

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.



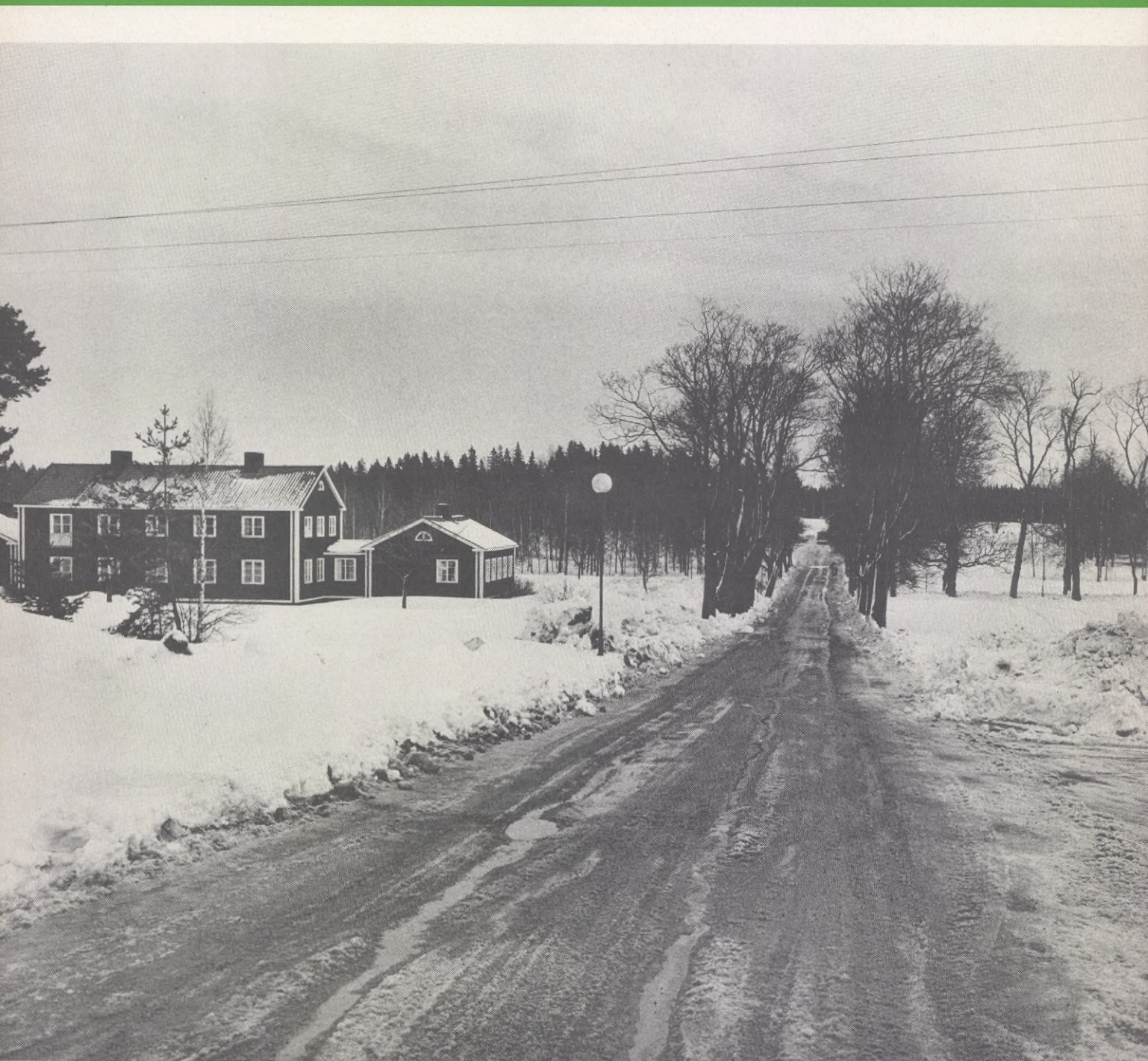
Status

nr **2**
februari 1984



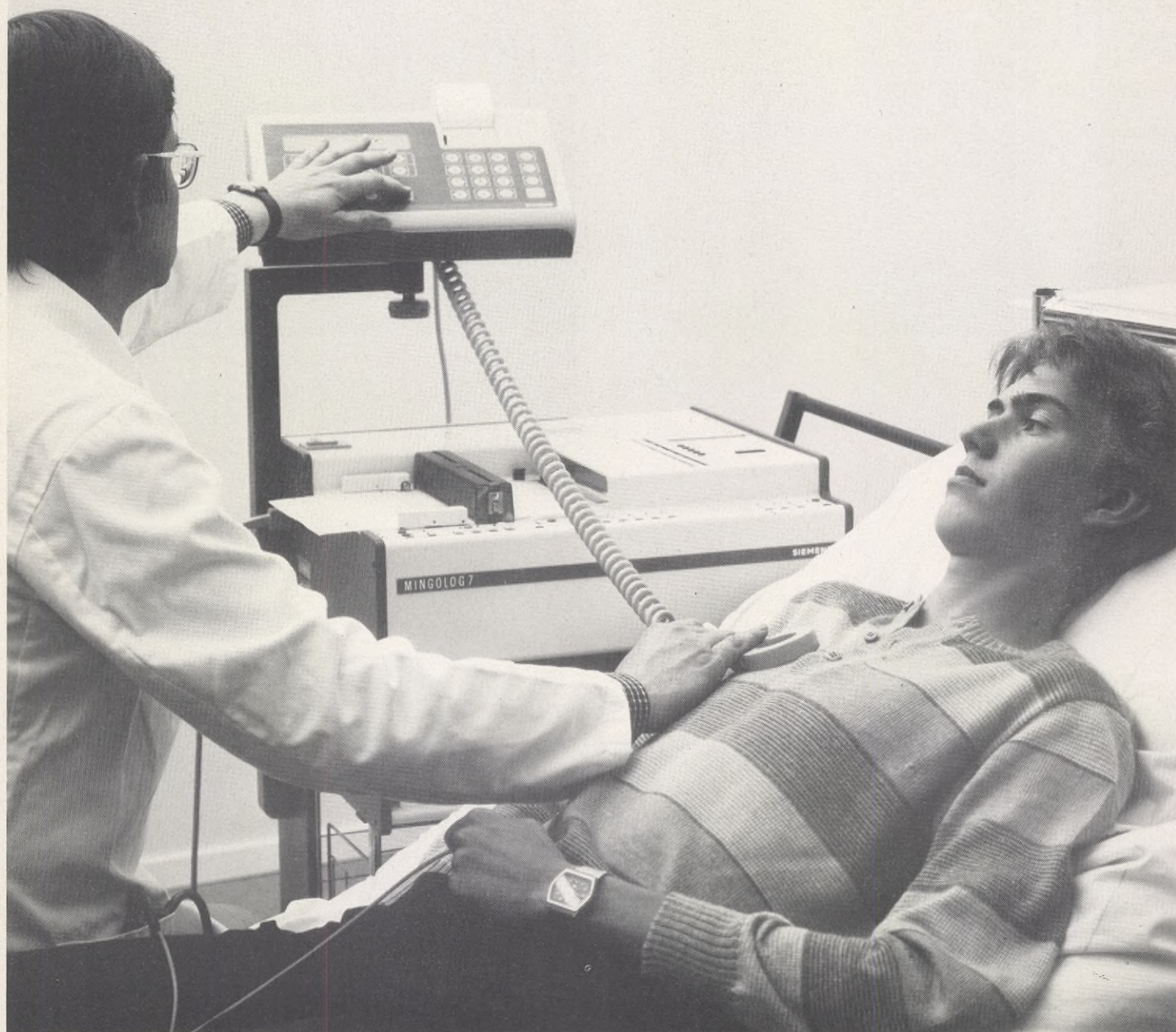
Utges av Riksförbundet för hjärt- och lungsjuka

pris 7:–



SOCIALMEDICIN · MILJÖFRÅGOR · HANDIKAPP

SIEMENS



En framtidsdialog

Siemens-Elema i Solna tillverkade världens första implanterade pacemaker. Nu presenterar vi DIALOG – pacemakern. Den multiprogrammerbara DIALOG pacemakern har kommunikationsmöjlighet till programmen och därmed till läkaren. I pacemakern finns diagnostiska funktioner och minnen som läkaren har tillgång till genom DIALOG – systemet. På så sätt kan diagnosen förbättras. Detta ger bättre förutsättningar för patient och läkare.

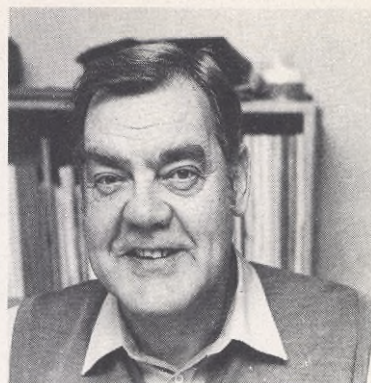
EN DIALOG FÖR FRAMTIDEN – FRÅN SIEMENS

UR INNEHÅLLET:

- sid 4: Pacemakern
25 år
sid 8: RHL-information
sid 10: Budgetpropositionen
sid 16: Friska takter
sid 18: Hänt sen sist
sid 22: Bildkrävs

LEDARE

Vilken frihet vill vi ha?



Det politiska "inneordet" är för dagen *frihet*.

Alla politiker använder ordet. Många, bland annat moderata samlingspartiets företrädare använder ordet negativt – *frihet från* säger man. Så radar man exemplen: *frihet från* höga skatter, *från* daghem, *från* den allmänna socialförsäkringen, *från* allmän tandvård m m m. För säkerhets skull kallar man alltihop för byråkrati eller den offentliga sektorn.

Allt fler har svårt att värja sig mot detta enkla och demagogiska budskap.

Framtidsministern Ingvar Carlsson talar om frihet.

Civilministern gör det.

Lyssna noga på vad de säger.

Varför talar man inte om frihet *till* istället!

Friheten att ens barn får gå i en lika bra skola oavsett var man bor? Frihet till sjukvård även om man inte har hög inkomst eller förmögenhet, frihet att röra sig runt hela riket genom färdtjänst fast man är handikappad?

Rågång

Debatten saknar idag ideologiska utgångspunkter. Det handlar mest om att komma med det mest säljande budskapet. Ingen talar längre om att *frihet för alla inte innebär obegränsad frihet för några få*.

När rapporterna om ökad utslagning från samhället duggar allt tätare, mal frihetsapostlarna oförtrutet på: rätt så, låt marknadskrafterna råda!

Verkligheten är dessa apostlars största fiende.

När tog Electrolux ansvaret för arbetslösheten i Motala? När tog Praktikertjänst ansvar för de utslagna på Sergels Torg?

Vi inom handikapprörelsen måste hålla rågången mot egoismen klar.

Därför när ni hör frihetens apostlar nästa gång: Lyssna noga!

Tord Axelsson

Den inplanterbara pacemakern 25 år

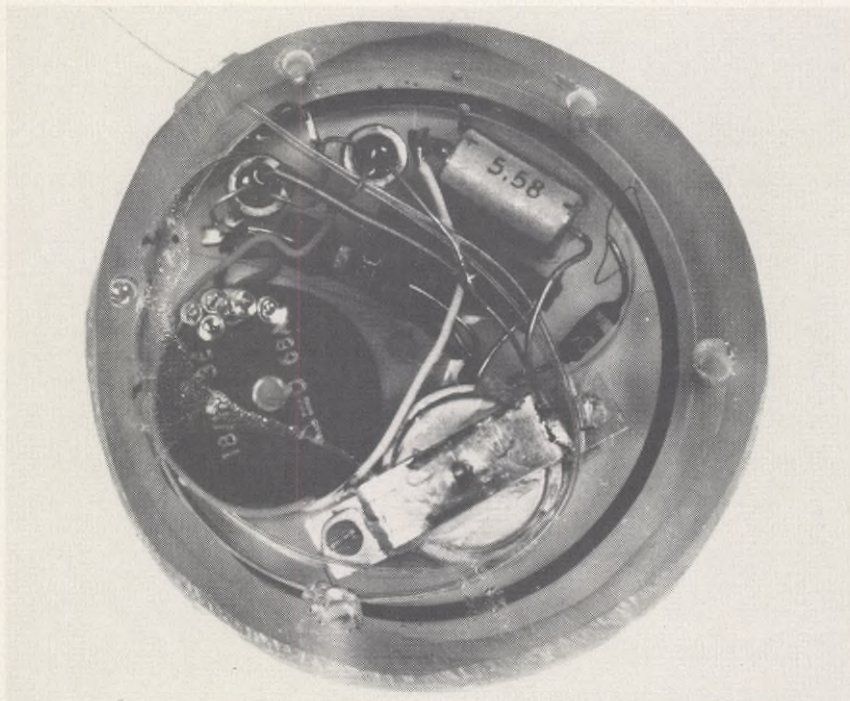
Utveckling och erfarenheter

När den första pacemakern inplanterades i en patient på Karolinska sjukhusets toraxkirurgiska klinik för 25 år sedan inleddes en ny epok i behandlingen av hjärtrytmrubbningar. Två viktiga steg i utvecklingen hade emellertid dessförinnan ägt rum, i USA.

1952 stimulerades invärtesmedicinaren Zoll vid Harvard Medical School i Boston för första gången hjärtat på en patient som hade Adams-Stokes syndrom, dvs långsam hjärtrytm och upprepade hjärtstillestånd, med regelbundna elektriska impulser. Denna i akuta situationer i livsräddande behandling kunde dock endast pågå i timmar till några dagar. De kraftiga impulserna på 100–200 volt som behövdes för att erhålla effektiv stimulering från de på patientens bröstorg anbringade elektroderna gav upphov till smärtsamma muskelryckningar och brännskador.

dast några få volt för att stimulera hjärtat, vilket inte gav något obehag.

Impulsgeneratorn, dvs pacemakern, var vid denna tid nätansluten med en väggkontakt och elektroderna som var gjorda av isolerad rostfri sytråd gick in till hjärtat genom bröstkorgen. Dessa fungerade i allmänhet endast några veckor till dess den elektriska stimulerings-tröskeln pga ärrbildning kring elektroderna som regel stigit så högt att fortsatt behandling inte längre var möjlig. Därtill förelåg också en överhängande risk för infektion utmed kablarna in till hjärtat.



Den första inplanterade pacemakern.

Nästa steg i utvecklingen togs vid University of Minnesota Medical School 1957 där Lillehei och medarbetare sydde elektroder direkt på

hjärtmuskeln hos patienter som vid öppen hjärtkirurgi fått en skada på retledningssystemet. Med dessa elektroder behövdes det initialt en-

Den inplanterbara pacemakern

Senning och Elmqvist insåg att det skulle vara en stor fördel om man kunde göra pacemakern batteridrivnen och så liten och kompakt att den kunde placeras i en ficka under huden.

När de den 8 oktober 1958 för första gången inplanterade en sådan pacemaker i en patient kunde de emellertid inte förutse den kommande utvecklingen och kliniska betydelsen av pacemakerbehandling.

Så länge som elektroderna fästes på hjärtat genom att öppna bröstkorgen förblev behandlingen förbehållen ett relativt begränsat antal patienter. Under de första tre åren opererades på Karolinska sjukhuset endast 20 patienter på detta sätt varav 9 fick sin pacemaker primärt inlagd under huden medan de övriga till att börja med behandlades med en yttre batteridrivnen impuls-generator.

Trots att flera företag i Europa och Amerika snart började tillverka inplanterbara impulsgeneratorer hade 1965 bara cirka 2 000 pacemakeroperationer redovisats.

Denna artikel, som varit publicerad i Läkartidningen 40/83, återges här med smärre ändringar.

Den intrakardiella elektroden

Det bidrag som möjliggjorde pacemakerbehandlingsens stora spridning var tillkomsten av den permanenta transvenösa-intrakardiella elektroden som tillät att hela ingreppet genomfördes i lokalbedövning. Metoden som innebär att en smal, mjuk och böjlig elektrod förs in genom ett blodkärl i halsen ned till högra hjärtkammarens spets utarbetades 1962 av Lagergren och medarbetare på Karolinska sjukhuset och användes snart också i Göteborg och Lund varefter den spreds ut i Europa.

I Amerika mötte permanent intrakardiellt pacemakerbehandling länge motstånd. Visserligen hade Furman och Robinson i New York redan 1958 använt en relativt styv Cournde kateter för intrakardiell stimulering. Denna styva kateter kunde emellertid inte placeras i höger kammarens spets där risken för perforation var stor och användes bara ansluten till extern pacemaker på ett fåtal patienter. Först 1965 började intrakardiella elektroder för inplanterbara pacemakar tillverkas i Amerika, men metoden blev inte allmänt accepterad där förrän mot slutet av 60-talet.

Den fortsatta utvecklingen

De tidiga pacemakrarna hade en fixerad stimuleringsfrekvens på cirka 70 impulser/minut vilket gjorde att kamrarna slog i otakt med förmaken. För att undvika detta och samtidigt få en bättre hjärtfunktion beskrev Nathan och medarbetare i Amerika 1963 en förmaksstyrd pacemaker för patienter med hjärtblock. Denna pacemaker var försedd med en extra elektrod som syddes fast på vänster förmak. Den därifrån avledda aktiviteten styrde pacemakern så att varje förmakskontraktion åtföljdes av en stimuleringsimpuls till kamrarna.

I Västtyskland provade Rodewald och medarbetare 1964 intravenös förmaksstyrd behandling med den amerikanska pacemakern. De böjde den svensktillverkade elektroden i en vinkel så att den kunde placeras i höger förmaksöra. Den därifrån avledda aktiviteten styrde pacemakern som stimulerades genom en annan elektrod i kammaren. De hade emellertid svårt att få ett stabilt elektrodläge i förmaket varför metoden vid denna tid inte fick någon spridning.

För att slippa återgå till att öppna bröstkorget utarbetade man på Karolinska sjukhuset metoden att placera avledningselektroden bakom förmaken via midastinoscopi och konstruerade också en förmaksstyrd pacemaker.

Många patienter som har AV-block endast under korta perioder och dessemellan normal sinusrytm känner obehag av en pacemaker med fast stimuleringsfrekvens som ger interferens mellan egna och pacemakerutlösta kammarkontraktioner. Dessa patienter är ej betjänta av att få en extra elektrod och en förmaksstyrd pacemaker.

Den förmaksstyrda pacemakern modifierades därför till att bli kammarstyrd så att endast en elektrod för både avledning och stimulering i höger kammare behövdes. När hjärtat gick långsammare än 60 slag/minut stimulerade denna pacemaker med en fast frekvens, men i övrigt utlöstes stimuleringsimpulsen under kammarkontraktionen och påverkade inte rytmen. Med dessa tre typer av pacemakar, den fast frekventa, den förmaksstyrda och den kammarstyrda hade man ett bassortiment av pacemakar som än i dag kan betraktas som tillräcklig för att behandla flertalet av hjärtats överledningsrubbingar.

Vid denna tid hade alla pacemakar kvicksilverbatterier som vid fast stimulering i allmänhet tog slut inom 2 år. Om pacemakrarna därtill skulle avledda hjärtats egen aktivitet och långa perioder stimulera med fler impulser än 70 per minut som de förmaks- och kammarstyrda så förbrukades batterierna ännu fortare.

Den så småningom mest använda pacemakern blev därför den sk kammarinhiberade som arbetade på så sätt att den upphörde att avge impulser när den avledde normal kammaraktivitet.

Nu när man fått bättre batterier och miniatyriserad programmerbar

elektronik har framför allt den förmaksstyrda men i viss mån även den kammarstyrda pacemakern fått en renässans.

Resultaten i Stockholm under de första åren

Fem av de 20 patienter som fick elektroder sydda på hjärtat avled med dessa i funktion. De övriga behövde senare behandlas med intrakardiell stimulering när deras ursprungliga elektroder slutat fungera.

De 306 patienter från olika håll i landet som fått en permanent intrakardiell elektrod i Stockholm fram till och med 1967 följdes upp tio år senare (Tabell I). Flertalet av dem hade opererats med tvåstegsförfarande, varvid pacemakern opererats in under huden först när patienten haft sin elektrod kopplad till en extern impulsgenerator någon tid. Det visade sig att 121 patienter levte i mer än tio år.

Den intrakardiella elektroden hade fungerat klanderfritt hela tiden hos 75 av de patienter som levte tio år medan den hos de övriga 46 hade behövt korrigeras, bytas eller kompletteras en eller flera gånger. Hos dessa 46 patienter (38 procent) hade elektrodproblem inträffat vid 67 tillfällen varav 19 skedde under det första behandlingsåret.

Hög komplikationsfrekvens

Flera orsaker till den höga komplikationsfrekvens hos de 10-års överlevande kan fastställas. De första intrakardiella elektroden var av rostfritt stål och hade en tendens att korrodera och de följande platinaelektroden hade under en period en mycket stor yta (cirka 80 mm²) som ofta gav höga stimuleringsströsklar. Eftersom de inplanterbara pacemakrarna hade en kort drifttid utsattes patienterna för upprepade batteribyten. I samband med dessa eller under den ofta långa tid de

Tabell I

Ålder år	Antal patienter	5 års överlevande	10 överlevande
< 70 år	167 (55 %)	110 (66 %)	86 (51 %)
≥ 70 år	139 (45 %)	69 (50 %)	35 (25 %)
	306	179 (58 %)	121 (40 %)

Överlevnad hos patienter behandlade i Stockholm med intrakardiell elektrod 1962–1967.

gick med en extern pacemaker för-olyckades många elektroder antingen genom mekanisk åverkan på kabelns isolering eller genom att den drogs loss ur hjärtat. Infektioner i pacemakerfickan under huden och utmed ledningen som nödvändiggjorde byte av systemet förekom också. Bristande kontinuitet och erfarenhet hos det stora antal läkare som behandlat dessa patienter har också bidragit till den höga komplikationsfrekvensen.

Användandet av tvåstegsförfarande var dock ej avgörande för den höga komplikationsfrekvensen eftersom flertalet komplikationer inträffade sent. Den större risken med detta förfarande uppvägdes mer än väl av att det möjliggjorde en fortsatt metod- och apparatutveckling.

De senaste 10 åren på Serafimerlasarettet och Huddinge sjukhus

När landstinget tog över Serafimerlasarettet bestämdes det att även detta sjukhus skulle bedriva pacemakerkirurgi. Därvid klövs pacemakerkirurgin i Stockholm upp på två enheter, Karolinska sjukhuset och Serafimerlasarettet. När Serafimerlasarettet stängdes flyttades verksamheten till Huddinge sjukhus.

På Serafimerlasarettet och Huddinge sjukhus har från 1973 till mars 1983 755 nya patienter fått pacemaker. Sjuttio procent av patienterna var 70 år och äldre jämfört med 45 procent hos den tidigare följda gruppen. Andelen äldre patienter som fått pacemaker under senare år har således ökat betydligt.

Fem patienter var ej lämpade för intrakardiell stimulering och fick primärt elektroder inskruvade i hjärtmuskeln utifrån genom ett buksnitt in genom diaphragmamuskeln.

Hos de övriga 750 patienterna har samma intrakardiella men tre olika elektrodknoppar använts (Tabell II). Den ursprungliga elektroden (A) med en yta på 47 mm² gavs till 54 patienter. Samma typ av elektrod men där den elektriskt ledande ytan minskats till 6 mm² (D) lades in på 268 patienter. Den tredje elektroden, som var gjord av två korslagda platinatrådar formade till en korg med 8 mm² aktiv yta (K) gavs till 428 patienter.

De två konventionella elektroderna A och D uppvisade ingen sig-

Tabell II

Elektrod	Antal patienter	Operationssätt		Krirurger	
		tvåsteg	ensteg	oerfarna	vana
A	54 (11)	50 (10) NS	4 (1)	13 (4) NS	41 (7)
	NS	NS	NS	NS	NS
D	268 (39)	210 (34) NS	58 (5)	94 (26) S	174 (13)
	S	S	S	S	S
K	428 (18)	139 (10) S	289 (8)	57 (6) S	371 (12)
	750 (68)	399 (54) S	351 (14)	164 (36) S	586 (32)

Antal tidiga komplikationer inom parentes med olika elektroder hos 750 patienter vid olika operationsförfarande och kirurgisk erfarenhet. Signifikant (S) resp ej signifikant (NS) skillnad.

nifikant skillnad i antalet tidiga komplikationer (20 resp 15 procent) oavsett om de lagts in med ett eller tvåstegsförfarande.

Med tidiga elektrodkomplika-tioner vid tvåstegsförfarandet avses här sådana som ägt rum från det patienten fått extern pacemaker till två veckor efter det att den inplanterbara pacemakern opererats in och vid enstegsförfarande sådana som ägt rum inom 1½ månad efter det att patienten fått sin pacemaker.

Den korgliknande elektroden hade det signifikant lägsta antalet tidiga komplikationer (4 procent). Med denna elektrod liksom i det sammanslagna elektrod materialet förelåg ett signifikant högre antal komplikationer vid två- jämfört med enstegsförfarandet och för i pacemakerterapi oerfarna kirurger jämfört med erfarna. Hos de 246 patienterna som fått en korgelektrod inlagd av erfarna pacemakeroperatörer i ett enstegsförfarande förekom en-

dast tre tidiga komplikationer (1,2 procent).

Typen av komplikationer har också utretts (Tabell III).

Sena komplikationer, som ej tagits med i jämförelsen mellan de olika elektroderna och operations-sätten, förekom hos 23 patienter (3 procent) och då huvudsakligen i form av tröskelstegring, falsk inhibering och att patienten roterat sin pacemaker under huden så att kabeln dragits loss eller skadats. Det låga antalet sena komplikationer kan bero på en relativt kort observationstid samt på färre byten av pacemakar när dessa nu är försedda med långlivade lithiumbatterier.

Pacemakerkirurgin i Stockholm och annorstädes

Efter det att pacemakerkirurgin i Stockholm delats upp på två enheter ökade antalet nytillkomna patienter i länet fram till 1977. Detta år

Tabell III

Typ av komplikation	Tidiga	Sena
Elektroddislokation	27	
Tröskelstegring <5 V	11	1
Tröskelstegring >5 V	19	9
Lossryckt elektrod vid extern pacemaker	9	
Lossryckt elektrod vid generatorbyte		5
Lossryckt elektrod pga roterad pacemaker		3
Sepsis		2
Falsk inhibering		4
Retning av n phericus		1
	68 (9%)	23 (3%)

Elektrodkomplikation hos 750 patienter med intrakardiell elektrod.

fick 208 nya patienter pacemaker. Därefter har antalet nya patienter varit konstant eller något sjunkande. Samtidigt har generatorbytena drastiskt minskat.

En uppföljning av de sammanlagda operationesresultaten i Stockholm har försvårats av att patienterna flyttades runt när Serafimerlasaret stängdes och Huddinge sjukhus övertog pacemakervården där samt att även Danderyds sjukhus kontrollerar pacemakerpatienter. Klart är emellertid att Karolinska sjukhuset under den senaste tio-års perioden haft en högre (15%) komplikationsfrekvens än Serafimerlasaret och Huddinge sjukhus.

Indikationerna för pacemakerbehandling har vidgats betydligt genom åren och medelåldern hos de opererade patienterna har stigit. Trots detta och trots att Stockholm har korta avstånd och en stor täthet av sjukhus med kunniga kardiologer som kan indikationerna för pacemakerbehandling och vet vart patienterna skall skickas så opereras endast cirka 120 nya pacemakerpatienter per million invånare och år i länet vilket är färre än i övriga Sverige. I Sverige lägger man årligen in fler pacemakrar per million invånare än i de andra Skandinaviska länderna men fortfarande långt färre än exempelvis i Västtyskland och Amerika. I många länder har decentraliseringen av pacemakerkirurgin också drivits därhän att rela-

Tabell IV

	Årligen nyopererade per miljon invånare	Antal invånare per pacemaker-sjukhus	Årligen nyopererade per pacemaker-sjukhus
England	115	901 400	103
Danmark	122	640 250	78
Finland	130	270 200	35
Sverige	215	258 600	56
Holland	198	156 400	31
Västtyskland	519	117 200	61
Norge	190	110 200	21
Belgien	262	70 700	19
USA	518	66 900	35

Stockholm	120	750 000	90

tivt få ingrepp per sjukhus årligen utförs (Tabell IV). I belysning av erfarenheterna från Stockholm kan man undra om inte utvecklingen på vissa håll drivits mer av andra intressen än av klara och motiverade behandlingsindikationer.

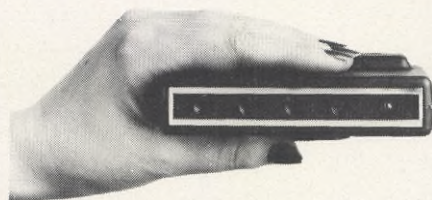
Pacemakerbehandlingen är dyrbar. En pacemaker kostar mellan 8 000 och 40 000 kronor i inköp var till kommer kostnader för sjukhusvård och kontroller. Det är därför angeläget att pacemakerkirurgen kan välja rätt apparatur och nedbringa antalet komplikationer så

lågt som möjligt.

Tyvärr saknar Sverige till skillnad från många andra länder ett nationellt pacemakerregister från vilket man kan följa den fortsatta utvecklingen. Inför 25-års jubileet av den första inplanterbara pacemakern skulle man vilja önska att ett sådant register kunde tillskapas i Stockholm där man har den äldsta pacemakertraditionen och där den operationsmetod togs fram som möjliggjort den explosionsartade spridningen av pacemakerbehandlingen.

*Text: Hans Lagergren
docent, biträdande överläkare, kirurgiska kliniken,
Huddinge sjukhus*

Du andas 15 kg luft per dag! den borde vara ren och joniserad



Skriv eller ring så sänder vi
kostnadsfritt intressant information
om **NEGATIVA JONER**

SWEDISH AIR CONTROL

Box 8024, 650 08 KARLSTAD
Tel. Karlstad 054-18 55 90

Sänd kupongen till Swedaco, Box 8024, 650 08 Karlstad

**JA TACK, sänd information om
REN LUFT och NEGATIVA JONER**

Namn

Adress

Postadr.

Tel



Friskvård och hjärtränning

Den 12 dec slogs portarna upp för Hjärtats Dag i Trelleborg. Arrangemanget var helt inriktat på lokal information och verksamhet. Plats var Församlingshemmet. Uställningen i foajen visade RHL:s affischinformation om hjärtinfarkt. Dessutom visades foton och information från Lokalföreningens hjärträningsgrupper.

Arrangemanget inleddes med musik- och sånggrupper av elever från Kommunala Musikskolan.

Lucia med tärnor, ungdomar från Kyrkans Ungdom, förhöjde stämningen ytterligare och sången klingade ut över den andäktigt lyssnande publiken.

Ordföranden Sven Johansson hälsade såväl åhörare som medverkande välkomna, och tackade samtidigt Musikskolans och Kyrkans ungdomar för deras fina insats. En särskild välkomsthälsning framfördes till överläkare Carl Brechter, kvällens föredragshållare.

K-G Persson och Ove Sandberg informerade om Lokalföreningens hjärtränning och den cirkelverksam-

het, under rubriken "Efter Hjärtinfarkt", som kommer att startas under våren -84. Här är det tänkt att både anhöriga och patienter skall delta, och materialet är framtaget av Riksförbundet.

Därefter var det överläkare Carl Brechters tur att ta över informationen.

Han talade om förebyggande åtgärder för undvikande av hjärtinfarkt, att kost och rökvanor måste ändras efter infarkt, att konditionen måste förbättras genom regelbunden motion. Hjärtränningen förhindrar inte uppkomst av ny hjärtinfarkt, men förbättrar livskvaliteten både fysiskt och psykiskt. Patienten är bättre rustad att möta ett nytt infarkttillbud. Dr Brechter uttalade också sin uppskattning över Lokalföreningens arbete i friskvårdens nyttostridande.

Gudrun Rooth och Ingmar Hansson framförde sitt sång och bildspel "NU TÄNDAS TUSEN JULELJUS".

Samtliga medverkande tackades med blommor, presentartiklar och inte minst med många varma applåder.

Ett Hjärtats Dag-arrangemang, som Lokalföreningen med fullt godkännande kan lägga till handlingarna.

Kåge

Två cirklar i Kalix

Trots den svåra kylan hade Kalix Hjärt- och Lungsjukas förening vid sitt medlemsmöte i samband med Luciafirande en god tillslutning.

Medlemmarna upplystes om att vi kommer att starta en stu-

diecirkel "Vad styr sjukvården" samt att vi fått en ledare för "Efter hjärtinfarkt".

4 nya medlemmar inröstades. Kalix-Lucia med tärnor samt föreningens hustomtar uppvaktade under kvällen.

Jan Andersson och Ernst Selberg inramade det hela med vacker stämningsfull musik och sång.

Hjärtats Dag i Kalmar

Föreningen hjärt- och lungsjuka, Kalmar har haft en variationsrik höst med sina sedvanliga månadsmöten och Hjärtats Dag och trevliga torsdagsträffar.

Hjärtats Dag är en av föreningens stora händelser för att informera allmänheten, om vår förening, i år som tidigare har dr Finn Landgren från Kalmar Lasarett informerat om hjärt-, kärl- och lungsjukdomar, bl a rökningens nackdelar.

Sjukgymnast Anita Nelander talade om hur viktigt det var att hålla sin kropp i trim med lagom motion, helst ett par gånger i veckan.

RHL:s vice ordförande, Mary Erixon talade medryckande och inspirerande om RHL-frågor, bl a uppehöll hon sig vid det stora friskvårdsprogram som utarbetats av RHL, samtidigt betonade hon hur viktigt det är att vara medlem i RHL

- till inbördes stöd för drabbade människor
- till stöd för forskning kring hjärt-, kärl- och lungsjukdomar
- att tillvarata medlemmarnas intressen och hjälpa dem till en draglig tillvaro

Hjärtats Dag avslutades av trolle- rimagikern EL ZAMICK - Lennart Samuelsson, Öland. Ett mycket uppskattat nöje. Musikunderhållning av Majbritts kvartett under det att de närvarande passade på att dricka en kopp kaffe.

Många föreningsmedlemmar har deltagit i flera veckoslutskurser med olika utbud.

Föreningen har under året också gjort en del studiebesök som Oscar

Fransson (vår fd ordförande) ordnat på ett förtjänstfullt sätt.

Bl a Firman Bobin och Trätöffel-fabriker i Påryd, Ljungdahls papper-kuvertfabrik i Nybro, Nya Postterminalen i Kalmar, Volvoverken i Kalmar.

En mycket uppskattad bussresa till Östra Öland.

Efter sedvanliga månadsförhandlingar har det ibland visats film, bl a av Carl Öjeklint, det har varierat från lodjur i svensk natur till sjöbjörnar från Alaska.

Året avslutades med att vi gjorde en gemensam bussresa, för att äta julbord, där Majbritt och KG stod för musikunderhållning, alltifrån julmelodier till underbara hawaii-melodier.

Julfesten avslutades med att ordförande Sigfrid Celander tackade för det gångna året och önskade alla en God fortsättning.

Jytte Overå

Sveriges äldste studieorganisatör?

Vilhelmina hjärt- och lungsjukas förenings studieorganisatör Clary Olofsson fyllde 85 år



den 29 november 1983, hon har skött studieorganisatörssysslan för föreningen i många år. Många äro de studiecirkelar hon har lett under åren och fortfarande leder. Vi önskar henne lycka till i fortsättning-en.

Vilhelmina lokalavdelning av hjärt- och lungsjukas förening hade årets sista samvaro lördagen den 17 dec som firades på Hotell Vilhelmina med sång och tal av kyrkoherde Bengt Vahlberg, och lucia uppträdde. Därefter talade länets Co ordfö-

rande Per Karlsson, Jörn. Julmid-dagen lät sig väl smaka av det dig-nande julbordet som avåts av ca 125 medlemmar. Efter ytterligare sång-er avslutades lilla julafton med ut-delning av julklappar till samtliga medlemmar.

John Isaksson

Revy i Alvesta

Den 7 januari hade Alvesta lokal-förening av hjärt- och lungsjuka sin Julfest i Folkets Hus. Till denna fest hade inbjudits Älmhult och Ljung-by hjärt- och lungsjukas medlem-mar, tillsammans 170 personer. Jul-festen började sedan föreningens sångkör sjöng en för tillfället förfat-tad visa, samt välkomnades till Fol-kets Hus.

Härefter följde Julbord, ett rikligt sådant, då detta intagits följde en stunds musik av bröderna Torsson. Alvesta-revyn *Det bränns* besågs av de församlade. Jarl Borssén med övriga artister gladda storligen, vil-ket bevisades av de långa applåder som följde. Efter revyn bjöds det på kaffe med tårta samt en stunds dans.

Ebbe Carlsson

NYTT FRÅN 1 JANUARI!

BASBELOPPET HÖJS

Basbeloppet, som fastställs av regeringen i december varje år, höjs för 1984 till 20300 kronor. Detta innebär att alla förmåner som är knutna till basbeloppet höjs automatiskt. Därutöver sker följande ändringar:

VÅRDBIDRAGET OCH HANDIKAPPERSÄTTNINGEN HÖJS

Vårdbidraget till föräldrar med handikappat barn höjs med fem procent av basbeloppet. En del av vårdbidraget kan vara ersättning för merkostnader. Merkostnadsersättningen som är skattefri höjs till 17, 34, 50 eller 65 procent av basbeloppet. Handikappersättningen till vuxna varierar beroende på hjälpbehovets och merkostnadernas omfattning. Handikappersättningen höjs till 34, 50 eller 65 procent av basbeloppet.



FÖR YTTERLIGARE INFORMATION VÄND DIG TILL

FÖRSÄKRINGSKASSAN

BUDGETPROPOSITIONEN 1984/85

Handikappinsatserna i sammandrag

I nedanstående sammanställning redovisas kortfattat dels vissa övergripande bedömningar, ställningstaganden och förslag hämtade ur finansplanen, dels de viktigaste handikappolitiska förslagen fördelade på de olika fackdepartementen. Vid genomgången av regeringens förslag till handikappinsatser, görs samtidigt en jämförelse med de viktigaste av HCK:s krav för kommande budgetår. Sammanställningen gör inga anspråk på att vara fullständig.

Enligt finansplanen, kännetecknas budgetförslaget av bl a följande:

- De direkt utgiftsbegränsande åtgärderna har huvudsakligen redan antagits av riksdagen, vilket skedde med anledning av höstens sparproposition. Höstens sparpaket innebar nedskärningar och ökade inkomster på sammanlagt ca 7 miljarder kr (se nedan socialdepartementet). Ytterligare sparpaket är att vänta redan under våren.
- Genom höstens sparpaket har automatiken i kostnadsökningarna upphört (gäller tex beslutet om nytt statsbidrag till social hemtjänst och justeringen av basbeloppet, se nedan).
- Trots en stram budgetpolitik har ändå, enligt regeringen, utrymme för reformer på särskilt viktiga utrymmen kunnat skapas. Ett sådant prioriterat område är, enligt finansplanen, insatser för handikappade.
- För praktiskt taget samtliga statliga myndigheter gäller det sk huvudalternativet vid uppräkningsanslagen, vilket innebär att uppräkningsanslag görs för pris- och lönehöjningar minus två procent. Principen om tvåprocentig minskning av myndigheternas resurser gäller nu för femte året i följd.

Om den framtida budgetpolitikens inriktning sågs bl a följande:

”Arbetet med att återskapa starka statsfinanser kommer att bli långvarigt och är krävande. Även framöver kommer budgetpolitiken

att behöva innefatta både en hård utgiftsprövning och åtgärder för att öka inkomsterna... I gengäld måste transfereringarna hållas tillbaka, liksom den statliga konsumtionen. Det innebär vidare att den samlade effekten av åtgärderna skall vara fördelningspolitiskt väl avvägda”.

Inflationen under 1983 har uppgått till ca 9 procent. Under förutsättning att lönekostnadsstegringen under 1984 stannar vid 6 procent, beräknas inflationen under det kommande året kunna begränsas till 4 procent.

Den sammanlagda produktionen beräknas öka med 2 procent under 1984.

Arbetslösheten har under 1983 genomsnittligt legat kring 3,5 procent. Under 1984 beräknas en minskning av arbetslösheten till ca 3 procent.

Hushållens disponibla inkomster minskade under 1983 med drygt en procent. För 1984 beräknas den disponibla inkomsten bli oförändrad.

I finansplanen förutsätts den statliga konsumtionen att minska även under 1984. Den kommunala sektorns ekonomiska situation bedöms som ”tillfredsställande”, men någon prognos/mål för den kommunala sektorns expansion görs inte.

Budgetunderskottet för 1982/83 uppgick till 86,6 miljarder. Underskottet för innevarande budgetår beräknas till 84,9 miljarder. Budgetförslaget för 1984/85 innebär att underskottet reduceras till 80,8 miljarder. Minskningen av underskottet förklaras huvudsakligen av vissa förändringar vad gäller redovisning av statens inkomster.

Text: Håkan Ceder

Uttalanden om handikappinsatserna

Vid flera tillfällen i budgeten påpekas att handikappinsatserna har haft hög prioritet. Hela tiden görs dock reservationer för nödvändigheten av en stram budgetpolitik. Följande noteras vad gäller regeringens handikappolitik:

”En av de viktigaste uppgifterna för den socialdemokratiska regeringen är att bevara och på sikt söka förbättra den sociala tryggheten för äldre, handikappade, sjuka och barnfamiljer”.

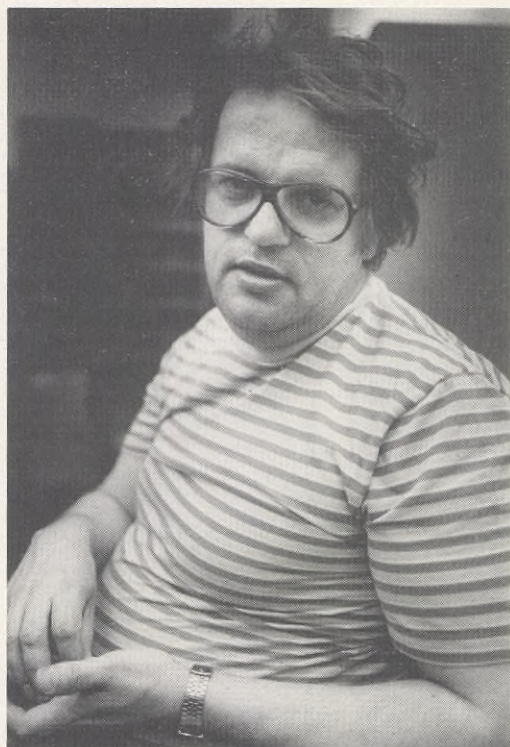
”Åtgärderna för handikappade har förtur i regeringens politik”.

”Under de borgerliga regeringarna fick handikappade vara med om att bära bördorna av en felaktig besparingspolitik. Arbetet efter regeringsskiftet har därför främst inriktats på att återställa den sociala tryggheten... Det ekonomiska utrymmet för kostnadskrävande reformer är ytterst begränsat även på handikappområdet. Trots rådande kärva budgetläge tillförs dock området resurser genom omprioritering”.

Socialdepartementet

Redan under hösten fattades en rad viktiga beslut inom socialdepartementets verksamhetsområde, vilka i mycket stor utsträckning fick effekter på handikappområdet

Riksdagens beslut att undanta devalveringseffekten vid uppräkningsanslag av basbeloppet och pensionerna (samt övriga socialförsäkringsförmåner) innebar en besparing på nära tre miljarder. Det särskilda tilläggsbelopp som lagts till basbeloppet för 1983 används, efter förslag från HCK, till särskilt riktade insatser för de mest eftersatta pensionärerna. Beslutet innebar att grundnivån för folkpension höjs med en



Handikappersättningen höjs.

procentenhet till 96 procent, samt att pensionstillskottet för förtidspensionärer höjs med 4 procentenheter till 96 procent av basbeloppet. Dessa höjningar innebär att också vårdbidraget höjs med fem procentenheter (1+4 procentenheter). HCK har i kontakterna med socialdepartementet krävt att ytterligare en nivå ska införas i vårdbidraget – en fjärdedels vårdbidrag. Något sådant förslag läggs inte i budgeten.

Basbeloppet för 1984 har satts till 20 300. Beräkningar som HCK gjort visar att de särskilt riktade insatserna (dvs höjningarna av pensionstillskottet) ändå inte fullt ut kompenserar de försämringar som blir följden dels av undantagandet av devalveringseffekten, dels av att basbeloppet numera endast justeras en gång per år.

I pensionsbeslutet ingick också vissa höjningar av handikappersättningen. Samtliga nivåer höjs med två procentenheter; till 34,50 och 65 procent av basbeloppet.

I höstens sparpaket ingick vidare kraftiga höjningar av vårdavgifterna. Egenavgiften vid inköp av läkemedel höjs från 40 till 50 kr. Avgiften för läkarbesök hos privatpraktiserande läkare höjs till 50 kr fr o m

den 1 jan 1984 och till 55 kr fr o m den 1 jan 1985. I sparpropositionen markeras att motsvarande höjningar genomförs i offentliga sjukvården, när det nuvarande avtalet mellan staten och landstingen löpt ut.

Genom dessa höjningar har nu de sammanlagda avgifterna för läkarbesök, läkemedelsinköp och sjukresa betydligt mer än fördubblats sedan 1980. Trots detta, redovisas inga förslag med anledning av HCK:s krav att inordna sjukresorna i högkostnadsskyddet. Observera att ett särskilt högkostnadsskydd för sjukresor föreslogs av en statlig utredning för drygt två år sedan. Frågan nämns nu överhuvudtaget inte i budgeten.

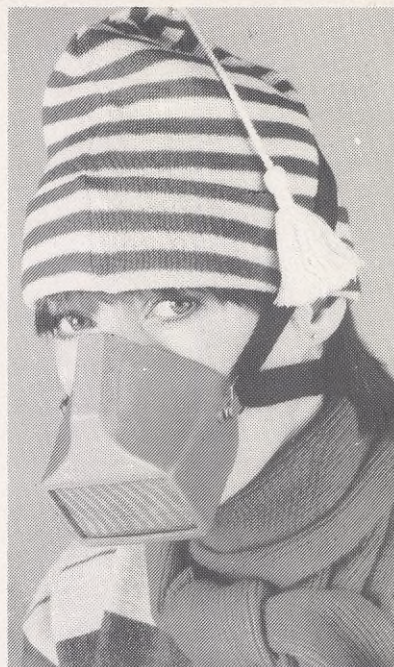
Under hösten beslutades vidare om ändrade regler för statsbidrag till social hemtjänst. Det tidigare 35-procentiga statsbidraget ersätts av dels bidrag per årsanställd inom hemtjänsten (30 000 kr), dels schablonbidrag för personer i gruppen ålders- och förtidspensionärer (250–350 kr). Dessutom införs ett särskilt utvecklingsbidrag på 30 milj kr för att utveckla metoder för självständigt boende.

Syftet med de förändrade statsbidragsreglerna har varit att få bort

Jonas Värmemask

Har du svårt att vistas ute om vintern eller problem med träning i kallt väder? Prova Jonas Värmemask som även vid +40°C kan hålla inandningsluftens temperatur över +20°C och bibehålla fukten i luftvägarnas slemhinnor. Luftmotståndet vid andningen är ej märkbart. Jonas Värmemask är tillverkad av rostfritt stål och allergitestat gummi som tål +60°C. Masken väger 110 gram.

Jonas Värmemask är funktionstestad vid Statens Tekniska Forskningsanstalt i Finland.



Styckpris med en cell kr. 350:- ex. moms.
Ytterligare information samt beställning från:

SOMMERHEIN

Illerbacken 1, Lidingö
Postadress: Box 930, 18109 Lidingö
Telefon 08-76 75 050, 76 75 020

”automatiken i kostnadsökningarna”. Av budgetförslaget framgår nu också att anslaget till social hemtjänst reduceras från 1700 milj till 1662 milj kr. Realt minskar självfallens anslaget betydligt mer pga inflationen.

HCK har krävt att de tidigare gällande statsbidragsreglerna för färdtjänst ska återinföras. I budgeten konstateras att de nya bidragsreglerna inneburit en viss uppbromsning vad gäller kostnaderna för färdtjänst, men någon omprövning är dock inte aktuell.

HCK har krävt att den tidigare beslutade försämringen av statsbidragen till kommunala bostadstillägg (KBT) ska rivas upp. Någon förändring föreslås inte.

I budgetförslaget aviseras en proposition till våren om tandvårdens och tandvårdsförsäkringens framtida inriktning. HCK har i sammanhanget krävt att en snabbutredning ska tillsättas med uppgift att lägga förslag om ersättning för handikappades merkostnader för tandvård inom ramen för tandvårdsförsäkringen. Frågan tas ej upp i budgetförslaget.

En översyn av sjukförsäkringen med syfte att underlätta rehabilite-

Budgeten 84/85

ring aviseras. Antydningar om behov av vissa grundläggande förändringar görs. Jfr med HCK:s krav om ökad flexibilitet i sjukförsäringen och pensionssystemet, samt rätt till ersättning vid anhörigs medverkan i rehabilitering.

Anslaget för drift av särskolor räknas upp från 415 till 449 milj kr. Ingen förändring av bidragsreglerna sker, med hänvisning till kommande proposition.

I budgeten omnämns den arbetsgrupp som fn arbetar med att ta fram alternativ till differentierade vårdavgifter. Gruppen ska vara klar under våren. Något besked om eventuella framtida förslag till förändringar ges inte.

Någon förändring av finansieringen för texttelefoner sker inte. Enligt regeringen beräknas full behovstäckning kunna nås senare än vad som tidigare antagits.

Statens handikappräds stöd för flerhandikappverksamhet utökas från 300 000 till 500 000 kr.

Organisationsstödet höjs från 34,4 till 38,0 milj kr. Någon specialdestination av medel för flerhandikappverksamhet sker ej. Regeringen gör följande markering beträffande handikapporganisationernas roll:

”Handikapporganisationerna har haft en avgörande betydelse för utvecklingen av en ny syn på handikapp och handikappfrågor. Deras intressepolitiska verksamhet fullföljer en folkrörelsetradition. Den spelar en viktig roll både för den politiska inriktningen och för den konkreta utformningen av handikappåtgärderna. Handikapprörelsens insatser kommer även fortsättningsvis att vara nödvändig för samhällets utveckling”.

DHR beviljades 1 milj i stöd till rekreationsanläggningarna.

Arbetsmarknadsdepartementet

Det totala anslaget till arbetsmarknadsdepartementet minskas i förhållande till innevarande budgetår med 1583 milj kr till 15673 milj kr. Anledningen är en förväntad förbättring av arbetsmarknadssituationen. En markering görs dock att regeringen kommer att ha en hög be-



Många handikappade får det inte bättre.

redskap att tillskjuta ytterligare medel vid behov.

AMS begär förstärkningar med 500 nya tjänster, varav 300 till arbetsförmedlingarna. Budgetförslaget innebär att 30 nya tjänster tillförs arbetsförmedlingarna tillfälligtvis. Arbetsmarknadsverket undantas från huvudalternativet vad gäller lönekostnaderna.

Kostnaderna för rekryteringsplatser (arbetsgivaren ges 50 procent i bidrag av lönekostnaden under de första sex månaderna vid rekrytering av arbetslösa) inkl enskilda beredskapsarbeten beräknas till 675 milj kr.

AMS föreslår, helt i linje med HCK:s krav, förbättrade bidrag till tekniska hjälpmedel, särskilda anordningar samt arbetsbiträde. Samtliga förslag avslås.

AMS föreslår ökade möjligheter att anställa gravt handikappade med 90-procentigt lönebidrag. Förslaget innebär dels att nuvarande 25-årsgräns tas bort, dels att kvoten utökas. Förslagen avstyrks, med hänvisning till kommande proposition om lönebidragen.

HCK har som en av de allra viktigaste frågorna under 1983 drivit kravet att det nuvarande taket för lönebidragsanställningar i allmännyttiga organisationer ska tas bort. AMS ansluter sig till HCK:s krav i sin anslagsframställning och kräver att begränsningen upphör. Regeringens besked innebär dock att den nuvarande tillåtna ökningstakten –

500 – ligger fast även under kommande budgetår. Regeringen anför följande om lönebidragen i organisationerna:

”De allmännyttiga organisationerna har visat stort intresse för att rekrytera till lönebidragsanställningar. De kan också i många fall erbjuda för arbetshandikappade lämpliga arbetsuppgifter och väl anpassade arbetsförhållanden i övrigt. Jag har därför räknat med en fortsatt expansion av antalet anställda med lönebidrag hos organisationerna. Antalet platser med varaktigt 90% bidrag bör få öka med ytterligare 500 under budgetåret 1984/85. Ökningen av antalet platser med nittioprocentigt lönebidrag finansieras fullt ut genom omprioriteringar inom arbetsmarknadsdepartementets verksamhetsområde. För rekrytering utöver denna ram kan organisationerna beviljas bidrag enligt samma regler som gäller för enskilda företag, kommuner, m fl.

Det är av statsfinansiella skäl inte möjligt att medge en obegränsad tillväxt av de nittioprocentiga lönebidragen. Det är därför angeläget att dessa platser i första hand används för sökande med svåra arbetshandikapp.

För att begränsa statens utgifter för lönebidragen bör vidare införas en begränsning av den bidragsgrundande lönesumman. Begränsningen bör gälla för alla sektorer utom den statliga. Bidrag bör inte kunna läm-

Budgeten 84/85

nas för den del av bruttolönen per månad som överstiger 40% av basbeloppet. Med bruttolön avses här för heltid före skatt, men exkl sedvanliga lönekostnadspåslag. Med ett basbelopp för år 1984 om 20 300 kr skulle högsta bidragsgrundande lönesumma därmed bli 8 120 kr per månad. Begränsningen bör gälla den rekrytering som sker from budgetåret 1984/85.

Detta hindrar självfallet inte att parterna avtalar om löner som överstiger den lönesumma som är bidragsgrundande. Den överskjutande lönesumman måste dock i dessa fall betalas av arbetsgivaren.

Genom den här föreslagna begränsningen av hur stor lönesumma som får ligga till grund för lönebidraget frigrörs medel som kan användas för att bereda fler sökande anställning med lönebidrag. Det är enligt min mening mer angeläget att förbättra situationen för dem som står utanför arbetsmarknaden än att behålla ett kraftigt stöd för de mest kvalificerade och bäst avlönade bland de anställda med lönebidrag. Den sistnämnda gruppen torde kunna hävda sig på arbetsmarknaden även om lönebidraget för dem begränsas så som jag här har föreslagit."

Innebörden av regeringens förslag är således:

1. Regeringen avvisar HCK:s och övriga folkrörelser krav om att ta bort taket för lönebidragsanställningar i allmännyttiga organisationer. Samma villkor gäller för 1984/85 som för innevarande budgetår.
2. Samtidigt ges lönebidrag endast för den del av bruttolönen som understiger 40 procent av basbeloppet, dvs 8 120 kr/mån. Begränsningen gäller alla lönebidragsanställningar from 1984/85, utom i staten.

Ingen som helst markering görs beträffande nödvändigheten av en kraftfull tillämpning av främjandelagen. HCK har i flera sammanhang krävt att det politiska stödet för en aktiv tillämpning måste förstärkas.

Inget som helst besked ges beträffande regeringens fortsatta handläggning av bilstödet. Man hänvisar endast till att remissbehandlingen av bilstödskommitténs



ROT-programmet innebär att nästan 300 000 lägenheter ska byggas om.

betänkande avslutats. För att undvika att AMS' stöd för inköp av handikappbil urholkas, föreslås att inkomstgränserna höjs med 5 000 kr. Inkomstgränsen för helt bidrag blir därmed 38 999 kr. Möjligheten till reducerat bidrag upphör helt vid en inkomst på 55 000 kr.

Driftbidraget till Samhällsföretag minskas från 128 till 124 procent, i stort sett i enlighet med Samhällsföretags äskande. Enligt regeringen kan ändå antalet anställda inom Samhällsföretag öka under kommande år med 1 500. Observera att en proposition om Samhällsföretags framtida organisation är att vänta under våren. I denna föreslås sannolikt mycket omfattande nedskärningar av driftbidraget. Det nu aktuella utredningsförslaget innebär att driftbidraget skärs ned med en fjärdedel fram till 1988/89.

AMI-verksamheten drabbas likom tidigare av uppräknning enligt huvudalternativet. Ett särskilt tilläggsbelopp tillförs dock, men det är oklart i vilken utsträckning detta belopp täcker den 2-procentiga nedskärningen. Tilläggsbeloppet finansieras genom nedskärning av anslaget för medtoddutveckling och utbildning inom AMI, vilket halveras från nuvarande 13,6 milj till 6,8 milj kr.

Inga förslag redovisas med anled-

ning av HCK:s krav om en utredning med uppgift att föreslå metoder att föra över medel från socialförsäkringssystemet till rehabilitering och arbetsmarknadspolitiska åtgärder.

Bostadsdepartementet

Det ur handikappsynpunkt viktigaste beslutet inom bostadsdepartementets verksamhetsområde – ROT-programmet – fattades redan i december månad. I flera omgångar i budgetförslaget hänvisas till detta program.

ROT-programmet innebär bl a att 275 000 lägenheter i flerbostadshus och 150 000 småhus ska byggas om under perioden 1984–1993.

Under en treårsperiod ska ett särskilt stöd på sammanlagt 300 milj kr utgå för vissa tillgänglighetsskapande åtgärder. Staten bidrar med högst 30 procent och kommunerna med 20 procent av kostnaderna. Bidraget lämnas i första hand till installation av hissar och andra lyftanordningar, i andra hand till andra tillgänglighetsskapande åtgärder i eller i anslutning till flerbostadshus. Prioritet ges till kommuner som upprättat planer för tillgänglighet.

Budgeten 84/85

Regeringen har i anslutning till ROT-programmet tillsatt en arbetsgrupp med bl a företrädare från bostads-, social-, arbetsmarknads- och civildepartementet. Enligt direktiven ska arbetsgruppen uppmärksamma hur arbetet med att förbättra bostadsbeståndet har inriktats, planlagts och genomförts i ett visst antal kommuner. Arbetsgruppen ska också bedöma vilka förändringar i samhällets styrinstrument som är nödvändiga för att förnyelsen ska leda till bostadsförhållanden som ger bl a handikappade förutsättningar att leva ett aktivt liv och som minskar behovet av institutionsvård.

Kommunikationsdepartementet

Den sedan fyra år pågående försöksverksamheten med riksfärd-

tjänst permanentas fr o m den 1 juli 1984.

Några förslag om begränsningar i antalet resor läggs inte i budgetpropositionen. En klar markering görs dock att denna fråga, liksom frågan om avgifternas storlek, måste bli föremål för fortsatt utredning i syfte att begränsa kostnadsutvecklingen för riksfärdtjänsten. Regeringen ställer sig inte främmande till att differentiera avgifterna för riksfärdtjänstresor, med avsikt att minska resandet med de dyraste färdstegen, dvs taxi och färdtjänstfordon. Tills vidare ska dock avgiften för riksfärdtjänst vara densamma som för resa motsvarande sträcka med 2 klass järnväg.

Totalt anslås 38 milj kr för riksfärdtjänsten. Om begränsningar inte införs kommer kostnaderna att stiga till 60-70 milj kr/år innan full behovstäckning har nåtts, hävdas i budgetförslaget.

Transportrådet föreslås bli huvudman för riksfärdtjänsten. Av skrivningen framgår att det är viktigt att handikapporganisationerna får ett "betydande inflytande över beslutet om riksfärdtjänst."

Lösning och pristagare Julbild-Kryss 1983



- 1:a pris 100 kr: Kerstin Wennberg, Kronogårdsgatan 10, 951 45 Luleå
- 2:a pris 75 kr: Kjell Pettersson, Arla-gränd 5, 770 66 Fors
- 3:e pris 50 kr: Karl-Axel Forsberg, Vinkegränd 7, 951 41 Luleå
- 4:e pris 25 kr: Ingegerd Jacobson, Tullgatan 7A, 199 35 Enköping
- 5:e pris 25 kr: Börje Johansson, Pl 9481, 951 90 Luleå

TYCKER DU ...

... något om hur hjärt-, kärl- eller lungsjuka bör ha det i framtiden.

I så fall måste DU ta del av det rådslagsmaterial kring RHL:s kommande målsättningsprogram, som skickas ut till föreningarna i början av februari 1984. TAG KONTAKT!

Materialet tar upp olika samhällsområden till diskussion, och varje synpunkt är viktig oavsett det avser en principfråga eller en liten detalj.

Ju fler synpunkter vi får in, ju bättre kan vi utforma vårt mål, så att alla medlemmar känner att de här målen är värda att kämpa för.

så TYCK TILL ...

RHL:s Programkommitté

Steral luftrenare lindrar hö(st)snuvan

Det är just nu Du som allergiker eller astmatiker behöver luftrenaren STERAL. Den renar luften effektivt från pollen, sot, damm, tobaksrök, bakterier, djurepitel, mikroorganismer m.m. Posta kupongen så får Du broschyr och prislista över STERAL luftrenare samt uppgifter om hur Du kan köpa eller hyra någon av de fyra storlekarna.

WICUM AB

776 02 Vikmanshyttan Telefon 0225-303 00

JÄ TACK, JAG VILL VETA MER
OM STERAL LUFTRENARE

FRANKERAS
EJ WICUM
BETALAR
PORTOT

Namn

Adress

Postnr / Adress

Telefon

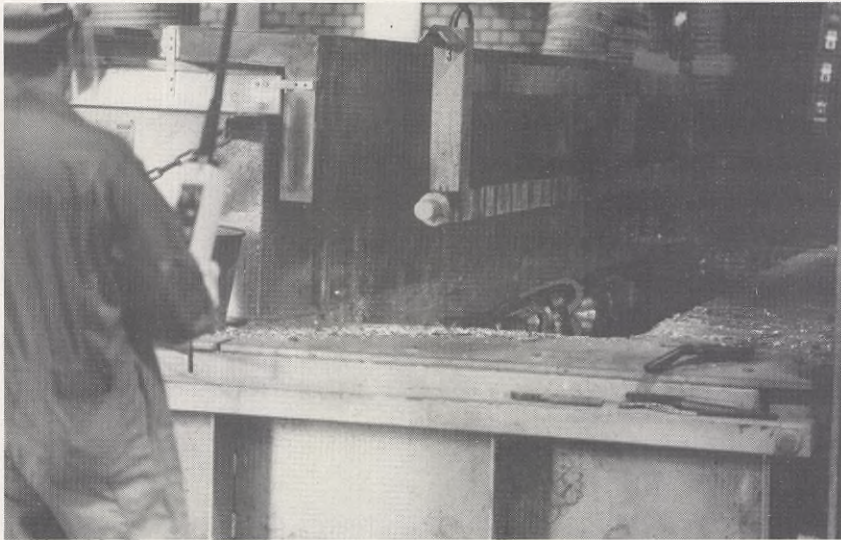
WICUM AB

SVARSPOST

Kundnr 17181009

776 02 Vikmanshyttan

Tunga jobb påverkar hjärtat



– Fortfarande finns yrken, som innebär en tung belastning på hjärtmuskeln. Skogsarbetare, sophämtare, byggnadsarbetare och sjukvårdspersonal utför dagligen tunga lyft och enformiga rörelser som påverkar hjärtats arbete. Men jag tror inte enbart tungt fysiskt arbete utlöser infarkt. Även andra faktorer är inblandade.

Det sade Irma Åstrand, vid Läkarstämman, när man diskuterade sambandet mellan arbetsmiljö och hjärtinfarkt. Arbete i kyla och under ett sänkt atmosfärtryck, tex vid flygning, såg hon som en negativ påverkan på hjärtat.

Skrämmande siffror redovisades av Christer Hogstedt. I Finland är dödligheten i hjärtsjukdomar dubbelt så hög bland kolsvavelarbetarna som hos den övriga befolkningen. I Rönnskärsverken, utanför Skellefteå, där man arbetar med arsenik, är risken fördubblad. Dynamitarbetarnas arbetsmiljö är ännu farligare. Där är risken tre gånger så stor att man avlider i hjärtsjukdomar.

Kolsvavel, nitratestrar, arsenik, sot, avgaser, kolmonoxid och klorerade lösningsämnen har helt klart en negativ inverkan, menade Hogstedt.

Fel kost

Men läkarna var långt ifrån överens. Lars Wilhelmsen, som anser att fel kost och rökning bär den största skulden till infarkt, tyckte

att det var svårt att anklaga arbetsmiljön.

– Om en storrökare får infarkt är det inte arbetsmiljöns fel. Det finns också andra riskfaktorer, tex vet vi inte hur högt blodfett personen hade innan infarkten.

I Sverige har befolkningen mycket höga kolesterolvärden (blodfett) vilket beror på för fet mat. Skillnaden med andra länder, tex Japan, är stor.

– 50 procent av infarkterna i Göteborg beror på detta, markerade Wilhelmsen. Är man dessutom storrökare, mer än 25 cigaretter per dag, är risken störst. Åldern har också betydelse. Kurvan pekar brant uppåt, risken fördubblas varje tioårsperiod.

Enformiga yrken

Långvariga psyko-sociala påfrestningar i arbetsmiljön kan vara en annan orsak, enligt Töres Theorell.

– Enformiga arbetsuppgifter är viktiga att ta hänsyn till. De kan leda till att man röker mer än andra, vilket i sin tur leder till infarkt. Sådana yrken blir allt vanligare, med

tanke på den ökade användningen av tex bildskärmar.

Kraftig stress i arbetet kan också spela roll. Men det är svårt att gradera och bedöma stress. Beteendevetarnas teorier kring stress är så olika. Upplevelse av stress behöver inte heller vara negativ. Tvärtom. Det beror mycket på hur man trivs med sina arbetsuppgifter.

– Ett bra socialt stöd hemifrån kan minska risken för infarkt, sade Irma Åstrand. Å andra sidan kan en dålig arbetssituation leda till att man inte kan slappna av efter arbetsdagen, vilket i sin tur leder till försämrade familjeförhållanden.

Det är en ond cirkel, svår att bryta.

Påverka livsföringen

– Det är farligt att lägga ut dimridåer, varnade Wilhelmsen, som inte verkar ta de psyko-sociala faktorerna på något större allvar.

– Människor tror att det beror på "samhället" och undviker då att själva påverka sin livsföring bl a genom att ändra kosten och sluta röka.

Fortfarande svävar läkarna i okunnighet. Mer forskning behövs, hävdade man flera gånger under debatten.

~Kan infarkt överhuvudtaget klassas som arbetsskada idag, med tanke på denna okunnighet? Något helt klart samband finns inte. Men Erik Orinius anser ändå att det finns ganska klara fall.

– En extra påfrestning i arbetet som ligger insjuknandet mycket nära i tiden, bör bedömas som arbetsskada. Men tidssambandet måste vara uppenbart och handla om minuter, timmar eller dagar. I fråga om veckor är jag osäker.

Hänsyn till personligheten

– Det här är svåra frågor, avslutade Harald Eliach. Vi vet för lite för att ha en klar åsikt. Man måste också ta hänsyn till infarktpersonens personlighet. Han kan vara ambitiös, arbeta över sin kompetensnivå eller inte få tiden att räcka till. Han kan också ha en aggressiv läggning, vilket kan ha en stor påverkan.

– Vi måste få fram metoder för att kunna beräkna storleken av de psyko-sociala faktorerna. Om de ensamma kan leda till en infarkt eller om sjukdomen skulle komma ändå.

Karin Lundgren

Friska takter i Friskvården

På Friskvårdskommitténs uppdrag anordnades en kurs för utbildning av ledare för hjärtträningsgrupper vid Ljungskile Folkhögskola i Göteborgs och Bohus län.

Det blev en verklig fullträff, mest beroende på de båda huvudföreläsarnas förmåga att förmedla sina värdefulla kunskaper till de 29 deltagarna.

Sjukgymnast Lena Englund inledde med att tala om cirkulations- och träningsfysiologi med många intressanta inslag. Hon framhöll bl a att vid arbete med armar, arbetar hjärtat med sämre verkningsgrad på grund av att hjärtats slagvolym är liten och hjärtfrekvensen hög. Kravet på syre och blodgenomströmning ökar då. Kärlekskramp uppstår då hjärtat inte förser sin egen muskel med syresatt blod.

Statiskt arbete (stilla muskelspänning) höjer blodtrycket och pulsfrekvensen. Dynamiskt arbete (rörelse) ger bättre kapacitet. Det har klart konstaterats, att den som tränar och motionerar får ett högre prestationstak än den som inte motionerar. Motion ger dessutom ökat välbefinnande och ökad kraft som gör att man bättre kan ta emot problem och att lösa dem.

Lena Englund underströk vikten av uppvärmning 7-10 min i början av olika aktiviteter och detta är en av de viktigaste skadeförebyggande åtgärderna. Aktiviteterna skall startas mycket försiktigt med stora mjuka rörelser, ej statiskt arbete.

Viktigt att lyssna

Viktigt är att lyssna till var och en av deltagarna i träningsgrupperna och absolut ingen träning vid infektion eller andra tillfällen vid sänkt allmäntillstånd.

Vid den praktiska genomgången av gymnastikprogram visade det sig att de gymnastikprogram, som sjukgymnasterna genomför vid träning av hjärtpatienter är hårdare än vad ledare av pensionärgymnastik tillämpar.

Docent **Harald Sanne** presenterade vetenskapliga fakta och mångåriga erfarenheter som hjärtläkare.

Docent Sanne framhöll att propp-

Friskvårda!



RHL Riksförbundet för
Hjärt- och Lungsjuka

bildning i ett blodkärl oftast är anledningen till infarkt och att hjärtsvikt beror på att muskelns kraft inte orkar med att pumpa blod ut i ådrorna. Man har väsentligt lyckats förkorta vårdtiderna och redan efter ett dygn har man numera en klar uppfattning om patientens situation.

Deltagare i träningsgrupper bör ha varit på ordentlig genomgång med belastningsprov och fått läkares ordination vad det gäller ansträngningsgrad. Man måste härvidlag betona individens egenansvar vid deltagande, men ej heller inge falsk trygghet eller på något sätt skrämna deltagarna. De flesta som haft hjärtinfarkt underskattar sin förmåga att klara olika prestationer. De skall undvika att vara allt för försiktiga och återhållsamma.

Att vara inaktiv medför oftast stor osäkerhet.

Vid återanpassning efter hjärtinfarkt är omhändertagandet av patienten mycket viktigt och att man har någon med samma problem att samtala med. Här finns en stor uppgift för träningsgrupperna och våra organisationer. Dr Sanne deklarerade, att det är klart statistiskt bevisat att rökning påverkar förekomsten av hjärtinfarkt. Därefter följer högt blodtryck och hög kolesterolhalt i blodet. Dessa och övriga fakta som dr Sanne förmedlade är berikande för dem som leder träning där personer som haft hjärtbesvär deltar.

Hjärtstillestånd

Vid kursen demonstrerades återupplivning vid hjärtstillestånd och

informerades om vilka åtgärder man skall vidtaga om något skulle inträffa. Träningsgrupperna behöver stöd och en säker hållning från läkare samt kontakt och samarbete med medicinska rehabiliteringskliniker.

Solveig Carlström, ABF, redogjorde för sin organisations verksamhet och hoppades att kursen skulle leda till ökat antal studiecirkel bla "Efter Hjärtinfarkt"

P O Hallonkvist informerade om Korpens verksamhet i länet och poängterade främst den stora motionskampanjen "Prima liv tillsammans" och dess största sektion, pensionärgymnastiken.

Henry Järevik, presenterade RHL:s målsättningsprogram och förbundets stora friskvårdsprogram. Han hoppades att man genom denna kurs skulle få igång träningsgrupper inom lokalföreningarna och att de många ledarna för pensionärgymnastik, som deltog i kursen, fått en värdefull påbyggnad på sin ledarutbildning.

Lars Barksten, rektor för Ljungskile Folkhögskola skall ha en stor eloge för sin medverkan i den av deltagarna uppskattade och lyckade kursen.

Sagt om kursen:

Lena Nilsson, läkarsekreterare och ledare för pensionärgymnastik: Värdefullt att få friska upp kunskaperna och få kontakt med RHL, som har en jätteviktigt funktion. Är nu bättre förberedd om något skulle inträffa i de grupper jag leder och kan bättre lokalisera orsakerna.

Anna-Maria Karlsson, RHL Uddevalla: Kursen var värdefull och givande och vi hoppas att få igång träning för hjärtsjuka i Uddevalla. Hjärtsjuka måste få träning och råd vid utskrivningen från sjukhusen. Vid Uddevalla lasarett saknas dessa elementära åtgärder.

Inga-Lill Björkberg, pensionärgymnastikledare: Värdefull kurs som gör mig betydligt säkrare som gymnastikledare. Lena Englund körde betydligt hårdare än vad vi gör inom pensionärgymnastiken. I min grupp finns deltagare med hjärtbesvär, så kursen har jag verkligen haft nytta av.

Henry Järevik

30-årsjubileum i Säffle

Hjärt- och Lungsjukas förening i Säffle har under gemtliga former firat sitt 30 års-jubileum. Jubiléet firades i Skogshyddan där det bjöds på mat och därefter dans. Under kaffepausen underhöll Tore Hargåker och Gösta Ahlin med att läsa några dikter.

Uppslutningen till festen var mycket god och gemensamhetsandan stod högt i kurs.

- Det var med tacksamhet vi kunde tänka tillbaka på utvecklingen under dessa 30 år. När föreningen hösten 1953 bildades var det i första hand en intresseförening för den som haft eller hade någon form av lungsjukdom. Tack vare den revolutionerande utvecklingen av mediciner har denna sjukdom starkt avtagit medan hjärtsjukdomarna nu är det stora gisslet. Vi tror dock på en lika gynnsam utveckling när det gäller hjärtsjukdomarna.

Så var det dags för avslutning och alla var överens om att det varit en trevlig och meningsfull kväll.

Hjärtats Dag i Hässleholm

I Hässleholm har firats Hjärtats dag, ett arrangemang av Hässleholmsortens Kamratförening för Hjärt- och lungsjuka. Tillslutningen kunde varit större, men trivseln stod högt i tak ändå.

Kamratföreningens ordförande, Tage Persson, välkomnade och vände sig speciellt till de medverkande, överläkare Bo Pettersson, Hässleholm, RHL:s förbundsrepresentant, Åke Magnusson, Malmö, fru Inger Forsberg-Nilsson samt stads-trädgårdsmästare Sune Liljegren, Hässleholm.

Till ackompanjemang på flygel sjöng Sune Liljegren Ljuvliga ungdom samt Det finns en fager blomma och Evert Taubes I Lissabon där dansa de.

I det följande läkarföredraget visades det bland annat medelst diagram hur friskvård har ett stort in-

flytande på åldersfaktorerna. I våra dagar är hjärtinfarkterna något som hör till det vanliga, liksom den allt mer ökande alkoholkonsumtionen. Cancer är något som också är vanligt. Dödligheten i tex lungcancer och sambandet med rökning har påvisats. I samband med föredraget var det många frågeställningar som kom upp.

I en följande sångavdelning sjöng Sune Liljegren till Inger Forsberg-Nilssons flygelackompanjemang, bland annat Nocturne av Evert Taube, samt Entonigt ringer den lilla klockan, en rysk folkmelodi.

I Kristianstads län finns föreningar för hjärt- och lungsjuka. Förutom i Hässleholm finns också föreningar i Simrishamn, Klippan och Kristianstad. Föreningen i Hässleholm bildades för 30 år sedan med framlidne Martin Persson som förste ordförande. Centralorganisationen finns i Hässleholm och dess ordförande är Ellio Nylander.

Tredje gången i Alvesta

Hjärtats dag firades söndagen den 16 okt i Alvesta Folketshus för tredje gången under lika många år.

På programmet för dagen stod först distriktsläkare Tomas Svensson, Moheda, som höll ett anförande om hjärt-, kärl- och lungsjukdomar, vilket följdes av en frågestund. Därefter talade landstingets friskvårdsassistent Kerstin Nilsson "hur vi ska leva för att uppnå en bra livskvalitet".

Hänt sen sist...

RHL

Nationalföreningen för upplysning om tobakens skadeverkningar. Nationalföreningens ordförande generaldirektör Valfrid Paulsson hälsade deltagarna välkomna. Till ordförande, att leda förhandlingar utsågs Rolf Bromé. Styrelsens verksamhetsberättelse föredrogs och godkändes. Revisionsberättelsen upplästes av revisor Rune Malmer. Styrelsen och VD beviljades ansvarsfrihet för det gångna verksamhetsåret.

Härefter förrättades val. Till ny ordförande för Nationalföreningen för upplysning om tobakens skadeverkningar valdes överläkare Olle Hillerdal. Härefter följde val till olika råd inom Nationalföreningen.

Styrelsen hade utarbetat förslag till nya stadgar för Nationalföreningen, samt förslag om namnförändring till Nationalförbundet mot tobaksskador. En lång diskussion följde beträffande det nya stadgeförslaget. En omröstning om stadgeförslaget genomfördes, varvid det nya stadgeförslaget röstades ner och ärendet återremitterades till styrelsen för vidare utredning. Orsaken till att stadgarna inte gick igenom var att de enskilda medlemmarna i NTS som tidigare haft var sin röst icke skulle få rösträtt med det nya stadgeförslaget. Endast huvudmän för organisationer skulle ha rösträtt i framtiden. Detta motsatte sig de enskilda medlemmarna varför stadgeförslaget icke gick igenom. RHL-representant: *Bengt Dahlström.*

Studieorganisationskonferens i Linköping. Antal deltagare 24. CO:s studieorganisatör träffades för att hålla sin halvårskonferens. Icke representerade län var I-N-P-W-X-Y. Konferensens första dag ägnades åt RHL:s förslag till eftervårdsprogram (sjukgymnastledd träning, gruppviss information, ledarledd motion).

Vi diskuterade hur sjukgymnast-situationen kunde påverkas genom projekten med temadagar om andningsskolor, samt vilka resultat sti-

pendiesatsningen kan ge.

Vi gick igenom studiecirkelverksamheten, efter hjärtinfarkt och lungorna, länens ansökningsförfaranden i resp landsting, samt cirkelledarutbildningarna och rekryteringen till såväl utbildning som cirklar. Deltagarna såg som problem: att kraven på cirkelledarna i "Efter hjärtinfarkt" är så högt ställda att många inte vågar ta på sig uppgiften.

Att föreningarna saknar rekryteringskanaler till cirklarna. När medlemmarna gått cirkeln finns det inga fler att starta nya cirklar för.

Under söndagen diskuterades länsstudieorganisatörernas arbets-situation utifrån ALSO-materialet som ABF tagit fram. Detta knöts till RHL:s studieplanering 1984 på riks-, läns- och lokalplan genom att kurser, rådslag, regionskurser och repskap placerades in på en tidsaxel, så att studieorganisatörernas och styrelsernas olika arbetsuppgifter kunde tidsplaceras.

Utkastet till rådslagsmaterial presenterades och varje studieorganisatör uppmanades att kontakta sin länsrepresentant så snart denne återkommit från rådslaget i Katrineholm. De får tillsammans planera för rådslagscirklarna. RHL-representant: *Tonie Andersson.*

Kurs på Katrineholms stadshotell. Antal deltagare 30 st. Övriga medverkande från kansliet var Tonie Andersson Bengt Dahlström och Tord Axelsson.

Kursen inleddes med en presentation av deltagarna, innan T Axelson presenterade syftet och uppläggningsmetoden och därefter var det dags för grupparbete kring rådslagsmaterialets fyra första avsnitt efter korta inledningar av T Axelsson, Lars Östman och Bo Månsson.

Efter redovisning och diskussion grupperbetade deltagarna kring resterande avsnitt, som följdes av redovisning. Jan-Åke Ekholm, ABF informerade om olika sätt att arbeta med rådslagsmaterialet ute i föreningarna. Dessa olika arbetssätt samt ansvarsfördelningar diskute-

rades sedan i de olika grupperna, liksom frågan om våra förväntningar inför framtiden och om något sänkades i förslaget till råds-material. Kursen avslutades med en diskussion kring tidsplaneringen och kring utformningen av det kommande målsättningsprogrammet. RHL-representant: *Bo Månsson.*

Landstingsförbundet. Tillsammans med Inge-Britt Lundin, RfcF och Lars Persson, HCK, diskuterat med representanter för Lf hur samverkan mellan handikapprörelsen och Landstingen praktiskt skall kunna genomföras. Underlag för diskussionen var dels ett principbeslut från HCK:s AU och dels organisationsförslag från T- och S-län. RHL-representant: *Bo Månsson.*

ABF:s kommitté för studier på handikappområdet. Kommitténs ordförande hade ordnat med visning av det "nya" gamla riksdagshuset. Kommittéledamöterna guidades runt i de nyrenoverade lokalerna och avnjöt därefter en utsökt lunch i riksdagshusets lilla matsal innan dagens sammanträde började. Ett mycket uppskattat initiativ.

På dagordningen stod bl a en avrapportering från konferensen i Norrköping (återgiven av under-tecknad i tidigare rapport), och en avrapportering från arbetsgruppen för länsstudieorganisatörer, som inom det snaraste framlägger sin ALSO-rapport nr 2. RHL-representant: *Tonie Andersson.*

Läkemedelsinformationsrådets, LIR, intressentgrupp. LIR:s ordf Bernt Hökfeldt hälsade alla välkomna samt gick igenom anteckningarna från föregående sammanträde, Hans H Lindén, LIR:s sekr, gick igenom handlingsprogrammet för läkemedelsinformation till nya, samt det fortsatta arbetet med liknande information till äldre. Det s k metodprojektet diskuterades, dvs hur ska man få fram bra och olika modeller för utvärdering av läkemedelsinformation. Läkemedelskommittéernas roll, sammansättning och verksamhet diskuterades också. Slutligen presenterades oli-

ka info-insatser på förpackningar-na, i Patient-FASS (370'ex), på Läkarstämman, olika användningar- och behandlingsanvisningar, egen-vårdshäften och naturmedel för injektion. RHL-representant: *Bo Månsson*.

HCK

HCK:s skoloråd. Närvarande 8 personer. Regeringens proposition om särskilda åtgärder för elever med handikapp i det allmänna skolväsendet diskuterades.

Förslag till skrivelse till utbildningsdepartementet genomgicks, ändrades och godkändes därefter för utskrift att överlämnas till arbetsutskottet.

Skrivelse till utbildningsutskottet om att HCK protesterar mot nedskärningen av utbildningsradion godkändes. RHL-representant: *Bengt Dahlström*.

HCK:s temadag, skola — arbetsliv. Representanter från HCK:s skol- och arbetsmarknadsråd deltog i överläggningarna. Arbetslivscentrum sysslar med forskning och finansieras av Arbetarskyddsfonden via arbetsgivaravgiften. Arbetslivscentrum forskar även inom handikappområdet. Ett projekt heter "Handikappad i arbetslivet". Ett annat projekt är en kartläggning av hemtjänsten i Örebro, som också berör handikappade. Arbetsmiljön inom omsorgen är en annan studie som gjorts av Arbetslivscentrum.

Mårten Söder från Arbetslivscentrum presenterade sitt projekt om övergången "Skola — Arbetsliv för handikappade". Projektet omfattar kartläggning av vad som görs i skolan för att förbereda handikappade elever inför arbetslivet. Vad man gör inom skolan för att underlätta övergången till arbetslivet för dessa elever. Det är OECD som tagit initiativet till detta projekt. OECD kräver in lägesrapporter från länderna inom OECD. Fyra specialområden ägnar man sig åt. 1. Ekonomi, 2. Socialpsykologi, 3. Attityder till handikappade och 4. Handikapporganisationernas roll.

Arbetsgruppen för samverkan Skola — Arbetsliv redogjorde för de punkter som diskuterats inom gruppen. SYO-funktionärernas roll, definition av handikapp, påverkan på Samhällsföretag från HCK, bättre utbildning och fortbildning av yr-

kesvalslärare. Beslöt att ta kontakt med SYO-funktionärernas intresseorganisation för att diskutera med dem om utbildning, resurser m.m. RHL-representant: *Bengt Dahlström*.

Nordiskt hjälpmedelsseminarium, anordnat av Handikapporganisationernas Nordiska Råd. Plats: Hanakolmens kulturcenter, Finland. Antal deltagare ca 130 varav 15 från Sverige.

Seminarier öppnades av Mikael Lindholm, Förbundet De Utvecklingsstördas Vål, Finland, som förklarade att seminariet är uppdelat i tre block, bestående av korta föredrag, grupparbete och redovisningar. Det första blocket behandlade "Konsumentens rättigheter" och hade Eva Jakobsson, Handikappinstitutets informationschef som föredragshållare. Hon pratade bl a om vilka rättigheter hjälpmedelskonsumenten har och om konsumentlagstiftningen i Norden även gäller hjälpmedel. Block två handlade om "Begreppet hjälpmedel" och här talade ombudsman Gerd Andén, FBU, över ämnet "Vilken form av nytänkande behövs för gravt handikappade, då det gäller hjälpmedel". Det tredje och sista blocket behandlade "Samhällsaspekten". Fil dr Anders Forsman från universitetet i

Uppsala föreläste om "Samhälls-ekonomi och solidaritet" och om "resurssvagt eller resursstarkt samhälle?". RHL-representant: *Bo Månsson*.

HCK:s vård och patientråd. Rapporter lämnades av Bo Månsson och Lars Persson, HCK, om bla styrelseinternat och senaste AU, om FUB:s konferens om en ny omsorgslag, om LIR, om HI:s FoU-utredning och om hjälpmedelsseminariet i Finland.

L Persson meddelade att HCK beviljats 240 000 av allmänna arvsfonden till utbildning kring HSL om att SoS kommer att anordna en konferens om psykiskt utvecklingsstörda. L Persson informerade om att rådet fått en remiss "Rörelseorganens sjukdomar", att ett förslag till yttrande över påbyggd sjukgymnastutbildning fanns, att remiss på "Kravspecifikation för rullstolar" avgivits och att AU återkallat rådets yttrande över kompetensutredningen. Bo Månsson redogjorde för föredragningslistan till dagens sammanträde med HI och måndagens med dess styrelse. L Perssons förslag till program för uppföljningskursen på Marieborg den 30-31 jan och till de fem regionala konferenserna kring HSL diskuterades. RHL-representant: *Bo Månsson*.

Arbetsmarknadsskäl?

Poängen sjunker för läkarlinjen

Antagningspoängen för läkarlinjen har sjunkit något för vårterminen 1984 och är nu 4,9 för Stockholm och Linköping. Samtidigt rapporteras att ett 40-tal platser i tandläkarutbildningen är vakanta. Inom undervisningssektorn finns nära 800 tomma utbildningsplatser.

— De sökande har reagerat snabbt på arbetsmarknadens problem, säger Anne-Marie Rydell, chef för UHÅ:s antagningsenhet.

Redan inför höstterminen märkte UHÅ ett minskat intresse för i första hand forskolläro- och fritidspedagogutbildningarna. Antagningspoängen till forskollärlinjen är nu nere i 2,5. På vissa platser har man

fyllt på luckorna med lokal antagning.

För att komma in på tandläkarlinjen i Umeå krävdes den här vårterminen 3,3 i betyg för dem som kom direkt från gymnasiet. I Umeå står 30 utbildningsplatser tomma och Göteborg har 11 vakanta platser.

På läkarlinjen krävs, med betyg och arbetslivserfarenhet, sammanlagt minst 6,0. Då tre års arbete ger 1,7 poäng innebär det att 4,3 i gymnasiebetyg kan räcka.

— Det kommer aldrig att bli så att de som bara uppfyller de basala behörighetskraven kommer in, men det är bra att antagningspoängen till läkarlinjen sjunkit något.

Däremot har ekonomlinjen fått en kraftig ökning av antalet sökande. Sammanlagt 600 fler än inför förra vårterminen har ekonomlinjen som försthandsval.

Totalt sökte 13 800 till 5 800 högskoleplatser. 3 200 har inte uppfyllt svarsobligatoriet och tackat ja eller nej till en erbjuden plats. Det är fler än i somras, när obligatoriet infördes.

Skapa rätt till ledighet för vård av anhörig

Arbetstagare ges rätt till en *kortare* eller en *längre* ledighet för att vårda en anhörig i hemmet eller i vissa fall på en sjukvårds- eller vårdinrättning m m. Med *anhörig* avses inte bara den med vilken arbetstagaren har en släktskapsrelation utan även den med vilken arbetstagaren har nära personliga relationer.

Detta föreslår Anhörigvårdskommittén i sitt slutbetänkande Ledighet för anhörigvård (SOU 1983:64) som har överlämnats till socialminister Sten Andersson.

Den *kortare* eller *tillfälliga* ledigheten får tas ut under högst 30 arbetsdagar per kalenderår och endast som hel- eller halvtidsledighet. Ledigheten har begränsats till fem olika vårdsituationer:

1. Svårare sjukdomstillstånd (tex vård i livets slutskede)
2. Väntan i hemmet på plats vid sjukhus eller vårdhem
3. Tillfälligt avbruten vård vid sjukhus eller vårdhem för vård i hemmet
4. Konvalescens i hemmet i stället för vid sjukhus eller konvalescenthem
5. Vård eller behandling av barn med handikapp under 16 år på en vårdinrättning.

Behovet av ledighet skall om arbetstagaren så begär på lämpligt

sätt kunna styrkas, tex med läkarintyg.

Den *längre* ledigheten, som är avsedd för anhörigvårdinsatser som omfattar mer än 30 arbetsdagar i följd, har inte getts någon övre tidsgräns och har begränsats till två skilda vårdsituationer:

1. Vid av sjukvårdshuvudmannen bedriven verksamhet med *sjukvård i hemmet*, under förutsättning att anhörigvårdaren av denne eller av kommunen ges en *anställning som anhörigvårdare* för att medverka i vården i hemmet.
2. Vid vård av barn med *handikapp under 16 år* i hemmet under förutsättning att vårdbidrag från allmän försäkring utges.

Liksom för den korta ledigheten föreslås att ledigheten enbart fås tas ut helt eller som halvtidsledighet.

Ingen ersättning – än

Den *andra huvudfrågan* kommittén haft att överväga gäller behovet av

och möjligheter att införa ett system med *ersättning från den allmänna försäkringen* till den som vårdar äldre, sjuka och handikappade i hemmet.

Sammanfattningsvis har kommittén – mot bakgrund av att det statsfinansiella läget fn inte medger ökade offentliga utgifter – *inte* ansett sig kunna föreslå införandet av en sådan ersättningsform. En ersättning för vård av anhörig i hemmet bör, enligt kommittén, visserligen indirekt och på sikt leda till vissa *besparingseffekter* för samhället som helhet, men omfattningen av dessa är praktiskt taget omöjliga att beräkna, liksom inte minst *totalkostnaderna* för staten och den allmänna försäkringen.

Kommittén anser dock att framför allt de *humanitära* skälen för en reform av detta slag är så starka att frågan på nytt måste aktualiseras när de samhällsekonomiska förutsättningarna har förbättrats. Det är därvid, enligt kommitténs mening, möjligt att *etappvis* genomföra en sådan reform, varvid i första hand situationerna med *vård i livets slutskede i hemmet och vård av barn över 12 år* bör ges prioritet.

Tre av kommitténs ledamöter har inkommit med *reservationer*. Kerstin Hesselström (fp) och Kersti Johansson (c) reserverade sig mot beslutet att inte föreslå införande av en ersättning från allmän försäkring för de vårdsituationer som föreslås omfattas av en kortare eller tillfällig rätt till ledighet för anhörigvård. Allan Åkerlind (m) reserverade sig bl a mot beslutet att föreslå en rätt till längre ledighet.

Specialister vägras vikariat

Vikariaten vid centrallasaret i Västerås spärras för specialistkompetenta läkare. Sjukhusledningen har bestämt att endast icke färdigutbildade läkare får anställas som vikarier.

Anledningen är att landstingspolitikerna ännu inte fastställt bemanningsramarna för sjukhuset. Så länge inga sådana beslut fattas vägrar sjukhusledningen inte anställa specialistkompetenta vikarier.

Sjukhuset vill undvika att de specialistkompetenta läkarna kräver fast tjänst enligt lagen om anställningsskydd med hänvisning till att det finns ett "kontinuerligt vikariebehov".

”Vi får ett bättre liv — men vi får också betala för det”

Skatteutjämning. Slopande av matmomsen. Husläkare. Uppbrytning av vårdmonopolet.

Det är fyra, vitt skilda, åsikter om hur svenska folket ska nå ”Vård och hälsa på lika villkor”.

Statssekreteraren i socialdepartementet Ingemar Lindberg hade med andra ord ingen lätt uppgift när han nyligen skulle sammanfatta en konferens om hälso- och sjukvårdslagen och hur den ska kunna förverkligas.

– Svenska folket äger en förmögenhet i sin hälso- och sjukvård och det är rimligt att alla får del i avkastningen.

Det sade landstingsrådet Leni Björklund (s) från Stockholm i den debatt mellan de fem riksdagspartierna som upptog större delen av socialdepartementets arrangemang.

Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) togs i bred enighet mellan partierna och ska den nu kunna förverkligas i alla sina delar, måste enigheten vara minst lika stor:

– Sjukvården främjas bäst om vi är eniga. Den får inte bli ett politiskt slagträ, sade förre sjukvårdsministern Karin Ahrlund (fp).

– Visst finns det enighet, men vi tolkar begreppen olika, menade Margó Ingvardsson (vpk).

– Ta exempelvis begreppet ”offensiv sjukvård”; för vpk innebär det en sjukvård som verkar för ett samhälle som inte skapar ohälsa hos befolkningen. Men sjukvården har idag ingen praktisk möjlighet att ändra på villkoren. Vi skulle då komma i konflikt med starka ekonomiska intressen, fortsatte Margó Ingvardsson och tog bilindustrin som exempel.

”Mer dynamik”

– Idag har vi inget rättvist utbud av sjukvård – inte ens om man slår

samman den offentliga och privata sjukvårdens resurser som ju ska samarbeta, konstaterade centerns representant Börje Hörnlund.

Moderaternas Göran Lennmarker poängterade att sjukvården är en av de mest dynamiska samhällssektorerna vi har. Men han ville samtidigt bryta upp ”vårdmonopolet” för landstingen för att få en hälso- och sjukvård som inte var så rätlinjig, utan mer dynamisk.

Han ansåg att sjukvården i USA betytt mer för utvecklingen av svensk sjukvård, än vad Landstingsförbundet gjort...

Förbundets representant, landstingsrådet Bertil Göransson från Malmöhus, hade redan tidigare understrukit att de mål USA satt för sin hälsopolitik under 80-talet, dom har Sverige redan uppnått. Och mer än så, om man t ex mäter resultaten i minskad dödlighet för olika ålderskategorier.

Med adress till Göran Lennmarker konstaterade också Bertil Göransson att om förutsättningarna för HSL nu bryts upp – genom att ett parti går stick i stäv mot de tidigare gemensamma målen – ja, då kommer åtminstone han personligen att kräva en rad specialåtgärder till stöd för utsatta grupper i samhället.

Där fick han senare stöd av Leni Björklund. Att nämligen sjukvår-

den och (o)hälsan slår olika i samhället, det framgick klart av föredragningar tidigare under dagen. Bl a från professor Peter Hjort ifrån Norge och socialstyrelsens representant Göran Dahlgren.

Peter Hjort har kunnat slå fast att vårdutbudet är ojämnt fördelat över Norden, samt att det inte är behoven som styr, utan tillgången till pengar och resurser.

Peter Hjorts budskap var vidare att en utbyggd primärvård – och förebyggande hälsovård inte kommer att spara pengar:

– En förebyggande vård kommer att göra livet lättare. Inte rädda liv, men hålla döden på avstånd.

– Vi kommer att få ett bättre liv, men vi kommer också att få betala för det, sade Peter Hjort.

Ingvar Krakau från Sollentuna vårdcentral kunde också visa hur den utbyggda primärvården när större och utsattare grupper i samhället än vad man gjort tidigare.

Läkarförbundets ordförande Hans Rundcrantz varnade för en övertro på planering, organisation och stickspårsdebatter om vad som är primärvård eller inte. Som exempel tog han barnläkaren – är det en specialist eller inte?

Han varnade också för en polarisering ner till slagordsnivå mellan delar av hälso- och sjukvården: ”Offentlig vård bra”, ”privatvård dålig”.

Det ställdes en rad frågor under debatten, men långt ifrån alla fick något svar och nog hängde många trådar lösa när konferensen avslutades.

Statssekreterare Ingemar Lindberg kunde notera en enighet i viktiga frågor – men också klara markeringar av skiljelinjer mellan partier och olika intressegrupper inom vården men han slog ändå fast att konferensen var ett viktigt led i att följa upp HSL och dess målsättningar.



Ingemar Björklund



BLOMSTERFOND

BLOMSTERFONDEN

tar emot gåvor

Postgirokonto 90 00 11-8



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

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



Vill Du veta mera kontakta vår lokalförening eller RHL

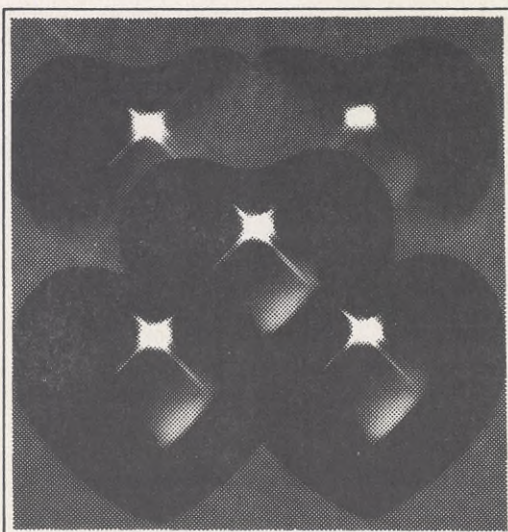


RIKSFÖRBUNDET FÖR HJÄRT- OCH LUNGSJUKA

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

Postgiro 90 00 11-8





DET BATTERI- DRIVNA HJÄRTAT.

Hur är det att leva med pacemaker?
Kan jag motionera som tidigare?
Får jag körkort om jag har pacemaker?
Eller är jag dömd till ett annorlunda,
stillasittande liv?

"Det batteridrivna hjärtat" är en
skrift i Skandias serie Vår hälsa.
Docent Olof Edhag, Huddinge
sjukhus, Stockholm, berättar om
när och varför man opererar in en
pacemaker och hur patientens liv

förändras efter en sådan operatio
Det är en angelägen skrift. Speci-
ellt för dig som själv har en pace-
maker eller för dig som har nära
kontakt med en pacemakerpatient.
Om du tex är anhörig eller jobbar
inom ett vårdyrke.

Skriften finns att hämta gratis på
alla Skandiakontor. Eller kan rekvi-
reras med denna kupong.

Jatack!

Sänd mig gratis ex av Vår hälsa-skriften
"Det batteridrivna hjärtat".

Namn _____

Adress _____

Postnr _____

Postanstalt _____

Status 2/84

Märk kuvertet "Vår hälsa" och posta det till
Förlagsavdelningen - Skandia - 103 50 Stockholm



SKANDIA