

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

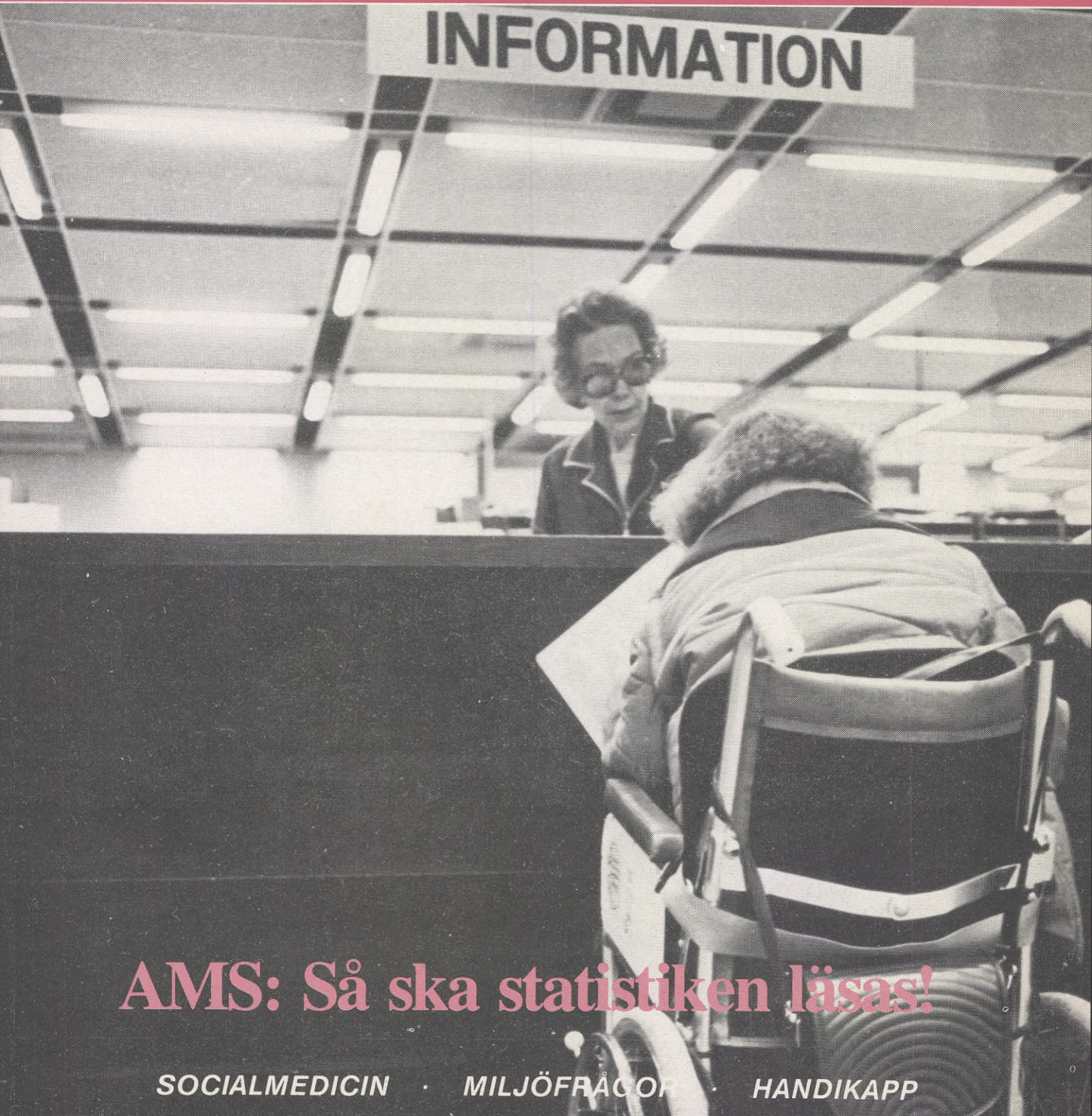
7

augusti 1983



Utges av Riksförbundet för hjärt- och lungsjuka

pris 5:—



**AMS: Så ska statistiken läsas!**

SOCIALMEDICIN

MILJÖFRÅGOR

HANDIKAPP



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



# Status

Organ för Riksförbundet  
för hjärt- och lungsjuka

nr 7 1983 årgång 46

Ansvarig utgivare:  
Tord Axelsson

Redaktör: Mats Freij

Förbundskansli:  
Hornsbruksgatan 28  
Postadress: Box 9090  
102 72 Stockholm  
Telefon: 08-69 09 60  
Postgiro: 90 00 11 - 8

Tryckeri:  
Fingraf ab, Södertälje 1983

Prenumerationspris:  
Helår 45:—, Medlemspren. 25:—.

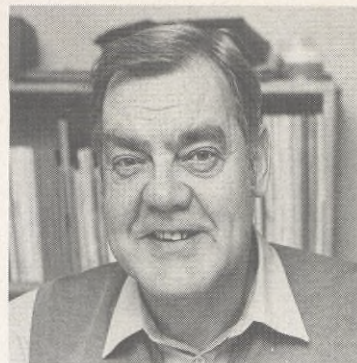
Beroende på ett redaktionellt missöde fick förra Status fel numrering. För-  
ra numret skulle rätteligen  
heta nr 6, det nummer du  
har i handen är nr 7!

## UR INNEHÅLLET:

- sid 4: Vi måste öka trycket
- sid 6: Från representantskapet i Borlänge
- sid 10: RHL-information
- sid 14: AMS: Axelsson har fel!
- sid 16: Krönika – Lars Östman
- sid 17: Serie om hjärtinfarkt
- sid 20: Vad styr sjukvården
- sid 22: Bildkryss

TS-kontrollerad upplaga

## LEDARE



# Vad gör kommunerna?

Just nu pågår inom RHL en diskussion om en ökad satsning på intressepolitiken. En del föreningar har sedan länge träget arbetat med att förbättra sina medlemmars villkor, genom regelbundna kontakter och uppvaktningar av de politiskt ansvariga. Andra föreningar inom RHL har inte satsat lika hårt på denna verksamhet.

Men den behövs.

Här är ett skäl:

Socialstyrelsen har genom en enkät tagit reda på hur landets kommuner sköter och planerar sina insatser på handikappområdet. Svaren är ingen uppbygglig läsning.

## Ingen aning

Var femte kommun har uppenbarligen ingen aning om hur dess handikappade medborgare egentligen har det! För man har *inte gjort någon inventering av antalet handikappade* under de senaste fem åren, *inte bedrivit någon uppsökande verksamhet* bland handikappade under samma tidsperiod, *inte gjort någon sammanställning* av situationen vad gäller ålder, utbildning, förvärvsarbete, boendeförhållande, art av handikapp, mest väsentliga hjälpbehov.

*Var femte kommun har enligt enkätsvaren till socialstyrelsen heller inga planer på sådana verksamheter.*

## Öka trycket!

Här måste vi RHL:are som en del av handikapprörelsen gå i spetsen och kräva förändring. Vi kan göra det genom att nog-  
samt bevaka det som händer i de kommunala nämnderna och styrelserna, inte minst i de kommunala handikappråden.

I höst måste vi starta det här arbetet. Den nya socialtjänstlagen ålägger kommunerna att ta reda på vilka behov samtliga medborgare har. Det ansvaret måste vi utkräva att man tar.

Skaffa kunskaperna, ställ kraven. Målet måste vara att *alla* kommuner upprättar genomtänkta planer för en genomtänkt politik på handikappområdet.

Med den kunskap och erfarenhet som finns inom RHL, på alla nivåer, har vi stora utsikter att lyckas.

Satsa alltså på ett genomtänkt intressepolitiskt arbete.

Det är en nödvändighet!

Tord Axelsson

# – VI MÅSTE ÖKA TRYCKET!

**Bo Martinsson och Mary Erixon, ordförande respektive vice ordförande i RHL:s förbundsstyrelse, samtalar i den här intervjun om RHL:s viktigaste uppgifter framöver. Och det finns besvärliga frågor att ta tag i; medlemsituationen i förbundet kan komma att ställa särskilda krav på förändringar av verksamheten, de knappa ekonomiska resurserna och naturligtvis förbundets agerande utåt mot allmänheten, myndigheter och statsmakter.**

– Ser man bakåt en tio-femton år, så har ju förbundets aktiviteter ökat alldeles kolossalt, säger Bo Martinsson. Dels har vi ju lyckats med en ordentlig "inbrytning" på hjärtsidan, idag företräder vi den gruppen på ett helt annat sätt än tidigare, idag känns det naturligt som hjärtsjuk att organisera sig i RHL.

– Detta ska ses mot bakgrund av att vi från början nästan utslutande organiserade lungsjuka.

## **Mycket på gång**

– Nu driver vi ju kontinuerligt Hjärtats Dag-arrangemang, utställningar, lokala och regionala frågor ute i landsting och kommuner. Och naturligtvis får vi inte glömma det senaste årets friskvårdskampanj.

– Vi måste bli ännu bättre, bryter Mary in. Idag har vi ju grovt räknat två typer av verksamhet: intressepolitik och mer sociala gemensamhetsskapande aktiviteter. Båda är viktiga, men idag finns enligt min mening en viss obalans.

Och det är intressepolitiken som blivit lidande.

### **Varför det?**

Av flera olika skäl tror jag. Dels beroende på att många frågor är svåra att överblicka, vårdsverige är komplicerat. Det är omöjligt för många att veta *vem* som fattar besluten och *var* någonstans. Det är mödosamt att driva intressepolitik, inom RHL måste vi satsa på utbildning ännu mer än tidigare, men vi ska samtidigt ha klart för oss att

---

*Text o foto:  
Mats Freij*

---

det finns kamrater bland oss som inte orkar.

Ett annat skäl till att intressepolitiken på sina håll inte prioriteras tror jag beror på att många RHL-are faktiskt är förnöjsamma!

– Många har upplevt 1930-40-talen och den misär som då rådde; sedan har man fått ta del av efterkrigstidens reformarbete och oerhörda standardhöjning; delvis ett



resultat av deras eget arbete. Då kan det vara svårt att starta om igen, men det är nödvändigt nu.

(Mary är också noga med att påpeka att många föreningar inom RHL driver intressefrågorna hårt och konsekvent.)

### Kravmaskin?

Men i dagsläget, men kärv ekonomi, måste inte också RHL hålla igen sina krav?

– Aldrig, menar Bo Martinsson. Du kan inte vara förvånad över mitt svar! Ingen kan väl på allvar mena att en organisation någonsin skall upphöra att företräda sina medlemmar och de krav dessa ställer!

– Vi är en kravmaskin om man vill uttrycka det så, det är vår primära uppgift att påpeka orättvisor.

### Nya arbetsuppgifter

Vilka är de viktigaste arbetsuppgifterna i framtiden?

– I förbundet handlar det om flera saker: Kongressbesluten måste genomföras, utbildningen förstärkas, på vissa håll måste det till organisatoriska insatser.

– Vi måste satsa ännu mer på vår informationsverksamhet, trots att våra resurser är små. Hjärtats Dag och friskvårdskampanjen har gjort att våra frågor förts ut till en mycket stor allmänhet. Alla föreningar måste hitta systematiska vägar att informera både om RHL som organisation för hjärt- och lungsjuka och de faktiska krav vi ställer.

### Olika grupper

Något som diskuteras inom förbundet är insatserna på hjärt- respektive lungsjukeområdet.

Mary medger att situationen är lite besvärlig, att en förändring av inriktningen kanske måste till:

– Vi har historiskt ägnat mycket kraft åt lungsjukdomarna, helt naturligt. Samtidigt som vi uppnått en hel del goda resultat och en del typer av lungsjukdomar blir mer och mer sällsynta, så ökar hjärt- och kärlsjukdomarna. De är ju nu faktiskt vår största folksjukdom. Som förbund kan vi inte blunda för detta. Samtidigt som våra lungsjuka medlemmar har rätt att kräva service och att förbundet driver deras önskemål, måste vi i framtiden



den ägna oss mer åt hjärtsjukdomarna.

– Vi vet att RHL-föreningarna på många håll arbetar intimt med läkarna på många sjukhus, säger Bo Martinsson. Både när det gäller att skapa de nödvändiga medicinska resurserna och för att arbeta fram rekonditioneringsprogram.

Båda är överens i den här frågan:

Inom förbundet måste de olika grupperna visa förståelse för varandra. Och det handlar just om **förståelse**. Några uttalade motsättningar tror de inte på.

**Föräldraföreningen har bytt namn. Numera heter den Föräldraföreningen för hjärtsjuka barn och ungdomar. Inget om lungsjukdomar nämns längre i namnet. Hur ska man tolka det?**

Mary: – Föreningen orkade inte ägna sig åt båda grupperna. Kongressen hade ju uttalat att arbetet skulle ske efter 50-50 principen. Tyvärr så visade det sig vara omöjligt.

För enskilda föräldrar till lungsjuka barn kan detta naturligtvis bli negativt. Men vi måste från förbundet och våra föreningar försöka

ge dem den hjälp de behöver.

Och namnförändringen innebär ju inte att lungsjuka barn och ungdomar utestängs från föreningen, utan är mer en markering av framtida inriktning.

### Läkarsamarbete

**Många föreningar arbetar mycket nära läkarkåren. Överhuvudtaget sker kontakten rätt ofta via läkaren, innan man söker organiserat samarbete med sjukvårdshuvudmannen. Varför?**

– Påståendet är inte helt rätt, svarar Bo. Men allt samarbete förutsätter läkarmedverkan. Hur mycket du än samarbetar med ett sjukhus eller landsting, så fungerar det inte om inte de aktuella läkarna ställer upp. Det är bara så.

(Kom ihåg, säger Bo, att det inte var så där många år sedan som en välkänd läkare klart uttalade meningen om att RHL inte skulle "oroa" hans patienter!)

### Varför RHL?

Vad finns det för anledning för en

person med hjärt- eller lungsjukdom att gå med i RHL?

– Flera, säger Bo. För det första kommer du in i en gemenskap, får hjälp och del av andras erfarenheter. På de flesta ställen i landet kan RHL hjälpa till med rekonditioneringen.

Dessutom får du chansen att gö-

ra en insats.

– Genom arbetet i förbundet får man vara med i arbetet att förebygga sjukdomar, att se till att andra inte hamnar i den situation man själv är i. Dessutom får du delta i arbetet att bygga upp en ordentlig eftervård så att det går lättare att återvända till ett mer normalt liv.

De närmaste åren kommer Hälso- och sjukvårdslagen att ägnas stor uppmärksamhet inom vårt förbund.

Den nya medlemmar som kommer till oss får vara med om att genomföra lagens intentioner om patientmedverkan: ett viktigt och spännande arbete!

BORLÄNGE • BORLÄNGE • BORLÄNGE • BORLÄNGE • BORLÄNGE

## Stillsamt representantskapsmöte i Borlänge

**Årets representantskapsmöte hölls i juni i år, i Borlänge. Ett ganska lugnt och stillsamt möte, enigheten var stor och debatterna få. Verksamhetsberättelse, budget och annat klubbades i rask takt. Men en del synpunkter fanns, bland annat på Status.**

*En koncentrerad Helge Nilsson.*

Representantskapsmötet hölls alltså i Dalarna med centralorganisationen som värd. Tillsammans med Bo Martinsson valdes CO-ordföranden Bengt Hedström (tillika läns-HCK:s ordförande) att leda förhandlingarna.

Förbundsstyrelsen och kansliet redovisade åtgärderna med anledning av förra årets kongress. Av de 28 motioner som föranlett insatser hade över 20 redan behandlats till detta representantskap. Flera motioner behandlade informationsfrågor, däribland Status. En av representantskapsledamöterna begärde ordet och lämnade kritiska synpunkter på förbundsorganet:

– Sedan en tid tillbaka har Status blivit mycket sämre! Nu står det inte alls lika mycket om de olika föreningarna som tidigare, det är för lite om våra olika aktiviteter. Mer information om föreningarna!

Men han fick inte mycket stöd.

Flera delegater hänvisade till att Status måste innehålla mer reportage och artiklar som anknyter till intressepolitiken än tidigare. – Tidningen får inte bara innehålla returinformation, den måste bli ett effektivt språkrör för förbundet, och samtidigt vara en medlemstidning.

Förbundssekreteraren Tord Axelsson redovisade hur redaktionen arbetar och menade att innehållet i en förbundstidning knappast i alla delar ska beslutas av lokalföreningarna.

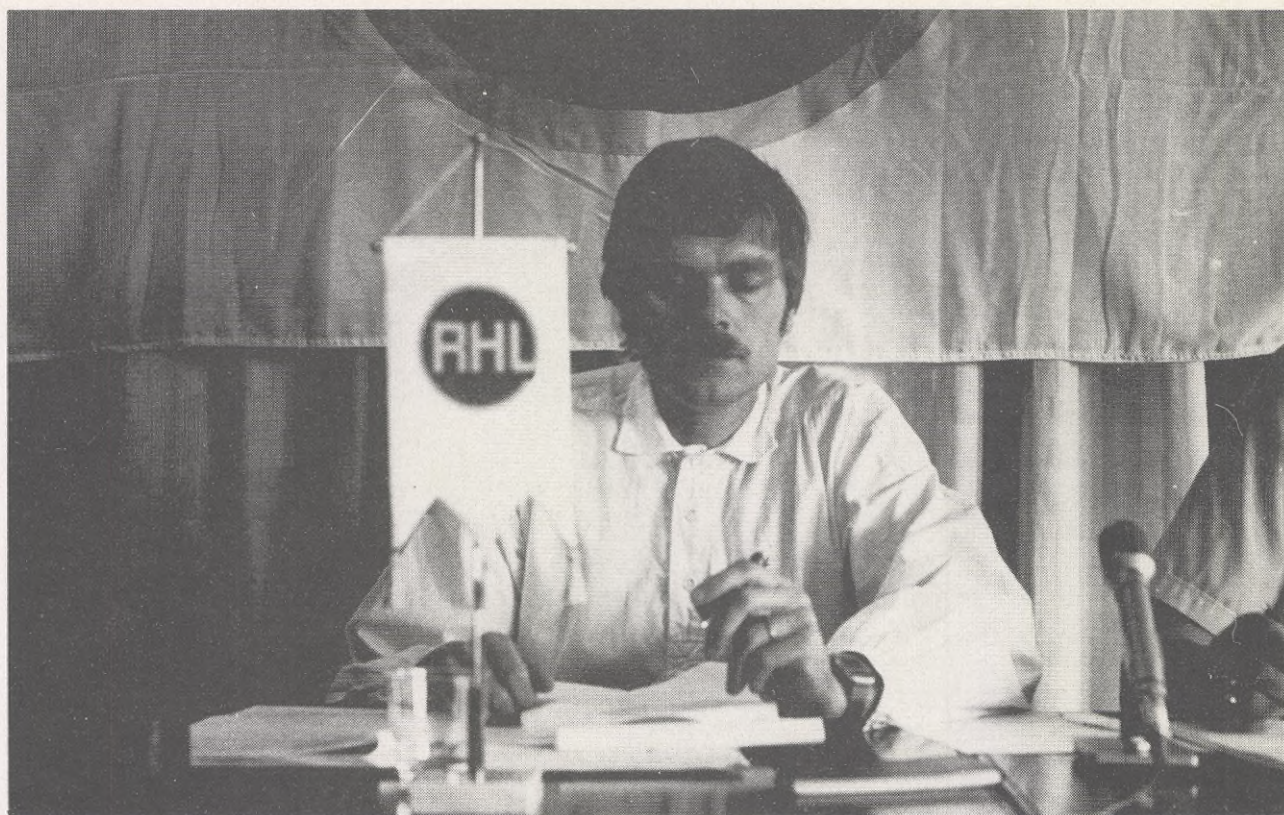


– Men vi lyssnar, och lokalt material saknas verkligen inte i Status.

### Grupparbete

Bo Månsson, förbundskansliet, re-

dovisade förbundets utbildningsprogram som innehåller kontinuerligt återkommande utbildning för funktionärer, ämnesriktade kurser m m m m. Representantskapet hade ingen avvikande mening vad gällde studieplanen.



Likaså kan lotteriintäkterna öka, de senaste åren har lotterna varit lättsålda vilket gör att en volymökning är tänkbar.

### Kostinformation

Representantskapet rekommenderade också tema för 1984 års Hjärtats Dag: Information kring kostfrågor och lungsjukdomar. (Nu vet ni det; dags att börja planera redan nu, ute i landet.)

Ett par kompletteringsval gjordes också i Borlänge; Torgny Lindmark ersatte Arne Lund i valberedningen (Lund hade inkommit med en avsägelse). Mary Erixson ersatte Bengt J Johansson i stadskommittén.

CO i Dalarna hade lagt ner ett stort arbete på att få ledamöterna att trivas. Under några timmar bjöds på en busstur i det fagra Dalarna. En ordentlig information om Borlänge avslutades med besök vid Ornässtugan (där Gustav Vasa en gång upplevde ett av sina många äventyr) och också en visning av Tuna kyrka.

Ett särskilt tack också till Borlänge kommun som inviterade representantskapsmötet till lunch.

Nästa års representantskap beslutades till Gotland – välkomna dit!



Större delen av representantskapet ägnades åt diskussioner kring ekonomi och den kommande verksamheten, i olika grupparbeten. Förbundets ekonomi är fortfarande

god, för att den ska fortfara att vara det krävs insatser av samtliga medlemmar; intäkterna till Blomsterfonden har stagnerat och ordentlig marknadsföring behövs.



# Vad händer nu?

**En fråga som uppenbarligen kommer att diskuteras framöver inom RHL, är den fortsatta verksamhetsinriktningen. En diskussion som har minst två utgångspunkter; dels vilken typ av aktiviteter de olika föreningarna skall satsa på i framtiden, dels hur balansen mellan olika medlemsgruppers intressen ska kunna tillgodoses. Representantskapsledamöterna företrädde förmodligen de olika uppfattningarna som finns i förbundet för närvarande.**

Några uttalade missnöje över att lungsjukdomarna inte ägnas tillräckligt stort intresse, andra menade att ökade satsningar måste göras på hjärtområdet. En tredje grupp tog föräldraföreningens namnbyte till intäkt för att det finns faktiska motsättningar inom förbundet.

## Kompromiss

Sen fanns naturligtvis den (stora) grupp som menade att RHL måste försöka tillgodose samtliga grupper, även om det innebär att alla krav inte kan drivas samtidigt.

Huvudtesen var här att utan ett RHL som är starkt och enat inåt, så är möjligheterna mycket små att driva kraven framgångsrikt mot maktavarna.

Debatten, eller snarare diskussionen, var lågmäld, men innebar ändå att frågorna har sådan aktualitet att de bör diskuteras vidare ute i landet.

## Vilken verksamhet?

Diskussionen om verksamhetens innehåll startade faktiskt med att förbundet analyserades. Ett par ombud menade att Status mer borde spegla de lokala organisationernas verksamhet oavsett innehåll.

*Tord Axelsson*, förbundssekreterare, menade dock att andra frågor måste ges ett ökat utrymme i Status och också i verksamheten.

– Vi får aldrig glömma intressepolitiken, sa Tord vårt förbund är en intresseorganisation med hand-

lingsprogram och stadgar. Det ställer självklart krav på både förbundsstyrelse, organisationerna inom RHL och borde då också få konsekvenser för Status som är vårt viktigaste opinionsbildande instrument.

Ännu viktigare blir detta, när vi från årsskiftet kommer att nå alla medlemmar med tidningen.

## Inga invändningar

Ingen invände i sak mot ovanstående, men ändå hävdades att de lokala organisationerna naturligtvis själva bestämmer vilken verksamhet man vill syssla med. Tord Axelsson underströk att suveräniteten inte ifrågasätts, men att det är viktigt att alla arbetar samtidigt för Riksförbundets målsättningar.

## Informatörsutbildning?

Bo Månsson, konsulent, menade att det är nödvändigt med en intensiv information direkt från den enskilde medlemmen till skolor, institutioner, arbetsplatser m m m m.

– Många drar sig idag för att informera av det skälet att man inte riktigt vet vad och hur man skall göra det; därför är förbundet berett att genomföra speciell utbildning för dem som känner att de vill lära mer om informationsteknik.

## Vad händer nu?

Representantskapet hade att ta ställning till de åtgärder som förbundsstyrelsen vidtagit med anledning av kongressbeslutet 1982.

I princip var representantskapet nöjt med de svar och redovisningar som gavs. Dock, inga nya krav eller önskemål restes fram till nästa representantskap. Frågan är: kommer några krav nästa år, våren 1984?

*Text o foto:  
Mats Freij*



# Hänt sen sist...

## RHL

*Hjärtats Dag i Klippan.* 250 närvarande. Informerades om RHL:s målsättning och organisation. Friskvårdskampanjen berördes speciellt med tanke på det fina resultat som uppnåtts i Skåne. Hjärtträningen och dess betydelse samt tobakens skadeverkningar berördes.

Dr Steen Juul Möller från hjärtmottagningen i Malmö berättade om riskfaktorerna samt ställde sig till förfogande vid en efterkommande frågestund. RHL-representant: Åke Magnusson.

*Föräldraföreningens ungdomsträff.* Tjugotvå ungdomar från Sverige och Norge deltog i ungdomsträffen. Ungdomarna anlände till Stockholm fredag kväll, då vi också hade en gemensam samling. Under lördag fm diskuterades ungdomsverksamhetens arbete i fortsättningen och hur vi ska nå ut till fler ungdomar. Lördag em och kvällen ägnades åt besök på Skansen och Gröna Lund. RHL-representant: Monica Demgert.

*Hjärtats Dag i Örnköldsvik.* Genom en god affischering och annonsering hade många från allmänheten kommit till Hjärtats Dag i nya församlingshemmet. Hälsningsanförandet hölls av föreningens ordförande Helge Stoltz, varefter en femtonmannakör sjöng vårsånger. Kosthållare Ingeborg Johansson, Österåsens Hälsohem (fd sanatorium) informerade om rätt kost vid hjärt och kärlsjukdomar och hälsokurer på Österåsen. RHL-representant: Bengt Hedström.

## HCK

*HCK:s socialpolitiska råd.* Riktlinjer för höstens arbete i rådet lades upp liksom kring de frågor, som skall upp till diskussion i samband

med överläggningarna med regeringen angående budgetarbetet. Frågor som är viktiga är statsbidragen till kommunerna för färdtjänst, social hemservice, till landstingen för hemsjukvård och anhörigvård. Vidare diskuterades försäkringskassornas försämrade service, längre utredningstider och ökade antalet avslag på olika områden inom allmänförsäkring. RHL-representant: Tord Axelsson.

*Arbetsgruppen för HCK:s vårdpolitiska program.* Arbetsgruppen besökte Gunilla Lamnevik på Landstingsförbundet för att få mer detaljerad information om samarbetsfrågor mellan landsting och kommuner och om olika planeringsfrågor. Sammanträdet avslutades på RHL, där diskuterades dels det fortsatta arbetet och gjordes upp ett arbetsschema och dels innehållet i konferensen i augusti med Landstingsförbundet. RHL-representant: Bo Månsson.

*HCK:s styrelses arbetsutskott.* Rapportierades att Riksfärdtjänstens provtid går ut vid årsskiftet, men att man föreslår att den skall permanentas och den särskilda nämnden fortsätter. Frågan om huvudman diskuterades. Förslaget är att Statens Järnvägar blir huvudman. Troligen kommer Riksfärdtjänsten att bli föremål för bantning. Det kan bli ett förslag om att maximera till tre resor/år eller högre egenavgifter. Rådsorganisationen inom HCK skall bli föremål för en utvärdering. Barn- och ungdomsbroschyrer har nu tagits fram för tre handikappgrupper. Arbetet med de kvarvarande har bromsats upp fn eftersom medel saknas. RHL-representant: Tord Axelsson.

## Departement organisationer myndigheter

*AMS-kommittén.* Vid sammanträdet redogjordes för den utredning,

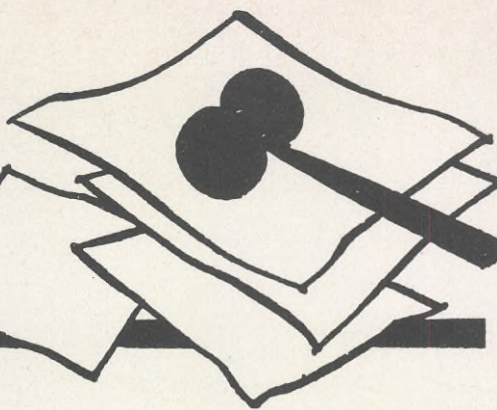
som gjorts av riksdagens revisorer angående Arbetsmarknadsverkets personalsituation. Utredningen visar att AMV sedan 1970 fått en förstärkning med 3 500 tjänster och har fn 11 800 årsarbetare anställda inom AMS, LAN och Af. Av denna förstärkning har Af (förmedlingen) erhållit 73% medan det centrala verket erhållit 4%. Frånvaron är rätt hög, men det mesta härrör sig till semester och annan lagstadgad frånvaro. Sjukfrånvaron är något högre i AMV än inom annan statlig förvaltning, men detta anser man kunna förklaras bla på den hårda arbetsbelastningen. RHL-representant: Tord Axelsson.

*Statens Handikappråd.* Rådet fastställde förslag till fördelning av statsbidraget till organisationerna för budgetåret 83/84. Enligt detta förslag, som är i överensstämmelse med HCK:s förslag, får varje bidragsberättigad organisation ett påslag på 10% och resterande fördelas ut på sådana organisationer som har släpat efter särskilt mycket. Enligt förslaget får RHL för 83/84 986 000:- mot 805 000:- innevarande år. Samtidigt meddelades från SHR att anslaget - även om det nu är uppe i 30 miljoner - är för knappt och att bidragsbehovet ligger högt över det anslagna beloppet. RHL får däremot enligt förslaget inga medel till det speciella projekt om flerhandikappade hjärtsjuka som vi sökt för (147 000).

Ny ordförande efter Nils Carlshamre blir riksdagsman Doris Håvik. RHL-representant: Tord Axelsson.

*NHL:s funktionärsmöte.* Den 26/5 hölls ett sammanträde med kansliansvariga från Danmark, Finland, Norge och Sverige för att diskutera det fortsatta samarbetet mellan de hjärt- och lungsjukas organisationer i Norden. Framförallt diskuterades möjligheterna att förbättra bevakningen av våra medlemsorganisationers och grupper gemensamma frågor på det social- och arbetsmarknadspolitiska området, men även speciellt frågor inom sjukvård och rehabilitering. RHL-representant: Tord Axelsson.

# RHL INFORMATION



## Emot vårdavgift

CHL i Örebro län, Örebro läns Centralorganisation för Hjärt- och Lungsjuka har hållit årsmöte. Ett tjugofemtal medlemmar deltog, därav tolv röstberättigade ombud från de fyra lokalföreningarna, som är anslutna till CHL och tillsammans har 954 medlemmar.

Årsmötet behandlade utom sedvanliga frågor även frågan om differentierade vårdavgifter och beslutade enhälligt avge protestskrivelse till riksdagens socialutskott mot nuvarande bestämmelser.

## Hjärt- och lungsjuka på utflykt

Linde och Nora lokalförening av hjärt- och lungsjuka har haft en utflykt till Loka Brunn. 40 medlemmar startade från Lindesberg, via Nora. Under vägen till Loka Brunn rastade man och drack kaffe i underbart väder och vacker utsikt vid en sjö efter vägen. I Loka väntade en guide som visade alla byggnader. Kyrkan besöktes och samtliga drack brunn.

## Kramfors avdelning av Hjärt- och lungsjukas

förening har avslutat vårens verksamhet med ett möte där ett 60-tal medlemmar deltog.

Kassören rapporterade att avdelningen har belagt andra plats i grupp två i friskvårdskampanjen för hela riket, något som man konstaterade var en hedrande placering.

Vidare rapporterades om sommarens resor. Ett flertal endagsresor ska göras och den längsta resan, på sex dagar, går till Bohuslän med buss.

## Konditionsgymnastiken i Trelleborg nu avslutad

Konditionsgymnastik för infarkt-drabbade har varit igång i 10 veckor, och avslutades för sommaren den 15 juni. Gruppen, som omfattat 9 deltagare plus 2 ledare, har hållit igång i Akkas motionshall, vilken välvilligt ställts till förfogande av Trelleborgs kommun.

Av gruppens deltagare har intresset varit stort, inte minst från de två kvinnliga deltagarna, vilket bevisas av fullt närvaroantal vid samtliga träffar.

Som huvudledare för gruppen har sjukgymnast Lena Quarnström fungerat (har hand om rekonditioneringen på Trelleborgs lasarett) och som medhjälpare från Korpen har Carl-Axel Lindholm varit med. Carl-Axel handhar Trelleborgskorpens handikappsektion.

Bakom sig har lokalföreningen också chefsläkare Carl Brechters goda råd och ett "lycka till" till initiativet.

Lokalföreningen hoppas också få igång en andra grupp till hösten, och Lena Quarnström blir ledare för denna.

Gruppen som nyligen avslutat

första träningsterminen, kommer att till hösten fortsätta under Carl-Axel Lindholms ledning. Vi hoppas också på intresse för ytterligare motionsgrupper, och tänker då speciellt på personer med lungbesvär.

KÅGE

## Tack alla reskamrater!

Hej alla från BD:län som deltog i vår rekreativresa till Bulgarien. Jag hade ej tillfälle att tacka Er alla vid hemresan, men vill på detta sätt få framfört mitt varma tack till Er alla för den mycket fina gemenskap och kamratskap under vår vistelse i Bulgarien samt tack så Hjärtligt för den fina gåvan jag fick mottaga av Er.

Hälsningar och önskan om en fortsatt skön sommar.

VIOLA

## Pristagare Bildkryss nr 5

- 1:a pris 50 kr: Ingegärd Johnsson, Folketshusgatan 3, 810 70 Älvkarleby
- 2:a pris 25 kr: Hugo Andersson, Vintervägen 17, 611 36 Nyköping
- 3:e pris 15 kr: Torsten Smith, Box 63, 230 11 Falsterbo

## LÖSNING NR 5



# Lövsta Hjärt- och lung- sjukas lokalförening i Umeå på utflykt

Ett trettiotal medlemmar ur föreningen har läst om landskap i studiecirkel och i detta fall blev det Dalarna, ett landskap så intressant att läsa om, såväl kulturellt som historiskt. Deltagarna ville studera vilket slutade med en tripp dit på sju dagar som till stor del kretsade kring bygden runt Siljan. Vi slog läger i Moskogen, en stugby med motell där inget av vad som hör till god service saknades. Motellet ligger i nära anslutning till Leksand.

Därifrån gjorde vi dagliga utflykter under ledning av sakkunniga ledare och guider. Vi åkte Siljan runt och på ort och ställe fick se hur dala-hästarna kommer till, samt mycken annan hemslojd.

Vi var hemma och såg hur Carl Larsson bott och levt och lämnat många konstnärliga minnen efter sig. Detta går inte att lära i en studiecirkel, man måste på ort och ställe ta del av allt.

Vi stannade till i Falun och vid koppargruvans museum fick vi del

av dess historia. Från början enkla verktyg och transportmedel. Man hackade lös malmen med sk fyllhammare, lade den i fyllfat och lastade i kärror som drogs upp av oxar inköpta från Småland. När dessa sedan blev utslitna gjorde man korv av dem, därav namnet Falukorv.

Vi bekantade oss också med den plats där Gustav Vasa höll till vid Ornässtugan. Sevärt, men är det sant som guiden sa angående Gustav Vasa är det nog på tiden att Svenska Historiens lärobok om Gustav Vasa skrivs om.

Efter båtturen på Siljan, besök på väverier och tennmuseet, kändes det skönt att återvända hemåt. Vi stannade i Örnsköldsvik på en bit mat och där alla deltagarna uttalade ett varmt tack till researrangörerna, Ansgar Sjöström, Vännäs, som på ett förtjänstfullt sätt rattat bussen, hjälpt till med underhållet på resan samt Georg Lind som färdledare.

Georg Lind

## Vem har läke- medel mot förmaksflimmer

Undertecknad lider sedan flera år tillbaka av hjärtsjukdom, sk förmaksflimmer. Besvären kommer allt oftare trots medicinering och är nu tidvis mycket dålig med svag hjärtverksamhet och andfåddhet vid minsta ansträngning. Läkarna här eller i Lund synes inte kunna finna någon hjälp till förbättring, beroende på, enligt mitt tycke, att de tycks vara alldeles för lite intresserade av, att ta reda på bakomliggande orsaker till sjukdomen.

Jag är därför mycket tacksam om Ni genom Er tidskrift kunde ordna så, att jag kunde komma i förbindelse med personer, som har liknande problem och eventuellt blivit hjälpta och därigenom om möjligt få tips om något läkemedel – event. örtmedicin – som är bra mot åkomman, eller någon läkare här i Sverige eller utlandet, som är verklig specialist på hjärtsjukdomar.

**Rune Petersson,**

medlem i föreningen för hjärt- och lungsjuka i Karlshamn.

## Upp till kamp för ökat människovärde

Jag skulle gärna vilja slå ett slag för sk "dolda handikapp". Lider själv dels av gångsvårigheter plus mag- och lungåkommor. Har nödgats söka lasarettshjälp akut c:a 25 (tjugofem) ggr varvid jag vid ett tillfälle var ytterst nära döden. Är således sjukpensionerad sedan några år och ses därför ner på av oförstående medmänniskor to m av sk goda vänner och anhöriga såsom en; den där för en dagdrivartillvaro och alltså parasiterar på samhället.

Har av omgivningen nödgats smälta anmärkningar i stil med "lathund", "vill inte sköta ett arbete", "har bra pension utan att göra något" etc.

De tänker inte på, att man gärna skulle vilja byta, vara stark och frisk och rörlig, känna sig "nyt-

tig". Tror å andra sidan inte att *de* skulle kunna tänka sig leva i min situation ens en vecka men det är ju så lätt att döma!

Känns situationen igen? Är säker på, att det finns många kamrater i förskingringen som är utsatta för det samma.

### Skrämmande

Finner det skrämmande, att en sådan inställning kan förekomma mot handikappade och långtidssjuka i depressionstider. Drar ofrivilligt paralleller med Nazi-Tyskland, där det ju inte heller var opportunt att inte vara sk "fullvärdig" människa. Hörde en gång på radio ett kåseri av en uppoffrande kvinna som själv varit handikappad men nu vigt sitt liv åt att hjälpa gravt handikappade barn. Hade arrangerat en bussresa för barnen till Tyskland, tog därvid in på ett motell för lunch. Kom att sitta vid samma bord som ett par tyska kvinnor,

vilka högljutt kommenterade be-  
drövligheten med barnen, stil:  
"Borde inte få vistas bland vanligt folk", etc. De trodde tydligen inte, att svenskan kunde tyska, men hon dräpte till med: "Ja, i det här landet var det ju inte länge sedan ni gasade ihjäl sådana!" Tablå!!

Tyvärr är väl denna inställning till olika handikapp särskilt markant i depressionstider. Verkar som om skulden till de dåliga tiderna lägges på avvikande och handikappade. Nej, bevara oss för en sådan utveckling! Vill trycka på nödvändigheten av att vi inom RHL konsoliderar oss och bildar en stark front mot dogmer, nedvärderingar av människovärde och brist på förståelse från omvärlden!!

Således. Kamrater. Upp till kamp för människovärde och tolerans!

Med RHL-hälsningar

**Rolf Nylander**

Astrakanvägen 10 C, Båstad

# Vänortsresa till Trondheim

Föreningen för Hjärt- och Lungsjuka i Sundsvall, har varit på en studie- och vänortsresa till Norge. Vi startade från Sundsvall kl 8.00 och stannade i Östersund för lunch. Fortsatte vidare över Åre till Storlien. Vi stannade för en kaffepaus innan vi kommit till gränsen. Så började färden ner över Kopperå, Meråker, Stjørdalshalsen till Trondheim. Vi tog in på Olofsgården för övernattnig och middag. Styrelsen för Hjärt- och Lungsjuka i Trondheim mötte oss vid Olofsgården. Efter midnatten reste Rolf Lund-Olsen från deras styrelse med i bussen och visade oss Trondheim som tog ca två timmar. Efteråt blev vi bjudna till deras Center på kaffe och smörgås och bröd.



*Glada Norgeresenärer, här ses bla reseledarna Ingrid Sjodin, Märta Sjölund och Gerd Åhlander.*

Efter en trevlig eftermiddag och kväll, åkte vi tillbaka till Olofsgården där det blev skönt att lägga sig att sova, för nästa dag skulle bli minst lika intressant. Vi började tisdagen med att äta frukost på Olofsgården. Sedan tittade vi på Nidarosdomen, men eftersom vi inte beställt någon guide i förväg, fick vi titta på den själva. Sedan startade resan mot Oppdal där vi inhandlade bröd till kaffet, som vi kokade ombord på bussen, sen blev rasten en bit mot Sunndalsöra. Det smakar alltid gott med kaffe i det gröna.

Det syntes på de höga fjällmassiven att vi närmade oss Sunndalsöra med sin mäktiga natur. Färden gick vidare mot Molde. Vi tog in på Hotell Alexandra, ett första klassens storhotell. Styrelsen för Hjärt- och Lungsjuka i Molde mötte oss och Inga Elnes, en bekant till mig sen tio år, när vi var tillsammans på kurs i Krokeide vid Bergen. Vi fick våra rum och åt middag tillsammans med Inga Elnes och styrelsen i Molde. Efteråt tog vi en rundtur i Molde tillsammans med Björn Lervold och Inga Elnes. Inga bjöd oss alla in till hen-

nes hus för att få se hur en norsk familj bor.

Synd att vädret inte var som vi önskat. Kvällen avslutades med en stund i restauranten, där det var tillfälle till dans.

På onsdagen började vi med att äta frukost på hotellet. Eftersom det dröjde till drygt elva så fick den som ville titta på Molde innan vi fortsatte med färja över till Vikebukt. Färjan tog en timme över, så den som hade lust till kafferast, kunde ta den ombord på färjan. Så fortsatte resan mät Åndalsnäs och vidare till Dombås.

De mäktiga fjällmassiven som reser sig på båda sidor om fjorden, är helt betagande. En natur som är svår att beskriva, man måste se den. I Dombås handlade vi kaffebröd för att ta en paus lite närmare Dovre och Hjärkinn. Det smakade gott och det var skönt att få sträcka på benen lite. Färden gick vidare mot Röros, där det regnade så vi stannade inte för att titta på staden.

---

*Text: Gerd Åhlander*

---

Vi fortsatte mot gränsen och förbi Fjällnäs och Tännaldalen till Funäsdalen och Hotell Gästis, där vi skulle ligga sista natten på den här resan. Vi fick våra rum och sen var det middag, som smakade gott eftersom det blivit ganska sent.

På torsdag åt vi frukost först på Hotellet, innan färden gick vidare mot hembygden och Sundsvall. I Ånge åt vi lunch på Mittlandia som var sista rasten för den här resan.

Alla var nöjda med resan och skildes åt för att tänka tillbaka på allt vi fått se och vara med om.

---

## Rättelse

Karlskronaföreningen beslöt att till RHL:s forskningsfond donera 5 000 (femtusen) kr, ej 500 som felaktigt uppgivits. Vidare har föreningen tecknat sig för 10 000 lotter i rikslotteriet, alltså tiotusen lotter. Vid denna korrigerig kan tilläggas att forskningsfonden ytterligare fått ett anslag av 4 500:- (fyrtusen-femhundra) från blomsterfonden vid Sune Anderssons begravning. Hans önskan var att blomsterfondens inkomster skulle gå till hjärtforskning.

Till alla som suckar över att det är bara hjärtan . . .

## På kurs med RHL

Gjorde ett oförberett inhopps på denna kurs för cirkel-ledare, ämnet lungsjukdomar. Kursledare vågar jag väl inte bli, men ämnet intresserade mig och jag vill här redovisa mina intryck.

Det blev en bekväm ditresa med abonnerad buss från Klarabergsviadukten till LO-skolan, Hasseludden. Den ligger mycket vackert i härlig skogsnatur vid stora farleden mitt emot Lidingö, alltså i norra Nacka. Skolan är byggd i bungalow-stil, en blandning av tråkiga betongväggar med mycket konst och textilier, to m på väggarna, samt trevlig inredning. Vi startade mjukt med kaffe och smörgås vid 18-tiden, därefter gjorde vi en rundtur i skolan.

På lördagsmorgonen hittade vi alla till matsalen och kl 09.00 startade Tonie Andersson, RHL:s studieledare. Med sig hade hon Bo Månsson, eller var det tvärtom? Bengt Olin från ABF var som en spindel i nätet med alla sladdar och mikrofoner. Han var den tredje kursledaren.

### Ryggsäck nästa gång?

Man borde haft en stor ryggsäck med sig för allt kursmaterial vi fick. Efter en festlig presentation av Tonie kände vi oss välkomnade.

Sjukgymnasten vid Södersjukhusets lungklinik, Eva Jönsson, berättade om lungornas anatomi, behandling m m. Intressant, och en del av oss kände igen tongångarna (gamla "sotare" från 40-talet).

Bo Månsson efterlyste en riktig statistik om lungor, men sjukhusen ligger på uppgifterna.

När Tonie avtackade Eva ställde hon frågan "Vad skall vi göra?" Det blev temat för resten av kursen.

Efter lunchen började Tonie med att prata om det studiematerial som används på kurser runt om i landet. Vi delades upp i 4 grupper och valde olika delar ur den bok, som skall bli stommen för kommande kurser.

Redovisningen blev intressant, en grupp tog ämnet lungcancer, en annan samtalade om andningssvårigheter, gymnastik och behandling. Den tredje gruppen talade om TBC och om hur de skulle få nya medlemmar från de som haft oturen att hamna på sjukhusen, hur broschyrer m m skulle få vara kvar på avdelningarna.

Den grupp jag hamnade i fastnade för sidorna 77-78 och 83 med överskrifterna "Sjukhusfrågor angår oss" och "Hur skall vi påverka sjukvården". Det är inte bara kommun, landsting och politikerna som beslutar, vi får inte glömma administratörerna. Individerna måste också få vara med och bestämma. Den nya lagen gäller från den 1.1.1983. Föreningarna får ej bli "kaffemöten".

Lördagens arbetschema avslutades med 2 st filmer om astma, som Gun Malmsjö hade med sig.

En nöjeskommitté om 5 st hade valts, som försökte få en stund över till sammanträde. På kvällen kl 20.30 kom samkvämet i gång. Maj lekte cirkelledare om lungor med en grupp som pratade bilar, alla i mun på varandra (stackars ledare). Vidare sångtävling och en tipspromenad om vad vi läst. Många fick 5 poäng av 5 möjliga. Jag fick 4. Sedan var det dags att samlas kring en underbar sallad med kaffe efter. Allt under en trevlig samvaro.

### Börja i cirkel!

Söndagen ägnades åt HSL och SOL, de nya Sjuk- och Hälsovårdslagarna som gäller nu. Om du är intresserad av att få veta mer, så glöm ej din förening. Det kommer att bildas cirklar. Anmäl dig! Detta kursmaterial skall ut i hela landet.

Bengt Olin från ABF gav oss fina tips, hur viktigt det är med kunskaper ner till den lilla gräsroten. (Hoppas att gräsmattan blir tät.)

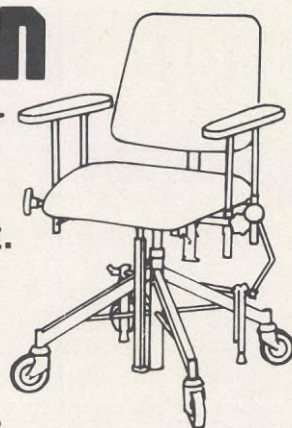
RHL behöver känna att de har oss med. Ju fler desto bättre!

Deltagare från FHLIS  
**Maj-Britt Johansson**,  
studieledare och  
**Britt Henriksson**,  
som skrev detta.

# realstolen

Den svenska kvalitetsstolen som är ett helt system, där behoven bestämmer utförandet.

## mercado rehab



Valhallavägen 102, Box 16348,  
103 26 Stockholm. Telefon: 08-67 39 39, 08-67 01 35

**AMS:**

# Axelsson har fel!

I nummer 5 av Riksförbundet hjärt- och lungsjukas tidning Status skrev Tord Axelsson ledaren med rubriken: Behövs en ny arbetsmarknadspolitik? Tord Axelsson kritiserar starkt vissa delar av arbetsmarknadspolitiken och använder några siffror ur AMS' marsstatistik -83 som underlag för kritiken.

Ibland hör man uttrycket: "Med statistik kan man bevisa allt".

Då nu Tord Axelsson säkert har ett lovvärt syfte med sin artikel, är det synd att han lite faller i ovan nämnda fälla.

I mars -83 var 30 900 handikappade inskrivna vid förmedlingen. Men alla dessa var inte aktuella arbetssökande i mars månad.

- Endast 15 700 var utan arbete och kunde ta arbete omedelbart, om det fanns något.
- 8 600 var utan arbete, men kunde först ta nytt arbete senare, då de genomgått utredning ev vid arbetsmarknadsinstitut eller genomgått aktuell åtgärd, tex arbetsmarknadsutbildning.
- 6 600 sammanlagt var ombytes-sökande. Av dem hade 2 000 tillfälligt arbete men sökte nytt och 4 600 hade varaktigt arbete, men sökte nytt vid arbetsförmedlingen.

Nästa avdelning i artikeln har överskriften "Något måste vara fel". Tyvärr börjar också den avdelningen med några fel. Tord Axelsson säger: "Efter olika insatser, utbildning, Samhällsföretag, anställning med lönebidrag m m, m m återstod eller kvarstod denna mars månad 1983 över 24 000 arbets-handikappade, som inte kunnat få något arbete."

Denna uppgift över antalet vid månadens slut kvarstående är sk tvärsnittsdata. Den siffran visar alltså hur många vi hade kvar som inskrivna just den mät dagen, men siffran visar ingenting annat. Några av de 24 100 kan ha skrivit in sig på förmedlingen den 24:e mars, medan de flesta varit inskrivna betydligt längre och några under mycket lång tid. Ingen uppgift i vår sökandestatistik kan upplysa om huruvida den sökande kommer från AMU, Samhällsföretag etc. Detta är Tord Axelssons eget antagande. Erfarenhetsmässigt vet vi, att ordningsföljden i stället är den motsatta: Inskrivningen vid arbetsförmedlingen leder eventuellt via AMU till anställning utan eller med lönebidrag eller vid Samhällsföretag. Detta medför att den sökande avaktualiseras från arbetsförmedlingen.

Analogt med statistiken över samtliga sökande gäller att inte alla

kvarstående är sådana som söker arbete just nu. Av de i mars -83 24 100 kvarstående handikappade var "endast" 12 200 utan arbete och kunde ta arbete direkt.

När Tord Axelsson därför säger att 202 av de nästan 31 000 fick arbete på öppna marknaden - är det lite att jämföra äpplen och päron. Dessutom placerades enligt månadsstatistiken ytterligare 376 arbets-handikappade på öppna marknaden och då med hjälp av lönebidrag.

Statistiken över antalet arbets-placerade har emellertid många brister och fungerar klart otillfredsställande. Av olika skäl fångar inte statistiken in alla arbetsplaceringar. För närvarande pågår undersökningar, vilka så småningom skall leda till förbättringar på denna punkt.

Trots de stora bristerna i statistiken över placeringsresultaten, med kanske helt felaktiga nivåer, antyder de dock vissa riktningar. Vi vill i detta sammanhang understryka, att vi på AMS inte heller är nöjda med dessa resultat. Här är vi eniga med Tord Axelsson om att placeringsresultaten måste förbättras.

---

Enheten för yrkesinriktad  
rehabilitering  
Sektionen för handikapp-  
frågor  
Hjördis Hansen

---

**Tord Axelsson:**

## - HUR VILL AMS ATT VI SKA LÄSA STATISTIKEN?

Hjördis Hansen, AMS, ägnar åtskilligt utrymme av sitt inlägg till att förklara för mig och Status läsare hur statistik från AMS ska läsas, och påstår att jag i min ledare (5/83) dels "för-

söker bevisa allt med statistik", dels att jag jämför äpplen och päron.

Så är det inte.

1. 202 arbetshandikappade (av nästan 31 000) fick arbete på den

sk reguljära arbetsmarknaden under den aktuella månaden.

Dessa 202 anställdes utan någon form av bidrag.

De 376 som fått arbete med hjälp av lönebidrag kommenteras inte i ledaren. En av poängerna med detta var att visa att handikappade

knappast efterfrågas som arbetskraft.

2. Redovisningen av statistiken och hur den läses på AMS kan möjligen intressera någon läsare.

Allmänt vill jag dock konstatera att det är helt ointressant att föra en debatt kring detta.

Mera intressant är, vilket också framgår av Hjärdis Hansens in-

lägg, att 15 700 personer ville ha jobb direkt och inte kunde få det. Att 8 600 inte passade för de krav som ställs och därför måste utredas eller utbildas. Att 6 600 ville byta arbete men inte kunde erbjudas ett byte av arbetsförmögenheten.

Avslutningsvis: Visst tyder placeringsresultaten "på vissa riktningar" – det är snarast ett under-

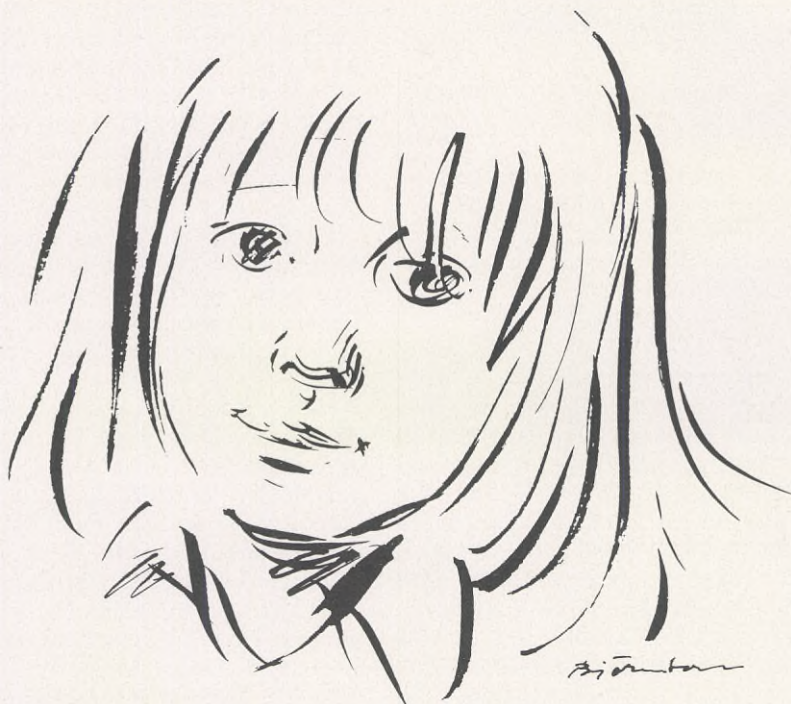
statement!

Vi utgår trots allt från att vi i RHL och AMS tillsammans kan försöka förändra denna trista bild.

Och att vi blir överens om att 15 700 arbetslösa handikappade inte skall betecknas med prefixet "endast"!

Tord Axelsson,  
förbundssekreterare, RHL

## Svensk–Norsk ungdomsträff i Stockholm



FÖRÄLDRA-  
FÖRENINGEN

INFORMERAR

*Text: Monica Demgart*

**Föräldraföreningen för hjärtsjuka barn och ungdomar ordnade en ungdomsträff i Stockholm den 4–5 juni.**

**22 ungdomar hade anmält sitt intresse varav 10 kom från ungdomsföreningen i Norge.**

**Syftet med träffen var att tillsammans diskutera hur ungdomsverksamheten skall läggas upp i framtiden.**

De flesta av ungdomarna anlände under fredagkvällen för inkvartering och återseendet bland sina bekanta blev glatt och livligt.

På lördagmorgonen startade vi med att diskutera ungdomsverksamheten där också våra norska vänner berättade hur deras verksamhet fungerade.

Efter en härlig lunch gick de flesta på en liten rundtur i gamla stan för att titta i alla trevliga affärer. Lyssna till gatumusikanter och se folklivet i denna pittoreska del av Stockholm.

Efter rast på hotellet gick färden vidare med båt till Djurgården och Skansen. De som inte följde med till Skansen mötte upp för en ge-

mensam middag vilken åtföljdes av besök på Gröna Lund.

På söndagen gick färden till Stadshuskajen och den båt som skulle föra oss under Stockholms broar. Trots regnväder blev det en härlig upplevelse.

Träffen avslutades med lunch i Gamla stan varefter var och en åkte till sin hemort.

Sammantaget kan man säga att det var en lyckad och trevlig träff med fina ungdomar i ett både soligt och regnigt Stockholm.

Vi hoppas på fortsatt samarbete och utbyte med våra norska vänner. Tillsammans kan vi säkert stimulera och hjälpa varandra med trevliga och meningsfyllda aktiviteter.



# PERSONLIGT

## om ett studiematerials framväxt

Man förundras ofta över hur fort tiden rusar iväg. När jag sätter mig för att skriva denna krönika så konstaterar jag att det är nära ett år sen sist! Det var mer än jag hade tänkt...

Jag har dock även under denna tid sysslat med att skriva om vårdfrågor, bl a ett studiematerial om hälso- och sjukvård utifrån patientens synvinkel. Materialet presenteras på annan plats i detta nr av Status. Här tänker jag berätta lite om tillkomsten. Hur funderingarna hade sin början i en lokalförenings arbete och hur idéerna utvecklats fram till det nu färdiga kursmaterialet. Dvs något om den demokratiska processen i en folkörelse.

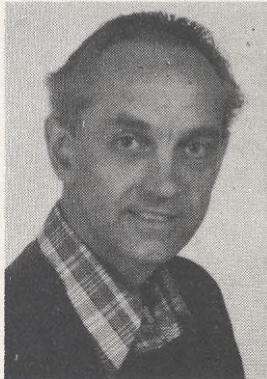
\* \* \*

Det var alltså i vår lokalförening i Örebro som vi fick lust att starta en studiecirkel kring medinflytande i vården. Vi hade haft en veckoslutskurs om anpassningen till ett nytt liv med funktionsnedsättning och bl a diskuterat patientrollen. Vi ville fortsätta att i studiecirkelform diskutera hur vi kan och skall lägga oss i vårdfrågor.

Det fanns inget lämpligt studiematerial men vi tog ett DHR-material till grund som delvis rörde inflytandefrågor. Sedan anpassade vi cirkelns arbete efter våra egna ambitioner. Det blev en mycket fin kamrat- och studiecirkel och den slutade med att vi skrev en motion till RHL:s förbunds kongress 1979. Där begärde vi att förbundet skulle låta utarbeta en studieplan och ett studiematerial där medinflytandet behandlades.

När vi såg förbundsstyrelsens yttrande över motionen tyckte vi att det mest var en uppräkningslista av vilka fina statliga utredningar som var på gång. När det gällde kärnfrågan däremot – att vi själva, vi beroende, skulle kräva medinflytande – så var yttrandet mycket luddigt. Egentligen ledde inte motionen till något konkret förslag från förbundsstyrelsen.

Vi beslöt oss därefter att på kongressen yrka att förbundsstyrelsen skulle få i uppdrag att arbeta fram ett studiematerial. Resultatet blev



att kongressen beslöt hänskjuta frågan till en informationskommitté.

När jag sedan blev tillfrågad om jag ville ingå i informationskommittén tackade jag ja; jag tyckte mig ha anledning att bevaka frågans fortsatta behandling.

\* \* \*

Informationskommittén hade många frågor att behandla, bl a Status. Vi hade också vår motion uppe flera gånger men problemet var att få tag i en författare. Jag blev tillfrågad men tackade till att börja med nej. Efterhand som tiden gick så beslöt jag mig dock för att göra ett försök. Vi skrev projektbeskrivning och ansökte om pengar från Arvsfonden. Under hand fick vi svaret att detta ärende lämpligen borde ombesörjas av HCK. Problemet var ju densamma för flera handikappgrupper. Vi hade alltså inte kommit särskilt långt när kongressperioden var slut.

Nästa initiativ kom egentligen från ABF, närmare bestämt Sven-Gustav Andersson på ABF:s förbundsexpedition. Vi hade aldrig träffats förut men han ringde en dag och frågade om han fick komma hem och prata om eventuell medverkan i studiemedelsproduktionen. Det blev ett angenämt samtal som efterhand slutade med att ABF var beredd att skjuta till pengar så att projektet kunde genomföras.

Pengar ja. Visst får jag ett arvode men det är bara en ringa del av kostnaderna. Från manuskript till färdigt material är en kostsam väg.

Det gäller bilder, lay-out, tryck och distribution. Sedan gäller det att hålla nere priset på materialet och få det sålt. ABF blev alltså dom som tillsköt de pengar som behövdes för att få kalkylen att gå ihop.

Ungefär samtidigt med Sven-Gustavs besök blev jag också tillfrågad om jag ville ingå i en arbetsgrupp på HCK som skulle ta fram ett vårdpolitiskt program. Även här tackade jag ja – jag tyckte att det rätt bra skulle kunna kombineras med arbetet på studiematerialet.

När jag hade skissat på studiematerialets uppläggning tog jag sedan kontakt Sture Gustafsson på Utbildningsradion och diskuterade om inte materialet borde kunna kompletteras med några radioprogram. Han fann idén intressant och vi träffade en överenskommelse om c:a fem program. Den produktionen skulle dock inte kunna börja förrän hösten 1983 och sändas januari-februari 1984.

På det här sättet tog projektet form under hösten 1982. Överenskommelse träffades också med Brevskolan om att de skulle medverka och ge ut materialet.

\* \* \*

Båten var alltså i sjön. Nu gällde det att förverkliga idén. Sätta igång och skriva.

Naturligtvis hade jag diskuterat idén och innehållet med många, framför allt med Britt-Marie, min fru, och visst hade jag tämligen utförligt skissat innehållet i vissa kapitler. Jag hade också hållit några föredrag i ämnet. Ändock har det varit mycket vanligt vardagsarbete under vintern/våren i år innan orden har kommit att stå någotsånär som jag i mina tankar föreställt mig.

Under den här "skrivartiden" har jag också medverkat vid en del kurser i vårdpolitik. Det har varit betydelsefulla bitar i materialets framväxt. Dels genom att jag förberett anföranden och diskussioner och på så sätt prövat olika uppläggningar. Men dels också genom de diskussioner som jag på detta sätt kommit att delta i. Det har övat min känsla för vad som lämpligen borde vara med, inbillar jag mig.

Samarbetet med Brevskolan har också varit intressant. Från början hade vi kommit överens om att materialet skulle omfatta 100 sidor, men innan jag var färdig insåg jag att jag egentligen behövde mer ut-

rymme, helst 25 sidor till. Samtidigt behövdes sidor för illustrationer, innehållsförteckning och lagtexter. Jag fick lov att begränsa mig. Det är naturligtvis nyttigt, men det är med en viss saknad som jag har fått lämna en del som jag skulle ha velat säga. Om sanningen i sjukvården, om vården av döende och om privatiseringstendenserna i vården. Men jag får väl återkomma i andra sammanhang.

Betydelsefullt för materialets slutliga utformning har det också varit att flera insiktsfulla personer, även utanför Brevskolan, läst det skrivna och gjort påpekanden. Jag bockar!

\* \* \*

Varför har jag då berättat detta? Ja helt enkelt för att belysa hur ett "folkrörelsematerial" kan växa fram. Idén kommer från arbetet i en lokalförening och har påverkats i diskussionen med många inom handikapprörelsen.

Det känns spännande att se hur det kommer att tas emot. Kommer det att medverka i en fortsatt viktig demokratiseringsprocess? Min förhoppning är ju att det viktiga arbetet skall ske i studiecirkel inom lokalföreningarna. Det är där vi skall starta förändringsarbetet.

Men blir det några studiecirkel? Kommer jag att få höra av synpunkter från några cirkel eller föreningar? Och framförallt: kommer studierna att kunna medverka till stärkt självkänsla hos några patienter? Och ökat inflytande för patienter? Ja, frågorna är många.

Jag hoppas också att kursen skall läsas av sjukvårdsfolk och politiker. De kan skapa en tillåtande atmosfär för förändringar. Men, förändringen måste vi patienter skapa själva!

Lars Östman



## Vård vid hjärtinfarkt

I detta och nästa nummer av Status kan du läsa om hjärtinfarkt. Materialet bygger på en consensuskonferens och är framarbetat av bland andra *Olof Edhag* (kardiolog, Huddinge sjukhus), *Lars Rydén* (kardiolog, Skövde) och *Torbjörn Lundman* (kardiolog, Danderyds sjukhus).

## Vem drabbas av hjärtinfarkt och hur är förloppet?

Infarkt kommer av det latinska ordet *infarcere* som betyder *täppa till*. Hjärtinfarkt är beteckningen på hjärtmuskelvävnad som dött på grund av otillräcklig näringstillförsel. Grundorsaken är vanligen åderförkalkningssjukdom i hjärtats kranskärl vilka successivt förträngs. Den akuta infarkten utlöses vanligen av en blodpropp i ett förträngt område, men kan också orsakas av ökat syrgasbehov i den del av hjärtmuskeln som får sin blodförsörjning av det åderförkalkade kranskäret. Kramp i kranskärlen kan spela en viss roll för uppkomst av hjärtinfarkt. Även i friska kranskärl kan blodproppsbildning uppstå och orsaken är då sannolikt en ruggning i koagulationsprocessen (blodets levningsförmåga).

Det är troligt att förloppet för en patient med hjärtinfarkt är beroende på uppkomstmekanismen för infarkten. Den åderförkalknings-sjuka har vanligen utbredda kärlförändringar som orsakar bristande kärlförsörjning även till hjärtmuskeln som inte är infarcerad.

Consensus-konferensens frågor rör omhändertagandet av patienter med hjärtinfarkt, men även patienter som drabbats av "plötslig hjärt-död" har medtagits i detta sammanhang, eftersom man från epidemiologisk synpunkt traditionellt har gjort detta.

Antalet sjukhusvårdade patienter med hjärtinfarkt i Sverige är ca 30 000 per år. Förekomsten är starkt ålders- och könsrelaterad. Ungefär två tredjedelar av patienterna är äldre än 75 år och förhållandet män/kvinnor under 75 år är 3/1. Sjukhusdödligheten är ca 20 procent men det är viktigt att påpeka att en större andel avlider innan de når sjukhusvård.

Vid en internationell jämförelse av dödligheten i hjärtinfarkt intar Sverige en mellanställning. Finland, USA och Australien ligger högre men har de senaste åren uppvisat en sjunkande trend. Någon sådan utveckling har inte kunnat skönjas i Sverige, ej heller i England som har något högre dödlighet än Sverige. I Finland fanns tidigare stora skillnader mellan östra och västra delarna av landet. En särställning bland industrialiserade länder intar Japan som har exceptionellt låg dödlighet i hjärtinfarkt, men där har man de senaste åren noterat en viss ökning.

Samspelet mellan ärftlig disposition och miljöfaktorer är komplicerat och kunskapen därom är begränsad. Det är möjligt att riskfaktorerna också i viss mån är orsaksfaktorer, vilket betyder att en gynnsam förändring av dessa kan minska infarktförekomsten. De viktigaste riskfaktorerna är blodfetter, tobaksrökning och blodtryck. Diabetes ökar också risken och dessutom kan psykosociala faktorer, alkoholmissbruk och so-

cialgruppsstillhörighet spela en viss roll.

En kombination av riskfaktorer ökar starkt sannolikheten att drabbas av hjärtinfarkt. Den stora majoriteten av hjärtinfarktpatienter hör dock till gruppen med endast måttligt förhöjda riskfaktorer. Detta förklaras av det stora antalet sådana individer i befolkningen.

Förloppet för hjärtinfarktpatienter är mycket olika beroende på den initiala händelsekedjan vid insjuknandet. De patienter som får cirkulationsstillestånd innan de når sjukhus utgör en särskild grupp i

många avseenden. Den innehåller patienter som fått en dödlig arytm med eller utan påvisbar hjärtinfarkt. Dessa patienter kräver mycket speciella insatser för att man skall få en lycklig utgång. Återstående patientgrupp består av patienter som insjuknat och är vid liv när de når sjukhuset samt av patienter som insjuknat men som av olika skäl ej söker läkarvård.

Dödligheten är högst under de två första dygnen på sjukhuset för att sedan snabbt avta. Dödligheten är starkt relaterad till åldern men även till faktorer som speglar hjärt-

enskelskadans storlek. Kännedom om dessa prognostiska faktorer har gjort det möjligt att individualisera vården på sjukhuset.

Dödligheten efter utskrivning från sjukhuset är högst under det första året för att sedan successivt avta. Prognosen är även här relaterad till de faktorer som speglar hjärtmuskelskadans storlek och den kvarvarande hjärtmuskelfunktionen. Även om dödligheten är klart åldersrelaterad är överdödligheten i yngre åldergrupper betydande.

## Vilka är komplikationerna vid hjärtinfarkt?

**Risken att avlida i samband med akut hjärtinfarkt är större om infarkten kompliceras med rubbningar i hjärtats rytm och/eller pumpförmåga. Det är också känt att frekvensen av komplikationer ökar vid sent omhändertagande. Det är därför värdefullt att tecken på komplikationer uppmärksammas så tidigt som möjligt så att behandling kan sättas och risken för allvarlig rubbning i hjärtverksamheten minskas.**

Rytmrubbningar är viktiga komplikationer vid akut hjärtinfarkt och kan kritiskt påverka hjärtats pumpfunktion. Hög hjärtfrekvens utlöst från sinusknutan (sinustakykardi) behöver vanligen inte behandlas, men är ibland tecken på stor hjärtinfarkt. Oregelbunden förmaksrytm (förmaksflimmer/förmaksfladder) kan vid samtidigt uppträdande hjärtsvikt antyda försämrad prognos och bör i allmänhet behandlas.

Enstaka extra slag utlösta från kammaren (kammarextraslag) och korta attacker av snabb kammarrytm (kammartakykardi) förekommer i ungefär 50 procent i den akuta fasen. Korta attacker, som ej ger symtom, behöver troligen ej behandlas, men ihållande kammartakykardi är allvarlig och kräver antiarytmisk behandling.

Kammarflimmer, som innebär att hjärtats pumpfunktion upphör, är en mycket vanlig komplikation i tidigt infarktskede. Om det inte upptäcks och snabbt behandlas leder tillståndet till döden. Kammarflimmer kan framgångsrikt behandlas med defibrillator. Det har visat sig att kammarextraslag eller korta attacker av kammartakykardi ej utgör förebud till kammarflimmer. Profylaktisk behandling av dessa rytmrubbningar är därför ej behövlig.

### Rytmrubbningar med låg hjärtfrekvens

Onormalt låg hjärtfrekvens (bradykardi) förekommer hos cirka 40 procent av patienter med akut hjärtinfarkt inom 4 timmar efter debuten. Bradykardi kan vara utlöst via aktivering av autonoma nervbanor eller orsakad av lokala störningar eller avbrott i hjärtats retledningssystem. En låg hjärtfrekvens behöver i sig ej vara allvarlig men medför ibland blodtrycksfall genom att hjärtats pumpförmåga väsentligt minskar. I sin enklaste form, sk sinusbradykardi utan blodtrycksfall, behöver rytmrubbningen ej behandlas. Om sinusbradykardi förekommer med blodtrycksfall bör den behandlas eftersom risken för kammarflimmer då ökar.

Det allvarligaste tillståndet med låg hjärtfrekvens är sk totalt block

som drabbar ca 5 procent av patienter med akut hjärtinfarkt.

Totalt block är vanligast vid bakväggsinfarkt, men är då associerat med relativt låg överdödlighet. Om det förekommer vid framväggsinfarkt är risken däremot hög. Totalt block med låg kammarfrekvens kan behandlas på två olika sätt: antingen med elektrisk aktivering av hjärtmuskeln med hjälp av pacemaker, eller hjärtstimulerande läkemedel. Både metoderna används i praktiken. Jämförande studier saknas.

### Mekaniska hjärtmuskelskador

Vid hjärtinfarkt påverkas ibland funktionen hos de sk mitralklaffarna, som dirigerar blodet från vänster förmak till vänster kammare. Detta sker om de muskelbuntar, papillarmuskelnerna, som styr mitralklaffarna drabbas av infarkten. Detta leder till att blod läcker tillbaka från kammare till förmak. Denna akuta funktionsstörning är förmodligen ganska vanlig och ger mera sällan upphov till svår hjärtsvikt. Behandlingen är medicinsk samt i sällsynta fall kirurgisk.

En ovanlig komplikation förenad med mycket hög dödlighet är bristning, ruptur, av någon del av hjärtmuskeln. En ruptur av vänster kammares fria vägg är oftast dödande inom 4–8 minuter och därför ej åtkomlig för behandling.

Om skiljeväggen mellan vänster och höger kammare (kammarseptum) brister strömmar blod från vänster till höger kammare, vilket ger plötsligt insättande hjärtsvikt. Efter undanstödjande medicinsk

behandling kan patienterna i gynnsamma fall behandlas med operativ slutning av defekten i septum.

I sällsynta fall kan infarkten åstadkomma en bristning i papillarmuskulaturen, vilket leder till akut hjärtsvikt. Dödligheten är mycket hög. Kirurgisk behandling kan i vissa utvalda fall vara framgångsrik.

### Behov av hemodynamisk övervakning

Om hjärtinfarkt kompliceras med blodtrycksfall är det av väsentlig betydelse för utgången att fastställa om orsaken till blodtrycksfallet är bristande pumpförmåga hos

hjärtat eller otillräckligt venöst återflöde av blod. Detta kan oftast utredas med hjälp av enkla kliniska metoder. Men under det senaste decenniet har man fått möjlighet att vid sjuksängen lägga in kateter för mätning av blodtryck och blodflöde i lungartären, vilket ger information om vänster kammars funktion. Metoden kan förbättra den diagnostiska säkerheten och vara vägledande för behandlingen. Den kräver dock stor erfarenhet vid kateterinläggningen samt vid tolkningen av erhållna mätvärden. Tekniken är av stor betydelse vid utvecklingen av nya behandlingsmetoder, men torde ej behöva användas i rutinsjukvården.

Vid hjärtinfarkt föreligger en ökad tendens till blodproppsbildning i vensystemet redan inom de första dygnet. Den snabba mobiliseringen av patienten har minskat denna risk varför rutinmässig profylax med blodförtunnande medel ej rekommenderas annat än till högriskpatienter.

Blodpropp kan också utvecklas inuti hjärtat, framför allt på platsen för en omfattande framväggsinfarkt i spetsområdet. Sådana blodproppar kan, om de lossnar, föras ut i cirkulationen och ge allvarlig organskada. Vid sådan infarkt kan blodförtunnande behandling övervägas.

# Hur tas patienten bäst om hand initialt och vilka patienter behöver sjukhusvård?

Av de svenska och utländska expertrapporterna framgår att 25–30 procent av patienter med akut hjärtinfarkt dör utanför sjukhus och en stor del av dessa (ca 70 procent) dör i hemmen. Inkluderas även plötsliga dödsfall stiger andelen till ca 60 procent. Det har också visats att möjligheten att rädda dessa liv är helt beroende av snabbt insättande av hjärt-lungräddning och behandling av kammarflimmer. Tidsgränserna 4 respektive 8 minuter är kritiska för framgångsrik behandling. Det har också redovisats att hjärtambulanser med specialutbildad personal och speciell utrustning kan minska risken för dödlig utgång i dessa fall, om hjälpen når fram i tid.

Det finns erfarenheter som tyder på att larmoperatörerna kan lära sig att snabbt identifiera "infarkt-larm" varigenom larmtiden nedbringas. Att organisera ambulansverksamheten så att hjälp kan anlända till den sjuka inom 8 minuter

från symptomdebuten torde dock svårligen kunna åstadkommas förutom i ett fåtal tätorter.

Svårigheterna ökar genom att endast 4 minuter får förflyta innan hjärt-lungräddning kan påbörjas. Försök att uppnå detta har gjorts i USA genom massiv träning av befolkningen. Härvid förutsätts att 20 procent av innevånarna kan få träning under minst tre timmar. Kostnaderna och de praktiska svårigheterna att arrangera en sådan utbildning gör att metoden nu ej kan rekommenderas. Däremot måste den vanliga ambulansverksamheten alltid organiseras så att så kompetenta och snabba ingripanden som möjligt kan ske.

Även när det är frågan om symptom på hjärtinfarkt medför ett snabbt ingripande av tränad personal förbättrade överlevnadsmöjligheter i de fall infarkt föreligger. De första timmarna efter symptomdebut har betydelse för infarktens storlek. Patienter som kommer under behandling tidigt har större överlevnadsmöjligheter och löper mindre risk för komplikationer.

Man bör därför sträva efter kortast möjliga tid mellan symptomdebut och vårdkontakt. Detta kan ske via information till allmänheten. För att snabbt kunna ingripa bör distriktsläkare och distriktsköterska tränas och få tillgång till lämplig utrustning.

De uppgifter som redovisas framför allt i engelska studier om hemsjukvård av patienter med hjärtinfarkt kan inte sägas ha relevans i vårt land. Patienter med hjärtinfarkt eller misstänkt hjärtinfarkt bör skötas på sjukhus. Undantag bör endast förekomma på patienters/anhörigas uttryckliga önskan eller i glesbygd med mycket långa transportvägar. Sådan vård kan ges i hemmet, på ett sjukhem eller sjukstuga. Primärvårdens roll skall begränsas till väl övervägda insatser före och efter sjukhusvård.

*I nästa nummer:*

**Vård, rehabilitering och forskning . . .**



## Vad styr sjukvården? – om medinflytande för patienterna

**Hur kommer framtidens hälso- och sjukvård att se ut? Onekligen är det en viktig frågeställning inte bara för politiker, enskilda patienter och sjukvårdspersonal utan även för hela handikapprörelsen. Vi vet att hälso- och sjukvårdssystemet undergår förändringar. Med vad styr dessa förändringar? Och hur kan vi som patienter och patientgrupper påverka vårdens utveckling?**

Förändringarna är inte bara följder av den ekonomiska åtstramningen. Det är också nya idéer om vården som tränger fram och vi har nya lagar. Bland annat hälso- och sjukvårdslagen (HSL) från och med detta år. Personalutbildningen och målen för denna håller också på att förändras. Vi kan konstatera att det allt oftare talas väl om patienten i centrum. Men vad händer?

Vi har alltså anledning att hoppas på en allt mer positiv och öppnare inställning och respekt för patienten i vården. Vad kan då komma ut av dessa öppnare attityder? Ja, mycket beror onekligen på oss själva!

### Kunskap och självkänsla behövs

Tidpunkten för att öka medinfly-

tandet är alltså rätt. Men är vi patienter beredda att gå in i och ta ett ökat ansvar? Och är handikapprörelsen beredd?

Vi bör fort kunna bli överens om att här behövs en aktivare studieverksamhet. En verksamhet som gör oss mera beredda att påverka utvecklingen. Vi behöver både ökade kunskaper och en starkt självkänsla.

Och vi behöver studier som inte bara ger oss ökade formella kunskaper, tex om lagarna, utan också om de osynliga styrmönster som härskar och förlamar. Det gäller människosyner och olika värderingar och ideologier och det gäller organisatoriska former som gör sjukvårdskolossen så svårstyrd. Varför blir vi så passiva och tack samma även när vi blir bemötta med överlägsenhet?

Den gamla slitstarka studiecirkeln borde vara en mycket lämplig form för studier där man både behöver skaffa sig kunskaper, stärka självförtroendet och öva en kritisk inställning i värderingsfrågor.

Vi behöver folkbildningen och studiecirkeln i den nya hälso- och sjukvården!

### Vad betyder en ramlag för oss?

Det sägs ofta att HSL är en ramlag. Med det menas att lagen lägger huvudansvaret för hälso- och sjukvården på landstingen. I lagen ges endast ett fåtal fasta regler för hälso- och sjukvårdens utformning. Lagen anger i stället vilka mål som landstingen skall sträva mot. Dels finns allmänna mål om vårdens kvalitet, dels om patienternas ställning i vården.

Det är alltså genom rambestämmelser och målformuleringar som vården skall styras av staten. Fördelarna är att vårdpolitiken utformas närmare de berörda människorna. Vårdens utformning bestäms inte uppe i Stockholm utan hemma i landstinget. Demokratien kommer närmare oss.

Men det finns inte bara fördelar. Det finns också risker. Risker för att vi får en skiftande utveckling i de olika landstingen och kanske inte minst risker för att små och svaga grupper blir bortglömda.

Det blir viktigt att handikapprörelsen bedriver en aktiv opinionsverksamhet inom varje landstingsområde.

## Den lokala verksamheten är viktig

Den nya HSL lägger alltså huvudansvaret på landstingen. I utredningarna och idéerna kring den framtida hälso- och sjukvården går decentraliseringen ännu längre. De nya satsningarna som skall göras gäller *primärvården*, dvs distriktsläkarvård, distriktssköterskor, hemsjukvård och i framtiden även en långtgående sektoriserad psykiatri. Samverkan med den primärkommunala socialtjänsten blir allt viktigare.

En decentraliserad hälso- och sjukvård innebär andra uppgifter även för handikappörelsen. Det lokala och regionala arbetet blir allt viktigare. Tyvärr är det så att många handikapporganisationer är svaga eller saknas på det lokala planet. Samverkan mellan organisationerna blir då angelägnare men även lokala samverkansorgan är på många håll svaga eller saknas helt. Även de regionala samverkansorganen är ofta svaga.

Här behövs ett mycket aktivt studie- och utvecklingsarbete.

Ett viktigt problem ligger också inbakat i det förhållandet att handikappörelsen har en organisationsuppbyggnad liknande den i sjukhusvärlden, dvs vi har en mångfald specialistförbund som i vårdpolitiska avseenden varit inriktade på att arbeta för en så stark uppbyggnad av specialistvården som möjligt. Samverkan mellan specialistvården och specialistförbunden är ofta tämligen god. När sjukvården nu skall regionaliseras kan konkurrensen och spänningarna öka mellan förbunden.

Om vi vill medverka i uppbyggnaden av framtidens decentraliserade hälso- och sjukvård behövs i stället en förstärkt vilja till samarbete. Annars kan vi komma att spelas ut mot varandra. Och spelas bort!

HSL ger handikappörelsen även en formell rätt till samverkan i planeringen av den framtida vården. Hur skall vi då leva upp till de nya anspråk som ställs på oss? Det kan inte räcka med att vi kan få fram några enstaka aktiva representanter för oss utan planeringsmedverkan måste förankras på bred bas.

Det är rimligt att räkna med att läns-handikappråden kommer att få ökade uppgifter. På flera håll känns

det nog som en naturlig utveckling men vanligare är kanske att vi måste konstatera att läns-handikapprådens och referensgruppernas organisation och verksamhet bör ses över.

Även här behövs alltså utbildning och aktivering.

Om vi summerar det som sagts här om de nya problemen och uppgifter som handikappörelsen står inför så måste vi konstatera att vi har en stor folkbildningsuppgift framför oss. Vi behöver kunskap, vi behöver självkänsla och vi behöver kraft för att klara de nya uppgifterna.

De förändringar som pågår måste ses som en utmaning. Vi måste skaffa oss ett ökat medinflytande.

*Utmaningen måste antas!*

*Text: Lars Östman*

---

**Till studiestarten i höst kommer på Brevskolan ett studiematerial med titeln "Vad styr sjukvården? Om patientroll och patienträtt i den nya hälso- och sjukvården". Lars Östman är författare.**

**Studiematerialet är utformat som en bok med inarbetad studieplan och frågeställningar. Med utgångspunkt från verklighetsbilder diskuteras värderingar och attityder, människosyner och organisationsformer i sjukvården.**

**Den nya hälso- och sjukvårdslagen och viktiga bestämmelser i den sk tillsynslagen diskuteras även liksom samarbetet med kommunernas socialtjänst. Redogörelse lämnas för patientförsäkringen, förtroendenämnderna och ansvarsnämnden. Handikappörelsens medverkan i hälso- och sjukvården liksom planeringsfrågor diskuteras.**

**Vi hoppas på många studiecirkel inom våra lokalorganisationer. Bjud gärna in de andra handikapporganisationerna till gemensamma cirklar. ABF hjälper till.**

**I januari-februari kommer några radioprogram i anslutning till studiematerialet.**

---



## CARDELLS NACKA-VÄRMDÖ BEGRAVNINGSBYRÅ

Bouppteckningar ● Arvskiften ● Testamenten  
Gravvårdar

Ombud för Funebris ● Puhumme suomea

**Tel. 08- 40 50 15, 42 20 50**

Folkungagatan 89, Stockholm. Må-fre 9-16.

Privat telefon: 08-42 33 13, 64 10 77

08-94 92 66, 0766-400 50

Jourtelefon under alla helger: 010-70 40 82



# Status

## nr 7

### BILDKRYS

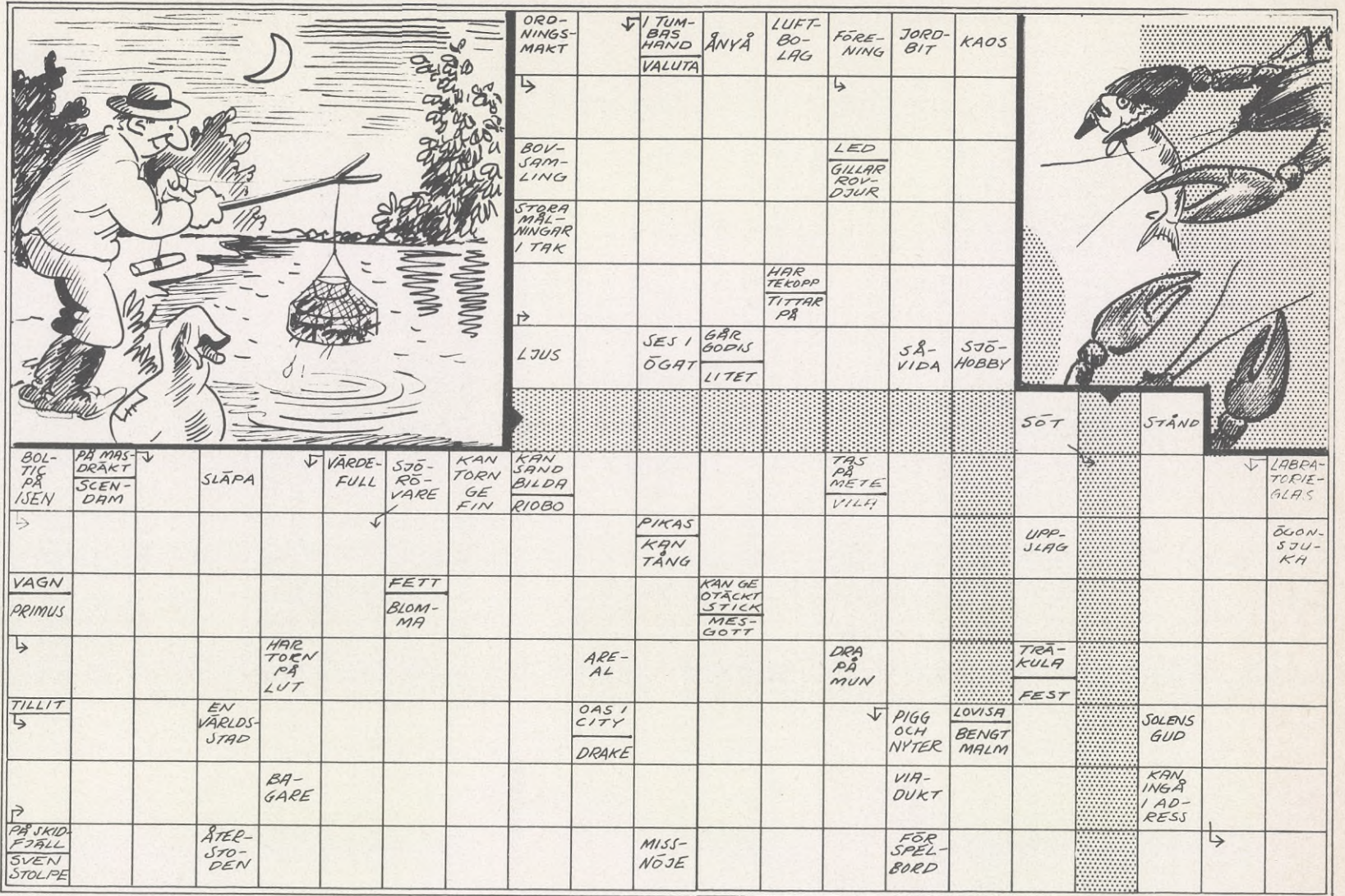
# Status

## nr 7

Lösningar skall vara märkta "Bildkriss nr 7" och måste vara Status redaktion, Box 9090, 10272 Stockholm, tillhanda senast den 10 sept.

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

Pristagaras namn meddelas i Status Oktober-nr.



ORD-  
NINGS-  
MART

TUM-  
BAS  
HAND  
VALUTA

ÅNYÅ

LUFT-  
BO-  
LAG

FÖRE-  
NING

JORD-  
BIT

KAOS

BOV-  
SAM-  
LING

LED  
GILLAR  
ROV-  
DJUR

STORA  
MÅL-  
NINGAR  
I TAK

HAR  
TEKOPP  
TITTAR  
PÅ

LJUS

SES I  
ÖGAT

GÅR  
GODIS  
LITET

SÅ-  
VIDA

SJÖ-  
HOBBY

SÖT

STÅND

BOL-  
TIG  
PÅ  
ISEN

PÅ MAS-  
DRÄKT  
SCEN-  
DAM

SLÄPA

VÄRDE-  
FULL

SJÖ-  
RÖ-  
VARE

KAN  
TORN  
GE  
FIN

KAN  
SAND  
BILDA  
RIOBO

PIKAS  
KAN  
TÅNG

TAS  
PÅ  
METE  
VILH

LABRA-  
TORIE-  
GLAS

VAGN

PRIMUS

FETT  
BLOM-  
MA

KAN GE  
OTÄCKT  
STICK  
MES-  
GOTT

UPP-  
JLAG

ÖÖN-  
SJU-  
KH

HAR  
TOEN  
PÅ  
LUT

ARE-  
AL

DRA  
PÅ  
MUN

TRÄ-  
KULA

FEST

TILLIT

EN  
VÄRLDS-  
STAD

OAS I  
CITY

DRAKE

PIGG  
OCH  
NYTER

LOVISA  
BENGT  
MALM

SOLENS  
GUD

BA-  
GARE

ÅTER-  
STO-  
DEN

KAN  
INGÅ  
I AD-  
RESS

PÅ SKID-  
FJÄLL  
SVEN  
STOLPE

MISS-  
NÖJE

VIR-  
DUKT

FÖR  
SPEL-  
BORD

Namn \_\_\_\_\_ Adress \_\_\_\_\_ Postadress \_\_\_\_\_

# Toppvinst i RHL-lotteriet 1983



SAAB 900 GL 3 d Combi coupe 1983 års modell

## Dessutom

Presentkort Domus/Ica

Bordslyster

Artiklar i svenskt smide

Linnevaror, hushållsartiklar m m, m m

**Inga väntans  
tider!**

•  
Dragning verkställd före  
lottförsäljningens början

Försäljningstid  
1 april—30 september 1983

•  
**Ni ser genast om  
lotten ger vinst!**

## 10.345 värdefulla vinster

De hjärt- och lungsjukas Rikslotteri 1983 — RHL-lotteriet

Härmed beställes

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

..... st lotter à 5:— att sändas varje månad fr o m  
augusti t o m sept. 1983 mot postförskott + porto.  
Dragningslista medföljer gratis.

Namn .....

Adress .....

Var god texta

Sänd ej pengar med denna rekv. Status aug. 83

Frankeras  
med  
brevporto



LOTTPRIS  
5 KRONOR  
REKVIRERA NU

Sammanlagd vinstsumma  
över **566.000:—**

Vid rekvisition av minst 5 lotter i sam-  
sändning — portofritt.

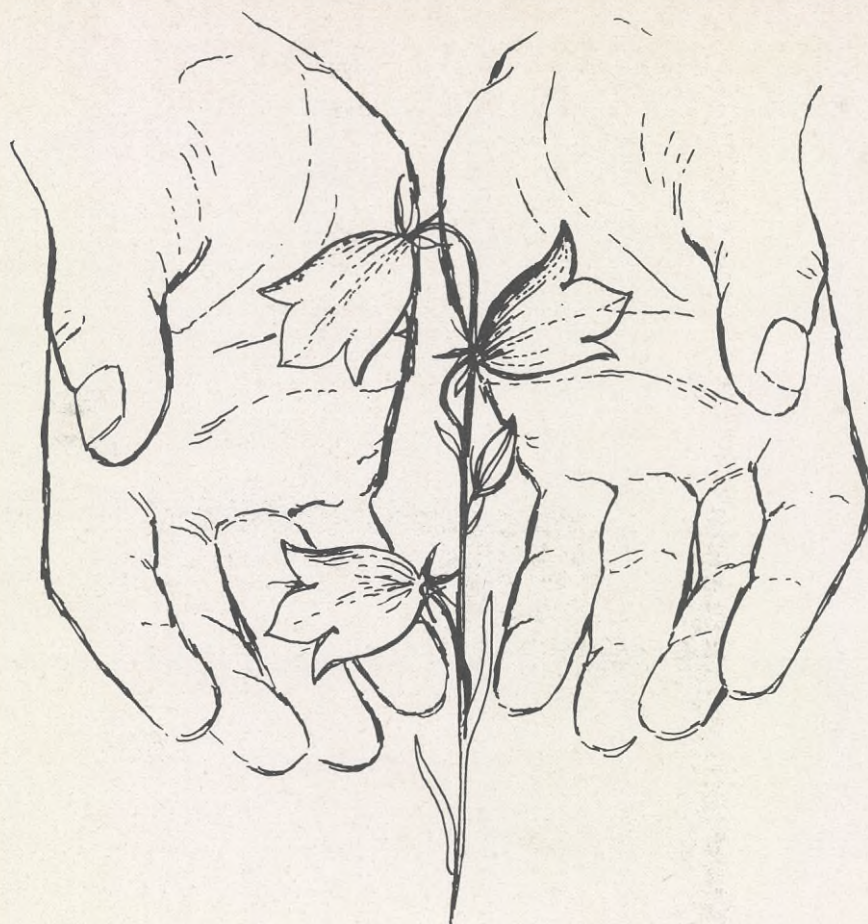
Minst en lott till varje familjemedlem ökar  
familjens vinstchans!

RHL-lotteriet

Box 9090

102 72 Stockholm





# SÄKERHET

behöver vi alla. Stora företag. Små företag. Privatpersoner. SECURITAS har resurserna, kan tekniken och anpassar bevakningen till just Ert behov. Vare sig det gäller avancerade inbrottslarm eller andra utrustningar för teknisk bevakning. Och naturligtvis även när det krävs ett effektivt bevakningssystem med väktare. Ofta bör personell och teknisk bevakning kombineras. SECURITAS hjälper Er med kombinationen.



## BEVAKNING AB SECURITAS

Stockholm  
08-13 10 40

Malmö  
040-29 00 00

Göteborg  
031-80 35 00

Örebro  
019-11 91 40