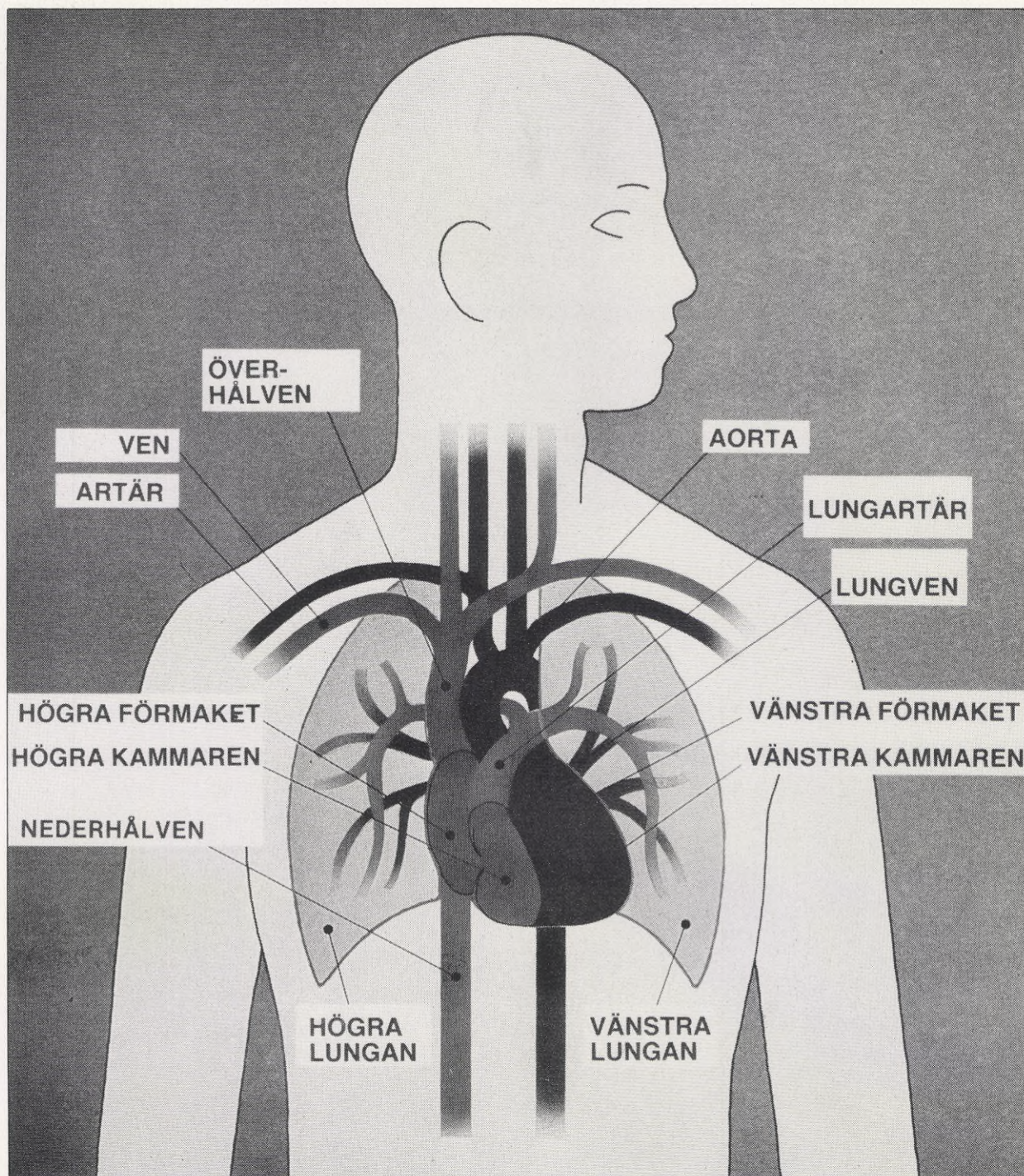


Det här verket har digitaliserats vid Göteborgs universitetsbibliotek.  
Alla tryckta texter är OCR-tolkade till maskinläsbar text. Det betyder att du kan söka och kopiera texten från dokumentet. Vissa äldre dokument med dåligt tryck kan vara svåra att OCR-tolka korrekt vilket medför att den OCR-tolkade 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.





# RHL:s ordförande

## Ett tack från Bo Martinsson

Min 65-årsdag den 14 juni i år blev för mig ett oförlömligt minne att alltid med glädje återkomma till. Jag hade aldrig kunnat föreställa mig att jag skulle bli föremål för så stor uppmärksamhet i samband med en sådan litet udda födelsedag. Att mina arbetskamrater på kriminalvårdsstyrelsen gärna ville uppvakta mig beror på att jag samtidigt lämnade min tjänst. Däremot hade jag väl inte tänkt att jag av mina förbundskamrater ute i föreningar på läns- och lokal nivå skulle få en så storslagen gåva. Förbundsstyrelsen och förbundsexpeditionen har naturligtvis också medverkat. Jag tackar Er alla och försäkrar Er att jag verkligen uppskattar presenten. Bo Månsson och Bengt Dahlström representerade förbundet vid uppvaktningen och det glädde hela familjen att ha dem i vår krets. Postogram, brev och andra meddelanden från organisationer inom och utom landet medverkade till att öka min tacksamhet och göra födelsedagen minnesvärd. Än en gång hjärtligt tack.

Bo Martinsson

– Nu får jag mera tid att arbeta för hjärt- och lungsjuka, sade nyblivne pensionären Bosse Martinsson när han firades på 65-årsdagen av föreningsskamraterna.



## RHL:s Studiekommitté

Studiekommittén träffas två-tre gånger per år för att arbeta med utbildningsverksamheten i förbundet tillsammans med Ronny Weylandt som är RHL:s studiekonsulent.

Ledamöter i kommittén är: Ulla Alnesved, Uppsala, Karin Gustavsson, Karlskoga, Thage Renevall, Nybro, Bror Ek, Vänersborg, Valdemar Karlsson, Östersund och Eva Jansson, Umeå.

Ronny Weylandt är sekreterare i kommittén och Tore Leijon från Malmö dess ordförande.

Kommittéledamöterna arbetar enligt en uppgjord arbetsordning med långsiktig utbildningsplanering.

Huvudfrågorna är:

- **Eftervårdsprogram** som ska genomföras i samtliga län.
- **Grundutbildning** för RHL:s medlemmar.
- **Hjärt-lungräddningsutbildning** för alla medlemmar.
- **Kontaktombudsverksamhet** där lokalföreningar saknas.

- **NOPR-satsning** för att bilda nya föreningar i regionen samt ytterligare förstärka studieverksamheten.
- **Kurs- och konferensverksamhet.** Kommittén syftar till att sänka kostnaderna för resor och logi.

RHL:s studiematerial kan beställas från RHL, Box 9090, 10272 Stockholm. Till studiecirkel beställs materialet genom ABE.

- Lungorna – funktion, sjukdomar, andningsvård 65 kr
- Hjärtat – funktion, sjukdomar, eftervård 50 kr
- RHL – vår organisation 30 kr



Studiekommittén har roligt på sina möten. Här är Valdemar, Monika (sekreterare på kansliet), Ronny, Ulla, Eva och Karin samlade kring protokollet.

### RHL:s pacemaker-kommitté

Kommittén är en medicinsk-teknisk arbetsgrupp sammansatt av pacemakerläkare, tekniker och pacemaker-bärare. Kommittén tar upp aktuella frågor som rör tex pacemakerens elektriska störningsproblem.

Skriv till RHL, Box 9090, 10272 Stockholm om Du har några frågor av teknisk art. Medicinska frågor besvaras av Din läkare.

**Arne H W Larsson**

Ordförande i pacemaker-kommittén

Organ för Riksförbundet  
för hjärt- och lungsjuka

September 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
9	15 sept	15 sept	20 okt
10	20 okt	20 okt	30 nov

**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.

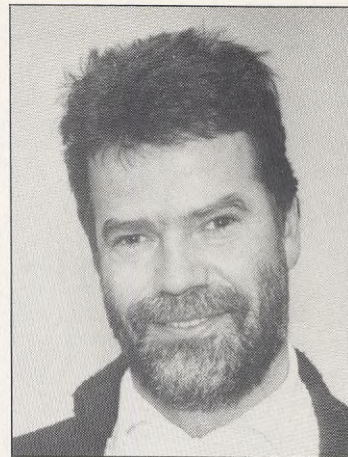
Redaktionen svarar för  
osignerat material som är infört  
i tidningen.

Omslagsbild:  
Ill. Lungskadeförbundet®

## LEDARE

Förbundssekreterare  
Bo Månsson:

### Ett bra komplement...



anser jag att förbundets totala verksamhet är, till de aktiviteter som kommuner och landsting enligt lag skall bedriva. Tyvärr är det inte alltid så att alla kommuner och landsting tycker likadant. Ibland får jag en känsla av att de tycker tvärtom, dvs att de ser oss som konkurrenter och vill därför inte samarbeta med oss, trots att vi för det mesta har samma mål med vår verksamhet.

Socialtjänsten skall bli inriktad på att frigöra och utveckla enskildas och grupperns egna resurser och främja jämlikhet i levnadsvillkor. Socialnämnden skall i samarbete med föreningar och enskilda främja goda miljöer i kommunen. Enligt RHL:s stadgar skall vi verka för att våra medlemmar tillförsäkras samma levnadsstandard som övriga. Förbundet skall för att uppnå dess syften samverka med alla kommunerna. Samma mål och samma medel men förvånansvärt lite samarbete.

Sjukvårdshuvudmännen skall också samverka med oss, när det gäller planering och utveckling av den del av hälso- och sjukvården som berör våra medlemsgrupper. Hälso- och sjukvården har som mål en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. RHL har som mål att hjärt-, kärl- och lungsjuka får en god sjukhus- och eftervård samt att arbeta för förebyggande och hälsobefrämjande verksamheter. Återigen samma mål och samma medel, men lite samverkan.

Hälso- och sjukvårdspersonalen bör utforma och genomföra vården i samråd med patienten, står det i Tillsynslagen. "Och med hans organisation" borde det tilläggas, för så fungerar det i praktiken på många sjukhus. Fler och fler läkare inser att den verksamhet som vi bedriver inom RHL på såväl central, regional och lokal nivå är ett gott komplement till den hälso- och sjukvård som de bedriver. Som ett bevis härpå är det samarbete som mer och mer förbättras mellan RHL och Cardiologföreningen och mellan RHL och Lungmedicinska föreningen.

Om alla insåg att RHL har mycket att ge av kunskaper och erfarenheter om hur det är att vara hjärt-, kärl- eller lungsjuk, att vi faktiskt är ett komplement och inte en konkurrent, så skulle samarbete med oss vara en självklarhet. Att samarbeta tjänar vi alla på, i första hand den enskilda individen.

# Det ideella arbetet är vår styrka



**Tänk om vi kunde mäta det totala antalet timmar som läggs ner inom det här förbundet! Tänk på alla sjukbesök, alla telefonsamtal, alla möten och sammankomster som RHL-medlemmarna genomför helt ideellt!**

Medlemskapet i RHL innebär ett givande och ett tagande. Det är så vi stärker solidariteten och gemenskapen.

## Detta kan du göra för RHL!

För nya medlemmar kan du kanske fungera som kontaktombud. Dela med dig av din livserfarenhet! Var en god lyssnare. Ta del av den andres sjukdomsupplevelse och önskemål.

För din **lokal förening** kan du till att börja med delta i föreningslivet. Du kan utbilda dig till cirkelledare, hjärt-lungräddningsinstruktör eller informator genom att gå på kurser genom RHL och ABF. Du kan delta i arbetsgrupper i lokal föreningen, tex för att förbättra våra medlemmars möjligheter att få färdtjänst. Så småningom känner du dig kanske mogen att delta i styrelsearbetet.

För din **centralorganisation (CO)** kan du engagera dig i hälso- och sjuk-

vårdsfrågor. Dina erfarenheter av hur det fungerar i ditt landsting är viktiga när RHL ska påverka utformningen av sjukvården. Det kan gälla synpunkter på hur akutsjukvården fungerar, att eftervård saknas, att ambulanstjänsten bör omorganiseras eller att förebyggande hälsovården behöver förbättras.

För ditt **förbund**, RHL, kan du rekrytera fler medlemmar. Ju fler vi är ju tyngre väger våra argument när vi driver våra krav gentemot stat, landsting och kommun. Du kan också sprida information om förbundet på din arbetsplats, bland dina vänner och bekanta och du kan engagera dig i det intressepolitiska arbete som förbundet bedriver på olika områden.

## Läs RHL:s nya målsättningsprogram

Det finns hos din lokal förening och på RHL, tel 08-690960.

## Fem punkter att ta itu med

Varje aktivitet som vi genomför inom RHL har till syfte att förändra och förbättra levnadssituationen för våra medlemmar. För att vi inte skall arbeta planlöst har vi ett handlingspro-

gram, som omfattar fem punkter. Detta program har sitt ursprung i vad varje RHL-medlem genom sin representant tyckte vid kongressen i Borlänge 1985. Det är alltså medlemmarna som bestämmer vad vi skall ägna våra krafter åt, oavsett vi arbetar i lokalföreningen, regionalt i CO eller centralt på förbundet.

## Handlingsprogram för Kongressperioden 1985-1988

- 1 Förbättra och förstärka RHL:s organisation
- 2 Effektivisera RHL:s eftervårdsprogram
- 3 Öka patientinflytandet inom sjukvården
- 4 Förbättra lungsjukvården
- 5 Öka RHL:s insatser inom thorax och cardiologi

## MÅL SÄTTNINGSPROGRAM

Riksförbundet för  
hjärt- och lungsjuka

*RHL:s målsättningsprogram.*

### 1. Förbättra RHL

Vad är det då vi arbetar med den här kongressperioden? För det första arbetar vi med att förstärka och förbättra vår egen organisation. Vi ska bli både fler medlemmar och fler lokalföreningar. Vi ska stärka RHL-andan. Vi tillhör alla en organisation med en klar målsättning om vad det är vi vill förändra och förbättra i det samhälle som vi lever i.

### 2. Effektiv eftervård

För det andra ska vi göra vårt eftervårdsprogram för hjärt-, kärl- och lungsjuka effektivare.

RHL vill ha

- sjukgymnastledd träning i sjukvårdens regi
- motionsverksamhet i RHL:s regi
- studieverksamhet om den egna sjukdomen
- konvalescentvård

Målet är att alla hjärt-, kärl- eller lungsjuka skall ha möjlighet att delta i ett eftervårdsprogram. Våra lokalföreningar ska kunna erbjuda lämplig motionsverksamhet och studiecirkelverksamhet. Våra motionsledare ska vara specialutbildade och även kunna hjärt-lungräddning (HLR).



*Hjärt-lungräddnings-utbildning. Instruktor Herbert Ahlqvist.*

I våra studiecirklar om det egna handikappet lär vi oss hur kroppen fungerar efter sjukdomen och hur vi ska förhindra att bli sämre eller få ett återfall. Vi tar del av våra rättigheter genom Socialtjänstlagen och Hälso- och sjukvårdslagen. I cirkeln träffar vi andra sjuka och deras anhöriga under avspända former. Vi har också möjlighet att få diskutera med en läkare, dietist eller sjukgymnast.

Många hjärt-, kärl- och lungsjuka behöver konvalescentvård efter en sjukhusvistelse eller som en form av "semester" från sin sjukdom och sitt vardagliga liv. Tyvärr anser de flesta landsting sig inte längre ha råd att skicka patienter till våra fyra konvalescenthem Åsen, Svanholmen, Långsjön och Björkefors. RHL arbetar därför på att försöka hitta lösningar på resursproblemet och alternativa uppgifter för våra hem.

### 3. Patientinflytandet

För det tredje anser vi att det är av stor betydelse att respekten för patientens erfarenheter och kunskaper ökar inom hälso- och sjukvården. Vi vill att patienten skall få en fullgod information om sin sjukdom och möjlighet att delta i ett samrådsförfarande om olika behandlingsalternativ. Vi vill att vi som organisation ska samverka med landstingen när de planerar hälso- och sjukvården.

### 4. Förbättra lungsjukvården

För det fjärde måste vi alla tillsammans arbeta på att förhindra nedskärningar och försämringar inom lungsjukvården. Enligt uppgifter från Statistiska Centralbyrån (SCB) ligger sjukdomar i andningsorganen nu på

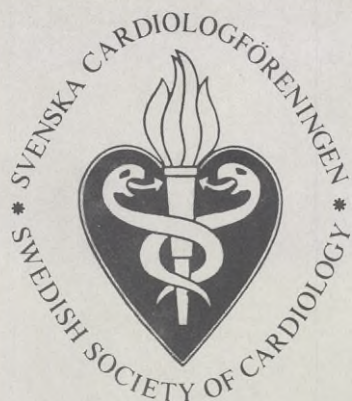


*RHL:s eget studiematerial.*

tredje plats som orsak till dödsfall. Lungsjukdomarna ökar snabbast men antalet vårdplatser minskar och lungläkarna är för få. RHL samarbetar med Svensk Lungmedicinsk förening för att vända utvecklingen. Oxygenterapi i hemmet med hjälp av koncentratorer är ett annat problem som snabbt behöver lösas.

### 5. Thorax och cardiologi

För det femte måste kapaciteten öka inom såväl cardiologin som thoraxkirurgin. Vi känner alla till köerna till kranskärlsoperationerna. Vi vet att hjärtsjuka dör i dessa köer. Enligt uppgift från de fyra thoraxklinikerna Uppsala, Lund, Stockholm och Göteborg stod det 833 personer i kö våren 1987. Förbundet har arbetat hårt på att få fram en femte klinik i Umeå och vi tycker oss nu skönja målet i och med att landstingsförbundet sagt sitt ja. □



## Cardiologföreningen

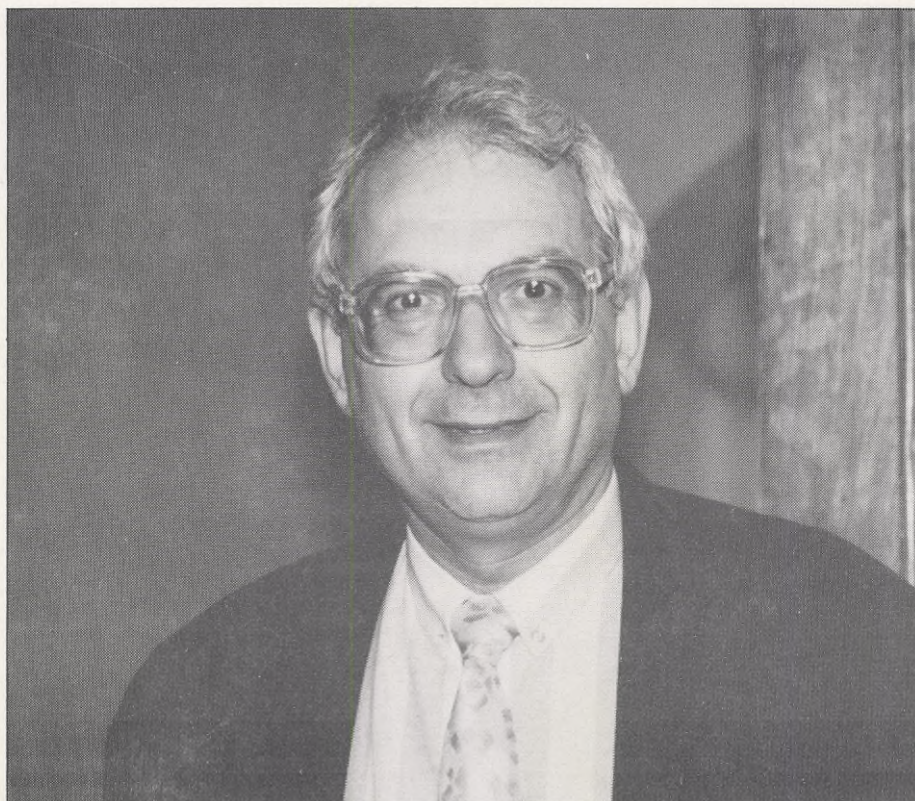
Svenska Cardiologföreningen bildades 1947 och firar 40-årsjubileum den 1 december. Föreningen bildades av en grupp läkare med lite varierande bakgrund men med ett gemensamt intresse för hjärtsjukdom och hjärtsjukvård. Med hjälp av hjärtkateriseringsteknik, nytänkande och ny teknologi kom man på ett betydligt bättre sätt än tidigare åt att diagnostisera och därmed behandla hjärtsjukdom. Bland grundarna märks två av föreningens tre hedersledamöter, professor Lars Werkö och professor Gunnar Björck. Docent Inge Edler utsågs på Cardiologföreningens vårmöte 1987 till den tredje hedersledamoten för sina mycket fina insatser på det diagnostiska området med ultraljud. Svenska Cardiologföreningen är en sektion inom Svenska Läkarsällskapet. Föreningens huvuduppgift är att värna om utbildningen inom hjärt-läkarkåren. Man har representanter i Nämnden för läkares vidareutbildning och ger som remissinstans förslag och direktiv för att den utbildning som erbjuds inom landet ska hålla en hög standard.

Dessutom arbetar föreningen för att samhällsresurser avlänkas mot hjärtsjukvård. Saknas medel kan en aldrig så väl utbildad läkare göra en ringa insats.

Cardiologföreningen bevakar också forskningen inom sitt område och samarbetar därmed intimt med Svenska Nationalföreningen mot hjärt- och lungsjukdomar.

Föreningen har drygt 1000 medlemmar varav 650 är läkare av olika kategorier och 270 är sköterskor. Därutöver finns ett antal associerade medlemmar som är sysselsatta i den cardiovasculara läkemedelsindustrin eller på annat sätt särskilt intresserade av hjärtsjukdomar.

# Hjärtläkarnas ordförande



Överläkare Lars Rydén intervjuas av Status redaktör Tonie Andersson.

**Svenska Läkarsällskapets hus invid Klara kyrka i Stockholm är en pampig byggnad helt inredd i jugend-stil. Från vitkalkade väggspglar inramade av ljus ekpanel blickar lugnande läkarögon på Status redaktör från oljemålningarna. Jag känner att varje liten krämpa skärsådas av de allvar samma herrarna. Här har jag stämt möte med Svenska Cardiologföreningens ordförande Lars Rydén för ett samtal om resursfördelning, operationsmetoder och utbildning av läkare och sköterskor inom hjärtsjukvården.**

Överläkare Lars Rydén från Kärn-sjukhuset i Skövde har som sig bör lugna, klara läkarögon. Under vårt samtal inser jag att de ögonen också väl förstår att granska myndigheternas förslag till nedskärningar, omstruktureringar och medelsfördelning inom sjukvården. Han uttrycker sig mycket övertygande.

– Det är ledsamt att konstatera att vi knappt fyller måttet på en bra hjärtsjukvård här i landet, säger Lars Rydén. Vi har ju haft en oerhörd debatt om detta den senaste tiden. Ett aktuellt problem är att vi tack vare vårt tidigare dödsbegrepp inte kunnat utveckla transplantationsverksamheten. I och för sig kan vi göra allt som de kan utomlands, men vi saknar me-

del och resurser att transplantera i tillräcklig omfattning. Fram till helt nyligen har vi inte heller haft legala möjligheter att utföra transplantationer med svenska donatorer.

– Inom Cardiologföreningen är vi mycket aktiva för att verka för en förbättrad standard inom hjärtsjukvården. Vi ger egna kurser för läkare och dessutom för sjuksköterskor inom hjärtintensivvården eftersom deras utbildningsmöjligheter gjort oss mycket bekymrade. Deras utbildning är på intet sätt tillgodosedd av landstingsförbundet och den varierar starkt inom landet. På vissa håll finns ingen utbildning alls.

Lars Rydén blir smått poetisk när han talar om Cardiologföreningens lovvärda målsättning att skapa medel för en återkommande veckokurs för sköterskor.

– Vi tar emot 30 deltagare. Förhoppningsvis kommer de ut som en hagelsvärm över landet, faller som droppar och sprider sina kunskaper på avdelningarna. Om ni är intresserade i RHL så är detta tillfället till ett suveränt samarbete. Det kan bli mycket intressant, säger han entusiastiskt.

## Operationskön

Fler hjärtsjuka skulle kunna få framgångsrik behandling tack vare nya metoder för operativa ingrepp men

# – en man med framtidsvisioner

resurser saknas. Politikerna beräknar med hjälp av sina experter nivån för olika typer av ingrepp. När det blev dags att beräkna antalet kranskärlsoperationer gjorde läkarrepresentanterna i expertgruppen alltför försiktiga beräkningar. Det passade politikerna eftersom kostnaderna skjuter i höjden ju mer resurser man kräver. Man enades om en nivå för kranskärls-ingrepp med 250 st per miljon invånare. Vi vet genom den intensiva debatt om operationskön som förts att resurserna underdimensionerats.

Hur ser Cardiologföreningen på resursfördelningen?

– Det är inte riktigt juste att debatten blivit så hårt vinklad mot politiker och administratörer. Det medicinska samhället har ansvaret att komma med väl underbyggda råd. Politikerna har satsat upp till den nivå vi enades om, de goda resultaten vid kranskärlsoperationer gör att behovet har ökat nästan till det dubbla.

Hjärtläkarna försöker ju med alla medel att hitta dem som löper risk att dö och skjuta fram dem i kön. Men människor dör ändå i kön. De som har ont men inte är i riskzonen får vänta desto längre. Det kanske inte är så mycket barmhärtigare att människor får gå och ha ont i onödan.

Problemet är den tunggrodda sjukvårdsapparaten. Det är ju av någon anledning nästan omöjligt att åstadkomma snabba förändringar. Vi hoppas nu att politikerna tillsammans med cardiologerna satsar på ett samarbete för att avskaffa operationsköerna. Det är viktigast just nu.

## Fåtal hjärtbyten

Jag frågar Lars Rydén om han tror att politikernas tilltro vilja att satsa på hjärttransplantationer påverkas av kranskärlsdebatten.

– Nej, det tror jag inte, svarar han bestämt. Ekonomiskt sett är det förhållandevis blygsamma resurser som går åt till hjärttransplantationsverksamhet. Varje ingrepp är mycket dyrt, men antalet ingrepp blir få.

Vi skulle behöva 4–500 miljoner kronor för att åstadkomma en effektiv hjärtsjukvård. Därav skulle 18–20 miljoner kronor gå till transplantationer.

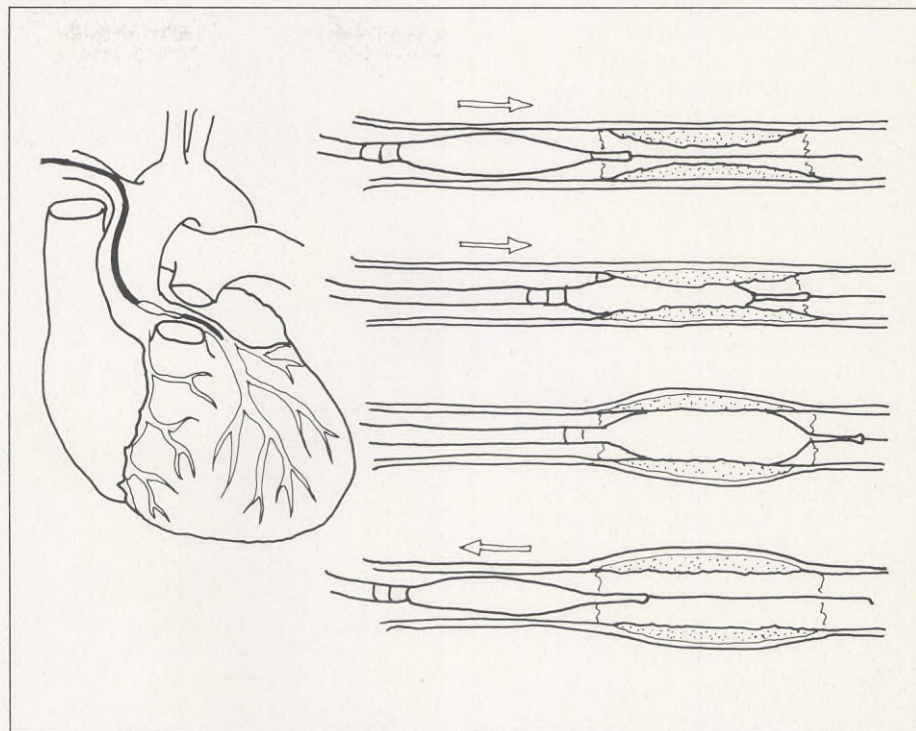
## Ballongdilation

Ballongdilation är en metod som i vissa fall används istället för kranskärlsoperation. Metoden lanserades i slutet av 70-talet. I USA anses komplikationsrisken så låg att man på vissa hjärtcenter betraktar ballongdilation

## Ordförklaringar

Cardiologi = läran om hjärtat och dess sjukdomar

Cardiolog = hjärtläkare  
Radiolog = röntgenläkare



*Ballongdilation. En kateter med en uppblåsbar ballong förs in i ett förkalkat kranskärl. Förträngningen vidgas när ballongen blåses upp. När ballongen dras ut kan blodet lättare strömma igenom kranskäret. (Ill: Hans Nilsson)*

som ett alternativ till medicinsk – inte kirurgisk behandling.

– Jämfört med kranskärlsoperation är dilation en enkel och billig metod, men vi har köer här också. Vad beror det på? frågar jag Lars Rydén.

– Här i landet har vi helt enkelt inte tillräckligt med folk som klarar att utföra ballongdilationer. Jag anser att detta beror på att hjärtläkarna i Sverige – till skillnad från andra länder – inte släpps in i laboratorier för att medverka vid kranskärls röntgenundersökningar.

## Med välvässad penna

Den som söker läkare för smärtor i bröstet får vanligen börja sin vandring genom sjukhuset. Läkaren skriver remiss för arbetsprov. Patienten får vänta, genomföra provet och vänta igen innan han kommer tillbaka till hjärtläkaren som upptäcker att han behöver skicka patienten på ytterligare undersökningar. Ny remiss och mera väntan i ovisshet.

– Den typen av hjärtläkare är mest betjänt av en väl vässad penna för att kunna kryssa i olika typer av undersökningar på sin remisslapp, säger Lars Rydén med glimten i ögat. Jag

kallar honom Typ I-cardiologen. Jag vill i stället att hjärtläkarna ska arbeta på ett sätt som jag kallar Typ II-cardiologen. Han följer patienten till laboratoriet och arbetsprovet så att han ser patienten i undersökningssituationen. Den hjärtläkaren behöver aldrig tveka om hur patienten såg ut när han ansträngde sig eller vad patienten sa när han fick ont. Läkaren kan lätt skapa sig en totalbild och kan ge patienten besked med en gång. Patienten slipper resandet fram och tillbaka och får ha sin läkare med sig hela tiden.

På laboratorier och röntgenavdelningar får då hjärtläkaren möjlighet till nära samarbete med de läkare som är specialutbildade på apparatur och laborativ metodik. Ett sådant samarbete befrämjar allas kunskap och mångsidighet.

## Vårda människor

På Kärn sjukhusets hjärtavdelning kan Lars Rydén omsätta sina idéer till praktisk handling. Han är en förespråkare för samarbete och initiativtagande inom sjukvården.

– Vi måste se vården ur patientens synvinkel, säger han. Den föreslagna rikskon för kranskärlsoperationer bygger på principen ”lika illa åt alla” i



stället för "så bra som möjligt åt så många som möjligt". Ta Kärnssjukhuset i Skövde som exempel. Vi har arbetat hårt tillsammans med politiker och administratörer för att nu i augusti kunna starta med hjärt-kärlröntgen (coronarangiografi). Vi har inte mer pengar än andra landsting. Vi har omfattats av en idé, tagit personliga initiativ och satsat av eget intresse för att få vår röntgenutrustning. Både läkare och politiker har velat ge den man ansvarar för en god vård.

– Rikssköns gör att det egentligen inte blir någon förbättring alls för våra patienter. För patienterna är det djupt olyckligt att utredas på hemorten för att sedan skickas genom landet för operation på annan ort. Transporten som sådan kan vara olämplig. Omställningen till ny sjukvårdspersonal blir påfrestande och avstånden kan göra det omöjligt för anhöriga att närvara. Våra framgångsrika ansträngningar kanske kan vara en sporre för andra landsting och sjukhus, så att de satsar på att förbättra de egna vårdmöjligheterna. Då behövs ingen riksskö.

### Professur i cardiologi

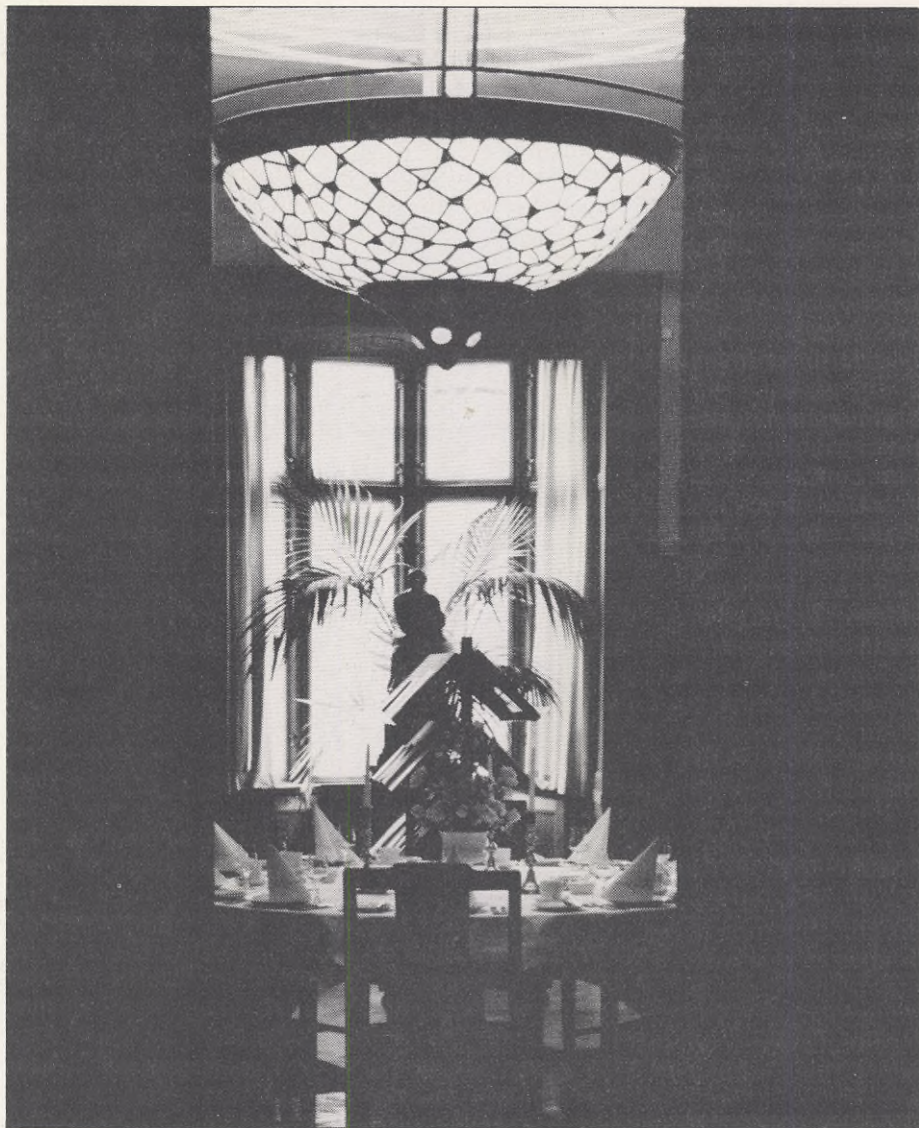
– Invärtesmedicinska åtkommar är så komplicerade att vi måste ha läkare som specialiserar sig på blodsjukdomar, njursjukdomar, hjärtsjukdomar osv. Hjärtsjukdom är upphov till en enorm kvantitet av all sjuklighet och hälften av dödligheten. Cardiologför-



eningen har arbetat intensivt med att plädera för den professur i cardiologi som inrättades från 1 juli i år vid Karolinska sjukhuset. Det betyder oerhört mycket att vi får en ämnesföreträdare som hävdar vår disciplins intressen.

### Rehabilitering

Det framgår tydligt att cardiologerna i Lars Rydén har en kraftfull företrädare. Han har också förmåga att se sjukvården ur patientens synpunkt. Jag informerar honom RHL:s arbete med eftervårdsprogrammet och frå-



*Svenska Läkarsällskapets hus är inrett i jugend-stil.*

gar hur han ser på rehabiliteringen för hjärtsjuka.

– Den är naturligtvis otillräcklig. Bra rehabilitering finns tex i Oskarshamn, Uppsala, Varberg och Danderyd i Stockholm. Men det finns fläckar på kartan som inte ens är vita – det är håll! I detta med rehabilitering ingår så mycket.

– Vi behöver opinionsbildande grupper för att utveckla rehabiliteringen. Sköterskorna är en mycket viktig grupp i det sammanhanget liksom RHL. På många håll är RHL:s lokalföreningar mycket aktiva och lyckas få igenom förbättringar för patienterna. Men det finns säkert också lokalföreningar som för en tynande tillvaro om man ska vara ärlig.

Jag håller med honom om att RHL har lokalföreningar som skulle behöva arbeta betydligt kraftfullare med vårt eftervårdsprogram för att få fram rehabilitering och lämplig motion.

RHL:s samarbete med Korpen är ett positivt initiativ, tycker Lars Rydén. Själv är han aktiv i Friskis och Sveltis och anser att deras lättgymna

kan vara lämplig för RHL:s medlemmar.

### Låt oss samarbeta

Mannen mitt emot mig har en entusiasm som förefaller kunna sopa undan alla hinder, kombinerad med en viljestyrka lika kompakt som ekbor-det vi stödjer armbågarna på.

– Våra organisationer har diskuterat väldigt lite vad RHL och Cardiologföreningen kan åstadkomma tillsammans. Tänk om vi kunde satsa på ett samarbetsprojekt för att skapa intresse för rehabilitering och motion. Vi kunde göra en intressant och spännande kurs, säger han.

När Lars Rydén bryter upp för att bege sig till nästa möte dröjer jag mig kvar under den enorma jugendlampen, smittad av känslan han förmedlat: ingenting är omöjligt. Jag leker i tanken med de berg hjärtläkare och patienter ska förflytta tillsammans när våra organisationer tar i samtidigt. □

**Foto: Tonie Andersson**

# Nytt hjärta ger chans till fortsatt liv

Den 6 maj röstade våra valda ombud i riksdagen – fritt utan partihänsyn – igenom det nya begreppet hjärndöd. Från och med 1988 gäller alltså de hjärnrelaterade dödsriterierna som innebär att en människa vars hjärna är totalt och oåterkalleligt död förklarar döden även om hennes hjärta fortsätter att slå.

Det nya dödsbegreppet kommer att gälla för mellan 200 och 500 av de 90 000 svenskar som dör varje år.

Det nya dödsbegreppet gör det möjligt för läkarna att genomföra hjärttransplantationer i Sverige med svenska donatorer. Hittills har 13 hjärtbyten genomförts i Sverige och då med hjärtan från utländska donatorer. Man räknar med att 80–100 människor per år behöver transplanteras i Sverige och att tillgången på lämpliga hjärtan är ca 200 per år.

## Ett halvår kvar att leva

Vem kan komma ifråga för ett nytt hjärta? När all medicinsk behandling är utan effekt och man bedömer det utsiktslöst att genomföra något kirurgiskt ingrepp återstår möjligheten till transplantation. Hittills har då gällt att patienten inte beräknas leva mer än ett halvt till ett år utan transplantation.

Åldern har betydelse och patienten bör vara under 55 år. Den äldste opererade svensken var dock 65 år. Inte heller bör patienten ha andra allvarliga sjukdomar eller skador på andra organ.

## Hjärttransplantation är sista chansen

Operationen är ingen *garanti* utan en *chans* till fortsatt liv med långtidsöverlevnad och god livskvalitet.

Patienterna har till en början mycket bekymmer efter operationen med nedsatt njurfunktion, blodbrist, högt blodtryck, gikt och hårbeväxning. Alla får dessutom avstötning några gånger under det första året. Trots alla problem är patienterna glada, tack samma och positiva. De flesta återgår till arbete eller studier och alla anser att de kan göra vad de önskar på sin fritid.

De som överlever första halvåret har goda möjligheter att klara sig. Den som levtt längst med sitt transplanterade hjärta är en amerikansk kvinna som opererades för 19 år sedan.



Ill. Tonie Andersson

## Donatorn är ung och frisk

Vem kan vara en lämplig donator? En hjärndöd man under 35 år eller en hjärndöd kvinna under 45 år med ett friskt hjärta är ur medicinsk synpunkt lämplig som donator. Dessutom ska blodgruppen och storleken på hjärtat passa mottagaren.

Donatorn måste finnas inom 4 timmars transporttid. Den tid det utopererade hjärtat är utan blodcirkulation kallas ischemi. Ju längre ischemi-tid dess sämre resultat. Det gäller alltså att spara tid, vilket ställer stora krav på en väl fungerande organisation. Den känsliga tiden är uttagningen av hjärtat och transporttiden plus 30–40 minuter för att sätta in det nya hjärtat.

## De anhöriga får 36 timmar

Läkarna har högst ett och ett halvt dygn på sig om hjärtat från en hjärndöd ska kunna användas för transplantation.

När en människa i yngre medelåldern med ett friskt hjärta förklarar hjärndöd är döden oftast en oväntad händelse, framkallad tex genom en trafikolycka. De anhöriga får alltså

högst 36 timmar på sig att ta ställning till transplantation av olika organ. Under denna tid ska de anhöriga informeras och ge sitt samtycke till att organ tas för transplantation. Om de anhöriga är oeniga får läkarna inte ta några organ.

## Lag om samtycke

Efter riksdagens ja till hjärndöd tillsatte socialminister Gertrud Sigurdson en enmansutredning för "Översyn av transplantationslagen". Det är hovrättslagman Erland Aspelin som bland annat har direktiv att titta på samtyckesreglerna. Möjligheten finns att kraven på samtycke skärps ytterligare så att en människa måste dokumentera sitt samtycke till att bli donator vid eventuell hjärndöd. Ett sådant aktivt samtycke är förbundet med många svårigheter som måste lösas. Dokumentationen ska finnas till hands när den behövs och den blivande donatorn måste ha möjlighet till ändringar under livets gång.

Utredningen ska vara färdig inom två år varefter regeringen sannolikt kommer att föreslå riksdagen en transplantationslag med skärpta bestämmelser. □

## Hjärt-lungtransplantation

Nio svenska kvinnor i åldrarna 9 till 52 år har fått nytt hjärta och nya lungor. Transplantationerna har utförts i England. Ett stort problem har varit den långa väntetiden på lämplig donator. Att vänta upp till ett halvår på ett sjukhus i ett främmande land utan anhöriga och utan möjlighet att göra sig förstådd är oerhört påfrestande. Resultaten vid hjärt-lungtransplantationer är sämre än vid hjärttransplantation. De som överlever får efter ett

par år lungproblem. Undantag finns dock. En mycket ung svensk flicka som var så dålig att hon kunde dö varje dag blev efter operationen pigg och stark. Hon växer "så det knakar" och är enligt hennes doktor som en rekampelare för friskhet.

Resultaten med hjärt-lungtransplantationer är sådana att operationerna ännu får betraktas som experimentella. □

# Ett nytt liv tack vare en annan människas generositet

Ur medicinsk synpunkt är den idealiske donatorn en ung frisk människa. Detta är medicinska fakta som anhöriga ställs inför när de mitt i sorg och förtvivlan ska ta ställning till donationsfrågan. De har högst 36 timmar på sig att ge tillstånd till transplantation av olika organ. Ofta har hjärndöden inträtt hastigt och oförberett genom en trafikolycka. Det är en katastrof för de anhöriga samtidigt som det innebär en möjlighet för en annan människa att få fortsätta finnas till.



*Som sjukhuspräst möter Daniel Brattgård djupt olyckliga och skyddslösa människor. – När det gäller frågan om donation måste de anhöriga mötas med respekt. De måste få tid att vänja sig, säger han. Foto: Tonie Andersson.*

Daniel Brattgård har arbetat som sjukhuspräst i tolv år. På Svenska Cardiologföreningens vårmöte delgav han de samlade hjärtläkarna sin syn på den djupt existentiella upplevelse det är att ta ställning till liv och död.

Det är en värdeämätare på ett samhälle och en kultur hur man tar hand om sina döda. Därför har hälso- och sjukvården ett kulturellt ansvar att förvalta.

I vårt sekulariserade samhälle har vi stängt in livet i vår kroppskultur. I andra kulturer ser man lite annorlunda på vad livet är och vårt samhälle får fruktansvärt lågt betyg. Vi har ingen respekt för den döda kroppen, ingen smörjning, inget rituellt.

**Människan är ingen organbank**  
Våra jurister säger att en död människa inte har någon rättskapacitet, det vill säga inte äger sig själv. Vi använder uttryck som: med avliden jämställd person. Det är oerhört viktigt

att en människa, vare sig död eller levande, inte betraktas som en organbank!

Det finns i svensk sjukvård två grundläggande perspektiv:

- 1 att behandla de sjukdomar som patienten har
- 2 att behandla en sjuk människa.

Läkarens perspektiv lyser klart och tydligt igenom när han ställer sin första fråga om donation till de anhöriga. Där man behandlar sjukdomar utan att anknyta till människan blir anhöriga en besvärlig komplikation när läkaren vill få tillgång till ett organ.

De anhöriga till donatorn måste mötas med respekt. De måste få tid att vänja sig vid att den människan de älskar är död. De måste få tid att vänja sig vid tanken på donation.

Efteråt måste de få tid att ta avsked. Det räcker inte att ta avsked på sjukbedet medan respiratorn går. Vi

måste själva se för att inse och förstå att den älskade är död.

## Läkaren har ansvaret ensam

Att stänga av respiratorn är det ansvar som läkaren måste ta på sig. Det är vad läkaren har betalt för. Läkaren måste säga till de anhöriga: Det är ett medicinskt och tekniskt beslut att stänga av respiratorn. Det beslutet har ni inget med att göra. Det bestämmer jag ensam.

En anhörig får aldrig känna att den varit med om att ta livet tex av sitt barn. Läkaren måste ta hela det ansvaret. Sjukvårdspersonalen måste fråga de anhöriga om det kan tänkas ligga i linje med denna människas grundsyn att vilja ge sitt hjärta eller sina njurar.

Då krävs ett samtal med någon som inte är knuten till det läkarteam som ska ta organen. Samtalspartnern ska stå fri från påtryckningsmedel och egna intressen. Våra villkor som människor är att stå ut med stora smärtsamma upplevelser. De anhöriga måste få tid att inse hur verkligheten ser ut.

## Hjärtat som en gåva

Det finns tre enkla, självklara och viktiga verb när det gäller vårt ställningstagande till hjärttransplantationer, både som givare, mottagare, anhöriga och sjukvårdspersonal: att ta, att ge och att ta emot.

Att ta är förenat med stöld. Därför ska patientens egna ord eller anhörigas samtycke vara lag.

Att ge är förenat med en gåva. Att ge något av sig själv gör gåvan värdefull. Av egen fri vilja ger jag ett hjärta.

Att få ta emot en gåva och känna att man lever tack vare en annan människas generositet är värdefullt. Jag måste veta att mitt liv inte är på en annan människas bekostnad. Jag har inte stulit utan fått en gåva.

## Människans svåra villkor

Daniel Brattgård besitter förmågan att göra det svåra överskådligt. Utan att förringa existentiella frågor och olika perspektiv på livet och döden visar han på de grundläggande frågor vi har att ta ställning till. Han konstaterar att till människans villkor hör ingrepp i livet som har sitt pris i form av lidande. Han visar också att vägen ut är svår men gripbar. Och att hjärtat inte är livet utan *bärare* av livet. □

## Drömmen om evigt liv

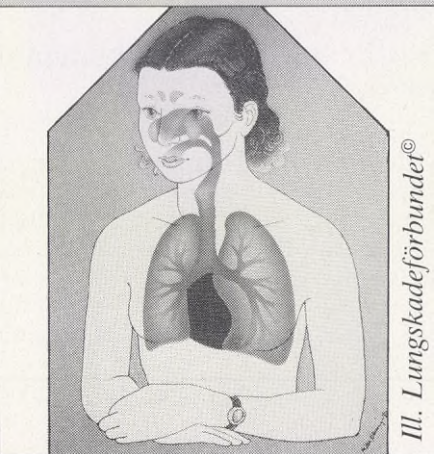
År 1967 genomförde doktor Christian Barnard en hjärttransplantation på en man i Syd-Afrika. Operationen väckte ett enormt uppeende. Patienten levde i 18 dagar och runt om i världen spekulerade man i vad detta skulle leda till i framtiden. Skulle människan få evigt liv?

Hjärttransplantationer var i och för sig ingenting nytt. Under hela 1900-talet hade läkare med fallenhet för att arbeta med kniv, nål och tråd försökt att transplantera hjärtan på djur. En man vid namn Demikhov lyckades år 1946 med bedriften att få 110 hundar att leva mellan 2 och 14 dagar med sina nya hjärtan. Detta var före hjärt-lungmaskinen varför resultatet anses vara en fantastisk prestation av Demikhov. Hur det ställde sig för hans patienter kanske vi inte ska gå in på.

Försök har också gjorts för att operera in ett ap hjärta i en människa. Det skedde 1964. Patienten dog därför att apans hjärta var för litet.

Efter Barnards transplantationsförsök tog utvecklingen snabbt fart. Av dem som fick nya hjärtan på 60-talet levde 20% vidare efter operationen och efter fem år fanns endast ett fåtal kvar. Nu på 80-talet klarar 80% det första året och efter fem år lever fortfarande 75% av patienterna. År 1986 fanns 3 500 personer med transplanterade hjärtan i världen, därav 47 stycken i Sverige.

Den lyckosamma utvecklingen får till stor del tillskrivas tekniska och medicinska upptäckter, såsom möjligheten att ta prov på vävnaden vid inflammation i hjärtklaffar och hjärtmuskulatur (endomyocardiopsi) samt en substans som hämmar bildandet av antikroppar (cyklosporin A). □



## Hjärttransplantationens framtid i Sverige

Svenska Cardiologföreningen inbjöd till en debatt kring medicinska, sjukvårdspolitiska och etiska frågor rörande hjärttransplantationerna när riksdagen genom beslutet om hjärndöd möjliggör att få svenska hjärtdonationer. Debatten visade att alla ingrepp i livet har sitt pris – i lidande och pengar.

Cardiologföreningens ordförande Lars Rydén fastslog att hjärttransplantationer inte längre kan anses ex-

ett planeringsunderlag från landstingen. För att vi politiker ska kunna besluta om fördelning av resurser t ex till kranskärloperationer, starr och höftleder måste läkare och landsting ge oss underlag. Politikerna behöver detaljvägda program där specialister anger turordning och volym, säger Leni Björklund.

– Ta t ex kranskärloperationerna där specialisternas besked till politikerna om behovet av antal operationer varierar mellan 250 och 800. Då



– Politikerna måste få en detaljerad information från läkarna om behovet inom sjukvården för att kunna fatta riktiga beslut om fördelningen av resurser, säger Leni Björklund, fd sjukvårdslandstingsråd i Stockholm. Foto: John Wahlbärj

perimentella. Det finns heller ingen anledning att skicka patienter till England eftersom de svenska transplantationsresultaten är fullt jämförbara med de engelska. När operationen sker i Sverige förbättras dessutom möjligheterna att ta hand om patienten efteråt.

Leni Björklund, ledamot av Landstingsförbundet klargjorde att sjukvårdspolitikerna fört hårda diskussioner i början av 80-talet beträffande patienter som skulle sändas till England för hjärtbyte. Sedan ett par år betraktar man emellertid transplantation som en behandling.

Landstingsförbundets bedömning är att kostnaderna för thorax och kranskärlkirurgi kommer att öka med 400 miljoner. Denna summa kan jämföras med beräknade 18 miljoner för hjärttransplantationer.

– Landstingsförbundet har bett om

är det svårt att lägga sig på rätt nivå.

Överläkare Finn Landgren från Kalmar ansåg att sjukvårdspersonalen behöver utbildning för att kunna möta donatorns anhöriga. Det kan vara så att den behandlande läkaren, underlåter att ta upp frågan om en eventuell donation därför att han inte vet hur han ska närma sig de anhöriga, ansåg han.

Daniel Brattgård pekade avslutningsvis på ett problem som sammanhänger med vår moderna familjebildning.

– Vem är egentligen den närmast anhöriga som ska ge sitt tillstånd till donation? frågade han. Är det donatorns föräldrar, sambo eller barn? Kan det vara barnens mor även om hon är f d hustru till donatorn? Är det barnen i första eller andra äktenskapet? □

# Patienten kommer alltid i första hand

Detta betonade Leif Rosenhall kraftigt när vi diskuterade hur resurser bör fördelas mellan sjukvården och forskningen. Leif Rosenhall är docent och överläkare vid Lungkliniken vid regionsjukhuset i Umeå. Han är också nyvald ordförande i Svensk Lungmedicinsk förening. Under sin semester gjorde Leif en liten avstic-kare till RHL och Hornsbruksgatan för att ge sina synpunkter på svensk lungsjukvård.

## När och varför bildades lungmedicinska föreningen?

– Svensk Lungmedicinsk förening har sina rötter i de olika sanatorieläkarföreningar som fanns i Sverige på 30- och 40-talen. På 50-talet omvandlades sanatorievården till en modern lungsjukvård och föreningen bildades. Nästan samtliga lungläkare är med i föreningen, även de som är under utbildning och många pensionerade, vilket gör att vi fn har närmare 300 medlemmar. Några sjuksköterskor är inte med, men det vore bra om det bildades en lungsjuksköterskeförening som lungmedicinska förening sedan skulle kunna ha ett nära och positivt samarbete med.

Anledningen till omvandlingen av lungsjukvården var dels det stora genombrottet på tbc-behandlingen med kemopreparaten och dels ökningen av andra lungsjukdomar, framförallt av lungcancer och obstruktiv lungsjukdom (astma, kronisk bronkit och emfysem). De resurser som då fanns inom tbc-vården gjorde det således möjligt att relativt snabbt ta tag i den kraftiga ökningen av andra lungsjukdomar.

Lungmedicinska föreningen har samma dubbla syfte som alla andra specialistföreningar, dvs dels en facklig uppgift att gentemot sjukvårdspolitikerna bevaka lungsjukvårdens resurser, specialistbehörigheten och utbildningsinsatserna och dels en rent vetenskaplig, att stimulera och följa den vetenskapliga utvecklingen inom specialitetsområdet. För att kunna göra det senare så anordnar föreningen möten, två på hösten och två på våren. Dessa möten kan ses som vidareutbildning av lungläkare. Det är nämligen så att det är specialistföreningarna och inte sjukvårdshuvudmännen, som står för en kontinuerlig vidareutbildning av läkare. För att kunna finansiera dessa utbildningar tvingas vi söka pengar hos bla industrin och hos Svenska Nationalföreningen. Landsingen stöder den nödvändiga fortbildningen huvudsakligen genom att tillåta ledighet med bibehållen lön.

## Är det svårt att rekrytera nya lungläkare?

– Nej! Specialiteten har en bra rekrytering. Vi behöver dock ett visst antal nya lungläkare varje år för att täcka avgångarna och behovet hos de länsjukhus, där bemanningen är för tunn. Intresset för lungmedicin återspeglas också i antalet avhandlingar och i vetenskaplig aktivitet.

## Utbildningen av lungläkare, hur är det med den?

– Utbildningar förändras ständigt beroende på att bättre diagnostiska metoder liksom bättre och effektivare läkemedel och behandlingsmetoder. Förändringar som fortfarande pågår. För närvarande är det aktuellt med att specialistutbildning till lungläkare skall utgå från den målbeskrivning som vi inom Svensk Lungmedicinsk förening har gjort. Denna är gjord efter en mall som Socialstyrelsen utfärdat för att samtliga specialistutbildningar skall kunna samordnas.

Lungmedicin är genom detta en av specialiteterna inom invärtesmedicinen på samma sätt som cardiologi och njurmedicin. Detta innebär att alla invärtesmedicinska specialiteter kommer att ha en gemensam basutbildning. Vid sidan av utbildningen inom organspecialiteten.

## Kan inte detta innebära en risk?

– Det tror jag inte. Vi har accepterat att vi skall vara en del av moderspecialiteten invärtesmedicin, men vi har samtidigt kraftigt understrukit att det inte får bli några försämringar i vården för de lungsjuka. Detta är ju viktigt även för RHL. Det som orar mig mer är att invärtesmedicinergruppen som helhet inte har fått något större gehör för den våldsamma vårdkris som vi för närvarande har. Vi har inte fått några extra resurser, utan vi har fått lösa krisen internt genom att tex i ökad utsträckning behandla patienter polikliniskt, dvs utan inläggning på sjukhus. Vårdplatserna inom invärtes-

medicin används mer och mer till ren omvårdnad av gamla, svårt sjuka människor. Det är ofta kroniskt sjuka av olika slag som kommer in, skrivs ut, kommer in igen osv. På lungkliniken dominerar patienter med lungcancer eller med allvarliga andningsbesvär. De är inte långvårdsmässiga men behöver ofta akuta insatser. Dessa vårdplatser har vi i första hand tillskapat genom att vi har minskat astma-inläggningarna.

## Inom RHL är vi oroad över den ökning, som vi tycker oss märka, av antalet lungsjuka här i landet. Statistik behövs för att vi skall kunna förmå sjukvårdshuvudmännen att satsa mer resurser på lungmedicin.

– Instämmer! Men det finns fortfarande organisatoriska förbättringar som kan genomföras för att ytterligare effektivisera lungsjukvården. Om vi jämför den enorma vårdkapacitet som fanns inom tbc:n med dagens vårdplatser, så finns det bara 10% kvar. Samtidigt som platserna har krympt så har vården blivit bättre.

När det gäller astmapatienterna så behandlar vi dem nu betydligt effektivare, så de behöver inte läggas in lika ofta som tidigare. Men när en astmapatient behöver sjukvård, måste han omedelbart läggas in. Tyvärr är det så att det fortfarande dör alldeles för många i astma i det här landet.

När det gäller patienter med svåra andningsbesvär, sk respiratorisk insufficiens, oftast på grund av emfysem, så har behandlingen av den förbättrats och man vinner flera år i överlevnad tack vare rätt insatt syrgasbehandling. Allt detta har gjorts med befintliga eller krympande resurser.

## Varför har ni inte dokumenterat detta?

– Främst för att det är svårt. Det är lättare att demonstrera en kö av patienter väntande på en viss operation. Inom lungmedicin har vi akut sjuka som måste läggas in vare sig vi har plats eller ej. Man tvingas överbelägga och skriva ut andra patienter i för-tid. Utredningarna måste göras polikliniskt. Men vi får inte en kö av patienter som väntar på en operation och har svårare att få gehör hos sjukvårdshuvudmännen.



Docent Leif Rosenhall intervjuas av RHL:s förbundssekreterare Bo Månsson.

## Lungmedicinska föreningen har samlat in uppgifter från landstingen beträffande antal vårdplatser och antalet lungläkare. Vi inom RHL kommer förmodligen att genomföra en egen enkät om vårdsituationen för lungsjuka. Finns det några andra undersökningar på gång?

– Bo Lundbäck, överläkare vid lungkliniken i Boden håller fn på med en viktig och intressant undersökning. Han har undersökt alla 35-, 50- och 65-åringar i en representativ tredjedel av länets befolkning. Sedan har han mycket noggrant gått igenom förekomsten av astma och kronisk bronkit hos dessa personer. Resultaten pekar på att förekomsten av dessa sjukdomar är mycket högre än vi tidigare trott. Denna statistik blir viktig i det fortsatta planeringsarbetet. Sedan pågår runt om i landet ständigt en effektivisering av vården för att bättre ta till vara de knappa resurserna.

## Dessa organisatoriska och behandlingsmässiga förbättringar måste ju ha fått ner väntetiden mycket. Men det har inte nämnts i tex massmedia.

– Tyvärr inte. Men de sjukvårdspolitiker som är väl insatta i frågorna och kunniga de vet. Men centralt har det varit svårare, speciellt massmedialt.

Vi försökte att få publicitet när det gällde syrgasbehandlingen, men misslyckades då intresset inte var särskilt stort vare sig från politikernas eller massmedias sida.

## Hur bör lungsjukvården vara organiserad?

– Lungspecialiteten måste vara företrädd på varje länsjukhus och det är den i princip i varje län. Hur den skall vara organiserad lokalt får lösas på ort och ställe antingen som en sektion inom invärtesmedicin eller som en självständig lungklinik eller fast det är sämre som en öppenvårdsenhet. Huvudsaken är att specialiteten finns representerad i varje landsting. En självständig klinik innebär att man har ett eget ekonomiskt ansvar och ett personalansvar. På de stora sjukhusen blir medicinklinikerna för stora varför det är bättre och effektivare med en egen lungklinik. Vid mindre sjukhus är förmodligen sektorisering effektivare inom en invärtesmedicinsk basorganisation. Vad som dock är avgörande oavsett man tillhör en medicinklinik eller är självständig är att det skall finnas **egna vårdplatser** och att personalen är **specialutbildad**. Det måste finnas vårdplatser för lungsjuka där personalen har erfarenheter av andningsvård och där sjukhusmiljön är lämplig så att patienterna får andas "ren" luft. Att det här är betydelsefullt märker man så fort våra patienter ligger på en annan klinik. De

vill tillbaka till oss därför att det är hos oss tryggheten finns. De vet att sjuksköterskorna, undersköterskorna och biträdena har erfarenheter av hur det är att arbeta med människor som har andningsbesvär.

## Hur många vårdplatser behövs?

– Vårt krav på 20 vårdplatser per 100000 invånare står i princip kvar. Vi vet dock att de har minskat till ca 15 per 100000 invånare. Nu får landstingen definitivt inte skära ner dem ytterligare för då kan vi inte ge de lungsjuka den vård som de har rätt till. Detta gäller speciellt de äldre. Gamla tbc-are är en sådan grupp och en stor grupp fast de klarar sig förvånansvärt bra med tanke på den behandling de fick på 30- och 40-talen. Många tbc-are får nu återfall i tbc och får andningsproblem. Antalet emfysem-patienter och lungcancerpatienter ökar också, så det gäller att ha vårdplatser kvar.

## Vad sker för närvarande inom forskningen i Sverige på lungområdet?

– Forskning på **astma** inriktas till stor del mot hur den astmatiska inflammationen startar och utvecklas. Kan vi lära oss att förstå den mekanismen så kan vi tidigt sätta in behandling. Det torde också finnas ett ärftligt anlag som gör att bara vissa personer får astma. Beträffande **kronisk bronkit** så vill vi veta hur processerna startar och varför. Känner vi till detta kan vi också lättare hitta bra behandlingsformer. Som det är nu är vår behandling symptomlindrande, men om vi kunde komma in på ett tidigare stadium av sjukdomsutvecklingen så skulle vi kunna behandla mer effektivt.

När det gäller **emfysem** så gäller det bla att studera och försöka förstå vad det andningshandikappet innebär från näringssynpunkt. Varför magrar emfysempatienterna? Det är uppenbarligen så att sjukdomen inte bara är besvärande för andningsarbetet utan det påverkar också hela ämnesomsättningen och näringstillförseln.

Tekniken med **bronsköljning** måste vidareutvecklas och förfinas. Den ger oss nämligen vetskap om det närmare skedet i lungorna. Vi kan studera processen på det cellulära planet på ett helt annat sätt än tidigare. Den har använts inom flera olika forskningsprojekt tex när det gäller sarkoidos och astma och den kommer att ha mycket stor betydelse för stadierna av emfysem.

**Syrgasbehandling** av riktigt svårt sjuka andningsinvaliderna måste vidare-

# HÖRNAN

## STUDIE



## Tradition vägleder och förpliktar

RHL:s rötter finner vi i många människors kamp för lika värde och rätten till ett aktivt liv. Den kampen fördes av människor som drabbats av en sjukdom med mycket tragiska följder. Det var inte nog med att kroppen fick ta emot mycket stryk till följd av TBC:n som ända fram till 1940-talet berövade tusentals människor livet årligen.

De psykiska och sociala påfrestningarna för de drabbade, även efter behandling och således smittfria, var ett dubbelt straff och en oerhört tung börda. Vad de kämpande såg sig nödsakade att göra för att inte helt bli isolerade från övrig samhällsgemenskap var att organisera sig. För att på bred front "lägga sig i" de angelägenheter som ytterst och slutligen avgjorde deras möjligheter i samhället.

En annan, för den här tiden mycket utbredd "sjukdom" som lystrade till namnet bacillskräck, var en av de avgörande orsakerna till de svårigheter som väntade utanför sanatorieportarna. Även denna åkomma ansågs som mycket svårbemästrad, men dessbättre

inte obotlig. Förutsättningen för att den "sjukdomen" skulle trivas och utvecklas var okunnighet, vars botemedel var ökad kunskap och allmän upplysning.

### Oändlig ordination

Detta, nästan 50-åriga recept, som för många inneburit stora triumfer följer vi fortfarande inom RHL. Utan några jämförelser i övrigt vågar jag påstå att vi även idag har ett mycket hårt arbete framför oss innan vi uppnått lika värde och rätten till ett aktivt liv. Nu liksom då måste vi utifrån våra egna erfarenheter och medicinska landvinningar forma våra krav. Vi måste fortsätta att ta ansvar för en fördjupning och breddning av samhällets samlade kunskap och insikt i de hjärt- och lungsjukas livssituation. Nu liksom då kan vi vara övertygade om att det är vi, du och jag, som måste göra det. Ingen annan gör det åt oss.

### Vi vet

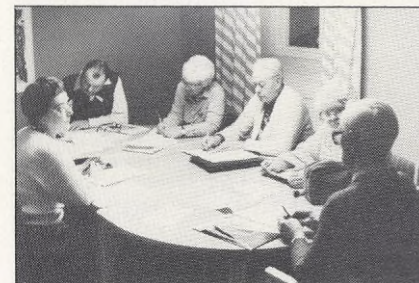
Höstens hjärt- respektive lungrehabiliteringskonferenser ser jag

som ett ypperligt tillfälle för oss att samla in senaste nytt ur rehabiliteringssyn. Tanken är att vi på konferenserna ska få chansen att under såväl ordnade som spontana former, diskutera våra frågor med sjukvårdspersonal, politiker och forskare. Vi har ju nu under flera år drivit kravet om en eftervård för hjärt- och lungsjuka som tar sikte på individens hela livssituation. Vi kan också på vissa håll ana en ljusning vad beträffar sjukvårdspersonals, politikernas och tjänstemäns vilja och förståelse för våra krav.

Vi vet att vårt eftervårdsprogram väl genomfört, är bra och en god hjälp för alla som drabbats av hjärt- och lungsjukdomar. Vi vet också att vårt ansvar gentemot oss själva och alla andra hjärt- och lungsjuka kräver fortsatt kamp för en värdig eftervård.

Låt oss tillsammans se till att konferenserna i november, blir en effektiv injektionsspruta. För vår strävan mot en eftervård för hjärt- och lungsjuka värd namnet, i ett välfärdsland som Sverige.

**Ronny Weylandt**



RHL:s eftervårdsprogram innebär att patienten erbjuds träning tillsammans med en sjukgymnast, motion i en grupp samt information om sin sjukdom i en studiecirkel. Foto: Tommy Eriksson.

## 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



## Adekvat medicinsk behandling eller sockerpiller

I en artikel i DN fredagen den 5:e juni 1987 beskrivs hur ett så kallat "ACE-hämmande" preparat givits till 126 svårt hjärtsjuka, under det att 128 stycken samtidigt "behandlats" med placebo.

Efter sex månader visade det sig, att det på varje 5-tal döda i "ACE-gruppen" gick 7 i placebo-gruppen. Först då avbröts experimentet "av etiska skäl" och ACE-hämmare gavs till samtliga ovan jord kvarvarande.

Det förefaller mindre troligt, att ett sådant här försök överhuvudtaget skulle igångsättas, om inte vissa väl grundade föreställningar om utgången redan funnes. Men vill ju hoppas att modern forskning avskaffat metoden att vispa ihop på måfå för att "se om det blir nåt".

I ljuset härifrån blir fakta fullkomligt otroliga, konsekvenserna hårresande: människor får dö i sjuksängen, medan någon företrädare för "läkarvetenskapen" står bredvid med fickräknaren i ena handen och anteckningsblocket i den andra. De får dö, otillfrågade om sina grupptillhörighetsönskemål, endast för att förse forskningen med siffror. Den döende tror sig

få adekvat medicinsk behandling – i själva verket får han kritblandat socker – fyllningsmassa för julgranskarameller.

Om detta rapporteras sakligt och oengagerat i DN-artikeln, ungefär som om det gällt hållfasthetsprov för nya nav i tävlingscyklar eller dylikt.

För den som uppfostrats till normala humana värderingar leder sådana här testserier tankarna till Tyskland och 1930-talet. Blotta tanken känns horribel. I ett läge där livet är hotat, undandras man det sista halmstrået – den visserligen oprövade, men dock enda till buds stående behandlingen. I stället tvingas man delta som statistisk modell, rekryterad av en nämnd man inte ens hört talas om, än mindre får yttra sig inför.

Hittills har inget ramaskri hörts. Är det inte hög tid för ett sådant?

**Rune Thorsell**

**Svar:** Jag, liksom Rune, har bara haft tillgång till en artikel i DN och den refererar, om jag läst rätt, till en studie om ACE-hämmare som genomförts i USA och som publicerats i "The New England Journal

of Medicine". En liknande undersökning hade dock planerats att genomföras i Norden, men den genomfördes aldrig pga resultaten från USA, tack och lov.

Vid kliniska försök är det tämligen vanligt, även i Sverige, med en försöksgrupp som får den riktiga medicinen och en kontrollgrupp som får sockerpiller, sk placebo. Dessa vetenskapliga undersökningar skall dock granskas och tillåtas av en medicin-etisk nämnd innan de får genomföras.

Balansgången mellan behovet av forskning och utveckling av läkemedel å ena sidan och patientens behov av medicinsk behandling enligt vetenskap och beprövad erfarenhet å den andra är en mycket delikat uppgift att genomföra. För att inte FoU skall väga över, anser jag att patientinflytandet måste öka, både för individen och för hans organisation.

Handikapprörelsen i Sverige har därför länge försökt att få inflytande i dessa etiska nämnder, då det är vi patienter som är försökspersonerna. Dessa försök har hittills varit resultatlösa.

**Bo Månsson, förbundssekreterare**

## Risk för livshotande astmareaktioner

Det är känt sedan länge att acetylsalicylsyra och andra smärtstillande medel innebär en risk för livshotande astmaanfall. Trots detta skrivs läkemedel som innehåller acetylsalicylsyra och antiinflammatoriska analgetika ut till personer med astma eller allergi.

Läkemedelsbiverkningskommittén går nu ut med ett brev till alla läkare för att förstärka informationen om dessa medel.

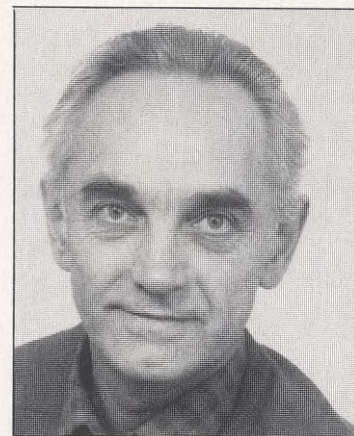
Under de sensate fyra åren har en markant ökning skett av bronkospasm eller förvärrad astma i samband med medicinering. Ett trettiootal personer sökte läkarvård för besvären och sex personer avled. Majoriteten av fallen hade känd eller ASA-överkänslighet.

Följande läkemedel innehåller acetylsalicylsyra eller andra antiinflammatoriska analgetika som kan utlösa

astmatiska reaktioner. Preparaten finns i olika former och i kombination med tex koffein och kodein:

Acetard	Confortid	Orudis
Albyl	Diflonid	Palaprin
Alka-Seltzer	Dispril	Paraflex comp
Alreumat	Doleron	Premaspin
Aspirin	Donobid	Prolixana
Bamycod	Felden	Reumyl
Bamyl	Gamaquil	Robaxil forte
Bidocyl	Ibumetin	Tergiflex
Brufen	Ibuprofen	Trancoprin
Butazolidin	Indomec	Treo
Clinoril	Magnecyl	Voltaren
Codyl	Naprosyn	

## Sommarkris i vården



Vi har många gånger förundrats av att SJ blir så överraskad när vintern kommer. Beredskapen räcker inte till. Vintern blev värre än man väntat sig, heter det. Och resenärerna får stå huttrande i vintervädret utan behövlig reguljär transportservice.

Liknande är det på sommaren. Fast då är det sjuka människor som sliter med ohälsan utan att få behövlig vård. Sjukvården drabbas av sin icke planerade sommarkris. Personalbristen blev värre än väntat, heter det. Och man kämpar med olika improvisationer. Även om det sommaren -87 gick hyggligt att få extra personal tack vare regnandet så var det många sårbara människor som råkade illa ut. Det har bland annat tidningar, radio och TV berättat för oss.

Måste det vara så? Ja, personal vill naturligtvis ha semester. Och även anhörig behöver ta vara på möjligheterna till återhämtning. Att sjukdomar inte tar semester vet vi. Tvärtom är det ofta så att ensamheten och övergivenheten känns extra svår under sommaren.

Problemet finns där alltså. Men måste det leda till samma kris år efter år? Ibland undrar man om det inte blivit en accepterad självklarhet att vi skall ha sjukvårdskris på sommaren. Har sjukvårdsansvariga slappnat och ger upp inför det till synes självklara att sjuka skall ha mindre vård på sommaren. Eller hoppas de bara på att situationen inte skall bli så svår?

\*

Egentligen är det nu, med sommaren -87 i färskt minne, som sommaren -88 skall planeras. En analys av sommaren -87 där vi släpper lös kreativitet och fantasi kring vad som kunde ha gjorts bättre under det gångna året kan ge tips för näs-

ta sommar. Att vänta till våren -88 med planeringen innebär att man minskar planeringsutrymmet och möjligheterna att påverka.

Vad kan då göras? Problemet är svårt, men låt oss spekulera.

Ett huvudområde är naturligtvis personalplaneringen. Det är i dag vi måste peka ut de troliga krisområdena sommaren -88. Vi måste nu sätta in särskild kraft på att minska personalomsättningen där kontinuiteten är som viktigast. Och sannolikt vidta åtgärder för en långsiktig personalförstärkning på de värsta krisområdena.

Det är i dag som vi måste planera för att sprida semestrarna -88. Vilka rimliga morötter finns för att få personal att planera (tillsammans med familjen) för semesteruttag redan i vinter? Och vilken belöning är vi beredda att ge dem som skjuter på semestern till hösten?

En viktig fråga är också hur vi skall kunna få även något äldre och mognare människor som personal i vården under sommaren. Det blir alltför lätt en övervikt av unga flickor. Med lämplig stimulans går det kanske att locka några av de sjuksköterskor som sugits upp av administration och utbildning att återgå till vårdarbete under någon del av sommaren.

Planeringen skall inte bara ske på centrala personalavdelningar utan det gäller att även hämta idéer från lokala arbetsplatser. "Hur skall vi kunna förbättra vården sommaren -88?" är ett utmärkt ämne för förslagsverksamhet för både personal och patienter. Och den bör ske nu. För säkerligen behövs det sedan tid för förhandlingar och beslut.

\*

Ett annat huvudområde som behöver utvecklas är anhörigkontakter.

Många tillspetsningar av kriserna hänger samman med dåligt samarbete med anhöriga.

Vi vet naturligtvis endast i ringa utsträckning vilka patienter vi har nästa sommar och vilka anhöriga det kommer att gälla. Men en analys av sommarens problem kan kanske ge anvisning om vilka allvarliga problem som kan uppstå och hur vi kan utveckla former för anhörigmedverkan. Kanske finns det till och med lämpliga anhöriga som kan jobba en kortare tid på en vårdavdelning under sommaren.

Det sägs ofta att anhöriga är en dåligt utnyttjad resurs i vården. Jag tror att det är rätt. Framförallt tror jag att vi behöver arbeta fram rutiner för samverkan som kan användas under perioder då det krisar ihop sig. Jag tror att både patienter och anhöriga har idéer om och vilja att hitta lösningar till en förbättrad vårdkvalitet.

\*

Vi behöver också fundera på om vi i stället för att helt stänga avdelningar kan utveckla nya former för lättvård i sjukhusens egna lokaler. I dag står ofta valet mellan antingen ett ansvarsfullt omhändertagande på sjukhus där patienten inte ens kan ta en alvedon själv, eller ett långtgående utlämnande till en ensamhet med bland annat en mängd medicinburkar som man knappt kan öppna.

Vi kanske inte kan klara den medicinska vården helt enligt de traditionella normer som vi ställt upp för sjukvårdsanläggningar men ändå ge en tryggare vårdform än den som ges ensamboende. Med en friare syn på lättvård och ansvarsfrågor och med omdisponering av personal kan förmodligen landstingen ge långt fler en hygglig hotellomvårdnad i egna anläggningar.

En annan form som kanske kan



## Patienten kommer...

Forts fr s 13

utvecklas. Det är en behandlingsform som vi just har börjat med och det är framförallt patienter med kronisk bronkit och emfysem men också med thoraxskador som tbc- och poliopatienter – som behöver den, och som man med oxygenerapi kan göra fantastiskt mycket för. Man både förlänger deras liv och gör livet bättre. Vi har snabbt fått både kunskande och erfarenheter, men mer forskning behövs.

## Hur finansieras forskningen och vilka resurser finns det?

– Det finns en väldigt snedbelastning när det gäller forskningsresurser i landet. Det är självklart att det överallt

prövas mera planerat är att intensivare utnyttja konvalescenthem och kuranstalter. Och den möjligheten kan kanske vidgas genom en mera genomtänkt användning av hotell och semesteranläggningar för lämpliga patienter. Gärna i samråd med anhöriga! Det gäller att bättre tydliggöra vilka patientgrupper det kan gälla och vilka krav på anläggningar som skall ställas. Och hur kan dessa anläggningar göras bättre lämpade för att ta emot patienter och äldre så att det blir till avsedd glädje och rekreation.

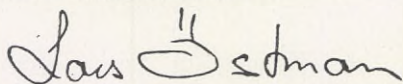
\*

Det är lätt att sitta i sin kammare och spekulera och hitta på, säger sannolikt många landstingsstämman. Personalplanering är inget nytt: vår planering är rullande! Vi försöker visst vara framsynta, men problemen är mycket svårare att lösa i den praktiska verkligheten än på papperet. Visst försöker vi förbereda oss för nästa sommar.

Utmärkt, blir mitt svar. Vi blir alltså överens om att det är nu som sommarkrisen -88 måste förberedas. Låt oss också vara överens om att söka lösningarna i samverkan. Så säger ju hälso- och sjukvårdslagen, och på vissa håll finns ju samverkansgrupper.

Om inte landstingen själva söker upp organisationerna, så vore det kanske lämpligt att handikapp- och pensionärsorganisationerna själva tog initiativ till överläggningar med landstingen kring frågan om hur vi skall förhindra en ny vårdkris nästa sommar.

Ta initiativet snarast. Det gäller vårdkvalitet till ensamma och utsatta medmänniskor.



skall finnas professorer i tex hudsjukdomar, men det finns bara två för lungsjukdomar, Gunnar Boman och Bo Simonsson. Professorens vid Karolinska Sjukhuset har dragits in! Inom allergologin finns ingen forskningsprofessur och således inte heller några statliga forskningsmedel. Forskningen inom lungmedicin finansieras i stor utsträckning av pengar från AMS, Svenska Nationalföreningen, Arbetsarkivskyddsfonden, vissa läkemedelsföretag och RHL. Det vi har fått från RHL har varit betydelsefullt. Men det saknas således den fasta och trygga finansieringen av forskningen som man får via staten. Det behövs inte bara pengar, det behövs också tillräckligt med personal – en fullgod bemanning – på lungkliniken, annars blir det svårt att bedriva kvalificerad forskning. Sjukvården måste alltid gå i första hand. Men trots allt bedriver vi en livlig forskning med de små resurser som står till vårt förfogande. Bara i år har vi hittills haft minst sex avhandlingar inom lungmedicin, men vi är som sagt var väldigt dåliga att för massmedia tala om vad vi sysslar med. Vi skall försöka att även på detta område bättra oss.

## Hur ser framtiden ut?

– Det hänger på hur det går med rökningen och jag är inte alltför optimistisk. Får vi inget genombrott när det gäller folks rökvanor, så kommer behovet inom lungsjukvården att vara oförändrat i stort. Lungcancer, astma, bronkit och emfysem kommer att öka. Om det däremot skulle bli en radikal omläggning av rökvanorna här i Sverige så kan man om 20–30 år skörda enorma vinster inom hälso- och sjukvården. Vi lungläkare skulle få mycket mindre att göra.

Behandling av **astmasjuka** ser lovande ut i framtiden, då vi där har närmast oss sjukdomens kärna och vi behandlar dem i dag på ett tidigare stadium och mer effektivt. Vi kan således bromsa utvecklingen av astman.

Beträffande **emfysem** är fortfarande mycket ogjort. Vi vet inte varför det bara är vissa rökare som får de här allvarliga komplikationerna. Alla rökare får hosta, men hostan är för de flesta inte farlig. En tredjedel får dock en invalidiserande och så småningom dödande obstruktiv lungsjukdom, emfysem. Här behövs forskningsinsatser för att få svar på frågorna om emfysem beror på att människan i sig har nedbrytande enzymer eller om dessa finns i tobaksröken samtidigt som vissa av människans skyddsmekanismer är försvagade. Hittar man svar på de här frågorna då kan man också hitta behandlingsmöjligheter.

## Hur ser framtiden ut för de yrkesrelaterade lungsjukdomarna?

– Vi lungmedicinare kommer att bli mer och mer uppmärksamma på dessa sjukdomar. Det görs och har gjorts stora insatser för att förebygga uppkomsten av de yrkesrelaterade lungsjukdomarna. På många håll i landet har arbetsmiljön varit bedräglig och i vissa kemiska industrier to m fruktansvärd. Mycket har dock gjorts från fack och arbetsarkivskydd, men medvetandet om riskfaktorer inom arbetsmiljön måste hela tiden var alert. Vi måste vara observanta och se till att vi har instrument så att vi tidigt kan upptäcka risker och därmed förhindra sjukdomarna.

## Hur påverkar luftföroreningar förekomsten av lungsjukdomar?

– Luftföroreningar påverkar de redan sjuka patienter men de rent medicinska skadeverkningarna på lungorna är förmodligen mindre dramatiska. Dessutom tycks det vara så att skogen är känsligare för försurning än människan, vilket nästan är synd. I vårt land har vi internationellt sett en mycket fin miljö, jmf tex med industristäder och industriälten i Centraleuropa som förstör vår luft och natur. Människan har trots allt ett bra försvarssystem mot luftföroreningar. För människan uppstår problem när hon röker samtidigt som luften är förorenad. Så när det gäller olika miljöer är den med rökning farligast, därefter kommer dåliga arbetsmiljöer och sist luftmiljön.

## Inom RHL har vi arbetat mycket på att få en effektiv eftervård för alla lungsjuka, oavsett sjukdomsbakgrund. Vi har dock inga gedigna kunskaper om allergi som hos vuxna ibland ger upphov till astma. Hur förhåller det sig egentligen mellan astma och allergi?

– Allergin är bara en av de faktorer som kan utlösa astma. Alla astmatiker är ej allergiker. Men alla astmatiker reagerar på olika ämnen mycket mer än friska, de har en hyperreaktivitet för tex avgaser, rök, parfym, ky-la mm.

## Hur ställer sig lungmedicinska föreningen till RHL:s förslag till eftervård för lungsjuka?

– Vi tycker förslaget är bra, men vissa delar behöver diskuteras och finslipas

Forts s 18

# Medlemsvärningstävlingen

Den enskilda medlemsvärningstävlingens andra omgång startade den 1 april 1987. Vid sammanräkningen den 17 augusti hade 132 tävlande värvat 410 nya medlemmar. Av de nya medlemmarna är 63% hjärt-, kärl- eller lungsjuka, 20% är anhöriga och 17% stödande medlemmar.

De tolv mest aktiva medlemsvärnarna redovisas på "Värvarstoppen" här nedan. Siffrorna inom parentes anger placeringen på den föregående listan.

## Värvarstoppen

1 (4)	Aina Dahlin, Flen	98 p
2 (3)	Gerd Nilsson, Haparanda	80 p
3 (1)	Märtha Odén, Luleå	68 p
4 (2)	Sten-Arne Mattsson, Hofors	61 p
5 (-)	Bengt Jarnhäll, Trelleborg	51 p
6 (5)	Sander Wikström, Skellefteå	38 p
7 (6)	Martin Andersson, Lycksele	37 p
7 (6)	Einar Berggren, Jönköping	37 p
8 (-)	Thyra Markgren, Skellefteå	34 p
9 (7)	Viola Mälman, Karlskoga	32 p
9 (7)	Willy Raoulsson, Karlskrona	32 p
10 (8)	Ulla Forsgren, Storuman	31 p

Den enskilda medlemsvärningstäv-

lingen pågår till den 31 mars 1988. Kom med i tävlingen du också. Värva nya medlemmar och fyll i medlemsvärningsblanketterna som finns hos din lokalförening. Det går också att använda den blankett som finns i Status. De ifyllda blanketterna ska lämnas till din lokalförening där någon i styrelsen med sin namnunderskrift intygar att värningen är riktig och skickar blanketten vidare till RHL.

Den medlemsvärnare som lyckas samla ihop flest poäng vinner en rekreationsresa för två personer. Poängsystemet är uppbyggt så att hjärt-, kärl- eller lungsjuka ger 5 poäng. Anhöriga ger 3 poäng och stödande medlemmar ger 1 poäng. Avsikten med poängsystemet är att vi i första hand ska rekrytera sjuka och deras anhöriga så att vi även i fortsättningsvis utgör en representativ handikapporganisation.

Som tröstpris kommer vi att lotta ut en Luxor 14" färg-TV-apparat bland medlemsvärnarna. Varje medlemsvärningsblankett utgör en lott. Skriv därför endast en ny medlem på varje inlämnad blankett.

## Föreningstoppen

1 (1)	Trollhättan	P	322 st
2 (5)	Malmö	M	168 st
3 (3)	Skellefteå	AC	144 st
4 (2)	Trelleborg	M	136 st
5 (6)	Dorotea	AC	120 st
6 (5)	Göteborg	O	103 st
7 (4)	Storuman	AC	101 st
8 (-)	Umeå	AC	92 st
9 (-)	Piteå	BD	88 st
10 (8)	Aneby	F	83 st

Listan visar vilka föreningar som har rapporterat den största medlemsökningen. Siffrorna inom parentes anger placeringen på den föregående listan. Föreningstoppen bygger på de kvartalsuppgifter som föreningarna ska skicka in till RHL efter varje avslutad kvartal. När detta nummer av Status distribueras så är det dags att rapportera lokalföreningarnas medlemsökning under perioden 1 juli-30 september. Om lokalföreningarna är snabba med sin rapportering hoppas vi hinna få med uppgifterna i Status nr 9.

Tommy Eriksson

## Patienten kommer...

Forts fr s 17

mer. Det är dock klart att intresset för eftervård från oss lungläkare ibland har varit svalt, till stor del beroende på att vi har ägnat all vår kraft och energi åt akutsjukvården. På vissa håll i landet finns det dock fungerande astmaskolor. Förvisso skulle de behöva utvecklas till vad ni inom RHL kallar andningsskolor för alla lungsjuka. Beträffande den psykosociala rehabiliteringen av lungsjuka så är behovet där skriande och våra insatser små.

**När det gäller oxygenbehandling så har vi dels tagit upp det vid vår uppvakning av socialministern och dels diskuterat det vid ett sammanträde på Handikappinstitutet, där vi bla diskuterade behovet av att dokumentera patientupplevelserna av behandlingsformen. Vad händer härnäst?**

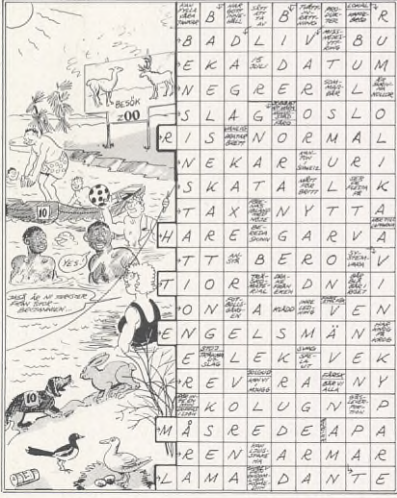
– Som du vet så håller föreningen på att dokumentera samtliga patienter som har syrgasbehandling. Vi kommer så småningom att ha ett heltäckande register och kan på så sätt få

fram ett fullgott statistiskt underlag på tex diagnoser, behandlingsresultat och skillnader mellan syrgas i tub respektive med oxygenkoncentratorer.

## Hur ser du på samarbetet med RHL och med andra handikapporganisationer?

– Positivt. Vi har mycket att lära av varandra och vi har ju samma mål, nämligen att på olika sätt hjälpa de

lungsjuka. Samarbetet måste kunna utvecklas mera och ett steg i den riktningen är att vi mer regelbundet utbyter information så att vi får större möjlighet att se vad som händer inom respektive organisation och att kunna delta i varandras aktiviteter. Dessutom tycker jag att samarbetet med RHL och RmÅ borde utvecklas mer. Det skulle ni båda tjäna på. Framförallt när det gäller den stora gruppen astmatiker och deras behov av undervisning och träning.



### Lösning och pristagare till Bildkryss nr 6/87

1:a pris 100 kr: Rolf Sundström  
Lidervägen 25  
89100 Örnsköldsvik

2:a pris 75 kr: Bengt Jarnhäll  
Vemmenhögsgatan 10  
23100 Trelleborg

3:e pris 50 kr: Sten R. Holmstedt  
Sekundvägen 16  
30259 Halmstad

4:e pris 50 kr: Nils Bergkvist  
Box 25  
28101 Hässleholm

# Från mina horisonter



**Hur ser egentligen våra föreningar ut? Vi har stora skillnader mellan till exempel Filipstad med sina 16 medlemmar och Luleå med 685 medlemmar. Under sommaren har jag äntligen haft tid att bearbeta de uppgifter som lokalföreningarna lämnade tillsammans med verksamhetsberättelserna för 1986. Med utgångspunkt från de uppgifterna har jag räknat fram hur genomsnittsföreningen såg ut vid årsskiftet 1986–1987.**

Genomsnittsföreningen hade under 1986 en nettoökning med 12 nya medlemmar och bestod vid årsskiftet av totalt:

- 213 medlemmar
- 57% kvinnor (121 st)
- 43% män (92 st)
- 13% under 55 år (28 st)
- 32% mellan 56–65 år (68 st)
- 55% äldre än 65 år (117 st)

Under 1986 har medlemmarna i genomsnittsföreningen haft möjlighet att delta i:

- 5 medlemsmöten
- 2 resor
- 2 fester
- 3 andra aktiviteter

När det gäller studier har genomsnittsföreningen under 1986 genomfört 5 studiecirkel med 11 deltagare per cirkel. 2 av cirkelarna har handlat om RHL:s studiematerial (Hjärtat, Lungorna, RHL – vår organisation) eller Hälso- och sjukvårdslagen, Socialtjänstlagen, föreningskunskap el-

ler varit motionsgrupper. 3 cirklar har gällt hobby, språk, landskap med mera.

Om vi tittar närmare på hur föreningens 213 medlemmar fördelar sig på olika sjukdomsgrupper finner vi följande fördelning:

- 49% hjärtsjuka (104 st)
- 31% anhöriga/stödjande (66 st)
- 11% TBC-sjuka (23 st)
- 5% astmasjuka (11 st)
- 4% övriga lungsjuka (9 st)

Föreningens styrelse har träffats sju gånger och arbetsutskottet två gånger.

Så ser alltså genomsnittsföreningen ut. Det är av allt att döma en rätt trevlig förening som erbjuder sina medlemmar att delta och vara aktiva på många sätt. Siffrorna kan tolkas på lite olika sätt. Det är viktigt att betona att siffrorna inte är några "rikslikar" som anger hur många aktiviteter eller studiecirkel föreningarna ska ha.

Efter att ha varit med och diskuterat föreningsverksamheten med drygt 60 föreningar vet jag att skillnaderna i de lokala förutsättningarna är mycket stora. Erfarenheterna visar att en bra fungerande förening bör försöka att åstadkomma cirka tio olika medlemsaktiviteter per år. För att klara det utan att slita ut styrelsen bör man tillätta frivilliga arbetsgrupper som åtar sig att svara för en eller flera träffar. Det är ett bra sätt att sprida uppdra-

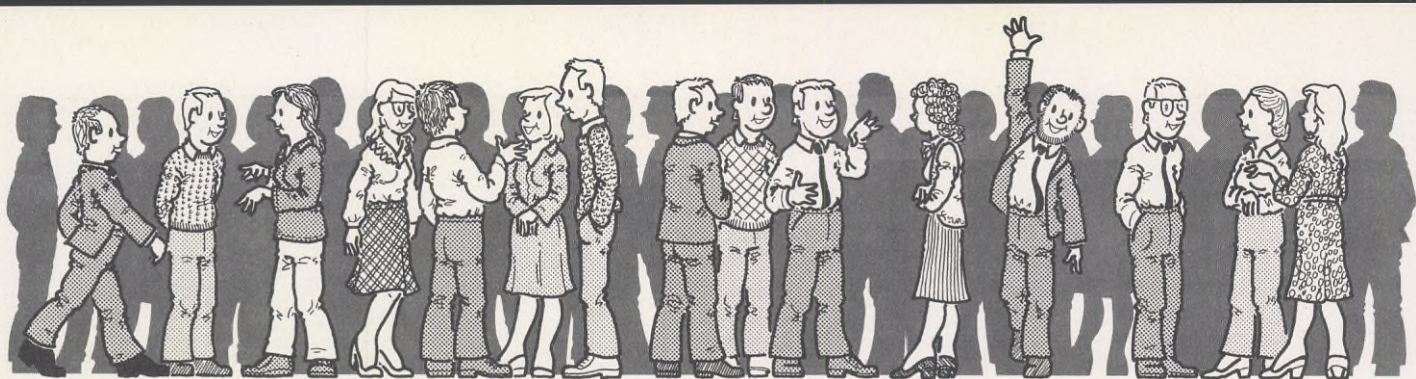
gen och få fler aktiva medlemmar. Arbetet blir lättare och trivseln större om det är fler som delar på uppgifterna.

Ett sätt att åstadkomma större spridning av arbetsuppgifterna kan vara att samla medlemmarna till ett gemensamt planeringsmöte för det kommande årets verksamhet. Dela in deltagarna i grupper och låt varje grupp planera varsin träff. Det skapar ett större engagemang och ger medlemmarna möjlighet att direkt påverka verksamheten. Långtidsplanering är också en förutsättning för att kunna skriva och rita ett årsprogram som kan spridas bland medlemmarna och användas i föreningens marknadsföring.

När ni nu har fått reda på hur genomsnittsföreningen ser ut så kanske ni undrar om det finns någon motsvarighet i verkligheten? Ja, det finns en förening som i stort sett stämmer in på beskrivningen. Det är Hjärt- och lungsjukas lokalförening Bången i Lycksele uppe i Västerbotten. Om mina planer för höstens organisationsbesök håller, så kommer jag att besöka föreningen i Lycksele den 7 oktober. När jag har varit där ska jag återkomma med en beskrivning.

Avslutningsvis kan man kanske få hoppas att allt det regn som fallit under den långa kyliga sommaren ger en god grogrund för våra bästa matsvampar. Ta vara på hösten. Det finns mycket gott att hämta i skogen.

**Text och foto: Tommy Eriksson**



# FRÅN LOKALFÖRENINGARNA



*Växjöföreningens promenadgrupp på utflykt.*

## Föreningen i Växjö

Hjärt- och Lungsjukas förening i Växjö har haft en Promenadgrupp som har promenerat, umgåtts och haft trevligt.

Vi har konstaterat att rörelse i form av gång, gymnastik och ett kamratskap utgör ett fint underlag för att bemästra kärlekskramp, hjärtinfarkt, astma mm.

Vi avslutade vårt vårprogram med en träff hos vår ledare Marianne Sandberg. Den dagen regnade det men med solen inom oss och ett fint förhållande till varandra hade vi hjärtans roligt och vi sjöng av hjärtans lust. Med en varm kram till Marianne åkte vi hem med önskan om att snart träffas för att promenera igen.

**Eivor Larsson**

PS. Ett tack till Uppvidingekamraterna vilka inbjöd till en fin dag ute vid en vacker sjö med kaffe, lekar och fin samvaro. DS.

## Föreningen i Luleå

Efter sommaruppehållet mjukstartade föreningen för Hjärt- och Lungsjuka i Luleå säsongen med den "Hemliga Resan".

Staden låg tyst som en knappnål när hundra morgonpigga RHL-are strålade samman för start till okänt resmål. Frågan var Norr eller Söder, pilen började visa på Norr.

Föreningens ordförande Siri Schönfeldt hälsade oss välkomna men var tyst som en mussla vart vi var på väg. Hon pratade om planerade satsningar inom studiesidan och Hjärtgymnastiken, men ej den minsta antydning vart vi var på väg.

Norröver men vart, var frågan. Föreningens nöjespappa Lennart Edholm och Erik Schönfeldt passade nu på att dela ut ett mycket klurigt Resekryss, säkert med baktanke att avleda vår nyfikenhet om resmålet. Nyfikenheten stillas när Haparanda stads höga vattentorn syns i förgrunden. "Su-

omi nästa." Vi fortsatte och stannade upp vid ett mycket gammalt gårdställe där det gavs möjlighet att inhandla kontshantverk och övriga varor lämpliga för turister. Vi återvände till Sverige.

I resan var ett besök i Haparanda kyrka inbakat, där vi fick övervara söndagens högmässa. Åter in i våra bussar, Kukulaforsarna slutmålet för vår resa. En nyanläggning med en tju-sig matsal med utblick över forsen och allt vad som händer där. Sikfiskare med sina håvar plus ett litet extra skådespel "Forsränning", allt under det vi avnjöt en härlig måltid med huvudrätt "färsk Kukulolasik". Och inte att förglömma, serverad av små söta och mycket duktiga flickor.

Vår hemliga resa börjar gå mot sitt slut och vi deltagare får tacka för en välplanerad och trevlig resa. Tack Siri, Lennart, Erik.

**John Carlsson**

## Föreningen i Klippan

Hjärt- och Lungsjukas Förening i nordvästra Skåne har arrangerat Hjärtats Dag i den fullsatta logen på Elfdalen.

– Vi hade satt in 250 stolar. Ändå måste en del besökare stå, summerar Elsie Brinkåker, som välkomnade alla.

Kvällens stora attraktion var skönsjungande Tito Beltran och pianoackompanjerande Louise Ljungberg. Allt varvades med allsång ledd av Ingvar Larsson.

Det blev idel välkända sånger, suveränt framförda och rungande applåder. Sedan ett extranummer, ännu fler applåder och givetvis blommor. Tito Beltran är sannerligen populär.

Åke Magnusson från Riksförbundet Hjärt- och Lungsjuka fanns på plats. Han gav en fyllig information om förbundets verksamhet och mål-sättningar.

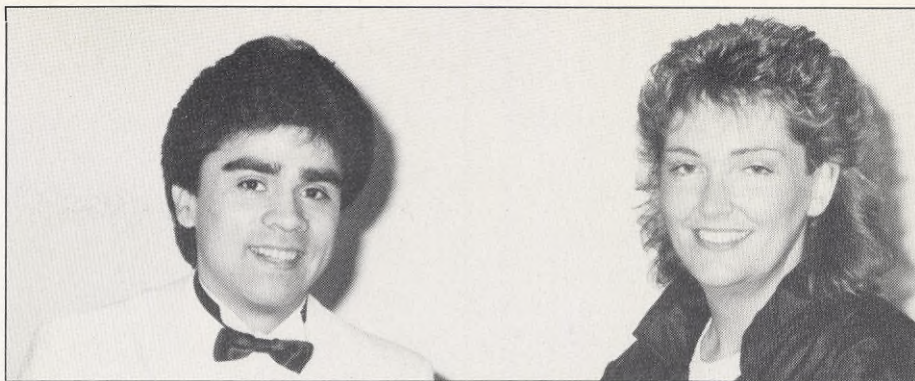
– Vi vill bilda opinion mot indragningar av lungkliniker. Vill trycka på om utökade resurser inom hjärtsjukvården, där vi vill se minst en ny thoraxklinik. Vi vill också ha en bättre eftervård. Tyvärr försvinner bla Åsens konvalescenthem, sade Magnusson.

## Resa till Norge

Medlemmarna i Föreningen Hjärt- och Lungsjuka i Sundsvall och Härnösand har varit på resa till Oslo och Bergen. Vi startade vår resa fredagen den 10 juli 1987 från Bergmans Buss i Sundsvall. Det var soligt och fint väder hela resan även i Norge.

Har nu startat lördag med sällskap av två stycken från Riksförbundet för Hjärt- och Lungsjuka i Oslo och en guide som skall visa oss omkring i Oslo. Fint väder är det i dag också. Vi har nu tagit plats i bussen både vice ordföranden i deras förbund samt guiden Unni Johansen, som kommer att berätta vad vi ser. Vi åker till Vigelandsparken, vi ser Rådhuset som byggdes 1915. Vi åker till Frognerparken, där finns skidbanor. I Mandal föddes Gustav Vigeland. Gustav var ett underbarn, träsnidare, han ville bli bildhuggare, fick åka till Köpenhamn och Paris för att lära sig salongskulptörens anda och form. Vi åker nu till Holmenkollen där vi skall dricka kaffe. Vi ser Oslofjorden, vi ser backen nerifrån. Boxta gård är nu Oslo stads campingplats.

Det är nu söndag och vi skall se mera av staden. Guiden som var med oss i fjol kom också med oss. Vi tittar på Rådhuset, en svanföntän, guiden berättar om vad den betyder. En klocka hänger på vägen framför Rådhuset. Är nu nere vid kajen där båtarna läg-



Tito Beltran och Louise Ljungberg underhöll på Hjärtats Dag.

– Vi vill också att det startas andningsskolor för astmatiker, ledda av sjukgymnaster. Rökavvänjningsgrupper är numera vanliga och blir allt fler. Det är bra. Vi vill vidare dra igång en stor hjärt-lungräddningsverksamhet och utbilda inte minst anhöriga till hjärtsjuka – sist men inte minst vill vi slå ett slag för ett sunt leverne med mycket motion.

Dag Ursing är ny klinikchef på Ängelholms lasarett, med diabetes och högt blodtryck som specialitet. Kring dessa frågor uppehöll han sig vid träffen i Elfdalen.

– Det finns ett samband mellan diabetes och hjärt-kärlsjukdomar, slog

han fast och pekade på hur diabetes dels tidigarelägger hjärt-kärlsjukdomar och dels förvärrar dessa.

– Diabetiker kan även få hjärtinfarkter utan att de vanliga symptomen med tex smärta märks. Men hjärtsvikt visar sig senare. Diabetes är även orsak till ögon- och njursjukdomar.

– Bland allt som bidrar till hjärt-kärlsjukdomar är rökning det farligaste. Och en diabetiker ska absolut avhålla sig från rökning, avslutade Dag Ursing.

**Elsie, Kerstin, Bernt,  
Ingvar och Ulla**

ger till. Är nu vid Akershus som aldrig intagits. Vi stannar och tittar på fästningen. Fortsätter förbi krigsskolan, centralstationen, förbi Domkyrkan, Norska riksdagen, kör nu ner Karl-Johangatan. Åker till Kontikimuseet, berättar om Heyerdahl och båten Ra. Vi åkte med en båt ut i Oslofjorden.

I dag tisdag fortsätter vi till Bergen. Vi åker över Hardangervidda, E 68. Vi stannar på Hardangervidda där är det försäljning av skinn och skällor.

Har blivit onsdag och skall fortsätta till Sverige. Kom till Orsa först vid midnatt. Vi fick våra nycklar och rum, alla var nog glada åt att få lägga sig efter dagens äventyr. Så är det en ny dag och hemresan skall ske.

Torsdag. Vi har nu ätit frukost och tagit våra väskor till bussen. Vädet är fint i dag också, skönt är väl det. Vi skall nu åka till Nusnäs.

Ja så är vi snart hemma i Sundsvall igen. Från starten har vi åkt 275 mil och genom 27 tunnlar. Vi är nu framme i Sundsvall och säger hej till nästa resa.

**Gerd Åhlander**

## Föreningen i Västerås

Hjärt- och Lungsjukas lokalförening Aros i Västerås företog den 4 aug en hemlig resa. Vid avfärden var gissningarna många och vilda om färdmålet för dagens resa. Vi startade mot

Eskestuna, vek av mot Kungsör, vidare Norrköpingsvägen söderut. Första anhalten var Rejmyre glasbruk där vi fick se glasblåsning och den hantverksmässiga glastillverkningen. Efter kaffe på värdshuset Tre Glas fortsatte färden genom Norrköping, Linköping, Mjölby, Ödeshög till Gränna. Där tog vi färjan över till Visingsö där en god lunch väntade oss. Efter lunchen åkte vi remmalag och fick under färden guidning om ön. Så bar det åter till Gränna med besök i en polkagrisfabrik. Efter detta var det dags för hemfärden över Vadstena, Motala och Askersund, där vi gjorde en paus för kvällskaffe. Trötta men mycket nöjda med dagen som gynnats av fint väder och intressanta upplevelser, och de ansvariga för resan, Maj-Lis Strandberg och Alvar Holmgren avtackades.

**Rune Ramström**

## Status inbunden

Nu finns Status årgång 1986 att beställas inbunden i brunt band från RHL:s kansli för 200 kronor + frakt.

Skriv till

**RHL, Box 9090, 10272 Stockholm**

Ring till

**RHL 08-690960**

# Stärkt till kropp och själ



Svanholms-gäster sommaren 1987. Foto: Knut Knutsson.

**Arne Myllenberg från Malmö har haft 3 hjärtinfarkter och genomgått en hjärtoperation. Under sommaren vistades han några veckor på Svanholmens vilohem. Arne trivdes så bra att han inspirerades till att skriva till Status för att berätta om RHL:s rekreationshem utanför Osby i gränslandet mellan Skåne och Småland.**

Svanholmen är ett förnämligt rekreationshem. Bra förläggning i enkel- och dubbelrum samt stugor med god tillgång till gemensamma sällskapsutrymmen med TV. Vid Svanhalssjön finns bryggor där man kan bada i rent vatten samt båtar för motionsrodd och fiske. En minigolfbana lockar till motion i lugn takt.

Den härliga naturen i all ära, men den goda skånska maten – på rätt tid och med "madaro" – den utmärkta servicen samt den trevliga personalen under husmor Britts ledning bidrar till att göra en vistelse på Svanholmen till något alldeles extra.

## Gäster från 1 till 90

Gästerna är hjärt- och lungsjuka med varierande såväl ålder som svårighetsgrad på krämporna. Speciellt värdefull är vistelsen på Svanholmen för dem som är konvalescenter efter hjärtinfarkt eller thoraxoperation eller långvariga hjärt- och lungbesvär. När detta skrives i juli 1987 är äldsta gästen 92 år och den yngsta 1 1/2 år. Den senare tillhör en familj där såväl pappa som den minste har astmatiska besvär.

Det krävs intyg från läkare för att komma som gäst till Svanholmen.

Normalt finns ca 25 gäster på Svanholmen. Alla försöker utnyttja vistelsen till att bygga upp kroppslig och andlig hälsa. Umgänget med andra som drabbats av liknande krämpor ger nya perspektiv på den egna situationen. För många ensamboende är vistelsen en möjlighet att träffa nya människor och skaffa nya vänner.

## Som snapphanar i skogen

Ett omtyckt sätt att förbättra den fysiska konditionen är att promenera runt Svanhalssjön, en promenad på styvt två km. Mäktig gran- och furuskog växlar med lövskog, ängar, sankmark och vyer över sjön. En del av promenaden går på den gamla leden från Osby upp mot Småland, nu en nästan igenvuxen skogsväg men fortfarande en utmärkt promenadväg. Man går i större eller mindre grupper mellan måltiderna. De flitigaste kan avverka tre sådana turer om dagen.

Har man tur kan man bli bjuden till ett besök hos Einar, vars gamla fådernegård ligger vid sjön. Han har på ett pietetsfullt sätt restaurerat den gamla gården och inrett den med gamla möbler, verktyg och andra föremål som han villigt och sakkunnigt förevisar. Andra utfärdsmål är Häradsstenen, ett jätteblock med ca 4 meters höjd mitt inne i skogen samt "Kristusstenen" – ett stort stenblock, som enligt sägnen kluvits av blixten, varvid en relief av den korsfäste Kristus bildats i spalten mellan de två blockhalvorna. Vi gjorde också en sjötur på den vackra Osbysjön med efterföljande kaffe med väfflor.

## Nattvak är tryggheten

Vistelsen på Svanholmen präglas mycket av begreppet gemenskap. Man hjälper och stöttar varandra. Ingen skall behöva känna sig utanför utan snabbt finna några att prata med om såväl allmänna problem som mer personliga. En person, som visat sig ha stor betydelse är "nattvaket" dvs den representant från RHL som mellan 19 och 07 har jour för att hjälpa till vid akuta sjukdomsfall och andra situationer där någon gäst behöver hjälp.

## Poeter och musikanter

Frågan är dock om inte de kvällssamkväm som Knut ordnade blev mest uppskattade. Här fick gästerna själva svara för underhållningen i improviserad form. En långväga gäst från Kungl huvudstaden – Maria Elmquist – visade sig vara såväl poet som skicklig deklamator och historieberättare. Hennes dikter ur den egna diktsamlingen "Här är Ditt liv" rönste stor uppskattning. Självt fäste jag mig speciellt vid dikten "Ättestupan" med många aktuella och kritiska synpunkter på den moderna sjuk- och åldringsvården.

Från "de egna leden" inom länet visade sig Nisse vara en skicklig pianist. Han bjöd på såväl klassisk musik av Beethoven och Mozart som gamla populära melodiner och "örhängen". Sedan vi dessutom fått Allan att övervinna sin medfödda blyghet och plocka fram sin mandolin och med Nisses hjälp finna den rätta stämningen vågade de alltmer sångvilliga gästerna klämma i när gamla kända melodier tonade fram. Slutsången "Här är gudagott att vara" klingade särskilt starkt och med inlevelse.

## Nedläggningshot

För många av RHL:s medlemmar har några veckors vistelse på Svanholmen varit årets höjdpunkter. Vi har i denna miljö kunnat bygga upp konditionen för kommande vinter. Hotet om att verksamheten skall avvecklas inom ett par år är skrämmande. Vi undrar om inte en driftig ledning inom RHL-föreningarna tillsammans med en stark medlemsopinion skall kunna få makthavarna att tänka om, så att Svanholmen även i framtiden kan få bli en kär rekreationsplats för hjärt- och lungsjuka. Må sången "Här är gudagott att vara" få sjungas av RHL-medlemmar på Svanholmen i ännu några år.

**Text: Arne Myllenberg**

DE FINNS VATTEN ÄT ALLA

BALE  
BÖR  
DÄRRE  
VARA

PIKAR

FRAN-  
KE-  
RAS

KAN  
STREBS I  
ETT KAR  
STYRT

FÄNNIS  
MED  
GAMLA  
ALL-  
SVENSKAN

HAR  
SETT  
VÄRL-  
DEN

JOB-  
BAT  
SOM  
TRÄL

BÖDDER  
KORT

LED  
SOM  
VÄNTAR

MR KRON-  
BLON

BRA-  
SA

KL. 13  
TVÅ LOD-  
STRECK

SVENSKT  
EFTER-  
NAMN  
TYG

RÅD-  
DAD

SLAG  
SOM  
SÖ-  
VER

KÄRE  
SKOL-  
TID

TILL-  
VER-  
KAD

HÖJDE  
RÄSTEN  
GÄLLT

HÖR  
TILL  
HYLL-  
NINGAR-  
NA

TRÄD

VITTRAR  
OM  
FÖR-  
BÖDELSE

EVA-  
BIA-  
KARIN  
MALM  
ILSKEN

GER EL  
FÖR  
SKÄGG-  
ANSNING

KAN  
MARIA  
FÅ  
HETA

HÖR  
TILL  
FRISY-  
RERNA

NÖTMAT

UPPFÖ-  
RES MED  
EN SORTS  
STEN

KNUFF

GAGN-  
LBS

HÄRD

BANMASSA

EFTER-  
BLI-  
VEN

HITTAR  
VI I  
HÄRJE-  
DÄ-  
LEN

EN  
AV  
SJU

BLIR  
BE-  
SKAT-  
TAD

# Status

## BILD KRYSS 8

Lösningar skall vara märkta "Bildkryss nr 8" och måste vara  
Status redaktion, Box 9090, 10272 Stockholm, tillhanda senast  
den 15 oktober.

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

Namn \_\_\_\_\_

Adress \_\_\_\_\_

Postadress \_\_\_\_\_



# RHLs blomsterfond

tar emot gåvor

Postgirokonto 90 00 11-8

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



RIKSFÖRBUNDET FÖR HJÄRT- OCH LUNGSJUKA

Box 9090, 10272 Stockholm. Tel 08/690960  
Postgiro 900011-8

