

Det här verket har digitaliserats vid Göteborgs universitetsbibliotek.
Alla tryckta texter är OCR-tolkade till maskinläsbar text. Det betyder att du kan söka och kopiera texten från dokumentet. Vissa äldre dokument med dåligt tryck kan vara svåra att OCR-tolka korrekt vilket medför att den OCR-tolkade texten kan innehålla fel och därför bör man visuellt jämföra med verkets bilder för att avgöra vad som är riktigt.

This work has been digitised at Gothenburg University Library.
All printed texts have been OCR-processed and converted to machine readable text.
This means that you can search and copy text from the document. Some early printed books are hard to OCR-process correctly and the text may contain errors, so one should always visually compare it with the images to determine what is correct.



Status

nr **3**
mars 1984



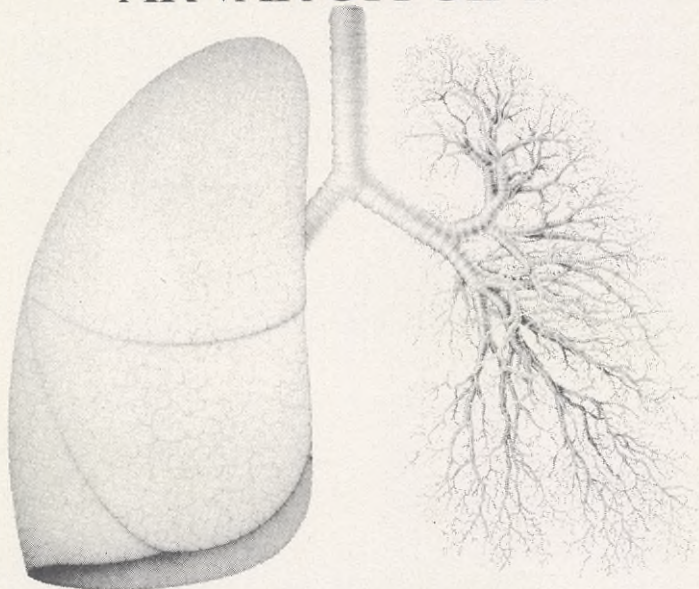
Utges av Riksförbundet för hjärt- och lungsjuka

pris 7:–



Möt Gun
sid. 4

ATT FÖREBYGGA OCH BOTA SJUKDOMAR ÄR VÅR UPPGIFT.



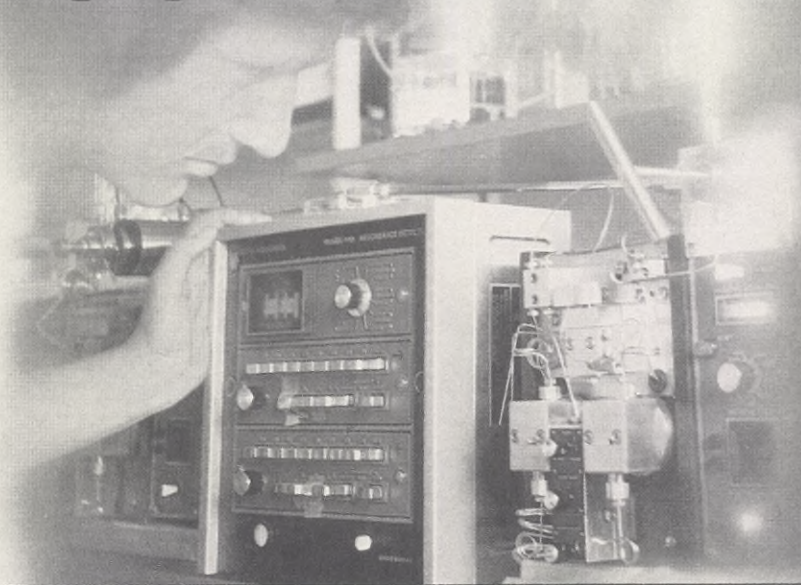
Sjukdomar i andningsvägarna tenderar att öka. Genom sin forskning har Astra nått en ledande position på världsmarknaden inom detta sjukdomsområde liksom andra viktiga terapiområden. Astamedlet Bricanyl används i 70-talet länder.

ASTRA

151 85 SÖDERTÄLJE, TELEFON 0755/329 80

Kreativitet Tvärvetenskap Innovation

— inte bara honnörsord för oss
Andningsvägarnas sjukdomar — vårt forskningsområde



DRACO

Astra-koncernens
läkemedelsföretag i Lund

Status

Organ för Riksförbundet
för hjärt- och lungsjuka

nr 3 1984 årgång 47

Ansvarig utgivare:
Tord Axelsson

Redaktör: Mats Freij

Förbundskansli:

Hornsbruksgatan 28
Postadress: Box 9090
10272 Stockholm
Telefon: 08-69 09 60
Postgiro: 90 0011-8

Tryckeri:
Kringel-Offset, Södertälje

Prenumerationspris:
Helår 55:–. Medlemspren. 35:–

UR INNEHÅLLET:

Sid 4: Hela mitt liv blev
annorlunda

Sid 7: Konsten att gå
ner i vikt . . .

Sid 9: Hänt sen sist. . .

Sid 11: Att vara
andnings-
handikappad

Sid 12: Så använde jag
pengarna . . .

Sid 14: Lungsjukvård
i förändring

Sid 16: RHL-information

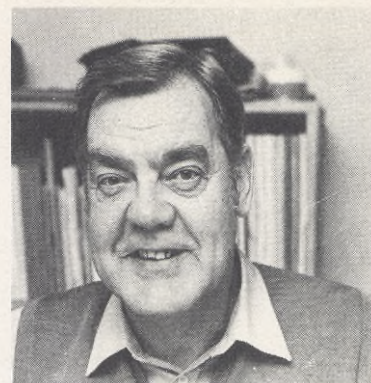
Sid 19: Res till Bulgarien

Sid 22: Bildkruss

TS-kontrollerad upplaga

LEDARE

Vilken sjukdom är bäst?



Någon hajar kanske till inför rubriken. Men det är ingen oberättigad fråga. Dagligen tvingas läkare och annan vårdpersonal göra prioriteringar mellan olika patienter och mellan olika medicinska insatser.

När man gör prioriteringarna tar man naturligtvis hänsyn till många olika faktorer, bl a till vilka resurser som finns på sjukhuset.

Finns det en hypermodern hjärtkirurgisk avdelning på ett ställe så vill man naturligtvis utnyttja den.

Detta är inte orimligt, tvärtom.

Men problemet finns där ändå. Har vi en bra hjärtklinik, flockas många duktiga läkare dit, ställer krav på fortsatt utveckling och mer resurser. Man får det också rätt ofta.

För tungt

Men lungkliniken då (om den finns)? Medicinavdelningen? Och vad händer runt omkring?

Utvecklingen på den medicinska teknikens område har ett för ett "vanligt" öga klara samband med vad sjukhusens resurser samlas.

En av kamraterna på RHL – Gun Jonsson – berättar i det här numret att hennes portabla andningsapparat är värdelös för henne. Inte för att den inte fungerar. Utan för den är för tung! Just det – för tung!

Utmaning för teknikerna

I ett högteknologiskt samhälle som vårt är det förvånande att utvecklingen av de tekniska hjälpmedlen för handikappade inte kommit längre.

En rullstol ser ungefär likadan ut idag som den gjorde 1914. Hur många bilar gör det? Eller cyklar?

Är skillnaden betingad av att köparen av bilen samtidigt som han kan betala för varan också ställer krav. Att han ger en vinst åt producenten?

Kan det vara så att handikappade – inklusive Gun Jonsson – helt enkelt ska lära sig begripa, att smakar det så kostar det?

Det borde vara en utmaning för alla uppfinnare och tekniker att analysera hur det ser ut på hjälpmedelsområdet – här handlar det verkligen om forskning i människans tjänst!

Tord Axelsson



Hela mitt liv blev annorlunda!

Gun Jonsson har emfysem. Ett relativt okänt handikapp/sjukdom som hon delar med ungefär 4 000 andra svenskar.

– Hela mitt liv förändrades den gången 1977, säger Gun. Från att ha varit en aktiv person förvandlades Gun till en passiv innesittare. Det går inte längre att cykla eller promenera. Jag får vara glad att jag orkar upp för trappan utan hjälp.

Men arbeta kan hon – sedan 1979 jobbar hon i receptionen på förbundskontoret i Stockholm.

– Jag vet inte varför jag fick emfysem. På den tiden rökte jag, det *kan* vara en orsak. Men sjukdomen kan också överföras ärftligt, jag vet inte vad det är i mitt fall. Orsaken spelar liksom ingen roll.

Effekterna av emfysem vill Gun likna vid vad som händer när man har allergi. Svårigheter att andas, ångest vid anfallen – ibland så svår att det handlar om ren dödsångest. Men emfysem är värre än allergi,

tycker Gun.

– En allergiker, har om han eller hon har tur, någon ”bra” period under året, då det kan ske en viss återhämtning och förbättring av konditionen.

– För mig gäller att jag har några få dagar om året som jag kan fungera.

Mycket känslig

– Jag klarar egentligen inte av några dofter, vare sig blommor, parfym eller rök. Andnöden uppstår omedelbart.

– Det gör ju att mitt umgänge har blivit mycket begränsat på senare år; jag orkar inte gå bort, och alla bekanta orkar inte med att de i umgänget med mig faktiskt måste ställa upp på mina villkor.

– Jag är ju egentligen en väldigt glad människa, men ibland tror jag att jag kanske uppfattas som lite gring.

Uppe med tuppen

Eftersom sjukdomen har satt ner Guns kondition kraftigt, tar för oss andra självklara saker lång tid.

Hon går upp klockan sex varje dag för att kunna börja arbeta klockan åtta. Bara att klä sig tar tid. (Gun berättar i sammanhanget, för att jag ska förstå bättre, att hon ibland inte orkar lyfta en liter mjölk.)

– Egentligen skulle jag inte arbeta mer än fyra timmar om dagen, men jag arbetar heltid. Läkaren sa att det inte var bra, och att det skulle gå att ordna på annat sätt.

– Med "det" menade han min ekonomiska situation, för han begrep ju att jag liksom alla andra arbetar för min försörjning.

– Men jag vill klara mig själv, har alltid haft svårt att be om hjälp. Det blir inte lättare när man är så gammal som jag är nu.

Att acceptera – okej men det är svårt

Gun menar att man måste acceptera att man är sjuk eller handikappad. Okej, man måste det, men det är svårt. Att inse att man inte alls kan göra det man gjorde förut.

– Mitt barnbarn sa en gång att jag ju måste känna mig som en fånge. Jag har tänkt på det; det är så – på sätt och vis är jag en fånge.

För att klara sig hjälpligt får Gun medicin – ventoline.

Dessutom använder hon sig av en portabel Pariboy – en apparat som gör det möjligt att inhalera ventoline tillsammans med koksalt. Den väger drygt kilot, och drivs med el. Det finns dock andra portabla inhalatorer som drivs med hjälp av medicinsk luft.

Emfysem

Emfysem är en bestående uttänjning av de fina lungblåsorna där skiljeväggarna mellan lungblåsorna utplånas. Ca 4 000 människor i Sverige har emfysem.

Vad orsakar emfysem?

Medicinsk orsak. Sjukdomen är förknippad med den kroniska inflammationen (se kronisk bronkit) i luftvägarnas slemhinna som uppträder hos cigarettökare. Inflammationen kan leda till emfysem. Skadan är oftast belägen i de minsta av luftvägarnas förgreningar. Mellanväggarna i de finaste lungblåsorna förstörs så att allt större blåsor bildas. Lungans ytor minskar på så sätt och detta leder till andningssvårigheter.

När man andas in ska lungan dra sig samman och återfjädra som ett gummiband. Vid emfysem förlorar lungan sin elasticitet. Finare luftrör faller ihop. Patienten håller luftrören utspända genom att spänna bröstkorgen vid inandning. Bröstkorgen blir därmed utvidgad och rundad, och kallas därför "tunnformad".

Miljöbetingad orsak. Förhållandet mellan miljö och rökning resulterar i svår sjukdom. I rökarnas luftvägar samlas stora mängder av de ämnen som har betydelse för att emfysem ska utvecklas.

Ärftlig orsak. Svår antitrypsinbrist med dubbla arvsanlag är starkt

förknippad med emfysem. 4 procent av Sveriges befolkning är anlagsbärare.

Trypsin är ett enzym som utsöndras från bukspottkörteln in i tarmen där det bryter ner äggviteämnen. Antitrypsin syftar på äggvitans förmåga att kunna binda till sig och upphäva trypsinets biologiska effekter. En person med antitrypsinbrist (anlagsbärare) har råkat få dubbelt sjukdomsanlag – ett från vardera föräldern. Anlagsbärarens risker att få emfysem är stor om han/hon dessutom är rökare.

Rökaren med antitrypsinbrist debuterar med symtomen på emfysem vid 40 års ålder.

Icke-rökaren med antitrypsinbrist debuterar vid 60 år – eller inte alls.

Hur upptäcks emfysem?

Efter långvariga perioder med hosta, slemupphostningar, kronisk bronkit och astmaliknande symtom är skadan så långt framskriden att patienten blir andfådd och denna andfåddhet går inte över.

Behandling

Behandlingsmöjligheterna är mycket små. Det finns ingen specifik behandling vid svår antitrypsinbrist. Därför är det viktigt med förebyggande verksamhet. Man kan påvisa antitrypsinbrist hos barn genom undersökning av blodet. De kan då i god tid varnas för rökningens utomordentliga risker i deras fall.

– Problemet för mig med de här apparaterna är tyngden, de väger nästan fyra kilo, jag orkar helt enkelt inte bära den med mig.

Psyket drabbas

Emfysem ger bäraren psykiska problem. Man funderar mycket, blir lätt isolerad, har ångest emellanåt.

– När man inte orkar städa själv (Gun får kommunal hjälp varannan månad) får man lita till grannar och sina barn. Min granne är underbar och mina barn hjälper också till. Men jag är ändå utlämnad.

– Ibland vet jag inte om jag ska låsa dörren till lägenheten: tänk om jag blir sjuk, och läkaren inte kan ta sig in.

– Det låter kanske inte klokt för en del, men ibland funderar man faktiskt så.

Ingen modern sjukdom

På sjukhuset blev hon informerad om att hon inte skulle göra sig några förhoppningar den gången 1977.

Det är ett gravt emfysem, nämligen, sa läkaren.

– När jag sa att de enda förhopp-



ningar jag hade var att komma på benen, så vände läkaren och gick.

– Vi är så få vi med emfysem, vi är kanske ointressanta att satsa på. En väninna som varit på sjukhus för en åkomma sa skämtsamt till mig efter besöket: ”Jag hade fel sjukdom, jag skulle haft fel på hjärtat i stället!” Nåt ligger det i det, en del sjukdomar satsas det mycket på, andra mindre.

Kan arbeta i alla fall

Gun menar att hon inte har någon direkt arbetsnedsättning. – Inte när jag sitter, och det gör vi nästan hela tiden i receptionen. Däremot klarar jag inte att gå omkring i de långa korridorerna, utan flera pauser.

Jobbet är viktigt för Gun. Hon arbetar i en handikapporganisation – då är det väl lätt att få förståelse från arbetskamraterna.

Äntligen!

Handikappinstitutets styrelse beslutade vid sitt sammanträde den 21 februari 1984 att föra upp sk högdosinhalatorer på hjälpmedelsförteckningen. Institutets ledamöter och suppleanter har sedan ett bordläggningsbeslut den 12 december 1983 via skrivelser i ärendet kring högdosinhalatorer och oxygenkoncentratorer uppvaktats dels i HCK:s arbetsutskott och dels av RfCF, RHL, RmA och RLE. Gemensamma aktioner gav således resultat. Oxygenkoncentrator är återremitterat till institutet för vidare utredning.



I samband med diskussionerna kring syrgasbehandling diskuterade HI:s styrelse även skrivelsen från Siwart

Bergqvist. Under diskussionerna framkom det bla att det är AGA som är generalagent för det nya systemet med flytande syre, som måste hålla minst *minus 183°*. AGA är dock intresserade av att föra ut systemet under förutsättning att de kliniska prov, som de f n håller på med, faller väl ut. Dessutom måste AGA ha ett godkännande från Socialstyrelsen (syrgas räknas som läkemedel), från Statens Anläggningsprovning (behållaren/termosflaskan måste testas) samt från Brandmyndigheterna (syrgas är brandfarligt). Institutet fick i uppdrag av styrelsen att noggrant följa ärendet. HCK:s representanter i HI:s styrelse kommer även att bevaka att oxygenkoncentratorn så fort som möjligt kommer upp till beslut i styrelsen.

Konsten att gå ner i vikt utan att svälta sig till döds

Det där med att gå ner i vikt, det är besvärligt! Alla har vi väl försökt om och om igen att minska på antalet kilo. Inte kanske för att vi alla gånger mår så förfärligt illa, men för att det någon gång kan vara trevligt att kunna gå in i en affär och beställa fram kostymer med nummer som inte alltid slutar på D och som inte alltid är tresiffriga. Ja, ni som har mitt problem vet vad jag menar. Och dessutom har man ju pressen från alla omkring sig! Och det är en svår press. Ibland undrar man om inte omgivningen tycks må sämre av att man är något rundlagd än man gör själv!

Självupplevd berättelse, med många korn av sanning, av Nils-Olof Westberg

För ett år sedan...

berättade jag om hur en härlig resa till Madeira resulterade i mängder av extrakiln. Jag lovade då också – friskvårdsprofet som man var... och är – att nu skulle det bli andra bullar av. Och andra bullar blev det inte (jag har aldrig gillat bullar), men däremot blev det rätt snart lika mycket god mat och stundom också ett och annat i dryckjomväg. De första veckorna gick jag ner, det ska erkännas, och jag kände mig mäktigt stolt. Men de goda föresatsernas tid är ju tyvärr ofta väldigt kort. Man startar med ett humör som kan försätta berg – och halkar snabbare än man kan säga Fyffes åter in i gamla kära vanor. När våren kom var det definitivt dags att konstatera: mitt löfte om att rasa ner massor med kilo i vikt var omöjligt att infria!

Men nu har 10 kilo rykt...

... och det ska bli flera! Aha, säger de som varit med förr – och de som känner NOW:s förkärlek för mat och sega råttor – det dröjer inte länge förrän vågen slår samma imponerande tal som tidigare. Men se där kan ni känna er blåsta! Receptet? Bantning veckor i sträck? Nej! Skidåkning så Gunde S och Thomas W kan känna sig hotade? Nej! Svaret heter helt enkelt

Scarsdale-metoden!

Efter att ha legat tio dar nere på Billinge hus och fastat bort tio kilo för fem år sedan, efter att tre strävsamma månader varje år ha avstått från gottgod mat och dito dryck och varje gång har gått ner några kilo, så har jag äntligen fått tag i en metod som har allt: **MAN FÅR ÄTA SÅ MYCKET MAN VILL – OCH MAN FÅR ÄTA TRE GÅNGER OM DAGEN...** och ändå går man ner i vikt! En bra viktminskningsdiet måste vara välsmakande, riskfri, mättande och okomplicerad. Det är Scarsdale-metoden. Följer man den har man garanterat en viktminskning av 5 hg per dag. Själv gick jag ner mer. Och, an går inte lika lätt upp igen!

Bara 14 dagar i stöten!

Mängder av goda råd och förklaringar står att finna i boken som just heter SCARSDALE-metoden, utgiven av förlaget Askild & Känekull. Boken finns i de flesta bokhandlar och kostar ungefär tre tiar. Den är skriven av med dr Herman Tarnower och en av "Amerikas ledande författare av böcker som självhjälp", Samm Sinclair Baker. Den är verkligen värd att läsa. Det finna med hela metoden är att kosten

är så sammansatt att man kan koncentrera sina ansträngningar till en tvåveckorsperiod, sedan får man gå över till två veckor av "hålla formen"-kost. Inga månader och år av kruska och grönsaker (inget ont om någondera delen, men jag vill helst lätta upp dieten med lite annat). Nej, här vankas vissa middagar pannbiff, kyckling, oxkött, skalldjurssallad, kalv- och lammkotletter och mycket mycket annat. Men inte på en gång, förstås! Allt som ska stekas ska tillagas i en sk teflonpanna, som inte kräver ett dugg fett. Och sen finns det en särskild gryta, en lergryta, som man ska ha fylld med vatten tio minuter och sedan hälla ut vattnet för att så bara slänga i kycklingen – även denna gång utan minsta smör eller stekmargarin. Och det blir saftigt och gott. Och man får äta mycket! Första veckan när det vankades pannbiff vräkte jag i mig sex stycken (ja, jag vet, men jag ville pröva om det funkade ändå) och kanske stod vågen inte på fem hekto mindre morgonen därpå i alla fall. Det här med lergryta och teflonpanna gör väl att alla kvinnor som läser Status nästan skrattar på sig åt min okunnighet, men det jag förklarar ovan är något som alla karlslokare måste få i sig för att de ska begripa att kött kan smaka jättegott utan smör och såser och annat onyttigt!

Varje morgon...

... är det hårda bud. En halv grapefrukt, kaffe eller te och en, säger en, skiva fullkornsbröd. Inte går man mätt från det målet, men det är ju inte så många timmar till lunchen. Tidigare hoppade jag alltid över den i bantningsambitioner, med den påföljd att jag åt dubbelt så mycket till middan! Nu bjuds rostbiff (kall), tunga, fruktsallad, tonfisk, ägg, mager ost, kall kalkon och mycket annat. Inte på en gång utan var för sig – och alltid tillsammans med enbart grönsaker och/eller kesor. Och sedan kommer middagen...! *Ta tex måndagsmiddagen:* Fisk och/eller skaldjur av vad slag som helst. Tillagning utan fett, i teflon- eller silverstone-stekpanna. Blandad sallad med så många grönsaker ni önskar. 1 skiva rostat bröd. Det behöver inte rostas, men det blir mest aromatiskt efter en lätt rostning. Grapefrukt eller annat frukt, kaffe eller te – och så isvatten. Inget öl, inget vin, ingen läsk – ISVATTEN!

Jag började i september...

... och gick de två första veckorna ner 7 kg. De två följande "hålla formen"-veckorna gick jag ner 3 kg till. Totalt alltså 10 kg. Men det fina i hela kråksången var att dessa veckor – det låter som en saga men är faktiskt sant – har fått mig att inte vilja äta fettranden på fläskkotletten, det som jag tyckt varit så gott förut. Och det fick mig att för första gången skära bort fett på varje skiva av julskinson – och jag gjorde det utan större saknad! Med

andra ord: läser man boken och följer enkla, givna regler så får man *ändrade matvanor*.

När julen var över...

... har jag förr om åren alltid gått upp allting jag brukat gå ner under september. Den månaden, liksom januari och maj, har alltid varit mina bantningsmånader. Men den här julen hade jag "bara" gått upp sex kilo. Jag låg fyra under när jag började nästa Scarsdale-stöt i januari! Nu har januari månad gått och jag vräkte till med nio kilos viktminskning den här gången. Min tredje bantningsmånad varje år är maj. Då ska jag banne mig inte ha gått upp mer än max fem kilo – och har då alltså en nettominskning av 7 kg! Sen blir det Scarsdale i maj... och sen i september... och sen i januari -85... och sen – ja, sen bör jag vara nere på trivselvikten och kunna börja köpa kläder igen!

Min bantning är helt oviktig...

... för andra, hör jag kritiska läsare mumla inom sig. Men jag skriver inte om den för att tala om hur mycket jag går ner. Jag skriver därför att det knappast finns någon som älskar godis så mycket som jag, inte någon som älskar glass så mycket som jag, inte någon som älskar mat och dryck så mycket som jag! Och när en sådan "gottgris" i dubbel bemärkelse blir hängiven fetthatare och viktminskningsälskare, då kanske det kan vara något för andra

också att ta efter. Har jag fel? Hopplas inte.

Tala med din läkare...

... om du är det minsta lilla osäker innan du börjar med Scarsdale-metoden. Det rådet är viktigt att alla, som har tex minsta hjärtfel följer.

TALA MED DIN LÄKARE INNAN DU SÄTTER I GÅNG!

Den här metoden passar naturligtvis inte alla, men den bör passa tillräckligt många för att Status-läsarna ska kunna ha glädje av den. Och det är ett kul sätt att gå ner i vikt på. I boken finns kapitel som "Svar på nybörjarens frågor", "Gourmetdieten", "Spara pengar"-dieten, "Den vegetariska dieten", en särskild Läkarbilaga och mycket, mycket annat. Många känner mig och vet att jag bla är översättare. Men jag har INTE översatt den här boken, och jag har INTE någon ekonomisk vinning i form av guldpengar från förlaget. Jag är bara glad över att jag faktiskt nu väger mindre. Så enkelt är det. Inte mycket mindre, men MINDRE! Och mer ska det bli!

Springa i trappor...

... har jag också börjat med, till inte minst vår svarta labradors fasa. Hon vill åka hiss. Det har husse alltid tidigare gjort med henne. Nu flänger han uppför hala trappor... Nej, hon vägrar, så henne sätter jag i hissen, lubbar trapporna upp till kontoret (fyra trappor) och trycker sedan upp hissen med hunden. Det är bara inte klokt. Det tycker ingen på kontoret heller när jag de första gångerna kom inflåsande som det värsta ånglok, men nu går det lättare och lättare.

I nästa nummer av Status...

... hade jag tänkt att delge er, kära läsare, lite mer av mina erfarenheter. De kanske inte är så läkarunderbyggda och de är *synnerligen personliga*, så ta dem för vad de är: NÅGOT ATT SKRATTA ÅT under de minuter man läser artikeln – eller också NÅGOT ATT TA EFTER i större eller små portioner. Vad ni än gör, så har jag nu i alla fall uppfyllt ett löfte till en kär, gammal vän – Tosse. Han kom upp till mig i slutet av januari oeg frågade om jag inte kunde skriva något i kåseriväg. Javisst, sa jag glatt, för Tosse är ju en kille man gärna ställer upp för. Här är resultatet!

Så kan man göra bra information

RHL i Skåne och Blekinge har tagit fram en utmärkt folder som informerar om RHL:s träningsgrupper.

I texten vänder man sig i första hand till den som nyligen haft en infarkt och talar om att en av riskfaktorerna som kan bidra till uppkomsten av en infarkt är fysisk inaktivitet.

Regelbunden motion i olika former 2-3 ggr/vecka bidrar till en lyckosam rehabilitering efter infarkten.

Ökad friskvård = minskad sjukvård

fastslår man och uppmuntrar till deltagandet i träningsgrupperna. Varje förening har sitt eget medlemsblad som tillfogas den gemensamma foldern. Under rubriken "Det är vi som leder RHL:s hjärtträning i..." finns motionsledarens foto, namn, adress och tel. På baksidan anges tid och plats för motionsgrupperna. En utomordentlig informationsfolder värd att ta efter för alla föreningar som har motionsgrupper och studiecirkel i "Efter hjärtinfarkt" eller "Lungorna – funktion, sjukdomar, andningsvård".

Hänt sen sist...

RHL

Regionkurs för AC och BD-län vid Medlefors folkhögskola i Skellefteå. Kursen inleddes med att landstingsrådet Mary Frank pratade om aktuella frågor på sjukvårdsfronten. Inga-Maj Hofverberg tog sedan hand om de praktiska frågorna i samband med VUN-bidragen och hon höll även i ett grupparbete kring hälso- och sjukvårdsfrågor i stort. Under lördagen redogjordes för hur lungsjukvården är organiserad i de båda länen och speciellt diskuterades den planerade nedskärningen vid lungkliniken i Boden. Kursdeltagarna diskuterade också behovet av förebyggande insatser och av eftervårdande. Vi gick även igenom förbundets förslag till eftervårdsprogram för lungsjuka och då särskilt studiecirkelmaterialet. Under söndagen gick vi igenom förbundets sexpunktsprogram, innan doc Leif Rosenhall höll ett uppskattat anförande om lungsjukvården i Norr- och Västerbotten. Kursen avslutades med en diskussion kring samarbetsproblem och kring behovet av vidareutbildning av förtroendevalda funktionärer. RHL-representant: *Bo Månsson*

Skolrådets sammanträde. Skolrådet diskuterade syverksamheten och kom fram till att en utredning bör tillsättas för att se över verksamheten för handikappade elever. Beträffande uppvaktningen av departementen hösten 1984 genomgicks olika punkter. Ang nedskärningen av handikappheten på SÖ skall skolrådet diskutera detta den 21/3 -84 på SÖ. RHL-representant: *Bengt Dahlström*.

Bengt Dahlström medverkade den 14 januari 1984 vid blandning av 1984-års lotter i Helsingborg samt dragning av vinstnumren. Närvarande var också kontrollanten Åke Rosén från länsstyrelsen i Stockholms län samt Göte Andersson från Lotterinämnden. Lotterna kommer att vara klara för leverans

från Bertil Höst AB i mitten av mars 1984.

Sammanträde på Folksam. Sammanträffat med Katarina Apelqvist och diskuterat skriften om kärkramp "Angina pectoris", som kostar 10 kr/st. RHL:s behov av skriften borde röra sig om c:a 2 500 ex, dvs 10 ex till varje lokalförening, 25 ex till CO och resten i lager. Enl ett preliminärt förslag kan RHL få 1 000 ex till en kostnad av 5 kr/ex och resterande till 6 à 7 kr/ex. Vi bör dock inte lämna ut samtliga ex gratis. Vi diskuterade omkring att göra en gemsam pressepressrelease kring skriften samt Folksams intresse av att ekonomiskt stötta en ev framtida videoproduktion kring våra eftervårdsprogram. RHL-representant: *Bo Månsson*.

HCK

HCK:s internationella råds sammanträde. Rådet beslöt att insamla tillgängligt material på engelska från de olika förbunden för att senare göra en presentation över den svenska handikappaprosen på engelska. Ett uttalande skrivet av Anneli Joneken, Riksförbundet för njursjuka, till Nordiska Rådet antogs och skall underställas arbetsutskottet för godkännande innan det offentliggörs. Ingemar Rexed från Health Action International talade om läkemedelsfrågorna i u-länderna och läkemedelföretagens övergrepp på människor i u-länderna. Härefter följde en diskussion på detta tema. RHL-representant: *Bengt Dahlström*.

Sammanträde med *Handikappinstitutets styrelse*. Sedan Bertil Göransson, HI:s ordf, hälsat alla välkomna samt justerat protokollet från föregående sammanträde anmäldes 9 ärenden, bl a inom det ortopedtekniska området, om ett upphandlingsavtal för radiosända taltidningar, om nya tjänster och löneläget inom HI och om stöd till

måltidshjälpmiddel. Efter det att skrivelser presenterats från HCK:s AU och från RHL, RmA, RfCF och RLE beslutade HI att föra upp högdosinhalatorer på hjälpmedelsförteckningen. HI:s arbete med skolhjälpmedel presenterades och distribuerades. Styrelsen beslutade vidare att stödja viss produktion av hjälpmedel. RHL-representant: *Bo Månsson*.

HCK:s kurs om HSL. Kursen inleddes med att Lars Persson, HCK, kortfattat redogjorde för innehållet i HSL och för- och nackdelar med ramlagstiftning. Efter grupparbete och redovisning kring vissa paragrafer i HSL, var det tid för Inger Brändström från landstingen i Västerbotten att redogöra för ett landstings planering och ekonomisering av sin verksamhet. Även kring dessa frågor skedde ett grupparbete. Torbjörn Midunger från samverkanskansliet redogjorde för hur norra sjukvårdsregionen (Y, Z, AC och BD-län) planerar sitt samarbete och kom speciellt in på diskussionerna kring en thoraxklinik i Umeå. Kursen avslutades med grupparbete och diskussion dels kring hur HCK skall organisera sig för att få en bra samverkan med landstingen enl paragraf 8 HSL och dels kring hur HCK skall arbeta vidare med hälso- och sjukvårdsfrågor. RHL-representant: *Bo Månsson*.

Sammanträde vid *Handikappinstitutets (HI:s) samarbetskommitté*. Sven Holmstedt, HI, anmälde att man håller på och tecknar ett avtal om tillsända dagstidningar, att en arbetsgrupp skall utses kring boendefrågor för äldre och att ROT skall utse en arbetsgrupp kring sk smalhissar, J P Strömgren, HI, informerade att man har för avsikt att skaffa sig kunskaper kring småväxtas behov av hjälpmedel. Varningsmärken för synskadade - SIS - på förpackningar innehållande giftiga ämnen diskuterades. Eva Jacobsson, HI, redogjorde för vissa utställningsfrågor bl a NHR:s. Behovet av permanenta och mobila utställningar inom varje län diskuterades. HI:s avtal med skolhjälpme-

NEBULATOR – en ny metod att inhalera Bricanyl

Läkemedelsföretaget Draco i Lund har utvecklat en ny metod för inhalation av Bricanyl – Bricanyl med Nebulator. Nebulator är en specialkonstruerad, päronformad "plast-behållare", 750 ml, med en ventil i vardera änden (se bild).

I den ena ventilen finns adaptorn med Bricanyl aerosol och i den andra ett munstycke med en ventil genom vilken man kan både andas ut och in. En av fördelarna med Nebulator är att patienten ej behöver koordinera utlösning av läkemedelsdosen med inandning, utan man kan vänta en stund och därefter tömma Nebulator med ett eller flera långsamma andetag och ändå tillgodöra sig hela innehållet. Med Nebulator är det en väsentligt större mängd läkemedel som når lungorna jämfört med vanlig astmaaerosol.

Bricanyl med Nebulator är ett alternativ för patienter som har svårt att använda en vanlig inhalationsaerosol och för patienter som har svårt att koordinera dosutlösning och inandning och därför inte får någon effekt av vanlig aerosolbehandling. Bricanyl med Nebulator har även visats vara ett alternativ till nebuliseringsbehandling. Undersökningar har visat att 4 dospuffar Bricanyl (= 1 mg) givet i Nebulator ger samma effekt som 4 mg Bricanyl inhalationslösning givet i nebulisator. Fördelarna här med Nebulator är att den är lättare att handha och att terapin blir billigare.

Nebulator är tillverkad av armerad plast, vilket innebär att den tål slag och stötar. Den tål också att rengöras i diskmaskin.

Nebulator är avsedd för flergångsbruk och man byter ut Bricanyl aerosol. En Nebulator beräknas hålla för cirka ett års användning.

del diskuterades speciellt problemet läromedel kontra hjälpmedel. Behovet av att högdosinhalatorer tas upp på hjälpmedelsförteckningen diskuterades och i samband härmed även behovet av en mera omfattande översyn av hela finansieringssystemet för hjälpmedel. En ny teknik vid syrgasbehandling – flytande syre i tub/termosflaska – diskuterades. Margita Lundman, HI, redogjorde för hur elektroniska blissymboltavlor fungerar. RHL-representant: *Bo Månsson*.



Bricanyl med Nebulator är ett läkemedel som på vanligt sätt skrivs ut av läkaren på läkemedelskort. Den går ej att köpa som separat hjälpmedel.

Jubileum i Umeå

Hjärt- och Lungsjukas förening Lövsta, Umeå, har firat sitt 40 årsjubileum på Hantverkshuset. Ett 80-tal närvarande samt representanter för Umeå kommun, Riksförbundet RHL, Centralorganisationen RHL i Västerbottens län, Umeå ANF, Umeå HCK, Dr Åsberg, Lungkliniken samt lokalföreningarna i länet.

Uppvaktnings med tal, blommor och presenter och alla önskade fortsatt välgång med arbetet för de hjärt- och lungsjuka.

Den historik som framfördes över 40 års verksamhet belyste de svårigheter medlemmarna hade att övervinna när föreningen bildades, både socialt och medicinskt. Glädjande att höra dr Åsberg förklara att statistiken för insjuknande i lungtuberkulos och astma visar nedåtgående siffror.

Hedersgäster var de medlemmar som var med vid bildandet av för-

eningen vilka tackades av ordförande för 40 års troget medlemskap och för det arbete de nedlagt för föreningen samt överlämnade rosor.

Efteråt serverades middag och kvällen avslutades med dans.

Hjärt- och lungsjuka på träff i Flen

Sedan januari i år finns en interimstyrelse för Hjärt- och Lungsjuka i Västra Södermanland. Den har träffats några gånger och nu har även det första medlemmötet hållits.

En helt otrolig uppslutning – nästan till hundra procent – svarade medlemmarna för när de kallades till träffen i Flen härförleden.

Aina Dahlin, Flen, presenterade kort styrelsen och föreningen. Hon pratade om vem som kan bli medlem i föreningen och varför man ska gå med i RHL (Riksförbundet för Hjärt- och Lungsjuka).

– Erfarenheterna och kunskaper som hjärt- och lungsjuka har är värdefulla för föreningen, sa hon.

– Vi behöver dem för att bättre kunna ställa krav på myndigheter och samhälle.

Den rätt nybildade föreningen i Västra Södermanland omfattar hjärt- och lungsjuka i Flen, Katrineholm och Vingåker. Tidigare fanns lokalföreningar i Nyköping och Eskilstuna. Västra föreningen har cirka 25 medlemmar.

Den 24 januari hålls nästa medlemsträff. Fram till dess hoppas Aina Dahlin och hennes kamrater i styrelsen – Roland Gustavsson, Vingåker, Sven Hansson, Katrineholm, Stina Rylén, Valla, Margareta Eriksson, Sköldinge och Åke Johansson, Flen – att det också i Katrineholm och Vingåker ska komma igång studiecirkelverksamhet. I Flen träffas en grupp medlemmar varje vecka.



Att vara andningshandikappad

Undertecknad, själv maximalt andningshandikappad, vill med bifogade upprop rikta uppmärksamheten på ett otroligt försummat handikappområde.

Sedan uppropet skrevs strax efter nyår, har det ställts i utsikt, att jag skulle få utforma Sveriges första handikappbostad, speciellt utformad för andningshandikappade. Denna bostad kommer att ingå som en enhet i boendemässan Bo 85 i Upplands Väsby, vilken öppnas i maj 1985. Bostadshuset är redan under byggnad.

Vidare håller jag på att introducera en helt epokgörande ny teknik vid syrgasbehandling, där man som bassubstans i stället för komprimerad syrgas använder flytande syre, vilket ger närmast otroliga viktvin-

ter för den handikappade. I stället för att släpa på en 25–30 kg tung kärra med till 200 atmosfärers övertryck komprimerad syrgas i en stålflaska, kan jag nu bära en 4,5 kg tung termosflaska, som – trots mitt extremt stora syrgasbehov – räcker för mig i fyra timmar; för de flesta syrgasberoende 6–12 timmar. Den kan med lätthet påfyllas av den handikappade eller vårdpersonalen på ett par minuter.

Eftersom metoden enligt svensk lag inte kan introduceras i Sverige med mindre än att en såväl medicinsk som tekniskt kunnig och

dessutom andningshandikappad person utvärderar metoden och apparaturen, och då min sjukdom snabbt försämras, är risken stor, att jag inte kommer att hinna fullfölja projektet, om det inte från första stund behandlas med högsta tänkbara förtur i de myndigheter och förvaltningar, där detta ärende aktualiseras.

All nödvändig teknisk information beträffande syreprojektet lämnas av sektionschef Sture Nordlund, Medicinska sektionen AGA Gas AB, tel 08/98 54 00, Rissneleden 14, 172 82 Sundbyberg.

Jag träffas på tel 08/30 99 69 och är intagen på Thoraxmedicinska kliniken avd 6, Karolinska Sjukhuset, 104 01 Stockholm. Jag kan under inga förhållanden ta emot besök.

Orättvist i samhället

Jag skriver detta djupt upprörd över orättvisor i samhället. Sedan många år tillbaka har jag som sjukpensionär haft ett rabattkort vid Malmö lokaltrafik.

1981 blev jag änka och min pension ändrades då till änkepension (2 869 kr per månad).

Häromdagen råkade jag förlora detta kort och kontaktade då trafikkontoret för att få ett nytt. Jag fick inget nytt, då pensionsförmånen var ändrad och min betecknades som änkepension. Min sjukdom är ju inte bättre för det. Något nytt kort får jag inte förrän jag fyllt 65 år. Jag är född 1922.

Min bostad är belägen i en förort till Malmö, och jag är så gott som dagligen beroende av att åka in till Malmö, då ingen service finns i Tygelsjö. Nu måste jag betala dubbel avgift. Jag kan tala om att en person i min omgivning med 11.000 kr i månaden i pension som fyllt 65 år har detta kort.

Det skulle vara intressant om ni kunde hjälpa till att påtala detta missförhållande för Malmö lokaltrafik. Mig hör de inte på.

Med vänliga hälsningar

Maj-Britt Nilsson

UPPROP

Har Du sett en andningshandikappad vistas ute med hjälp av syrgasapparat? – Du kan se förlamade och på andra sätt rörelsehindrade utföra fantastiska idrottsprestationer, därför att de kan andas. – När såg Du en andningshandikappad få koppla av från sin andnöd, gå på teater, konsert, se en utställning, show, cabaret el dyl?

Varför syns han eller hon inte? Jo, därför att de kommer praktiskt taget aldrig ut. Hjälpmedelsutvecklingen har – fränsett vissa för vårdgivaren förenklande åtgärder (bla engångsmaterial) – stått praktiskt taget stilla i mer än 50 års tid, sett ur den handikappades synvinkel.

Än idag används enormt tunga och otympliga, 50–90 år gamla konstruktioner och föremål, för den andningshandikappade helt omöjliga hjälpmedel, ja, de förtjänar knappast beteckningen hjälpmedel; stjälpmedel är snarare en riktig benämning, eftersom de många gånger bidragit till att knäcka drömmen om en rehabilitering och hoppet om att kunna vistas utanför vårdinstitutionen eller hemmet.

Den friske däremot – ja, även den handikappade kan, om han inte är andningshandikappad – dagli-

gen, såväl i arbete som på fritid, tillgodogöra sig teknikens allra senaste landvinningar i form av produkter gjorda av superlätta metall-, plast- och glasfibermaterial. Den andningshandikappade får än idag – om han eller hon till äventyrs skulle orka – släpa på enormt tunga stålflaskor, som i princip är likadana idag, som när de konstruerades på 1800-talet. Vardagens moderniteter har på ett obegripligt sätt inte getts möjligheter att tränga in i denna sektor av handikappvärlden.

Låt oss snarast ändra på detta!

Möjligheterna väntar på att bli utnyttjade!

Ställer DU upp?

Text: Siwart Bergqvist

Så använde jag pengarna . . .

RHL delar som bekant ut flera stipendier, stipendier som skall användas till forskning eller andra aktiviteter som ligger inom ramen för RHL:s verksamhet. Här presenterar några stipendiater vad de redan gjort eller för närvarande arbetar med:

Rapport från auskultationsvecka i andningsvård

Syftet med resan var att jag skulle få en inblick och även lära mig något nytt inom andningsvården och på det sättet eventuellt förbättra kvaliteten av den sjukgymnastiska vården på lungkliniken i Boden. På rekommendation av klinikchef Hugo Hagstad valde jag Göteborg, med Sahlgrenska och Renströmska sjukhusen, som rese mål.

Med hjälp av barnklinikchef Roger Andersson (CLB) och förstås via Norrbottens läns landsting fick jag även möjlighet att resa till Köpenhamn. Där skulle jag studera manometerns möjligheter att mäta nivån på motståndet av patientens in- och utandning, speciellt vid behandling av CF-barn (Cystisk fibros, även astmabarn osv).

Sahlgrenska sjukhuset

Jag blev väl mottagen av chefgymnast Astrid Folkstrand och sedan direkt hänvisad till allergologavdelningen och dess sjukgymnast Bodil Stene. Denna avdelning tar hand om lungmedicinska patienter, tex kronisk bronchit, emphysema, astma bronchiale och resp. insuff. Polikliniskt på mottagningen görs olika utredningar och testas tex olika allergipatienter.

Av Bodil lärde jag mig:

- att använda en slags slynga som sätts kring patientens bröstorg för att assistera och stimulera utandningen (resp. insuff., astmapat.)
- att ta med personalen i sjukgymnastikvården (sköterskor, under-

sköterskor, biträden) som hjälp av djudandning, flaskandning och inhalation

- att bättre utnyttja olika avspänningsmetoder.

Vi diskuterade ingående om flaskandning och maskandning = RMT-mask (S-PEEP = spontan positiv end expiratory pressure). Metoden är under utveckling och vi provar våra kunskaper som bäst i praktiken och lär oss mera hela tiden.

Margitta Uvstam och Irmeli Bitter-Suerman tog mig med till thoraxkliniken samt intensivvårdsavdelningen.

På dessa ställen lärde jag mig:

- preoperativ andning för hjärt- och lungsjuka
- att se i praktik både flask- och RMT-maskandning både före och efter operationer
- hur man handskas med hjärt- och lungopererad patient på IVA direkt efter operation, speciellt om det har uppstått några komplikationer.

Renströmska sjukhuset

Efter en lång spårvagnsresa kom jag till detta sjukhus med herrgårdsliknande utseende. Namn som Satoriegatan och Kalkällagatan förde tankarna direkt till de lungsjuka.

Ninni Bergstrand välkomnade mig hjärtligt och förde mig genast till sina patienter som hon behandlade med "blandning" av de gamla och sk nya metoderna.

Berit Gullnert och Birgitta Davidsson är också verksamma sjukgymnaster på detta sjukhus. Det blev teori och praktik om

- flaskandning (för- och nackdelar)
- PEEP-andning

- dränagelägen
- polikliniska behandlingar, inläggningstider på sjukhuset (för korta, för långa . . .)
- sjukgymnastelevers placering på lungsjukhus osv.

Efter dessa dagar på Sahlgrenska och Renströmska sjukhusen kändes det relativt skönt att kunna säga att den sjukgymnastiska vården i Boden inte helt och hållet är i nolläge. De nya vindarna har även nått till Norrland. Vi har kännedom om flaskandning och håller på att utbildas oss i RMT-masker.

Rigshospitalet, Köpenhamn

Mereta Falk, sjukgymnast, vars namn har blivit bekant för oss alla som arbetar med andningsvård, tog emot mig med en hjärtlighet som är svår att beskriva. Vi fann varandra direkt och kunde på en gång hitta en gemensam linje för vårt samarbete.

Av Merete lärde jag mig:

- ett effektivt sätt att ta spirometri, tex i samband med Ventolinbehandling (före och efter)
- RMT-masken: från dess köpstället till dess konstruktion och skötsel och inte minst dess användning
- hur man använder manometer tillsammans med RMT-mask när man behandlar CF-barn
- hur man för enkla sjukgym-journaler i andningsvård för att bättre kunna berätta vad man gör, och varför.

Sammanfattningsvis kan jag säga att veckan var givande; resans syfte nåddes. Samtidigt kände jag nya vindar och fick vetskap om olika forskningsprojekt i andningsvården.

Allt detta sker för att förbättra den sjukgymnastiska vården och på det sättet livskvaliteten, kanske to m livslängden, för de lungsjuka.

För oss som arbetar med dessa patienter är detta minst sagt mycket glädjande. Det gäller att vara intresserad och engagerad för att ta del av den nya utvecklingen. Tack vare Hjärt- och lungsjukas förening var detta ekonomiskt möjligt just för mig. Till Er vill jag rikta mitt hjärtligtaste och varmaste tack!

Helena Nordvall
Leg sjukgymnast

Många brister i oxygenterapi

Det var med stor glädje jag emottog Riksförbundets stipendium för 1984, som gör mitt fortsatta arbete med lungsjukvården möjlig. Jag har vid stipendieansökan bifogat en forskningsplan för "Oxygenbehandling i hemmet" och "Spray-skola - evaluering och undervisning i inhalationsteknik av läkemedel". Det enda nytillkomna är en rapport som jag gjorde under Metodikkurs för vårdyrkenas forskningsanknytning "Oxygenbehandling i hemmet vid respiratorisk insufficiens - en fallstudie av Uppsala län".

*Leg sjukgymnast
Merja Herala*

Som framgår av vår undersökning, finns det många brister i den "tilltänkta" organisationen. Såväl patienterna som anhöriga har enligt vår mening fått otillfredsställande instruktion och information av en ej teknisk utbildad person.

Vi fann att i C-län var det kurator som lämnar ut utrustningen, vilken även förvaras på kuratorsexpedition. Installation och första användning i hemmet sker med hjälp av AGA:s personal, gasleverantören, om den kan, annars får patienten experimentera själv hemma.

Brandmyndigheternas översyn av bostaden före installation (ej ordination), har endast skett i ett fall. Tveksamhet råder bland brandkårens tjänstemän om förfaringssätt angående besiktning och översyn av bostad. Även bristfälligheter i

oxygenflaskornas förvaringssätt har framkommit.

Generellt kan vi påstå att distriktssköterskorna ej är insatta i sin funktion angående oxygenbehandling i hemmet.

Kontakten mellan apotek och gasleverantör tycks vara den enda fungerande länken. Patienterna är mycket nöjda med gasleveranserna.

I C-län är det kurator som har den samlade handläggningen, fungerar som tekniker, ger instruktioner om användningen av apparatu-

ren, tillhandahåller apparatur och reservdelarna samt kontaktas även vid fel.

Ordentlig genomgång av distriktssköterskans arbetsuppgift är önskvärd mot bakgrund av de stora birsterna i samband med oxygenterapi. Distriktssköterskan bör informeras om ändrade ordinationer från patientens läkare.

Vid genomgång av journaler var det på flera ställen mycket bristfälliga journalanteckningar. Detta bör ses över.

Friskvårda!



RHL Riksförbundet för
Hjärt- och Lungsjuka

HÄLSORESOR

Ex.: Rumänien 28/4 helpens., 1 v reumabeh. fr 2 695:--
fr Malmö (tlig Sth, Göteb m fl platser).

REKREATION

Ex.: Bulgarien 26/5, helpens., 1 v fr 1 535:-- fr Malmö.
Begär program! - Offerter även till grupper, lokala föreningar och länsförbund.



ESS  **SERVICERESOR AB**

Tegelslagaregatan 31, Kristinehamn

**ALLT
I
RESOR**

0550-825 00, 825 01

Lungsjukvård i förändring – från sanatorievård till cancerforskning

Av professor Gunnar Boman, Akademiska Sjukhuset i Uppsala

Världen över firade vi 1982 hundraårsminnet av en stor medicinsk upptäckt. Det är få medicinska landvinningar som varit av den arten och att man celebrerar deras jubileer, även om man firar deras upphovsmän. Den upptäckt det gäller är den tyske läkaren Robert Kochs beskrivning av tuberkelbakterien. Den 24 mars 1882 i Berlin framlade Robert Koch resultaten av sina väl planlagda och grundligt genomförda försök som entydigt visade att tuberkulos är en smittosam sjukdom och att den orsakas av en bakterie, nu kallad *Mycobacterium tuberculosis*.

I fransktalande länder kallas den fortfarande "bacille de Koch". Hans resultat publicerades redan två veckor senare i Berliner klinische Wochenschrift – det var korta pressläggningstider då – och spreds snabbt över den vetenskapliga världen. Redan i maj samma år refererades och diskuterades hans arbete på Svenska Läkaresällskapet i Stockholm. Jag kan inte låta bli att förvåna mig över den snabba spridningen av hans resultat och över att de nästan omedelbart accepterades bland hans kolleger. Jag frågar mig, om vi dagens flod av medicinska nyheter, lika säkert och snabbt kan urskilja de upptäckter som man kommer att fira om hundra år.

Tbc i Sverige och omvärlden

Tyvärr – och jag måste säga tyvärr – är Robert Kochs upptäckt lika aktuell nu som när den gjordes. Jag ska strax förklara varför. I Sverige tror många, både läkare och lek-män, att tuberkulosen är en nästan utrotad sjukdom och visst har de rätt i att utvecklingen i vårt land har varit mycket gynnsam. Fortfarande på 1940- och 50-talen var tuberkulosen en av de vanligaste dödsorsakerna bland unga människor mellan 20 och 30 år. År 1951 insjuknade totalt 10 108 personer i tbc i Sverige. Nu förekommer tuberkulos huvudsakligen hos äldre personer som smittats tidigare i livet och ibland invandrar från länder med sämre tuberkulosläge. År 1981 registrerades 875 nya fall av tbc i Sverige och mycket få svenskar dör numera i sjukdomen.

I skarp kontrast till detta står situationen i omvärlden och då framförallt i u-länderna. Världshälsorganisationen, WHO, och Internationella tuberkulosunionen, har beräknat att inte mindre än fem miljoner människor kommer att insjukna i tbc i år och att tre miljoner kommer att dö i sjukdomen. Detta innebär en tragisk fördubbling av antalet tuberkulossjuka i världen på trettio år. Dessa organisationer har inför Koch-jubileet gått fram under fältropet "Besegra tbc – nu och för alltid", med hoppet att kunna vända utvecklingen av detta enorma världshälsoproblem. Det är en verklig skandal att vi, trots att vi idag har effektiva läkemedel, vet hur de ska användas och vet hur den förebyggande kampen ska organiseras, ändå inte lyckats övertyga läkare, politiker och alla andra som lever mitt bland tuberkulosens offer idag om att det är nödvändigt att satsa intresse och resurser på tbc-bekämpning.

Lungsjukvård i Uppsala

Låt oss nu vända perspektivet från de globala till det lokala och från nutiden till sekelskiftet. Kanske kan historien lära oss något för framtiden.

Efter Robert Kochs upptäckt ökade intresset för medicinsk och social tuberkulosbekämpning i Sverige. År 1897 öppnades en provisorisk tuberkulosklinik med 20 vårdplatser på Akademiska sjukhuset i Uppsala. Den ersattes 1903 av den sk bröstkliniken, inrymd i en då nyuppförd byggnad som fortfarande finns kvar och nu hyser bla yrkes-

medicin. Bröstkliniken ersattes i sin tur av Centralsanatoriet som invigdes 1937 och som hade 121 sängar. Denna byggnad låg vid Dag Hammarskjölds väg och var ett tidstypiskt exempel på funktionsarkitektur. Tyvärr måste huset rivras 1977 för att bereda plats för de nuvarande barnklinikerna.

Centralsanatoriets förste överläkare var Anders Kristenson, sedermera professor i medicin på Serafimerlasarettet. Han efterträddes av Erik Hedvall, som 1947 fick en personlig professur i fysiologi, dvs läran om lungtuberkulosen. Under hans tid påbörjades omvandlingen av tuberkulossanatoriet till en modern lungklinik, en utveckling som min värderade företrädare professor Gunnar Dahlström så framgångsrikt fullföljt och vars resultat jag och mina medarbetare nu drar fördel av.

Parallellt med utvecklingen av tuberkulosvården på sjukhus togs andra viktiga initiativ. År 1904 stiftades Svenska Nationalföreningen mot tuberkulos. Nationalföreningen inriktade sig på forskning, folkupplysning och praktisk förebyggande verksamhet. Så inrättades exempelvis redan 1905 här i Uppsala landets första tuberkulosdispensär. Den skulle ge hjälp och stöd åt de drabbade och deras familjer, men också aktivt försöka hindra smittspridningen. Dispensärorganisationen övertogs så småningom av den offentliga sjukvården och har varit en viktig inspirationskälla för dagens hälsovårdsarbete på andra områden, t ex vid behandling av hypertoni och diabetes.

År 1906 invigdes tbc-sjukstugan i Vattholma som en modellanstalt för mindre krävande tuberkulosvård. Sanatorieverksamheten lades ned 1955 men byggnaden finns kvar och används nu som kursgård.

Ett annat viktigt initiativ från Nationalföreningen var massundersökningar med skärmbildsröntgen för att hitta symptomfria personer med tbc. Tack vare insatser av min överläkarkollega på lungklinik, docent Olle Hillerdal, har Uppsala

län fortfarande allmän hälsokontroll med skärmbild, men nu med huvudsyftet att spåra tidig lungcancer.

Tuberkulosläkemedel

Innan jag lämnar tuberkulosen vill jag nämna något om tuberkulosläkemedel, ett ämne som jag själv sysslat med praktiskt och forskningsmässigt.

Mitt under andra världskriget började Jörgen Lehmann att arbeta med en substans som senare kallades aminosalyl eller vanligen PAS. Lehmann var kemiprofessor i Göteborg och är fortfarande verksam vid 84 års ålder. Han fann snart att PAS var mer aktivt än någon känd substans mot tuberkulos, både hos experimentdjur och hos tbc-patienter. Samtidigt upptäckte amerikanska forskare streptomycin och världen hade äntligen fått läkemedel som var verksamma mot tuberkulos. Senare följde isoniazid och rifampicin som nu utgör den standardkombination som jag varit med om att utveckla.

Från tuberkulosbehandlingen lärde man sig tidigt vissa farmakologiska principer som idag används på alla medicinska områden, tex nyttan av att mäta läkemedelskoncentrationer i blodet för att kunna ge varje patient den rätta dosen. En annan viktig lärdom var att många patienter inte följer sina läkares läkemedelsordinationer. Det har berättats för mig att det startade med en observation att så många småfåglar dog kring snatorierna. Det visade sig att det berodde på att vissa patienter strödde ut PAS-medicinen genom fönstren i stället för att själva ta den ordinerade dosen, som i stället fåglarna pickade i sig.

Forskningens betydelse

Jag vill här skjuta in några reflexioner kring den medicinska forskningens betydelse i dagens samhälle. I den sjukvårdspolitiska debatten framförs ibland synpunkten att vi egentligen vet tillräckligt om sjukdomars orsaker och att fortsatt forskning är en onödig lyx. Vad som skulle behövas vore att föra ut kunskaperna om vådorna av vår livsstil, framför allt tobaks- och alkoholvänorna, och därmed få människorna att leva sundare. Som lungläkare instämmer jag i och för sig helhjärtat i detta – jag har personligen tagit konsekvenserna och med viss möda slutat röka – men jag tror inte att sådana åtgärder är

tillräckliga. Om vi ska kunna nå WHO:s mål "hälsa för alla år 2000" behövs fortsatt kvalificerad forskning, högspecialiserad sjukvård, förbättrad primärvård och en förändring av levnadsvanorna med förankring hos en bred majoritet av människorna. Forskning och träget vardagsarbete måste gå hand i hand.

Lungcancer – orsaker och profylax

I dagens Sverige insjuknar ungefär 2500 människor i lungcancer varje år och fler dör i den sjukdomen än av trafikolyckor, ett annat av civilisationens gissel. Till skillnad från många andra cancerformer är orsakerna till lungcancer ganska väl utforskade. Vi vet alla att tobaksröken är den helt dominerande faktorn. Vi känner också till flera ämnen som förstärker den cancerframkallande effekten av rökning, i Sverige främst asbets och radioaktiva ämnen, tex radondöttrar från berggrunden. Fortfarande vet vi dock inte varför vissa personer som aldrig rökt heller varit utsatta för de hittills kända cancerframkallande ämnen ändå får lungcancer. En lika stor gåta är varför bara en minoritet av alla storrökare får lungcancer. Alla som röker löper dock risken att drabbas av någon annan av rökningens vådor tex krinosk bronkit eller hjärtinfarkt.

En av de viktigaste sjukdomsförebyggande åtgärderna i vårt samhälle är därför att få den uppväxande generationen att aldrig börja röka. I Sverige, där vi internationellt sett ligger ganska väl framme när det gäller att bekämpa rökningen, är det ett beklagligt faktum att andelen rökare nu är högst bland unga kvinnor. Men det allra viktigaste nu är att med all kraft och list bekämpa de multinationella tobaksindustriernas välorganiserade försök att med insmickrande reklam får u-ländernas miljoner människor att börja röka.

Aktuell cancerforskning

På Akademiska sjukhuset pågår en intensiv forskning kring lungcancer i samarbete mellan många kliniker och institutioner. Här är några exempel: Thoraxkirurger och lungläkare försöker hitta bättre metoder för att välja ut de patienter som lämpar sig för lungkirurgi. Operation är idag den mest effektiva behandlingsformen, men kräver att

kroppen i övrigt är frisk.

Patienter från nästan hela Uppsala-regionen behandlas här med kombinationer av olika läkemedel, sk cytostatika, och i vissa fall strålbehandling. Särskilt vid småcellig lungcancer, en av de mest elakartade formerna, har påtagliga framsteg gjorts. Men ännu återstår mycket att göra. Vid all utprövning av nya behandlingsformer är det mycket viktigt att inte bara se till fördelarna, utan också på ett systematiskt sätt värdera nackdelarna i form av obehag, ångslan och biverkningar. Detta görs nu på lungkliniken.

Patienter, anhöriga och personal blir ibland missmodiga av ofullkomligheten i vår nuvarande cancerbehandling. Kanske kan det då vara till någon tröst att se tillbaka på tuberkulosbehandlingens historia. Det tog nästan 70 år från tuberkelbakteriens upptäckt tills forskningen ledde fram till effektiva läkemedel. På vägen dit gjordes många misslyckade försök. Låt oss hoppas att vi under 1980-talet ska lära oss att effektivt behandla alla former av lungcancer. Under tiden – stöd forskningen och bekämpa rökningen!

Publicerad med tillstånd av artikelförfattaren. Tidigare införd i Svenska Nationalföreningens tidskrift nr 3/83.

Gymnastik i Simrishamn

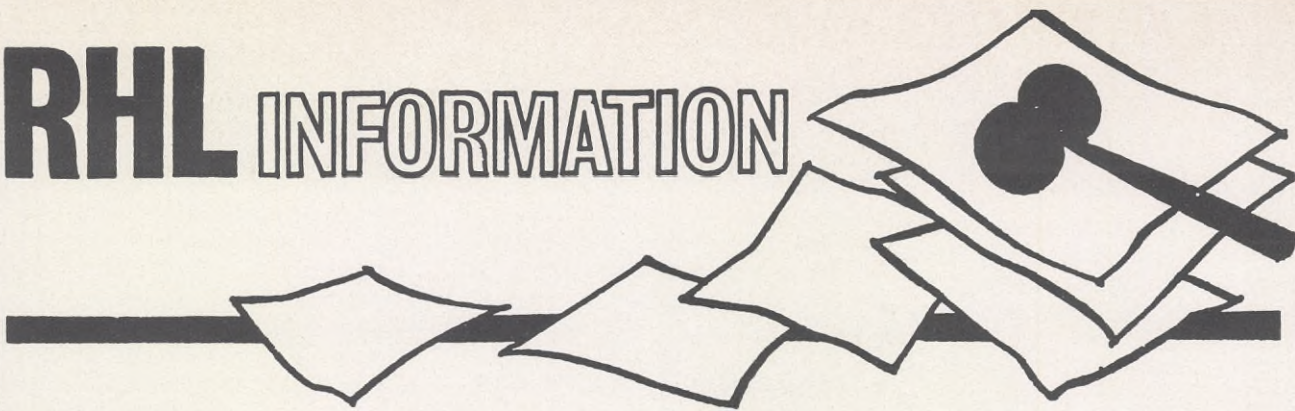
En absolut nyhet för Österlen presenterar Österlens konvalescentförening för hjärt- och lungsjuka när de arrangerar hjärtträningsgymnastik i både Simrishamn och Tomelilla.

Ledare i Simrishamn är Maria Larsson, legendarisk gymnsatikleddare fö.

– I samarbete med Skåne-Korpen och ABF Skåne har vi utbildat träningsledare, med speciell inriktning på hjärtpatienter, berättar Sture Svensson, vice ordf i arrangörsföreningen.

För att delta i hjärtträningsgymnastiken fordras, för dem som haft en hjärtinfarkt, ett läkarintyg på att de får delta.

– Men vi stänger inte ute andra från vår gymnastik, säger Sture Svensson.



Hjärträningsverksamheten i Blekinge: 45 deltar aktivt!

CO i Blekinge län begärde tidigt hösten 1982 om ett sammanträffande med landstingsrepresentanter i Blekinge län. I augusti sammanträffade Bo Månsson från RHL, Sten Jislind och C-G Wiklund från CO med landstingsrådet Erland Johansson för att diskutera kostnader för studieverksamheten "Efter infarkt". Vi presenterade också RHL:s eftervårdsprogram. Landstingsrådet var intresserad och lovade att stödja ansökan om landstingsbidrag.

Han lovade att framlägga begäran till landstingets sociala styrelse. Sedan hörde CO ingenting och när det hade gått ca en månad gjordes en förfrågan om hur långt ärendet hade avancerat. Vi fick då till svar, att före valet ville man inte ta ställning i denna fråga. Vid förnyad förfrågan från CO i slutet av januari 1983 svarade landstinget att man kontaktat hjärtläkaren Bengt Lindström, Karlskoga lasarett, för att få ett läkarutlåtande om värdet av CO:s planerade verksamhet av hjärtsjuka och deras anhöriga. Dr Bengt Lindström kontaktade CO i Kopparberg för att få fram synpunkter på deras verksamhet. CO i Blekinge tog kontakt med Åke Magnusson i Malmö och Åke ordnade en träff med docent Bengt W Johansson på Allmänna sjukhuset i Malmö. Dr Bengt Lindström, sjukgymnasten Kerstin Lindblad, Karlskrona sjukhus och undertecknad åkte till Malmö den 28 febr och fick en mycket fin information om den eftervårdsverksamhet som bedrevs i Malmö av sjukhuset och av Malmöföreningen. Efter detta lovade dr Lindström att informera landstinget om nödvändigheten av att denna verksamhet kommer i gång.

I maj månad tog jag förnyad kontakt med landstinget och frågade hur långt ärendet hade avancerat. Nu hade ärendet lagts över i andra händer inom landstinget och inget svar kunde erhållas. Men efter en vecka kom ett skriftligt svar som bekräftade att de hade en skriftlig framställning med begäran om ekonomiskt stöd för att täcka in kostnader för fackmannamedverkan i studiecirkeln "Efter infarkt", *men något beslut hade ej fattats*. Jag kontaktade då dr Lindström och redogjorde svårigheterna för honom. B Lindström säger då till mig, vad landstinget nu behöver är *en dokumentation om nödvändigheten och värdet av en fortsatt fysisk träning utanför sjukhuset*. B Lindström säger vidare, att "jag har sedan 1978 och till nu hösten -83 kontrollerat 60 infarktpatienter som gått hjärtränning på sjukhuset och den dokumentationen visar tydliga förbättringar och jag ska diskutera detta med landstinget".

Efter ca 10 dagar så tar B Lindström kontakt med mig och han talar om att landstinget är intresserade av att ekonomiskt stödja vår verksamhet, men de ville ha ett sammanträffande med CO i Blekinge. Vi inbjöd då representanter

till en träff där jag i 2,5 timmar redogjorde för hur RHL tänkte sig den här verksamheten, som sjukgymnastledd träning, som gruppvis information och som motionsledd träning. Jag visade även förslag till den folder som Skåne och Blekinge tänker använda för inbjudan till denna verksamhet. Landstinget beslutade då att stå för kostnaderna i samband med fackmannamedverkan av läkare och dietist, samt att medverka till att våra träningsledare utbildas av sjukhusets hjärtsjukgymnaster.

I Blekinge pågår nu hjärtränning i Karlskrona och Ronneby med ca 30 st deltagare och i studiecirkel med 15 st deltagare. Vi har haft utbildning av hjärträningsledare tillsammans med Skåne. Vi hade då från CO i Blekinge 5 st deltagare och 2 från Korpen. Sedan har vi haft en egen hjärträningsledareutbildning i Blekinge med 8 deltagare från CO i Blekinge och 3 st deltagare från Korpen.

Jag tänker nu vid CO:s årsmöte föreslå att CO budgeterar pengar till denna verksamhet. Fortsatta planer är att under våren 1984 få till stånd liknande verksamhet i Karlshamn men också i Sölvesborg och Olofström. Nackdelen är att få ansvariga som ställer upp på sistnämnda platser enär vi endast har medlemmar där men inga föreningar. Under 1984 hoppas jag att vi även ska kunna komma igång på samma sätt på lungsidan.

Carl-Gustaf Wiklund

35-årsjubileum firades med fest

Föreningen för Hjärt- och lungsjuka i Ronneby har haft årsmöte. Av verksamhetsberättelsen framgick att medlemsantalet var 129 varav 11 sökt inträde under året.

Under året har medlemmarna flitigt deltagit i kurser och konferenser, såväl inom som utom länet. Två studiecirkel har genomgått, en om Gotland, dit en resa planeras till sommaren, samt en om den nya socialtjänstlagen. Ett flertal resor har också stått på programmet, därav teaterbesök i Helsingborg och en kombinerad båt- och bussresa till Kristianopel med omnejd.

Till ordförande valdes Carl-Gustaf Wiklund, vice ordf Arne Andersson, kassör Gunnel Olausson och sekreterare Lage Nilsson. Revisorer blev Edith Pettersson och Helge Stenmark. Studieorganisateur är Ruth Nilsson, lotteriföreståndare Hellvi Abrahamsson.

Föreningen firar i år 35-årsjubileum och beslöt anordna någon festlighet.

Träff på Ica-Hakon

Torsdagen den 2 februari var vår länsavdelning på besök hos Ica-Hakon i Uppsala.

Först på programmet stod information om "morrnasset". Ulf Thor, en av ledarna i våra hjärtkonditioneringsgrupper, visade rörelserna, och talade samtidigt om betydelsen av gymnastiken, för vårt välbefinnande. Därefter redogjorde platschefen disp. Lundberg om Ica-rörelsen, dess uppbyggnad och arbetssätt. Vi fick även en inblick i beställningsrutinerna, från detaljlisterna. Datan har här kommit till användning, ett helt enkelt revolutionerande system att beställa varor. Försäljningschef Eklind redogjorde för systemet.

Efter en rundvandring på det imponerande lagret blev deltagarna bjudna på förtäring.

Vid detta tillfälle redovisades behållning av ett lotteri som såldes i samband med lagledareträff för

"24-timmars" skidåkning. 2000 kr inbringade lotteriet. Vålvilliga givare hade skänkt alla vinsterna, därför den fina behållningen.

En insamling av glasögon för Gambias hårt drabbade folk, blev 40 par.

Träffen avslutades med att vår ordf Mary Erixon tackade för det utomordentligt fina sätt vi blev mottagna.

Årsmöte i Eksjö

Hjärt- och lungsjukas förening i Eksjö kommun har samlat sina medlemmar till årsmöte i EBK-stugan där förhandlingarna leddes av föreningens ordförande Stig Dahnielson.

Höjdpunkten i det gångna årets verksamhet var Hjärtats och Lungans dag för föreningarna i hela Jönköpings län. Föreningen hade vid årsskiftet 62 medlemmar och kassaomslutningen har varit 15 565 kronor.

Styrelsen för 1984 består av Stig Dahnielson ordförande, Karl Johansson kassör, samt Thure Waerme och Sven Lundgren. Nyvald i styrelsen blev Ingegerd Stark. I årsmötet förekom också val av ombud vid centralorganisationens årsmöte i Aneby den 18 mars.

Landskrona fick 25 nya

Ett stort antal medlemmar ställde upp vid Landskronas Hjärt- och lungsjukas förenings årsmöte i föreningslokalen.

Under året har 25 nya medlemmar tillkommit varför det totala antalet nu är 179 medlemmar.

Medlemsavgiften blir oförändrad 40 kr, inbegripet olycksfallsförsäkring samt prenumeration på tidningen Status.

Föreningens vilohem Svanholmen kommer i år att vara öppet 1 april-30 sept, där föreningens medlemmar vid behov får vistas 30 dagar i lugn och hälsobringande natur.

Till Svanholmen har under det

gångna året förmedlats 996 konvalescentdagar.

Under året har en uppsaktad utfärd gått till Hjo och Tiveden. En teaterresa gick till Malmö och "Två man om en änka".

En ny utfärd är planerad 15-17 juni till Göteborg, Orust, Tjörn och Uddevalla. Intresserade kan anmäla sig till Magda Bergh.

Medlemsmöte diskuterade studier

Västra Sörmlands hjärt- och lungsjuka har hållit medlemsmöte i Flen. Vid mötet diskuterades bl a hur studierarbetet bör läggas upp i Flen, Valla och Katrineholm.

Cirkel om lungorna, hur man kan fungera efter en hjärtinfarkt samt målsättningen för föreningens verksamhet nämndes som lämpliga. I sammanhanget nämndes att en halv miljon svenskar är hjärt- eller lungsjuka, varför de här frågorna bör intressera många människor.

Aktivitet i Trollhättan

Föreningen för hjärt- och lungsjuka i Trollhättan-Vänersborg har haft medlemsmöte. Av riksförbundets nya målsättningsprogram framgår att förbundet och dess lokalavdelningar verkar för att hjärt- och lungsjuka bereds god sjukhus- och eftervård.

Man verkar också för goda bostads- och övriga förhållanden, och att de sjuka bereds effektiv medicinsk och arbetsvårdande rehabilitering, samt att sjuka och handikappade personer tillförsäkras samma levnadsstandard som övriga medborgare i samhället.

På mötesprogrammet stod i övrigt aktuell information om föreningsverksamheten, en stunds motionsgymnastik samt bildvisning från en resa till Norrbotten föreningsmedlemmarna företog en sommarvecka 1983. Anna och Inge Karlsson kåserade till bilderna.

Så minns jag överläkaren ...

Vid alla företag måste det finnas en chef. Det må sedan vara en liten verkstad, en stor industri eller varför inte ett sjukhus? Ja, naturligtvis även på ett sanatorium måste finnas en, som är ansvarig för att allt fungerar. Denne måste kunna ta beslut – i många fall icke så populära sådana – och därför kan han – eller hon – lätt få en stämpel på sig, vilken många gånger är orättvis.

Från mina första sanatorievistelser minns jag gärna vår gamle överläkare och chef. Han tillhörde den gamla stammens chefer och kunde i våra ögon verka stenhård, konservativ och oersonlig. Men det var en orättvis stämpel. Han kunde vara djupt deltagande med ett hjärta som klappade varmt för oss patienter.

Disciplin och ordning var regler som måste följas. Eftersom det bara var unga patienter kunde det ibland blixtra i många ungas hjärtan. Man var ung och genom att man – om allt gick efter noter – återvann hälsan återkom levnadslust och humör i samma takt. Detta kunde många gånger leda till omedelbar hemresa efter någon överträdelse, som vi ansåg bagatellartad. Vederbörande blev uppkallad till överläkaren, fick sin dom – hemresa omgående. Överseende och nåd var icke att räkna med.

Jag vill icke på något sätt klandra eller kritisera. Ett fel, en överträdelse hade gjorts. Man visste reglerna och hade icke följt dem. Man hade sig själv att skylla.

Hög moral

Den gamla tidens sköterskor hade hög moral och var även skolade att se till så att "ingen hoppade över skacklarna", i det här fallet över sina givna ordningsregler. Efter en helg med många besök hos patienterna kunde exempelvis skåpvistation äga rum, givetvis under turen

då alla patienterna måste ligga i hallen. Vid sådana tillfällen kunde någon flaska eller ett cigarrrettpaket påträffas i den "skyldiges" skåp.

Under promenaderna i sanatorieskogen kunde det ibland hända att patienterna tog ett bloss och kanske till och med ett järn. Men ögon fanns där man minst anade.

Jag minns att en patient fick ett paket på posten. Detta såg misstänkt ut och poststationsföreståndaren, som också var sanatoriets kamrer, skakade och lyssnade och tyckte sig höra misstänkta ljud. Överläkaren underrättades och mottagaren av paketet kallades till postexpeditionen för att hämta detta. Överläkaren, vilken då infunnit sig, frågade om patienten hade något emot att öppna paketet på expeditionen. Det hade han icke, alldenstund han icke hade en aning om vad paketet innehöll. Vid öppnandet kom en flaska fram med "icke tillåten" medicin. Överläkaren tog det lugnt och frågade om patienten hade något emot att flaskan förvarades till hemresan. Detta hade denne icke något emot och vid hemresan långt senare kom flaskan fram – möjligen utgörande färdkost. I ett sådant fall visade överläkaren full förståelse.

Trots att icke Riksförbundet var bildat vid denna tidpunkt hade vi ändå en patientförening inom sanatoriet. Denna förening valde personal till affären, utsåg nöjeskommitté med mera. På ett möte med föreningen vågade sig någon på att ifrågasätta överläkarens sätt att som chef behandla och hantera patienterna. Förslag framkom att en skrivelse skulle tillsändas överläkaren. Detta beslutades och en skrivelse formulerades vari det framhölls att ett bättre förhållande var önskvärt mellan befälet och patienterna – en ganska så tvivelaktig formulering!

Inget befäl!

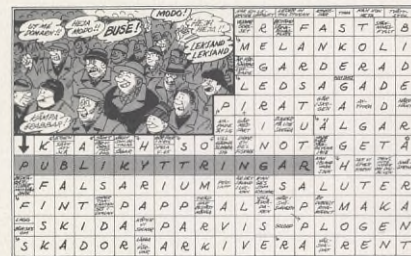
När överläkaren fått skrivelsen kallade han alla patienterna till dagrummet. Han meddelade att han

mottagit skrivelsen och läste även upp den. Jag måste konstatera att det låg spänning i luften vid detta tillfälle. Överläkaren var lugn och behärskad när han ställde frågan: "Vem är befäl? Är det jag? Jag är inget befäl utan Eder vän och läkare, ingenting annat". Efter denna historia var allt som förut. Livet på sanatoriet fortsatte som om ingenting hänt.

Många fler dylika vindpustar kunde ibland blåsa upp men överläkaren och chefen förblev den han var. Respektfull, bestämd men också hänsynsfull och medlidsam då så var motiverat.

Gustav Englund

Lösning och vinnare BILDKRYSS nr 1/84



- 1:a pris kr 75:–: Birger Lövgren, Gallejaur, 930 81 Glommerträsk.
2:a pris kr 50:–: Bertil Samuelsson, Skogsgatn 7, 578 00 Aneby.
3:e pris kr 25:–: Knut Ljungblom, Långgatan 13, 827 00 Ljusdal.
4:e pris kr 25:–: Carl Götlund, Syrenparken 4, 1 tr, 133 00 Saltsjöbaden.

Ny förening

Hjärt- och lungsjuka i Norrbotten har bildat lokalförening i Haparanda.

Från länsföreningen deltog Viola Buska och Sigvard Hansson som informerade om RHL (Riksförbundet för hjärt och lungsjuka).

RHL-styrelsen: Ordförande Emil Alatalo, sekreterare Gerd Nilsson, kassör Bert Dahlbäck.

Övriga ledamöter: Anna Bore-malm, Helge Paldanius.

BULGARIEN

Till Sunny Beach och Svarta Havet



Riksförbundet för hjärt- och lungsjuka har i många år arrangerat rekreationsresor till Sunny Beach i Bulgarien. Detta har vi gjort för att Bulgarien varit ett uppskattat resmål för våra medlemmar dels på grund av lägre priser och dels på grund av Bulgariens sköna klimat och miljö. Vi har därför även i år beslutat att förlägga vårens rekreationsresa till Sunny Beach.

Såsom många gånger tidigare sker årets rekreationsresa i samarbete med Serviceresor AB/ och Royal Tours. Årets resa kan vi erbjuda våra medlemmar till ett nettopris efter subvention från RHL med 500:- till kr 2650:- inkl avbeställningsskydd och obligatorisk gruppreseförsäkring. Katalogpriset för denna resa är kr 2995:- exkl avbeställningsskydd och gruppreseförsäkring.

Avresa sker lördagen den 19 1984 kl 18.30 med samling kl 17.30 på Arlanda och med återkomst till Arlanda lördagen den 2 juni 1984 ca kl 17.30. Flygresan tar ca 4 timmar.

Den som önskar övernattningsrum i Stockholm före eller efter resan, får själv stå för den kostnaden, men vi kan ordna med rumsbeställning genom Serviceresor AB.

Vi har bokat 40 platser på denna resa. Liksom tidigare år har vi färdledare och sjuksköterska med på resan.

Inkvartering sker på Hotel Bourgas som är ett trivsamt och prisvärt hotell. Hotellet ligger på stranden, dock icke beläget i centrala Sunny Beach. I anslutning till hotellet finns inomhuspool, 25x12 m, samt bastu.

I priset ingår flyg Arlanda-Sunny Beach samt inkvartering i dubbelrum på Hotel Bourgas med halvpension dvs frukost och en måltid.

RHL svarar för den kostnad som överstiger kr 100:- vid anslutningsresa to r hemorten-Stockholm, då resan sker med järnväg II:a klass. För att detta erbjudande skall gälla måste anslutningsbiljetterna bestäl-

las genom RHL. För dem som önskar sitt- och sovplatsbiljetter på tåg, glöm ej att ange på anmälningsblanketten vilken dag och med vilket tåg ni önskar resa.

Buss avgår från Vasagatan i Stockholm till Arlanda. Resan tar ca 45 min och kostar kr 25:-.

För den som är hjärt-, kärl- eller astmasjuk erfordras läkarintyg som styrker deltagande i rekreationsresan. Som framgår av våra resebestämmelser innebär RHL:s rekreationsresa att deltagarna skall klara sig på egen hand, men att vi har med en sjuksköterska som en trygghetsfaktor. Det är således inte fråga om någon form av behandlingsresa.

Beträffande Sunny Beach citerar vi här vad Royal Tours skriver i sin resekatalog:

- Namnet **Sunny Beach** - solen strand - är en direkt översättning av det bulgariska "Slunchey Bryag" och på vilket språk som helst kunde det inte bli mera träffande för Bulgariens största semesterort belägen på de södra stränderna av Svarta Havet. Stränderna är verkligen magnifika, vattnet kristallklart. Lägg sedan till att landet är ett av Europas billigaste.

Sunny Beach ligger strax norr om staden Bourgas. Transporten från flygplatsen till hotellet tar bara 40 min. Här möts man av kilometerlånga sandstränder, som sträcker sig från de gröna Balkanbergen ner till den gamla pittoreska staden Nessebar. Den långgrundna stranden sänker sig mjukt i det varma vattnet och det finns gott om plats i den sköna solen."

Utflykter

Den inhemska turistorganisationen Balkantourist arrangerar tillsammans med Royal Tours ett antal intressanta utflykter. Royal Tours reseledare informerar om dessa utflykter och tar emot anmälningar och betalning som sker i västvaluta. Du får 50 % rabatt på den officiella kursen om växling sker på något av Royal Tours och Balkantourists hotell eller växlingskontor. Royal Tours guider följer med på alla utfärder. Här följer några exempel på olika utflykter.

Panoramatur

Efter informationsmötet arrangeras en orienteringstur under vilken du närmare får känna Sunny Beach och dess omgivningar. Lätt måltid ingår. Pris ca kr 35:-.

Hanska Shatra

Den kanske bästa nattklubben Hanska Shatra är målet för aftonen, ca 5 km utanför Sunny Beach med en fantastisk utsikt över Svarta Havet. Musik och show. Mycket uppskattad kvällsutflykt. Middag inkl drycker. Pris ca kr 105:-.

Heldagstur

Heldagstur med buss till Sosopol, kustens äldsta stad, naturreservatet Ropotamo och till ett kloster i Pomoire, shopping i Borugas, lunch ingår. Pris ca kr 115:-.

Bergfest - lägereld

En oförglömlig kväll med middag, bulgariska specialiteter, folkmusik, folkdans, björnbrottning, dans på glödande kol. Pris ca kr 105:-.



Anmälan

Vidstående anmälan om deltagande i denna resa samt hälsodeklaration skall vara RHL tillhanda under tiden 15-31 mars 1984. OBS! Glöm ej att även bifoga läkarintyg om du är hjärt-, kärl- eller astmasjuk.

Om du önskar anslutningsbiljetter genom oss, glöm ej att fylla i detta på anmälningsblanketten. Resebyrån sänder då anslutningsbiljetterna till dig samtidigt med färdbiljetten.

För att anmälan skall anses definitiv insändes kr 200:- per deltagare samtidigt med anmälan till postgiro nr 90 00 11-8, märk talongen "Bulgarien".

Avbeställning

Avbeställningsskydd ingår i resans pris. Sker avbeställning tidigare än

30 dagar före avresan, återbetalas anmälningsavgiften med avdrag för expeditonsavgift på kr 150:-. Sker avbeställning senare än 14 dagar före avresan är anmälningsavgiften förverkad. Vid senare avbeställning intill ett dygn före avresan äger researrangören rätt att tillgodoräkna sig 50 % av resans totalpris. Sker avbeställning inom 24 timmar före avresan äger researrangören rätt att tillgodoräkna sig resans totalpris.

Vid avbeställning pga sjukdom debiteras endast expeditonsavgiften kr 150:- om läkarintyg omgående insändes till researrangören.

Om ytterligare upplysningar om resan önskas, går det bra att kontakta Bengt Dahlström eller Vera Blomberg på tel 08/69 09 60 eller skriva under adress RHL, Box 9090, 102 72 Stockholm samt Serviceresor AB, tel 0550/825 00.

Resebestämmelser

För RHL:s rekreativresor gäller Svenska resebyråföreningens allmänna resevillkor. Utöver dessa gäller följande:

1. Deltagarna skall vara medlemmar i RHL.
2. De medlemmar som icke tidigare deltagit i RHL:s rekreativresor, äger företräde vid uttagandet av deltagare.
3. En förutsättning för deltagande i resan är att resenären själv skall kunna sköta sitt dagliga liv
4. Föräldrar till hjärt- eller lungsjuka barn och ungdomar äger rätt att ensamma eller tillsammans med sina barn deltaga på samma villkor.
5. Medlemmar med minderåriga barn, som pga att barnpassning ej kan ordnas, kan deltaga i RHL:s rekreativresor och medtaga sina barn, om möjlighet finns att ordna plats för dessa utanför det antal platser som RHL bokar för medlemmarna. Kostnaden för barnen svarar medlemmarna själva för. (Alternativt subventionering av kostnaderna för dessa barns deltagande prövas skärskilt).
6. För hjärt-, kärl- eller astmasjuka medlemmar erfordras läkarintyg som rekommenderar deltagande i RHL:s resor.
7. Även andra sjuka bör konsultera läkare om deltagande i resan är tillrådligt. Deltagande i resan sker på eget ansvar.
2. Deltagaren måste var reseförsäkrad. Försäkringen skall täcka akut sjukdom, olycksfall, fördyrade hemtransporter och resgods förlust.
9. Rekreativresan subventioneras av RHL med belegg som beslutas av förbundsstyrelsen för varje resa.

Insänd hela talongen till
Riksförbundet för hjärt- och lungsjuka (RHL)
Box 9090, 102 72 STOCKHOLM

Insändes under tiden
15-31 mars 1984

ANMÄLAN TILL RHL:s REKREATIVRESA TILL BULGARIEN DEN 19 MAJ 1984.

För att anmälan skall betraktas som definitiv insändes samtidigt anmälningsavgiften kronor 200:- per deltagare till vårt postgirokonto nr 90 00 11-8, varvid på talongen skall anges resmål.

Texta tydligt eller använd maskinskrift!

Namn

Adress Tel bostaden/.....

Postnr Postadress

Personnummer Tel arbetet/.....

Lokalförening OBS! Du som är hjärt- och kärl- eller astmasjuk och deltagar i RHL:s rekreativresa SKALL insända läkarintyg som styrker att Du kan delta i resan.

Medresenär

Namn

Adress Tel bostaden/.....

Postnr Postadress

Personnummer Tel arbetet/.....

Anslutningsbiljetter tur och retur hemorten-Stockholm önskas Ja Nej

För den som önskar sitt- eller sovvagnsbiljetter, var god angiv datum och tågtid.

Berättigad till pensionärsrabatt Ja Nej Medresenär Ja Nej

Rökare Icke rökare

Om övernattningsrum önskas i Stockholm före eller efter resan angiv datum.

Har deltagit i någon av RHL:s rekreativresor tidigare Ja Nej År

Sjukdom och Mediciner

Närmast anhöring Tel nr/.....

Medicinsk grundsjukdom

När debuterade sjukdomen

Vård på sjukhus år

Ordinerad medicin

Allergi eller ogynnsam reaktion för något preparat

..... den/..... 19.....

underskrift

BILDKRYSS

Status

nr 3

Lösningar skall vara märkta "Bildkryss nr 3" och måste vara Status redaktion, Box 9090, 10272 Stockholm, tillhanda senast den 10 april.

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

Prisgarnas namn meddelas i Status månnummer.

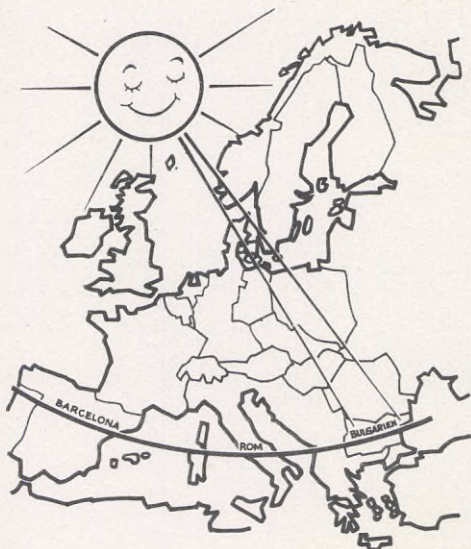
NY HAR JAG SAMMANLAGT 325 ST. I MIN SAMLING!
DÄRAV 62 RUTIGA 95 RANDIGA... 44 ST BLOMMIGA &...

Grid Clues:

- 1. Dyrkas i Spanien
- 2. Har bara bart folk
- 3. Bo-stad
- 4. Följer engelsk brekt
- 5. Legendarisk seriegubbe
- 6. Något latmare än tjocka
- 7. Hood driver eka ger plagg
- 8. Kmarkspruta
- 9. Är ung-karlarna
- 10. Ratar natur-ligthusvegetarian
- 11. Har väl stenmark ses vid dunnas mynning
- 12. Snabb har det gamla
- 13. Bakslag hängande fara
- 14. Lar-mar gröna bär
- 15. T-stad dåligt plagg
- 16. Kraftigt rept
- 17. Frid segt virke
- 18. Tas upp i kyrkan
- 19. Tas som läker-net
- 20. Po bal-person byrå
- 21. Lisa 508
- 22. Över-stökad
- 23. Fader
- 24. Solguld brukar busar på plan
- 25. I fukt sår halt!
- 26. Räk-nas i kvadrat
- 27. Ger på-slag
- 28. Träd
- 29. Huvud-gång
- 30. Gärner kan man heta
- 31. Föll -81 vinna
- 32. Sjöbög för frans-män
- 33. Sjöbög för frans-män
- 34. Sjöbög för frans-män
- 35. Sjöbög för frans-män
- 36. Sjöbög för frans-män
- 37. Sjöbög för frans-män
- 38. Sjöbög för frans-män
- 39. Sjöbög för frans-män
- 40. Sjöbög för frans-män
- 41. Sjöbög för frans-män
- 42. Sjöbög för frans-män
- 43. Sjöbög för frans-män
- 44. Sjöbög för frans-män
- 45. Sjöbög för frans-män
- 46. Sjöbög för frans-män
- 47. Sjöbög för frans-män
- 48. Sjöbög för frans-män
- 49. Sjöbög för frans-män
- 50. Sjöbög för frans-män
- 51. Sjöbög för frans-män
- 52. Sjöbög för frans-män
- 53. Sjöbög för frans-män
- 54. Sjöbög för frans-män
- 55. Sjöbög för frans-män
- 56. Sjöbög för frans-män
- 57. Sjöbög för frans-män
- 58. Sjöbög för frans-män
- 59. Sjöbög för frans-män
- 60. Sjöbög för frans-män
- 61. Sjöbög för frans-män
- 62. Sjöbög för frans-män
- 63. Sjöbög för frans-män
- 64. Sjöbög för frans-män
- 65. Sjöbög för frans-män
- 66. Sjöbög för frans-män
- 67. Sjöbög för frans-män
- 68. Sjöbög för frans-män
- 69. Sjöbög för frans-män
- 70. Sjöbög för frans-män
- 71. Sjöbög för frans-män
- 72. Sjöbög för frans-män
- 73. Sjöbög för frans-män
- 74. Sjöbög för frans-män
- 75. Sjöbög för frans-män
- 76. Sjöbög för frans-män
- 77. Sjöbög för frans-män
- 78. Sjöbög för frans-män
- 79. Sjöbög för frans-män
- 80. Sjöbög för frans-män
- 81. Sjöbög för frans-män
- 82. Sjöbög för frans-män
- 83. Sjöbög för frans-män
- 84. Sjöbög för frans-män
- 85. Sjöbög för frans-män
- 86. Sjöbög för frans-män
- 87. Sjöbög för frans-män
- 88. Sjöbög för frans-män
- 89. Sjöbög för frans-män
- 90. Sjöbög för frans-män
- 91. Sjöbög för frans-män
- 92. Sjöbög för frans-män
- 93. Sjöbög för frans-män
- 94. Sjöbög för frans-män
- 95. Sjöbög för frans-män
- 96. Sjöbög för frans-män
- 97. Sjöbög för frans-män
- 98. Sjöbög för frans-män
- 99. Sjöbög för frans-män
- 100. Sjöbög för frans-män

Namn _____ Adress _____ Postadress _____

**SOLEN SKINER LIKA MYCKET I BULGARIEN,
MEN PRISERNA ÄR SÅ
MYCKET LÄGRE . . .**



*Var rädd om
semesterkassan —*
åk till BULGARIEN!

Bulgariska Turistbyrån

Kungsgatan 30, 111 35 Stockholm
Tel. 08-11 51 91

Pari Inhalierboy

Den bärbara apparaten för inhalering i hemmet



AB. SVERUP 400 10 GÖTEBORG TEL. 031/1177 63, 117765

Toppvinst i RHL-lotteriet 1984



SAAB 900 GL 3-d Combi coupe 1984 års modell

De hjärt- och lungsjukas Rikslotteri 1984 – RHL-lotteriet

Dessutom

Text-TV med fjärrkontroll och VIDEO

Cyklar

Radioapparater

Artiklar i svenskt smide

Linnevaror, hushållsartiklar m m, m m

Inga väntans
tider!

•
Dragning verkställd före
lottförsäljningens början

Försäljningstid
1 april–30 september 1984

•
Ni ser genast om
lotten ger vinst!

10.470 st värdefulla vinster
till en sammanlagd vinstsumma över kr 567.000:–

Härmed beställes

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

..... st lotter à 5:– att sändas varje månad
fr o m april t o m sept. 1984 mot postförskott +
porto.

Dragningslista medföljer gratis.

Vid rekvisition av minst 5 lotter i samsändning
– portofritt.

Namn

Adress

Var god texta

Sänd ej pengar med denna rekv. Status 3/84

Frankeras
med
brevporto



**LOTTPRIS
5 KRONOR
REKVIRERA NU**

Minst en lott till
varje familjemedlem
ökar familjens
vinstchans!

RHL-lotteriet
Box 9090
102 72 Stockholm