

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

3 · 80

mars

SOCIALMEDICIN · MILJÖFRÅGOR · HANDIKAPP



Tidskrift för Riksförbundet för hjärt- och lungsjuka

pris 4:—



BLOMSTERFONDEN

tar emot gåvor



Postgirokonto 90 00 11-8

Marabous stora frukost succé

Start! är gjort på knapriga rostade havreflingor och annat gott och nyttigt. Finns med och utan russin. Härligt till mjölk, fil och yoghurt.

Marabou

Start! är inte skrymmande.
Jämför vikt och kilopris.



Status

Organ för Riksförbundet
för hjärt- och lungsjuka

nr 3 1980 årgång 43

Ansvarig utgivare: Tord Axelsson
Redaktör: Lars-Erik Hult

Förbundskansli:

David Bagares Gata 3, 1 tr, Sthlm
Postadress: Box 3196,
103 63 Stockholm
Telefon 08-23 15 30
Postgiro: 90 00 11 - 8

Tryckeri:

Axlings Tryckeri AB,
Södertälje

Prenumerationspris:

Helår 35:—, Medlemspren. 15:—

UR INNEHÅLLET:

Boserup Minde
Status hälsar på hos
vännerna i Danmark
Sid. 4

Innan långtradarna kom
Sid. 6

**Stor publicitet kring
pacemakerkonferens i Göteborg**
Sid. 9

Ur läkartidningen:
Lungcancer, hjärtkärlsjukdom
och rökning hos en grupp
gruvarbetare
Sid. 10

**Rekreatjonsresa till
Bulgarien**
Sid. 12

Hänt sen sist
Sid. 14

RHL-information
Sid. 16

Bildkryss
Sid. 17

**Den fortsatta hjärtträningens
betydelse**
Sid. 18

Omslag: Det är inte bara i schack
man måste planera vilket nästa drag
skall bli. Det gäller också de handi-
kappades situation i ett bistrare eko-
nomiskt klimat.

Sittande fågel blir lottlös

Tyvärr är det ju så att den som stilla och försynt nöjer sig med sin lott, som regel inte får någon lott alls. De rådande konjunkturen kräver att den som vill ha sin rätt också måste anstränga sig för att verkligen få den.

Handikapprörelsen utgör inget undantag i det avseendet. Vi måste väl också konstatera att problematiken väl mycket kommit att gälla konkurrensen, eller snarare jämförelsen, med de synliga handikappen, med de blinda, med de hörselskadade, för att nu ta några exempel.

Resultatet har till stor del blivit att vi med dolda handikapp kommit i bakgrunden. Det är därför vi måste gå ut med en ännu mer intensifierad information om våra problem. "Människan ser ju inte ut att vara handikappad", är något som vi fått höra många gånger för mycket. Det är anledningen till att vi ytterligare måste profilera oss, att göra förbundet och dess verksamhet känt i allt vidare kretsar, att öka antalet medlemmar.

Sittande fågel får inget. Vår situation är precis densamma.

Lokalt, regionalt och centralt måste vi jobba med vårdfrågorna. Sätta strålkastarljuset på våra speciella problem. De osynliga — men nog så påfrestande handikappen — får inte skjutas åt sidan. De måste fram i rampljuset och få sin rättmätiga del av sjukvården, rehabiliteringen, möjligheterna till arbeten och i övrigt den sociala omvårdnaden.

Vi måste helt enkelt aktivera verksamheten ytterligare, främst för att få ökad slagkraft. Komma till tals med makthavarna, politiker och administratörer. Göra vår röst hörd hos kommuner, landsting och naturligtvis de statliga myndigheterna.

En intensiv rörelse måste växa upp med början i lokalföreningarna. Det räcker inte med interna diskussioner utan också läkare och övrig vårdpersonal måste engageras i den här problematiken. Med hjälp av bland annat press och politiker är det vår plikt att skapa en opinion med syfte att förbättra vår situation. Att trycka på i HCK-kommittéerna på alla nivåer liksom i handikappråden i kommuner och landsting.

Visst har vi hunnit en god bit på väg, men ännu återstår mycket, innan våra medlemmars levnadsförhållanden nått den nivå vi eftersträvar.

Tord Axelsson

BOSERUP MINDE

Landsforeningen af Lungehandicappede

Status har besökt våra vänner i Danmark, i Köpenhamn närmare bestämt. Boserup Minde heter anläggningen och den torde vara välbekant för många av våra läsare. Förutom det välkända danska gemytet och gästfriheten kan bara konstateras att våra nordiska kolleger ligger åtskilliga tum före oss, då det gäller omvårdnaden om medlemmarna. Ett inspirerande besök som får oss att lägga på några extra kol i verksamheten. Samtidigt en dansk läsövning, där Boserup Minde presenterar sig. För reportaget svarar L-E Hult.

"Boserup Minde", Landsforeningen af Lungehandicappede, er en privat social organisation, der har til formål at varetage de lungehandicappedes interesser.

Men lige så vigtigt for os er det at forebygge, af flere mennesker rammes af en lungesygdom. Derfor er det af stor betydning med en stærk og slagkraftig forening, der effektivt kan tage del i den oplysningsvirksomhed, som er nødvendig for at bekæmpe lungesygdomme. En påvirkning af myndighederne såvel som en direkte indsats over for de forhold i samfundet, som medvirker til udviklingen af lungesygdomme, kræver et sammenhold imellem de mennesker, der selv har følt sygdommen på deres egen krop.

Som de sygdomsramtes egen organisation er vi i stand til at fungere som det nødvendige bindeled mellem alle de parter i samfundslivet, som det er nødvendigt at inddrage, hvis problemerne skal løses på en tilfredsstillende måde.

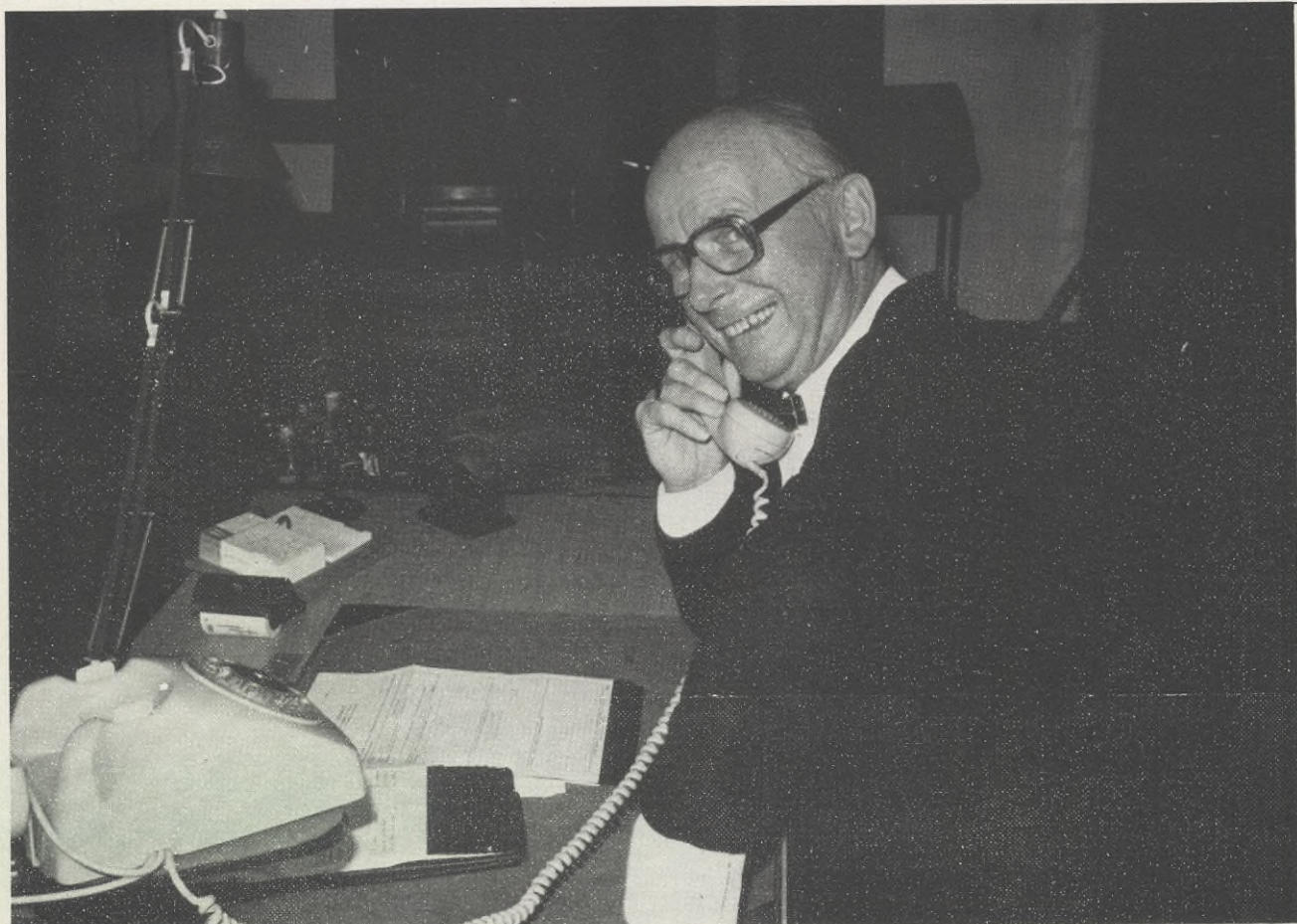
Det drejer sig i meget høj grad om at medvirke til, at arbejdspladser indrettes på en sundhedsrigtig måde. Adskillige undersøgelser peger helt klart på sammenhængen mellem arbejdsmiljøet og forekomsten af sygdomme som kronisk bronchitis, silikose, asbestose og lungeemfysem.

Ved at formidle kontakter til f. eks. fagbevægelsen, miljøforskningsgrupper, virksomheder og offentlige organer kan "Boserup Minde" være igangsætter af en pro-

ces, som er ønskelig af både menneskelige og samfundsøkonomiske grunde.

Når "Boserup Minde" gerne vil engagere sig i dette forebyggende arbejde, mener vi at kunne gøre det med en god baggrund, i det "Boserup Minde" virkede i over 70 år som de tuberkuloseramtes egen forening, der målbevidst medvirkede i den mangeårige kamp mod tuberkulosen. I slutningen af 60-erne kunne man konstatere, at tuberkulosebekæmpelsen i Danmark havde nået sit mål, idet tuberkulosen i hvert fald som en folkesygdom var udryddet her i landet.

Forts sid 22



Förbundssekreterare är Tage Hansen, som håller alla trådar i sin hand.



Erik Als är ordförande i Köpenhamnsavdelningen och redaktör för Status motsvarighet i Danmark, BM-bladet.



Bomi-Parken ligger på Amager och har en omfattande verksamhet. Här är Birthe i träningstagen på rehabiliteringcentralen.



Studiekonsulent är Erling Bundgård, som ger medlemmarna råd och vägledning i de mest skiftande frågor.

Innan långtradarna kom

Vägen till de moderna lastbilarna har varit lång

Vägens gentlemän händer det att de kallas — långtradarchaufförerna — ibland motsatsen. Men vägen till den moderna lastbilen med stor kapacitet har varit lång, framhåller Tore Attelid, som här ger några data om dess historia.

Den förste, som verkligen tillverkade en ångvagn, var fransmannen Joseph Cugnot. Han byggde den år 1769. Den hade tre hjul, av vilka det främsta var drivhjul. Pannan hängde i en gaffel framför vagnen och gav ånga till två vertikalt ställda, enkelverkande cylindrar med 330 mm diameter. Maskinen hade ingen vevrörelse utan kuggstänger och spärdrift, dvs kuggstängerna gick upp och ned och verkade endast i en riktning. Man räknade med en fart av 12 km/t, men i verkligheten blev

det bara 3,5 km/t och således långsammare än en fotgängare. För att styra vagnen måste man vrida framaxeln, på vilken hela maskinens tyngd vilade. Detta var svårt och vagnen gick vid ett tillfälle mot en mur, ramponerades och blev undanställd, tills den sedermera hamnade i ett museum i Paris. Det största felet med den hade emellertid varit att ångpannan var alldeles för liten. Ångan räckte endast i 15 minuter, varefter man fick stanna, fylla på nytt vatten och bränsle och vänta en kvarts

timme, tills ny ånga hunnit bildas.

Första satsningen på traktorer

Under 1700- och större delen av 1800-talet avsåg motorfordonspatenten så gott som enbart traktorer för dragning av släpvagnar och jordbruksredskap. Godstransportproblemets lösning under samma tid följde i huvudsak järnvägssystemet med en dragande och en eller flera dragna enheter. Funderingar på att bygga ett enhets-



Cugnots ångvagn kör mot en mur i Paris och ramponeras. — "Den första bilolyckan i världen". — Kopparstick från år 1770.

fordon för endast godsbefordran, eller en egentlig lastbil, kom fram relativt sent.

Det första patentet på en egentlig lastbil är franskt. Uppfinnaren hette O Pecqueur, patentnummer 5 915 från år 1828:

"I fordonets främre ände är placerad en stående ångpanna och bakom denna en roterande ångmaskin. Maskinskötaren har sin plats framför ångpannan och bakom denna är förarsätet placerat över motorn. Bakaxeln är delad och drivningen överförs från ångmaskinen medelst kedja. I överföringen ingår koniska kugghjul och ett planhjul, tillsammans bildande en differential; sannolikt den första i patentlitteraturen visade differentialen. Varje framhjul är på sin vertikala pelare styrbart från styrveven och sinsemellan är hjulen förbundna medelst en parallellstång. Framvagnen har en tvärställd bladfjäder, bakvagnen är ofjädrad".

Femtio år senare eller år 1878 kom nästa patent på en lastbil. Det var en tysk, H. Michaelis, patentnummer 5 459:

"Vagnen har en stående ångpanna och två liggande ångmaskincylindrar. Drivningen överförs genom långa vevstakar och cylindriska kugghjul till en invändig kuggkrans på bakhjulets bana. Framaxeln avfjädras med en tvärställd bladfjäder och bakaxeln med två halvelliptiska fjädrar."

Det dröjde emellertid ända till början av 1890-talet innan lastbilstillverkningen kom igång i Tyskland. Inom parentes kan nämnas att i den engelska patentlitteratu-

MARSDAG

Solen tittar fram genom molnen. Den skapar ett blåaktigt skimmer över snöplätarna. Men det är fortfarande kallt. Nordan sveper fram och jag skyndar på stegen för att söka lä bakom lagårdsknuten. Där stannar jag en stund och ser ut över den lilla insjön, där tunnisen ligger blank. Tänker på barndomen, när en storstadspojke som jag provade mina skridskor för första gången.

Nu är trakten så annorlunda. Vuxenblicken har fått andra värderingar. Hågarna ser mindre ut, men storskogen sträcker sig fortfarande så långt ögat når.

Stillheten råder nu. Ingen människa syns. Bara ljuset från gårdshusets fönster vittnar om folk i närheten.

Snart skall jag lämna barndomens landskap för storstadens jäkt och larm. Men saknaden finns, just i hjärtat — där ett eko dröjt kvar. Som hör vid den längtan som aldrig återvinns till verkligheten.

Ändå gläds jag åt återseendet, med små inslag av ensam glädje.

Av Bertil Strandberg 1980

ren uppträdde ett egentligt lastbilspatent först med patent nr 1 6447 från år 1896. Föraren har här ett upphöjt, öppet förarsäte, ungefär som på en kuskbock.

Daimler byggde första lastbilen

Gottlieb Daimler (1834—1900) byggde världens första lastbil år 1891. Det var ett ganska primitivt fordon med rem som kraftöverföring. Vagnen hade en 2-cylindrig 4 hk motor samt två hastigheter för gång framåt jämte backgång. Remmarna tjänstgjorde tillsammans med de remski-

vor, på vilka de löpte, både som koppling och växellåda.

Vagnen förbättrades emellertid snart, och Daimler var på god väg att få till stånd en lastvagnstillverkning i större skala redan före sekelskiftet. Denna firmas lastvagnar var dessutom länge de enda, som ansågs verkligt driftsdugliga. Tyskland blev för övrigt ganska snart "lastbilarnas stamort", och den ena fabriken efter den andra upptog lastvagnar på sitt program bland dem Büssing, N. A. G. och Stoewer.

I Frankrike började lastvagnstillverkningen mycket tidigt av Peugeotfabriken,



Den utrangerade "Bullerbussen" från Drottninggatan i Stockholm ombyggd till lastbil för Liljeholmens stearinljusfabrik i Stockholm. Foto från år 1900

Lahja Exner,
nyvald
riksdagsledamot:



”Jag vill utveckla ett Sverige utan kärnkraft. Med en medveten och systematisk styrning av forskning, tekniska och ekonomiska resurser till nya energisystem har vi en realistisk möjlighet att klara omställningar under en 25-årsperiod utan att vi ger avkall på solidaritet med de svagaste grupperna i samhället”

DÄRFÖR
VÄLJER JAG

LINJE
2



Sveriges första lastbil inköptes av AB J.A. Pripp & Son i Göteborg år 1899. — Samtida fotografi.

och denna firma torde rent av ha varit den första i världen, som fick en rationell tillverkning till stånd. Redan år 1896 ingick såväl större som mindre vagnar i programmet, och under några år var firman praktiskt taget ensam om att framställa lastvagnar i sitt hemland.

Bland de första länder, som framställde lastvagnar, må Sverige också nämnas. Vi kom faktiskt i gång med lastvagnsbygge redan så tidigt som år 1902, och tre år därefter fanns sådan tillverkning i gång hos fyra firmor, nämligen Maskinfabriks AB Scania i Malmö, Vagnfabriks AB i Södertälje, Söderbloms Gjuteri och Mekaniska Verkstad i Eskilstuna och Tidaholms Bruk.

I Amerika räknas officiellt år 1904 som första tillverkningsåret för en lastbil. Under de fyra första åren var tillverkningen av lastvagnar i Amerika ytterligt blygsam och uppgick ännu så sent som år 1907 inte till mer än 700 vagnar. Första året byggdes för övrigt inte mer än 411 vagnar. Samtidigt kan omtalas att den första bilen för personbefordran kom till Sverige 1891, två år innan man hade sett en ”riktig” automobil i Amerika. Den första kom nämligen dit i samband med Chicagoutställningen 1893 och vagnen var av Daimlers fabrikat.

Åkarna skeptiska till lastbilen

Även om lastbilstillverkningen kom till stånd ganska tidigt i många länder, dröjde det rätt länge innan lastvagnar togs i bruk i större utsträckning. Åkeriföretagarna, som sedan gammalt använde häst och vagn, ställde sig länge skeptiska mot bilen som godstransportmedel. Det var industriföretagarna och inte åkarna som först började använda lastbilen för sina transporter, och många av de firmor som i början skaffade sig lastbil, gjorde detta därför att det ansågs

vara synnerligen god reklam för ett företag att utföra sina transporter med automobil.

De företag som tidigast hade verklig nytta av lastbilarna, var bryggerierna och kvarnarna. Första lastbilen i Sverige var av tyskt fabrikat och inköptes på hösten 1899 av AB J. A. Pripp & Son i Göteborg. Lastkapaciteten var hela tre ton och på slät väg kunde man pressa upp farten till 14 kilometer i timmen. Den första firman i Stockholm som skaffade sig lastbil var Liljeholmens Stearin-Fabriks AB, som år 1900 byggde om den utdömda ”Bullerbussen” till lastbil. År 1907 skaffade sig bl a Salt-sjöqvarn i Stockholm en lastbil med en kapacitet av fem ton, vilket på den tiden ansågs som något oerhört.

Bilfärden ett äventyr

Även några åkeriföretag började så småningom på försök att övergå till det nya transportmedlet. Bl a inköpte Slepner i Stockholm sin första lastbil 1905 och året därpå var det Södra Åkeribolagets tur att skaffa en liknande vagn.

Dessa första bilar betraktades ganska länge med stor misstro. De var inte särskilt driftsäkra och dessutom dyra både i underhåll och inköp. Det betraktades såsom en glänsande prestation när en svenskyggt Scania år 1909 körde sträckan Malmö-Stockholm på 33 timmar, och när AB Baltic i Södertälje började transportera separatorer till Stockholms hamn för vidare befordran ansågs det vara en god prestation, om bilarna kunde göra en resa tur och retur samma dag. Ännu så sent som några år efter första världskrigets slut betraktades längre biltransporter som riskabla företag. Bilarnas ofta bristfälliga konstruktion och vägarnas miserabla beskaffenhet under 1900-talets första decennier gjorde en bilfärd — med eller utan last — till ett äventyr.

Stor publicitet kring pacemakerkonferens i Göteborg

Det har varit pacemakerkonferens i Dalheimers hus i Göteborg med överläkare Göran William-Olsson, som koordinatör. Göteborgsavdelningens ordförande med medarbetare hade lagt ned ett omfattande arbete för att få det hela att gå i lås, men så var också arrangemangen på toppen. Massmedia ställde upp i en utsträckning som aldrig förr med press, radio och TV.

Efter förbundskassör Bengt Dahlströms inledning var det dags för hjärtspecialisterna att ge sina synpunkter, för patienterna att redogöra för sin situation. RHL representerades av medlemmar från hela västsverige. För att ge en objektiv bild av konferensen refererar vi här ett utdrag ur de många pressklippen:

Det finns nästan 9.000 pacemakeropererade patienter i Sverige. Tekniken har gjort stora framsteg sedan 1958. Då gjorde man den första inplantationen i Sverige och världen.

I dag är det ett riskfritt ingrepp. Patienter som förut inte kunnat erbjudas någon hjälp, lever i högsta välmåga med sin pacemaker.

— Den förste pacemakerbäraren Arne H W Larsson fanns med på fredagens konferens om hur pacemakerbärare upplever sin situation.

— Jag har nu mitt 23:e batteri. I början kändes det väldigt nervöst, tekniken krånglade ofta. Men i dag tänker jag inte på att jag har den.

En pacemaker, eller hjärtstimulator, in-

planteras på de patienter som har förändringar i hjärtats retledningssystem. Dvs impulserna som får hjärtat att dra ihop sig når inte fram. Det blir en rytmrubbning.

Symtomen är yrsel, svimningar och trötthetskänsla. Blir perioden av impulsblockering för lång kan det i sämsta fall leda till döden. Enda hjälpen för denna typ av hjärtfel är att inplantera en pacemaker. Från den får hjärtat sedan signaler att dra ihop sej.

— 50 procent av de som har pacemaker skulle dött inom ett år om de inte fått sin pacemaker säger överläkare Göran William-Olsson från Göteborg.

— Nu har de samma överlevnad som andra inom åldersgruppen.

Det är i huvudsak äldre patienter som får pacemaker. Lars Rydén läkare från Skövde redogjorde för de vinningar som gjorts med metoden:

RISKFRIIT

— Det finns ingen övre åldersgräns för pacemakerbehandling. Det är ett riskfritt

ingrepp men kan väsentligt förändra livskvaliteten. T ex i stället för att ligga på sjukhus kan patienten vara hemma. Den äldsta patient som fått pacemaker i Göteborg var 99 år.

På konferensen, som anordnats av Riksförbundet för hjärt- och lungsjuka, deltog läkare och specialister från västra regionen.

Dr Claes Ahrén från Göteborg presenterade en enkätundersökning som gjorts bland 10 procent av de pacemakerbehandlade i Göteborg och Borås. I den uppger 90 procent att de upplever en väsentlig förbättring efter ingreppet.

*
En pacemaker måste kontrolleras med jämna mellanrum och man behöver nya batterier. I Göteborg kontrolleras patienterna på thoraxkirurgiska kliniken. Stadsens numera välbekanta strama ekonomiska tyglar tillåter inte så tät återbesök som i Borås. Något som patienterna var missnöjda med. I Borås öppnar man snart en pacemakerdispensär meddelade överläkare Sven-Åke Forsberg.



Hjärtspecialisterna Göran William-Olsson och Claes Ahrén har en kort genomgång före konferensens början.



Ordföranden Rolf Lindros omgiven av Bengt Dahlström, tv, och Birger Öhman, ordförande i Örebro län.



Ing-Marie Hintze svarar för föräldraföreningen i Göteborg, tv, tillsammans med maken Kurt, pacemakerbärare och Elisabeth Hybratt, klippan på HÄLSOS kansli.

Lungcancer, hjärtkärlsjukdom och rökning hos en grupp gruvarbetare

Ökad dödlighet i lungcancer har bl a visats hos radonexponerade gruvarbetare och arsenikexponerade kopparsmältare. Bland de senare har också överdödlighet i hjärtkärlsjukdom påvisats. I den här redovisade undersökningen har dödsorsakerna studerats bland arbetare som i en norrländsk sulfidmalmsgruva exponerats såväl för radon som för arsenik. För lungcancer föreligger en femfaldig överdödlighet. Relativt sett har fler icke-rökare än rökare drabbats men skillnaden är inte signifikant. För hjärtkärlsjukdom föreligger ingen överdödlighet, och det är därför knappast troligt att arsenikexpositionen kan ha bidragit till den förhöjda lungcancerfrekvensen, konstaterar Eric Dahlgren, som är företagsläkare vid Boliden Metall AB:s gruvenhet i Boliden.

Utländska rapporter, främst från USA, har visat att radon och dess dotterprodukter förorsakar lungtumörer. Hos urangruvarbetare har ett dos-responssamband kunnat fastställas (Lundin o a 1971)

Omkring 1970 konstaterades förekomst av radon i icke ringa mängd i ett flertal svenska gruvor, varför det också fanns anledning att undersöka sjukligheten i lungtumörer hos svenska gruvarbetare. Från en sulfidmalmsgruva i södra Sverige rapporterades 1971 en ca 13-faldig förhöjning av dödligheten i lungcancer hos gruvarbetarna (Axelson o a 1971). De personer som drabbades hade arbetat länge under jord, i genomsnitt 35 år, och latenstiderna var långa. Från järnmalmsgruvorna i Norrbotten redovisades senare en liknande ökning av lungcancerdödligheten.

Inom Svenska gruvföreningen bildades 1970 en kommitté. "Strålskydd", och en arbetsgrupp inom denna redovisade 1972 en undersökning gällande hela svenska gruvindustrin (Svenska gruvföreningen 1972). Denna visade en ca femfaldig överdödlighet i lungcancer bland underjordsarbetare, och en relativt större dödlighet förelåg dessutom bland anställda i gruvor med hög radonhalter.

År 1972 redovisades lungcancerdödligheten bland anställda vid Bolidenbolagets norrlandsgruvor i en intern rapport. En överdödlighet kunde konstateras endast bland anställda under jord vid en av gruvorna, nämligen Bolidengruvan. Den metodik som användes vid undersökningen hade vissa brister, bl a beträffande populationernas storlek och åldersfördelning, varför någon noggrannare statistisk riskberäkning inte gjordes.

Ett ökat intresse för radon- och radon-dotterexposition i bostäder syns emellertid nu motivera försök att erhålla riskdata från olika gruvarbetarpopulationer. Med hjälp av fallkontrollmetodik har därför främst lungcancer men även andra dödsorsaker studerats bland den manliga be-

folkningen i Bolidens församling, särskilt med hänsyn till gruvarbete och rökvanor.

Denna församling växte upp kring Bolidengruvan, som började tillredas 1925 och där brytning pågick från 1928 till 1967. Gruvan var då utbruten, varför den stängdes och vattenfylldes. I Bolidengruvan bröts en komplex sulfidmalm innehållande huvudsakligen svavelkis, arsenikkis, kopparkis och guld. Omkring 100 man arbetade under jord med gruvbrytning och ca 400 man ovan jord med malmbehandling och i verkstäder.

MATERIAL OCH METODER

Urval

Undersökningen har utförts som en fallkontrollstudie, och materialet har hämtats från död- och begravningsboken för Bolidens församling där huvuddelen av dem som arbetat i Bolidengruvan varit kyrkobokförda.

Dödsorsakerna har registrerats för alla män i åldrarna 25—74 år som avlidit 1958—1977. Sex personer med oklar dödsorsak har primärt uteslutits från studien. Detsamma gäller avlidna med diagnosen diabetes mellitus i dödsbeviset. Dessa uteslöts då samband mellan denna sjukdom, som utgör riskfaktor för hjärtkärlsjukdom, och icke-exposition kan förefinnas (diabetiker anställs i regel inte som gruvarbetare under jord). Av motsvarande skäl har också alla som avlidit till följd av olycksfall uteslutits, då dessa kan tänkas vara överrepresenterade bland de underjordsexponerade (högre olycksfallsfrekvens hos gruvarbetare). Dessa uteslutningar gjordes innan anställningsförhållandena hade undersökts.

Från gruvföretagets personalregister erhöles kopior på personkortet för alla registrerade som någon gång varit anställda. Dessa kort innehåller väl förda uppgifter om anställningens art och tider i olika befattningar ovan eller under jord.

Exposition

Bolidengruvan kom aldrig att omfattas av de systematiska radonmätningar som i Sverige påbörjades 1969. Radon hade dock påvisats i gruvan redan 1951 då radiofysiska institutionen i Stockholm gjorde mätningar på utströmmande gas från ett diamanborrhål på 410 m avvägning. Några absoluta radonhalter kunde ej anges på grund av bristfällig instrumentkalibrering, men emanationen var högre i den utströmmande gasen än i luft från andra delar av gruvan. Institutionen ansåg inte förnyad provtagning vara motiverad.

Förutom således konstaterad radonförekomst fanns också i Bolidengruvan stora mängder arseniksulfid. Arsenik har i flera rapporter tillskrivits en cancerogen effekt. Några rapporter har också angett en ökning av hjärtkärlsjukdomar hos arsenikexponerade. En grov skattning av mängden arseniksulfid kan möjligen tillåtas på basis av utförda total-damm-mätningar. Under 1940- och 1950-talen kan arsenikexpositionen ha varit av storleksordningen 0,3—1,5 mg per m³ som As (det nuvarande hygieniska gränsvärdet är 0,05 mg per m³).

För övriga gruvor inom Bolidens anrikningsområde som varit tillgängliga för mätningar har radonhalterna visat sig vara genomgående låga. Dessa gruvor har dock tagits i drift först i slutet av 1940-talet och hela tiden varit utrustade med mekanisk ventilation. Som underlag för expositionens storlek används här en kategoriindelning beträffande anställningsförhållanden enligt följande:

- 0 = aldrig anställd vid gruvföretaget;
- I = anställd med högst två års arbete under jord;
- II = anställd med mer än två års arbete under jord i andra gruvor än Bolidengruvan;
- III = anställd med mer än två års arbete under jord i Bolidengruvan.

Kategorierna 0 och I har således ej alls eller i mycket ringa grad varit exponerade för radondöttrar eller arsenik.

Kategori II har mer än två års underjordsexposition i andra gruvor än Bolidengruvan. Endast en av de 24 personerna i denna kategori har arbetat kortare tid, sex månader, i Bolidengruvan. Radonexpositionen har i regel varit låg för denna kategori och arsenikexpositionen obetydlig.

Kategori III utgör de för arsenik men också för radon mest exponerade gruvarbetarna.

Uppgifter om rökvanorna hos fall och kontroller som varit anställda i företaget och tillhör kategorierna II och III har inhämtats. Där uppgifter inte funnits i tillgängliga journaler har intervjuer skett med anhöriga, arbetskamrater och arbetsledare. Detta har varit relativt lätt i ett litet samhälle som Boliden, och uppgifter har erhållits för samtliga utom en kontroll, vilken därför utelämnats när jämförelse mellan rökare och icke-rökare görs. Med rökare avses personer som någon gång rökt, således även ex-rökare och lågkonsumerter.

RESULTAT

Totalt avled inom församlingen under den studerade perioden 218 män i åldern 25—74 år.

Lungcancer

Lungcancerstudien omfattar 16 fall och 94 kontroller. Tio av de 16 fallen har varit exponerade i gruvarbete under jord, dvs 62,5 proc, medan 27 av de 94 kontrollerna, eller 28,7 proc, haft motsvarande exposition.

Patologisk-anatomisk diagnos finns på sju av de åtta fall som tillhörde kategori III och fördelar sig enligt följande: oatcellcancer 1, lågt differentierad skivepitelcancer 2, medelhögt differentierad skivepitelcancer 3, adenokarcinom (ställvis skivepitelmetaplasi) 1.

Hjärtkärslsjukdom

Hjärtkärslstudien omfattar 76 fall och 94 kontroller, samma kontroller som för lungcancer.

Tjugotre av fallen (30,3 proc) hade varit underjordsexponerade. Tjugosju av kontrollerna (28,7 proc) hade motsvarande exposition. Några signifikanta skillnader mellan exponerade och oexponerade föreligger inte. För den högst exponerade gruppen, kategori III, blir råratkvoten 1,0.

Rökning

Beträffande rökvanorna hos lungcancerfall och kontroller bland anställda tillhörande kategorierna II och III har som kontroller här medtagits samtliga som varit registrerade, således även dem som avlidit i hjärtkärslsjukdom eller till följd av olycksfall.

Bland de måttligt exponerade tillhörande kategori II återfinns två fall av lungcancer, och båda var rökare.

Bland dem som exponerats mest, kategori III, återfinns åtta fall av lungcancer.

Fyra av dessa var icke-rökare, dvs 50 proc. Bland de 36 kontrollerna var 11 personer (31 proc) icke-rökare.

Av de 29 rökarna i kategori III har fyra personer (14 proc) avlidit i lungcancer, av de 15 icke-rökarna har fyra personer (27 proc) dött av samma sjukdom.

Latenstid — tiden från expositionens, i detta fall gruvarbetets, början och sjukdomens utbrott — samt åldersfördelning för rökare och icke-rökare bland lungcancerfallen visar inga större skillnader i det lilla materialet. Rökarna har varit 4,5 år yngre än icke-rökarna och latenstiderna 39,8 år för rökarna mot 38,8 år för icke-rökarna.

För kontrollerna med samma exposition var åldersskillnaden endast 0,2 år.

DISKUSSION

Den här redovisade undersökningen har bekräftat den tidigare misstanken om en överdödlighet i lungcancer bland underjordsarbetare i Bolidengruvan. En nära fem gånger så hög dödlighet som hos oexponerade från samma församling föreligger. Överdödligheten är lägre än vad som utvisats från en bly- och zinkgruva i södra Sverige men har samma storleksordning som den av Svenska gruvföreningens strålskyddskommitté 1972 redovisade undersökningen gällande hela svenska gruvindustrin (Svenska gruvföreningen 1972).

Som nämnts i inledningen kunde aldrig några radon- eller radondottermätningar göras i samband med den stora inventeringen 1970. Utgående från de redan på 1950-talet gjorda emanationsmätningarna, som endast gav relativvärden, skulle man kunna uppskatta radonhalterna till omkring 100 pCi/l. Detta är dock en grov skattning och säger inget om fördelningen av radon på olika delar i gruvan.

Fram till slutet av 1940-talet var mekanisk ventilation sällsynt i svenska gruvor. Vanligt var att ventilationsluften togs in via rasberg eller fick passera långsamt genom stora utbrutna rum för att höja temperaturen. Därvid tillfördes ventilationsluften radon och radondöttrar.

I Bolidengruvan använde man en annan brytningsteknik, varför den tillförda luften kan förmodas ha haft lägre radonhalt än i många andra gruvor. Baserad på vanligen tillämpade beräkningar av relationer mellan radon och radondöttrar skulle en grov skattning kunna ges som resultat att radondotterhalten varit omkring 0,5 WL (1 WL = 1 Working Level, är varje kombination av kortlivade radondöttrar i 1 l luft som vid sitt sönderfall genom RaC resulterar i en emission av $1,3 \times 10^5$ MeV av alfaenergi). Det hygieniska gränsvärdet är för närvarande 0,3 WL i USA.

För gruvarbetare som exponerats i andra gruvor än Bolidengruvan, alltså kategori II, kan ingen signifikant överdödlighet påvisas. De två fallen, båda rökare, ger dock formellt en råratkvot på 2,8. I de gruvor där expositionen för denna grupp skett har låga radonhalter uppmätts. Tidigare, då ventilationen varit mindre omfattande,

Väl rätt kirurg!

Om du skall opereras och vill minska risken för en sjukhusinfektion skall du se till att bli opererad av en naken kvinnlig kirurg.

Det är tidningen Nordisk Medicin — utgiven av de nordiska ländernas läkarförbund — som konstaterar det i en bildtext till en serie artiklar om sjukhussjukan.

Kvinnor i fruktsam ålder sprider färre partiklar än män och avklädda människor sprider färre partiklar än påklädda. En sorts partiklar som finns på kroppen och kläderna är bakterier som kan orsaka infektioner.

Slutsatsen blir följaktligen: "Det mest idealiska borde därför vara att bli opererad av en naken kvinnlig kirurg".

har halterna förmodligen varit högre. Dessa gruvor har dock tillkommit relativt sent, i mitten av 1940-talet, jämfört med Bolidengruvan som började bearbetas 20 år tidigare. För dem som exponerats endast i dessa gruvor har de nära 40 år som utgör medellatenstiden för fallen tillhörande kategori III ännu ej passerat.

Beträffande rökvanorna är iakttagelsen från fall och kontroller hos kategori III av intresse. Den relativt högre andelen lungcancerfall bland icke-rökarna är anmärkningsvärd. En råratkvot på 0,4 för rökare jämfört med icke-rökare antyder ett slags preventiv effekt av rökning. Skillnaden är inte signifikant men är ändå värd att observeras, då den pekar i samma riktning som redovisats från en gruva i södra Sverige. I det materialet hade 10 av 23 rökare avlidit i lungcancer mot 9 av 12 icke-rökare (relativvärden)

En förklaring till denna skillnad skulle kunna vara att rökning leder till ett förtjockat slemlager, särskilt bland gruvarbetare, då man bl a i Sverige funnit att underjordsarbete för rökare leder till ökad bronkitfrekvens. Radondöttrarnas alfapartiklar förmår endast i begränsad omfattning slå igenom slemskiktet, och effekten av strålningen avtar hastigt med avståndet.

Archer och medarbetare (1973) liksom Axelson och Sundell (1978) fann att latenstiderna för lungcancer var väsentligt lägre för rökarna än för icke-rökarna. I den senare studien var åldern vid dödstillfället i genomsnitt elva år lägre för rökarna. I den nu gjorda undersökningen är åldersskillnaderna små för fallen i kategori III, 64 år för rökare och 68 år för icke-rökare. Latenstiden är till och med något längre för rökarna, 39,8 mot 38,8 för icke-rökare. Medelåldern vid dödstillfället för kontrol-

Forts sid 22

Till Bulgarien från Malmö



I vår återvänder vi till Sunny Beach i Bulgarien dit vi rest några gånger tidigare. Ett önskemål har varit att Riksförbundet för hjärt- och lungsjuka (RHL) skulle arrangera en rekreationsresa med avgång från Malmö, för att våra sydsvenska medlemmar skulle slippa att åka 50—60 mil i fel riktning. Vi har därför beslutat att i år starta resan från Sturup—Malmö. Årets rekreationsresa sker i samarbete med Serviceresor AB och Royal Tours och vi kan erbjuda våra medlemmar denna resa för kr 1 390:— efter subvention från RHL med kr 500:—. Till detta pris kommer obligatorisk reseförsäkring kr 74:— och avbeställningsskydd kr 45:— dvs totalt kr 1 509:— inkl flygskatt.

Avresa sker tisdagen den 20 maj 1980 med samling kl 09.00 på Sturup med återkomst till Sturup den 3 juni kl 17.30.

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

Inkvartering ske på Hotel Kuban, som vi känner sedan tidigare som ett bra hotell med god standard där samtliga rum har dusch och wc.

I priset ingår flyg Sturup—Sunny Beach samt inkvartering i dubbelrum på Hotel Kuban med halvpension dvs frukost + en måltid.

RHL svarar för den kostnad som överstiger kr 100:— vid anslutningsresa till hemorten—Sturup, då resan sker med järnväg II:a klass. För att detta erbjudande skall gälla måste anslutningsbiljetterna beställas 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 centralstationen i Malmö till Sturup. Resan tar ca 30 minuter och kostar kr 15:—.

För den som är hjärt-, kärl- eller astmasjuk erfordras läkarintyg som tillstyrker 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:

Sunny Beach

Sunny Beach — resmålet för en lyckad semester! Kilometer efter kilometer med mjuka breda sandstränder som sträcker sig från de gröna Balkanbergen till den gamla pittoreska staden Nessebar — det är allt detta som fått det passande namnet Sunny

Beach — solens strand — den största badorten på Bulgariska Rivieran. Här sänker sig den långgrundna stranden mjukt ner i klart varmt vatten, stränderna är vidsträckta och man har gott om plats i den sköna solen. Det finns många lockande restauranger och nattklubbar där man äter gott och kan roa sig.

Så till det bästa av allt! Du får 50 % mer för pengarna, om växling sker på något av Royal Tours Balkantourists hotell eller växlingskontor.

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. Royal Tours guider följer med på alla utfärder. Här följer några exempel på olika utflykter.

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 65:—.

Sunny Beach by night

Vi börjar denna kvällstur med en drink på en bar, fortsätter sedan till en trevlig restaurang där vi intar gemensam middag. Kvällen avslutas på Bar Varité med dans, internationell varité och ett glas champagne. Pris kr 85:—.

Talina — badtur med varité

Heldagstur med båt till en utmärkt badstrand med en genomtrevlig restaurang. Vi badar och har skönt, ser ett varitéprogram, dansar och äter en god lunch. Pris ca kr 70:—.



Sunny Beach i Bulgarien är resmålet för en lyckad semester, den största badorten på Bulgariska Rivieran.

Bergsfest — Lägereld

En oförglömlig kväll med middag, bulgariska specialiteter, folkmusik, folkdans, björnbrottning, dans på glödande kol. Pris ca kr 65:—.

Vidstående anmälan om deltagande i denna resa samt hälsodeklaration skall vara RHL tillhanda senast under tiden 15—31 mars 1980. OBS! Glöm ej att även bifoga läkarintyg om du är hjärt-, kärl- eller astmasjuk.

Om du önskar anslutningsbiljett 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".

Om ytterligare upplysningar om resan önskas, går det bra att kontakta Bengt Dahlström eller Gunnel Jilger på tel 08/23 15 30 eller skriva under adress RHL, Box 3196, 103 63 Stockholm samt Serviceresor 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 delta på samma villkor.
5. Medlemmar med minderåriga barn, som p g a att barnpassning ej kan ordnas, kan delta i RHLs 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 särskilt).
6. För hjärt-, kärl- eller astmasjuka medlemmar erfordras läkarintyg som rekommenderar deltagande i RHL:s resor.
7. Även andra sjuka bör konsultera läkare om ett deltagande i resan är tillrådligt. Deltagande i resan sker på eget ansvar.
8. Deltagaren måste vara reseförsäkrad. Försäkringen skall täcka akut sjukdom, olycksfall, fördrade hemtransporter och resgodsförlust.
9. Rekreativresan subventioneras av RHL med belopp som beslutas av förbundsstyrelsen före varje resa.

Insändes till

Riksförbundet för hjärt- och lungsjuka (RHL)
Box 3196, 103 63 Stockholm

Insändes under tiden

15—31 mars 1980

ANMÄLAN TILL RHL:s REKREATIONSRESA TILL BULGARIEN 20 MAJ 1980

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 anges resmål.

Texta tydligt eller använd maskinskrift!

Namn

Adress

Postnr och postadress Tel bostaden/.....

Personnummer Tel arbetet/.....

Lokalförening OBS! För hjärt-, och kärl- eller

astmasjuka deltagare erfordras läkarintyg som styrker deltagande i resan.

Medresenär

Namn

Adress

Postnr och postadress Tel bostaden/.....

Personnummer Tel arbetet/.....

Anslutningsbiljetter tur och retur hemorten — Malmö önskas Ja Nej

För den som önskar sitt- eller sovplatsbiljetter, var god angiv datum och tågtid:

Berättigad till pensionärsrabatt Medresenär berättigad till pensionärsrabatt

Icke rökare Rökare

Om övernattningsrum önskas i Malmö före eller efter resan angiv datum:

Obligatorisk reseförsäkring ingår.

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

Glöm ej kontrollera att passet är giltigt!

HÄLSODEKLARATION

Insändes tillsammans med anmälningsblanketten. Denna blankett kan du underteckna själv eller få styrkt av läkare.

Texta tydligt eller använd maskinskrift!

Namn

Adress Tel bostaden/.....

Postnr och postadress Tel arbetet/.....

Personnr Civilstånd

Närmast anhörig

Medicinsk grundsjukdom

När debuterade sjukdomen

Vårdats på sjukhus tiden

Ordinerad medicin

Allergi eller ogynnsam reaktion för något preparat

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

Underskrift

Hänt sen sist...

Trots det allt kärvare ekonomiska klimatet händer det ändå en hel del inom handikappsektorn. Om det vittnar en del av nedanstående rapporter. Å andra sidan går utvecklingen beklämmande långsamt på andra håll, inte minst när det gäller asbestfaran.

Referensgruppen inom Stiftelsen Samhällsföretag sammanträdde i förra månaden. RHL representerades av Tord Axelsson. Vid referensgruppens möte deltog representanter för LO, TCO, HACK, DHR, samt Samhällsföretags ordförande Bertil Olsson och vd Gerhard Larsson. Man redovisade den informationskampanj man gått ut med inför övergången till den nya reformen. Övergången har skett relativt smidigt om även vissa svårigheter förekommit i några regionala stiftelser. Verkstäder finns nu i 230 av landets 277 kommuner. Ojämn fördelning av platser i olika län. Sthlms län har 2,3 pl/1 000 invånare (lägst). Jämtlands län har 13,4/1 000 (högst). Platsantalet behöver byggas ut på flera håll. Regeringen har anslagit medel för utbyggnad med 1 200 pl. under 79/80 däremot finns inte några medel anvisade för 80/81. Översyn av lokaler skall göras för att se om man kan utöka verksamheten på vissa orter där tex många deltidsanställda finns. Utbildning av de 3 500 arbetsledarna skall påbörjas och i utbildningen skall ingå handikappkunskap och handikappproblematik. Företagshälsövården skall utbyggas och arbetsmiljö- och arbetarskyddsfrågor bli föremål för särskild uppmärksamhet. Vidare skall man utreda verksamhetens samhällsekonomiska betydelse. En aktivering av utplacering på öppna marknaden planeras och särskilda anpassningsgrupper tillsätts. Fortfarande gäller inga krav på minsta arbetsförmåga.

Det påtalades att det varit svårare att få folk placerade på verkstäderna under det senaste halvåret. Man har varit försiktig från de tidigare huvudmännens sida och man har även hållit tillbaks utbyggnaden. Stor satsning görs nu på produktutveckling och marknadsföring av egna produkter även för export.

Stiftelsen avser även att i större utsträckning än tidigare få utökning av antalet kontorsarbetsplatser och även finna former för att driva utarbeten av olika slag.

4-5 mars 1980 arrangerades ett "rådslag" av Samhällsföretag i Solna. Inbjudna var handikapporganisationerna HCK:s länsorganisationer DHR, TCO och LO.

Vid rådslaget diskuterades om den nuvarande verksamheten- målinriktning och medel för den framtida driften samt handikapprörelsens syn på verksamheten.

Information om skyddsföreskrifter

Vid en informationskonferens om skydds-föreskrifter var Tord Axelsson också närvarande som handikapprepresentant, anordnad av medicinska- och sociala sektionen. Vid konferensen informerades om hur styrelsen arbetar, när det gäller utfärdandet av författningar och föreskrifter i arbetsmiljöfrågor. Det påpekades att det kan ta mycket lång tid innan sådana har utarbetats och fastställts. Remissförfarandet är omständigt och personalresurserna knappa. Speciellt svårt har det varit att hinna med, då det gäller den nya Arbetsmiljölagen som ju redan varit i kraft i snart 2 år. En annan del, som har varit besvärlig, är föreskrifter inom vårdområdet. De råd och anvisningar som finns är mycket föråldrade och måste förnyas. AMS vill ha kontakter med olika organisationer, bl a handikapporganisationer, för att få synpunkter på handikappanpassning av arbetsplatser och även vårdinstitutioner av olika slag. Vid konferensen deltog representanter från de flesta fackföreningarna samt branschorganisationer inom vård- och servicesektorn. Carina Hjelm, HCK rapporterade från SoS:s handikappnämnds senaste sammanträde. Hon lovade att hålla rådet kontinuerligt informerat om vad som händer i nämnden skriver Bo Månsson. Carsten Inde informerade om Görvålprojektet. Rådet var i princip positivt till projektet men vill ha mer information innan det tar ställning till huruvida man skall föra frågan vidare till HCK:s AU. Beträffande remissarbetet med HSU kom rådet överens om att först läsa "Sjukvård för dig" och vid avsnitt som man vill diskutera läsa direkt i utredningen. Ang SHR:s forskningsprojekt hade rådet inget att tillägga men tryckte på de slutsatser som man kommit fram till var väsentliga. Arbetet med HCK:s handlings- och principprogram bordlades tills rådet tagit ställning till HSU. Soc.dep:s förslag om samordnad ha-

bilitering handlägs av soc.pol.rådet, som vill ha ett samarbete med vård och rehabilitering. Margareta Nilsson, HCK utsågs att diskutera detta samarbete med sekreteraren i soc.pol.rådet. Inläst litteratur redovisades.

FNs handikappår 1981

På HCK:s kansli har FNs handikappår 1981 diskuterats. Representanter från 11 av HCK:s 21 medlemsorganisationer deltog Rolf Utberg meddelade att han och HCK:s ordförande Bengt Lindqvist är med i den arbetsgrupp som är tillsatt av regeringen och med sjukv.minister Elisabeth Holm som ordförande (B Lindqvist är v. ordf.) som har att förbereda och komma med förslag om svenska inslag under Handikappåret.

I arbetsgruppen är man överens om att föra ut "handikappades fulla delaktighet och jämlikhet i samhället". Gruppen skall initiera och stimulera till insatser på lokal, regional och central nivå genom skrifter, konferenser, enkäter och annan löpande information för att sprida kunskap om handikapp och handikappades problem. Inom HCK har ordnats med två grupper som skall arbeta med handikappåret. Bo Månsson är RHL:s representant i den sk nationella gruppen. HCK skall särskilt trycka på jämlikhets- och attitydsfrågorna, kultur och arbete men även sjukvård och rehabilitering.

HCK-forum i Göteborg 1981 skall bli en stark manifestering kring våra frågor. Samarbete med folkparkerna har startats för att ordna med utställningar och aktiviteter på olika lämpliga orter. Medlemsorganisationerna skall erhålla tipskatalog om lämpliga aktiviteter. Samarbete skall även ske mellan regeringens arbetsgrupp och landstings- och kommunförbunden.

Skolöverstyrelsens handikappnämnd har redovisat sitt nya kursplaneprogram, som nu håller på att bearbetas efter den remissrunda förslaget varit föremål för. Programmet blir så att det i mellan- och högstadiet skall ingå information om handikapp i hela skolan och även möjlighet till särskilda kurser. HCK och DHR har varit

med i utarbetandet och har fått med mycket av sina önskemål. SÖ arbetar med ett särskilt projekt inom OECD. Övergång från skola — arbetsliv. Sverige arbetar med frågan för handikappade elever. SÖ skall delta i en arbetsgrupp under Nordiska Rådet angående utbildning av dövblinda. Ett särskilt program för undervisning om handikapp håller på att utarbetas där man särskilt tar upp syn- hörsel- psyk- och rörelsehindergrupperna. Framfördes att man även skall ta med medicingruppen. Angående omsorgsutredningen protesterar SÖ mot att särskoleundervisningen skall överföras till kommunerna, man anser att den bör finnas kvar under landstinget. SÖ skall i petitasammanhang ta hänsyn till HCK:s krav på utbildningen i enlighet med HCK:s handlingsprogram. Kommunernas ansvar att svara för skolutbildning måste slås fast, integrering måste fortsätta där så är möjligt men specialskolan måste finnas kvar för vissa grupper.

Bekämpa asbestanvändningen!

Känns rubriken igen? Det var ledaren i Status 1/74 och upprepades i september året därpå. Dåvarande redaktören Erik Ransemar skrev bland annat: Den mest kända dammsjukdomen eller dammskadesjukdomen, som det egentligen borde heta, är silikosen. I en mycket använd lärobok i hygien skrev professor Gunnar Fischer redan på 1950-talet om fyra ytterligare dammsjukdomar. Om asbetosen skrev han följande rader (tryckåret var 1956 på den tredje upplagan av läroboken som i förordet angavs vara i stort sett oförändrad).

"Inandning av asbest kan giva upphov till en långsamt framskridande lungfibros. Såväl kliniskt som röntgenologiskt liknar den silikosen. Vid en undersökning av arbetarna i en asbestfabrik, företagen med anledning av 2 dödsfall, visade det sig att 65 % av de 167 arbetarna röntgenologiskt hade tecken på asbetos."

Vad visar det här citatet? Det här citatet visar, dels vilka skrämmande effekter asbetosen har, dels, vilket är mer skrämmande, att man sedan lång tid tillbaka haft kunskaper om materialets skadeframkallande karaktär utan att göra något för att förhindra uppkomsten av ytterligare skador. Nu har det gått tjugo år sedan den här citerade boken skrevs. Hur många har fått skador under de här åren? Ingen vet det.

Byggnadsarbetareförbundet har länge krävt lagstiftning för att stoppa de farliga formerna av asbestprodukter. Riksförbundet för hjärt- och lungsjuka har i en skrivelse till LO instämt i detta krav. Riksförbundet för hjärt- och lungsjuka uttrycker förhoppningen att LO kraftigt skall reagera för att en sådan lagstiftning skall komma till stånd inom en mycket snar framtid.

Det är byggnadsarbetarna och de industriarbetare som arbetar med asbest och asbestmaterial som är i den största riskzonen. Nu rapporteras det emellertid att det också finns risker för andra än de som direkt arbetar på byggarbetsplatserna. Un-

dersökningar visar att luften i storstäderna innehåller asbestdamm.

Frågan om ingripande och förbud mot användning av asbest på byggena aktualiserades i riksdagen förra året. Vänsterpartiet kommunisterna hade en motion i frågan. Socialutskottet ansåg visserligen att "hanteringen av asbest i olika arbetsprocesser utgör en betydande hälsofara" men yrkade ändå avslag på motionen. Det blev också avslag i riksdagen.

Det tar lång tid i vårt samhälle för arbetarna att kämpa sig till rätten till ett mindre hälsofarligt yrkesverksamt liv.

Asbestfaran inte över — trots förbud i år

I Socialstyrelsens första nummer av "Socialnytt" meddelas följande:

"I vår kommer arbetarskyddsstyrelsen med ett generellt förbud mot asbest. Att asbest är farlig och kan leda till dödliga lungskador är knappast någon nyhet. Redan 1958 hölls ett läkarsammanträde på arbetarskyddsstyrelsen där man diskuterade ifall man borde ge ut ett informationsblad om asbetosen och dess risker, "så att de arbetare som syssla med asbestarbete finge en allvarlig tankeställare. Risker vore kanske dock att en psykos startades". Det blev ingen information den gången.

1972 motionerade åtta riksdagsmän om ett totalförbud mot asbest. Men det blev avslag. Idag åtta år senare, när de tre stora

asbestcementfabrikerna i Lomma, Köping och Varberg redan lagt ner sin produktion, kommer förbudet. Ett förbud idag kommer att drabba importvaror som ugnar, spisar, hårtorkar, brödrostar etc vilka har asbest som isoleringsmaterial. Förbudet innebär dock inte att asbestfaran är över. Mer än tretusen produkter i vår närmaste omgivning innehåller asbest. Asbesten kommer att finnas i vår miljö flera generationer framåt. Värst kommer byggnadsarbetare som bygger om och river gamla hus att drabbas — i synnerhet de som arbetar med att riva ut gamla panncentraler i hus för att installera fjärrvärme. Detta beror inte minst på den dåliga skyddsutrustning som finns.

Idag börjar arbetarna också få känna av följderna av den kraftigt ökade användningen av asbest efter andra världskriget. Anmälningarna till riksförsäkringsverket och försäkringskassan har ökat lavinartat. 1970-72 fick man in ca tjugo om året. 1977-79 var siffran uppe i drygt tusen om året.

Den som en gång fått i sig asbest kan aldrig bli av med fibrerna. Det går inte att hosta upp fiberdamm."

(Så visst kan den enskildes hälsa och välbefinnande skjutas åt sidan för lång tid framåt, om de kommersiella intressena tillåts dominera i alltför stor utsträckning. Inte förrän i våra dagar har forskningen slagit fast att det trots allt är människan som är varje verksamhets största tillgång.)



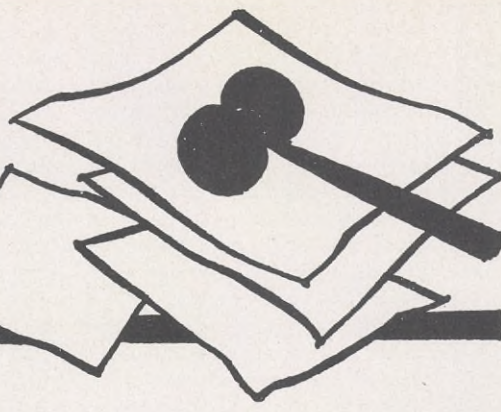
Förvaltar

IGBA

Bygger

Byggnadsaktiebolagen
Tage Ljungberg Erland Gustavsson
Frejgatan 85, 113 26 Stockholm. Tel 08-34 07 30

RHL INFORMATION



Boende och service för svårt handikappade

En arbetsgrupp tillsätts av hälsovårdsminister Elisabet Holm inom socialdepartementet för att i första hand undersöka behoven hos svårt handikappade beträffande boende och service. Detta beslutades vid regeringens sammanträde helt nyligen.

Handikappades möjligheter till självständigt boende är beroende av tillgången till välplanerade och individuellt anpassbara bostäder. För svårt rörelsehindrade är också tillgången till personlig hjälp avgörande. För många gäller att hjälpen måste finnas tillgänglig vid olika tidpunkter dygnet runt.

När det gäller de svårast rörelsehindrade och flerhandikappade räcker det inte med de insatser som kan ges i "konventionella" servicelägenheter. För dem krävs i många fall individuellt anpassade lösningar med kvalificerad service. Då sådana lösningar i stort sett saknas är dessa handikappade som regel hänvisade till vård av anhöriga eller vid någon institution. Bl a har styrelsen för vårdartjänst uppmärksammat en markant tendens de senare åren att de svårt rörelsehindrade ungdomar som avslutar sin skolgång flyttar tillbaka till föräldrahemmet utan att egentligen ha detta som önskemål. Problemet är givetvis också påtagligt för de något äldre, av vilka många vårdas av föräldrarna tills dessa av ålder och förslitning inte orkar längre.

Anledningen till bristen på kvalificerad serviceboende är till stor del oklarheter i

ansvarsfördelningen mellan kommuner och landsting. Rörelsehindrade och även andra handikappade har på grund av sina funktionshinder i stor utsträckning kommit att jämföras med sjuka. Deras omvårdnadsbehov har, trots att det oftast är fråga om hjälp med det dagliga livets aktiviteter, kommit att betraktas som hemsjukvårdsuppgifter. Det gäller särskilt personer med omfattande hjälpbehov och med behov av dygnet-runt-service. Oklarheten i ansvarsfrågan, samt att de flesta kommuner har ett ringa antal svårt handikappade, har medverkat till att problemen förblivit olösta. Det står dock klart att lösningen måste sökas i samarbete mellan kommunerna och landstingen.

— Det är mycket beklagligt, säger Elisabet Holm, att det ännu inte har varit möjligt för landstings- och kommunförbunden att finna en fungerande lösning på problemet med huvudmannaskapet för boende- och serviceåtgärder för de svårast handikappade. Det är min förhoppning att denna fråga snarast skall lösas eftersom den har stor betydelse för möjligheterna att vidta konkreta åtgärder för att förbättra dessa människors levnadsbetingelser.

RHL:s blomsterfond ger aktiv hjälp

Riksförbundet för hjärt- och lungsjuka (RHL) blomsterfond instiftades 1963. Fonden bildades för att ge ekonomisk hjälp till hjärt- och lungsjukas eftervård, bidrag till studier och i övrigt till sådant som kan underlätta de sjukas levnadssituation. I viss utsträckning kan medel ur fonden tas i anspråk för förbundets övriga verksamhet, rapporterar RHLs tidskrift Status.

Under verksamhetsåret 1978/79 utdelade RHLs blomsterfond bidrag på sammanlagt över 344.000 kronor, som fördelade sig på följande ändamål:

| | |
|---|-----------|
| Hemtekniska hjälpmedel | |
| medicinska hjälpmedel | |
| m m till enskilda hjärt- och lungsjuka | 130.135:— |
| ID-brickor till hjärt- och astmasjuka | 7.309:— |
| Rekreativresor för medlemmar anordnade av riksförbundet | 64.959:— |
| Föreningar för egna rekreativresor inom och utom landet | 141.950:— |
| Summa kr | 344.353:— |

Som framgår av uppställningen har RHLs föreningar fått över 40 procent av bidragen till sina rekreativresor för medlemmarna.

Pristagare

Bildkräys nr 1

1:a pris 50 kr: Britt Mohlin, Ö:a Skyttegatan 12 B, 680 80 Storfors.

2:a pris 25 kr: Agne Gustavsson, Ängeltofagatan 66, 216 22 Malmö.

3:e pris 15 kr: Gerda Aronsson, Sveavägen 11, 961 45 Boden.

Ett tryggt stöd i en svår stund



Stockholms

LDBEGÄNGELSEFÖRENINGEN

BEGRAVNINGSBYRÅ

Ombesörjer både eldbegängelse- och jordbegravningar. Utan enskilt vinstintresse.

Huvudkontor: Sveavägen 116 vid Odengatan 15 16 60
Söder: Ringvägen 127 45 58 59 eller 40 58 76
Folkungagatan 104 (vid Renstiernasgatan) 43 66 17

| | | | |
|--|-------------|--------------------------------|--------------|
| Kungsholmen: Hantverkarg. 28 | 53 33 75 | Hägersten: Blommensbergsv. 127 | |
| Östermalm: Valhallav. 143 | 63 40 61 | vid Hägerstensk. 18 65 00 | |
| Handen: Vikingav. 19 | 777 22 10 | Skärholmen: Skärholmshöjden 26 | 710 66 80 |
| Märsta: Ombud. Stationsg. 3 | 0760/191 00 | Farsta: Farsta gränd 9 | 94 45 11 |
| Sollentuna: Sköldvägen 18, mellan Sollentuna station och Kommunhuset | 96 26 25 | Järfälla: Ombud fru G. Hahn | 0758/108 00 |
| | | Göteborg: Chalmersg. 21 | 031/20 21 30 |

Rådgivning och dödsfallsanmälan efter kontorstid 08/33 91 65

| | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|---|---------------------------------------|----------------------|--|--------------------|---|---|-------------------------------|---|------------------------------|
| | | | | | | BESITNING INÅT- BUK- TADE | GÄR DÄLIG BOSKAP TILL | KVA- PERT I BÖR- JAN | SKRÄCK JAGARI FLOCK HAND- FOODRAL | |
| | | | | | | KAN BILDA ALLÉ | | | | |
| | | | | | | VÄNTAS GE AVKAST- NING | | REGISTER | | |
| | | | | | | NUNA FATTAR HUMÖR SVART ATT GÅ PÅ | | | KARESS | |
| | | | | | | STAP- LAT BRÄNS- LE | BÄDADE OLYCKA HÄR MED FARTEN ATT GÖRA | | STEN TILL FRYD- NAD KALVAR | |
| | VERK AV TRENY- TER | KAN BETYDA LYCKA SÄGS DET | MOJ- NA | ELVA I LONDON | INTE SÅ BRED | HÄR MÅNGA HUS SÖDER- UT | | | | |
| I HÄR- DIG | → | | | → | | | | | TRÄD VID STRAND | KÖR BRUG KÄR RÖKARE |
| ↳ | | | | KREDIT | | BRÄD- SPEL BANK- KUPP | | ↓ FR M A | | FÖL- JER BERRA |
| BRUKAR SKRAT- TA AT OSS | SORT AV HÄRT SLAG FÖRST O. SIST | | | | | | KINUTS- SONS KATT | | | PÄHITT |
| ↳ | | | | BEN- DECLAR | | | GÄR REP- RISEN | | SER VI I SPE- GELN | |
| FLICKE- BARN | | | INST- RU- MENT | KÄNNA PÅ SIG STÖRTÄV- LING | | | KAN HÖRAS I BERGEN | | | |
| KAN TA BORT MUSTEN | I FAR- LIG KÄRVE FÖRSTÄRKS SLAG | | | | | ÖVER- SIKT | ↓ SNUR- RIG | | → | |
| ↳ | | | | BÖR ED TAS UT I FÖR- SKOTT HASAR | | | | HÄR FEST- STÄM- NING | | |
| SOLGUD SÄTT ATT FRAKTA | | VÄLJER LAG BEHÖVER MASTEN | | | | | | | | |
| ↳ | | | | | | | | | | |
| BÖR TYSTA MUN ÖDES- DIGRA | | | | | | | | | | |
| ↳ | | | | | | | | | | |
| HÄR MÅNGEN STOR- BOXARE | | | | | | | | | | |

TÄVLINGSREGLER

Lösningarna skall vara märkta "Bildkryss nr 3" och måste vara Status redaktion, Box 3196, 103 63 Stockholm, tillhanda senast den 10 april.

Tre priser utdelas som vanligt, nämligen ett på 50, ett på 25 och ett på 15 kronor.

Pristagarnas namn meddelas i Status majnummer.

Status

BILDKRYSS

nr 3

Namn _____

Adress _____

Postadress _____

Den fortsatta hjärtränings betydelse

Sjukgymnasterna Kerstin Lia och Irene Karlsson har nu presenterat sin utredning om hjärtränings betydelse. Utredningen — som tillkommit på RHLs initiativ — bekräftar vad vi inom RHL länge hävdade, nämligen att det såväl rent fysiskt som psykiskt har stor betydelse för många hjärtsjuka att få tillfälle till regelbunden hjärtränning ledd av sjukgymnast.

Utredningen är baserad på "Malmömodellen" — innebärande att träningen indelats i 3 faser. Fas 1: Träning direkt efter infarkten, och förlagd på sjukhuset. Fas 2: Träning av sjukgymnast 1 till 2 ggr per vecka efter sjukhusvistelsen. Träningen förlagd utanför sjukhuset och pågår högst 1 år. Fas 3: Fortsatt träning i lokalföreningens regi. Träningen förlagd utanför sjukhuset och ledd av sjukgymnast.

Jag har haft tillfälle att åka land och rike runt och informera och propagera för hjärtränningen. På senare tid har också rapporter kommit in om att hjärtränning anordnats på många håll i landet. Detta är glädjande. Men än återstår trots allt de allra flesta landstingsområden som inte har ordnat med hjärtränning. Det är här som den gjorda utredningen skall användas som argument i kampen för hjärtränningen.

Att "hjärtränning betyder så mycket" får man klart för sig då man tagit del av utredningen. Enbart svarsfrekvensen 93 % pekar på den vikt de tillfrågade lägger vid träningen. Närvarofrekvensen vid trä-

ningen är också stor. Hela 62 % av patienterna har ej gjort något uppehåll i träningen. Av de resterande 38 % har hälften gjort uppehåll p g a sjukdom och den andra hälften av annan orsak. Man lägger också märke till att siffran för motion är ganska låg, men att den stiger med 40 % under pågående träning, för att sedan sjunka en aning.

Våra "motståndare" bland läkarna hävdar ofta att det är inte vetenskapligt påvisat att hjärtränningen har någon medicinsk effekt. I debatterna med läkarna har jag förklarat, att hur ovetenskapligt det än är, så är det ett faktum att de hjärtpatienter jag kommit i kontakt med och som tar del av hjärtränningen, känner sig mycket bättre, både fysiskt, psykiskt och socialt. Inte minst den psykiska effekten av träningen visar sig enligt utredningen vara mycket stor. Detta i sin tur påverkar automatiskt den sociala effekten: Alla patienter i gruppen under 63 år kunde återgå till sin ursprungliga sysselsättning.

Nära 90 % av de tillfrågade hävdade att de under träningens gång fått ett betydligt

ökat självförtroende då det gäller avvägningen hur mycket jag vågar "ta i" på egen hand.

Utredningen konstaterar också att trots all information som ges beträffande rökningens skadeverkningar behövs det bättre stöd och klarare information till rökare och då speciellt till de som genomgått en hjärtinfarkt och inte kan sluta röka.

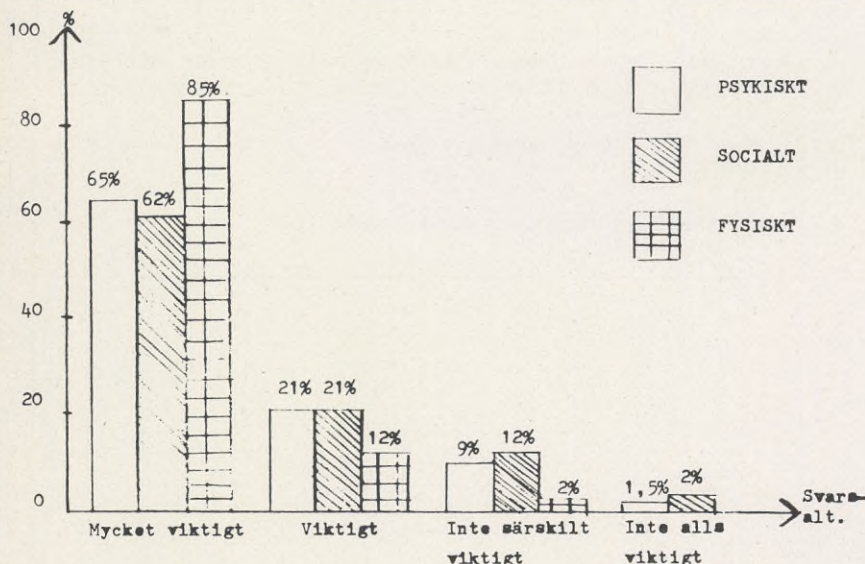
Sammanfattningsvis har de båda sjukgymnasterna kommit fram till, dels med ledning av enkätsvaren, dels med ledning av vunna erfarenheter under 4 års tid, att följande frågor får anses mycket viktiga.

1. Profylaktisk träning av patienter med kärlekskramp
2. Bättre information och stöd vid rökavvänjning
3. Satsa på begränsad efterträning ledd av sjukgymnast
4. Ge möjlighet att få fortsatt träning i regi av lokalföreningar för hjärt- och lungsjuka.

Ovanstående 4 punkter bör ingå som en självklar del i RHL:s målsättning för ett förverkligande av en landsomfattande hjärträningsverksamhet.

Åke Magnusson

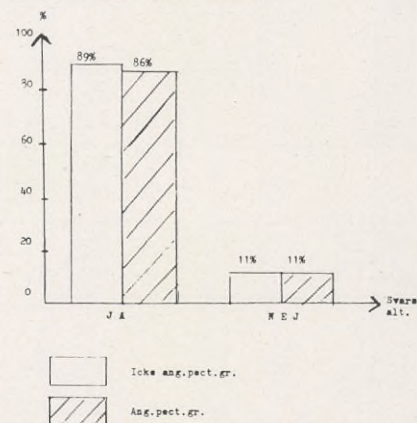
Tränings betydelse PSYKISKT — SOCIALT — FYSISKT Sammanställning (Icke ang.pect.gr. + ang.pect.gr.) — båda grupperna totalt



Kommentar:

— Som väntat tillmäter man träningen stor betydelse. Störst beträffande den fysiska träningen, men observera att de psykiska (trygghet) och de sociala (kontakt med andra) faktorerna även har mycket stor betydelse.

Tycker du att träningen har givit dig större säkerhet om hur mycket du vågar ta i på egen hand?



Ej svarat: 3 % ur angina pectoris gruppen.

Kommentar:

— Hälften av dem som svarat nej i angina pectoris gruppen har slutat p g a sjukdom eller tilltagande angina pectoris.

Patientkommentar:

"Hjärtränningen har stor betydelse för självförtroendet." "Hjärtränningen ökar självförtroendet."

Bättre information om läkemedel

Förenklad och förbättrad information om läkemedel till patienter, sjukvårdspersonal och allmänhet och därigenom ökad läkemedelskunskap i samhället. Det är syftet med bildandet av ett läkemedelsinformationsråd, vilket föreslås av en särskild arbetsgrupp. Arbetsgruppen har överlämnat sitt förslag till hälsovårdsminister Elisabet Holm.

— En saklig information om läkemedel är angelägen. I dag förekommer överförskrivning och överkonsumtion av vissa läkemedel, samtidigt som det inte är ovanligt att patienter av rädsla för biverkningar underlåter att ta läkemedel som skulle ha en positiv effekt på deras hälsotillstånd. Effektivare information om läkemedel till patienter och sjukvårdspersonal bör kunna leda till besparingar, både mänskliga och ekonomiska för enskilda och för det allmänna, säger Elisabet Holm i en kommentar till arbetsgruppens förslag.

Det föreslagna rådet skall vara ett organ för frivillig samverkan mellan olika intressen när det gäller information om läkemedel.

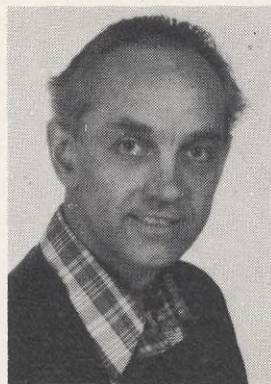
Rådet skall dels ta principiell ställning i övergripande frågor rörande läkemedelsinformation, dels ta initiativ till att angelägna konkreta informationsaktiviteter genomförs. Arbetsgruppen har skisserat ett åtgärdsprogram, som innefattar bl a basinformation till allmänheten om läkemedel och läkemedelsanvändning, utbildning av olika personalgrupper m m.

I rådet som får ett 20-tal ledamöter med sjukvårdsministern som ordförande, föreslås ingå företrädare för socialstyrelsen och vissa andra statliga myndigheter, landstings- och kommunförbunden, Apoteksbolaget, läkemedelindustrin samt olika yrkeskategorier inom hälso- och sjukvården och apoteksväsendet m fl. Patienterna skall företrädas av konsumentverket och handikapprörelsen.

Arbetsgruppen lägger fram ett förslag till överenskommelse mellan staten, Landstingsförbundet, Apoteksbolaget och läkemedelsindustrins intresseorganisationer om att inrätta läkemedelsinformationsrådet och att delta i finansieringen av verksamheten. Övriga intressenter skall inbjudas att ingå i rådet.

Varje intressent skall svara för sina egna kostnader för sin medverkan i rådet och för expertis m m som tillhandahålls rådet. Kostnader för informations- eller utbildningsåtgärder som rådet initierar skall för-

Forts sid 22



PERSONLIGT om medinflytande i forskningen

Forskningsfrågor tilldrar sig ett allt större allmänt intresse, bland annat i tidskrifter av olika slag. Man diskuterar behovet av forskning och ökad kunskap, forskningens farlighet och man diskuterar nya forskningsområden av mera tvärvetenskaplig natur, t ex omvårdnadsforskning och primärvårdsforskning. Det gäller också behovet av att demokratisera forskningen, att förankra den hos dem som är beroende av forskning.

Det känns angeläget för mig att ta del i den diskussionen och göra det bland annat utifrån det perspektiv jag anlade i min januari-kronika, dvs frågan om medinflytande och medbestämmande. Det gäller naturligtvis i första hand den tillämpade forskningen, inte minst det som rymms under beteckningen omvårdnadsforskning.

Forskning och utvecklingsarbete inom medicin och vård är alldeles påtagligt av strategisk betydelse för oss patienter. Det har sannerligen en avgörande betydelse för vår framtid. det är följaktligen ett rimligt krav att detta forskningsarbete öppnas för insyn från patienthåll. Och då inte bara i form av upplysning till varje patient som direkt är föremål för forskningsförsök. Här behövs också övergripande information om hur forskningsresurserna är fördelade, vilken forskning som utförs var och hur den utnyttjas.

Men inte heller på detta område ser jag det bara som en informationsfråga. Jag tror obetingat att en ökad samverkan mellan forskare och patient i t ex frågorna om vård och omhändertagande kan påverka forskningens inriktning och resultat. En mera direkt konfrontation med patienternas erfarenheter och problem bör kunna berika forskningen.

Måste man då inte ha viss forskarutbildning för att kunna medverka? Det gäller ju att berika, inte komplicera.

Jag förstår väl att en sådan invändning kan dyka upp. Visst blir det komplikationer. Forskningen baseras ju i dag på vetande och perspektiv hos en liten grupp specialister. Men det är just komplikationerna som jag tror kan bli berikande. Praktiskt vardagserfarenhet skall ge forskningen en förankring i den verklighet där resultaten till sist skall prövas.

Men jag förstår att även de som i princip håller med mig frågar om verkligen den vanliga patienten har så mycket att ge. Jag tvekar dock inte att svara ja. Men jag vill tillägga: forskaren behöver kanske öva sig att lyssna och patienterna att tala tydligare.

Vi får dock inte underskatta svårigheterna att ens skapa en dialog. Vi rör oss med högst auktoritära system både när det gäller sjukhusvärlden och forskningen i allmänhet. In i den världen skall alltså patienten komma med sin oftast obefintliga vana och kunnande i forskningsmetodik och i sätt att resonera, kort sagt, med sin formella och psykologiska underlägsenhet. Hur skall vi då ge patienterna kraft och respekt så att man lyssnar, så att en dialog uppstår?

Vi bör inte nöja oss med några sporadiska informationer. Styrd av tillfälligheter, intresserade personer osv. Här krävs en fastare ordning.

Av strategisk betydelse är naturligtvis utbildning. Alltså även utbildning av patienter och handikappade i forskningsmetodik. En utbildning som också ger träning i att resonera om och pröva forskningsprojekt och idéer.

Men inte ens utbildning räcker. Vi måste också skapa vissa former för dialogen. Klara ut hur det diffusa "patienter" blir en dialogpartner. En partner som tar emot information både från forskare om projekt och från patienter och organisationer om idéer och initiativ till forskning.

Forts sid 22

Basbeloppet höjs till 14 900 kr

För att ge folkpensionärerna kompensation för prisökningarna höjs folkpensionen fr o m mars månad 1980. Genom indexhöjningen ökar folkpensionens grundbelopp för år räknat med 475 kr för ensam

| | Folkpensionens grundbelopp | pensions-tillskott (helt) | grundbelopp + pensionstillskott (helt) |
|------------------|----------------------------|---------------------------|--|
| Ålderspensionär | | | |
| ogift | 1 179 | 459 | 1 638 |
| gift | 1 924 | 918 | 2 842 |
| Förtidspensionär | | | |
| ogift | 1 179 | 918 | 2 097 |

ålderspensionär och förtidspensionär samt med 775 kr för ett pensionärspar. Till de pensionärer som saknar eller har låg ATP kompletteras folkpensionen med *pensionstillskott*. För pensionärer med helt pensionstillskott ökar folkpensionen för år räknat med ytterligare 185 kr för ensam ålderspensionär och med 370 kr för makar gemensamt och för en förtidspensionär.

Beroende på storleken av de utgående pensionstillskotten ökar de höjda folkpensionerna den månatliga pensionsutbetalningen mellan 39 och 55 kr för ensam ålderspensionär, mellan 64 och 95 kr för makar gemensamt och mellan 39 och 70 kr för en förtidspensionär. Av följande sammanställning framgår de nya pensionsbeloppen per månad i kronor.

Utöver ovan redovisade pensionsbelopp tillkommer i förekommande fall även kommunalt bostadstillägg eller statskom-

munalt bostadsbidrag som utbetalas samtidigt med folkpensionen.

För pensionärer som har ATP eller del-pension blir det samtidigt en höjning av pensionen genom att basbeloppet stiger.

Basbeloppet uppgår efter höjningen till 14 900 kr. I januari 1980 togs det senaste beslutet om höjningen av basbeloppet.

Kostnaden för folkpensionshöjningen beräknas till ca 951 milj kr för år räknat.

FÖRTECKNING över utfallna högvinster i 1979 års rikslotteri

Vinst nr 1 — bilen högsta vinsten — gick till Karlskrona.

Övriga högvinster gick till följande orter: Vinst nr 2 Presentkort kr 7 000:—, Stockholm.

Vinst nr 3—4 Luxor TV-Kassettbands-spelare, Visby, Växjö.

Vinst nr 5—7 Presentkort kr 3 500:—, Enebyberg, Helsingborg, Uppsala.

Vinst nr 8—9 Luxor Stereo "Dirigent", Gnosjö, Kiruna.

Vinst nr 10—12 Luxor Färg TV-14 "Coloret", Gunnarsbyn, Norrköping, Sörberge.

Vinst nr 13—16 Luxor Kassettradio, Kramfors, Norrköping, Lit, Skärholm.

Vinst nr 17—20 Luxor Klockradio, Eslöv, Borlänge, Luleå, Lansjärv.

Prova gärna Östersunds arbetsrutin

RHL — Riksförbundet för Hjärt- och Lungsjuka har i samarbete med ABF haft en veckoslutskurs i Härnösand.

Då handikappräden endast har åtta års arbete bakom sig, och ej hunnit framtona någon bestämd arbetsrutin, är det angeläget att rådsledamöter från olika län och kommuner träffas och utbyter erfarenheter och råd. Därför var frågan om rådets organisation och arbetsrutiner den som intresserade deltagarna. En del handikapp-råd har lyckats arbeta fram en ganska bra arbetsordning, däribland Östersund, vars ledamot rekommenderade andra kommuner att prova deras arbetsrutin.

Övriga arbetsuppgifter på programmet var frågor som probleminventering, presentation av socialtjänstlagen och genomgång av RHL:s målsättningsprogram.

Socialchefen Karl Bergström, Härnösand informerade om den nya socialtjänstlagen och berörde då särskilt de paragrafer som gällde omsorg och skyldigheter mot handikappade.



Risken för att en olycka ska inträffa finns alltid i vår närhet. Visst kan vi försäkra oss mot rent ekonomiska förluster men mot mänskligt lidande finns inga försäkringar. Bara vaksamhet och förutseende.

ATT SKYDDA DIG FRÅN SKADOR OCH OLYCKOR. KAN DET VERKLIGEN LONA SIG?

En stor del av vårt arbete går ut på att skydda dig från skador och olyckor. Vi arbetar med livräddning, trafiksäkerhet, åtgärder mot barnolycksfall, friskvård, brand-, vatten och inbrottskydd m m.

Och lyckas vi hålla nere antalet skador och olyckor så är detta något som du, vi och samhället i stort tjänar på i längden. Både mänskligt och ekonomiskt.

En förebyggande verksamhet ökar inte bara den personliga tryggheten utan bidrar också till att premierna på sikt kan hållas nere. Något som våra ägare också uppskattar eftersom de enda som äger Trygg-Hansa är försäkringstagarna själva.

Trygg-Hansa har skänkt ca 40 000 livbojar till kommuner och organisationer. Du finner dom vid bryggor, badplatser, kajer och andra ställen där dom med din hjälp kan rädda liv.

TRYGG HANSA

EKG visade:

Hjärtat "hoppas" även hos friska

Slår hjärtat en extra volt ibland? Extraslag i hjärtat är betydligt vanligare än man tidigare trott — även bland helt friska personer.

95 män fick under två dygn bära en EKG-mätare, som med hjälp av en liten bärbar bandspelare ständigt registrerade hjärtrytmen.

Hos 35 män förekom det extra mellanlag utlösta från hjärtats kammare (dvs inte från förmaket, vilket är en vanlig form av extraslag).

Hjärtats arbete noterades under skiftarbete, i sömn, på fester och t o m under hambodans.

Alla som deltog i försöket var friska och hade vid vanlig EKG-undersökning visat helt normal hjärtrytm.

— Det tycks vara ganska vanligt att människor har knepiga mellanslag, säger Christer Hogstedt, vid yrkesmedicinska kliniken i Örebro.

EKG-undersökningen är en av de mest omfattande som gjorts på friska personer och ingår i Christer Hogstedts doktorsavhandling, som egentligen handlar om dynamitarbetares arbetsmiljö.

Sedan början av 50-talet finns det rapporter om hur sprängämnesarbetare kan drabbas av plötsliga dödsfall, den s k "måndagsdöden".

På arbetsplatsen utsätts arbetarna för nitroglykol och nitroglycerin som vidgar blodkärlen. En hypotetisk förklaring till "måndagsdöden" är att hjärtflimmer kan uppstå på grund av abstinensbesvär när en som arbetar med nitroglycerin varit ledig ett par dagar.

Nitroglycerin ingår ju också i mediciner mot kärlekram.

Christer Hogstedt och hans medarbetare har tidigare visat att de som arbetat länge med dynamittillverkning löper större risk för att dö i kroniska hjärt- och kärlsjukdomar.

EKG-undersökningen har gjorts bland dem som idag arbetar vid Nitro-Nobel, för att se om dynamittillverkningen påverkar hjärtrytmen även sedan arbetsmiljön förbättrats. 42 av de 95 undersökta männen var dynamitarbetare, resten hade annat arbete inom företaget.

Undersökningen gjordes från fredag kl. 13 till lördag kl. 13 och från söndag kl. 13 till måndag kl. 14. Bland dynamitarbetarna förekom fler extraslag under den andra perioden, dvs "abstinensfasen". Men det fanns inga stora skillnader mellan grupperna.

*

Enligt Christer Hogstedt kan resultaten varken användas för att säga att dynamitarbetarnas arbetsmiljö numera är riskfri (med tanke på just hjärtsjukdomar) eller för att kräva ytterligare förbättringar.

Regionskonferens i Nässjö

Fredagen den 1 februari samlades kursdeltagare från Småland och Östergötland på Hotell Högland i Nässjö, på inbjudan från RHL och ABF i Jönköpings län för att informeras och reinformera kring frågorna om sjukvården i dag, samt söka gemensamt påverka kommuner, landsting och regering angående den nya sjukvårdslagen.

Trots motgångar med snökaos, samt därtill medförande tågurspårning, några timmars försening, hamnade vi så äntligen i tid till kursens början.

Första dagen gick åt till att förbereda 1980-års "Hjärtats Dag", som i år skall särskilt betona vårdfrågor och då även lungsjukvården. Nils Olof Westberg talade sig varm inför denna aktivitetsdag.

Hela lördagen var späckad med tankar och åsikter om den "nya sjukvårdslagen", om vårdproblem, äldrevård och handikappvård. Frågor och synpunkter kommer att föras ut till de olika handikappråden i kommuner och landsting. Vårt mål är ju att åtminstone kvarhålla, allra helst förbättra den sjukvård som vi i dag har. Problem upptogs om att det kommer att ske åtskilliga inskränkningar inom sjukvårdsområdet, vilket vi inom RHL inte tillåter.

Kvällen avslutades med ett samkväm tillsammans med en annan kurs, varvid Alvestaparet, sångarna Ann-Sofi och Arne Pettersson sjöng och spelade till gitarr en del tonsatta dikter av Birger Fransén, samt Ewert Taubes välkända visor, vilka avslutades med att deltagarna växelvis fick sjunga med i: "Rosa på bal".

Så återstod då söndagen, då man diskuterade Landstingens planering inför 1980-talet.

Eftersom regeringen har beslutat om hård åtstramning av budgeten, då det gäl-

ler bidrag till kommun och landsting, blev debatterna livliga både i grupparbetena, såväl som inför redovisningarna.

Inom exempelvis Kronobergs län skall vårdplatserna minska med 30% på Växjö Lasarett.

Hjärtvården är tämligen prioriterad, men sämre är det med lungvården, allergi- och astmavården. Det finns en centraldispensär inom länet, belägen i Växjö. Den hade landstinget tänkt att dra in.

Vid en förfrågan om vart lungpatienter inom Kronoberg då skulle vända sig vid ett eventuellt akut återfall, blev svaret från länsordföranden, att det blev till att åka först till Ljungby lasarett, sedan till Tingsryd för att få svar, och den eventuella vården skulle ske på Furs sanatorium i Blekinge.

Tryggheten försvann

Fick en funderare på hur många dagar det skulle gå åt för patienter med förut långa resvägar, då det som det nu är går åt 12 timmar för kommunikationsförbindelser för endast en liten kontroll! Den mycket omtalade TRYGGHETEN försvann under fötterna! Men det kom en tröst! Man kämpar hårt inom RHL på länsplan för att åtminstone få behålla Dispensären i Växjö kvar tills vidare. Men, den utlovade lungkliniken vid lasarettet uteblev.

På söndagseftermiddagen blev det då dags att tänka på hemresor, både öster- söder- och norrut.

Vi reste hem med den förvissningen och kamplusten att här måste kämpas hårt för vår SJUKVÅRD i DAG inom RHL.

Vårt inflytande som patienter och sjukvårdskonsumenter, som har många års erfarenhet om lungor, och behandlingar med rötterna ända ifrån 1940-talet, det är vi, som vet vad vi talar om. Många nya läkare står frågande inför exempelvis Oleothorax, kanske t o m Pneumothorax, bränningar, m m. Men de som gått genom "ek-luten", vet hur de kämpat med livet som insats, med hjälp av de gamla, duktiga och erfarna lungläkarna, och som nu är ett minne blott! Behållningen de har är "livet" + "nedsatta lungfunktioner", som ingen vet hur det känns, utom de som själva äger det.

Det är väl till syvende och sist de som känner ansvaret för dessa andra sjuka medmänniskor!

TACK! till Lars Birger Sund, Husqvarna, Nils Olov Westberg, Bengt Dahlström, Sivert Klasson, Stockholm, samt Bengt Söderberg, Solna, för en givande och tankeställande kurs!

Rut Melin, Markaryd
deltagare

Rättelse

Den som trodde att de var vännen Årstadius som refererade Teneriffaresan i förra numret, trodde fel, liksom redaktionen, meddelar Märta Nilsson, som svarat för reportaget. På G. Årstadius del faller visan, vilket är nog så gott, och som härmed meddelas.

LUNGCANCER . . .

Forts fr sid 11

lerna tillhörande kategori III är 64 år, utan någon skillnad mellan rökare och icke-rökare.

Dessa liksom ovan refererade iakttagelser stöder således inte tanken att rökning påtagligt skulle öka risken för lungcancer hos radon- och arsenikexponerade gruvarbetare, snarare tvärtom (jfr den av socialstyrelsen påbjudna varningstexten på cigarettpaketen avseende samverkan mellan rökning och radon).

Vad gäller hjärtkärlssjukdomar framkommer det ingen skillnad mellan de olika expositionskategorierna. Med de oexponerade som standard (kategori I—II) blir råratkvoten för kategori II 1,3 och för kategori III 1,0. Det är endast kategori III som varit exponerad för arsenik. Tidigare rapporterade samband mellan arsenik och hjärtkärlssjukdom har således inte kunnat iaktas i denna undersökning. Ett skäl här för kan vara att den arsenik man exponerats för har uppträtt i form av arsenikkis. FeAsS. Arseniksulfid uppges t ex av Moeschlin vara olöslig och ogiftig, vilket också kan tänkas innebära ringa effekt vad gäller lungcancer och hjärtkärlssjukdomar. ●

BÄTTRE . . .

Forts fr sid 19

delas mellan parterna enligt generella principer som man enar sig om i rådet eller enligt överenskommelse i varje särskilt fall.

I arbetsgruppen har ingått representanter för socialdepartementet, socialstyrelsen, konsumentverket, Landstingsförbundet, Apoteksbolaget och Läkemedelsindustriföreningen.

BOSERUP MINDE . . .

Forts fr sid 4

"Boserup Minde" vil fortsat varetage intresserna bl a för de mange, der blev invalidepensionister som følge af deres tuberkulose, men omtalte glædelige udvikling bevirkede, at vor forening i 1973 besluttede at tilbyde andre lungehandicappede optagelse i "Boserup Minde" samtidig med, at vor forening tog navneforandring.

Vi mener, at "Boserup Minde" fortsat er en god organisation, der med de mange års erfaring og gode kontakter til mange sider er forpligtet til at arbejde videre til gavn for alle lungehandicappede i Danmark.

"BOMI-PARKEN"

Med boligministeriets endelige godkendelse af byggeordningen i september 1976

PERSONLIGT . . . Forts fr sid 16

Är det då högskola och universitet som skall utveckla dessa former och tillse att utbildning kommer igång? Ja, givetvis måste det finnas ett aktivt intresse där, även för denna utvecklingsbit. Men ändå.

För att få rätt förankring, kontinuitet och kraft, för att kunna bevara integriteten och utveckla bredden måste patienterna själva genom sina organisationer allvarligt ta upp dessa frågor till behandling. Mig förefaller det som om det var HCK som i första hand borde ta ett initiativ här.

Vad skulle då ett handikapprörelsens forskningsprogram kunna innehålla? Ja, det krävs naturligtvis överväganden i olika instanser men låt mig ge några konkreta förslag mera i punktform.

- Handikapprörelsen bör kräva att få utse en representant i olika anslagsfördelande forskningsråd, främst i de medicinska och samhällsvetenskapliga forskningsråden.
- Handikapprörelsen måste snarast få insyn och representation i de forskningsetiska kommittéer som finns samt dessutom stimulera till att etiska kommittéer bildas inom fler områden.
- Det är önskvärt att det allt oftare bildas referensgrupper inom tillämpad forskning och i dessa grupper bör representanter för "objekten" ingå. Detta borde vara ett villkor för att erhålla bidrag från de fonder och de medel som handikapprörelsen har inflytande över.
- Handikapprörelsen bör anordna forskningsorienterade symposier och kurser och därmed stimulera till ökad medvetenhet bland och om forskningsobjekten och dessas intressen. Vid sådana konferenser skulle översiktlig information kunna ges om pågående forskning och olika forskningsprogram. De skulle kunna bli ett led i bevakningen av att forskningsresultat sprids och utnyttjas. Sådana konferenser skulle också kunna fånga upp idéer och ta initiativ till nya forskningsprojekt.
- Handikapprörelsen borde bilda ett mera permanent "forskningsråd" med uppgift att fortlöpande utveckla den samlade handikapprörelsens policy i forskningsfrågor, ta initiativ i frågor som berör intressant forskning och helt allmänt verka för ökat medinflytande i forskningsfrågor.

Jens Östman

afsluttedes et byggeri, som "Boserup Minde" landsforening har taget initiativet til og som vi alle er glade for.

"BOMI-PARKEN", som blev institutionens navn, ligger på Amager, kun få skridt fra Amager Strandvej, og fungerer som plejehjem, daghjem og dagcenter. Endvidere findes et afsnit med beskyttede boliger, 84 i alt. Plejehjemmet har 46 enestuer, og daghejm og dagcenter er i alt normeret til 100 pladser. Den selvejende institution BOMI-PARKEN driver plejehjemmet, daghjemmet og dagcentret, medens boligerne udlejes gennem Københavns kommunes boligkontor. På grund af "Boserup Minde"s initiativ til dette projekt har landsforeningen en indstillingsret for vor gruppe af pensionister.

**Rökfria
resor
minns
man bäst**

TBC-vaccin preventivmedel

Det berömda *calmettevaccinet* mot tuberkulos, som nyligen visat sig vara praktiskt taget helt verkningslöst i en stor indisk undersökning, kan kanske få en helt annan mission i framtiden. G P Talwar och hans medarbetare vid All India Institute of Medical Science i New Delhi har injicerat vaccinet i testiklarna på apor och andra däggdjur och funnit att det fungerar som ett mycket effektivt preventivmedel.

Vaccinet får tydligen immunsystemet att angripa de spermieproducerande cellerna med påföljd att det inte bildas några nya spermier. Om det går att häva den steriliserande effekten vet man ännu inte. Metoden tar inte bort hannarnas könsdrift. (Proceedings of the National Academy of Sciences.)

Med tonvikt på människan



Lagom till 40-årsjubileet publicerade vårt förbund en skrift med tyngdpunkten lagd på den enskilde individen, på hennes eller hans kamp mot svåra sjukdomar, mot myndigheternas översitteri och ovilja att hjälpa, mot arbetsgivarnas vägran att inse att det handlade om människor och inte om maskiner, som plötsligt inte längre kunde producera i samma takt som tidigare. Det är en skakande skildring av människors strävan att nå en

människovärdig tillvaro och som samtidigt visar förbundets allt större betydelse också i dag, då den fruktade lungtuberkulosen fått ge plats för en stark ökning av nya hjärt- och lungsjukdomar.

Du kan rekvirera skriften på kupongen här nedan eller sända in beloppet, 15 kronor, via postgiro eller check. Glöm i så fall inte att ange namn och adress och att beloppet gäller jubileumsskriften.

Härmed beställes

..... st av jubileumsskriften **Med tonvikt på människan** à kr 15:—.

Jag betalar när inbetalningskortet kommer.

Namn:

Adress:

Postadress:

Var god texta

Frankeras
med
brevporto

RHL
Box 3196
103 63 Stockholm

Om du inte använder kupongen utan betalar över postgiro eller med check glöm inte att ange att beloppet avser jubileumsskriften. Postgironummer 90 00 11-8.



Lamy