

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.

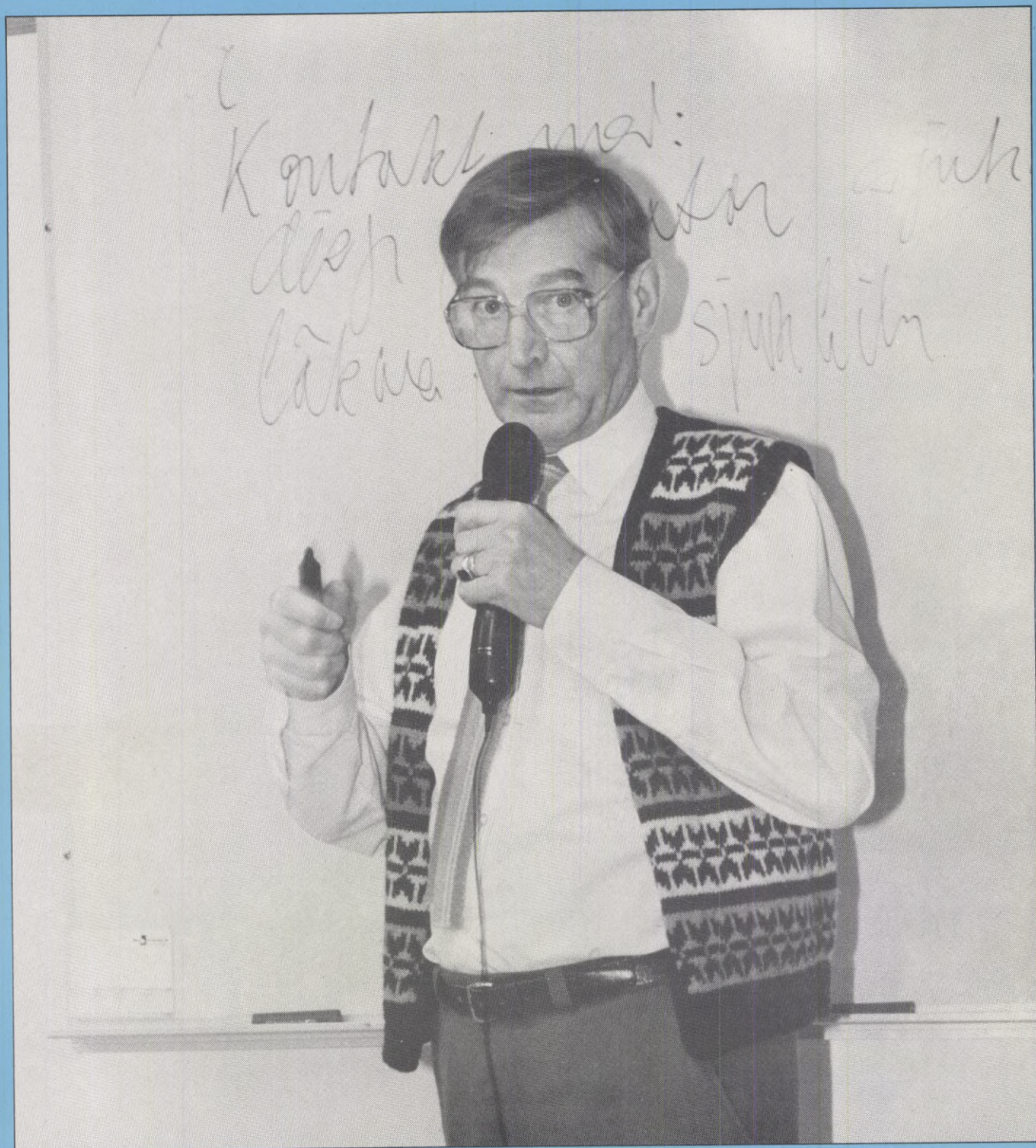


Status

1
1988



Organ för Riksförbundet för hjärt- och lungsjuka



RHL tar krafttag för de lungsjuka

Medlemsvärningstävlingen

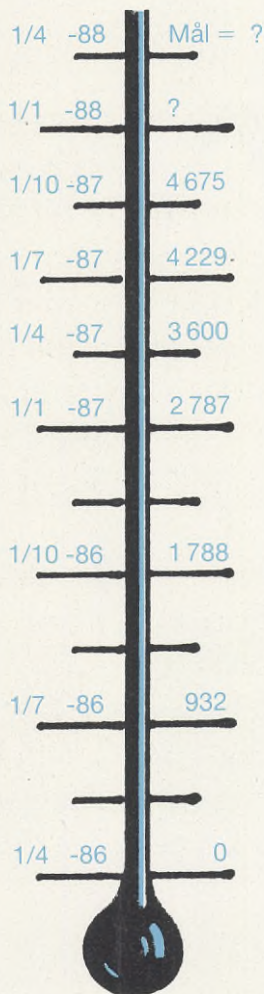
Tävlingen går mot sitt slut och det är dags att ta till en intensiv slutspurt för att vi ska nå fram till målet som kongressen 1985 beslutade – nämligen att RHL vid kongressen 1988 skall ha 30000 nya medlemmar.

Här kommer en lägesrapport sammanräknad den 8 december. Då hade 266 tävlande värvat 1164 medlemmar. Av de nya medlemmarna är 62% hjärt-, kärl- eller lungsjuka, 22% är anhöriga och 16% är stödjande medlemmar.

De tio mest framgångsrika medlemsvärvarna redovisas på "Värvarstoppen" här nedan. Siffrorna inom parentes anger placeringen på den föregående listan.

Värvarstoppen

Fyra helt nya medlemsvärvar har tagit sig direkt in på listan. Det kanske



"Tempen" bygger på föreningarnas kvartalsrapporter.



Första pris i medlemsvärningstävlingen är en rekreationsresa för två.

finns fler duktiga medlemsvärvar som ännu inte har redovisat sina poäng? Spänningen stiger inför finalen.

1 (-)	Sven Berggren, Ronneby	191 p
2 (-)	Bertil Johansson, Stockholm	152 p
3 (1)	Bernt Persson, Gävle	145 p
4 (2)	Ulla Forsgren, Storuman	134 p
5 (-)	Gösta Matsson, Örnsköldsvik	133 p
6 (3)	Gerd Nilsson, Haparanda	113 p
7 (-)	Harry Losenborg, Aneby	112 p
8 (4)	Thyra Markgren, Skellefteå	107 p
9 (3)	Aina Dahlin, Flen	98 p
10 (5)	Märtha Odén, Luleå	88 p

Nu är det dags för alla som har värvat att skicka in sina blanketter. Den enskilda medlemsvärningstävlingen pågår till den 31 mars 1988. Alla medlemmar kan delta i tävlingen. Det gäller att värva nya medlemmar och samla ihop så många poäng som möjligt. Hjärt-, kärl- eller lungsjuka ger 5 poäng, anhöriga 3 och stödjande medlemmar ger 1 poäng. Avsikten med poängsättningen är att vi i första hand vill rekrytera medlemmar som tillhör kategorin hjärt-, kärl- eller lungsjuka.

Kom med i tävlingen du också. Värva nya medlemmar och fyll i medlemsvärningsblanketterna som finns hos din lokalförening. De ifyllda blanketterna skall lämnas till din lokalförening där någon i styrelsen med sin namnunderskrift intygar att värningen är riktig och skickar blanketten vidare till RHL.

Första pris i medlemsvärningstäv-

lingen är en rekreationsresa för två personer. Som tröstpris lottar vi ut en Luxor 14" färg-TV-apparat bland samtliga som har skickat in medlemsvärningsblanketter. Varje blankett utgör en lott. Skriv därför endast en ny medlem per medlemsvärningsblankett.

Vid sammanräkningen den 8 december hade 40 lokalföreningar rapporterat sin bruttomedlemsökning för tiden 1 juli–30 september.

"Föreningstoppen" här nedan visar vilka lokalföreningar som har rapporterat in den sammanlagt största bruttoökningen sedan tävlingen startade den 1 april 1986.

Föreningstoppen

1	Trollhättan	P	322 st
2	Malmö	M	185 st
3	Trelleborg	M	148 st
4	Göteborg	O	144 st
	Skellefteå	AC	144 st
5	Dorotea	AC	123 st
6	Umeå	AC	104 st
7	Storuman	AC	101 st
8	Aneby	F	97 st
9	Piteå	BD	95 st
10	Österlen	L	86 st

Under tävlingsperioden 1 april 1986–30 september 1987 har lokalföreningarna rapporterat en sammanlagd bruttoökning på 4675 nya medlemmar.

Tommy Eriksson
Ill: Tonie Andersson

Organ för Riksförbundet
för hjärt- och lungsjuka

Januari 1988
Årgång 51

Ansvarig utgivare:
Bo Månsson

Redaktör:
Tonie Andersson

Förbundskansli:
Hornsbruksgatan 28
Postadress: Box 9090
10272 Stockholm
Telefon: 08-6690960
Postgiro: 900011-8

Tryckeri:
Kringel-Offset, Södertälje

Prenumerationspris:
Helår 65:–

Produktionsplan 1988

Nr	Manus- stopp	Annons- stopp	Distri- bution
2	15 jan	20 jan	20 febr
3	15 febr	20 febr	20 mars
4	15 mars	20 mars	20 april

Annonspriser:

Omslaget, 1/1-sida 5500 kr
1/1-sida 5000 kr
1/2-sida 2700 kr
1/4-sida 1500 kr

Upplysningar om priset för
mindre format lämnas av
redaktionen.

Redaktionen svarar för
osignerat material som är införd
i tidningen.

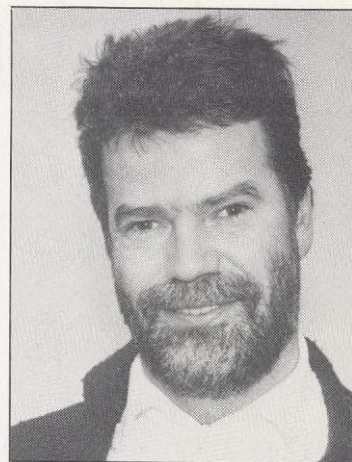
Redaktionen förbehåller sig
rätten att förkorta eller redigera
textmaterial som insändes utan
att vara beställt.

Omslagsbild:

Bror Ek från RHL:s lokal-
förening i Dal-Vänersborg var en
av talarna vid RHL:s lungsjuk-
vårdskonferens.

Foto: Tommy Eriksson

LEDARE



Förbundssekreterare
Bo Månsson:

Nu är det bevisat

det som vi alltid har trott på inom det här förbundet, nämligen att omtanke och gemenskap har en positiv effekt på hälsan och på tillfrisknandet efter en sjukdomsperiod. Ett väl fungerande socialt stöd tycks även ha förebyggande effekter.

I våra föreningar och i våra studiecirkelar vet jag att vi känslomässigt stödjer varandra när någon av våra medlemmar har kommit i en kris. Ett positivt stöd som stärker medlemmens självkänsla och självuppfattning och som ofta hjälper honom/henne att återorientera sig i tillvaron och att åter kunna ta itu med sina problem. Det är självklart att vi inom RHL utvecklar ett gott kamratskap och samhörighetskänsla och att vi delar intressen och har lika intressepolitiska värderingar samt att vi ger varandra praktisk hjälp i svåra situationer. Detta har vi gjort i årtionden och vi kommer att fortsätta med det i årtionden.

Vad som nu gäller är att övertyga tjänstemän och politiker på såväl kommunal som landstingskommunal nivå att det vi gör inom våra lokalföreningar verkligen har stor betydelse för våra medlemmars hälsa och välbefinnande. Även läkare och annan personal inom hälso- och sjukvården måste inse att en rekommendation från dem om att en patient skall kontakta närmaste RHL-förening får en positiv effekt för patienten, speciellt om denna är ensamstående.

Vi gör ett gott jobb för att förbättra hälsoläget hos våra medlemsgrupper.

För övrigt anser jag att alla hjärt-, kärl- och lungsjuka skall erbjudas en effektiv eftervård.

RHL:s handlingsprogram i ord och handling



Deltagarna vid RHL:s lungsjukvårdskonferens var överens om krafttag för att stoppa nedrustning av lungsjukvården.

Trenden är otvetydig – nu måste vi göra något

Den 13–14 november 1987 var ett 30-tal RHL:are samlade till en lungsjukvårdskonferens i Stockholm. Konferensens första dag hade vi dessutom sällskap av ett 40-tal sjuksköterskor och läkare från hela landet. Konferensen – dit sex väl inbjudna föreläsare var inbjudna – gav med all önskvärd tydlighet bevis på en dyster utveckling sett ur perspektivet antal personer som insjuknar i lungsjukdomar. Läger man därtill samhällets beredskap mätt i resurser för akutsjukvård, rehabilitering samt möjlighet till tekniska hjälpmedel, så blir bilden kristallklar. Resurserna är på tok för knappa för att klara dagens behov av omvårdnad. Ser vi dessutom på morgondagens behov i skenet av lungsjukdomarnas negativa utvecklingstrend, kan man inte bli annat än förskräckt.

Är då landstingspolitiker som ansvariga för denna verksamhet ena elaka damer och herrar som inte bryr sig om ifall människor far illa pga dåligt

underbyggda beslut? Säkert inte! Där emot är jag ganska övertygad om att de i en kombination av sin iver att få ekonomin att gå ihop och bristande kunskaper om lungsjukas situation och faktiska behov alltför ofta hamnar snett med sina beslut. Egentligen är ju detta endast en upprepning av ett för oss inom RHL redan känt problem. Vem ska formulera behoven och utifrån vilka utgångspunkter – konsumenten eller producenten?

Som RHL:are måste svaret vara givet: Vi måste utifrån våra samlade erfarenheter och kunskaper i allra högsta grad vara med och formulera behoven för dagens och morgondagens vård av lungsjuka i Sverige. Det är vi tillsammans mycket bättre rustade för än någon politiker eller tjänsteman ute i landstingen någonsin kan bli. Vi kan helt enkelt inte lämna dessa oerhört viktiga frågor i politikernas och tjänstemännens händer längre, då det visar sig att de uppenbarligen inte är vuxna uppgiften. Nej nu måste vi alla inom RHL sluta oss samman och verkligen ta krafttag för att formulera oss tydligt kring lungsjukvårdsfrågorna. Därefter måste vi se till att alla landstingspolitiker förstår att vi menar allvar – att vi inte stillatigande kommer att beskåda en fortsatt nedrustning av lungsjukvården i Sverige. Detta måste vara en av RHL:s centrala frågor för den närmaste framtiden

Handlingsprogram för Kongressperioden 1985–1988

- 1 Förbättra och förstärka RHL:s organisation
- 2 Effektivisera RHL:s eftervårdsprogram
- 3 Öka patientinflytandet inom sjukvården
- 4 Förbättra lungsjukvården
- 5 Öka RHL:s insatser inom thorax och cardiologi

där absolut allas bidrag och hjälp behövs.

Vårt ansvar

På konferensdagen den 14 november formulerades ett antal konkreta uppgifter som jag tror kan vara mycket värdefulla att ha som utgångspunkt för vårt kommande arbete. Viktigt är dock att de punkterna noga diskuteras i föreningarna så att alla är med

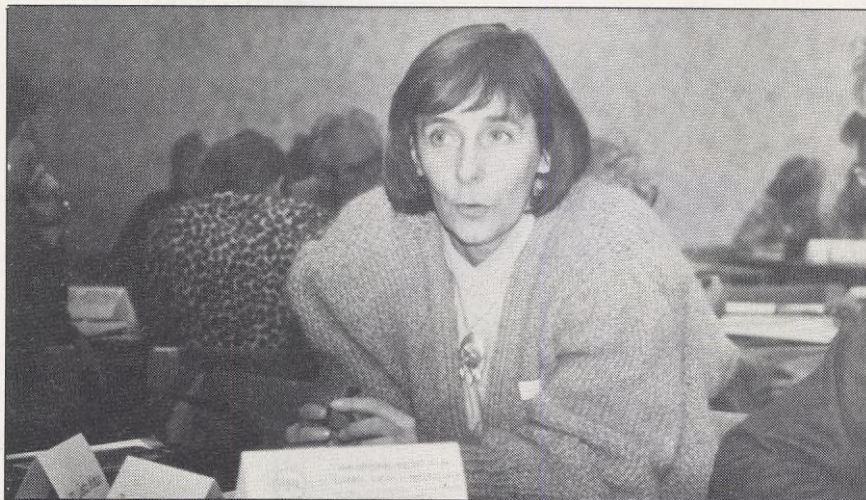
RHL:s handlingsprogram i ord och handling

Krafttag behövs för att stärka lungsjukvården

Nu är RHL:s stora satsning på en konferensserie avslutad. Sex konferenser som behandlat hjärtrehabiliteringsfrågor och lungsjukvårdsfrågor har genomförts på tre år. Hösten 1985 genomfördes de första två konferenserna i serien och de två sista hölls i slutet av 1987.

Läkarföreläsningar och patientberättelser kommer att återges i Status under våren. I detta nummer refereras lungsjukvårdskonferensen. Status nr 2/88 kommer att innehålla motsvarande referat från hjärtrehabiliteringskonferensen. Representanter för sjukvården har gett sin syn på tillgängliga resurser och kommande behov inom vård och rehabilitering för hjärt- och lungsjuka. Därefter har deltagarna dragit upp riktlinjer för hur man skulle arbeta med sjukvårdsfrågorna i stort och smått ute i föreningarna.

RHL:s målsättning är att arbeta för en väl fungerande sjukvård och eftervård för den som lider av hjärt- och lungsjukdomar. Om man kan säga att vårt målsättnings-



Sjukvårdspersonalen var ense med RHL:s medlemmar om att samverkan mellan personal och patienter bör förbättras. Berit Björkman, kurator vid KS, under gruppdiskussionen.

program utgör ledstjärnan i detta arbete så har den just avslutade jättesatsningen varit den röda tråd som löpt genom tre års verksamhet runt om i lokalföreningarna. På konferenserna har deltagarna kunnat stämma av sina erfarenheter och ta nya tag för att nå det gemensamma målet.

Sammanlagt har 225 personer deltagit i de sex konferenserna. Förutom RHL:s medlemmar har

läkare, kuratorer, sjuksköterskor och psykologer från hela landet närvarit vid föreläsningarna.

Vad betyder detta för deltagarna från RHL:s lokalföreningar? Hur vill man arbeta hemma i föreningarna? Hur ser förbundsstyrelsens representanter på satsningen? Status har genomfört en rundfrågning. Se sid 6. □

Tonie Andersson

och lägger upp riktlinjer och prioriterar de uppgifter som anses viktiga. Detta med utgångspunkt från det vi vill åstadkomma. Dokumentation av vad som framkom i diskussionerna denna dag har sänts ut till konferensdeltagarna samt till alla RHL-föreningar. Jag vill ändå här ta upp några av de punkter som behandlades så att ni redan nu kan börja fundera över våra gemensamma uppgifter.

Lungsjuka sökes

Den kanske allra viktigaste uppgiften är nog att vi mycket bättre än idag når de "ny-sjuka". Antalet personer som drabbas av lungsjukdomar ökar kraftigt idag. En betydande del av den ökningen finns hos kategorin obstruktiva lungsjuka. Dessa personer lyckas vi inte nå på ett effektivt sätt. Detta är mycket allvarligt från RHL:s synpunkt. Dels därför att andelen lungsjuka i förbundet därmed visar en nedåtgående trend, dels därför att vi på sikt urholkar våra gemensamma kunskaper och erfarenheter kring lungsjukas situation och behov. Själva

fundamentet för vårt agerande riskerar att vittra sönder om vi inte lyckas vända kurvan uppåt.

Samarbete önskas

Vi måste utveckla våra kontakter med sjukvårdspersonalen. De behöver vår hjälp med att bibehålla nuvarande vårdresurser. Dessutom kan vi tillsammans med dem finna bättre former för en eftervård för lungsjuka, sett utifrån våra behov, än den vi har idag. Vi behöver deras hjälp med att få kontakt med de "ny-sjuka" och erbjuda dem allt det som vi är bra på.

Kunskap erbjudes

Det är absolut nödvändigt för oss att skapa närmare relationer till våra politiker i landstingen. Det står ju till och med i Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) §8 att hälso- och sjukvården skall planera och utveckla verksamheten i samverkan med bla handikapporganisationerna. Detta med syftet att forma verksamheten utifrån konsumenternas behov. Så om jag förstår saken rätt blir de nog bara glada och

tacksamma när ni hör av er för att komma överens om en tid som passar. De har ju själva tillsammans med sina partikamrater varit med om att stifta nämnda lag.

Från tanke till handling

Det här var ett litet smakprov på några av de frågor som diskuterades på RHL:s lungsjukvårdskonferens i november 1987. Det var ett viktigt arbete som gjordes där och som förhoppningsvis fungerar som impuls-givare till kommande förändringsarbete. För det är ju trots allt inte så att förbättringar av vård/eftervård för lungsjuka genomförs i våra konferensanläggningar. Nej, till det krävs praktisk handling, där vi alla måste bita ihop lite extra. Delta i samtalen med föreningskamraterna och ställa oss frågan: Vad ska nu min insats bli i vår gemensamma kamp för en bättre lungsjukvård/eftervård i hela Sverige?

Ronny Weylandt

Foto: Tommy Eriksson

RHL:s handlingsprogram i ord och handling

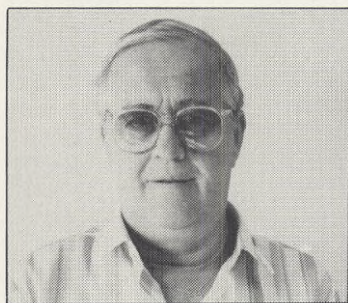
Lungsjukvårdskonferensen avslutades med att deltagarna från RHL:s lokalföreningar och förbundsstyrelse tillsammans enades om ett antal viktiga punkter som måste åtgärdas på olika sätt.

STATUS ställde mot denna bakgrund följande frågor till några av konferensdeltagarna:

Hur vill du samarbeta med sjukvårdspersonalen?

Hur vill du presentera RHL:s lungsjukvårdsprogram för politikerna?

Hur vill du utveckla ett lokalt handlingsprogram för lungsjukvården?



Tore Leijon, Malmö, ledamot av förbundsstyrelsen:

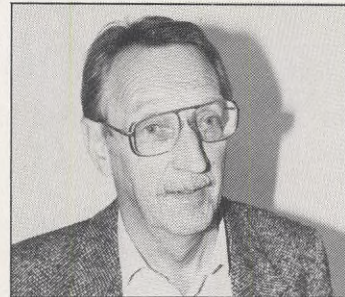
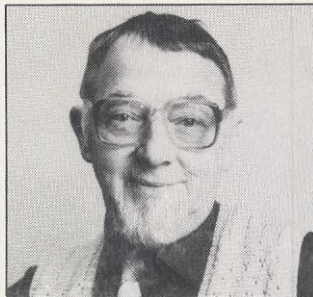
Det viktigaste är att skapa kontakter. Vi har redan träffat läkare och övrig sjukvårdspersonal, lämnat RHL:s lungsjukvårdsprogram och låtit dem läsa i lugn och ro. Därefter återkom vi och fick *deras* önskemål om resurser. När vi sedan träffade sjukvårdsdirektören hade vi fakta om läget på lungkliniken. Han kunde inte "köra över oss", vi visste vad vi talade om.

Har man byggt upp kontakter och agerar seriöst är det bara att ringa när man vill något. En blomma till överläkaren och en tårta till personalen någon gång då och då försämrar inte situationen. Läkarna ser att vi är starka när det gäller att möta politikerna. De ger oss faktaunderlag och vi agerar. Lungsjukvårdsprogrammet skickade vi till politikernas privata adresser.

Just nu arbetar vi med ett program om hur vi som patienter vill bli behandlade vid utskrivning. Utifrån våra erfarenheter vill vi förbättra informationen. Idén kom upp när vi läste studiematerialet "RHL - vår organisation". Jag hade aldrig trott att medlemmarna skulle bli så engagerade av materialet!

Sven Widegren, Östersund, ledamot av förbundsstyrelsen:

Varje CO i vår region (Kopparberg, Gävleborg, Västernorrland och Jämtland) ska inventera hur många medlemmar föreningarna har som lider av lungcancer, kronisk bronkit, astma eller emfysem. Resultatet ska vi ta med



till regionkursen. Dit kommer eventuellt en sjukhusdirektör samt läkare så att vi kan få deras syn på resultatet.

I Jämtland har vi redan god kontakt med lungkliniken läkare. Vårdplatserna har vi lyckats bevara så att minimibehovet täcks.

Vi försöker aktivera de lungsjuka och har haft en cirkel med RHL:s studiematerial om lungorna. Det är viktigt att presentera lungsjukvårdsprogrammet för sjukvårdspersonalen. Vi ska också påverka landstingspolitikerna att göra något för de lungsjuka vad gäller att lära sig leva med sitt handikapp.

Anna-Greta Wernquist, Björneborg, sekreterare i lokalföreningen i Kristinehamn:

Jag rapporterade från konferensen på vårt sista möte före jul men sammanställningen hade då ännu inte kommit från förbundet, så vi hade inte diskuterat de frågor som togs upp på konferensen. Det blir som jag ser det väldigt svårt för oss i föreningen att gripa oss an lungsjukvårdsprogrammet. Jag ser inte hur vi ska kunna arbeta med det, för här på Kristinehamns sjukhus finns varken lungklinik eller personal som kan lungsjukdomar. Som astmasjuk vårdas man på medicinkliniken där både blommor och julgranar är utplacerade. I Karlstad finns en lungklinik. Dit kommer en läkare en gång i månaden från Göteborg.

Vi måste nog diskutera detta i CO men ingen därifrån var på konferensen och inte heller någon sjukvårdspersonal från Värmland. Landstinget här gör bara nedskärningar. Ska vi kunna göra någonting från hjärt- och lungsjuka så måste vi göra det tillsammans - alla Värmlands åtta lokalföreningar.



Erik Ransemar, Stockholm, sekreterare i FHLIS, Stockholms CO:

På styrelsemötet kort efter konferensen avlade jag rapport och åtog mig att göra en analys och ett förslag till handlingsprogram anpassat till Stockholms förhållanden. Jag vill göra en flerstegsplan med det mest aktuella först. Det är också viktigt att bestämma vilka som ska genomföra de olika åtgärderna och till vem vi ska rikta varje fråga. I vissa fall blir det aktuellt med skrivelser till sjukvårdsstyrelsen eller uppvaktning av landstingsrådet. Jag kommer att utgå från det skriftliga underlag vi fått av Ronny Weylandt på förbundet.

Det är viktigt att det händer något, att medlemmarna får arbeta med konkreta frågor och se resultat.



Thyra Markgren, Skellefteå, ordförande i lokalföreningen:

Arbetet med eftervårdsprogrammet för lungsjuka är svårare att genomdriva än det för hjärtsjuka. Nu har jag gett mig den på att få gehör även för de lungsjukas behov av eftervård. Hittills har sjukvårdspersonalen varit avvaktande. Men man måste börja någonstans! Föreningen har startat en gymnastikgrupp för andningshandikappade. Programmet har vi sammanställt med hjälp av ett par sjukgymnaster. Vi leder gruppen själva.

Genom att sprida information om vårt lungsjukvårdsprogram vid alla upptänkliga tillfällen när vi ut med våra krav. Efter konferensen informerade jag på vårdskolan där blivande sjukvårdspersonal fick veta vad RHL vill.

Genom att vara aktiva i Läns- och Kommun-HCK får vi också många kontakter med sjukvårdspersonalen. Med personliga kontakter är det mycket enklare att påverka. □



Från mina horisonter

Efter ledighet och välbehövlig vila vid jul- och nyårshelgerna är det återigen full fart på verksamheten. En studie av några lokalföreningars vårprogram visar att våra medlemmar har många aktiviteter att delta i. Vid mina besök hos lokalföreningarna har jag lärt mig en hel del om hur föreningarnas vardagsliv ser ut. Bland annat att vi är duktiga på att ordna medlemsmöten, fester, resor, samkväm och på att ta hand om varandra. Det är riktigt och viktigt. Vi ska bry oss om varandra och se till att vi har roligt tillsammans i våra föreningar. Det är en viktig funktion med föreningarna.

Samtidigt finns det en annan viktig del av föreningsarbetet som vi inte får glömma bort. Jag tänker på den intressepolitiska verksamheten. Redan när förbundet bildades för snart 50 år sedan, insåg medlemmarna att det inte räckte med enbart entusiasm och friskt mod. Man måste också "ha något på fötterna" när man diskuterade med politiker och andra beslutsfattare. Ur det behovet växte socialvårdskurserna fram. Kurser där medlemmarna skaffade kunskap och lärde sig att argumentera.

Idag ser samhället annorlunda ut. Vi har en väl utbyggd social service och en bra akutsjukvård. Trots det så finns det mycket kvar att göra för att förbättra tillvaron för våra medlemmar och deras anhöriga. Socialtjänst-

lagens paragrafer är tójbara och landstingens ekonomiska prioriteringar gör att Hälso- och sjukvårdslagens intentioner kan verka mycket avlägsna.

När vi pratar om intressepolitisk verksamhet tänker de flesta på övergripande frågor som till exempel riksförbundets uppvaktningar av statsråd och landstingsförbund för att åstadkomma en ny thoraxklinik. Det finns faktiskt möjlighet även för lokalföreningarna att bedriva intressepolitik. Här nedan följer några exempel som jag har träffat på under de senaste månaderna.

- Dorotea ordnar namninsamling och uppvaktning för att få en ambulans.
- Strängnäs skriver till landstinget och begär att cafeterian på länsjukhuset i Eskilstuna ska bli rökfri.
- Filipstad agerar via HCK för att försöka förmå butikägarna att tillhandahålla stolar vid snabbköpskassorna, så att trötta kunder kan sitta och vänta på sin tur.
- Umeå deltar via HCK i studiecirkel om kommunens nya handikappprogram som skall fastställas under 1988.
- Sundsvall ha skrivit till landstinget om bättre utrustning i ambulanserna.

- Föreningarna i Västernorrland uppvaktar landstinget om att inköpa testapparater till länets samtliga vårdcentraler, för att ge invånarna möjlighet att snabbt och enkelt ta kolesteroltest.

Det var några prov på hur praktisk intressepolitisk verksamhet kan se ut på basnivå. Listan kan göras mycket längre. Har din lokalförening under de senaste åren genomfört några intressepolitiska aktiviteter? Skriv gärna några rader och berätta om vad din förening har gjort och vilka resultat ni har uppnått. Om du inte vill skriva så går det bra att ringa på telefon 08-6690960.

Även idag gäller det att "ha något på fötterna" när man ska diskutera med politiker och andra beslutsfattare. Vi behöver mer kunskap för att kunna påverka och förbättra förhållandena för våra hjärt-, kärl- och lungsjuka medlemmar. En bra start är att i studiecirkelform läsa studiematerialet "RHL - vår organisation". Det ger en god bakgrund till dagens situation och innehåller också en kort presentation av Hälso- och sjukvårdslagen och Socialtjänstlagen. Ta kontakt med studieorganisatören i din lokalförening så får du besked om när nästa studiecirkel startar.

Text och foto: Tommy Eriksson

RHL:s kanslipersonal presenteras



Eivor får besök på RHL:s kansli av Norrtäljeföreningen som vill rätta ut en del frågetecken beträffande RHL:s register-vårdsblankett.

Datalistor och blanketter är kontakt-skapande, påstår Flora och Eivor

På RHL:s kansli arbetar ett tjugotal personer. Många medlemmar har uttryckt önskan om att lära känna de anställda och få veta en del om deras arbetsuppgifter genom Status. Under år 1988 kommer varje nummer av Status att innehålla en presentation av ett par av de anställda. Statusläsare är välkomna att ställa frågor och föra fram synpunkter. Skriv till: Status, RHL, Box 9090, 10272 Stockholm.

Först ut i raden av anställda blir RHL:s trotjänare Flora Larsson och hennes "kronprins" Eivor Back-Salomansson. De båda arbetar med Status prenumerationsregister. I sommar avgår Flora med pension och då skall Eivor ta över. Flora kan överföra sina kunskaper till Eivor men hennes kontaktnät är svårare att "ärv". De personliga kontakterna med medlemmarna måste Eivor själv bygga upp.

Ett prenumerationsregister är i dataåldern ett till synes ändlöst ark randigt papper. Ljusblå ränder avlöses av

mörkblå och varje rand är fylld av små, små pricar. Tillsammans bildar de namn och adresser till RHL:s medlemmar.

Flora och Eivor ägnar dagarna åt att granska detta register på det att ingen enda felaktighet må slinka igenom.

Att felaktigheter vad gäller tidningens distribution kan ge upphov till irritation hos den medlem som blir utsatt är lättförståeligt. Men Flora och Eivor är som postflygarna förr i världen – de trotsar alla hinder för att ordna prickarna rätt på de ljusblå raderna.

Rätt ord i rätt ruta

– Många fel kan undvikas om bara lokalföreningen ger oss rätt uppgifter från början, säger Eivor.

Flora håller med. Hon är luttrad efter 23 år med RHL:s prenumerationsregister.

– Ingen kan ana hur mycket tid det tar att rätta en felaktigt uppgiven kod-siffra på registervårdsblanketten, säger hon med eftertryck.

Eivor är i första hand intresserad av att få bra kontakt med föreningarnas kassörer. Det är oftast de som ansvarar för registervårdsblanketten och fakturor. Det händer att någon liten

ruta är fel ifylld. Då ringer Eivor upp för att få rätt uppgift. Det är sedan lätt för henne att ändra i dataregistret, men det är tidsödande.

Norrtälje på besök

En dag är Norrtälje-föreningen på besök för att få en del information. Inge-mär Ackfjärd och Roland och Käthe Oldemar har med sig registervårdsblanketter som de är lite fundersamma över.

– Har vi fyllt i rätt här i rutan för typ-nummer? frågar Käthe.

– Ja, föreningarna skall alltid skriva 01 där, svarar Eivor. Det betyder kollektivprenumeration. Föreningarna bestämmer själva vilken förfallotid de skall ha för förbundsavgiften där Status ingår. De flesta har december eller mars. Avgiften är nu 45 kronor.

– Vad menas med förfalloår då? Är det i år eller nästa år?

– I rutan med förfalloår och förfallomånad skall föreningen **alltid** ange innevarande år och den förfallomånad som föreningen själv bestämt. Därefter ändras allt automatiskt på data vid årsskiftet till 1988, 1989 osv.

– Vilka är de vanligaste felen på blanketten?

– Många slarvar med löpnumren.

Om man kodar 02 eller 03 på blanketten så betyder det att man vill ändra någon tidigare uppgift. Då måste **alltid** löpnumret vara angivet.

– Hur vet man löpnumret då?

– Löpnumret finns angivet på den datalista som varje förening får fyra gånger om året – i april, juni, oktober och januari. Där finns också uppgift på föreningsnummer. På listorna kan varje förening kontrollera att deras ändringar blivit införda. Datalistan blir ju på sätt och vis en medlemsmatrikel.

När löpnumret saknas börjar ett av de mest tidsödande problemen i Floras och Eivors arbete, nämligen att spåra de uppgifterna. Alla medlemmar i ett hushåll skrivs på samma blankett eftersom endast en tidning per hushåll skickas ut. När någon i en familj avlider är det inte ovanligt att den efterlevande flyttar. Om den personen vill ha tidningen i sitt eget namn i fortsättningen samtidigt som en ny adress rapporteras in blir det omöjligt att hitta rätt i datan.

Detektivarbete

För att bringa reda i detta genomför Flora och Eivor ett enormt detektivarbete. De ringer mängder av dyra telefonsamtal runtom i landet för att reda ut felaktigheterna. Oftast beror allt på att föreningar eller medlemmen glömt uppge ny adress. Varje månad kommer 15–20 ex av Status i retur till RHL:s kansli pga okänd adressat.

– Det händer att föreningar ringer och frågar varför deras mångåriga medlem si och så inte längre får sin tidning och så beror det på att man har glömt uppge adressändring, säger Eivor. Jag sänder registervårdsblanketter till datan ca den 20 varje månad och varje månad får jag datalistor tillbaka med de införda ändringarna. Föreningarna får däremot endast listor en gång i kvartalet.

Ett annat vanligt fel uppstår på grund av att flera personer ur styrelsen anmäler en ny medlem.

– Ett sådant fel beror på att föreningen saknar rutiner för nyanmälan. Den som anmäler en ny medlem på registervårdsblankett bör därför alltid skriva en kopia och föra in i medlemsmatrikeln. Innan en blankett sänds in till RHL kontrollerar man för säkerhets skull att den inte dubblas.

Etiketter för 20 öre

Rutorna märkta ”kön, född, sjukdom och st” behöver ingen fylla i. De kommer att tas bort.

Eivor har ett tips till alla föreningar: Beställ adressetiketter från datan. Då slipper ni handskriva kuvert med kallelser till medlemmarna. Etiketterna kostar 20 öre styck.



– Det gäller att kontrollera allt ordentligt, säger Flora och sätter med glimten i ögat på sig dubbla glasögon.

Nu har Norrtäljeborna en sista fråga:

– Vad betyder den pyttelilla siffran i varje ruta?

– Jo, den visar det högsta antal tecken som får finnas i varje ruta, svarar Eivor.

När Status ligger färdigtryckt omkring den 20 varje månad så distribueras den ut till RHL:s 27000 medlemmar direkt från tryckeriet. Men ca 1000 ex får Eivor och Flora till kansliet. Under många timmar sitter de sedan i tidningstravarna och handskriver adresser som inte finns på datan.

– Blir det enformigt att leta fel i da-

talistor och skriva adresser?

– Nej oohhh nej, skrattar båda med en mun.

– Det är intressant det här med datan, säger Flora bestämt.

– Ja, och sen har man ju så mycket kontakt med alla kassörer i föreningarna, säger Eivor. Du anar inte vad alla är positiva och samarbetsvilliga. Alla är verkligen glada och trevliga.

Vi som möter Flora och Eivor i korridorerna på RHL:s kansli kan intyga att arbetet måste vara roligt, för båda två är glada och har nära till skämt och skratt.

Tonie Andersson

Foto: Tommy Eriksson

Registervårdsblankett för RHL:s Dataregister

Föreningens namn _____

Kod 01 = Ny Kod 02 = Ändring Kod 03 = Borttagning

Kod 2	Län 2	Förening 2	Löpnr 6	Typ 2	Bet.kod 2	Förfalloår/mån 4	Kön 1	Föd.år 2	Sjukd.kod 2	St/Ex 2
Efternamn/förnamn 23										
Innebor hos 16										
Adress 25						Postnr 5		Postadress 13		

Ackvisitör _____

Insändes till RHL, Box 9090, 102 72 Stockholm

RHL:s registervårdsblankett, ett ok för kassörer.

Diskrimineringen av handikappade

– Man kan föreställa sig vilket liv det skulle bli om rödhåriga, skåningar eller libaneser tvingades betala en extra avgift då de löser biljett på en kommunalägd buss, säger Jean Claesson, ombudsman vid Riks-HCK.

Diskriminering av handikappade är mycket vanligt. Någon enstaka gång är diskrimineringen så grov att händelsen ger eko i massmedia. Till exempel då en grupp villaägare försöker förhindra att utvecklingsstörda flyttar in i villaområdet, eller då en spastiker nekas servering på en restaurang.

De vanligaste formerna av diskriminering väcker däremot inget uppseende. Tvärtom uppfattas de som både nödvändiga och självklara. Gång på gång fattar kommuner och landsting, riksdag och regering, offentlig och privat verksamhet, beslut som till sin karaktär är djupt diskriminerande. Beslut som oftast motiveras med bris-

tande ekonomi eller allmänhetens ovilja att betala skatter och avgifter.

Handikappade som inte kan nyttja kollektiva färdmedel tvingas ofta betala högre avgifter för sina resor än andra.

Synskadade elever får inte sina läroböcker på kassett samtidigt som de seende får sina på svartskrift.

Handikappade som periodvis måste få sjukvård drabbas av höga vård- och medicinkostnader samtidigt som vårdkostnaderna för andra är försumbara.

Exemplen på den dagliga diskrimineringen av handikappade är närmast oräkneliga. Inom vissa områden, till exempel riksfärdtjänsten, har de diskriminerande åtgärderna närmast ökat.

HCK har därför hos regeringen begärt en utredning som syftar till en lag mot diskriminering. HCK kräver dessutom en handikappombudsman (HO) som med hjälp av den tänkta lagen ska ingripa mot diskrimineringen. □

Televerket fick nej!

Regeringen har lyssnat på HCK och nekar Televerket att höja taxan för samtal till nummerbyrå.

Televerket fick nej hos regeringen. Taxan för samtal till nummerbyrå kommer inte att höjas från 23 öre till 8 kronor.

– Att höja taxor för tjänster till handikappade är inte bara orättfärdigt, det är också stick i stäv med alla försök att anpassa samhället till handikappades behov, säger HCK. Den föreslagna höjningen blir över 3000 procent.

Televerkets oblyga försök att mjölka pengar ur handikappade väckte vrede och bestörtning hos de drabbade. HCK och PRO skrev till regeringen och krävde ett nej till Televerkets förslag.

För många synskadade, rörelsehindrade med flera handikappade, är nummerupplysningen enda möjligheten att få reda på ett telefonnummer. Vi andra nyttjar telefonkatalogen. Självfallet utan att behöva betala åtta kronor varje gång vi söker i den.

På lika villkor

Det socialdemokratiska handikappprogrammet "På lika villkor" har nyligen antagits av partiet. I programmet sägs att alla som erbjuder tjänster och service ska anpassa dessa till funktionshindrades behov. "Kostnaderna för anpassningen av verksamheten ska ses som en självklar del av den reguljära budgeten och finansieras på samma sätt som verksamheten i övrigt", står det i programmet.

Principen innebär att alla som erbjuder medborgarna tjänster och service har ett ansvar för att låta sitt utbud få en sådan utformning och anpassning att det kan nås och tillgodogöras av medborgare med funktionshinder. Att ta ut höga avgifter från dem som inte kan använda telefonkatalogen innebär ett klart avsteg från denna princip.

Regeringen lyssnade på handikapprörelsen och nekade Televerket att höja avgiften.

– Nu går kampen vidare. Posten måste bära ut post, även till dom handikappade som bor i glesbygderna. SJ måste börja anpassa trafiken och sitt rullande material och stationerna måste göras tillgängliga, avslutar Jean Claesson, HCK. □

Förbered RHL:s kongress

I sommar är det dags för RHL:s 25:e kongress. Den 1–3 juli 1988 samlas medlemmarnas valda ombud i Södertälje för att välja ny förbundsstyrelse och dra upp riktlinjer för RHL:s verksamhet den kommande kongressperioden.

Genom att skriva motioner till kongressen anger medlemmarna inriktningen på arbetet för de närmaste tre åren.

Det är viktigt att föreningarna är ute i god tid.

Nedan följer viktiga datum.

Kom ihåg

- att den **29 februari 1988** är sista inlämningsdatum för motioner till RHL:s kongress
- att utse kongressombud och ersättare på föreningens årsmöte. Sista anmälningsdag är **15 maj 1988**
- att nomineringstiden för kandidater till förbundsstyrelsen utgår den **1 februari 1988**
- att CO väljer representantskapsledamot för sitt län på årsmötet. Valresultatet meddelas **omgående** till förbundssekreterare Bo Månsson.

RHL söker annonsackvisitör

Vi söker en medlem som har tid, håg och fallenhet för att skaffa annonser till vår förbundstidning Status.

Vi behöver fyra helsidor med annonser per nummer. Status utkommer med 10 nr/år. RHL lämnar provision på sålda annonser.

Är detta något för dig?

Hör av dig till: Bengt Dahlström på RHL:s kansli för mera information. Tel: 08/669 09 60.

om handikappsamverkan

Synskadades riksförbund, SRF, lämnar HCK. Det gäller både centralt, regionalt och kommunalt. Alltså en fullständig brytning!

Några noterar kanske beslutet med en axelryckning. Andra tom hoppas att samarbetet i HCK skall bli enklare.

Men hos många av oss, bla i mig, gör det ont. Jag har haft möjlighet att följa handikappsamverkans utveckling sedan 40-talet. Jag känner förhoppningarna och har hoppats på en fortsatt utveckling mot allt närmare samverkan. Men istället, i en tid då behovet av att hålla ihop för att försvara nådda resultat, spricker samarbetet.

Att samverkan skall vara så svårt. Vi som begär att hela samhället skall vara solidariskt mot oss handikappade kan inte klara av en inbördes samverkan och solidaritet. Det smärtar.

Och ändå: SRF:s utträdesbeslut kom inte som en blix från klar himmel. Framförallt 60-talet och början av 70-talet gav framgångar för handikapprörelsen. Fler organisationer kom med och därmed också olika särintressen. Det ledde till att samarbetsproblemen blev fler och spänningarna ökade. Då och då har vi ju erfårit hur det kärvat.

Det är alltså en urladdning som följd av en lång uppladdning. Och laddningarna är så pass stora att fler urladdningar kan följa. Eller kan kraftfälten nyttjas konstruktivt?

Ja, jag hoppas det, inte minst som SRF i sina uttalanden säger att man med beslutet inte vänder sig mot samverkan i sig, det är mot de nuvarande formerna man vänder sig. Man vill ha en fördjupad samverkan där man tydligare klargör målet. Jag hoppas bara att där ligger öppningen till en lösning. Jag hoppas att vi även är överens om att samverkan inte kan ske bara på den enes villkor. Samverkan är att ta och ge!

*

En av stöttestenarna och en av orsakerna till SRF:s utträde är oklarhet om vad som skall menas med en handikapporganisation. I försö-

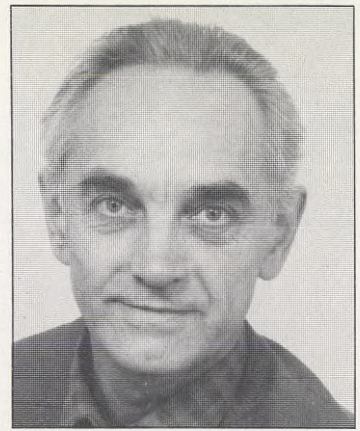
ken att förstå bakgrunden till konflikten har jag därför bland annat tittat närmare på HCK:s organisationsutredning 1985-86 och vad som där sägs om bla handikappbegreppet.

I HCK:s utredning görs en analys av olika begrepp och typer av handikapporganisationer. Jag ser det som viktiga försök att genom att definiera begrepp skapa klarhet så att det blir samma språk vi talar, inte bara samma ord som vi använder. Kommittén gör därvid bla en sträng definition av vad en handikapporganisation är. För de som inte riktigt fyller måttet för man in begreppet patientorganisation och stödorganisation.

Handikappbegreppet vill man reservera för den som till följd av **bestående** funktionsnedsättning möter **betydande** svårigheter i sin dagliga livsföring. Det låter som en tämligen tydlig begränsning.

Visst är det viktigt att vi tränar oss att skillnaderna mellan olika organisationers intresseinriktning. Men entydighet och klarhet fångar inte alltid in hela verkligheten. Låt mig ta ett exempel. Jag väljer en person med en astma som relativt ofta ger akuta attacker. I bekämpandet av astman har ba stora doser cortison använts och det har bidragit till att en mindre synskada förvärrats. Samtidigt har högt blodtryck och kärlekskramp tillstött och hela situationen har blivit psykiskt påfrestande. Varken allergin, lungsjukdomen, synskadan, kärleksbesvären eller de psykiska besvären är var för sig så allvarliga att personen i fråga är handikappad enligt definitionen. Han skulle inte bli fullvärdig medlem i någon handikapporganisation. Men ändå: tillsammantaget är det fråga om en bestående funktionsnedsättning som ger betydande svårigheter i den dagliga livsföringen.

En vanlig ålderstruktur inom handikapporganisationerna är också en hög genomsnittsalder. Det gäller både SRF och RHL. För en äldre människa som har en grundläggande funktionsnedsättning kan det också vara svårt att avgöra om en måttlig synnedsättning



eller kärlekskramp skall betecknas som handikapp. Egentligen är det främst åldern som är handikappet.

Alltså: jag tycker att det är viktigt att vi ser över vårt språk och förtydligar vad vi menar med handikapporganisation. Vi behöver den övningen i tydlighet. Men det vore lyckligt om vi använde mera entydiga begrepp för att definiera in några i handikappgemenskapen medan vi definierar ut andra. Att vi faller in i en dispyt om vem som är mest handikappad, att vi alltså skapar en handikappets rangskala eller statusordning.

Vi måste vara på vår vakt mot den sortens advokatyry på egoismens bakgård! Det är nödvändigt om krisen och laddningarna skall kunna omformas till något konstruktivt.

*

Bakom SRF:s beslut om utträde finns onekligen också en allvarlig kritik mot HCK:s utveckling. HCK har blivit en egen handikapporganisation med en egen ekonomisk bas och en egen och självständig tjänstemannakår. Samarbetsorganet har blivit en konkurrerande handikapporganisation. Och, tillägger kritikern: I takt med HCK:s tillväxt uttunnas den nödvändiga grunden av intressegemenskap. I stället blir byråkratin det kitt som håller ihop rörelsen.

Jag tror att det är viktigt att vi låter den här kritiken leda till en allvarlig eftertanke. Det gäller inte minst för mig som både i tal och skrift pläderat för en starkare samverkan mellan de olika handikapporganisationerna. Har samverkansbygget vuxit rätt?

Det är en fråga som jag har anledning att återkomma till.

Lars Östman

Alla rationaliseringar som kan gö

RHL:s lungsjukvårdskonferens bjöd på intressanta, engagerade föreläsningar och välavvägda, initierade patientupplevelser. Lungsjukvårdens organisation och resursbehov, oxygenterapi i hemmet, behandling av astmasjuka, patienträttigheter, ökningen av lungcancer bland kvinnor är några av de ämnen som behandlades. Status läsare kommer att få ta del av föreläsningarna under våren.

Konferensen på Hotell Najaden i Stockholm öppnades av RHL:s förbundssekreterare Bo Månsson som i sitt inledningsanförande kunde komma med en glädjande nyhet: Den senaste Dagmar-överenskommelsen föreslår att oxygenkoncentrationer ska tillhandahållas utan kostnad för patienterna.

– Det är Svensk Lungmedicinsk förenings insatser som gett detta resultat, sa Bo Månsson och tillade att RHL:s ansträngningar att nå samma mål också haft inverkan.

– Oxygenterapi har mycket positiva effekter, underströk docent Leif Rosenhall, ordförande i Lungmedicinska föreningen och en av föreläsarna på konferensen. Ca 2000 patienter i landet behöver oxygenterapi.



– Vem har föreslagit något så huvudlöst som nedläggning, undrade Ake Hanngren.

Blanceflor Bildt har sedan 20 månader syrgas dygnet runt. Hon kunde intyga att hennes liv förändrats radikalt tack vare oxygenterapi.

– Jag lever 24 timmar om dygnet med "min bästa kompis", sa Blanceflor. Jag arbetar halvtid, tar mig ut i naturen och rastar mina hundar med



– Oxygenterapi har mycket positiva effekter, sa Leif Rosenhall.

hjälp av moped. I somras flög jag till och med till Frankrike på semester.

Hot om nedläggning

Överläkare Björn Mossberg kom direkt från Södersjukhuset (SÖS) för att meddela konferensdeltagarna att den lungmedicinska enheten på SÖS hotas av nedläggning.

– Lungsjukvården i Stockholm raseras, sade Björn Mossberg uppört. Akutsjukvården måste spara pengar varvid SÖS åläggs att spara 6 miljoner kronor genom att lägga ner den slutna vården på lungkliniken. Patienterna föreslås fördelas på Huddinge sjukhus och Karolinska sjukhuset. Skälet till besparingarna är en omfördelning av resurser med ökad satsning på primärvården.

Nyheten väckte stor bestörtning bland åhörarna.

– Det är en vanföreställning att hemsjukvården blir billigare än vården på sjukhus. Politikerna är ekonomer som inte tar ansvar för vården. Patienten är ointressant, det är pengarna som räknas. Enligt politikerna är patienten billigast som död. Det är verkligen upprörande, sa Leif Rosenhall.

Generalsekreteraren i Svenska Nationalföreningen mot hjärt- och lungsjukdomar, Ake Hanngren, sparade inte heller på krutet.

– Vilka har beslutat om detta och varför? Nedläggning av SÖS är fullkomligt huvudlöst; dundrade han.

Bland konferensdeltagarna fanns

Jörgen Toresson, 1:e sekreterare på byrån för specialvård inom Hälso- och sjukvårdsnämnden i Stockholm.

– Strukturförändringar inom akut-sjukvården får stora konsekvenser, svarade han. Landstingets planering bygger på HS -90. Inom landstinget har vi en given ram för expansionen inom primärvård och hemsjukvård. Företrädare för olika specialiteter inom sjukvården bildar en grupp (Husak) som kommer med förslag om ändringar. Och Stockholms läns landsting måste spara 40 miljoner kronor, därför prövas möjligheten att spara inom sex specialiteter, däribland lungsjukvården. Landstingspolitikerna i Stockholm ska diskutera detta förslag i övermorgon.

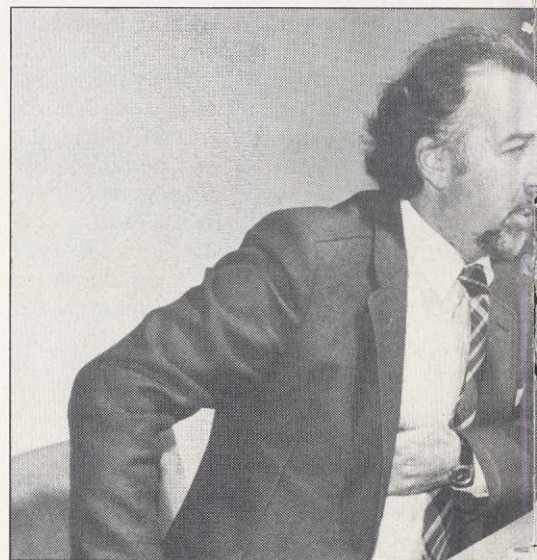
Lungklinikerna nedrustas

– Redan i dag ligger Stockholm klart under riksgenomsnittet vad vårdplatser, sa Björn Mossberg. Om Stockholm blir av med SOS, så får man 7,6 platser per 100000 invånare! Och detta i en region som har en betydligt högre andel lungsjuka än andra orter.

Den lungmedicinska enheten på SÖS tillkom så sent som 1980 därför att man hade insett att behovet är stort av vård för lungsjuka.

– Jag tycker själv att de här sju åren har visat att bedömningen av vårdbehovet i högsta grad var riktig. Just södra sjukvårdsområdet har 25% av befolkningen men inte mindre än 32% av lungcancer. Det är alltså en våldsam översjuklighet i lungsjukdomar.

– Den lungmedicinska enheten på SÖS har ansvaret för allergimottagningen och är dessutom sammansla-



– Jag Blar
Bo Månsson och Leif Rosenhall betraktar b
slag väckte starka känslor bland deltagarna.

öras är redan gjorda



... lever med oxygen 24 timmar om dygnet, sa
... ceflor Bildt i sin patientföreläsning.



... bistert Jörgen Toresson vars nedskärningsför-

gen med den fristående centraldispensären, fortsatte Björn Mossberg. Vi har 27 vårdplatser och vi har 850 inläggningar med medelvårdtid på 10 dagar. Vi har inga väntelistor. Vi gör istället så att vi prioriterar patienter så att vi kan ta in dem av rent medicinska skäl utan onödig tidsspillan. På vår öppna behandlingsavdelning genomförs mellan 150 och 200 bronkoskopier per år. På allergimottagningen har vi ungefär 5000 läkarbesök per år. Avdelningen fungerar också som en astmadispensär och vi kan ta hand om alla de astmatiker som tidigare hade akutmottagningen som enda läkare. På centraldispensären finns en stor lungmottagning med 8000 läkarbesök årligen.

Kompetensen är viktig

– Man kan möjligen tänka sig att överföra en del patienter i sluten vård till lungklinikerna på Huddinge och Karolinska men med stora ansträngningar eftersom även de har begränsade resurser. De flesta av patienterna kommer helt enkelt att spridas ut på invärtesmedicinska avdelningar utan lungmedicinsk kompetens. Och kompetensen är mycket viktig! Det måste finnas en vana att handlägga lungmedicinska problem, att sköta syrgaskatetrar, dränageslangar och astmadropp, betonade Björn Mossberg.

När akutsjukvården ska spara pengar i Stockholm, då kastar man sina blickar på lungsjukvården.

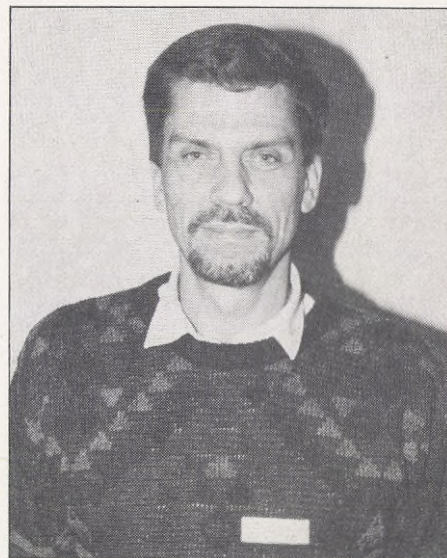
– I början av 1987 fick vi kraftigt sparbeting, fortsätter Björn Mossberg. För att klara detta måste vi organisera om hela centraldispensären. Ett sådant arbete pågår. Men det är nu det kusliga kommer. Det finns någonting som kallas strukturutredningen. I den ingår ett antal specialister men ingen lungmedicinare. Strukturutredningen föreslår att man ska spara på grundsjukvården genom att lägga ner den slutna vården på SÖS. Man vill reducera lungklinikens budget med 6 miljoner! Förutom de 4 miljoner som vi redan har sparat så ska man alltså ta bort ytterligare 6 miljo-

I presslägningsögonblicket:

Kanske gick Jörgen Toresson från RHL:s konferens med en ny syn på vikten av lungmedicinsk kompetens. Kanske var den samlade expertisen av patienter, lungläkare och sjuksköterskor massivt övertygande, kanske blev hans intryck att vi var enade i våra protester.

Faktum är att lungsjukvården vann

ner. Det blir kvar en liten liten tårtbit som bara kan räcka till en öppen vårdmottagning och ingenting annat. Med hänsyn till de behov som föreligger och som jag kan dokumentera, tycker jag att detta är en katastrof för svensk lungsjukvård. Jag vill också påpeka att motivet är att man ska satsa på pri-



– Stockholm ligger under riksgenomsnittet vad gäller vårdplatser, sa Björn Mossberg.

märvården. Visst ska man göra det! Men en effektiv primärvård förutsätter ju ett nära samarbete med specialistvården. Först då kan sjukvården bli effektiv!

Livlig diskussion

Vid den livliga diskussion som utbröt tvingades Jörgen Toresson att medge att frågan om nedskärning av lungkliniken på SÖS kanske måste diskuteras ytterligare.

– Vi bör inventera vad en nedläggning innebär för patienterna, konstaterade han efter att ha fått en imponerande samling argument med sig "hem".

– För att kunna motverka nedläggningar av lungkliniker är ett nära samarbete mellan patientorganisationen och Lungmedicinska föreningen av allra största vikt, sade Bo Månsson och avslutade därmed diskussionen.

Tonie Andersson

Foto: Tommy Eriksson

första rondan. Istället för att fastställa den föreslagna nedläggningen beslöt politikerna i Stockholms läns landsting – 2 dagar efter RHL:s lungsjukvårdskonferens – att lämna tjänstemannaförslaget utan avseende.

Protestaktionerna hade varit så massiva att politikerna backade på hela förslaget om ingrepp i akutsjukvården för närvarande. □

Smärtgränsen är nådd när det lungsjuka

Docent Berit Blom-Bülow är en stridbar företrädare för den lungmedicinska specialiteten. I många år har hon stått på barrikaderna, envist kämpande mot nedrustningen inom lungsjukvården. Med väl underbyggda argument och övertygande siffror har hon vid ett flertal tillfällen visat beslutsfattarna vilka följder kortsiktiga besparingar inom lungsjukvården kommer att få på lång sikt.

Deltagarna vid RHL:s lungsjukvårdskonferens i Nässjö 1981 kommer sent att glömma hennes batalj med dåvarande medicinalrådet vid Socialstyrelsen Kurt Roos. Blom-Bülow var väpnad till tanderna och Roos är inte den som backar ur en strid. Det blev en fantastisk diskussion där Blom-Bülow avgick med segern efter att ha sänkt Roos i en kaskad av statistik och glödgat engagemang.

Berit Blom-Bülow är biträdande överläkare på lasarettet i Lund och styrelseledamot i Lungmedicinska föreningen.



Foto: Tommy Eriksson

Docent Berit Blom-Bülow's anförande vid RHL:s lungsjukvårdskonferens 1987 återges här i sammandrag.

– Det finns givna patientgrupper som bör skötas av lungspecialister, börjar Berit Blom-Bülow sitt anförande. Största gruppen är de obstruktiva lungsjukdomarna, astma, kronisk bronkit, emfysem och respiratorisk insufficiens. Lungtumörerna är en stor och ökande del av lungmedicinsk verksamhet liksom yrkessjukdomar och astma. Tuberkulosen däremot minskar i landet. Men det är fortfarande en viktig del av lungmedicinsk verksamhet att sköta tuberkulosvården. Lungparenkymysjukdomar, sarkoidos, tröskdammslunga, fågeluppfödarlunga, fliseldarsjuka med flera är också en stor och i viss mån bortglömd grupp av sjukdomar.

Diagnostik och utrustning

Det allra viktigaste är självklart att man ställer rätt diagnos. Och en bra diagnos ska naturligtvis leda till en bra behandling. Ibland kan behandlingen vara av den arten att lindring är det enda vi har att erbjuda. I sådana fall är det mycket viktigt att patienten får all lindring som finns att ge. När det gäller lungsjukdomar är röntgen en mycket viktig del i vårt arbete. Endoskopin har ökat och har framförallt fördelen att vi snabbare kan ställa diagnos. Bronkoskopin och thoraxskopin är utomordentligt viktiga. När det gäller thoraxskopin så är lungläkaren relativt unik, den enda som egentligen kan tekniken. När det gäller al-

lergidiagnostik så måste vi ha tillgång till testlaboratorier.

Rättmätiga krav

Patientens rättmätiga krav är att behandlas med en hög medicinsk kompetens. Detta ska gälla oavsett var i landet man är lungsjuk och oavsett vilket landsting man tillhör eller vilken lasarettssanknytning man har. Patienten måste kräva kompetens! Patienten ska också ha tillgång till hjälpmedel, tex inhalatorsapparater och peepflow-mätare. Patienten har också rätt att kräva hjälp med allergisnering av bostad och arbete.

Att förebygga

– Allra först bör vi givetvis satsa på att förebygga sjukdom, men det är nästan omöjligt eftersom de flesta lungsjukdomar är resultat av mångårig påverkan. Om vi slutade tvärt nu med rökning och luftföroreningar, så skulle detta inte ge effekt på de närmaste 15–20 åren.

– Jag vill understryka att vår viktigaste uppgift i förebyggande syfte är att gå ut och övertyga folk om att de måste sluta röka. Detta är inte bara för att förhindra lungcancer, det gäller i lika hög grad hjärt-kärlsjukdomar och övriga lungsjukdomar. Jag tycker att astmaskolan är förebyggande verksamhet liksom yrkesrådgivning till våra unga allergiker innan de bestämmer sig för ett yrke.

Ordförklaringar

Endoskopi = en metod att med hjälp av ett rörformigt instrument granska luftrör och lungsäck inifrån.

Bronkoskopi = titta in i luftrören, bronkerna, samt ta prover för mikroskopisk undersökning eller odling.

Thoraxskopi = titta in i lungsäcken samt ta prover för mikroskopisk undersökning eller odling.

Peepflowmätare = apparat med övertryck vid utandning.

Inhalationsapparat = hjälpmedel för inandning.

Obstruktiv = försvårad andning pga förträngda bronker.

Anamnes = patientens skildring av sjukdomens utveckling.

Lungfysiologisk = normal, frisk lungföreteelse.

Radiologisk = radioaktiv strålning och röntgenstrålning.

Allergologi = läran om allergisjukdomar.

Terapiinställning = bestämma behandling av sjukdom.

Biopsi = provtagning på levande vävnad för mikroskopisk undersökning.

gäller vårdplatser för

Hur kommer framtidens lungpatienter att se ut? Ser vi någon ändring i åldersprofil och sjukdomsprofil? Från 1980 till 2025 får vi alltfler 80- och 90-åringar. Detta kommer med nödvändighet att påverka patientprofilen så att lungmedicin helt i linje med befolkningsutvecklingen får fler patienter med hög ålder.

– När det gäller lungcancer har antalet fall dubblerats bland kvinnor. Under åren 1965–1984 ökade männen från 32 till 46 per 100000 invånare medan kvinnorna ökade från 7,7 till 14,3 per 100000 invånare. Kvinnorna ökar med 4% per år och männen med 2%.

– De flesta fall av lungcancer drabbar individer över 60 år, men vi ser en säker och oroande minskning i åldrarna. Det är en avsevärd skillnad mellan land – riksgenomsnittet – och storstad. När lungcancer i riksgenomsnittet för män ligger på 47 per 100000, så ligger Stockholms stad på 72, Göteborg 63 och Malmö 93 per 100000 invånare. Detta är åldersjusterade siffror. Skillnaderna kan alltså inte förklaras med att det finns fler åldringar i Malmö. Tittar man på kvinnosidan är det hemiska siffror även här. Riksgenomsnittet är 14 per 100000 invånare medan vi har 19 i Stockholm, 21 i Göteborg och 25 i Malmö per 100000. Vi kan följaktligen inte jämställa sjukligheten och säga att vi behöver X antal vårdplatser jämnt fördelat över hela landet. Politiker har en förmåga att leta upp den plats på kartan som har sämst ställt när det gäller vårdplatser och så försöker man använda den som något slags riksläkare. Lungsjukvårdsbehovet är större i storstäderna vad gäller de rökningrelaterade sjukdomarna: lungcancer, kronisk bronkit och emfysem.

Kvinnor röker mer

I en alldeles nyligen genomförd skolbarnundersökning i Göteborg på 7000 barn, fastslås att flickorna röker 2–3 gånger så ofta som pojkarna. Rökningen är direkt kopplad till utbildning och samhällsklass. Tittar man på flickor på gymnasiet 2-åriga praktiska linjer så röker 40% av flickorna, men på 3-årig teoretisk linje röker endast 19%. På social service-linje rökte samtliga flickor. Det är en oerhört viktig faktor huruvida föräldrar röker eller ej. Är ungdomar intresserade av rökavvänjning? Nej, 63% av flickorna var helt ointresserade av att få hjälp med att sluta röka.

Räcker läkarna till?

Vi har 30 lungenheter som leds av

lungspecialister. De är fördelade på 9 universitetskliniker och 21 lungmedicinska enheter (7 kliniker och 14 sektioner). Man kan förutsätta att de patienter som sköts på lungklinik sköts bra. Problemet är att alla som behöver lungsjukvård inte sköts på lungklinik. Egen röntgen eller omedelbar tillgång till röntgenbilder finns på 27 av våra 30 lungenheter. Genomlysning finns på 25 och 30 och allergiverksamhet med möjlighet att utföra tester finns på 28 av 30. Bronkoskopi- verksamhet genomförd av lungläkare finns på 23 ställen vilket är en klar ökning. Tillgången till specialister ligger på en hygglig nivå. 1986 fanns det 137 specialister och 69 var under utbildning.

Smärtgränsen är nådd

När det gäller vårdplatser börjar vi nå smärtgränsen. Det är förskräckande att se hur kostymen har krympt sedan 1984 och detta under en tid på de flesta redan tvingats rationalisera. Då fanns det 1 176 platser samt 80 B-platser. Med B-platser menas platser som huvudsakligen är för lungrehabilitering. Det var ett genomsnitt på 13,7 B-platser. I september 1987 hade platserna sjunkit till 1 099 och B-platserna hade halverats. Genomsnittet var nere på 12,8. I november 1987 visade en snabb uppdatering att vårdplatserna har krympt ytterligare till drygt 1000 platser och det finns bara 15 B-platser kvar. Genomsnittet är nere på 11,8. Problemet är att det är livsfarligt med genomsnitt! Ett antal kliniker ligger mellan 10 och 12, men nästan en tredjedel ligger betydligt lägre.

Storstäderna drabbas

Det är framförallt storstadsområdena som mist vårdplatser, vilket är en dubbel orättvisa. Karolinska i Stockholm har minskat från 75 till 50 platser, Uppsala från 67 till 55, Malmö från 61 till 48. Eftersom vi vet hur cancerfrekvensen ser ut i Malmö så verkar minskningen huvudlös. Linköping, Gävle, Sundsvall och Västerås har alla minskat drastiskt. Vilka konsekvenser kommer detta att få?

Lungmedicinens akademiska status är också en anledning till oro. En förväntad utveckling har vänts till en minskning. Lungmedicin mister en av tre professorer. Idag finns endast professorer i Uppsala och Lund.

Berit Blom-Bülow avslutar sitt anförande med att konstatera att två professorer är en förfärande liten styrka. □

Målbeskrivning för specialiteten lungsjukdomar

Socialdepartementet har tillsatt en utredning som skall se över specialistutbildningen i landet. Varje specialitet skall lämna en målbeskrivning. Svensk Lungmedicinsk Förenings målbeskrivning har utarbetats av artikelförfattarna.

Av med dr **Berith Blom-Bülow**, Lasarettet, Lund, med lic **Lars Löfgren**, Centrallasarettet, Borås, doc **Leif Rosenhall**, Regionsjukhuset, Umeå, och doc **Bengt-Eric Skoogh**, Renströmska sjukhuset, Göteborg.

Avgränsning av specialiteten lungmedicin

Lungmedicin är den del av invärtesmedicin som handlägger lungsjukdomar. Specialiteten har sitt ursprung i tuberkulosvården, som tidigare utgjorde en kvantitativt mycket stor del av den somatiska sjukvården. Med tuberkulosens tillbakagång har lungmedicinen ändrat inriktning. De största sjukdomsgrupperna är idag obstruktiva lungsjukdomar, lungcancer samt infektionssjukdomar av olika typer. Yrkessjukdomar i lungorna har också sedan länge spelat en viktig roll. Då lungan inte bara är kroppens största organ gentemot omvärlden utan också är en sorts filter i blodomloppet och ett immunologiskt aktivt organ kommer även många generella sjukdomar att avspelas med symtom från lungorna. Specialiteten är företrädd vid alla länsjukhus och en del länsdelssjukhus. Idag spelar sjukdomar i andningsorganen en betydande roll både i öppenvård och slutenvård.

Diagnos och behandling i sjukvårdande verksamhet

Lungklinik eller lungmedicinsk enhet vid länsjukhusen skall dels vara remissinstans för utredning och/eller behandling av patienter med svårare eller ovanligare lungmedicinska sjukdomar, dels svara för den kvalificerade akuta lungsjukvården.

En lungspecialist måste kunna rätt omhänderta följande patientgrupper:

Trots den sjunkande frekvensen av nya tuberkulosfall är detta fortfarande ett viktigt arbetsområde för lungmedicinaren, som sitter in-

Forts sid 16

Vad tycker du som läser detta?

Hör av dig till Status per telefon eller brev. Den här rutan är öppen för debattinlägg.

Du kan skriva om allt till Status: tips, idéer, ros och ris.

Skriv till: Jag tycker, Status
Box 9090, 10272 Stockholm

Vad betyder adekvat behandling?

Hörde ett radioprogram om mediciner. Där nämndes Sotacor, en medicin som var ute på prov. Den har jag fått, och blev så sjuk att jag fick ringa efter ett av barnen. Hon ringde upp min läkare som då skrev ut en annan medicin på prov. Den hette Visken. Den blev jag lika sjuk av så nu tar jag inte någon av dem, det har jag lovat barnen och mig själv. Den först nämnda förpackningen innehåller 30 st men den andra har 100 st.

Min fråga är: Varför ska jag betala dessa dyra prover?

Mitt förslag är att dessa prover skulle ges ut i mindre förpackningar och kosta mindre eller inget alls.

Det förvånar mig också att samma dos ges ut till en person som väger 54 kg och till en som väger 84 kg eller mer.

Irma Ohlsson

Vem skriver artiklarna?

Status är utmärkt redigerad, med digert innehåll. Trots detta vill jag ifrågasätta anonymiteten angående artikelförfattarna. Är det journalister, läkare eller andra specialister? Nog borde man tala om vem artikelförfattaren är.

"En gammal prenumerant"

Svar: Såsom framgår av redaktionsrutan (sid 3) svarar redaktionen för osignerade artiklar. Från och med 1988 kommer artikelförfattarens namn att föras in vid artikeln, oftast dock utan närmare presentation. Flitigaste medarbetarna är förbundets egna konsulenter. Läsare som blir intresserade av personen bakom namnet kan följa Status serie där RHL:s personal presenteras.



Läkarsvar och kvacksalveri

I den tyska kvacksalvartidningen "Neue Post" hittade vi häromveckan ett "läkarsvar" som är så horribelt att ni bör få ta del av det.

Där inges läsaren farhågan att en av magnetfält framkallad störning av pacemakern kan resultera i en permanent rubbning i dess funktion. Helt fel! Störningar varar aldrig längre än den magnetiska inverkan. Upphör den, återgår pacemakern till den inprogrammerade rytmen (enl samtal med Thoraxkliniken).

Vidare: den tyske "doktor" varnar för elektriska rakapparater – som drivs av transformerad svagström – och värmedynor, vilkas "magnetism" torde vara en nyhet för många.

Men mikrovågsugnen glömmar han! Dråpligt är också rådet att hålla strömbrytaren på avstånd. Som om magnetismen satt där!

Nyligen besökte vi generatorrummet i ett mindre elverk. Då chefen var mycket ivrig att visa oss detaljerna, glömde vi bort min frus pacemaker. Själv kände hon

inga obehag, men pga generatorns slammer och den starka värmen lämnade hon rummet efter ett par minuter. Inte förrän dagen därpå kom vi ihåg att vi befunnit oss i ett starkt magnetfält. Utan följer...

Urklippét och min översättning står till Status förfogande.

Ludwig Schnabel

Ur den tyska veckotidningen "Neue Post" nr 37, 1987.

"Ganska nyligen har jag fått en pacemaker. Vad är det som jag måste ge akt på så att pacemakerns funktion inte blir störd?"

Svar:

Denna lilla tekniska livsmotor reagerar mycket känsligt mot elektriska eller elektromagnetiska fält. Därigenom kan pacemakern få en felaktig styrning med fatala följder. Sådana störningar kan framkallas av exempelvis elektriska rakapparater, elektriska tandborstare, värmedynor och andra redskap i hemmet eller på arbetsplatsen.

Hemma kan man undvika dylika faror helt enkelt genom att försöka klara sig utan elektricitet. Men om man inte vill avstå från ett eller annat redskap borde man hålla strömbrytaren på stort avstånd när den knäpps på.

K	O	N	T	R	A	K	T		
L	O	R	A	N	G	A			
R	I	S	I	G	A	T			
S	T	O	N	V	E				
B	A	N	A	N	E	R			
B	I	L	R	A	T	A			
K	A	P	A	R	E	V	O	L	G
S	O	N	O	R	E	A	I	K	O
A	S	S	A	R	A	R	K	T	M
L	A	T	A	L	N	A	R	P	S
A	R	I	N	T	E	P	A	S	S
A	S	I	V	A	L	N	A	P	S
L	V	I	R	K	E	T	A	C	I
D	I	E	T	A	R	K	N	A	L
V	A	G	N	A	V	H	E	T	L
B	A	N	A	O	G	I	N	A	V
R	R	E	N	A	S	L	L	E	G
O	M	S	E	D	D	E	R	A	H

Lösning och pristagare till Bildkryss nr 9/87

1:a pris 100 kr: Ingbritt Adebo
Olof Hermelins Väg 18
18275 Stocksund

2:a pris 75 kr: Ragnar Hillerstad
Nytorpsvägen 29
19145 Sollentuna

3:e pris 50 kr: Karin Malmberg
Rååvägen 82 B
25370 Helsingborg

4:e pris 50 kr: Eva Lagerdahl
Sportstugevägen 19
18235 Danderyd

INTA MID-DAG

KAN STÄLLAS KÄLLNYMF

SES I BEGÄR

PINADES FÖR SIN TRO HUGGET VIRKE

FÄR DE SOM HAMSTRAR

ÄR RIKT PÅ VITAMIN B

SKER SKID-LÖPARE I DAG

HÄR SEET DET SKEDDA TITTA

SYR PÅ IN-NERTYG KL.13

SPANSKT UT-ROP

BEN-FODRAL

SÄGER UNDERHÅLLNING

NUM-MER-SPEL

MOLN-FRITT

HÖR TILL PERIODERNA

STRIDS-DUG-LIGHET

PRE-CIS

KÄN-NER VI IBLAND

FISK

FÖRSTA MÅ-LET

TRÄD

TÄR-NING

HEL-GON-BILD

TINA-SARA ROS

INGÅR VECKAN GRIPA

VAN-LIGA SITTP-LAT-SER

DA KÖR VI TILL NÄSTA MARK-NAD...

GRAFIK OLJOR TECKNINGAR AB KLADD & KLUDD

FÄR DET SOM SKJUTS UPP

LÄR VARA SIL-VER

FOG-SVANSAR

VRET-MAN

SNÖRE SKYM-MAN-DE TYG

Status

BILD KRYSS 1

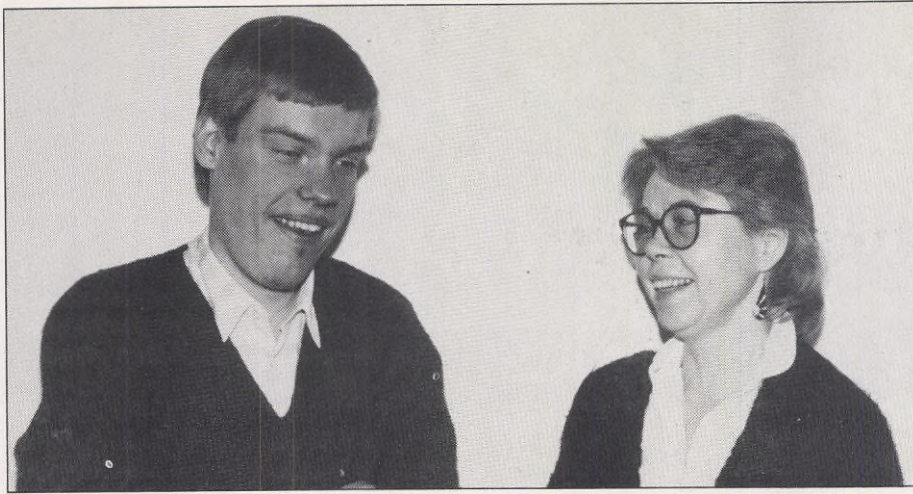
Lösningar skall vara märkta "Bildkryss nr 1" och måste vara Status redaktion, Box 9090, 10272 Stockholm, tillhanda senast den 15 februari.

Fyra priser utdelas, ett på 100, ett på 75 och två på 50 kr. Lösning och pristagare meddelas i Status marsnummer.

Namn _____

Adress _____

Postadress _____



Stefan och Gunlög i glatt samspråk om Föräldraföreningens ungdomsaktiviteter.

Stefan – en kille med idéer

Stefan Bergvall är 25 år och praktiserar just nu på RHL. Status har bett Stefan att skriva om sig själv, sina framtidsplaner och sina fina idéer om ungdomsverksamheten.

Jag kom med i Föräldraföreningen för hjärtsjuka barn och ungdomar genom mina föräldrar. Självt var jag inte så aktiv i föreningsarbete men jag deltog i olika evenemang. Jag fick vara med på en ungdomsresa tillsammans med 14 andra ungdomar. Vi åkte till England och var tillsammans där i en vecka. Med på resan var också två reseledare Margareta Demgard och en som jag tyvärr har glömt namnet på. Det var jättekul att få komma utomlands speciellt utan föräldrar. Min mor och jag har rest tillsammans till Portugal genom föräldraföreningen. En resa både jag och min mor minns med särskild glädje, nu när vi tänker tillbaka, är den till Algarve. Jag träffade verkligen trevliga människor på dessa resor. Speciellt roligt hade vi ungdomar för vi höll ihop. Det fick inte vara så att någon kom efter eller kände sig utanför, vi tog hand om varandra. Föräldrarna träffades för sig, satt och pratade och gav varandra råd och dylik information som kan vara viktig för föräldrar som har ett hjärtsjukt barn, men jag tror att föräldrarna hade minst lika roligt som vi ungdomar. Till er som funderar på att åka med i någon av Föräldraföreningens resor vill jag säga: tveka inte en sekund utan häng med! Det ger både minnen och kamrater för livet.

Viktigt med bra kompisar

När jag ser tillbaka på hur det kändes när jag var liten så minns jag att det

inte var speciellt roligt att ha hjärtfel. Jag kunde inte alltid hänga med kompisarna på gården. Men jag har samtidigt alltid haft förstående kompisar ända sedan jag var liten. Nu när jag blivit äldre så har jag samma förstående kompisar. Att spela hockey var inga problem – fast utan skridskor då. Det gjorde att jag i varje fall kunde vara med. Jag tror att det är väldigt viktigt för såväl kompisar som föräldrar att känna till. Trots att man har hjärtfel så vill man vara med! Så tänk er för innan ni säger att man inte klarar av något. Det man inte har provat vet man ju inte om man klarar av, eller hur?

Jag är intresserad av många yrken men jag måste anpassa mig till att välja sådant som inte är för ansträngande. Min stora dröm är att få åka ut som biståndsarbetare på något daghem eller sjukhus med barn. Jag tycker barn är härliga för dom har förmågan att vara naturliga. Oftast spelar vi vuxna roller för varandra. Vi sätter upp masker och har en sida utåt och en annan sida inåt. Barn är naturliga något vi vuxna borde ta lärdom av. Ett annat drömyrke som jag haft sedan jag var liten är att få köra långtradare. Jag älskar att köra bil. Det är en skön känsla att sitta mil efter mil och se naturen förändra sig. Men mest realistiskt för mig är att satsa på kontorsutbildning.

Stortrivs

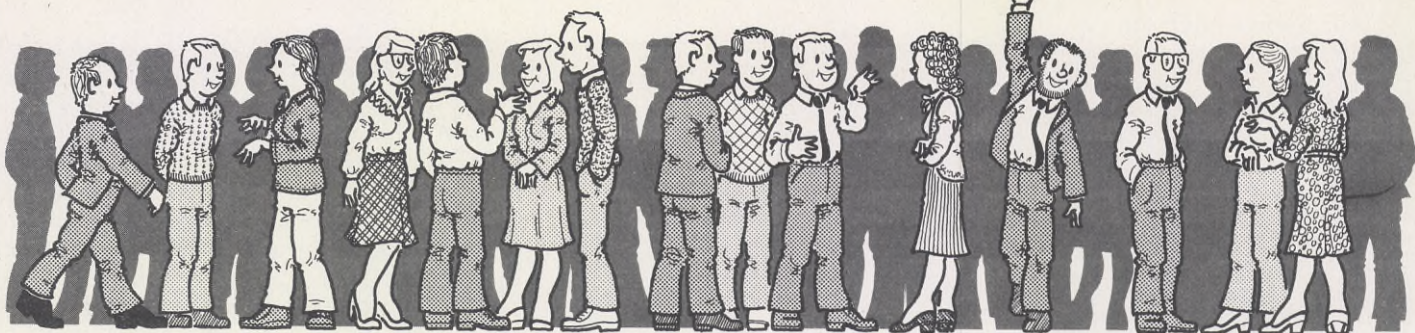
En dag ringde jag Britt-Marie Östman, Föräldraföreningens ordförande. Jag har ofta hälsat på Östmans i Örebro. Vi kom att prata om Föräldraföreningen och resorna vi gjort tillsammans till Portugal. Jag berättade att jag ska genomgå en kontorsutbildning och Britt-Marie föreslog

att jag skulle ta kontakt med Gunlög Marnell som är konsulent för Föräldraföreningen på RHL:s kansli. När jag ringde och presenterade mig föreslog Gunlög att vi skulle träffas. Det ledde till en AMI-praktikplats, och jag har nu arbetat på RHL sedan i september. Jag stortrivs. Mest hjälper jag Lena Carlström som jobbar åt Föräldraföreningen med en massa olika saker. Sedan kommer de andra "i gänget" och ber om hjälp. Även om jag jobbar för Föräldraföreningen så anser jag att man kan hjälpa varandra. Jag trivs jättebra och skulle jag få chansen att bli anställd på heltid så skulle jag inte tveka en sekund. I och för sig har jag inte hunnit arbeta så

mycket i mitt unga liv men detta är hittills det ställe jag gillar bäst. Mycket beror det på att jag har underbara arbetskamrater och att de vet någonting om vem jag är sedan tidigare. Arbetet ger mig också inblick i föreningsarbetet.

Massor av idéer

Ungdomsverksamheten i Föräldraföreningen behöver komma i gång. Jag tycker att vi ungdomar skulle satsa mer och kanske så småningom bilda en egen ungdomsförening som blir knuten till RHL. Problemet är att så få ungdomar intresserar sig. Tyvärr måste jag erkänna att vi ungdomar har blivit bortskämda med att allting skall finnas i ordning serverat på ett fat. Vad jag menar är att vi inte längre kan vänta oss att vuxna skall komma med förslag och idéer om vad vi ungdomar skall hitta på. Vi måste börja ta första steget! Nu finns det ju pengar till ungdomsverksamheten så varför inte börja ordna aktiviteter. Ungdomsgruppen har ingen speciell åldersgräns. Kom med idéer! Hur ska vår ungdomsverksamhet se ut? Det finns massor av saker vi skulle kunna göra tillsammans! Stötta varandra, träffas och ha roligt. Resa tillsammans, vandra i fjällen i lungt tempo, träffa andra hjärtsjuka ungdomar från andra länder, åka på läger tillsammans UTAN FÖRÄLDRAR. Ja det finns massor vi skulle kunna göra i vår ungdomsverksamhet. Vi skulle till och med kunna starta en egen informationstidning, med information till våra föräldrar. Tankar som vi bär på, hur vi upplever att ha hjärtfel, hur vi ser på framtiden, serier, intervjuer. Till er ungdomar som läser vill jag säga: tyck till så skall vi greja en fungerande ungdomsverksamhet. □



FRÅN LOKALFÖRENINGARNA

CO i Sörmland

I Södermanland har vi inlett samarbete med Länskorpen. Kontakt har tagits med en av lasarettets sjukgymnaster som lovat utarbeta ett eftervårdsprogram. Korpen ställer välvilligt upp med ledare och lämpliga lokaler. Samarbetet med Korpen resulterade även i att CO fick disponera en plats för Riksförbundets utställning på mässan "Dagens Hushåll" som hölls i Mälarderforum i Strängnäs. Under fyra dagar som mässan pågick besöktes den av mellan 40000 och 50000 personer. Ett mycket fint tillfälle för vårt CO och våra föreningar att visa vad vi och Riksförbundet vill och vad vi kan. Medlemmar från föreningarna i Eskilstuna och Strängnäs turades om att ställa upp som informatörer vid utställningen, som väckte berättigat intresse hos många besökare. På bilden ser vi Bibbi Ahlin och undertecknad just i färd med att lägga sista handen vid utställningen.

Gunnar Jävert

Föreningen i Uddevalla

Hjärtats Dag anordnades i Länsmuseum i Uddevalla. En stor allmänhet hade kommit för att se och höra hur man vid en hjärtinfarkt på bästa sätt hjälper den sjuka människan.

RHL-utbildade instruktörerna Lars Engelin från Göteborgsföreningen och Karl-Evert Johansson från vår egen förening demonstrerade och informerade om hur viktig en rätt eftervård är. Personer ur publiken deltog med hjärtats lust för att lära det rätta tillvägagångssättet vid ett hjärtstillestånd.

Under dagen anslöt sig nya medlemmar, och vi i Uddevallaföreningen hade den underbara känslan att vi visat och förmedlat något för människan oerhört nyttigt och väldigt viktigt.

Detta var kulmen på en sex veckors information och utställning på Länsmuseum i Uddevalla.

Valter Carlsson

Föreningen i Luleå

Söndagen den 4 oktober anordnades möte för medlemmarna i Folkets hus. Mötet besöktes av ca 120 medlemmar. Ordföranden Siri Schönfeldt hälsade alla hjärtligt välkomna och vände sig speciellt till dagens gästtalare, vår "husläkare" Anders Henriksson. På ett fängslande sätt talade han över ämnet andning och andningsteknik. Efter anförandet gavs tillfälle att ställa frågor i ämnet, ett tillfälle som togs väl tillvara av deltagarna.

Sammankomsten avslutades med fika och en stunds motionsdans.

Henry

Föreningen i Vetlanda-Sävsjö

Ett 40-tal medlemmar hade mött upp till höstmöte i Allianskyrkans ungdomsvåning.

Lennart Sörbacken, avdelningschef på socialförvaltningen i Vetlanda, informerade om åldrings- och handikappfrågor. Han kom bland annat in på frågor som berörde hemhjälp, telefonservice, trygghetslarm och färdtjänst. Mötesdeltagarna fick också möjlighet att ställa frågor och framföra synpunkter.

På programmet i övrigt förekom medverkan av PRO-kören Vetlanda, som i två avdelningar framförde ett uppskattat sång- och musikprogram. Föreningens studieorganistör redogjorde för pågående verksamhet. För närvarande pågår en studiecirkel om hjärtats funktion och sjukdomar. Dessutom finns en motionsgrupp i verksamhet. Vidare rapporterades att den idrottsintresserade medlemmen Folke Lindkvist, Korsberga, anordnat ett terränglopp och att deltagaravgifterna ca 1200 kr överlämnats för att ingå i föreningens verksamhet. Detta noterades med största tacksamhet.

I samband med höstmötet visades en utställning från riksorganisationen, som på ett instruktivt sätt redogjorde för Hjärt- och lungsjukas verksamhet och målsättning.

Torsten Friberg



Bibbi Ahlin och Gunnar Jävert lägger sista handen vid den monter Sörmlands CO disponerade på mässan i Strängnäs. Foto: Mats Johnsson.

Föreningen i Uppsala

Vid ett möte i november talade dr Gunnilla Burell om Vikten av psykologisk rehabilitering efter hjärtinfarkt. Mary Erixon informerade om RHL samt betydelsen av att tillhöra organisationen.

Den sedvanliga julfesten ägde rum den 10 december. Julbord serverades och kvällen avslutades med dans.

HCK i Uppsala län hade ett informationsmöte där vi var representerade. Inbjudna var de olika politiska partierna i landstinget. De fick tillfälle att redogöra för sin syn i handkappfrågorna inför valet 1988. Deltagarna i mötet fick ställa frågor. Alla kunde på grund av tidsnöd inte erhålla svar, men skriftliga svar har utlovats.

Vår gymnastik har ett 80-tal deltagare. Denna verksamhet kommer att under vårterminen utvecklas ytterligare. Badmintongruppen har 17 deltagare. Utbildning i hjärt- och lung- räddning har pågått hela hösten och kommer att fortsätta under våren. En studiecirkel i RHL vår organisation har genomförts och cirkeldeltagarna besökte förbundsexpeditionen i Stockholm.

Vår nästa sammankomst blir på Alla Hjärtans Dag söndagen 14 februari.

K. E. Gustavsson

Föreningen i Trollhättan-Lilla Edet

Med ett 60-tal medlemmar närvarande hade föreningen ett lyckat möte på Granngården. På mötet diskuterades bla frågor om olika resor för medlemmarna. Detta resulterade i att en resekommitté på fem personer tillsattes och valda i denna blev Yvonne och Lars Pettersson, Barbro Andersson, Inga Andersson och Ella Ljung.

En rapport från kurser lämnades. I övrigt förekom underhållning av Arne Nicklasson som med sitt tvåradiga dragspel och slokhatt på ett mycket uppskattat sätt spelade en del välkända låtar. Vidare sjöngs allsång med liv och lust och naturligtvis drack man kaffe och te med goda ostfrallor.

Gösta Svanström

Föreningen i Kalix

Föreningen har haft höstmöte som besöktes av ett 80-tal medlemmar.

Ordföranden Sigvard Hansson hälsade välkommen och vi mjukstartade med allsång under ledning av Wivan Rönnbäck som kompede till gitarr.

33 nya medlemmar anmälades. Studiecirkel startar inom kort, bland annat "Hjärtat" som handlar om hjärt- och kärlsjukdomar. Cirkeln kommer att ledas av Martin Lundström som är utbildad hos RHL.

Börje Sjödin



Föreningen i Stockholm tycker att vi ska drömma oss tillbaka till varmare dagar och sänder oss en hälsning från en sommarutflykt till Gotland. Bilda en rese-cirkel under våren uppmanar Birgit J.

Vattengympa har startat med ett 20-tal medlemmar, men många fler är välkomna. Ledare är Mariann Riberg.

Doktor Ulla Waller höll en lärorik och intressant föreläsning om vad vi själva kan göra för att motverka hjärt-kärlsjukdomar. Vi skall sluta röka, vi skall motionera och vi skall ändra våra matvanor, spara på fett vid matlagning samt även vid inköp vara uppmärksamma på fettprocent på ost, matfett, mjölk, köpa magert kött osv. Vid undersökning av män i 40-årsåldern (det sk Monicaprojektet) har det visat sig att Norrbotten ligger högst i landet med för mycket fett i blodet.

Ett tack till Ulla Waller för nyttig information. Det var med dåligt samvete vi övergick till kaffe och dopp, det visar väl att vi kanske började tänka.

Torborg Åström

Länsföreningen i Jämtland

Ett femtiotal medlemmar hade mött upp till kvartalsmöte. Landstingsrådet Kjell Karlsson redogjorde för primärvården inom länet. Ett avtal hade tecknats med det privata sjukhuset i Göteborg om kranskärloperationer för icke prioriterade patienter. Men endast ett par patienter hade hittills behövt skickas till Göteborg enär Uppsala ökat mottagningen för kärloperationer från Jämtland. Han redogjorde vidare för thoraxkliniken i Umeå som nu tillsatt överläkartjänsten för att han skulle få vara med från början med uppbyggnaden.

Föreningen Nordost

Hjärt- och Lungsjuka firade sitt 10-årsjubileum i Täby Centrum utanför Stockholm.

Bengt Dahlström från Riksförbundet informerade om RHL:s verksamhet. På fredagen sjöng Bertil Boo till Gunnar Molthons orkester och så kom Annie Laising med sina underbara och dansanta ungdomar. Elisabeth Källman från Samorganisationen demonstrerade hur man kan rädda liv. Lärorikt och nyttigt.

Lördagen fortsatte med dans till Täby Spelmansgille. Det applåderades livligt.

Stort Varulotteri med fina alster som medlemmar har stickat, virkat och tillverkat fick en strykande åtgång och god förtjänst till föreningens olika aktiviteter.

Bertil Johansson



Handarbetstillverkning inför 10-årsjubileet.

RHL:s handlingsprogram i ord och handling



Djup koncentration och stort allvar...

Östgötar på skolbänken

Centralorganisationen för Hjärt- och Lungsjuka i Östergötland har tillsammans med lokalföreningarna i länet haft funktionärs- och planeringskurs. Kursen genomfördes på hotell Laröbaden i Helsingborg.

En kursplats med den mest vidunderliga utsikt över Sundet. Redan vid ankomsten dit kände kursdeltagarna hur inspirationen skulle flöda och ge energi och arbetslust åt var och en.

Vi var 30 deltagare som under tre dagar skulle arbeta tillsammans, utbyta erfarenheter, kanske få nya impulser och idéer.

Hur bör nominering av ledamöter till CO:s styrelse gå till? Enighet rådde om att det är viktigt att samarbetet mellan CO och lokalföreningar fungerar tillfredsställande. Livlig debatt blev det när vi kom in på styrelsearbetet och hur vi lokalt skall kunna nå upp till vår målsättning. Olika synpunkter framfördes hur vi på bästa sätt skall nå ut med information om vår existens och våra verksamheter. Att ha goda relationer till personal på sjukhusen, inte enbart läkare, ansåg vi vara synnerligen värdefullt. En del av kurs tiden användes för planering av aktiviteterna det kommande året.

Då vi i Östergötland strävar efter att samordna en del av verksamheterna försöker vi redan på planeringsstadiet korrigera så att inte flera förslag hamnar på samma datum. Kursdagarna var intensiva och kursdeltagarna upplevde kursen som mycket stimulerande. Efter en sådan kurs åker vi hem fyllda av ambition och entusiasm att arbeta vidare var och en i sin för-

ening. En stark känsla av att ha tillförts något nytt har vi med oss i bagaget. Minnet av en fin gemenskap kommer vi länge att ha glädje av.

Mitt i arbetet har vi ju också haft tillfälle till lite rekreation. En skön promenad på stranden kanske, en god måltid, lite kvällsdans för den som så önskat.

Hela tiden har vi dock syftet med kursen inom oss, så det mesta som



... blandas med lätt-gymna och leklust.

diskuteras, även utanför skolbänken, handlar om styrelsearbetet, hur vi upplever det och vad vi har för problem.

Mediakurs på Marieborgs Folkhögskola

Sedan var det dags för mediakursen. Vi var 17 representanter från styrelserna i länet. Meningen var att vi skulle få en liten inblick i hur vi kan använda oss av massmedia i vår verksamhet.

CO:s ordförande Karl-Olov Tegnér tyckte att vi skulle passa på att försö-

ka få fram ett material, som vi skulle kunna använda rent praktiskt. Docent Astrid Brundin på Lungkliniken vid regionsjukhuset i Linköping skulle nämligen hålla ett föredrag i Norrköping om oxygenbehandling i hemmet. Information om detta skulle gå ut till berörda patienter och deras anhöriga, samt givetvis till andra intresserade. Vad skulle då behövas? Jo, affischer, annonser i dagspressen och pressmeddelande.

Sagt och gjort: Efter en summarisk information från Inger om hur man kunde gå tillväga för att få fram en "slående" affisch och dito annons grep sig kursdeltagarna verket an och började arbeta på uppdraget.

Efter mycken möda kom ett förslag till affisch, som sedan efter "lite" korrigerande trycktes upp i ett femtiotal ex. De sattes sedan upp på lämpliga platser i Norrköping och Linköping.

Även den framtagna annonsen kom ut i lokalpressen. Hans Karlsson ansåg att det vore bra om åtminstone ett par medlemmar i varje förening kunde få en gedigen utbildning i konsten att handskas med massmedia.

Följande dag hette vår lärare Bill Holfeldt. Han skulle inviga oss i den svåra uppgiften att arbeta med etermedia, då närmast närradio. Han informerade oss om vilka regler som gäller och vilka som får tillstånd att sända.

Även inom detta område fick vi försöka göra egna program. Kritiken blev hård och skoningslös, men vi fick trösta oss med att vi alla (nästan) var noviser på området. Men träning ger färdighet, sägs det ju!

De här dagarna öppnade ju ögonen på oss vilka möjligheter vi egentligen har till vårt förfogande för att ge information utåt. Men det gäller givetvis för föreningarna att hitta rätt personer, som med liv och lust kan ägna sig åt den här biten i föreningslivet.

Maj-Britt Sjövall, Linköping
Foto: Tommy Eriksson

.....
Namn

Deklarationsbilaga nr:

.....
Personnummer

Beskattningsår:

.....
Kommun

Avdragsäskande för fördyrade levnadsomkostnader till följd av hjärt- eller lungsjukdom

Eftersom jag lider av

.....
och jag på grund av detta åsamkats betungande extrakostnader, får jag härmed hemställa om avdrag av nedan specificerade utgifter i samband med beskattning av min inkomst.

Bokförda eller på annat sätt verifierade kostnader som ej ersatts av allmän försäkringskassa eller annan försäkring:

Läkarkostnader: Kr

Specialbehandling: Kr

Resor för vård eller behandling: Kr

Läkemedel och förbandsmaterial:

..... Kr

Särskild hemutrustning: Kr

Inköp av tekniska hjälpmedel:

..... Kr

Fördyrad kost: Kr

Övriga kostnader: Kr

Summa fördyrade omkostnader:

.....
ort och datum

.....
underskrift



Till Taxeringsnämnden

Information om hjärt-, kärl- och lungsjukdomar och dess ekonomiska konsekvenser som medför nedsatt skatteförmåga för den drabbade.

Riksförbundet för Hjärt- och Lungsjuka vill genom denna information ge vägledning som kan underlätta taxeringsnämndens bedömning av personens nedsatta skatteförmåga.

Den skattskyldige har i sin allmänna självdeklaration yrkat avdrag med anledning av ökade kostnader, vilka orsakats av hjärt-, kärl- och/eller lungsjukdomar.

Att vara hjärt-, kärl- eller lungsjuk innebär ofta att vara beroende av en regelbunden – ibland livslång – medicinering och då ofta med mediciner som inte är kostnadsfria. En nedsatt hjärt-, kärl- eller lungfunktion i kombination med medicinering ger de flesta hjärt- eller lungsjuka ökad känslighet för infektioner, vilken kan leda till ökad sjukskrivning och till egen bekostad vaccination.

Att vara medicinskt handikappad medför för de flesta inom denna grupp behov av regelbundna besök på sjukhus för provtagningar och andra kontroller t ex av pacemaker. Om man bor utanför tätort medför dessa sjukhusbesök givetvis ökade kostnader för resor. I många av Sveriges kommuner får de hjärt-, kärl- och lungsjuka inte färdtjänst, vilket betyder att de själva bekostar sina fördyrade resor t ex genom att tvingas åka taxi vid otjänlig väderlek.

För att hålla sin sjukdom under kontroll måste många hjärt- och astmasjuka hålla diet, vilket innebär en fördyring.

En nedsättning av hjärt- och lungfunktionen är mestadels liktydigt med en nedsatt rörelseförmåga – att inte orka – vilket medför ett ökat behov av viktiga tekniska hjälpmedel i hemmet. Hjärt- eller lungsjuka erhåller i mycket begränsad omfattning dessa hjälpmedel. Det hör också till undantagsfallen att de beviljas handikappersättning.

Med anledning av ovanstående och med hänvisning till Riksskatteverkets anvisningar om extra avdrag för väsentligt nedsatt skatteförmåga hemställer Riksförbundet för Hjärt- och Lungsjuka om att avdrag beviljas den skattskyldige med belopp som överensstämmer med vidstående specifikation.

