ordförande Britt-Marie Östman och jag.

Seminariumet började på lördagsförmiddagen. Ämnen som skulle behandlas under helgen var "Hjärtransplanterationer på barn med medfödda hjärtfel – kirurgiska, medicinska och psykologiska aspekter", "Information

om de deltagande ländernas organisation och arbetssätt" samt "Förbättring av arbetet inom ideella organisationer".

### Transplantationer

Efter en kort inledning av herr Biledmond, ordförande i Hollands Hjärtförening och herr Roeten, sekreterare i Hollands Föräldraförening, var seminariumet öppnat. Det första föredraget hölls av dr J Quaegeur, hjärtkirurg från Belgien. Han talade om hjärtransplantationer:

1979 utfördes transplantationer på

fem olika ställen i världen och idag utförs transplantationer på drygt 50 olika platser. Allt sedan den första hjärttransplantation 1967 har det skett en konstant utveckling och vid alltför centra har man börjat transplantera. Forskningen har under dessa år varit inriktad på att finna nya behandlingsmetoder och nya mediciner för att förbättra säkerheten och underlätta för patienterna.

En hjärttransplantation innebär oerhörda påfrestningar för patienten och för de närmast anhöriga. Påfrestningar som är mycket större än man kan föreställa sig och som också påverkar personen i fråga och hans/hennes omgivning för resten av livet såväl fysiskt som psykiskt.

Det är en rad faktorer som avgör om en transplantation överhuvudtaget kan vara möjlig och som måste bedömas innan frågan tas upp med patienten.

Det första kravet är att han eller hon inte kan hjälpas med någon annan form av behandling och har högst ett år kvar att leva.

Han/hon måste vara mellan 18 och 50 år, får inte lida av någon annan kronisk sjukdom som tex diabetes eller cancer (det går då inte att ha full kontroll på den medicinska efterbehandlingen), får inte ha några infektioner som han/hon är nedsatt av, får inte ha för högt blodtryck eller magsår, måste vara psykiskt mycket stabil, måste ha en god samarbetsförmåga (för att under den långa tiden med täta medicinska kontroller, kunna fungera ihop med sjukhusteamet), måste ha tillgång till psykosocialt stöd (alltså nära anhöriga runt omkring sig, som kan ställa upp och ge stöd som behövs), och får inte ha någon form av missbruk.

## Passande hjärta

Vid en hjärttransplantation måste det finnas en passande donator, dvs en hjärndöd person med oskadat hjärta. Även här har man kriterier att gå efter!

– Donatorn får inte vara äldre än 35 år, får inte ha haft hjärtfel eller haft någon infektion nyligen, han/hon får inte ha varit utsatt för någon skada i bröstregionen och inte ha cancer.

Nästa steg är att alla data måste stämma mellan mottagare och donator.

– De måste tex ha samma blodtyp och de måste vara av ungefär samma storlek.

När bedömningen gjorts att en transplantation är möjlig, presenteras patienten för transplantationsteamet och går igenom en poliklinisk undersökning. Därefter sker en inläggning

på en vecka då man även noga diskuterar igenom risker, förväntningar, olika procedurer och går igenom såväl den medicinska som den psykologiska "checklistan".

Först efter denna vecka fattas det definitiva beslutet och patienten sätts på en väntelista. Den väntetid som går mellan det att beslutet är fattat och fram till själva operationen, är väldigt påfrestande för patienten och för hans/hennes anhöriga. Den som skall få ett nytt hjärta måste därför vara psykiskt stabil.

Vad gäller själva operationen tar den inte mer än ca 50 minuter. Det nya hjärtat måste vara inopererat inom fyra timmar efter att det togs ur donatorn. Mycket tid går åt till transport av hjärtat. Ofta måste transporten ske över långa sträckor, vilket vårlar problem.

## Avstöttningsrisker

Efter själva operationen är det stor risk för bortstötning och infektioner. Problemet då är i första hand att ba-

lansera medicineringen och att göra mätningar.

Det går aldrig att förutsäga en patients avstöttningsbenägenhet. För att upptäcka avstötningstendenser får patienten gå på mycket täta kontroller. Det räcker inte med klinisk undersökning. Upptäcks avstötningstendensen, då är det redan för sent. Istället måste man gå in i en ven och ner till hjärtat för att ta prover.

För närvarande pågår ett intensivt arbete med att hitta bättre och enklare metoder för att undersöka avstötningstendenser, bla hoppas man på att kunna mäta det genom blodprov och urinprov.

Resultatet hittills för utförda hjärttransplantationer är gott: 70 till 80 procent överlever mer än ett år och 80 procent av de överlevande patienterna kan återgå till ett heltidsarbete. 10 till 20 procent avlider i samband med eller strax efter operationen.

Man har nu även börjat utföra hjärt- och lungtransplantationer. Riskerna vid en sådan operation är betydligt större, men utvecklingen går



Ordföranden vid det internationella seminariet för föräldraföreningar herr Bossina och hans hustru intill en skulptur med holländska hjärtföreningens symbol. Bossina är pensionerad professor och barncardiolog och har aktivt stött den holländska föräldraföreningen för hjärtsjuka barn sedan dess start 1971.

snabbt!

Den andra föreläsningen handlade om transplantationer på barn och hölls av dr Donckervolcke, neurolog från Belgien. Han arbetar med njurpatienter. Transplantation på ett barn är något som i mycket stor utsträckning påverkar barnets hela familj. Här är det föräldrar som skall ta ställning och fatta svåra beslut för det egna barnet. Vad som präglar familjerna före en transplantation är kasten mellan hopp och fruktan. För patienten själv, barnet, är det mest tankar omkring den smärta som han eller hon skall utstå. Efter transplantationen är rädslan för komplikationer mycket stor och det opererade barnet överbeskyddas oftast, vilket påverkar barnet såväl psykiskt som socialt. Eftermedicineringen påverkar också utseendet (ger en konstant svullnad). Detta gäller alltså njurtransplanterade barn.

## Inte på barn

Hjärtrtransplantationer utförs ju inte på barn – än så länge. Dr Donckervolcke underströk att de psykologiska och etiska aspekterna är så oerhört mycket mer komplicerade när det gäller barn än vuxna samt att det även finns medicinska och rent fysiologiska skäl till att hjärtrtransplantationer på barn är mycket mer komplicerade.

Dr Kamphuis, barnpsykolog från Holland, redogjorde för en undersökning gjord angående psykiska reaktioner hos barn som hade genomgått en benmärgstransplantation. Han drog utifrån det vissa slutsatser om eventuella framtida hjärtrtransplantationer på barn: Barnen skulle bli utsatta för en lång och ovisst väntan, sex till åtta veckors sjukhusvistelse, livslång uppföljning, livslång medicinering, förändrat utseende (svullnad), risk för komplikationer osv. Kraven skulle också vara desamma, psykisk balans, välmotiverad, mottaglig för information och stor samarbetsförmåga. Familjens förmåga att ge stöd skulle vara ännu mycket viktigare än då det gäller vuxna. De psykosociala faktorerna som är så viktiga vid transplantationer finns det inte säkra mätmetoder för. "Man får bedöma efter bästa förmåga".

Med tanke på allt vad en hjärtrtransplantation innebär, så tyckte dr Kamphuis att man inte ska transplantera yngre personer än 13 år.

## Anhörigas önskan

Efter dessa tre föredrag gavs det möjlighet att ställa frågor och att diskutera. Bland diskuteras donatorns anhörigas situation. Inte alltför sällan

har donatorens familjer en önskan om att få träffa mottagaren och få följa den för en tid framåt. I England har det blivit ett sådant fall som varit oerhört svårt att lösa, där familjen till donatorn hade fått den uppfattningen att de hade rättighet att träffa mottagaren, medan mottagarens familj inte alls ville det. I Holland har man en regel att ingen kontakt får ske mellan mottagaren och hans/hennes familj och de anhöriga till givaren. Just deras dilemma som beslystes rörde andra typer av transplantationer än hjärtan, men man kan förutse att just detta med önskan om god kontakt skulle kunna bli ett mycket svårt problem i samband med transplantationer på barn.

Ett annat problem som togs upp var väntetiden som bland annat för tonåringar kan bli *mycket* svår, framför allt pga upplevelsen att "vänta och önska någon annans död". Sammanfattningsvis är det alltså teoretiskt möjligt att transplantera även på små barn, men det finns många faktorer som gör det så mycket mera komplicerat än när det gäller vuxna, bl.a. att finna lämplig donator, den långa medicineringen, komplikationer i samband med växande osv. Dessutom har inte små barn färdiguppbyggt immunitetskydd på samma sätt som vuxna.

## Hemlik miljö

Från Killingebecksjukhuset i Leeds kom två sjuksköterskor som berättade om deras sätt att arbeta med hjärtsjuka barn och deras familjer. – Man försöker på den kliniken att på alla tänkbara sätt göra sjukhusmiljön så hemlik som möjligt och arbetar aktivt för att föräldrarna skall ta del i den dagliga vården av sina barn. Sjuksköterskorna och barnsköterskorna är klädda i färgsprakande förkläden med diverse olika sagomotiv och gardinerna har samma utseende. Man gör små fotoalbum till varje barn, där



Den holländska hjärtföreningens symbol – hjärtat med fackla i.

man fotograferar barnen i de dagliga situationerna på sjukhuset och man har en målarbok där barnen får färglägga olika sjukhussituationer utifrån sina egna huvuden. Fotoalbumet och målarboken kan sedan användas när man pratar med barnen om upplevelsorna på sjukhuset.

De två sköterskorna utstrålade värme och omtanke – jag skulle inte dra mig en sekund för att ha mitt barn inlagt på deras avdelning!

Vi fick många idéer att ta med hem och förmedla till våra svenska sjukhus, som ju är mycket bra redan, men ingenting är så bra att det inte kan göras bättre – med färggranna förkläden tex.

## Föräldraföreningarnas organisation

Samtliga deltagande länder redogjorde under lördagseftermiddagen för sina respektive organisationer. Här följer några korta glimtar från dessa redogörelser. För den som vill veta mera har jag samlat ihop material som finns tillgängligt på kansliet.

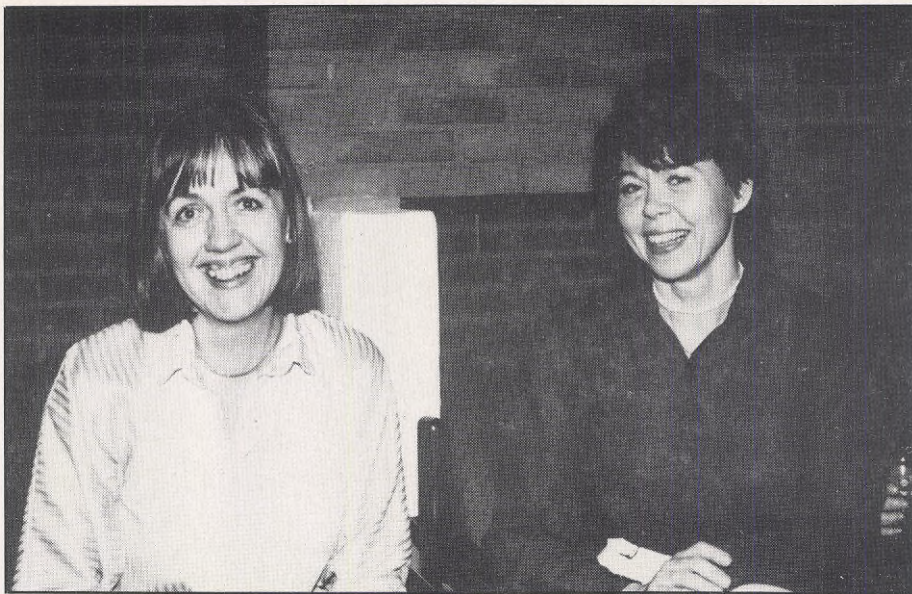
*Spanien:* Startade hösten 1984 och har nu fyrtio medlemmar. Det är alltså en organisation som precis börjar bygga upp sitt arbete.

*I England* tampas man med många problem. Där finns inte minde än fyra olika föräldraföreningar som har mycket lite eller inget samarbete med varandra. Deras mesta arbete handlar om att försöka bygga upp kontakter med de olika hjärtklinikerna i landet, något som där är mycket svårt. Man möter motstånd och rädsla från läkarna.

*Representant från Finland* var fru Kuokiuuru, förälder och blivande konsulent i den Finska Föräldraföreningen. Även hon var mycket glad att få ta del av de här samlade kunskaperna och erfarenheter som hon så väl behöver för att som den första anställda konsulenten i Finlands Föräldraförening kunna starta sitt arbete.

*I Frankrike* är Föräldraföreningen en helt självständig organisation, som inte har någon som helst kontakt med hjärtföreningen för vuxna. Frankrikes förening arbetar i första hand med att försöka ordna möjligheter till rekreation för hjärtbarn och deras familjer. Bland annat har man ett eget slott där man ordnar en form av sommarläger för hjärtsjuka barn.

*Värmlandet, Nederländerna,* däremot har ett nära samarbete med hjärtföreningen. De har som mål att ge personligt stöd och rådgivning och har två heltidsanställda socialarbetare för detta ändamål. Det är också den föreningen som har minst problem



Britt-Marie Östman och Gunlög Marnell, de två svenska representanterna vid det internationella seminariet för föräldraföreningar.

rent ekonomiskt. Samtliga andra deltagare såg just ekonomin som ett stort problem.

I Danmark har man ingen egen förening. Deras Børneklubb motsvarar ungefär en av våra kommittéer i Riksförbundet.

Norge är en självständig förening som jobbar helt fritt från LHL. Där emot använder man sig mycket av LHL:s resurser vad det gäller administration och tar även hjälp av andra anställda inom LHL vid behov. LHL har också anställt en sjuksköterska och en psykolog som ambulerar mellan de olika sjukhusen och ger stöd till familjer med hjärtsjuka barn. Norges Föräldraförening är distriktsindelad med lokala styrelser som arbetar självständigt var och en för sig.

## Beröm till Sverige

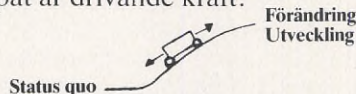
Redogörelsen för hur vi har det i Sverige stod sist på listan, jag blev därmed siste talaren för dagen – en inte alltför tacksam uppgift efter en lång, intensiv och faktafylld dag. Torr i munnen och med lätt darrande händer regogjorde jag för vår organisation och arbetssätt.

Vi fick efteråt mycket beröm, bla för vår klart uttalade grundsyn:

- Alla människor har stora inneboende resurser att bearbeta svåra situationer i livet och
- Kontakt med andra i likartad situation utgör ett viktigt stöd

Många var också imponerade över vårt strukturerade och målinriktade arbete! Britt-Marie och jag kände oss väldigt stolta över Föräldraföreningen i Sverige!

Herr och fru Samson, pedagogkon-sulter för ideella organisationer, inledde söndagen med att tala om förbättring av arbetet inom ideella organisationer. De illustrerade svårigheterna med ideellt arbete med hjälp av en sådan här liten vagn i uppförsbacke. Pilen neråt är bromsande kraft och pilen uppåt är drivande kraft.



## Ideellt arbete

Vad gäller ideellt arbete så ska det ju som allting annat hela tiden utvecklas och förbättras. De drivande krafterna måste alltså vara starka. Men det går nu inte att bara driva en tung vagn uppför en brant backe, då och då måste man också få vila sig. Har man då ingen broms så rullar vagnen tillbaka till utgångsläget varje gång man tar en liten paus. Alltså är bromskraften också viktig för att kunna förbättra och utveckla arbetet. Där emot får ju inte bromsen stå på för jämn och vara för stark för då när man inte någons! Exempel på bromsande krafter inom en ideell organisation är tex att man inte är tillräckligt medveten om den reella situationen, att det saknas inspirerande mål och en vilja att överlämna det mesta till experter. Drivkraften (uppför backen) består av en adekvat planering och relevanta uppgifter, bra samarbete och bra stöd. För att undvika för stark bromskraft måste man analysera situationen noggrant, definiera målen klart, utforma ett realistiskt arbetsprogram och också skaffa och erbjuda en relevant träning för dem som ska utföra arbetet. Kraften som ska skjuta vagnen uppför backen består i första hand av

personlig motivation och för att kunna motivera personer att skjuta på behöver de veta målet (- vart de ska någons!) ha självförtroende och erbjudas meningsfulla uppgifter. Vilan, när bromsen tillfälligt slås på, är tex användandet av experter - vid behov.

Sammanfattningsvis är det viktigaste när det gäller allt ideellt arbete och ett utvecklande sådant, att man tar tillvara människors egna behov och intressen, att man samarbetar och att man vet vart man skall nå. Man måste formulera sin grundsyn.

Herr och fru Samson tog också Sverige som exempel på en förening som de tyckte arbetade medvetet och konstruktivt. De använde ett par citat från det jag hade berättat om vår förening på lördagseftermiddagen.

## Centralisering

Sista delen av seminariet ägnades åt öppna diskussioner, där bla frågan om centralisering av hjärtkliniker och möjligheterna till ett fortsatt internationellt arbete togs upp.

Professor Bossina, som numera är pensionerad, är en varm förespråkare för centralisering. Hans åsikter är att läkare i allt för liten utsträckning skickar sina patienter till varandra - inte utnyttjar varandras "specialiteter". Han håller för närvarande på att samla in fakta om hur det ser ut runt om i Europa vad gäller hjärtcentra och har en idé om ett europeiskt center där de svåraste hjärtfelen skulle opereras. Det här är ju något som ligger helt i linje med Föräldraföreningens ståndpunkt vad det gäller centraliseringsfrågan.

Samtliga deltagare var överens om att centralisering är nödvändig!

## Fortsatt samarbete

Vad gäller eventuellt fortsatt samarbete så hade Frankrikes representant under lördagen tagit kontakt med "dom där hemma" och inbjöd till ett andra symposium för föräldraföreningar. Alla var överens om att det är viktigt att fortsätta ett samarbete och utbyte av kunskaper och idéer, nu när vi hade börjat och lärt känna varandra och varandras organisationer. Förslag på tema att arbeta med vid nästa möte var "Sociala rättigheter" - "Samarbete med sjukhusen" - "Ungdomsverk-samhet" - "Centraliseringsfrågan" och "Transplantationsfrågor".

Samtliga dessa frågor är mycket centrala för Föräldraföreningen och det är säkert en stor fördel att samarbete internationellt omkring flera av dem.

**Text och foto: Gunlög Marnell**



# Sjukvården får bra betyg

**De flesta svenskar är nöjda med sjukvården. Det visar en undersökning som Statistiska Centralbyrån gjorde i januari-februari i år, då man lät 1200 personer i åldern 18–74 år svara på frågor om sina erfarenheter av sjukvården, vad de anser om nuvarande inriktning, vad de är beredda att avstå ifrån för att få bra vård och vad de anser om en satsning på förebyggande insatser.**

I massmediadebatten hör man ofta kritik mot hälso- och sjukvården. Det som brukar ifrågasättas är bl a det medicinska beslutsfattandet, patientinformation och omsorgen, omvårdnaden och omtanken.

Landstingsförbundet har därför velat undersöka vad svenskarna i allmänhet anser. 1200 personer i åldern 18–74 år har intervjuats av Statistiska Centralbyrån, som gjorde liknande undersökningar 1981 och 1983.

## Egna erfarenheter

Väldigt många svenskar har personlig erfarenhet av hälso- och sjukvården – inte bara som patienter utan även som anställda. Var tionde anställd i Sverige arbetar idag inom vår-

den. Räknar man in tidigare anställningar så har var femte svensk egna erfarenheter av sjukvårdsarbete. Av kvinnorna är det var tredje som har sådan erfarenhet.

Statistiska Centralbyråns undersökning visar att nio av tio svenskar (86 procent) är nöjda med den medicinska behandlingen som de fått. Men var fjärde vill ha mer information vid läkarbesöken.

Av dem som själva vårdats på sjukhus eller sjukhem anser nio av tio (89 procent) att de fått den omvårdnad, vänlighet och omtanke som de behövt. De yngre är mer kritiska än de äldre. Svaren beror givetvis på vilka anspråk man ställer på vården. Mycket tyder på att anspråken successivt stiger med höjd utbildningsnivå och med den allmänna demokratiseringen av samhället.

## Privatisering av vården

Hälso- och sjukvårdslagen har som ett övergripande mål att vården skall ges till alla på lika villkor. Den inställningen har stöd hos allmänheten. Men knappt hälften anser att vården är rättvis idag.

Varannan svensk anser att vården skulle bli mindre jämlik vid en privatisering av hälso- och sjukvården. Att effektiviteten skulle ökas tror var tredje (31 procent) medan var sjunde (14 procent) tror att den skulle sjunka. Hälften av befolkningen tror inte att huvudmannaskapet betyder något för effektiviteten.

En knapp tiondel av samhällsekonomin går till hälso- och sjukvården och huvuddelen av vården finansieras

med skatter. Eftersom den offentliga sektorn har finansieringsproblem så har det ifrågasatts om inte hälso- och sjukvården vuxit för snabbt och kostar för mycket idag.

## Vårdkostnader

Men lite mer än varannan svensk (54 procent) anser att utgifterna för hälso- och sjukvården bör vara oförändrade. Sjukvården bör liksom pensionerna, skolor och utbildning undantas från ekonomiska nedskärningar, anser majoriteten av befolkningen (85–88 procent).

70 procent är beredda att godta skattehöjningar för att hindra att kvaliteten på den offentliga sjukvården sänks.

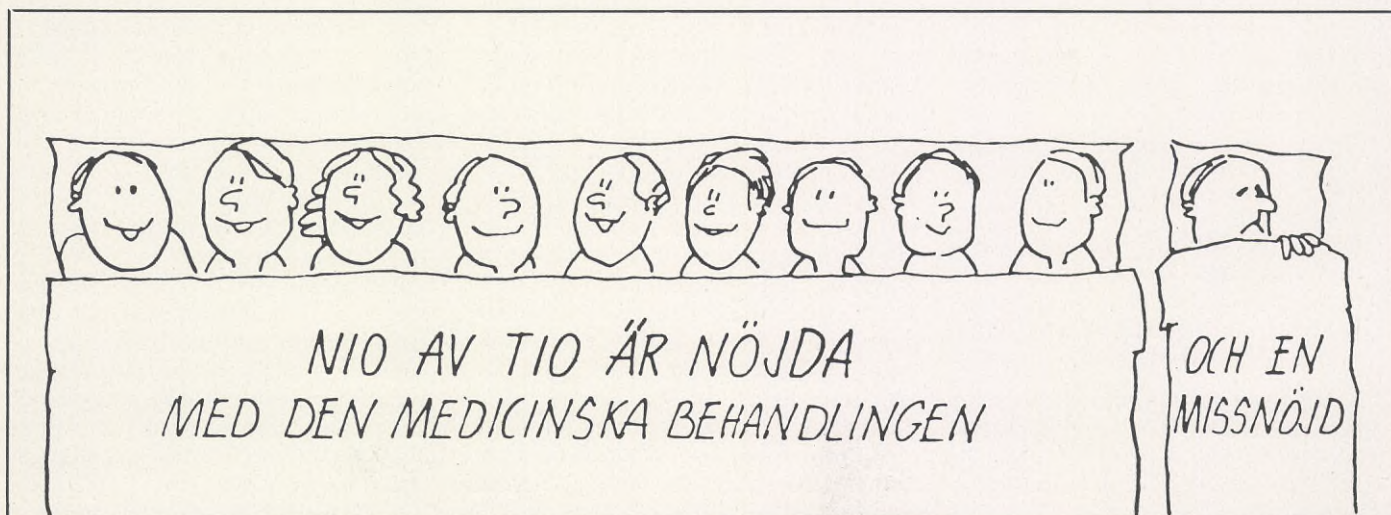
Försvaret, stöd till krisföretag, bostadsbidrag och ränteavdrag är områden som man kan tänka sig att minska på.

Ser man man till olika delar av hälso- och sjukvården så vill allmänheten att det satsas mer på sjukvård i hemmet, förebyggande vård, långtidssjukvård och vård vid vårdcentraler och läkarstationer. För öppen och sluten vård vid kroppssjukhus vill majoriteten ha oförändrade resurser.

## Nuvarande inriktning

Utvecklingen inom hälso- och sjukvården går mot en ökad decentralisering och alltmer av insatserna läggs på vårdcentraler och små sjukhem.

I valet mellan å ena sidan storsjukhus med fler specialiteter och större säkerhet och å andra sidan små sjukhus, som vid behov remitterar patienter



terna vidare till regionsjukhus och specialistcentra, så föredrar majoriteten av befolkningen (69 procent) det senare alternativet.

Undersökningen ger inget stöd för en ibland hörd uppfattning att allmänheten bara litar på sjukhus och inte på vårdcentraler. Man vill ha en differentierad vård och en vård som så långt det är möjligt är anpassad efter skiftande behov och förutsättningar.

## Långtidssjukvården

Långtidssjukvården har behandlats utförligt i undersökningen. Den utbyggnad av hemsjukvården som sker i alla landsting har stöd hos allmänheten.

När det gäller kvarvarande långtidssjukvård så pågår fn en decentralisering till små sjukhem samt en standardhöjning så att de, som önskar det, kan få eget rum och i viss utsträckning kan få ha sina egna tillhörigheter, dels också en omorganisation av det "inre" arbetet med bla vårdlag och individuell vårdplanering.

Då det gäller bedömningen av kvaliteten på dagens långtidsvård så avviker den markant från synen på hela hälso- och sjukvården. Knappt hälften (44 procent) anser att långtidsvården ger tillräcklig omvårdnad, vänlighet och omtanke.

Ungdomar, kvinnor och långtidsubildade är oftare kritiska mot långtidssjukvården och det gäller även dem som tidigare arbetat inom hälso- och sjukvården själva.

Två av tre svenskar (66 procent) godtar skattehöjningar för att finansiera utbyggnaden av små sjukhem nära hemorten och ungefär lika många (69 procent) är beredda att ta höjda skatter för en utbyggd hemsjukvård.

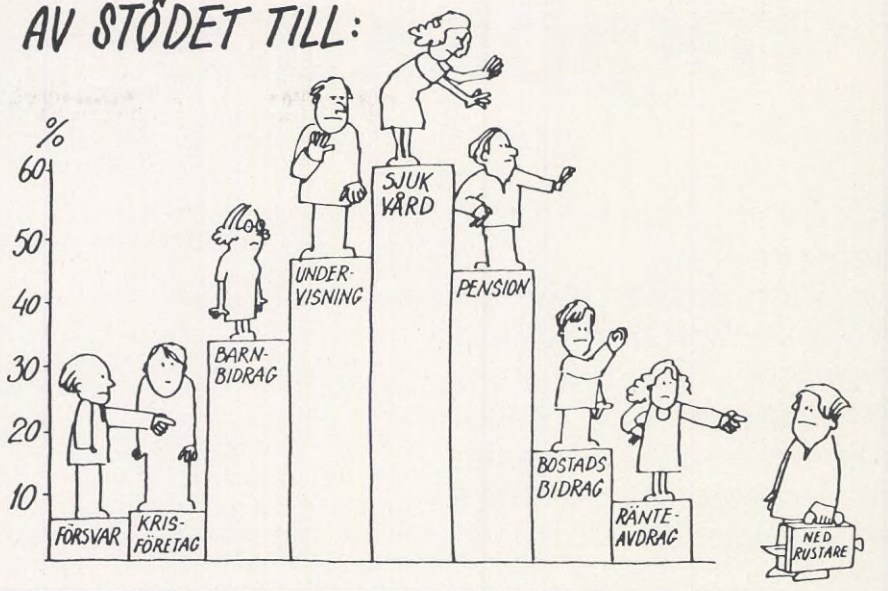
60 procent av befolkningen anser att de kan hjälpa till med vården av anhöriga som bor på samma ort. Huvuddelen av dem kan ställa upp mer än två timmar per dag. De som uppger att de saknar möjlighet att vårda anhöriga är 38 procent.

## Förebyggande insatser

Då det gäller generella förebyggande insatser inom hälso- och sjukvården så har meningarna gått isär i den allmänna debatten, och ibland förlöjligas som uttryck för en "storebrorsmentalitet".

Men Statistiska Centralbyråns undersökning visar att mer än nio av tio svenskar stödjer ett allmänt rökförbud i gemensamma lokaler såsom tex sammanträdesrum, matsalar, cafete-

## ANDEL AV SVENSKA FOLKET SOM SÄGER NEJ TILL MINSKNING AV STÖDET TILL:



De intervjuade tillfrågades om de ansåg det riktigt att minska samhällets utgifter till pensioner, försvar, barnbidrag, krisdrabbade företag, sjukvård, ränteavdrag, skolor och undervisning samt bostadsbidrag.

rior, biograffoajéer och järnvägsstationer.

En majoritet (59 procent) vill att livsmedelssubventionerna skall utformas så att mat med lite fett gynnas. Två av tre svenskar säger nej till återinförandet av alkoholoransonering. De som aktivt stödjer tanken på återinförande av motbok är 29 procent av befolkningen i vuxen ålder.

Sammanfattningsvis kan konstateras att

- trots att varannan svensk besökt läkare under senaste året och var femte arbetat i vården är det bara varannan som vet att landstingen har huvudsansvaret för hälso- och sjukvården
- nio av tio svenskar har goda egna erfarenheter av det medicinska handlandet i vården och en lika stor andel anser att vården som helhet fungerar bra i detta avseende
- nio av tio svenskar anser sig ha fått den omvårdnad, vänlighet och omtanke de behövt medan sju av tio menar att vården i allmänhet motsvarar dessa krav
- tre av fyra patienter är nöjda med den information de fick vid det senaste läkarbesöket, medan var fjärde skulle ha önskat mer information
- nio av tio anser det viktigt med en rättvis vård men bara hälften anser att vi har det och en lika stor andel menar att en privatisering skulle öka orättvisorna

• varannan svensk anser inte att en privatisering skulle påverka effektiviteten medan var tredje tror på en förbättring och var sjunde på en försämring

• det är bara 6% av befolkningen som vill ha en reduktion av utgifterna för hälso- och sjukvård samt 9% som förordar en skattesänkning även om den innebär sänkt vårdstandard

• för utbyggnad inom vårdpolitiskt prioriterade områden som hemsjukvård, förebyggande insatser och sjukhemsvård finns en majoritet

• en majoritet ställer upp på decentralisering och satsning på vårdcentraler, bibehållna små sjukhus samt små sjukhem med egna rum för patienterna och en förbättrad omvårdnad

• mycket stora delar av befolkningen stödjer vissa förebyggande insatser även om de innebär begränsning av den personliga valfriheten

Sammantaget betyder undersökningsresultaten att allmänheten ger hälso- och sjukvården ett högt betyg, man godtar dess kostnader och är beredd att betala för ytterligare förbättringar inom prioriterade områden. Något stöd för en begränsning av nedrustning av hälso- och sjukvården finns inte bland allmänheten. Sjukvården är det område där flest inte vill ha reduktioner.

# Erfarenheter från en regionkurs

**Att arbeta fram ett handlingsprogram på tio punkter brukar inte tillhöra vanligheten på förbundets regionkurser, åtminstone inte enligt min erfarenhet. Men det blev resultatet vid årets regionkurs för NOPR-länen.**

Genom att vi kursdeltagare gemensamt kom fram till ett konkret resultat uppnådde vi också syftena med regionkurserna, nämligen

- att diskutera gemensamma regionsfrågor
- att sprida förbundsinformation
- att öka demokratin inom förbundet samt
- att öka gemenskapen

Att förena nytta med nöje är något som vi RHL-are sätter stort värde på och förvisso hade vi både roligt och arbetsamt i Trollhättan.

För att få bakgrund till en diskussion om gemensamma regionsfrågor inom hälso- och sjukvården hade man bjudit in docent Sune Redfors från lasarettet i Vänersborg och Agne Svensson från landstinget i Vänersborg. Diskussionen efter respektive föredrag kom i stor utsträckning att kretsa kring hjärt- och kärlsjukas behov av en regelbunden och bra eftervård och patientens rättigheter och inflytande inom hälso- och sjukvården, två punkter som finns med i förbundets 6-punktsprogram. Jag tror att vi fick gehör för våra synpunkter hos bägge föredragshållarna, så att våra positioner flyttades fram ett stycke! Med bra argument – och det har vi – kan man skapa opinion om man uppträder enat – och det gör vi – för det vi tror på. Och vi tror på vårt 6-punktsprogram, vilket jag tyckte mig få bekräftat vid regionkursen.

Ett annat ämne man ville ta upp inom regionen var det uppdrag man ti-

digare antagit och skickat ut till samtliga medlemmar i NOPR-länen.

Uppropet tar upp tre huvudlinjer

- Medlemsvärvning
- Bildande av lokalföreningar
- Offentliga informationsmöten

Allt i syfte att stärka organisationen och dess slagkraft.

All verksamhet kräver i princip att man ställer upp ett realistiskt mål och att man sedan diskuterar hur man skall uppnå målet. På regionkursen diskuterade vi hur stor *nettoökning av medlemstalet* som det var tänkbart att respektive län skulle kunna klara av 1985. Vi ställde alltså upp konkreta mål för varje CO. Nästa diskussionsfråga blev självklart *var hittar man då de nya medlemmar och hur argumenterar man för att värva dem.*

## Värva medlemmar

Alla kursdeltagare var överens om att nya medlemmar hittar man inom sjukvården och helst bör rekryteringen ske genom en personlig kontakt och påverkan. Men detta är många gånger svårt att genomföra, beroende på olika orsaker; man får inte komma in på avdelningen, det är svårt att hitta medlemmar som har tid osv. Men alla som ligger på en medicinklinik – hjärt- eller lungavdelning – bör dock på något sätt nås av information om lokalföreningen och om förbundet. RHL:s *Gula pärmar* bör således finnas på samtliga sjukhus och distriktsläkarmottagningar och pärmarna måste vara aktuella för att kunna fylla sin funktion.

## Kontakt med sjukhus

En förutsättning för att gula pärmarna skall få ligga framme är oftast att man har chefsläkarens och sjukvårdspersonalens tillåtelse. Det är således viktigt att man har kontakt – en bra kontakt – med dem. Att regelbundet *uppsöka* läkare, sjuksköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter



Konsulent Bo Månsson och deltagare på regionkursen i NOPR-länen. Resultatet av kursen blev bland annat ett handlingsprogram i tio punkter.

både på sjukhus och distriktsmottagningar för att lämna information är något som vi kursdeltagare var överens om var en angelägen arbetsuppgift för samtliga lokalföreningar och centralorganisationer. På kursen diskuterade vi också andra möjligheter och situationer, där man kan tänkas komma i kontakt med hjärt-, kärl- eller lungsjuka, som eventuellt kan bli medlemmar. Att *sälja RHL-lotter* är ett bra sätt, *dels* tjänar både föreningen och förbundet pengar och *dels* får man ofta under lottförsäljningen möjlighet att prata om vad man gör i föreningen och vad förbundet står för. Vi tyckte det här sättet är så bra att vi kom överens om att samtliga lokalföreningar inom regionen bör sälja lotter och att respektive läns lotteriförsäljning bör öka.

## Pressbevakning

Ett annat sätt att nå blivande medlemmar är att göra sig känd i massmedia. Att se till att det skrivs om föreningen i lokalpressen, att det pratas om föreningen i lokal- och närradion, att man syns i TV osv. Vi var alla överens om att det är svårt men nödvändigt att vi syns i massmedia. Därför kom vi överens om att försöka förbättra våra kontakter med massmedia, främst med lokaltidningarna, genom att varje lokalförening skall försöka få in minst en *tidningsartikel* om sin föreningens verksamhet.

Ett annat sätt att synas i tidningar är att *annonsera* om sin förening och dess verksamhet. Där det ibland kan vara svårt att utforma en annons kom vi överens om att de föreningar som ville ha hjälp kan vända sig till förbundet, men minst en annons bör varje lokalförening försöka få in i sin lokaltidning under 1985.

Hur skall man då argumentera för att kunna värva nya medlemmar? Vi på kursen ansåg att en förutsättning är att man har tillräckliga kunskaper

om sig själv och sin egen sjukdom  
om sin lokalförening och dess verksamhet

om sin centralorganisation och dess verksamhet och

om sitt förbund och dess verksamhet

## Kunskaper

Vi resonerade som så, att de flesta nya medlemmar går med i en lokalförening för att få träffa andra sjuka i samma situation och för att få mer information om sin sjukdom; vad den beror på, hur man kan undvika att den förvärras osv. För att bättre kunna besvara vissa frågor från ev blivande medlemmar, bör så många i en för-

ening som möjligt ha genomgått någon av förbundets kurser i det egna handikappet, dvs ha gått i en studiecirkel i "Efter hjärtinfarkt" eller "Lungorna - funktion, sjukdomar, andningsvård". Varje lokalförening bör således starta minst en *studiecirkel* i det egna handikappet.

Att anordna studiecirklar i det egna handikappet kräver utbildade ledare. I NOPR-regionen finns det en viss brist på cirkelledare både i studiematerialet kring hjärta och kring lungorna, varför vi kom överens om att under 1985 skulle en *cirkelledarutbildning* genomföras inom regionen med hjälp av förbundet.

## Information

Att sprida bättre information, både sins emellan och till sina medlemmar om vilken verksamhet som lokalföreningen och centralorganisationen bedriver, är nödvändigt. Man måste informera om vilka intressepolitiska frågor man driver (bättre färdtjänst, bättre lungsjukvård osv) samt om vilka studier man har, vilka resor och fester man planerar, hur ofta man har månadsmöten osv.

Att veta vad förbundet gör är också viktigt. Man måste ha hum om dess stadgar och målsättningsprogram och man måste ha kunskap om aktuella arbetsuppgifter, dvs man måste kunna förbundets 6-punktsprogram. Vi var överens om att programmet är ett bra argument att värva nya medlemmar med. Det måste vara en styrka att snabbt kunna svara på frågan "vad gör ni inom RHL, då?"

"- Vi arbetar för att alla hjärtsjuka skall få en bra *eftervård*.

- Vi har också arbetat fram ett *eftervårdsprogram för lungsjuka*.

- Vi anser att du som hjärt-, kärl eller lungsjuk skall ha ett *större inflytande* inom hälso- och sjukvården.

- Vi håller på att se över vårt totala *informationsutbud*, så att kunskaper om hur det är att ha ett osynligt handikapp sprids till fler, till allmänheten.

- Vi driver en friskvårdskampanj bland våra medlemmar, där vi försöker förmå oss alla att motionera lite mer, äta mer riktigt sammansatt mat och försöka sluta röka.

## Målsättning

- Vi håller på att arbeta fram ett nytt målsättningsprogram med sikte på hur hjärt-, kärl och lungsjuka kommer att ha det vid sekelskiftet, år 2000.

- Tycker du det låter spännande och intressant? I så fall skall du gå med i vår förening!"

På kursen diskuterades vidare behovet av lokalföreningar. En lokalförening i varje kommun är ett mål att sträva efter. Detta för att på ort och ställe kunna erbjuda blivande medlemmar att delta i den planerade verksamheten. På så sätt slipper de resa, kanske flera mil, för att delta i ett månadsmöte, ett Hjärtats Dags arrangemang eller dylikt. Det är dock svårt, av olika orsaker, att hux-flux starta en ny lokalförening. Man behöver ofta skynda långsamt. Man måste förmodligen börja med att försöka *utse kontaktombud* i varje kommun. Dessa ombud kan bli kärnan till en kontaktkommitté, som har större möjligheter att bedriva en lokal verksamhet. Om intresse finns kan denna kommitté bli starten till en interimstyrelse för en lokalsektion, som efter att ha verkat en tid, fått erfarenhet och kunskap om föreningsarbetet med stöd och hjälp av sin moderförening, kan upptas som en självständig lokalförening inom förbundet.

## Offentliga möten

Det sista vi diskuterade på kursen var behovet av att anordna *offentliga möten* för att nå ut till allmänheten om hur det är att vara hjärt-, kärl- eller lungsjuk. Tre möten per lokalförening under året, kom vi fram till var ett lämpligt antal att genomföra.

Vi som deltog i regionkursen för NOPR-län kom alltså överens om att föreningarna under 1985 skall försöka genomföra följande:

1. Öka medlemsantalet
2. Sprida "gula pärmarna" till samtliga sjukhus och distriktsläkarmottagningar
3. Besöka samtliga sjukhus och distriktsläkarmottagningar för att ytterligare informera om RHL
4. Öka försäljningen av RHL-lotter
5. Annonsera i lokaltidningar
6. Få in artiklar i lokaltidningar om föreningens verksamhet
7. Genomföra minst en studiecirkel i det egna handikappet
8. Genomföra en cirkelledarutbildning i "Efter hjärtinfarkt" inom regionen
9. Utse ett kontaktombud i varje kommun
10. Genomföra minst tre offentliga möten

Jag tror att vi alla var överens om att dessa 10 punkter är möjliga att genomföra och att de skall följas upp vid regionkursen 1986.

**Text: Bo Månsson**

**Foto: Siverth Ohlsson**



# FRÅN LOKALFÖRENINGARNA

## Lyckat år i Arvikaförening

Lokalföreningen i Arvika har hållit sitt årsmöte i Esplanadhemmets aula. Ett 50-tal medlemmar mötte upp.

Av verksamhetsberättelsen framgår att föreningen vid årets slut hade 181 medlemmar. Av dessa är 65 hjärtsjuka, 38 lungsjuka samt övriga 78 stödjande. 7 nya medlemmar har tillförts föreningen. 14 medlemmar har under året avlidit.

Föreningen har haft många aktiviteter bla har två studiecirklar varit igång, den ena med titeln "Vad styr sjukvården" och den andra med anknytning till litteratur.

En 4-dagarsresa till Norge och Bergen anordnades under juli och man besökte bla Edvard Griegs hem som numera är museum. En endags resa där Dalsland och Håverudsakvedukten besågs anordnades i augusti. En sektion med flitiga damer har också varit i fullt arbete under året och tillsammans med andra aktiviteter som lotterier och insamlingar, så gav handarbetsauktionen under hösten ett bra netto.

Föreningens lottförsäljare Lars Berglund sålde under året 2 200 RHL-lotter och detta är ett mycket fint resultat av en föreningsmedlem. En hel del egna lotterier har likaså försålts med gott resultat. De inkomna medlen har delats ut som gåvor till medlemmar som legat på sjukhus samt vid hembesök.

Under juni fick föreningen besök av Nässjöföreningen som läst en studiecirkel om Värmland. En trevlig sammankomst anordnades.

Föreningens styrelse fick följande sammansättning: Ordförande Sonja Johansson, kassör Bengt Eriksson, Sekreterare Helge Nilsson. Övriga i styrelsen blev Holger Brander och Linnéa Granback. Sjukbesökare blev: Elin Degertorp, Gertrud Nilsson, Inez Pettersson, Sonja Johans-

son, Helge Nilsson, Ingrid Johansson och Helmer Helmer Ahelsved.

Alf Edh

## Lyckad äggsexa i Faluföreningen

Lördagen den 13 april bjöd gubbarna i Faluföreningen på äggsexa. 74 nöjda deltagare hade slutit upp till detta evenemang. Fem glada pojkar svarade för den goda maten, tre av dem uppträdde som kockar. "Smörgåsnissarna" ställde inte upp för fotografering.

Maj och Einar Hermansson underhöll med sång och musik, samt visade i ord och bild hur en kolmila kommer till.

Lotterierna med fina vinster skänkta av företagare i staden hade en strykande åtgång.

Gertrud Sundqvist

## Årsmöte med film i Östergötlands CO

Centralorganisationen i Östergötland har haft sitt årsmöte den 30 mars i Linköping. Hans Karlsson, Motala, valdes att leda mötet. Den nya styrelsen fick följande sammansättning: ordförande Karl-Olov Tegnér, Norrköping, vice ordförande Bernt Johansson, Ljungbro, sekreterare Göran Göransson, Norrköping, kassör Yngve Hoff, Borensberg. Övriga ledamöter: Hans Karlsson, Motala, Maj-Britt Sjövall, Linköping, Maj Tegnér, Norrköping. Till ny studieorganisatör valdes Inga Almquist, Linköping. Avgående styrelsefunktionärer avtackades.

CO har under året stått som arrangör för teaterresa och den obligatoris-



Kockarna Sven Nyström, John Malmberg och Ragnar Lindqvist på äggsexa i Falun.

ka "Årsträffen" har gått av stapeln i CO:s regi.

CO har under året tagit fram en folder som redogör för lokalföreningarnas verksamhet. CO har varit representerat på ett stort antal kurser och konferenser samt även haft egna kurser bla "Friskvård - hur gör vi". Den genomfördes på Motala Stadshotell med verkan från RHL och Korpen. CO har även haft Funktionärs- och planeringskonferens på Vildmarkshotellet den 13-14 oktober 1984 med deltagande av styrelseledamöter i lokalföreningar och CO. Även uppvaktningar på Regionsjukhuset har gjorts under året.

Bland deltagarna på årsmötet fanns några särskilt inbjudna äldre medlemmar, som en gång gjort stora insatser både inom CO och lokalföreningarna. Mötet avslutades med en mycket uppskattad filmförevisning av Gillis Johansson, Kisa, som visade sin film "Originalgubbar".

Maj-Britt Sjövall

## Årsmöte med musik i Alvestaförening

Alvesta lokalförening hade sitt årsmöte i Grönskolans bespisningslokal under god tillslutning av medlemmar. Årsmötet leddes av Knut Ahlqvist, Växjö. Ur verksamhetsberättelsen framkom att föreningen fått 38 nya medlemmar under året, 3 har avlidit och 3 har lämnat föreningen av annan orsak. Vid årets slut hade vi 181 medlemmar. Sju studiecirkel med 70 deltagare har varit i arbete. Vidare har Hjärtats Dag firats samt ett flertal andra aktiviteter anordnats.

En resa har gjorts till Oskarshamn och Döderhultarens utställning och en till Blekinge och dess sköna omgivningar. Medlemmarna har också deltagit i resor till Bohuslän och till Österrike. Till ordförande valdes Ebbe Carlsson, studieledare blev Kerstin Nilsson. Övriga ledamöter blev Greta Petersson, Ella Aronsson samt Sven Carlberg. Kvarvarande styrelseledamöter är Sven Sellstedt och Lennart Axelsson.

Före årsmötet hölls parentation över de under året avlidna, en tyst minut hedrade de bortgångna, varefter bröderna Torsson spelade och Helge Torsson sjöng Där Rosor Aldrig Dör.

Efter årsmötet intogs en utsökt middag. Vidare förekom sång av ett par flickor från Moheda. Bröderna Torsson svarade för musiken. Ordföranden framförde föreningens tack till dem som deltagit och gjort årsmötet till gott minne.

Ebbe Carlsson

# Han kan inte rädda livet på 20.000 svenskar om året ensam.



Nels Henningsen är läkare och forskare vid Malmö Allmänna Sjukhus. Han anser att dödligheten i hjärt/kärlsjukdomar i Sverige i stort sett skulle kunna halveras.

Det är ingen bekväm åsikt. Så här säger han själv:

///Läkare och forskare över hela världen är överens om att det vi äter påverkar vår hälsa. Därefter går meningarna starkt isär.

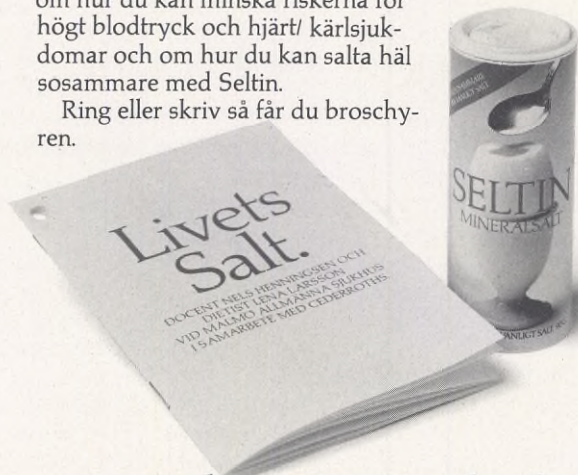
I USA anser man tex sedan 10-15 år tillbaka att vanligt salt har ett så starkt samband med högt blodtryck och hjärt/kärlsjukdomar att man helt enkelt 'tvingat' en gigantisk livsmedelsindustri att förändra saltinnehållet i den mat som tillverkas och säljs.

Under samma tid har dödligheten i hjärt/kärlsjukdomar i USA minskat med över 40%, i alla åldrar, raser och kön! Liknande exempel över hela världen visar att detta måste tas på största allvar.

Trots det fortsätter vi svenskar att salta som vanligt, både i livsmedelsindustrin och hemma i våra egna kök //.

Läs mer om docent Henningsens dramatiska budskap. Läs om hur du kan minska riskerna för högt blodtryck och hjärt/ kärlsjukdomar och om hur du kan salta hälsosammare med Seltin.

Ring eller skriv så får du broschyren.



## Seltin Mineralsalt.

CEDERROTHS Box 715. 194 27 Upplands Väsby. Tel. 0760-860 80.

# HÖRNAN

## STUDIE



## Får en cirkel se ut hur som helst?

Jag skulle vilja påstå att det är med svaret på den frågan som med det mesta här i världen: det beror helt på hur man ser på saken.

Om vi tänker på vad vi fick lära oss under en avlägsen skoltid av någon lärare som förtvivlat kämpade för att slå lite kunskaper i sina elever, så erinrar vi oss kanske att en cirkel ska vara rund. Annars är det inte en cirkel värd namnet.

Men vi som möts i den här spalten varje månad vet att en cirkel också kan vara ett antal människor som träffas i ett bestämt syfte: för att tillsammans sträva mot ett visst mål.

När samma lilla grupp träffas regelbundet, ett visst antal timmar för att skaffa sig kunskaper och utbyta erfarenheter om ett bestämt ämne kallar vi det studiecirkel.

Jag har tidigare i den här spalten skrivit om hur viktigt det är med cirklar. Jag har nämnt RHL:s cirklar om det egna handikappet. Det är en stor lättnad för många av våra medlemmar att av kamraterna i cirkeln få höra att upplevelserna av sjukdomen är likartade. Man är inte ensam. Och man är inte konstig. Andra har upplevt samma känslor.

Under långa mörka vinterkvällar kan det vara skönt att möta en grupp människor som man känner gemenskap och närhet till, för att diskutera med och söka kunskap tillsammans med. Sådant ger trygghet.

Men när vårsolen tittar fram och tussilagon sticker upp sitt gula huvud – då tar det emot att starta cirklar. Då vill vi vara fria! Och här vill

jag alltså hävda att cirklar kan se ut nästan hur som helst!

Även om vårsolen lyser så har vi behov av gemenskap. Varför inte förena nytta med nöje?

Vi är till exempel många som är begåvade med en liten jordplätt – alltifrån blomkrukor och balkonglådor till kolonilotter och torpets grönsaksland. Men långt ifrån alla – jag är själv ett sorgligt exempel – är begåvade med gröna fingrar. Varför inte bilda en frösättnings- och växtbytescirkel?

Vem antar utmaningen att i en cirkel lyckas lära mig att så persilja – och få den att växa?? Tänk så mycket trevligt och roligt 6–8 människor kan ha gemensamt under vår och sommar genom att ta vara på vad naturen bjuder på!

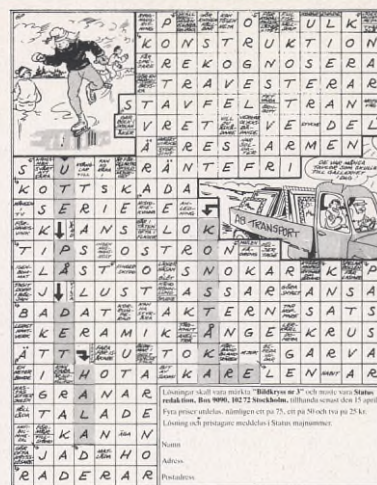
Ströva i skog och mark och leta vackra stenar och rara blommor. Lyssna på fågellåt, titta på spår efter djur, samla växter för att färga ullgarn, snida vrilar och spillopor.

Vill du lära dig mera om något du blivit intresserad av så ber du studieorganisations i din förening att fråga några medlemmar om de vill bli med dig i en cirkel.

Ni kan vara 5 eller 15. Ni kan träffas 5 gånger eller 15. Ni kan koncentrera cirkeln till 5 veckor eller träffas hela sommaren om ni vill.

Som du ser kan en cirkel se ut nästan hur som helst! Kom med, så gör vi sommarcirklar tillsammans!

Tonie Andersson



## Lösning och pristagare till Bildkryss nr 3/85

1:a pris 75 kr: Elsa Jonsson  
Barrgatan 6  
951 54 Luleå

2:a pris 50 kr: Edith Falk  
Kungsvägen 9A  
68090 Nykroppa

3:e pris 25 kr: Sonja Sjöström  
Vallmarksvägen 7  
87032 Ullånger

4:e pris 25 kr: Gunnar Lundqvist  
Sjögrensatan 8  
59300 Västervik

## Kongressstämpel



Brev och kort som postas på kongressen i Borlänge kommer att få en särskild minnespoststämpel.

De som är intresserade av stämpeln men inte själva deltar i kongressen kan genom sin förenings kongressombud ordna en försändelse med stämpel.

VAD ?? HAR DE BRUNNIT I MIN KÄK ??

JO... MEN DIN MORBROR OCH SVÄGER FICK STOPP PÅ ELDEN !!

GER OSS PÅSK-RIS

KNUT OCH FELIX

ÄR BER-GET IDA

REDIG

HJÄR-TE-VARM

BROR SOM DRÄP-TES

HUGGER

RIS-RUS-KA

ÄR PLÅT-SKEVVEN SKRIVA

SÅR FÖR FALL

KAN VARA HÄS-TAR

TRÖD ÄR FREJLEN MARK

SYNAS I TULLEN HJÄLPER MÅNGA

OBUN-DEN KAN PAP-PER SVÄ-RA FÖR

KRON-  
BLONDS  
HEM-  
ORT

SKINN-  
STYCKE

FÖRBÄT-  
TAR EKO-  
NOMIN  
RAMLA

PASSAR  
INSÖJN  
FRÄNT  
ORD

SKRIFT  
HJÄLD-  
BETECK-  
NING

HUVUD-  
STAD

BRUKAR  
VINTER-  
METRE  
FÖR  
FÖRVAR

FIN  
KÄLN-  
NING

KAN  
VARA  
RÄDD-  
NINGEN

UR-  
TEXTEN

SKEDE

UTTRYCK  
INGÅR I  
FETMA

SÄNT  
SOCKER  
FINNS  
LIERA

BLAD  
STÄM-  
MA

INTEN-  
SI-  
TET

HÅLLER  
JU  
TIDEN  
UT

BERÄT-  
TADE  
ZOLA  
OM

LÅNG  
INKÖRS-  
PORT

MÖRK  
MAN  
BÖR  
GIVARE  
FÅ

ETT  
SLAGS  
FÄRG

GÅR  
VAKT  
SOM  
SLUTAR

ORD-  
VÄX-  
LING

ÄR ÖGAT  
SOM  
PASSAR

EFTER  
ÅRR  
OCH  
FÖRE  
ÅR

FÖRT-  
FARAN-  
DE

BLIR  
KVIGAN  
MED  
TIDEN

INBUKT-  
NING  
ANGES I  
HÖGMUS

REDEN

HÖR  
INTE

LUPP-  
PLAGG

UPP-  
HETTA

STÄNGT  
HEMMA-  
TIPS

AV-  
KASTA

LJUS  
MYRA

RÅ-  
VARA

SÄTT  
ATT  
SÖKA

KAN  
INGÅ I  
PRA-  
LINEN

Lösningar skall vara märkta "Bildkruss nr 5" och måste vara Status redaktion, Box 9090, 10272 Stockholm, tillhanda senast den 15 juni. Fyra priser utdelas, nämligen ett på 75, ett på 50 och två på 25 kr. Lösning och pristagare meddelas i Status augustinummer.

Namn \_\_\_\_\_

Adress \_\_\_\_\_

Postadress \_\_\_\_\_

# Status

# BILDKRYSS nr 5

1985



RIKSFÖRBUNDET FÖR HJÄRT OCH LUNGSJUKA



## **BLOMSTERFONDEN**

tar emot gåvor  
Postgirokonto 90 00 11-8



Medel ur blomsterfonden användes för bidrag till bl a hjälpmedel av olika slag som ej kan erhållas från samhället.

Blomsterfonden har sedan 1963 delat ut betydande belopp till tusentals hjärt- och lungsjuka



Vill Du veta mera kontakta vår lokalförening eller RHL



**RIKSFÖRBUNDET FÖR HJÄRT- OCH LUNGSJUKA**

Box 9090, 102 72 Stockholm. Tel 08/69 09 60

Postgiro 90 00 11-8

