

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

1.79

januari

SOCIALMEDICIN • MILJÖFRÅGOR • HANDIKAPP



Tidskrift för Riksförbundet för hjärt- och lungsjuka

pris 4:—



GOTT NYTT ÅR tillönskas av

STOCKHOLM

Ansvär, Box 5071
Hemlin, John W, Box 2030, Skärholmen
Lambert Lindgren AB, Norrmalmstorg 1 A
Ljud & Bild AB, Artemisgatan 12
H. G. Lundberg, Firma, Bryggargatan 14
Sandstedt, Axel, Trävaru AB, Apelbergsgatan 50
AB Transistor, Box 49093

STOCKHOLMS OMGIVNINGAR

Bergholtz Klockgjuteri, Sigtuna
AB Marabou, Sundbyberg
Siemens Elema AB, Röntgenvägen 2, Solna

SÖDERTÄLJE

Bohm, Sten-Rune, Doktor

GÄVLE

Westlund & Söners Bokbinderi, Box 715, GÄVLE

KONVALESCENTHEM

Konvalescenthemmet Björkefors
Konvalescenthemmet Åsen
Långasjöns Semesterhem
Svanholmens Vilohem

•
Status, organ för Riksförbundet för hjärt- och lungsjuka
Riksförbundet för hjärt- och lungsjuka, Styrelsen
Föräldraföreningen för hjärt- och lungsjuka barn och ungdomar, Styrelsen
Förbundsexpeditionens personal
Riksföreningen för Cystisk Fibros
NHL, Nordiska Hjärt- och Lunghandikappades förbund (Tidigare DNTC)

LOKALFÖRENINGAR

Blekinge läns centralorganisation för hjärt- och lungsjuka
Karlskrona konvalescentförening för hjärt- och lungsjuka
Föreningen för hjärt- och lungsjuka i Karlshamn
Ronneby konvalescentförening för hjärt och lungsjuka
Furs patientförening
Gotlands konvalescent- och patientförening
Gävleborgs centralorganisation för hjärt- och lungsjuka
Föreningen för hjärt- och lungsjuka i Bollnäs
Föreningen för hjärt- och lungsjuka i Gävle
Konvalescentföreningen för hjärt- och lungsjuka i Hofors
Föreningen för Hjärt- och Lungsjuka i Norra Hälsingland
Föreningen för hjärt- och lungsjuka i Sandviken
Patientföreningen, Lungkliniken, Gävle sjukhus
Föreningen för hjärt- och lungsjuka i Söderhamn
Hjärt- o Lungsjukas samorg i Gbg o Bohus län (HÄLSO)
Hjärt- och lungsjukas lokalförening, Uddevalla m o
Hjärt- o lungsjukas konvalescentför. i Göteborg (HLKG)
Patientfören. Renströmska sjukhuset, Göteborg (PRS)

Patienternas självhjälpkassa, Svenshög
Hallands hjärt- och lungsjukas centralorganisation
Mellersta Hallands konvalescentförening
Södra Hallands konvalescentförening
Varbergs m o konvalescentförening
Föreningen hjärt- och lungsjuka i Jämtlands län
Sollidens patienters understödsförening, Östersund
Centralorg. för hjärt- och lungsjuka i Jönköpings län
Jönköpingsortens konvalescentförening
Värnamo konvalescentförening för hjärt- och lungsjuka
Lokalavdelningen för hjärt- och lungsjuka i Nässjö
Aneby lokalförening av RHL
Hjärt- o lungsjukas förening i Eksjö Kommun
Hjärt- och lungsjukas lokalförening i Tranås m o
Hjärt- och lungsjukas lokalförening i Vetlanda o Sävsjö
Eksjö patientförening
Kalmar läns centralorganisation för hjärt- och lungsjuka
Föreningen hjärt- och lungsjuka, Kalmar
Nybro konvalescentförening för hjärt- och lungsjuka
Föreningen Hjärt- och Lungsjuka i Oskarshamn
Vimmerbyortens förening för hjärt- och lungsjuka
Föreningen hjärt- och lungsjuka i Västervik
Föreningen hjärt- och lungsjuka, Öland
Dalarnas hjärt- och lungsjukas centralorganisation
Norra Dalarnas hjärt- och lungsjukas lokalförening
RHL lokalförening Avesta, Hedemora och Säter
Hjärt- och lungsjukas lokalförening i Borlänge
De hjärt- och lungsjukas förening i Leksand
Lokalförening i Ludvika m o
Hjärt- och lungsjukas förening i Falun
Högbo patientförening, Falun
Kristianstads läns centralorg. för hjärt- och lungsjuka
Hässleholmsortens kamratfören. för hjärt- och lungsjuka
Kristianstadsortens konv.fören. för hjärt- och lungsjuka
Nordvästra Skånes konv.fören. för hjärt- och lungsjuka
Österlens konvalescentförening för hjärt- och lungsjuka
Hjärt- och lungsjukas förening i Kronobergs län
Hjärt- och lungsjukas lokalförening inom Växjö kommun
Hjärt- och lungsjukas förening i Älmhult
Centralorg. för hjärt- och lungsjuka i Malmöhus län
Föreningen för hjärt- och lungsjuka i Helsingborg m o
Föreningen för hjärt- och lungsjuka i Lund m o
Lokalföreningen för hjärt- och lungsjuka i Höganäs
Föreningen för hjärt- och lungsjuka i Ystad
De hjärt- och lungsjukas lokalförening i Landskrona
Mellanskånes konvalescenthjälp, Eslöv
De hjärt- och lungsjukas förening i Malmö
Lokalföreningen för hjärt- och lungsjuka i Trelleborg m o
Patienternas förening Nytt och Trevnad, Orup
Patientföreningen Gagn och Glädje
Co för hjärt- och lungsjuka i Norrbotten
Föreningen för hjärt- och lungsjuka i Boden
Föreningen för hjärt- och lungsjuka i Gällivare

Status

Organ för Riksförbundet
för hjärt- och lungsjuka
ISSN 03467-1823

nr 1 1979 årgång 42

Ansvarig utgivare: Tord Axelsson
Redaktör: Lars-Erik Hult

Förbundskansli:

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

Tryckeri:

Axlings Tryckeri AB,
Södertälje

Prenumerationspris:

Helår 35:—, Medlemspren. 15:

UR INNEHÅLLET

Bättre levnadsmiljö för
världens barn
Sid. 4

Framtidsvisioner som aktuell
väckarklocka
Sid 6.

Presentation i Tokyo
av dagens cardiologi
Sid. 9

Island — ett litet land
med ett stort folk
Sid. 12

Tänder och tandvård
Sid. 14

Med RHL på Kanarieöarna
Sid. 16

Hänt sen sist . . .
Sid. 18

Omslag: Ute i havsbandet är det stilla så
här års. Foto: Mark Markefelt

Ge alla samma chans!

Det har sagts många gånger den senaste tiden, men det tål att sägas en gång till: Regeringens proposition om arbete åt handikappade blev en klar besvikelse.

En besvikelse därför att vi var så många som hoppades på en förbättring, då sysselsättningsutredningens förslag publicerades. Vi trodde att anvisningarna om hur de utslagna åter skulle inpassas i samhället skulle följas. Vi trodde att regeringen insåg det lönsamma i att ge handikappade möjlighet att bidra till produktionen i stället för att ta till förtidspensionering och att det borde resultera i en rejäl satsning. Det handlade alltså både om mänskliga hänsynstaganden och om lönsamhet.

För det är ställt utom alla tvivel att det rör sig om en betydande ekonomisk vinst för samhället att sätta stopp för utslagningen. Men allt var förgäves. Vi kan slå fast att regeringens proposition inte står i något som helst rimligt förhållande till sysselsättningsutredningens konstruktiva förslag.

I stället kryper man bakom AMS, som för övrigt inte ens får sina egna önskemål tillnärmelsevis uppfyllda. De 350 tjänster som det ordas så mycket om suggs upp i den allmänna hanteringen och blir inte på långa vägar till de handikappades hjälp på det sätt vi hoppats på. Arbetsmarknadsministrarnas ursprungligen positiva attityd har förbytts i ett ängsligt sneglande åt arbetsgivaridans reaktioner. Då inte ens uppgifterna om en klar lönsamhet i sammanhanget vinner gehör, har det reaktionära tänkandet frysts ner till en nivå, då tydligen bara en blåslampa kan lösa upp hämningarna.

Den kreativitet, den handlingsspänst, som vi så smått förväntade oss har förvandlats till aska. Och där står vi med vissheten att allas rätt till arbete inte förverkligats. För oss återstår en ännu intensivare kamp för den rättighet att alla oavsett handikapp skall ha samma chans till jobb, till en människovärdig tillvaro. En självklarhet kan man tycka. Men tyvärr är det inte så.

Slutomdömet är alltså en substanslös och till mycket litet förpliktigande proposition. Kvar i minnet finns stadsrådets svävande svar på skuren av frågor om den verkliga innebörden, att man inte kan — eller inte vill — ta de kraftfulla och för samhället gagnande grepp som krävs för att på ett anständigt sätt tillmötesgå de handikappades välmotiverade krav på arbetsmarknaden. Vår målsättning är nu att förhindra skrotningen av de sociala satsningar som trots allt vunnit gehör i vida kretsar.

I år har FN beslutat att ägna speciell uppmärksamhet åt världens barn och därför kommer självfallet vår föräldraförening att bidra liksom också HCK i stort. Mer om det längre fram i tidningen.

De uppgifter vi har framför oss blir allt fler och allt mera arbetskrävande, men med många goda krafter hjälp är jag övertygad om att vi skall lyckas i våra strävanden att uppnå rättvisa för alla grupper i samhället även för de ofta sämst ställda, de handikappade.

Därmed en önskan om ett Gott Nytt År i kampen för alla människors rätt till arbete.

Tord Axelsson

BÄTTRE LEVNADSMILJÖ FÖR VÄRLDENS BARN

FN har sedan länge för varje år haft ett tema som på olika sätt fått särskild uppmärksamhet. 1979 är det internationella barnåret. Det kan finnas många skäl till att man vill fokusera barnens situation. Allt är inte så problemfritt ens i de ekonomiskt bäst lottade länderna. Sett i ett globalt perspektiv är dock svälten och den höga nativiteten de två stora problemen. Spädbarnsdödligheten är fortfarande skrämmande hög i stora delar av världen. Modern forskning har visat att fostrets eller barnets tillväxt redan före födelsen har stor betydelse för dess fortsatta fysiska och psykiska hälsa. Endast om den gravida kvinnan har goda socioekonomiska förhållanden får hennes barn optimala förutsättningar för sin fortsatta tillvaro, skriver Åke Gyllenswärd, överläkare vid Barnmedicinska kliniken, Danderyds sjukhus och ordförande i Föräldraföreningen för hjärt- och lungsjuka barn och ungdomar.

I västvärlden borde dessa faktorer vara väl tillgodosedda. Så är dock inte fallet. Först om ett lands höga ekonomiska sociala standard mäts i bruttonationalprodukt fördelas så att ingen grupp har det socialt eller ekonomiskt svårt råder optimala förhållanden vad gäller barnens primära förutsättningar. Födelsevikten är den hittills bästa mätaren på dessa faktorer. Låga födelsevikter hos en befolkningsgrupp eller ett folk i relation till de gynnsammaste pekar på att fostret haft i ett eller annat avseende ogynnsam miljö. I ett land som vårt är denna grupp liten och orsaken är sjukdom hos modern eller stress. Vi får dock inte glömma att i många fall är det moderns rökning som ligger bakom. Ofta är den säkerligen kombinerad med stress.

Hos oss med världens lägsta nativitet och åtminstone teoretiska möjligheter att

planera varje graviditet kunde man tycka att barnens situation borde vara mycket gynnsam. Man kan satsa nästan hur mycket som helst på varje enskilt barn. Så är det nog också i materiella ting på bekostnad av den emotionella och mänskliga utvecklingen. Det blir många tillfällen under det kommande året att diskutera dessa frågor inte minst den övertro som finns på den konstlade daghemsmiljön och tidig gruppanpassning. Tar vi vara på varje enskilt barns förutsättningar och ger vi dem möjlighet till en egen personlighetsutveckling?

Dessa frågor kommer i blyxtbelysning när man intresserar sig för kroniskt sjuka och handikappade barns situation. Inom RHL finns sedan några år en föräldraförening för Hjärt- och Lungsjuka barn. Den ägnar sig av resursskäl huvudsakligen åt

barn med hjärtfel. Det övervägande flertalet av dessa är i våra dagar medfödda. Ungefär åtta av 1 000 levande födda barn har hjärtfel. Allt fler överlever den känsliga nyföddhetsperioden genom hjärtkirurgins och dess hjälpvetenskapers stora framsteg. Grovt räknat har ungefär hälften av de med hjärtfel födda barnen senare problem på ett eller annat sätt.

Medicinskt och tekniskt är dessa barn mycket väl omhändertagna. De ekonomiska problem som finns är inte att sjukvården eller operationer är kostsamma. Ändå visar det sig att föräldraföreningen har en stor uppgift såväl för att samla upp problem som kan bearbetas och leda till förbättrade åtgärder som för att ge föräldrar tillfälle att träffa andra i liknande situation, vilket kan innebära ett avsevärt emotionellt stöd. På den ekonomiska sidan gäller det frågor om värdbidrag, barntillsyn, möjligheter för föräldrarna att följa med sina barn till sjukhus i samband med utredningar och operationer och liknande frågeställningar. Många behöver också extra stöd i form av mer eller mindre driven kristerapi, detta gäller inte minst de som förlorat sina barn.

Barn med särskilda behov har förtur till daghem och förskola. Men vad hjälper det om de flesta i en grupp har särskilda behov och man därför inte har resurser att ta hand om det svårt hjärtsjuka barnet ens för några timmar? Kanske vågar man inte ta det ansvaret heller. Man kan tänka sig hur föräldrar, som varit bundna i flera år emedan ingen annan vågat ställa upp i deras ställe upplever en sådan situation.

Detta med svårigheten att integrera ett handikappat barn i samhället fortsätter i skolan. Ideologin att individualintegrera till varje pris kan gå för långt. Handikappade 12-åringar vill inte sällan vara i en grupp "likasinnade" för att slippa att om och om igen förklara och försvara sitt handikapp. Det finns behov av mycket mer kunskaper om och resurser för den enskilda individens bästa integrering. Nyt-



tan av kontakten med andra och samhället i stort kan inte ifrågasättas.

Föräldrarna vet som regel bäst

Att föräldrar som går i spänning och oro inför en väntande stor hjärtoperation kan ha svårt att ge ett gott stöd på egen hand är förståeligt. Ändå måste vi som får kontakt med handikappade eller kroniskt sjuka barn inom sjukvården, i förskola och i skolor inse att föräldrarna som regel är de som vet bäst om sitt eget barn. Det känns förnedrande för dem när man i stället för att räkna med dem kräver intyg av de mest skilda slag inte minst från läkare. Intyg och framför allt personliga kontakter kan i många fall vara ett bra komplement till föräldrarnas information men kan aldrig ersätta denna.

Svårigheterna i daghem, förskolor och skolor ter sig för många i efterhand som obetydliga, nästan löjligt små jämfört med vad som händer i samband med yrkesvägledning, yrkesutbildning och inpassning i arbetslivet. Man har i stort sett lärt sig leva med omvärldens svårigheter att se det hjärtsjuka barnet som först och främst ett barn med alla dess vanliga behov och inte som ett hjärtfel hos ett barn. Vid yrkesvägledningen är det vanligt att man utgår från hjärtfelet och då krymper den redan förut begränsade valfriheten raskt till nästan ingenting.

Föräldraföreningen och andra måste fortsätta kampen för ett verklighetsanpassat synsätt. Bortsett från ett trots allt ganska begränsat antal absoluta hinder som t ex att blind inte kan bli flygare,



Det finns behov av mycket mer kunskaper om och resurser för barnens trivsel i samhället. Nyttan av kontakten med andra är av stor vikt.

borde det vara ganska lätt att börja med individens intresse, anlag i vidaste bemärkelse, yrkestraditioner i familjen, möjligheter till arbete inom avsett yrke på bostadsorten, om nämligen vederbörande på grund av sin sjukdom inte kan flytta bort på egen hand osv och sedan se om det man kommer fram till över huvud taget är möjligt. Man skall då finna att mycket mer är möjligt än man kunnat ana.

Med utgångspunkt från fostrets förutsättningar är det rimligt att man ser barnet i hela perspektivet fram till inpassningen i

arbetslivet. Många av problemen genom åren har gemensam bakgrund. Det gäller för oss alla i vilket samhälle vi än lever och verkar att utifrån rådande förutsättningar arbeta för bättre förhållanden för den framtid som ligger i våra barn, vare sig de är friska eller handikappade. ●

Pengar till barnens fritid

Regeringen har anvisat 4 milj kr ur allmänna arvsfonden till försöksverksamhet med fritidsaktiviteter för barn sommaren 1979. Det är i första hand ungdomsorganisationer som genom stödet kan utveckla modeller för ferieverksamhet. Också kommuner, sommargårdar och andra organisationer kan få del av anslaget. Nytt är att även lägerverksamhet m m för ungdomar i de lägre tonåren bör provas.

Tidigare år har bidrag utgått t ex för verksamhet med hörselskadade barn som fått lära sig grundläggande kartkunskap och orienteringsträning i naturen. Samebarn som flyttat söderut har dragit till fjälls för att uppleva sina far- och morföräldrars kulturtraditioner.

Socialstyrelsen har fått i uppdrag att lämna förslag till konkreta projekt för sommaren 1979. Regeringen påpekar dessutom att 1979 är FN:s internationella barnår.

— Det är av stor betydelse att barn och ungdomar kan ges en meningsfull sysselsättning på ferierna. På så sätt kan många sociala problem förebyggas, säger socialminister Gabriel Romanus med anledning av beslutet.



FRAMTIDSVISIONER som aktuell väckarklocka

Det här med att sia om framtiden är väl inte precis något nytt. Man kan — om man så vill — gå tillbaka till dom gamla grekerna. Bibeln är en rik källa när det gäller att finna framtidsvisioner. I praktiskt taget alla religioner får man anvisningar om vad som ska ske bakom framtidens skönlåt — det må sedan röra sej om världens undergång eller sköna, himmelska vyer som väntar bakom horisonten. De socialistiska utopisterna använde sina former för att utmåla framtida tillstånd, konstaterar Sven O Bergkvist, välkänd och mångsidig författare.

Det har väl alltid funnits — hos profeter och fanatiker och alldeles vanligt folk — en nyfiken benägenhet att kika framåt och försöka utröna vad som döljer sej s.a.s. "bakom knuten". Författarna är naturligtvis inte undantagna i det sammanhanget — framtidsromanen, eller framtidsdikten överhuvudtaget, har alltid varit och är fortfarande en slitstark litterär genre. Vi har den representerad i vår egen, överblickbara historia. Man behöver bara nämna namn och böcker som Orwells 1984, Huxleys *Du sköna nya värld* och Karin Boyes *Kallosain*. Harry Martinsons *Aniara* hör väl också till bilden. Och en av våra fortfarande aktiva skönlitterära författare, Ivar Lo-Johansson, har skrivit *Elektra. Kvinna 2070*. Han har vid något tillfälle sagt att det är varje författares dröm att åtminstone en gång i sitt liv utge en framtidsvision. Det verkar som om han

får mer och mer rätt — framtidsromanerna blir fler och fler och genren verkar mer och mer intressera också yngre och nyare författargenerationer.

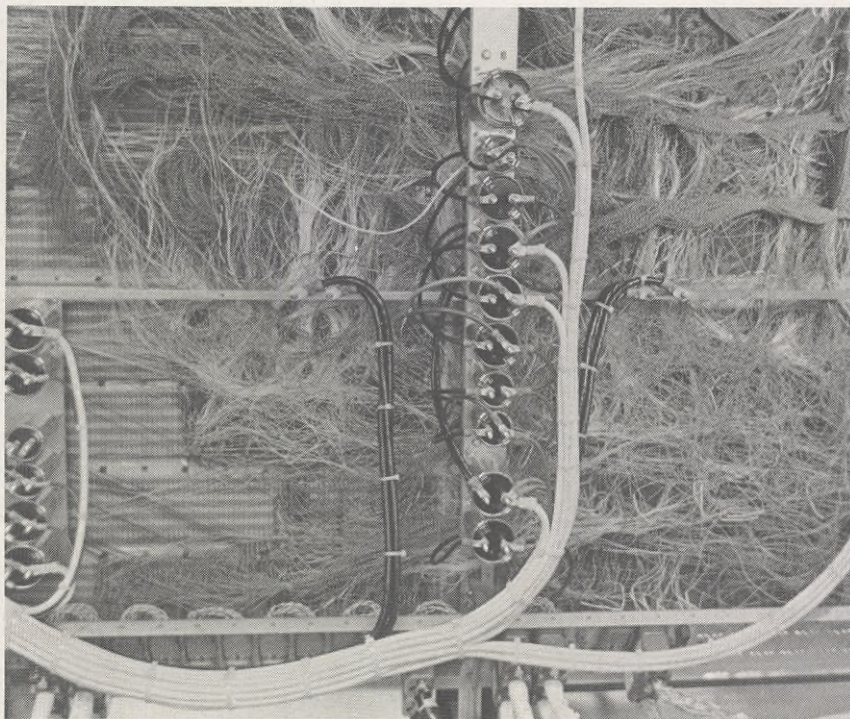
Och här kan man kanske tala om en nyorientering. Det gäller inte längre böcker och visioner som man kan avfärda som "fria fantasier" utan om verk som har konkreta avstamp i vår egen tid och i förhållanden som vi just upplever. Det finns framtidsromaner som känns rykande aktuella — som om de utspelar sej precis när man läser dem. Den norske författaren Knut Faldbakken är ett bra exempel på den förnyelse jag menar. Det finns andra namn att nämna. Ofta är temat dystert i dessa böcker. Den ljusnande framtid är vår? Nej, knappast i dessa framtidsvyer. Snarare rör det sej om utmaningar. Kanske kan vi lära något av dem — på det att de visioner det gäller *icke* må bli verklig-

het. Här kan framtidsromanen få en ny, oanad betydelse i den aktuella politiska diskussionen och i samhällsdebatten överhuvudtaget.

Det finns många brännande problem i dagens teknokratiska samhälle som man kan ta upp i en "aktuell framtidsroman" och man behöver inte längre bara fantisera och spekulera. Det finns gott om kokhett konkret material att gå ut ifrån och bygga vidare på. Bestämmer vi oss för ett speciellt vägval i en speciell fråga så kan vi — tex via data — med stor säkerhet överblicka konsekvenserna för människan och människans roll i samhället. Kommer vi i en framtid att använda uteslutande robotar inom industrin — något som är fullt tänkbart ur teknisk synpunkt och dessutom på sikt ekonomiskt lönsamt för företagen — då måste det rimligen leda till arbetslöshet och mänskliga tragedier. Sätter man ett "ekonomiskt tak" för utgifter till sjukhus- och långtidsvård, behandling av utslagna, barnomsorg etc. — då leder också det ofelbart till avhumanisering och personliga skadeverkningar. Händer en reaktorolycka eller en miljökatastrof av den eller den arten — även i sådana fall kan vi redan nu få fram siffror på verkningarna. Exemplet skulle kunna mångfaldigas.

Det är alltså inte längre orealistiskt att skriva realistiska framtidsromaner — det är det nya. Och sådana framtidsvisioner kan bli viktig, avslöjande indignationslitteratur . . .

Den nya situationen har i stor utsträckning med datateknikens utveckling att skaffa. Forntida filosofer, profeter, socialistiska utopister och andra framtidssiäre hade inga tekniskt snillrika databanker att tillgå — dom fick lita till sina uppenbarelser och sina mer eller mindre utvecklade intuitioner. Det kunde slå slint — världsundergångar blev inte av, drömmar blev inte förverkligade. Också senare tiders framtidsskildrare arbetade mer eller mindre i blindo eller på instinkt — vilket inte hindrade att de då och då "prickade rätt". Ta bara dom namn som från början nämndes, Orwell, Huxley, Boye — nog har många av deras förutsägelser slagit in. Mer eller mindre — ofta faktiskt mer än



Datan är verkligen ett tveeggat svärd. Vi har uppenbarligen överrumplats av en ny "makthavare" en hänsynslös "figur", som på bråkdelen av en sekund kan avslöja våra skröpligheter.

man i allmänhet räknat med.

Men den moderne författaren av textframtidsromaner arbetar dock i ett visst överläge — han eller hon står med hjälp av tekniken på en konkretare och pålitligare grund än sina föregångare.

Datan är verkligen ett tveeggat svärd — och ett ämne för sej i författarverkstaden. Vi har uppenbarligen överrumplats av en ny "makthavare", en hänsynslös och ibland direkt livsfarlig "figur", som på bråkdelen av en sekund kan avslöja våra skröpligheter och "slå till" i dom mest skiftande situationer utan att behöva anlägga några som helst medmänskliga känslor. Jag kallar i min roman *Klagotimme* datahjärnan för Farbror Svensson. Vår s k välfärd och humanism kräver ju ett hemtrevligt och avdramatiserat namn . . . På det att vi inte må oroas.

Det här med data verkade ju tämligen oskyldigt till att börja med. Farbror Svensson hade begränsade och rätt oskyldiga uppgifter. Han övertog jobb med löneuträkningar, faktureringar, lagerredovisningar etc. — och det blev praktiskt och billigt och bra för företagen. Allmänhetens reaktioner var knappast överväldigande — fast det är klart att en och annan utsatt blev

förbannad när det blev för liten summa i lönekuvertet eller när man krävdes på alldeles för höga avgifter från televerket.

Farbror Svensson kunde stundom vara lite bisarr och burlesk och visa en säregen form av humor. Nyfödda och åldringar inkallades till militärtjänstgöring. Barn som aldrig betalt skatt fick hundratusentals kronor tillbaka. Vuxna som erlagt tillräckligt krävdes på mer. Den moraliske prästen fick SEX eller FAN på bilnummerplåten, den nitiske polismannen RÅN eller BOV . . .

Allvarligare blev det när Farbror Svensson började lägga sej i arbetsmarknads- och lokaliseringsfrågor och ta ställning inom social- och sjukvårdssektorn etc.

Det var då — kring 1970 — diskussionen började på allvar. En av anledningarna var att Göteborgs stad utan att informera allmänhet och berörda införde ADB (automatisk databehandling) inom socialvården. Det var inte underligt att socialarbetarna reagerade starkt negativt inför den nya och överrumplande given. Här satt dom visserligen plötsligt med lättillgängliga datafakta om sitt s k klientel — men när det kom till kritan var det ju människor dom hade att göra med vid

skrivbord och vid hembesök. Farbror Svenssons siffror och kodsystém hade en benägenhet att styra och snedvrída dialogen. Socialarbetarna menade med rätta att det var viktigare att satsa på forskning om hur man kommer till rätta med brister i samhället och utslagning av människor än att bygga upp tekniska vidunder och datakontroll.

Men Farbror Svensson fortsätter sin verksamhet och hans agerande inom sjukvårdssektorn är inte mindre skrämmande. Här skyntar perspektiv som kan vara direkt livsavgörande för många. Genom samordning av dataterminalerna ligger människan blottlagd. Det kan vara praktiskt för läkare och personal. Men i förlängningen av hela den här problematiken finns kusliga vinklar. Det talas allt oftare om värdkris och allt fler befullmäktigade klagar över stigande, ja, oöverstiggliga, kostnader. Dom mest extremasparingsivrarna talar om prioritering och hävdar att "vi inte har råd med alla".

Det är konsekvenserna av sådant tänkande och sådana tendenser i tiden jag haft som utgångspunkt för min roman *Klagotimme*. Här arbetar Farbror Svensson — den samspunna datahjärnan — med "det



Antag att en katastrof inträffat och det gäller att skilja dom s k livsdugliga och produktiva från dom s k utslagna och onyttiga. Datahjärnan, av författaren kallad Farbror Svensson, avgör urvalet.



Socialarbetarna menar att det är viktigare att man kommer till rätta med brister i samhället och utslagning av människor än att bygga upp tekniska vidunder och datakontroll.

mänskliga urvalet" och detta med sk dödshjälp får en ny innebörd. En katastrof har inträffat, det "ekonomiska taket" är nått, och det gäller att skilja dom sk livsdugliga och produktiva från dom sk utslagna och onyttiga. Vem ska leva och vem ska dö? Det är Farbror Svensson som avgör. Det finns visserligen en dataombudsman i bilden, en kvarleva från den gamla humanistiska tiden — till honom ska man under dagens klagotimme vända sej om man blivit förfördelad. Men dataombudsmannens makt är ringa eller ingen när han tar emot dom som blivit hänvisade till Solbacken, i folkmun kallat Sopbacken — något av ett koncentrationsläger, varifrån ingen återvänder . . .

Är en sådan här fascistisk utveckling tänkbar i det moderna sk välfärdssamhälle vi lever i? Jag befarar det, utifrån skönjbara, konkreta tecken. Men naturligtvis hoppas jag på motsatsen — att bokens händelser aldrig ska bli verklighet.

Det är därför jag skrivit boken. Jag tror på en ny form av framtidsroman, på en framtidsvision förankrad i nuet, med avstamp i dagens överblickbara verklighet. Kort sagt på en framtidsroman som aktuell och avslöjande indignationslitteratur . . . eller varför inte som nödvändig väckarklocka? ●

FNs internationella handikappår

Förenta Nationerna har beslutat att förklara år 1981 som internationellt handikappår där en av grundtankarna är att nu förverkliga i FNs medlemsstater deklarationen om handikappades rättigheter antagen av FN 1975. Generalförsamlingen har uppmanat medlemsländer och organisationer att i samband med året vidta aktiva åtgärder såväl nationellt som internationellt för att förbättra villkoren för människor med handikapp. FNs generalförsamling antas i dagarna se ut en speciell rådgivande kommitté bestående av ca 20 medlemsländer, där Sverige beräknas representera Västeuropa. Den skall leda det internationella förberedelsearbetet. FN har vidare inrättat ett särskilt sekretariat för handikappåret, f n placerat i Geneve.

Regeringen har uppdragit åt statssekreterare Gerhard Larsson att tillsammans med av myndigheter och organisationer utsedda kontaktpersoner tills vidare samordna förberedelserna från svensk sida inför handikappåret.

*

En överläggning har hållits på socialdepartementet med företrädare för Handikappförbundens centralkommitté, De Handikappades Riksförbund, statens handikappråd, handikappinstitutet, Rehabilitation International:s svenska kommitté, arbetarskyddsstyrelsen, arbetsmarknadsstyrelsen, statens planverk, socialstyrelsen, skolöverstyrelsen, SIDA och utrikesdepartementet för att ge preliminärt underlag till de svenska synpunkterna i FN på programmet för 1981.

Anpassning av samhället

Sverige beräknas i Förenta Nationerna verka för att vårt synsätt på handikapp som en relation mellan individen och det omgivande samhället, där anpassningsåtgärderna i första hand tar sikte på samhället och i andra hand på individen, vinner genomslagskraft internationellt. Vidare kommer Sverige att arbeta för att handikappfrågor i större utsträckning behandlas i sina sakliga sammanhang, och integreras i reguljärt internationellt arbete och i nationella reformprogram. Sverige kommer också att verka för att varje funktionshinder (synskada, hörselskada/dövhet, rörelsehinder, psykisk utvecklingsstörning/psykisk sjukdom och medicinska handikapp) och de speciella problem vart och ett ställer behandlas för sig.

Ökat forskningssamarbete

— I en sammanfattning från dagens möte säger Gerhard Larsson att det verkar råda enighet om att Sverige bör arbeta för att handikappåret i första hand får en utlandsinriktning, med bl a ökat utrymme för handikappprojekt inom det multi- och bilaterala biståndsarbetet. Både förebyggande och rehabiliterande insatser är viktiga. Sverige bör om möjligt i samband med handikappåret utveckla biståndsarbetet inom de områden där vi har erfarenhet. Det är vidare önskvärt att stödja ökat internationellt forskningssamarbete på handikappområdet, med speciell inriktning på svårt handikappades och flerhandikappades problem.

Ett framträdande drag bör bli stödet till att handikappade kan utveckla egna organisationer i u-länder. ●

PRESENTATION I TOKYO

av dagens cardiologi

Sedan år 1950 anordnas varje fjärde år en internationell hjärtkongress. Den första hölls i Paris 1950 och den sjunde internationella kongressen avhölls i Buenos Aires 1974. Man beslöt då att nästa kongress skulle hållas i Tokyo. Programligt hade japanerna ordnat VIII Internationella Cardiologkongressen i Tokyo under tiden 17—23 september, 1978. En kongress av det här slaget kräver en utomordentligt omfattande organisation. Mer än 5 000 delegater från 67 länder hade samlats till öppningsceremonin i Fumon-hallen, där, förutom kongressens president, Mikamo, prins Takamatsu, hälsade delegaterna välkomna till Japan. En av deltagarna var docent Bengt W. Johansson, överläkare vid Hjärtsektionen, Allmänna sjukhuset i Malmö och uppskattad medarbetare i våra spalter. Här följer hans rapport.

En av fördelarna med en kongress av det här formatet är att många olika aspekter på hjärtsjukdomar tas upp till diskussion. En av nackdelarna är att många av dessa sessioner löper parallellt och eftersom man inte kan vara på mer än ett ställe samtidigt, betyder det att det ganska ofta händer att intressanta temata diskuteras samtidigt, men i olika lokaler. Det är därför av många skäl omöjligt att ge en fullständig rapport från kongressen. Jag tänker begränsa mig till några intryck från aktuella områden.

Kirurgisk behandling av kärlkramp i hjärtat, angina pectoris, har varit aktuell ganska länge, men i många olika former. Nya behandlingsmetoder har utarbetats och värdet av dessa diskuterades på ett symposium. Hjärtmuskeln får sin blodförsörjning från två kranskärl, som avgår från stora kroppspulsådern. Vid åderförkalkning eller förträngning av annat slag i kranskärlen, får inte hjärtmuskeln så mycket blod, som den behöver. Om minskningen av blodtillflödet är måttligt, får patienten inga symptom i vila, utan enbart vid ansträngning, antingen denna är fysisk eller psykisk, något som ställer ökade krav på hjärtmuskeln och kräver en ökad blodtillförsel. Om förträngningen ökar, kan kärlkramp uppträda även i vila. Denna kärlkramp har en kramande, klämmande eller tryckande karaktär och är lokaliserad under bröstbenet. patienterna har ofta stor nytta av nitroglycerin, som förbättrar hjärtats arbetsförmåga och således minskar kraven på blodförsörjningen till hjärtmuskeln. På senare år har, förutom nitroglycerin, andra nya läkemedel kommit fram, som har en gynnsam effekt på angina pectoris. Emellertid kan denna ibland vara så svår och uttalad att kirurgisk behandling kan bli aktuell.

De första metoderna som användes i behandlingen av angina pectoris bestod i avskärning av de känselnervtrådar, som för smärtimpulserna från hjärtat till hjärnan. En annan metod gick ut på att skapa en konstlad hjärtsäcksinflammation för att därigenom indirekt öka blodtillförseln till hjärtmuskeln. Dessa och andra s k indi-

rekta revasculariseringsmetoder har man nu i stor utsträckning lämnat och i stället övergått till en direkt revascularisering av hjärtmuskeln.

Det finns olika sådana direkta revasculariseringsmetoder. Den vanligaste går ut på att förena stora kroppspulsådern med kranskärl bortom det ställe, där förträngningen sitter. Ofta sitter förträngningen i kranskärlen ganska nära dess avgång från stora kroppspulsådern, vilket betyder att diametern på kranskärl perifer om förträngningen måste vara tillräckligt stor för att man skall kunna sy fast ett nytt kärl, som förbinder kranskärl med stora kroppspulsådern. Denna förbindelse kan utgöras antingen av en bit av en pulsåder, artär, eller vanligare, tar man en bit av en blodåder, ven. Vanligen tar man en av venerna från låret. Med hjälp av en röntgenkontrastinjektion kan man se, var

förträngningen sitter och man kan kontrollera det operativa resultatet med en ny röntgenkontrastinjektion.

Subjektiv förbättring

Man har mycket diskuterat värdet av dessa direkta revasculariseringsmetoder. Ungefär 3/4 av de opererade patienterna förbättras, vad avser kärlkrampen. Det är dock många gånger svårt att avgöra, hur pass mycket av förbättringen som beror på en direkt effekt av det kirurgiska ingreppet och hur pass mycket, som kan tillskrivas en s k placeboeffekt. En gynnsam placeboeffekt uppträder ofta vid tillförsel av tabletter, som saknar aktiv substans. På samma sätt kan ett kirurgiskt ingrepp medföra en subjektiv förbättring, utan att man kan påvisa några objektiva tecken till förbättring.

Den subjektiva förbättring som de ope-



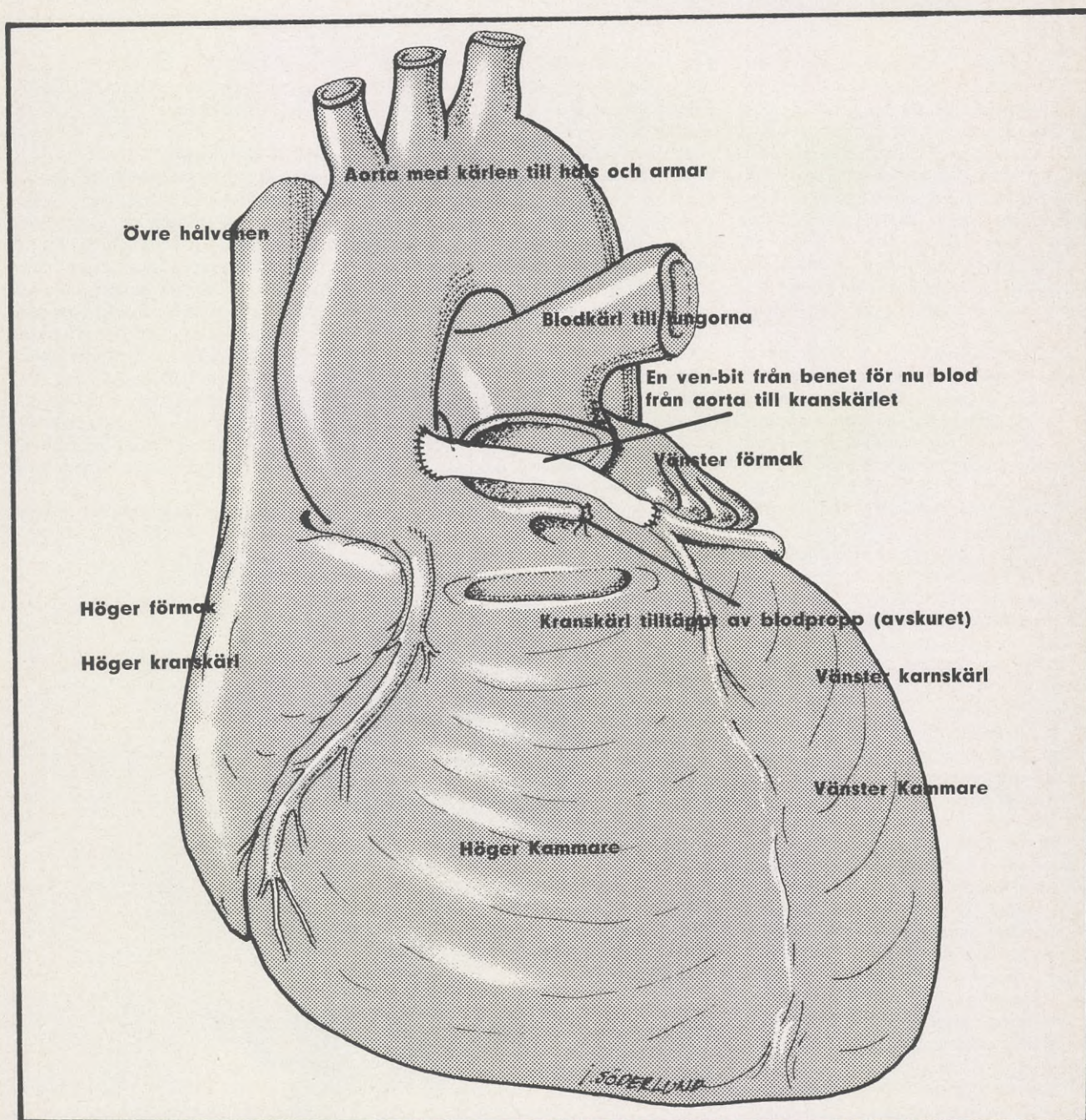
En av huvudindikationerna för inoperation av en pacemaker är en rubbning i hjärtats retledning, som kallas för totalt block.

rerade kärlkrampspatienterna upplever har gjort att man på vissa håll, särskilt i USA, blivit mycket entusiastisk inför denna typ av behandling och antalet kärlkrampöperationer är där mycket högt. I Europa har man varit mera restriktiv. En av orsakerna är att denna typ av operationer är personal- och tidskrävande och det är en dyrbar metod. Dessa faktorer har bidragit till att man mer och mer försöker att, så objektivt som möjligt, utvärdera resultatet av den kirurgiska behandlingen av angina pectoris. För att få en så objektiv värdering som möjligt, lägger man upp undersökningarna så att patienterna utredes på sedvanligt sätt och att man, när den medicinska bilden är helt klar, tar ställning till, huruvida patienten

är en kandidat för operation eller inte. Om han — det rör sig oftast om män — är en operationskandidat, utväljes patienten efter godkännande av patient och doktor, slumpmässigt till en grupp, som antingen behandlas kirurgiskt eller som behandlas medicinskt. Därefter undersöks resultatet av de båda behandlingsmetoderna på olika sätt efter olika tidpunkter efter beslutsfattandet. Om kärlkrampen skulle förvärras, kan naturligtvis en medicinskt behandlad angina pectorispatient opereras, men måste då, när det gäller att jämföra de båda metoderna, behandlas separat.

Den här typen av jämförelser diskuteras vid det symposium vid Världscardiologkongressen, som ägnades åt kranskärlkirurgi. Deltagarna i symposiet var gan-

ska eniga om att man behöver fler sådana här undersökningar med till de båda behandlingsmetoderna slumpmässigt utvalda patienter, innan man definitivt kan fastställa värdet av kranskärlkirurgi. Så pass många resultat finns dock redan tillgängliga att man blir enig om att det inte finns någon anledning att operera alla patienter med kärlkramp. Man bör i första hand utnyttja de medicinska behandlingsmetoder, som finns tillgängliga och använda inte bara nitroglycerin, utan även så kallade beta-blockare och calciumblockare, innan kirurgisk behandling övervägs. Denna bör således reserveras för en grupp patienter med mycket svåra symptom, trots optimal medicinsk behandling. Det finns dock ett undantag från denna regel



Det finns olika direkta revasculariseringmetoder. Den vanligaste går ut på att förena stora kroppspulsådern med kranskärl (höger eller vänster) bortom det ställe, där förträngningen sitter. Teckning: Ingemar Söderlund.

och det gäller patienter med en förträngning i den allra första delen av det vänstra kranskärlet, innan det delar upp sig i sina två grenar. Det vänstra kranskärlet är mycket viktigt för hjärtmuskeln blodförsörjning och ett stopp i denna del av kranskärlet kan vara deletärt.

Symposium om pacemaker

Ett annat symposium ägnades åt pacemaker. Författaren till denna artikel var inbjuden att föreläsa om de undersökningar, som vi utfört i Malmö. En av huvudindikationerna för inoperation av en pacemaker (batterihjärta) är en rubbning i hjärtats retledning, som kallas för totalt block. Detta innebär att förbindelsen mellan förmaken och kamrarna helt avbrutits: Förmaken slår för sig och kamrarna slår för sig. Vid detta tillstånd är kammarfrekvensen, således pulsfrekvensen, långsam ofta 30—40 slag/minut. Dessutom kan oväntat s k Adams-Stokes-attacker uppträda. Dessa innebär yrsel eller svimning, beroende på en rubbning i hjärtrytmen i form av ett kortare eller längre hjärtstillstånd eller att hjärtat av någon anledning slår med så snabb hastighet att kamrarna inte tillfredsställande kan fyllas med blod. I båda fallen uppträder ett cirkulationsstillstånd, som innebär att hjärnan under en kortare eller längre tid inte får tillräckligt med blod och patienten upplever symptom i form av yrsel eller svimning. I svåra fall kan döden bli följden. Vi har i Malmö gjort en undersökning, som visar att prognosen hos den här typen av patienter under första året efter ett nyupptäckt totalt block är dålig och dessa patienter utgör kandidater för pacemakerinsättning. Vi har också undersökt patienter, som har Adams-Stokes-attacker utan att ha ett påvisbart totalt block. Detta är ett tillstånd som under senare år tilldragit sig alltmera

uppmärksamhet och kommit att bli den allmer dominerande indikationen för en pacemakerinsättning.

På symposiet diskuterades också olika modeller för kontroll av patienter, som fått en pacemaker. På många håll har man inrättat speciella s k pacemakerkliniker. Kontrollerna sker vid dessa pacemakerkliniker och man diskuterade, vilka undersökningar som bör göras vid en rutinkontroll. Registrering av eventuella symptom samt ett EKG är obligatoriskt på flertalet platser. Man diskuterade också mera förfinade undersökningsmetoder för t ex analys av pacemakerimpulsens utseende för att därigenom få en uppfattning om pacemakerens tillstånd, batteriernas verkningsgrad, osv.

Telefon-EKG ger snabb information

I USA är telefon-EKG vanligt för kontroll av pacemaker-patienter. En av orsakerna härtill är säkerligen att den amerikanska sjukförsäkringen betalar för en telefon-EKG-undersökning. Så är inte fallet i Sverige eller i övriga Europa.

Doktor Thalen, som var ordförande för symposiet, underströk behovet av att sådan telefon-EKG-kontroll borde ersättas av försäkringskassorna. Telefon-EKG ger möjlighet till snabb information om pacemakerens tillstånd. Patienten slår numret till sjukhuset och kan sedan genom att placera elektroder på bröstets framsida sända EKG via den vanliga telefonledningen och EKG:t skrivs ut på sjukhusets EKG-apparat. Denna kontrollmöjlighet är särskilt värdefull hos patienter, som bor långt från sjukhuset. För patienter som har nära till sin doktor, är metoden mindre aktuell.

Den tidigaste formen av pacemaker, som framställdes var en pacemaker med konstant stimuleringsfrekvens, dvs obe-

roende av hjärtats egen aktivitet skickade pacemakern stimuleringsimpulser med en konstant frekvens. Numera använder man ofta en pacemaker, som styres av kamrarna, dvs när hjärtats egen aktivitet är tillfredsställande, är pacemakern tyst och sänder inte ut några stimuleringsimpulser, men om hjärtats egen aktivitet skulle minska under en viss frekvens, känner pacemakern detta och tar över stimuleringen. Denna teknik medför dels att batterierna slits mindre, dels att vissa biverkningar i form av sammanfall av hjärtats egen aktivitet och pacemakerimpulser kan undvikas. Vissa patienter har nytta av att kunna få justerat hjärtfrekvensen, antingen uppåt eller neråt.

En av symposiets föredragshållare ägnade sin presentation just åt sådana här s k programmerbara pacemakers. Man kan således programmera frekvensen, men man kan också programmera pacemakers känslighet för hjärtats egen aktivitet eller programmera den energi, med vilken pacemakern stimulerar. Här fanns en hel del nya och intressanta aspekter. Man varnade dock för ett okritiskt användande av programmerbara pacemakers. I vanliga fall behöver patienterna inte sådana. De är aktuella enbart för en liten selekterad grupp. En av orsakerna till att man inte vill använda programmerbara pacemakers i onödan, är att programmeringen innebär att elektroniken i pacemakern ökar och i och med detta ökar också risken för att tekniska fel skall uppstå.

Det här var enbart några axplock från VIII Internationella Cardiologkongressen. En mängd andra temata togs upp och diskuterades. Behållningen av kongressen blev en bred och rik presentation av frontlinjerna i dagens cardiologi. Nästa cardiologkongress är planerad till om fyra år i Moskva. ●

Två arbetsmarknader — A-laget och B-laget?

— Idag byter folk jobb genom att flytta INOM företagen — inte mellan.

— Attraktiva jobb på mellannivå tillsätts med redan anställda. Men specialister och tempoarbetare — för att ta extremfallen — klarar man ofta inte genom intern rekrytering.

— Det här skulle kunna betyda att många attraktiva jobb aldrig kommer ut på öppna marknaden. Och följaktligen skulle arbetsförmedlingen gradvis få mindre attraktiva jobb att förmedla.

Det säger Åke Dahlberg vid AMS utredningsenhet, vars uttalande kommenteras i tidskriften Arbetsmarknaden.

Det senaste halvåret har arbetsgivarna pekats på svårigheterna att rekrytera folk till vissa jobb — trots den höga arbetslösheten. Från många olika håll har det sagts att "arbetskraften blivit trögrörligare". Dvs att folk fått allt svårare att byta yrke eller bostadsort.

Vid AMS utredningsenhet har man nu studerat om det i statistiken finns något stöd för "trögrörlighets-uppfattningen". Så här säger Åke Dahlberg:

— Tittar man närmare på relationen mellan antalet arbetslösa och antalet kvarstående lediga platser visar det sig att det inte skett någon drastisk försämring av arbetsmarknadens sätt att fungera.

— Den geografiska rörligheten är i stort sett oförändrad. Däremot har bindningen mellan arbetstagare och arbetsgivare blivit starkare.

— Men, fortsätter Dahlberg, något man också kan utläsa av statistiken — och som är viktigt att peka på — är att det finns tecken på att vi går mot en uppdelning av arbetsmarknaden.

— Samtidigt som det finns interna arbetsmarknader som växer i betydelse har de arbetslösa fått vidkännas allt längre arbetslöshetstider.

Sammanfattningsvis:

- Arbetskraften tycks inte blivit "trögrörligare" sedan mitten av 70-talet — då trygghetslagarna kom.
- Den som en gång blivit arbetslös får gå utan jobb allt längre tid.
- Vi har fått interna arbetsmarknader som växer i betydelse.

En utveckling som kanske är värd att uppmärksammas mera i den arbetsmarknadspolitiska debatten. ●

ISLAND — ett litet land med ett stort folk

Island, Europas näst största ö, med en befolkning på 240 000 invånare var föremål för en intensiv nordisk uppvaktning under några hektiska septemberdagar förra året, skriver Åke Magnusson i Malmö. NHL — Nordiska Hjärt- och Lunghandikappades Förbund — var nämligen samlat till Nordiskt möte i Reykjavik. Samtidigt passade det Isländska broderförbundet på att fira sin 40-åriga tillvaro med sedvanliga högtidligheter. Jag tänker inte gå in på vad som behandlades vid dessa båda sammankomster — ett uttalande från NHL har för övrigt varit infört i ett tidigare nummer av denna läsvärda tidskrift — utan i stället försöka förmedla några högst personliga intryck från besöket på Island.

Det blir självklart många detaljer och händelser som fastnar på näthinnan, då man som jag var förstagångsbesökare på denna exotiska ö. Tvåra kontraster mellan ett modernt storstadsliv i huvudstaden Reykjavik, som med sina ca 85 000 invånare lägger beslag på en tredjedel av hela landets befolkning, och till synes oändliga vidder med en mycket karg natur.

Men det var två saker som gjorde speciellt intryck på mej. För det första den säregna naturen och så dessa fantastiska människor. Kombinationen av denna natur och förmågan att tillsammans med den utveckla ett meningsfullt och innehållsrikt liv måste ställa speciella krav på människorna. Även om det står klart att den

tekniska utvecklingen får tillskrivas stor del i förmågan att "överleva".

Landskapets stundom karga, trädlösa struktur, där berg och dalgångar rutas in i fantasifulla formationer av vattendrag och jöklar, bjuder på ständiga överraskningar.

Tingvalla, den gamla samlingsplatsen för Islands Allting, med anor från 900-talet, var just en sådan överraskningsplats. Man riktigt kände närvaron av Alltingets övre och nedre kammare och respekten för alla de tusende viktiga beslut som där fattats för islänningarnas väl och ve.

Island är ju en vulkanö och den kanske mest kända vulkanen Hekla reser sej respektfullt och majestätiskt 1 500 meter över havet och med en ständig snökrans

kring toppen. Islands varma källor har man ju hört talas om. Men att bara helt plötsligt stå där framför en sprutande vattenkaskad på 15—20 meter med hett källvatten, ja det är helt enkelt fantastiskt. Förr "sprang" källorna vid så exakta tider, att befolkningen kunde ställa sina klockor därefter.

Hela Reykjavik och stora delar av omgivningen däromkring får sin värme- och varmvattenförsörjning genom de varma källorna. En gammal pumpmästare, som för övrigt tog emot oss med romtoddy på hett källvatten, berättade entusiastiskt för oss hur han varit med om att under årens lopp pumpa upp miljontals kubikmeter 140-gradigt källvatten för vidare transporter till milslånga ledningar ner



Man gjorde också en hisnande busstur en bra bit upp på de ännu rykande lavamassorna. Här i en paus ses Tord Axelsson i berättartagen.

till Reykjavik, där vattnet då håller ca 85 graders temperatur.

Året runt badas det också i ett flertal små "källsprång" som mynnar ut i havet. Reykjavik har två moderna simstadion, varav det ena är en utomhusanläggning. Båda används året om. Tillsammans med min RHL-kollega Tord Axelsson lyckades vi vid två besök vid detta utomhusstadion bada och simma mera än vi förmodligen gjorde hemma under hela förra "sommaren". I 4 olika uppvärmningsbassänger med varierande gradtal från +30 gr till +45 gr genomgick man en uppvärmningskur som man aldrig glömmet. Att sedan som ett rykande moln få kasta sig i simbasängen med 28 gr vatten kändes som rena hälsökuren.

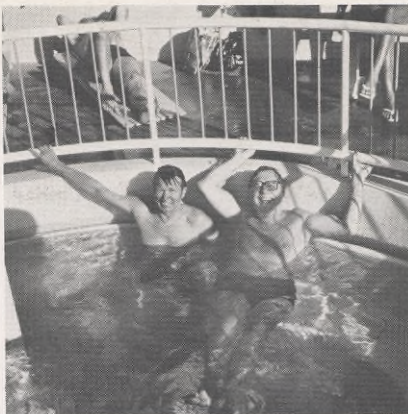
Denna vackra septemberkväll vandrade vi så direkt från badet till närliggande fotbollsstadion för att få bevittna hur isländska mästarlaget Valdur kämpade sig till 1—1 mot östtyska Magdeburg.

Givetvis besökte vi också Reykjalundur, det isländska Förbundets rehabiliteringscentrum med sammanlagt 120 vårdplatser. I de skyddade verkstäderna, som tillhör anläggningen, sysselsätts 160 personer.

Då det gäller tuberkulosbekämpningen har ju islänningarna tillämpat helt andra metoder än de vi är vana vid. Calmettevacinering har t ex aldrig förekommit på Island. I stället valde man att isolera alla tuberkulossjuka för att på så sätt förhindra en spridning. På Reykjalundur byggdes familjebostäder i direkt anslutning till vårdanläggningen, där man också i stor utsträckning svarade för olika utbildningsformer. Idag anses tuberkulosen vara nästan helt utrotad på Island och Reykjalundur används nu som en modern rehabiliteringsanläggning för många olika handikappgrupper.

Genom sitt smått fantastiska arbete för bekämpningen av tuberkulosen, har det isländska förbundet skaffat sig respekt och anseende inte bara på Island utan också långt utanför sitt lands gränser.

Våra isländska vänner såg också till att vi, som en höjdpunkt på vistelsen, fick besöka Västmannaöarna. En dryg halvtimmes flygfärd från fastlandet förde oss till Heimaey, den största av de 20 öar som ingår i ögruppen. Heimaey har en areal av 14,5 kvadratkilometer och är den enda av öarna som är bebodd, något som ön faktiskt varit sedan 900-talet. Namnet "Västmannaöarna" härstammar från de första inbyggarna, en grupp slavar som tog sin tillflykt till ön i sitt sökande efter frihet. Slavarna var av irländsk härkomst och kallades Nordmännen från Väster. År 1627 hade Heimaey 500 invånare och idag 5 000. I sitt nuvarande skick är ögruppen ca 6 000 år gammal. Heimaey är naturligtvis mest känt för det stora vulkanutbrottet 1973. Den 23 januari kl 01.45 öppnade sig en 3 km lång vulkanspricka på öns östra del. Utbrottet varade i 158 dagar eller till den 29 juli. Vulkanen hade då sprutat ut 250 milj kubikmeter lava och andra



Kalevi Vatanen, Finland, och Åke Magnusson i varmvattengrytan på Reykjaviks simstadion.

materier, av vilka 25 milj kubikmeter var aska och pimpsten som täckte stora delar av ön. Själva lavan strömmade ut över öns östra del och begravde mer än 200 hem och andra byggnader. Men öns areal ökade också samtidigt med 2,5 kvadratkilometer. Ca 5,5 milj ton sjövattnet pumpades upp mot den rinnande lavamassan, som hade en temperatur på 1.100 gr C och som vällde ner med en hastighet av 100 meter i timmen.

Vulkanen är idag ca 200 meter hög och vi bjöds på en hisnande busstur en bra bit upp på de ännu rykande lavamassorna. Genom att försiktigt krafsa fram en sten ca 20 cm under askan fick man snabbt klart för sig vilka enorma värmekrafter som är i omlopp, men också vilket fantastiskt bra isoleringsmaterial denna blandning av lavaaska och pimpsten är. Stenen vi krafsade upp hade en temperatur på 180 gr C och fräste ilsket tillbaka efter en imponerande nordisk bespotning.

Vid vulkanutbrottet 1973 evakuerades hela befolkningen, 5 000 personer, på en



Två Magnus-söner. Åke Magnusson RHL och socialminister Magnus Magnusson, Island.

natt. I dag är det åter lika många människor som trotsat naturens gäckande utspel och som försöker bygga upp en meningsfull och trygg framtid på ön. Den familj vi hade nöjet att besöka på ön, hade flyttat tillbaka till Heimaey ungefär ett år efter utbrottet och då börjat gräva fram sitt egnahem, som var begravt 5 meter under lavaaskan. Huset var så gott som helt oskadat.

Västmannaöarna har ett mycket rikt fågelliv och fiskbankarna drar till sig fisk som aldrig förr. 20 % av Islands produktion av frusna fiskprodukter kommer också från Västmannaöarna.

*

Island är ett litet land, men med ett stort folk. Med målmedvetenhet och stark vilja att leva ett till trots ganska isolerat liv, har man tagit tekniken till hjälp för att i största utsträckning underlätta den dagliga livsföringen. Människorna på Island utstrålar värme, vänskap, gästfrihet och tillgivenhet som är unikt åtminstone vad gäller oss nordbor.



Tord Axelsson, tredje från vänster, på Heimaeys höjder tillsammans med nordiska kolleger.

TÄNDER OCH TANDVÄRK

Denna historiska tillbakablick på tänder och tandvård vittnar om att vägen fram till dagens tandvårdsmöjligheter varit mycket lång och svår. Vad sägs om att på morgonen tvätta sina tänder i urin? Och vad tycks om att behöva banka in träpliggar i käkbenet för att kunna äta biff? Det är Sture Wahlström som berättar.

Få krämpor har väl blivit föremål för så mycken vidskepelse och trolldom som tandvärk. Trollkarlar, andebesvärjare m fl var för övrigt också i hög grad intresserade av sina egna tänder. De ansågs nämligen behöva ha åtminstone ett par framtänder kvar, för annars kunde det hända att besvärjelserna blev felaktigt uttalade. Med andra ord: helt tandlösa trollgubbar och dito gummor var inte fullt rekommendabla.

En gång i tiden troddes det att barnet inte blev människa förrän det fått sin första tand. Föddes ett barn med fullt utbildade tänder, var man förvissad om att det hade de mest lysande framtidsutsikter. Det påstås att både "solkungen" Ludvig XIV och kardinal Mirabeau föddes med full tanduppsättning.

I England trodde man att "fulltandade" småbarn skulle bli framstående soldater, och den uppfattningen delades av romare, greker och en del andra medelhavsfolk. Även tändernas antal ansågs ha sin betydelse. Hippokratens, Plinius d y och flera andra bland antikens lärde, hävdade att om man begåvats med fler tänder än normalt så skulle man komma att leva mycket länge.

Lagen talade samtidigt om öga för öga och tand för tand, och därmed var man inne på en väsentlig värdering. Hos de gamla anglosaxarna hade, enligt lagen, en framtand sex gånger högre värde än en kindtand. Longobarderna hade en annan värderingsgrund; den tand som syntes mest när man skrattade, hade dubbelt så stort värde som en kindtand.

På vissa håll i svunna tiders Europa hände det att man slog ut tänderna på "stridstuppar", vilka i stridens hetta råkat bita någon motståndare.

Vackra vita tänder

Riktigt vita tänder har alltid skattats högt. Redan i Gamla Testamentet läser vi att Jakob prisar sin son Judas tänder och säger att de är vitare än mjölk. Skalder som Ovidius och Catullus ordar också om vita tänderns skönhet.

Den danske kungen Harald Blåtand skall ha fått sitt namn därför att han hade ett par tänder som var defekta och blåfärgade. Hans landsman sagokungen Harald Hildetand (stridstand) hade enligt sägnen ovanligt långa tänder, vilket då - och även senare - ansågs som ett tydligt tecken på lögnaktighet. Långtandade personer trod-

des dessutom vara mer eller mindre trolldomsbegåvade.

För att hålla tänderna rena använde man i antikens länder kåda från olika barrträd. I Skandinavien brukades dels grankåda och dels lök. Särskilt i Norge och Nordfinland var löken något av ett universalmiddel när det gällde tändernas vård.

Hur länge mänskligheten brukat speciella tandpetare vet man inte, men i bronsåldersgravar har man i alla fall funnit tandpetare av både ben och metall. I ett testamente från år 1410 i Oslo omtalas tandpetare och silversked; troligen ingick de i testators (en hovman) toalettutrustning. Vad skeden skulle brukas till vet man inte säkert, men det troligaste är att den var avsedd för rengöring av näsa och öron.

Insekter lindrade värk

Även tandvatten av olika slag brukades tidigt hos kulturfolken. Ibland bestod de av - nattens urin! Denna minst sagt oaptitliga vätska rekommenderades av många läkare och lärde, bla av den berömde Pierre Fauchard (1678-1761), som skrev den första riktiga läroboken för tandläkare. Man sysslade även med plomberingar och var den förste som tog vaxavtryck för att åstadkomma så god passform som möjligt för tandproteser.

Hur många mer eller mindre underliga medel som under tidernas lopp prövats för att lindra tandvärkens plåga, lär väl ingen kunna räkna. I en specialupplaga av Albertus Magnus' "Redivius eller naturhemligheternas bok", tryckt på J W Holms Boktryckeri i Stockholm 1879, omtalas bland mycket annat också diverse metoder för att bli av med tandvärk. Man kunde t ex fånga en myra, en fluga eller ett bi (det sistnämnda var bäst), krossa insekten i fråga och fukta pekfingeret med den erhållna vätskan. Sedan gällde det att omsorgsfullt överföra denna till den sjuka tanden.

Bra var även att ta en bit ingefära, tugga den, låta saliven flyta ut över den värkande tanden och sedan spotta ut den - saliven alltså - på en ren linnelapp, vilken sedan av någon annan person skulle nedgrävas på hemlig plats i jorden.

Varning för metallpetare

I en bok med titeln "Huskurer", utgiven så sent som 1911 på Wilhelm Siléns Bokför-



Tandläkarkonstens store pionjär, fransmannen Pierre Fauchard (1678—1761).

lag i Stockholm, står följande att läsa om tandvärk:

"Om värken beror på att en tand är skadad, 'maskäten', är det naturligtvis ett radikalmiddel att man låter sakkunnig person draga ut tanden. I de fall, då man ej vill tillgripa denna utväg, hava en otrolig mängd olika medel använts, någon gång med, men vida oftare utan verkan.

Bland medlen må nämnas: omslag, hett munvatten, kallt fotbad med efterföljande stark gnidning eller längre gående, tanddroppar eller piller med opium, morfin, kloral, kloroform, tobak, bolmörtsolja, cocain, kamfer, sprit, spansklugeintur, jodtinkturlösning, kreosot, eteroljor, karbolvatten, antipyryn, antifibrin, kina, salicylsyra m m."

I samma bok varnas det för tandpetare av metall eller elfenben. De bör undantagslöst vara av trä, får man veta. För munhålans vård rekommenderas en svag lösning av övermangansyrat kali. Vidare bör man, framhålls det, borsta tänderna med tandpulver, t ex uppslammad krita eller kolsyrad magnesia.

USA:s förste president, George Washington, hade av indianerna lärt sig att snida små pliggar av mycket hårt trä, som sedan bankades in i käkbenet! Presidenten blev härigenom i stånd att tugga biff - men nog måste det ha gjort förfärligt ont. Och givetvis måste pliggarna ofta bytas ut.

I det gamla Egypten och i Rom totade man faktiskt till betydligt bättre konstgjorda tänder, utskurna ur elfenben. Man använde sig även av olika slags djurtänder, vilka fastsattes med guldtrådar.



Tandutdragning i gångna tider var sannertligen inte någon smärtfri procedur.

Första borren handdriven

Först omkring år 1800 började tandläskonsten utvecklas till en verklig vetenskap. Löständerna blev brukbara för mera omsorgsfull tuggning och plomberingskonsten utvecklades raskt. Omkring 1850 tog USA ledningen genom en hel rad utmärkta uppfinningar. Den första och viktigaste var tandborrmaskinen, som i början var handdriven.

Senare utvecklades urverksdrivna borrar, och i sinom tid kom den elektriska borren. Kautschukproteser och naturtrogna stifttänder utvecklades också i Amerika, liksom guld kronor och bryggarbeten. Narkos infördes och bedövningstekniken utvecklades därhän att åtminstone relativt smärtfria tandbehandlingar kunde göras.

Före de moderna bedövningsmedlens tillkomst skedde ju praktiskt taget alla operativa ingrepp, inklusive tandutdragningar, helt utan bedövning. Ibland kunde man naturligtvis använda alkohol i större eller mindre doser för att döva smärtorna. Man vet att redan de antika folken använde sig av denna utväg, och sannolikt begagnade kineserna opium i smärtlindrande syfte. Även slag med klubbor och sandpåsare förekom som bedövningsmedel!

År 1844 gavs den första lustgasnarkosen och 1846 den första eternarkosen. I Stockholmstidningarna för sistnämnda år fanns med jämna mellanrum inför den här annonsen:

AETHERGAS

Alla slags tandoperationer verkställas efter inandning af aethergas utan smärtor,

*af undertecknad, som nyli-
gen erhållit en för ändamålet serdeles lämplig och bekväm apparat.*

*K. Segerström
Tandläkare
Elef af Hr Collin o Lindberg
Stora Nygatan N:o 20
I. tr. upp*

I Aftonbladet fanns följande påpassliga inbjudan:

Aethergas

*De som önska sjelfva erfara
verkingarne af denna gas,
kunna vinna sin önskan, om de
anmäla sig uti Flodins Bok-
handel vid Malmiorgsgatan*

I illustrerat Söndags Magasin är man aktuell med den här lilla historien: "Ack, min Gud, alla värdshusvärdar och

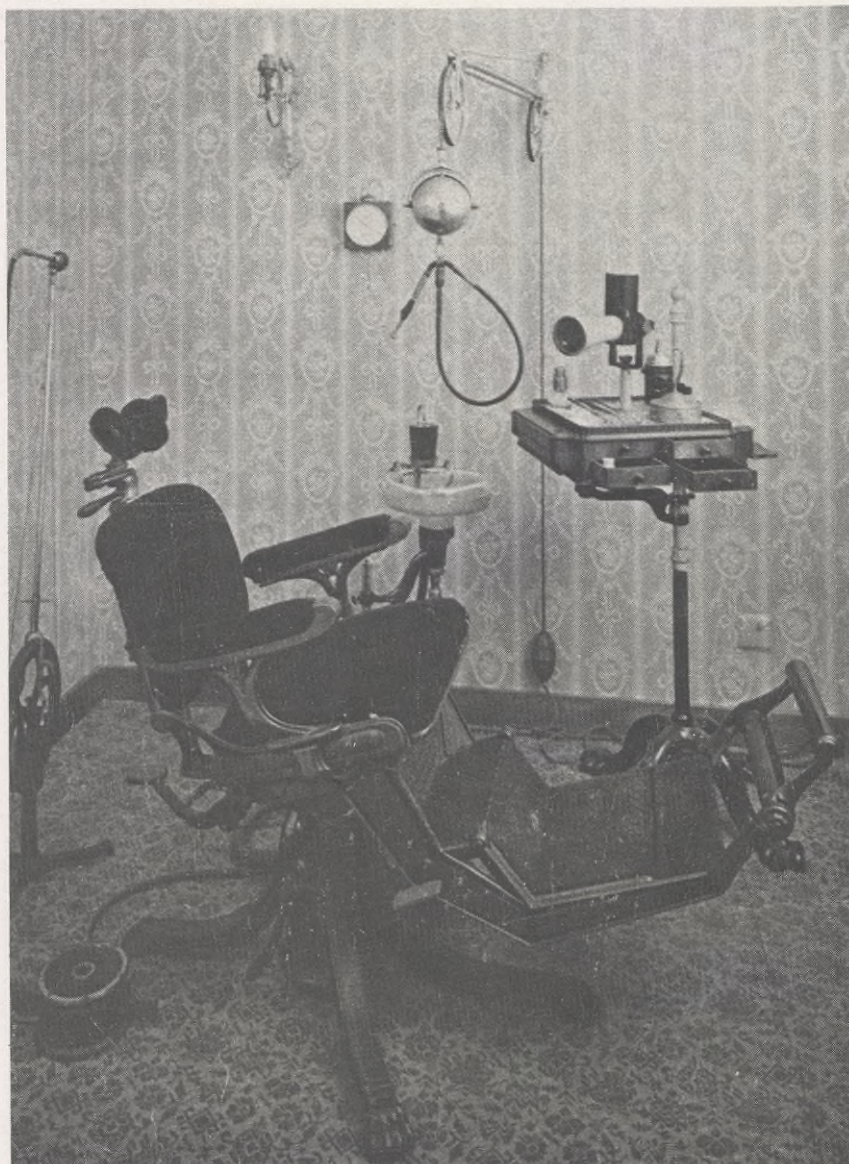
brännvinsbrännare äro ruinerade!"

"Var lugn, det nya sättet att göra sig glad blir ej gammalt. Ett rus av aether tar ej riktigt skruf och man blir bara torr i halsen af det. Jag för min del blir kvar vid det gamla."

Att människans tänder hålls i så gott skick som möjligt, måste själfallet bedömas vara minst lika angeläget som att den mänskliga organismen i övrigt kan bibehållas något så när intakt. Trasiga och värkande tänder åsamkar oss inte bara ett svåruthärdligt fysiskt lidande, det medför också mer eller mindre svåra psykiska påfrestningar.

Som väl är har vi i vår tid oändligt mycket större möjligheter än våra förfäder att bli befriade från den svåra plåga som en intensiv tandvärk är. Lagningstekniken har utvecklats enormt, och man kan i dag utföra verkligt förnämliga protesarbeten.

Ingen behöver dricka sig berusad eller bli slagen i skallen med en klubba för att nå erforderlig grad av bedövning. ●



Tandläkarmottagning årgång 1890. Borren är fotmanövrerad.

Med RHL på Kanarieöarna!

En resa i kamratskapets tecken

Ingen människa hinner på två korta veckor se och njuta av allt det underbara som en vistelse någonstans på arkipelagen Kanarieöarna har att erbjuda besökaren. Men två veckor med sol och högsommarvärme kan ändå betyda mycket och utgöra ett välkommet avbrott efter höstrusket och förvinterns gråkyla här hemma, skriver Carl-Erik Carlsson.

Det var man överens om i den grupp RHL-medlemmar som den 3 december återkom till Arlanda efter årets rekreationsresa till Playa del Inglés på Gran Canaria. Säkert innebär också trippen till sol och värme att man står bättre rustad att möta återstoden av vinterhalvåret. Alla vi som har att kämpa mot hjärt- och kärlsjukdomar eller har det svårt med krämpor i andningsorganen, vet hur kämpigt det kan vara just under den långa vinterperioden.

Men inte enbart fysiskt innebär de två veckorna en värdefull vitamininjektion. Även psykiskt kan den gemytliga samvaron och det glada, goda kamratskapet ha stor betydelse.

Det tyckte sig skrivaren av de här raderna se många bevis på under de två veckorna. Sällan har det väl skrattats så gott och trivseln varit så god, som när medlemmar av resegruppen strålade samman kring swimmingpoolen, vid middags-

bordet, på playan eller på rumsbalkongerna. Här kan man verkligen ta till den utslitna frasen om vänskapsband som knöts och om möjligheten att utbyta åsikter och erfarenheter.

Som vanligt startades resan med samling på Arlanda där reseledaren Tore Leijon och sjuksköterskan Gunhild By sökte kontakt med så många som möjligt av resenärerna. Efter en angenäm resa med förnämlig service av Spantax både duktiga och — sett med skrivarens gubbögon — tjusiga flygvärdinnor — nådde man så bestämmelseorten och inkvartering. Här kom samtidigt resans både första och i stort sett enda besvikelse. Genom något "mackel" utanför RHL:s kontroll och förhoppningsvis även resebyråns blev det — som de flesta redan visste genom brev — inga lägenheter utan istället vanliga hotellrum. Tyvärr också utan de utlovade kylskåpen. Här måste man nog

spika fast — utan att kverulera — att lägenhet med möjlighet att laga sin mat och med kylskåp är ett villkor för att rekreationsresan skall bli den fullträff den har alla möjligheter att bli.

Men mer än en sån besvikelse måste det nog till för att dämpa ned det positiva intryck en solresa av den här formen ger. Hur man använder de två veckorna avgör man själv. Har man hälsa, krafter och lust som medger havsbad kan man besöka den kilometerlånga playan. Man kan företa utflykter, gå på shopping i Las Palmas eller på hemmaplan, kalasa på något välkänt och gott på någon av de många restaurangerna eller ge sig på någon mera exotisk utsvävning i matväg. Är man soldyrkare gör man en ökentur och blandar sig med nudister av skilda nationaliteter eller avnjuter ett klippad i enskildhet.

RHL-resenärerna fanns representerade på många av de här aktiviteterna, det framkom när de kom samman och jämförde sina upplevelser. Två gånger under den två veckor långa samvaron skedde samling till gemensam middag för de som så önskade. Tore Leijon fungerade både som färdledare, bordsvärd och som uppskattad soloartist. Det bjöds sköna tongångar, textade på hans skånska idiom och det fanns även fina underhållare bland gästerna, ingen nämnd och ingen glömd. Sköna kvällar präglades av trivsel och gott kamratskap. Och över oss alla i fest eller vardagsslitet vid playan eller swimmingpool, vakade Gunhild By med sin medikamentlåda, välfylld med diverse läkande piller, salvor, plåster m m nyttigt. En trygghetsfaktor som vi tackar för.

En rapport från en gruppresa av den här formen kan bara återge en liten bråkdel av iakttagelserna. Kvar bland deltagarna finns, förhoppningsvis, idel angenäma minnen från en kort men angenäm rekreativstripp och kanske man vågar utse sig själv till språkrör för resegruppen och uttala ett tack till alla, färdkamrater, reseledare, sjuksköterska och RHL som arrangör. Och avslutningsvis uttala en förhoppning om ett gott och lyckosamt 1979.



Den här brunbrända gruppen RHL:are mötte fotografen på playan. Trea resp. fyra från v. är sjuksystem Gunhild By och reseledaren Tore Leijon.

STATUS BILDKRYSSENS

TUB BLIR LEDIG NÄR HAN BLIR UPPTAGEN
 GÅ HIT OCH DIT FASLIGA
 AREAL
 GILLAR SKIVAT PÅLÄGG
 VAK-TAR TYSK BUR
 SPRÄK-RÖR
 DRAR SEJ BAKÅT
 DUB-LETT
 GÖR OMKRING OCH SKRIKER
 FRUK-TAR BRIDGE-SPELARE
 FLÖDA
 LOV-ORDA
 KÄNNER PRESIEN FÖR JORD-HÄTERING
 SKAFT
 ONA
 MÄNGD SOM AV-VÄGS SPRUCKEN
 HJÄLPER KAN GE KOMP-LEX
 TRÄD
 SKYDD PÄMIN-NEL-SE
 ALLAN ED-VALL
 SKIR BONNIA FÄR 91-AN OFTA
 BRASSA PÅ PRONO-MEN
 0-0 I FOT-BOLL
 S TYR A
 KAN ROS
 I SÄNKE GRÄS-MARK
 GÖR NÄR BÅT STÅR
 STRIDER
 BARNENS JOBB EKVA-TION
 BUSKE
 FRIGGS GUBBE
 FRÅN TJAT-MOS-TER
 ÖBO
 STUG-SIDA
 HÅLLER FAST
 KIDEA-TUR
 LEVER FRÖ
 HAR LÄKTA-RE
 HUR SA?
 HAR EN RENANDE VERKAN
 MR X
 BEHÖ-VER INTE TUG-GAS
 KOM-MER EFTER
 BLIR FOTON

Lösningarna måste vara Status redaktion, Box 3196, 103 63 Stockholm, tillhanda senast den 10 februari och tävlingsbrevens skall vara märkta "Bildkruss nr 1".

Namn _____

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

Adress _____

Pristagarnas namn meddelas i Status marsnummer.

Postadress _____

nr 1

Hänt sen sist...

Under rubriken "Hänt sen sist" kommer vi att rapportera nyheter från förbundsfronten. Du kommer att märka att många krafter verkar för att på olika sätt skapa bättre levnadsförhållanden för RHLs medlemmar. Den här gången får du glimtar från flera olika verksamhetsfält och du kan räkna med samma fylliga information även i fortsättningen.

Ny anläggning på Island

Tillsammans med Åke Magnusson har Tord Axelsson bevistat Isländska förbundets (SIBS) kongress och 40-årsjubileum på Reykjalundur, Island samt medverkat vid NHL:s (Nordiska Hjärt- och Lungsjukas Förbund) nordiska möte på samma plats. Redan framkomstdagen den 8 sept började jubileumsfestligheterna med en mottagning för samtliga förbundsfunktionärer och styrelse från SIBS samt de nordiska gästerna hos den isländske socialministern. Samtliga nordiska förbund var representerade med minst 2 representanter dessutom var till arrangemangen inbjudna några av de som var med och bildade DNTC 1948, Stein Wik, Norge och Urban Hansen, Danmark. Även vår Einar Hiller var inbjuden men hade tyvärr tvingats säga nej p g a sjukdom. SIBS kongress invigdes lördagen den 9 sept på SIBS

"Har patienten inga rättigheter?"

Jo, en del rättigheter har patienter faktiskt i Sverige. Den som vill sätta sig in i den saken bättre bör omedelbart skaffa en liten bok som kom i höstas, "Patienträtt" av Sten Losman och Björn Wagnsson (AWE/GEBERS). Där får man många fakta, en hel del goda råd, klara besked om svensk patienträtts fördelar — och brister!

Per Gahrton i Kvällsposten

En lättfattlig handledning om våra rättigheter och skyldigheter som patienter. Boken kan också fungera som en allmän orientering för yrkesgrupper som läkare, sjuksköterskor, kuratorer, advokater, socialarbetare, osv.

Socialnytt

"Patienträtt" skulle säkert fungera utmärkt i undervisningen på exempelvis vård- och sköterskeskolor.

Lennart Johnsson i Impulsen

Ett litet axplock ur den mängd recensioner denna pocketbok har fått. Boken är skriven av två jurister med mångårig erfarenhet av "patienträtt", Sten Losman som är förste stadsjurist i Göteborg och flera år undervisat vid socialhögskolan där, och advokat Björn Wagnsson, känd från neurosedyn- och p-pillermål.

rehabiliteringsanläggning Reykjalundur strax utanför Reykjavik i närvaro av Islands president och andra högt uppsatta personer inom den isländska statsförvaltningen. En mycket festlig invigning med mängder av tal, där SIBS insatser under åren för tuberkulosvården och rehabiliteringen av handikappade fick stor uppmärksamhet och beröm. SIBS fick motta en mängd gåvor från olika håll. Vid kongressmiddagen senare på kvällen fick SIBS emotta en gemensam gåva från de övriga nordiska förbunden av NHL:s ordförande Knut Willoch, en vacker vävnad. Från RHL överlämnades ett RHL-standar och även från de övriga förbunden lämnades minnesgåvor. SIBS kongress förlöpte bra, man har en god ekonomi framförallt kanske genom sitt stora lotteri, som anordnas 2 ggr/år.

Intensivt kontaktarbete

Av verksamhetsrapporten för förra årets sista månader framgår att vår förbundssekreterare Tord Axelsson varit flitigt i elden. Här följer ett axplock.

Deltagit i ett sammanträde (Hearing) på SHR i deras lokaler i Stockholm den 19 september 1978, 10 personer. Handläggare på SHR och HCK tillsammans med handläggare på Arbetskyddsstyrelsen och Statens Planverk diskuterat kring rekommendationer och riktlinjer från de två verken med anledning av den nya arbetsmiljölagen. Det visar sig att det ännu ej kommit några anvisningar speciellt när det gäller handikappfrågor. Då lagen lägger stor vikt på speciella anpassningar för handikappade bör anvisningar snarast komma ut. Enligt uppgift från Arbetskyddsstyrelsen kan det dröja länge innan vi får särskilda anvisningar. Då SHR skall ha sitt sammanträde den 18 oktober på verket beslöts att framförallt handikapporganisationernas representanter i rådet tar upp dessa viktiga frågor då.

Sammanträde med NYR-kommittén på Skoklosters Kursgård, ca 30 deltagare. Diskuterat kring utredningens skrivning på målsättning, grundorganisation och bemanning. I skrivningen om målsättning och arbetsuppgift fanns i förslaget med om viss gräns av minsta arbetsförmåga. Dessa skrivningar samt en del om gamla värderingar lyckades undertecknad med hjälp av LO:s och socialdepartementets repre-

sentanter få bort liksom att få in i skrivningen att vi funnit att de nuvarande och blivande sammanslagna resurserna är allt för små för att fullgöra det nu befintliga behovet av rehabilitering och att det därför snarast behövs ytterligare medel för en kraftigt utbyggnad av verksamheten. Två av de tre parlamentarikerna opponerade sig kraftigt men lämnade ej reservation eller särskilt yttrande på dessa punkter. NYR:s yttrande skall följa med som bilaga till propositionen om "Arbete åt handikappade".

Möte med NYR-kommittén i Riksdagshuset den 2 oktober 1978, ca 25 deltagare. Justeringsammanträde för det yttrande om organisation och inriktning på den yrkesmässiga rehabilitering som arbetats fram under sommaren och hösten.

Studiedagar i Norrköping

Deltagit i Yrkesförbundet Svenska Sjukvårdstjänstemän (SST) och HCK:s studiedagar i Norrköping, Mässhallarna, ca 250—400 deltagare. Inbjudna till studiedagarna var politiker, sjukhusadministratörer, läkare, sjuksköterskor, socialarbetare, hjälpmedelstillverkare, sjukgymnaster, personal från arbets träningsinstitut, hjälpmedelscentraler m fl. Samtidigt med studiedagarna anordnades den största utställningen hittills i Sverige av tekniska hjälpmedel. Arrangemanget öppnades av SST:s ordförande sjukhusdirektör Olof Andersson, Trelleborg och av statsrådet Ingegerd Troedsson, som talade om betydelsen av satsning på handikappvård och tekniska hjälpmedel. Arbetsmarknadsminister Rolf Wirtén talade sedan om "Arbete åt handikappade" och landstingens roll och ansvar. Wirtén sade att man kommer att skriva proposition på sysselsättningsutredningens förslag, arbete åt handikappade. Vidare slog han vakt om trygghetslagarna och framhöll att främjandelagen måste användas om handikappade skall få arbete. Landstinget och kommunerna måste anställa fler handikappade i reguljärt arbete.

Efter detta följde en estraddebatt, där representanter för landstings- och kommunförbundet, Svenska Kommunalarbetsförbundet, AMS och HCK diskuterade kring ämnet. Såväl landstingsförbundet som kommunförbundet talade om att visst skall man anställa handikappade och man har även gjort det men att det är svårt att

bereda handikappade lämpligt arbete på de krav som framförallt gäller inom vårdsektorn. Debatten var dock livlig och framförallt från HCK-håll framhölls att man måste bättra sig. Andra dagen diskuterades det nya förslaget till omsorgslag. Utredningens representanter fick ordentligt på huden därför att man från HCK och FUB men även från samhällsarbetare ansåg att det var en dålig utredning med dåliga förslag.

Hänsyn till handikappade

Sammanträde med SHR på Yrkesinspektionen i Stockholm, ca 30 deltagare. Överläkare Ricardo Edström lämnade en redogörelse om arbetareskyddsstyrelsens organisation och verksamhet. Omtalade att den nya arbetsmiljölagen medför mycket arbete för verket. Vissa förstärkningar har tillkommit framförallt då på inspektionssidan. Resurser finns dock ej för att följa upp allt. Den nya lagen innebär ju att särskild hänsyn skall tas till handikappade i arbetslivet och anpassning av arbetsplatserna. Det kan ta flera år innan man är klar med att skriva anvisningar och tillämpningsföreskrifter. Någon sa att man först om 10—15 år kan vara klar med detta arbete. Vad man nu hinner med att göra är att granska grundritningar till nya arbetslokaler. Inspektion av lokaler och att sprida information om bidragsmöjligheter för anpassning av arbetslokaler. Man arbetar nu på ett förslag till en checklista med handikappfrågor i samband med ny- och ombyggnad av lokaler. Tagit upp om nödvändigheten av att få fram föreskrifter och även av att personal informeras och utbildas om handikappproblematik m.m. Vissa projekt om samarbete förekommer, bl a i Y-län där yrkesinspektionen samarbetar med Landstinget på handikappsidan.

Vid sammanträdet fastställt yttrande över ALF-utredningen där man påpekat om de hårda kraven för rätt till ersättning, karensdagarna och svårigheterna för handikappade att komma in i ersättningen. Även yttrande om ersättning vid yrkesinriktad rehabilitering där man tillstyrker förslaget om ersättning enl arbetslöshetskassa, men om ej ALF-utredningen går

igenom föreslår man alternativet med ersättning enl försäkringskassan men med garantibelopp.

Även remissyttrande om psykiatrisk hälso- och sjukvård, där vissa förstärkningar skedde enligt förslaget från RSMH.

Fysisk träning

Medverkat vid anpassningskurs för hjärtsjuka i Fogelfors i Kalmar län, har Bengt Dahlström gjort. Anpassningskursen hade anordnats i samarbete med Kalmar läns CO och Oskarshamns sjukhus. 15 hjärtinfarktpatienter deltog. Dr Bo Hedbäck talade om hjärtats funktion och hjärtsjukdomar. Bengt Dahlström talade om RHL och vår verksamhet och Nils Knutsson från Kalmar läns CO berättade om arbetet inom länets CO samt lokalföreningen i Oskarshamn. På kvällen första dagen visades vår film "fysisk träning av hjärtpatienter". Den andra dagen talade dr Joep Perk om hjärtrehabilitering vid Oskarshamns sjukhus. Dietisten Birgitta Jangfalk talade om kostfrågor. På eftermiddagen andra dagen fick även anhängiga deltaga. Båda dagarna hade deltagarna ett pass med fysisk träning under ledning av sjukgymnasterna Ann-Sofie Norlén och Annelie Nilsson. Kursen avslutades med en diskussion kring de frågor som genomgås under kursen. Såväl deltagarna som den medverkande personalen var mycket positiva till kursen.

Kurs för hjärtsjuka

Anpassningskurs för hjärtsjuka på Hällnäs kursgård. Antal deltagare 25. Claes Tollin redogjorde för hjärtats uppbyggnad och funktion. Han kom också att redogöra för olika hjärt- och kranskärlssjukdomar. De olika riskfaktorerna berördes. Den negativa inverkan som rökning har belysts. Fysisk träning förekom varje dag. Denna programpunkt rönt ett stort intresse. Bengt Furberg berättade om sjukhusvården för patienter med akut hjärtinfarkt. Det framkom vid ett flertal tillfällen att de flesta patienter saknade adekvat information om sjukdomen och livet därefter. En uppdelning av RHL-information gjordes mellan Hans Persson — Edvall Eriksson

CO och Georg Lind, Lövsta. Var och en berättade om "sitt organisationsled". De flesta deltagarna blev medlemmar. Dietfrågorna redogjorde Carla Sandahl för. Martin Eriksson, CO och lokalföreningen hade lagt ner ett stort arbete på denna kurs. De erfarenheter vi skaffat oss på alla anpassningskurser borde nu sammanställas och därefter redovisas. CO och lokalföreningarna borde nu kunna genomföra liknande information i föreningens regi.

Entusiasm i föräldraföreningen

Föräldraföreningen har haft styrelsesammanträde och kontaktombudskurs i Gävle. Antal deltagare 30. Från förbundskansliet medverkade också Britt-Marie Gustafsson och Bengt Dahlström. Styrelsen konstituerades enligt följande: Bernt Johansson, Linköping v. ordf. Monica Demgart, Stockholm v. sekr. Olika rapporter lämnades varav kan nämnas Ungdomsveckan på Gotland. Deltagarna från denna vecka framförde genom Monica Sundberg att den varit mycket positiv. Familjeveckan på Rhodos hade varit bra. Deltagarna upplevde stark trygghet genom att det fanns sjuksköterska med på hela resan. Bengt rapporterade om RHL-aktuellt. Under kommande verksamhet diskuterades bl a samtalsgrupper. Föreningen har framtidsplaner och en entusiasm som ger all anledning att lyckas. Under söndagen medverkade Berit Lagerheim, barnpsykolog och Gerd Westman, psykolog om kriser. Ett ämnesområde som känns mycket angeläget. För att låna Bernt Perssons uttalande under konferensen "Det är synd att inte flera har fått denna möjlighet att få information. Den behövs verkligen. Det är många problem som jag inte haft en aning om eller kunnat göra mig en föreställning om, som jag nu fått vetskap om".

Pristagare

Bildkriss nr 8

- 1:a pris 50 kr Eivor Larsson, Hagagatan 6, 352 35 Växjö
2:a pris 25 kr Torsten Smith, Box 63, 230 11 Falsterbo
3:e pris 15 kr Siri Glingfelt, Råsundavägen 75, 1 tr, 171 37 Solna

Pristagare

Bildkriss nr 9

- 1:a pris 50 kr Karl Karlsson, P1 1025, 310 31 Eldsberga
2:a pris 25 kr Solveig Hedström-Jonsson, Fagottgatan 4, 654 71 Karlstad
3:e pris 15 kr Ulla Ehlin, Mantalsgatan 7, 702 17 Örebro

Ett tryggt stöd i en svår stund



Stockholms

ELDBEGÄNGELSEFÖRENING

Ombesörjer både eldbegängelse- och jordbegravningar. Utan enskilt vinstintresse.

Huvudkontor: Sveavägen 116 vid Odengatan

Söder: Ringvägen 127

Folkungagatan 104 (vid Renstiernasgatan)

15 16 60

40 58 59 eller 40 58 76

43 66 17

Kungsholmen: Hantverkarg. 28

(Öhmans begr.byrå)

Östermalm: Valhallav. 143

Handen: Vikingav. 19

Märsta: Ombud. Stationsg. 3

Sollentuna: Sollentunav. 118

53 33 75

63 40 61

777 22 10

0760/191 00

96 26 25

Hägersten: Blommensbergsv. 127

vid Hägerstensv.

Skärholmen: Skärholmshöjden 26

Järfälla: Ombud fru G. Hahn

Göteborg: Chalmersg. 21

18 65 00

710 66 80

0758/108 00

031/20 21 30

Rådgivning och dödsfallsanmälan efter kontorstid 08/33 91 65



Pressen stöder RHLs protester

Patientföreningen vid Eksjö lungklinik har fört en intensiv kamp för att få en acceptabel lungvård till stånd. Åtgärderna har i stor omfattning observerats i pressen och vi ger här några exempel på tidningarnas kommentarer.

Lungsjuka protesterar mot ny lungklinik i Jönköping

Hjärt- och lungsjukas förening i Vetlanda-Sävsjö har haft "smålandsgille" på Bygdgården, Bäckseda. Ordföranden Kerstin Sjöström hälsade välkommen till smålandsmötet.

Information lämnades om senaste nytt i den ständigt aktuella följetongen om lungsjukvården. 1978 avskaffades lungkliniken i Eksjö och nu hade förslag kommit upp om att det 1985 skall tillskapas en ny lungklinik på 45 platser i ortopedens nuvarande lokaler, belägna på en av de mest förorenade platserna i Jönköping. Ortopeden är med i etapp 1 av nya JLLC, som är färdig 1985.

Lungklinik har också varit med i denna etapp men ramlat bort. Varför? Medlemmarna protesterade kraftigt mot detta. Man undrade om medicinens blockchef,

ledamot av sjukvårdsstyrelsen, kunde gå med på detta. Han har ju själv i en tidningsartikel påtalat betydelsen av ren och frisk luft för astmatiker.

Man talade också om den gamla "lungan". Man var emot en storavdelning där. Det borde vara två med tanke på personalens stora arbetsbörda. Beträffande den arbetsgrupp, som tillsatts om mottagningens överflyttande från "lungan" till Eksjö lasarett förvånade sig många över att SACOs representant var medicinens klinikchef. Han måste väl ha en dubbelroll där?

Många kunde heller inte förstå varför "gamla" patienter inte kunde läggas in direkt från mottagningen "på lungan" för sanering.

Lungvården tillfrisknar

En sjukvård som inte lyssnar på patientens beskrivning av sjukdomen är inte riktigt frisk. En aldrig så liten ohörsamhet från sjukvårdsapparatusens sida gentemot personer med snart sagt livslång erfarenhet av ett visst sjukdomsförlopp är ohälsosamt, inte minst för det förtroende sjukvården strävar efter att åtnjuta.

Så tillvida kan konstateras att diagnosen för lungmedicinen i Jönköpings län en längre tid varit dålig, men att en viss förbättring nu kan skönjas.

Att ställa en säker diagnos är dock mycket svårt, då politiska och expertbetonade komplikationer mycket lätt kan tillstöta. Som ett friskhetstecken — om än med begränsat värde — kan emellertid

uttalanden i Jönköpings läns landsting ses.

Även i en annan fråga har den opinion de lungsjuka drivit gett visst resultat. På landstingsmötet tolkade Nils Rigmärk, Vetlanda, de socialdemokratiska tankarna avseende lungklinikens lokalisering i avvaktan på ett nytt storsjukhus i Jönköping. Rigmärk sa — precis som de lungsjuka — nej till placering av kliniken på Västra klinikerna i centrala Jönköping, där luftföroreningarna oroar inte minst astmatiker.

Experternas försäkran att den smutsiga luften inte i detta avseende har någon betydelse må vara hur riktig som helst. Det känns likväl befriande att en kraftfull opinion från en liten grupp omsider kan leda till hänsynstaganden.

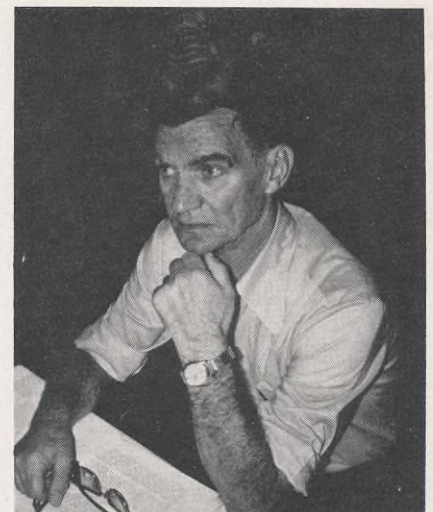
På "BM-kurs" i Lohals

Under tre angenäma dagar i slutet av 1978 hade jag och min kollega Göte Nilsson från COHL i Malmö nöjet att som RHLs representanter bevista det Danska Broderförbundets kurs i Lohals på Langeland. På programmet stod miljövärdfrågor och diskussion om hur man skall lösa informationen och upplysningen kring de nya sjukdomsgrupper man slutit till sig, nämligen astma och förutom tbc alla andra lungsjukdomar.

Då det gäller miljön är det speciellt arbetsmiljön man intresserat sig för. Ett fint samarbete har etablerats med den danska fackföreningsrörelsen och då främst metallarbetareförbundet och specialarbetareförbundet. Tillsammans tänker man driva kampen mot uppkomsten av yrkessjukdomar som silikos, asbetos etc.

Här har vi nog en del att lära av våra danska vänner. Vi skall nogsamta följa utvecklingen och längre fram ta fasta på de erfarenheter man vunnit i Danmark i och för ett liknande samarbete i Sverige.

"Hur skall vi nå ut till de nya sjukdomsgrupperna med information om vad Bose-rup Minde är och vad vi arbetar för?" Ja,



RHL:s representant Göte Nilsson lyssnar intresserat på diskussionen kring arbetsmiljöfrågorna.

byter vi ut Boserup Minde mot RHL så känner vi ganska väl igen problematiken kring vårt eget förbunds kämpiga år efter Göteborgskongressen 1961. I Danmark tänker man nu genomföra något liknande vårt "Hjärtats Dag". BM-dagen blir förmodligen arbetsnamnet och en egen slogan har man också: "Gör dina lungor till en hjärtesak". Vidare diskuterade man nödvändigheten av att få till stånd ett klart formulerat målsättningsprogram att tillsammans med en del nya folders användas i propagandaverksamheten.

Förbundets tidskrift BM-bladet kommer troligen också i fortsättningen att innehålla specialartiklar om de olika lungsjukdomarna. Vid kursen efterlystes ett mera ingående samarbete på det regionala och lokala planet mellan våra nordiska länder. Detta tog vi fasta på i Malmöhus län och då dessa rader läses har en första kontakt tagits mellan oss och BM:s förbundsansli.

Till sist ett Tack till våra Danska vänner för ett varmt och vänligt mottagande.

Åke Magnusson

Högre standard inte nog för äldre

— Det räcker inte med hög standard och lagar som garanterar goda villkor för de äldre. Vi måste också verka för att samhällets attityder mot den äldre generationen är tillfredsställande. Vi måste återskapa synen på de äldre som en naturlig resurs i samhället — inte som en grupp som därför att den behöver samhällelig omsorg innebär problem och kostnader. Det sa socialminister Rune Gustavsson när han öppnade en nordisk konferens i Ronneby med temat de äldres medinflytande i samhället.

— Det är min bestämda uppfattning att vi i arbetet för att försäkra det växande antalet äldre goda och rättvisa villkor ständigt också måste verka för att åter skapa en samhällssyn som inte förlamar, isolerar och särskiljer gamla utan som istället tar tillvara den enskilda människans egna möjligheter.

— Skall vi lyckas med detta behöver vi också en samhällsplanering som tar sociala hänsyn. En sådan samhällsplanering skriver vi nu in i vår nya sociallagstiftning.

— Samtidigt som förslag om ny sociallag läggs fram avser jag att lägga förslag som innebär att pensionärsorganisationerna själva får ökade möjligheter till inflytande i frågor som rör deras egna villkor. Jag tänker då på en överläggningsrätt för pensionärsorganisationerna där socialdepartementet är ena parten. Redan idag har vi regelbundna överläggningar av detta slag. Jag avser nu att lägga förslag som innebär att denna praxis blir en garanterad rättighet.

Hjärtsanatoriet Graal Müritz

På initiativ av lokalföreningen för Hjärt- och Lungsjuka i Trelleborg anordnades en studieresa till det Östtyska hjärtsanatoriet Graal Müritz i Rostock på senhösten 1978. Med på resan, förutom RHL-medlemmar, var doktor Ola Olsson Malmö Allmänna Sjukhus och hans hustru Ann-Margret, som är utredningssekreterare på Malmöhus läns landsting, rapporterar Åke Magnusson.

Det var med stort intresse vi emotsåg besöket på Graal Müritz. Det har ju i flera sammanhang talats ganska mycket om att östtyskarna skulle ha en del att lära ut vad gäller vård och rehabilitering av infarktpatienter.

Graal Müritz är en gammal anläggning. Den byggdes redan 1926 och togs i bruk som hjärtsanatorium år 1951. Anläggningen har i dag 120 vårdplatser.

Mitt första intryck av anläggningen var att jag kommit till ett gammalt lungsanatorium i Sverige 1940—50-talet. Frisk luft, skog, promenadstråk och öppna ligghallar. En hörsal, som kallades "kulturhus", där man visade film och teater samt bibliotek och biljardrum för lite lugnare avkoppling hörde också till bilden. Patientrummen var ganska små och antalet sängar i varje rum varierade mellan 2—3.

En av sanatoriets läkare, dr Uplegger, tog emot oss och visade oss runt på anläggningen. Hon berättade bl a att patienterna efter en hjärtinfarkt vårdas i ca 6 veckor på sjukhus innan dom får komma till Graal Müritz. Mellan 6 veckor och 3 månader får sedan patienterna vistas på sanatoriet. För att vänja sig vid luften placeras patienterna vintertid i ligghallar och sommartid i liggstolar vid havet. Bastubad ingår också i behandlingen!! Viss form av gemensam träningsverksamhet förekommer men till största delen aktiveras patienterna genom självrekonditione-

ring. 3—4 timmar pr dag vistas man ute där en del deltar i trädgårdsarbete och skötsel av parkanläggningen. Dr Uplegger betonade vikten av att patienterna håller sig till "rätt kost" och att rökarna slutar helt med sin "last". Om detta informeras det i särskild grad vid intagningen.

Som svensk fick man intrycket av att man i stor utsträckning förstörade upp problemen kring infarkten och behandlingen av densamma, samtidigt som man generaliserade kraftigt. Alla patienter, oavsett om man drabbats av en stor infarkt eller en liten infarkt, behandlades i stort efter samma mönster.

Någon patientorganisation, liknande vårt RHL, finns inte i Östtyskland. Sjukhusen svarar för all information i sociala frågor för inneliggande patienter och vid utskrivningen träder samhället in och "tar över" medborgaren.

Dr Ola Olsson, som ingående diskuterade behandlingsformerna med sin läkar-kollega, informerade också om hur vi behandlar infarktpatienter i Sverige. När det gäller såväl vård som rekonditionering av infarktpatienter, har vi ingenting att lära av det vi såg på Graal Müritz, det var vi nog ganska överens om.

Trelleborgsföreningens ordförande, Henri Isgren, tackade dr Uplegger för ett vänligt och fint mottagande och som bevis på deltagarnas uppskattning överlämnades ett RHL-standar.



Arrangörerna Ove Sandberg och Henri Isgren med sina äkta hälfter mellan sig.

Hypertoniåret slut — satsningarna fortsätter

Hypertoniåret 1978 är slut. Åtskilliga aktiviteter har ägt rum med siktet inriktat på en förbättrad hypertoni vård som resultat av strävandena såväl att i tid upptäcka patienter med högt blodtryck som att sedan ta hand om dem på ett tillfredsställande sätt, konstaterar Läkartidningen.

God hypertoni vård skapas inte genom aldrig så aktiva åtgärder om dessa begränsas till ett år, i detta fall hypertoniåret 1978. Förhoppningsvis skall de tankar och idéer som väckts under året kunna bearbetas och utvecklas. En väsentlig uppgift är att utbilda olika personalkategorier i hypertoni frågor. Därigenom skapas nödvändiga förutsättningar för delegering av delar av vården till exempelvis sjuksköterskor, skriver docent Lars Rydén, överläkare vid medicinska kliniken, Kärn sjukhuset i Skövde.

Allt eftersom en förbättrad kunskap om hypertoni vinner insteg bland hälso- och sjukvårdspersonalen samt en adekvat organisation för omhändertagande av hypertoner börjar växa fram kan en mera intensiv upplysning av allmänheten påbörjas. Samtidigt kan också olika modeller för att upptäcka tidigare okända hypertoner påbörjas i mera vidsträckt omfattning.

Hypertoniåret 1978 har som devis "Ned med högt blodtryck". Den första medicinska kommentaren om hypertoni avslutades med en uppmaning om att vi skulle förena oss kring detta motto. Självfallet kan man avsluta även denna kommentar med en liknande sentens. Låt oss enas om att fortsätta med kontinuerliga satsningar på bättre hypertoni vård!

Sjuksköterskornas uppgifter inom hypertoni vården

Det finns goda förutsättningar för bättre kontinuitet i hypertoni vården om vissa traditionella läkararbetsuppgifter överförs till för uppgiften särskilt utbildade sjuksköterskor. I vårdprogrammet för omhändertagande av patienter med högt blodtryck i Skaraborgs län spelar sjuksköterskorna en central roll. Här beskrivs hur deras insats är organiserad och berörs även de speciella kunskapskraven för uppgiften av legitimerade sjuksköterskorna Nina Metsä, som arbetar på hypertoni mottagningen vid Kärn sjukhuset i Skövde och Katarina Riepenhausen vid hypertoni mottagningen, vårdcentralen, Skövde.

Sjuksköterskor bör på ett naturligt sätt kunna bidra till den kvalitativa och kvantitativa förbättring som behövs inom blodtrycks vården. Det traditionella omhändertagandet av hypertoner har inte i alla

stycken varit framgångsrikt. I dagens sjukvårdsorganisation torde inte förutsättningar finnas att ta hand om alla de ca 250 000 hypertoner som finns här i landet, bl a på grund av bristande läkarresurser. Kontinuitetsproblem existerar också inom den traditionella vårdapparaten och bidrar till att skapa osäkerhet hos patienterna. Genom att överföra en del traditionella läkararbetsuppgifter till för ändamålet särskilt utbildade sjuksköterskor bör man kunna erhålla väsentliga förbättringar i dessa avseenden. Goda exempel på sjuksköterskeinsatser i hypertoni vården kan man finna i Göteborg, Malmö, Gävle m fl orter. Förutsättningen för en utveckling i denna riktning är emellertid ökad upplysningsverksamhet om vad sköterskor kan utträta samt självklart också ökad utbildning av sjuksköterskor till en ny roll inom blodtrycks vården.

I Skaraborgs län har vi sedan drygt ett år ett vårdprogram för omhändertagande av patienter med högt blodtryck. I programmet har sjuksköterskan kommit att spela en central roll för blodtrycks vårdens genomförande.

Arbetsuppgifter och arbetsförhållanden

Till sjuksköterskans arbetsuppgifter hör, vid sidan av all blodtrycksmätning, att sörja för patientkallelser, journalföring, patientinformation samt att ta hand om förfrågningar från patienterna och sköta kontrollen av dessa mellan de ordinarie läkarbesöken.

Sjuksköterskan finns tillgänglig vid hypertoni mottagningen alla vardagar och arbetar därvid självständigt. Vi har hela tiden möjligheter att samråda med en läkare om detta bedöms nödvändigt. Vanligtvis sammanträffar vi dock med läkaren vid ett par tillfällen i veckan och föredrar därvid kontroller och blodtrycksmätningar samt patientkontakter vi haft de senaste dagarna. Läkaren bestämmer sedan tillsammans med oss om eventuella aktuella åtgärder, tid för nästkommande läkarbesök, eventuella medicineringsförändringar etc. Under kort tid kan man därvid handlägga ett stort antal patienter. Efter dessa konferenser med läkaren är det vår

uppgift att se till att patienten får de upplysningar och råd som vi gemensamt kommit fram till.

En patient som remitterats till hypertoni mottagningen med misstänkt blodtrycksförhöjning kommer först för tre besök till sjuksköterskan. Diagnosen hypertoni ställs först sedan åtminstone tre standardiserade blodtrycksmätningar påvisat ett förhöjt blodtryck. Om så är fallet påbörjar vi en utredning och färdigställer en blodtrycksjournal för patienten.

Det tillhör sjuksköterskans arbetsuppgifter att ta upp en sjukhistoria och genomföra en standardiserad laborietredning. Vi följer en speciell datajournal, som omfattar sådana anamnestiska upplysningar och prover som är nödvändiga för val och genomförande av en god behandling.

Journalen är avsedd för fortsatta databearbetningar, eftersom vi håller på att utvärdera vårdprogrammet för högt blodtryck i Skaraborgs län. Datajournalen har emellertid också visat sig mycket praktisk för det rutinnässiga bruket vid mottagningarna. I journalen för vi också in uppgifter från våra blodtrycksmätningar samt puls, längd, vikt tillsammans med uppgifter om eventuell pågående behandling. Vid första läkarbesöket får läkaren den färdigfyllda journalen och kompletterar med resultatet av sin undersökning.

I vissa situationer förmedlar vi en direkt läkarkontakt i samband med blodtryckskontroll, framför allt om blodtrycket är betydligt förhöjt (över 200/120 mm Hg) liksom om patienten har svåra sjukdomssymtom, medicinbiverkningar eller från det normala avvikande blodprovssvar. I övriga situationer träffar patienten inte läkaren förrän vi är färdiga med vår utredning.

Patientinformation

En mycket viktig del av vårt arbete är att sörja för god information till patienterna. Till vår hjälp har vi därvid såväl väggplanscher som patientbroschyrer speciellt framtagna för patienterna i skaraborgsprojektet. Tyngdpunkten läggs emellertid vid muntlig information vid direktkontakt med patienten. ●

Föreningen för hjärt- och lungsjuka i Kalix
Föreningen för hjärt- och lungsjuka i Kiruna
Lokalföreningen för hjärt- och lungsjuka i Luleå
Föreningen för hjärt- och lungsjuka i Piteå
Länsföreningen för hjärt- och lungsjuka i Skaraborg
Centralstyrelsen för hjärt- och lungsjuka i Stockholm
Fören för hjärt- och lungsjuka i Stockholm (FHLIS)
Söderby-Uttrans patientförening
FHLIS lokalsektion i Botkyrka
FHLIS lokalsektion — Nordost
Centralorg. för hjärt- och lungsjuka i Södermanlands län
Eskilstuna konvalescentförening
Föreningen för hjärt- och lungsjuka i Nyköping
Lungkliniken patientförening, Eskilstuna
Uppsala läns centralorg. för hjärt- och lungsjuka
RHL:s lokalförening i Enköping
Centralorg. för hjärt- och lungsjuka i Värmlands län
Lokalföreningen för hjärt- och lungsjuka i Karlstad
Arvika konvalescentförening för hjärt- och lungsjuka
De hjärt- och lungsjukas konv.fören. i Kristinehamn
Hjärt- och lungsjukas förening i Säffle
Hagfors konvalescentförening
Vikö lokalförening av RHL
Patientföreningen Enighet, Lungkliniken, Arvika
Co för hjärt- och lungsjuka i Västerbottens län
Föreningen för hjärt- och lungsjuka i Dorotea

Lövsta lokalförening Umeå av RHL
Konvalescentföreningen Bången, Lycksele
Hjärt- och lungsjukas förening i Skellefteå
Hjärt- och lungsjukas förening Skellefteå-Jörnsektionen
Hjärt- och lungsjukas förening i Vilhelmina
Patientföreningen Lungkliniken, Umeå
Co för hjärt- och lungsjuka i Västernorrlands län
Lokalföreningen för hjärt- och lungsjuka i Härnösand
Lokalföreningen för hjärt- och lungsjuka i Sollefteå m o
Föreningen för hjärt- och lungsjuka i Sundsvall m o
Lokalföreningen för hjärt- och lungsjuka i Timrå
Lokalföreningen för hjärt- och lungsjuka i Ånge
Föreningen för hjärt- och lungsjuka i Örnsköldsvik
Österåsens Patientförening, Sollefteå
Centralorg. för hjärt- och lungsjuka i Västmanlands län
Lokalföreningen för hjärt- och lungsjuka i Fagersta
Lokalföreningen Aros för hjärt- och lungsjuka i Västerås
Patientföreningen, Lungkliniken, Västerås
Sälko, Föreningen för hjärt- och lungsjuka, Borås
Marks konvalescentförening, Skene
Örebro läns centralorganisation för hjärt- och lungsjuka
Örebro konvalescentförening
Karlskoga konvalescentförening
Linde-Nora lokalförening för hjärt- och lungsjuka
Sydnärkes lokalförening för Hjärt- och Lungsjuka
Centralorg. för hjärt- och lungsjuka i Östergötland
Föreningen för hjärt- och lungsjuka i Östergötland
Hjärt- och lungsjukas förening, Norrköping
Hjärt- och lungsjukas lokalförening i Motala

VI UTFÖR

ALLA SLAG AV BYGGNADSARBETEN;

SMÅHUS, BOSTADSHUS,
KONTORS- OCH INDUSTRIBYGGNADER
SAMT OMBYGGNADS-
OCH ISOLERINGSARBETEN.

Förfrågningar besvaras
och upplysningar lämnas av
ingenjör Bernt Blixth, tel. 08/756 50 00

BLIXTH & LINDSTRÖM BYGGNADS AB

Besök: Kryssarvägen 3, Näsbypark
Post: Fack, 183 03 TÄBY

Välkommen till



Sveavägen 41, Stockholm. Tel. 08/22 75 80

- studiecirklar
- teater
- föreläsningar
- musik
- konferenser
- film
- debatter
- utställningar

ÖSTERÅSENS SJUKHUS

för konvalescentvård

Begär broschyr,
tel 0620/230 91 eller 230 92.

Postadress
Österåsens sjukhus
881 00 SOLLEFTEÅ

Jämför!

När du går och handlar jämför du givetvis varor och priser. Men det finns faktiskt mer som har betydelse för ditt val. Tänk efter — och kryssa för!



Ägs butiken av dom som handlar där?

Ja Nej

Går butikens vinst till en enskild ägare?

Ja Nej

Får du en årlig redovisning av det årliga resultatet?

Ja Nej

Fattas viktiga beslut om butikens framtida verksamhet av kunder/medlemmar?

Ja Nej

Har du rätt att byta en vara utan godtycke och krångel?

Ja Nej

Ja Nej Ja Ja Ja Ja — ser din rad ut så har du handlat rätt, d v s i en konsumentägd butik.



Handla konsumentägt - för ekonomisk demokrati