

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.





624/75-6

Sv
per
fol
301

Status

SOCIALMEDICIN · MILJÖVÅRD · HANDIKAPPFRÅGOR

Vår serie om handikapp i dagens samhälle börjar. Eva E Johansson har gjort ett reportage om vårt behov av tekniska hjälpmedel och hur det kan gå när krav ställs. Sid 5.

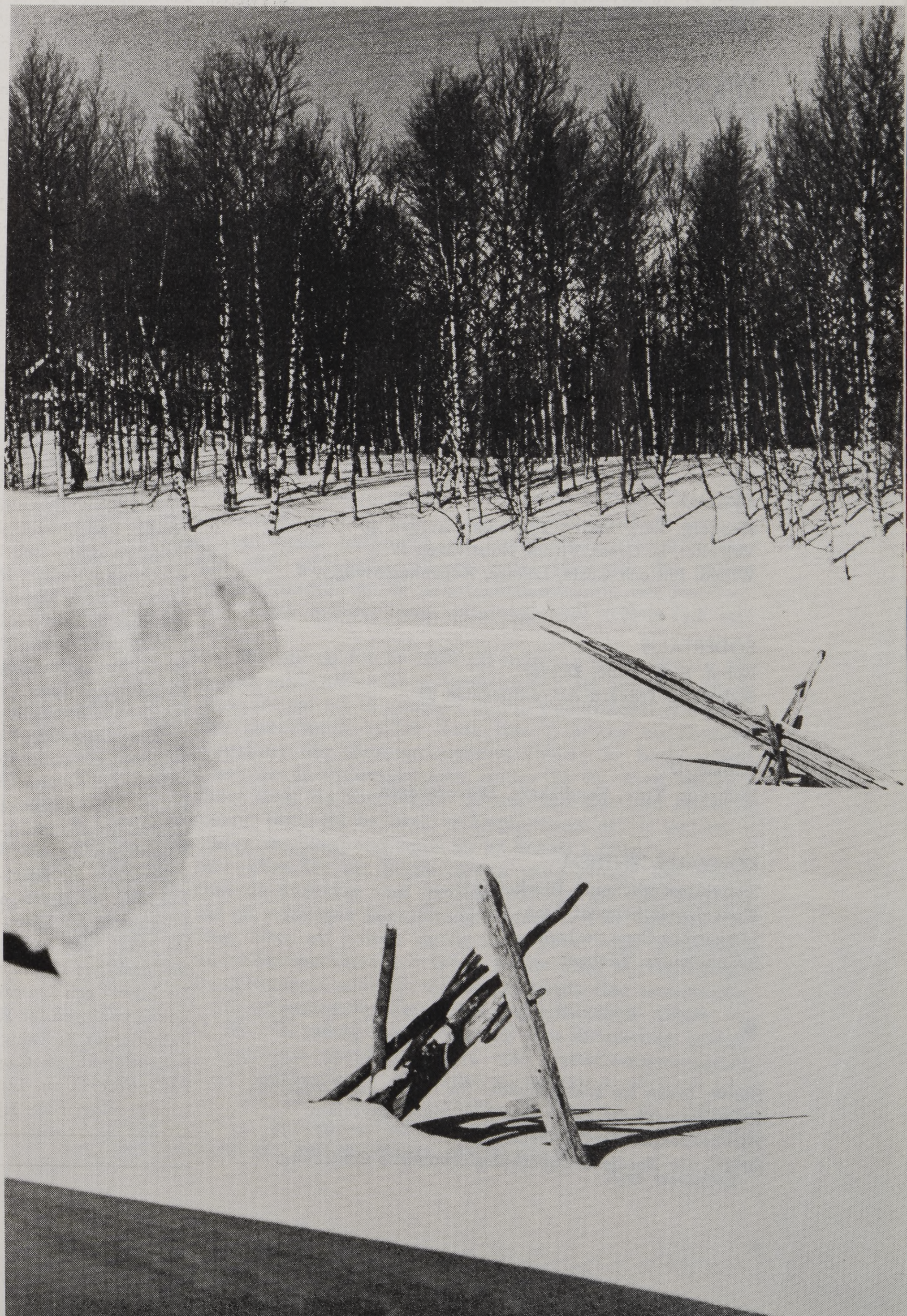
Richard Sterner ställer handikapporganisationernas krav i en artikel som börjar på sid 12. Samhället är handikappat, säger han.

Bildkryss sid 17

Dokumentnovell sid 18

RHL-information sid 20

Nyårshälsningar sid 2 och 23



nr 1 1972
januari
pris 2:—

GOTT NYTT ÅR tillönskas av

STOCKHOLM

Berkel AB, Svärdlångsvägen 32, Johanneshov
Ernhall, Stig E:son, Tandläkare, Stureplan 19
Essler, Bengt, Tandläkare, Karlavägen 52
Falk, Sven, Revisor, Sveavägen 17 VIII
Johansson A., Körsnär, Västerlånggatan 60
Johnsson, Allan, Maskinaffär, Riddargatan 10
Karlsson & Co, J. R., Gävlegatan 20
Ljud & Bild AB, Artemisgatan 12
Lundberg, H. G., AB, Bryggargatan 14
Yellow Cab AB, Birger Jarlsgatan 37
Dahl, C. O., Revisor, Sturegatan 22
John W. Hemlin AB, Box 43033

STOCKHOLMS OMGIVNINGAR

Andersson, Folke, Tandläkare, Hamngatan 2, Vaxholm
Bergholtz Klockgjuteri, Sigtuna
Elema-Schönander AB, Industrivägen 23, Solna
Möbelnytt, Tulegatan 2, Sundbyberg
Spånga Ved- & Brädgårdar AB, Spånstigen 29, Spånga

ARLÖV

Aurell, Bertil, Läkare

HÖÖR

Larsson, Orvar, Tandläkare, Storgatan 31
Eriksson, Sven, Tandläkare Nya torg 10

MALMÖ

Hellberg, Per, Doktor, Köpenhamnsvägen 42
Velocitet, L. Gross, Firma, Nobelvägen 17
Willén, Ida och Gösta, Läkare, Köpenhamnsvägen 6

SÖDERTÄLJE

Bohm, Sten-Rune, Doktor
Södertälje Trävaru AB, Järnagatan 60

VEBERÖD

Romaeus, Ture, Tandläkare, Dörrödsvägen

KONVALESCENTHEM

Konvalescenthemmet Björkefors
Konvalescenthemmet Åsen
Långasjöns Semesterhem
Svanholmens Vilohem

Status, organ för Riksförbundet för Hjärt- och Lungsjuka
Riksförbundet för Hjärt- och Lungsjuka, Styrelsen
Förbundsexpeditionens Personal
DNTC, De Nordiska Tuberkulosförbundens Centralorg.

LOKALFÖRENINGAR

Blekinge Läns Centralorganisation för Hjärt- o. Lungsjuka
Karlskrona Konvalescentför. för Hjärt- o. Lungsjuka
Föreningen för Hjärt- och Lungsjuka i Karlshamn
Ronneby Konvalescentförening för Hjärt- o. Lungsjuka
Furs Patientförening
Gotlands Konvalescent- och Patientförening
Gävleborgs Centralorganisation för Hjärt- o. Lungsjuka
Gävle Konvalescentförening
Konvalescentföreningen för Hjärt- o. Lungsjuka i Hofors
Föreningen för Hjärt- o. Lungsjuka i Norra Hälsingland
Föreningen för Hjärt- och Lungsjuka i Sandviken
Selggrens Sjukhus Patientförening, Gävle
Hjärt- o. Lungsjukas Samorg i Gbg o Bohus län (HÄLSO)
Hjärt- o. Lungsjukas Konvalescentför i Göteborg (HLKG)
Patientfören. Renströmska Sjukhuset, Göteborg (PRS)
Patienternas Självhjälpkassa, Svenshögen
Hallands Hjärt- och Lungsjukas Centralorganisation
Mellersta Hallands Konvalescentförening
Södra Hallands Konvalescentförening
Varbergs m.o. Konvalescentförening
Jämtlands Läns Konvalescentförening
Sollidens Patienters Understödsförening, Östersund
Centralorg. för Hjärt- och Lungsjuka i Jönköpings län
Jönköpingsortens Konvalescentförening
Värnamo Konvalescentförening för Hjärt- och Lungsjuka
Eksjö Patientförening
Kalmar Läns Centralorganisation för Hjärt- o. Lungsjuka
Kalmarortens Konvalescentför. för Hjärt- och Lungsjuka
Nybro Konvalescentförening för Hjärt- och Lungsjuka
Oskarshamnortens Konv.för. för Hjärt- och Lungsjuka
Vimmerbyortens Förening för Hjärt- och Lungsjuka
Västerviksartens Konvalescentför. för Hjärt- o. Lungsjuka
Ölands Konvalescentförening för Hjärt- och Lungsjuka
Målilla Patienters Understödsförening
Dalarnas Hjärt- och Lungsjukas Centralorganisation
Föreningen Kedjan, Borlänge
Ludvikaortens Konvalescentförening
Borlänge Silikosförening
Föreningen Ringen, Falun
Högbo Patientförening, Falun
Kristianstads Läns Centralorg. för Hjärt- och Lungsjuka
Hässleholmsortens Kamratför. för Hjärt- och Lungsjuka
Kristianstadsortens Konf.-för. för Hjärt- och Lungsjuka
Nordvästra Skånes Konv.för. för Hjärt- och Lungsjuka
Österlens Konvalescentförening för Hjärt- och Lungsjuka
Hjärt- och Lungsjukas Förening i Kronobergs län
Centralorg. för Hjärt- och Lungsjuka i Malmöhus län
Föreningen för Hjärt- och Lungsjuka i Hälsingborg m.o.
Föreningen för Hjärt- och Lungsjuka i Lund m.o.
Lokalför. 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- o. Lungsjuka i Trelleborg m.o.
Patienternas Förening Nytt och Trevnad, Orup
Patientföreningen Gagn och Glädje, Lungkliniken, Malmö
Patientföreningen, Lungkliniken, Lund
Länsföreningen för Hjärt- och Lungsjuka i Norrbotten

Status

Organ för Riksförbundet
för Hjärt- och Lungsjuka

nr 1/1972 årgång 35

Ansvarig utgivare: **Albert Fredin**

Redaktör: **Erik Ransemar**

Förbundskansli:

David Bagares Gata 3, 1 tr, Sthlm C

Postadress: Box 3196,

103 63 Stockholm 3

Telefon: 08/20 09 23, 20 09 24

Postgiro: 95 00 11-7

Tryckeri:

Axlings Bok- & Tidskriftstryckeri,
Södertälje

Annonspriser:

Omslagets sista sida kr 600:—
1/1 sida = 180 × 260 mm „ 500:—
1/2 sida = 180 × 120 mm „ 275:—
1/4 sida = 90 × 120 mm „ 150:—
1/8 sida = 90 × 65 mm „ 100:—
Färgannonser 25 % tillägg.

Prenumerationspris:

Helår 20:—, halvår 11:—

Innehåll:

Probs	4
Vårt behov av hjälpmedel	5
Vår outvecklade socialkultur: 1.	8
Ännu en myt borta	11
Samhället är handikappat	12
Einar Hiller 65 år	16
Brev med anledning av en ledare	16
Status bildkryss	17
Dokumentnovellen	18
RHL-information	20

Omslagsbild: Mark Markefelt

Foto sid. 5 och 12: Mark Markefelt

16: Foto-Hernied

Nu behövs lagstiftning för rätten till arbete

1971 ser ut att bli ett mörkt år för "handikappade" som strävat efter att få ett arbete på öppna marknaden. När detta skrivs har jag inte siffrorna för hela år 1971 men arbetsvårdsbyrån på arbetsmarknadsstyrelsen gjorde i oktober månad en körning av datastatistiken som visade att under tiden 1 januari till och med den 30 september var procentandelen nere i 10 %. (Man räknar så att man ställer antalet personer som fått arbete i öppna marknaden i relation till hela antalet arbetsvårdssökande under perioden).

Det är realistiskt att räkna med att förhållandena inte har förbättrats under årets tre sista månader. Det kan till och med hända att procentandelen når under 10 %. Så låga jämförelsetal har inte tidigare förekommit. För tio år sedan var procentandelen 33 %. Går vi tjugo år tillbaka i tiden var procentandelen 57 %. Det var samtidigt helt andra storleksordningar på de tal man hade att jämföra med. Antalet som hade kontakt med arbetsvården år 1951 var tex inte fler än 17 400. År 1961 var det 33 400 och år 1971 ca 100 000.

Det som är märkligt när det gäller utvecklingen på arbetsmarknaden så som den speglas i arbetsvårdens arbete, är att storstads-länen (Stockholms stad och län, Göteborgs och Bohus län och Malmöhus län) numera har de lägsta procenttalen för dem som får arbete på öppna marknaden. Fram till 1963 var situationen tvärtom. Från och med år 1966 visar det sig dock vara små skillnader mellan storstadslänen, de tre nordligaste länen och landet i övrigt.

Eftersom över 50 % av de arbetsvårdssökande som fick arbete i öppna marknaden under år 1970 hamnade inom området tillverkningsarbete, vilket kan jämföras med yrkesfördelningen för hela den förvärvsarbetande befolkningen inom det här området som är 31 %, så inser man vilken betydelse industrins struktur och värderingar har. Det näst viktigaste yrkesområdet 1970 när det gäller arbete i öppna marknaden för de arbetsvårdssökande var serviceområdet där 10 % fick arbete. Inom administrativt arbete fick endast 0,2 % arbete.

I övrigt visar statistiken för år 1970 att männen hade lättare att få arbete på öppna marknaden än kvinnorna och att åldersgruppen under 21 år hade lättast att få arbete i öppna marknaden oberoende av kön. Det sistnämnda gäller dock inte i de tre nordligaste länen (glesbygdslän) där åldersgrupperna 25—44 år hade något lättare att få arbete än åldersgruppen under 21 år, men skillnaderna är oerhört små. Så fort någon arbetsvårdssökande hamnar i åldersgrupperna över 54 år ökar svårigheterna att få arbete i öppna marknaden markant var man än är bosatt i landet.

Vad kan man göra för att hejda denna utveckling? Det tycks inte hjälpa med de metoder som hittills praktiserats. Då återstår bara en väg att gå, nämligen lagstiftningsvägen. Det är min personliga uppfattning, efter att i över tio år ha arbetat med handikappades arbetsmarknadsproblem, att tiden nu är inne att med kraft aktualisera lagstiftningen som ett medel att hejda den snedvridna utvecklingen på arbetsmarknaden. Den lagstiftningen måste utformas på två sätt. Vi måste finna metoder som förhindrar utslagningen, d v s som ger anställningsrätt och anställningstrygghet, samtidigt som vi tillförsäkrar samhället rätten att se till att personer, som kan och vill arbeta, får rätten att komma in i arbetslivet igen efter en företagsnedläggning, en arbetslöshetsperiod eller en sjukperiod då det gamla arbetet gått förlorat.

Erik Ransemar

Probs

En ny byråkrati?

Nya organ innebär risk för nya skrivbord med växande pappershögar, där alla väntar på alla, befarar dir Karl Montan i nr 4 av Handikappinstitutets tidskrift Information om rehabilitering. Fackhågorna gäller de två nya instanser, som en arbetsgrupp inom Socialdepartementet föreslår inom hjälpmedelsområdet: dels ett hjälpmedelsråd knutet till Socialstyrelsen med omfattande uppgifter, när det gäller samhällets policy i hjälpmedelsfrågor, dels en statlig upphandlingsnämnd, som centralt skall samordna inköp av handikapphjälpmedel.

Redan nuvarande system med Handikappinstitutet som beredande organ åt Socialstyrelsen har inneburit administrativa svårigheter, säger dir Montan vidare. Beslutsprocessen har tagit alltför lång tid. Om någon förändring borde ske, bör detta avse förenklingar och inte motsatsen.

Bristerna i folktandvården

Folktandvårdsutredningen underskattar de långtidssjukas och handikappades behov av tandvård. Det finns flera hundra tusen personer som p g a handikapp kräver särskilda åtgärder vid behandlingen, skriver HCK, Handikapporganisationernas centralkommitté i sitt remissvar över Folktandvårdsutredningens betänkande "Särskilda tandvårdsanordningar för vissa patientgrupper".

Stora grupper i vårt land har dåliga tänder. I särskilt hög grad gäller detta de handikappade. Det beror på att många handikappade lever i små ekonomiska omständigheter, att deras tandvårdskostnader ofta blir högre än

andras på grund av längre behandlingstider, att flertalet tandläkarmottagningar inte är tillgängliga eller att de allmänna kommunikationsmedlen inte kan utnyttjas. Vissa handikappade har dessutom behov av narkos vid behandlingen och många sjukhusmottagningar kan inte erbjuda denna service. Utredningen har kommit med flera goda förslag i syfte att undanröja dessa missförhållanden.

Utredningen menar att lämpligt belägna distriktstandpolikliniker kan tillfredsställa behovet av tandvård för sjuka och rörelsehindrade. Detta är inte tillräckligt menar HCK. Byggnadsstadgans § 42 a bör utvidgas till att omfatta samtliga tandvårdsmottagningar. Mottagningarna bör också utrustas med de hjälpmedel som krävs för att personer med handikapp ska kunna behandlas.

Slutligen menar HCK, att frågan om färdtjänsten måste utredas ordentligt. Färdtjänstresor bör betraktas som behandlingsresor och ej som fritidsresor och frågan om huruvida landstinget eller kommunen är ansvarig för dessa resor måste klarläggas.

Nytt om hjälpmedel

Förutsättningen för att en handikappad person idag skall kunna få ett tekniskt hjälpmedel med statsbidrag är

- att hjälpmedlet finns uppfört i den förteckning över statsbidragsberättigade hjälpmedel som Socialstyrelsen gör upp
- att hjälpmedlet ordineras av därtill berättigad befattningshavare. Det kan vara läkare, arbetsterapeut, sjukgymnast och distriktssköterska.

För att ett hjälpmedel skall kunna föras upp på hjälpmedelsförteckningen skall det ha provats och rekommenderats för statsbidrag av Handikappinstitutet. Mycket enkla hjälpmedel är undantagna från den regeln.

Socialstyrelsen utkom i december 1969 med den senaste hjälpmedelsförteckningen. Sedan dess har Handikappinstitutet provat och rekommenderat ett ansevärt antal hjälpmedel. Rekommendationerna har resulterat i att Socialstyrelsen vid flera tillfällen beslutat om ändringar i hjälpmedelsförteckningen. Socialstyrelsen har delgivit sjukvårdshuvudmännen m fl dessa ändringar genom ett 40-tal cirkulär.

För att underlätta för ordinatorer och andra berörda har Handikappinsti-

tutet gjort en sammanställning av det nu statsbidragsberättigade hjälpmedelssortimentet. Sammanställningen, som har rubriken "Statsbidragsberättigade hjälpmedel — bestämmelser om ordination m m", är en reviderad bilaga till Nr 2 i Handikappinstitutets skriftserie "Statsbidrag till tekniska hjälpmedel för handikappade".

Nämnd utsedd för dammlunga

Arbetskyddsstyrelsen har förordnat följande personer att vara ledamöter i Centrala bedömningsnämnden för dammlunga:

Överläkare Gustav Weissglas, arbetskyddsstyrelsen, ordförande, professor Axel Ahlmark, Arbetsmedicinska institutet, professor Torsten Bruce, Söderby sjukhus, professor Björn Nordenström, Karolinska institutet, avdelningsdirektör Stig Sundquist, arbetskyddsstyrelsen, och laborator Åke Swensson, Arbetsmedicinska institutet. Ersättare är biträdande läkare Peter Westerholm, arbetskyddsstyrelsen, docent Ragnar Rylander, Statens institut för folkhälsan, professor Gösta Birath, Rehnströmska sjukhuset, Göteborg, docent Gunnar Törnell, Karolinska sjukhuset, professor Ulf Ulfvarsson, Arbetsmedicinska institutet, och överläkare Lennart Sundell, region-sjukhuset i Örebro.

LÅT ÄVEN
VINTERN
BLI EN
RÖKFRI ÅRSTID.
HUJ
VAD DEN
SMAKAR
MYCKET
MYCKET
FRISKARE
DÅ. SÅ...



Vårt behov av hjälpmedel

EVA E JOHANSSON inleder med denna artikel en reportageserie för Status. Temat är handikapp i dagens samhälle. Den första artikeln handlar om dags-erfarenheter av de sk tekniska hjälpmedlen. Det är ett område som inte är utan sina skönhetsfläckar. Denna artikel skulle också ha kunnat heta När Dagny Olsson fick en kavel.



Handikapp i dagens samhälle

En reportageserie av Eva E Johansson

— Sedan 1952 har jag nio gånger vårdats på bla långvårdskliniken i Arvika för olika former av tuberkulos, berättar Dagny Olsson i Töcksfors i Värmland. Jag lider också av ryggbesvär och mina händer är förstörda genom en ärftlig sjukdom. Tre fingrar på vänster hand är fortfarande friska, de övriga är stela.

Dagny Olsson är 56 år och sköter hushållet för sig och sin man utom inköpen som hon får hjälp med. Tidigare bodde också deras båda barn hemma, men nu är de vuxna och bor på annat håll. Även under den tiden klarade sig familjen utan extra hjälp förutom vid de tillfällen då fru Olsson vistats på sjukhus.

För att kunna klara ett hushåll då man inte orkar med tyngre sysslor eller kan använda sina händer måste man förutom energi och tålamod också ha tillgång till tekniska hjälpmedel. Tvättmaskin, diskmaskin, matberedningsmaskin, frysbox när man inte kan handla själv varje dag är sådant som underlättar hushållsarbetet för alla men för en handikappad är det en nödvändighet.

Fick i alla fall en bakkavel

— En människa ska inte slås ned om hon vill klara sig själv, säger Dagny Olsson. Man blir ledsen många gånger när man möts av bristande förståelse för sin sjukdom. En dag då jag tillfälligt var på besök på långvårdskliniken för en undersökning frågade jag läkaren ifall jag kunde få en matberedningsmaskin. Men han missuppfattade mig och trodde att det gällde en tvättmaskin och det hade jag ju redan en. Han tyckte inte att jag skulle ha en tvättmaskin. Eftersom jag inte kunde hänga upp tvätten själv var jag ju ändå inte hjälpt av en maskin.

Då han fick klart för sig att jag ville ha en beredningsmaskin testade han styrkan i händerna och hur mycket jag kunde röra dem. Han kom fram till att jag inte skulle kunna diska en maskin så det var inget för mig att ha.

— Kuratorn vid långvårdskliniken, berättar fru Olsson vidare, tyckte det var förskräckligt att jag inte kunde få en beredningsmaskin med statsbidrag så hon hjälpte mig att få en genom husmodersföreningen.

— I någon träningslägenhet har jag aldrig varit, säger fru Olsson, och det enda tekniska hjälpmedlet som jag fått för att klara hushållet är en bakkavel med handtaget i mitten så man kan kavla med en hand.

Socialstyrelsen skriver råd

— Det finns inget som säger att man ska kunna diska en maskin för att få den som tekniskt hjälpmedel, säger byråinspektör Gun Nilsson på socialstyrelsen. Tvärtom, varje sak som kan underlätta för handikappade, som av medicinska skäl inte kan utföra vissa arbetsmoment, ska räknas som ett tekniskt hjälpmedel och är därmed statsbidragsberättigat. Handikappinstitutet testar alla hjälpmedel innan, men det finns inga bestämmelser om hur de ska vara utformade för att bli statsbidragsberättigade. Det enda som är av betydelse, är att hjälpmedlet är anpassat efter patientens behov och till hjälp i den dagliga livsföringen.

”Råd och anvisningar” från socialstyrelsen om tekniska hjälpmedel är under arbete. Man kan inte nu säga när den blir klar. Bl a väntar man på nya testresultat från Handikappinstitutet. Det kanske blir lättare att få en enhetlig bedömning om vem som ska ha vilket hjälpmedel då man får rekommendationer från socialstyrelsen att följa. En del av den förvirring som nu tycks råda kan avhjälpas även om det alltid kommer att bli en tolkningsfråga för de olika förvaltningsområdena.

Alltid vara allsidig bedömning

— Men, säger byråinspektör Nilsson, det ska alltid vara en allsidig bedömning av patienten som ska ligga till grund. Helst ska läkare, arbetsterapeut, kurator och sjukgymnast i samverkan utreda patientens behov. Ännu så länge är inte den verksamheten utbyggd överallt. Hjälpmedelcentraler med ett team av det slaget finns endast på 15 platser i landet och de är huvudsakligen placerade i södra och mellersta Sverige.

Glesbygden mest missgynnad

Glesbygderna är som vanligt de mest missgynnade. En patient kan tvingas åka 20 mil för att komma till när-

maste läkare som har ordinationsrätt. Därefter får patienten åka tillbaka hem för att sedan åka till en träningslägenhet som kanske ligger 30 mil åt ett annat håll för att få det ordinerade hjälpmedlet utprovat.

För resor till och från läkare utgår ersättning från försäkringskassa men för resor i samband med besök i träningslägenhet får man ingen ersättning. Detta gäller för rehabilitering överhuvudtaget. Något som är svår-förståeligt då rehabilitering är lika viktigt som själva sjukvården.

Ska man få maximalt utbyte av en vistelse i träningslägenhet måste man vara där så lång tid att man verkligen lär sig behärska sitt hjälpmedel. Detta kan medföra att patienten får lov att bo på hotell några dagar ifall resvägen är för lång. Den sammanlagda kostnaden för resor och vistelse kan i olyckliga fall bli betydligt högre än vad det tekniska hjälpmedlet kostar i inköp.

Varför inte ersättning?

Här inställer sig några frågor varför är inte resor och övernattnings ersättning i samband med rehabilitering ersättningsberättigade?

är det inte lättare att prova ut ett ordinerat hjälpmedel i patientens eget hem? Det är ju ändå där det ska användas.

varför har endast vissa läkare rätt att ordinera vissa typer av hjälpmedel?

Något ordentligt svar har inte gått att få fram på dessa frågor. På socialstyrelsen säger man att det är bra ifall patienten kan få prova sitt hjälpmedel i bostaden eller i träningslägenhet. För att kunna testa hjälpmedlet i bo-

TÄNK PÅ

HJÄRT- OCH LUNGSJUKAS

BLOMSTERFOND



Postgiro 95 00 11-7

staden måste det finnas terapeuter med tillgång till hjälpmedelsbuss som kan komma hem till patienten. Där brister det i personalresurser och det gäller främst de nordligaste länen.

Hjälpmedel i byråådan

— Om patienten ska få ut det mesta möjliga av sitt hjälpmedel så måste det vara rätt person som ordinerar det, säger byråinspektör Gun Nilsson. Samtidigt ska patienten få träning i hur han eller hon rätt ska använda sig av sitt hjälpmedel. Det finns så många tekniska hjälpmedel som ligger i byråådan och aldrig kommer till användning därför patienten inte fått lära sig utnyttja dem rätt. Det är många nya grepp som måste tränas in och det kan man inte göra på en dag.

Undersökningar visar att patienter, som fått hjälp att träna upp sin förmåga att bruka ett hjälpmedel — det gäller inte så mycket hushållsmaskiner utan mer speciella hjälpmedel — också har den största nyttan av sitt hjälpmedel. Väsentligast är ju inte att bli ordinerad ett hjälpmedel utan att få den största nyttan och utbyte av det i sitt dagliga liv.

”Utlämnad med statsbidrag”

För vissa tekniska hjälpmedel, som är särskilt kostsamma, exempelvis rullstolar och hushållsmaskiner har man skyldighet att lämna tillbaka hjälpmedlet då man inte längre är beroende av det. Detta får man skriftligen förbinda sig att göra då man får hjälpmedlet ifråga.

Den egentliga ägaren är således inte den som brukar rullstolen eller tvättmaskinen eller vad det är frågan om utan den som lämnat ut det — alltså landstinget eller sjukhuset — som av socialstyrelsen fått medel till inköp av det.

För att inte rullstolen ska försvinnas brukar man inom vissa förvaltningsområden märka den med en liten skylt där det står *Utlämnad med statsbidrag* Återlämnas till X-sjukhuset och så adressen och ett kontrollnummer.

Förnedrande märkning

Denna skylt upplever många som förnedrande och speciellt pekar ut dem som handikappade.

Ett sjukhus som använder sig av systemet med märkskylt är Danderyds sjukhus som betjänar större delen av Stockholms län. På Danderyd säger man att märkningen är en praktisk åtgärd som ingen behöver uppleva som förnedrande.

— Det är ju inte märkvärdigare än

att visa sitt sjukkassebesked säger konsulent Britt Marell. Alla vet ju att är man handikappad så har man rätt till fria hjälpmedel och att många av dessa måste lämnas igen. Märkskylten är ju också så liten och sitter diskret placerad att ingen kan tro annat än att det är ett firmamärke. Det förvånar mig jämt att den lilla skylten ska reta så många.

Skylten kanske ska placeras diskret men många gånger gör man märkningen hos leverantören och det har hänt att den då hamnat på en väl synlig plats.

— Vi har funnit att märkning är det mest praktiska för alla parter, säger konsult Marell. Vårt område är stort och det är svårt att veta vart sakerna tar vägen, folk glömmer bort varifrån de fått det ena eller andra. Vid ett dödsfall kanske de anhöriga inte känner till att det tekniska hjälpmedlet ska lämnas igen och till vem det ska lämnas.

— En annan sak är att man skulle kunna tänka sig ett system som gör det möjligt för den avlidnes familj att för en mindre summa köpa hushållsmaskinen, som man från början fått med statsbidrag.

— Under nuvarande förhållande

finns det inget annat sätt än märkning som fungerar tillfredsställande.

Södersjukhuset har slopat märkskylten

På Södersjukhusets hjälpmedelcentral, som har hand om patienter från södra delen av Stockholms län, är man av en annan åsikt. Där slopade man märkskylten för några år sedan och undrar vad ett litet märken kan göra för nytta då man ändå inte har möjlighet till någon uppföljning om vart sakerna tar vägen eller kan kontrollera om de används av rätt person eller inte används alls.

— Vad kan den lilla skylten göra för nytta, säger en tjänsteman på hjälpmedelcentralen. Det räcker med en skriftlig förbindelse. Om en rullstol skulle försvinna så hade den säkert försvunnit även om det funnits en obetydlig skylt. Men det har aldrig hänt vad jag känner till. Folk i allmänhet är ärliga och mycket noga med att lämna igen sitt hjälpmedel då de inte längre behöver det.

Här råder således två vitt skilda åsikter inom ett och samma län. Från sjukhusets sida tycks båda systemen fungera lika bra och obehaget drabbar enbart den enskilde patienten.

TEKNISKA HJÄLPMEDEL

- är statsbidragsberättigade vilket innebär att staten betalar hela kostnaden för ett funktionsmässigt och estetiskt godtagbart hjälpmedel som den handikappade själv kan använda i sin dagliga livsföring.
- lämnas ut genom landstinget och vissa specialsjukhus som får anslag från socialstyrelsen.
- delas ut till alla handikappade oavsett ålder och ekonomiska förhållanden. Behovet av hjälpmedel får inte vara snart övergående, vilket innebär att hjälpmedel vid akut sjukdom inte är statsbidragsberättigat.
- ordinerar av viss läkare vid lasarett, distriktssköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter. Alla har dock inte ordinationsrätt. Olika bestämmelser gäller för olika hjälpmedel. På 15 orter i landet finns det sk hjälpmedelcentraler med träningslägenheter och där ofta ett team av läkare, arbetsterapeut, sjukgymnast och kurator avgör behovet. Verksamheten är under uppbyggnad och man hoppas att det om några år ska finnas överallt i landet.
- utprovas i träningslägenhet eller i hemmet där patienten får lära sig använda hjälpmedlet och sköta det riktigt. Resor i samband med utprovningen får betalas av patienten själv.
- för den dagliga livsföringen som kostar mer än 400 kronor ska återlämnas till landstinget eller det sjukhus som delat ut hjälpmedlet om patienten inte längre är i behov av det. Återlämnade hjälpmedel ska repareras innan de delas ut till någon annan så att det i möjligaste mån ser ut och fungerar som ett nytt.
- som förslits ska ersättas med ett annat.
- testas av handikappinstitutet innan de blir statsbidragsberättigade.
- för sammanlagt 100 miljoner kronor beviljade under budgetåret 69/70 av socialstyrelsen.



och vad finns det för alternativ ...



... för de som vill någonting annat ...



... än att köpa och sälja ...

Vår outvecklade socialkultur: 1

Kring den politiska handlingen, dess drivkrafter och följder har det under senare år växt upp en helt ny litteratur: Ulla Lindströms "maktspeleböcker" ⁽¹⁾ med en bekännande politiker vid pennan, markerar på många sätt höjdpunkter i genren.

Vi behöver sådana böcker. Det "politiska beslutets anatomi" angår oss alla. Vi behöver studier i konsten att "göra politik": vi behöver skilda "försök att ta reda på hur landet styrs, vilka som spelar en roll, hur tillfälligheterna spelar in, ja, hur en enda fråga egentligen är en organisk del i den politiska ekologin". ⁽²⁾

Låt oss också notera:

Det finns, hur obenägna våra politiker än är att erkänna det, ett tilltagande opinionstryck för någon form av återfördelning av den politiska makten.

Ulla Lindström påpekar själv i sin första memoardel att politikerna möts av en ny vaksamhet. Man ifrågasätter myndigheternas vishet och oväld, över i stort sett hela det samhälleliga fältet. Men det händer också att föräldragrupper synar arbetsmetoderna i daghemmen, att elevsammanslutningar granskar skolans indoktrinering etc.

Samtidigt kan vi notera att den

socialpolitiska debatten har blivit allt intensivare.

Redan studier som Gunnar och Maj-Britt Inghes "Den ofärdiga välfärden", en uppföljning av Gunnar Inghes stora socialmedicinska undersökning "Fattiga i folkhemmet" från 1960, antyder samhälleliga problemsektorer. Bekräftelser på vår utvecklade socialkultur ger emellertid också ett rikt flöde debattböcker, som fokuserar över vårt samhälleliga nu.

Vi skall här försöka ge en bild av vår utvecklade socialkultur sådan den dokumenterats i dessa böcker.

I en serie originalartiklar för Status kommer RUNE M LINDGREN att gå igenom den socialpolitiska debatt som karakteriserat 1960-talets senare år och som utan avmattning ännu pågår. Artiklarna är utformade så att de kan användas som studieunderlag. Varje artikel följs nämligen av ett avsnitt med diskussionsfrågor. Serien kommer att löpa i Status under hela år 1972. Det första avsnittet har underrubriken Den "nya underklassen" revolterar.

En dag, säger snickaren Eriksson i August Strindbergs "Röda rummet" (1879) skall "proletären resa sig... Då komma vi ner från Vita bergen, från Skinnarviksbergen och Tyskbagarbergen och vi kommer med stort dån som ett vattenfall..."

Då var de fattigas Sverige ännu en påtaglig realitet. ⁽³⁾ Demokratins genombrott låg avlägset. ⁽⁴⁾

Jörgen Eriksson, författare i 1970-talet, parafraiserar Strindberg, nästan ett sekel senare, i sin bok "Revolt i huset" (1970).

Han ser en ny, en den nya underklassens revolt, komma. De som nu revolterar "kommer från ungdomsvårdsskolor och fängelser, från ungdomshotell och natthärbärgen, från rivningskåkar och geggarkvarter, från mentalsjukhus och ålderdomshem och nykterhetsanstalter, från inrättningar för handikappade och psykiskt utvecklingsstörda, från avfolkningsbygder och samebyar, från zigenar- och invandrargetton".

Den socialpolitiska debatt som karakteriserade 60-talets senare år, och som utan avmattning pågår idag, ger fakta:

Det är också nu en faktisk revolt det handlar om.

Naturligtvis: Åtskilligt har hänt på det socialpolitiska området, begreppet här taget i dess vidaste betydelse, under senare decennier.

Socialpolitiken, länge och enbart en ren fattigvårdsfråga, har förvandlats till en social reformpolitik. Det är en utveckling från och med 30-talet och framåt i tiden, över en rad socialförsäkringar, en ny arbetsmarknads- och bostadsförsörjningspolitik etc.

De gamla har fått det bättre.

De handikappade, länge en bortglömd minoritet, har ryckt an, och åtgärderna för denna minoritet har aktiverats betydligt.

Andra minoriteter, zigenarna, har också börjat uppmärksammas.

Nationella minoriteter, som samerna, får i ökad utsträckning sina intressen tillgodosedda.

Mental- och fångvården diskuteras

också. Längre statistiska vårdformer bryts upp. Förnyelser är på väg.

Överhuvud taget möts olika grupper som på skilda sätt drabbats av fattigdom, dålig utbildning, trångboddhet, understimulans, sjukdom eller andra sk utstampningsmekanismer av dels en ny samhällelig syn, dels av en aktiverad reformpolitik.

Denna aktiverade reformpolitik till trots växer kritiken mot vår utvecklade socialkultur.

Vi skall i det följande kartlägga denna kritik.

Inledningsvis dock ett par påpekanden.

Sociala problem beror mer sällan av en isolerad faktor — och löses inte med social nödhjälp i akuta situationer.⁵⁾

Det gäller, för våra socialpolitiska ämbetsverk att ha *helhetsbilden klar för sig*, om de i rimlig utsträckning vill nå resultat, och inte bara som nu fungera tillbakahållande, knappt dellösa de sociala problemen. Det lönar sig även samhällsekonomiskt att tackla problemen innan de blivit reella problem.

Av det ena följer det andra:

De diskussioner om värderingar och nya mål inom socialvård, kriminalpolitik etc som vi idag kan notera, de konstruktiva försök och ändrade arbetsformer man på skilda håll satsar på är en nödvändighet.

Därtill:

Den ideologi eller brist på ideologi som karakteriserar socialpolitikens verkställare — begreppet socialpolitik här fortfarande taget i dess vidaste mening — får konsekvenser för ett stort antal människor som vårdas eller vårdas. (⁶⁾ Det är därför också nödvändigt att vi skaffar oss kunskap om de värderingar, den policy som här är aktuell!

DISKUTERA

I Handikapputredningens betänkande "Bättre socialtjänst för handikappade" krävs: kommunikationsmedel som anpassas för handikappade, fullständigt utbyggd färdtjänst i alla kommuner, möjlighet för vissa handikappade att få bidrag till bil och körkort.

Rimliga krav? Är det dessutom rimligt med handikappråd både i kommunerna och länen: Kan dessa förbättra samarbetet mellan myndigheterna och handikapporganisationerna?

Planeras samhällena traditionellt så att stora handikappgrupper ställs utanför skilda aktiviteter, kulturliv etc?

Ta, om möjligt, också del av betänkan- dena "Kommunerna och den sociala omvårdnaden", "Bättre hjälpmedel för handikappade", "Bättre utbildning för handikappade".

Herbert Tingsten skriver i sin bok "När skymningen faller på": "Blindheten har lytets prestige utan dess otrevliga biprodukter". Han fortsätter: "Bland de yttre tecknen på sjukdom eller lyte tycks mig den vita käppen ha en särställning som inte är alldeles lätt att förstå. Hörluren och även knappen i örat väcker i motsats till käppen irritation och löje. Rullstolen och kryckorna framhäver så starkt den fysiska deformiteten att vi känner obehag likaväl som medkänsla".

Vad säger ni om de synpunkterna? Och om följande:

"Om självkritiken inte hålls frisk i handikappsituationen, kan avunden och bitterheten mot de bättre lottade förvandlas till ett gement utnyttjande." Själv värjer han sig mot tendensen att slarvigt och tanklöst i småsaker dag efter dag exploatera sjukdomspositionen. Men han medger samtidigt: Det är lätt att begagna det tvivelaktiga privilegium som handikappet ger gentemot de närmaste, som ju ändå har mycket lättare än man själv och därför kan bära påfrestningen av klagan och fordringar. Men — poängterar han — "man får inte ständigt utnyttja sitt lidande, inte alltför ofta vädja till medkänslan, inte segra genom sitt elände".

Vad anser ni om Handikapporganisationernas "insamlingsindustri"? Förstärker den inte ett gammalt välgörenhetstänkande; ekonomiskt organisationerna till styrka blir den dem psykologiskt till en belastning. Invändningar?

Nämn gärna exempel på vårt handikappvänliga, respektive — ovänliga samhälle. Vad tycker ni om formuleringen: "Det är inte främst sjukdomen eller skadan som utgör den avgörande faktorn i handikappet — utan samhällets reaktion på personer som drabbats av sjukdomar med långvarig följdverkan"?

Status

kostar oförändrat

20:— för helår

11:— för halvår

Postgiro 95 00 11-7

(¹) Ulla Lindström: I regeringen. Och regeringen satt kvar.

(²) Macke Nilsson: Striden om Vindelälven.

(³) Julius Ejdestam: De fattigas Sverige, R & S, 1969.

(⁴) Ragnhild Lundström (red.): Kring industrialismens genombrott i Sverige, W & W-serien, 1966.

Gunnar Gunnarson: Arbetarrörelsens genombrottsår i dokument, Prisma, 1965.

Stig Hadenius (red.): Kring demokratins genombrottsår i Sverige.

(⁵) Socialstyrelsens utredning om den icke institutionsbundna socialvårdens målsättning och organisation. Stencil, 1970.

(⁶) Magnusson/Fredin m fl: Makt att vårda. En kritisk granskning av vårdideologier. Verdandidebatt, 1970.

Idé med Konsum

Medlemskap i en förening innebär i allmänhet att man tar ställning för en idé.

Konsums idé är att kunderna själva ska äga sina butiker. Äga dem, ha medbestämmanderätt och få del av överskottet på verksamheten.

Så fungerar det faktiskt också i praktiken.

Konsum och Domus har inga andra ägare än sina medlemmar. De träffas på distriktsstämmorna, diskuterar verksamheten, framför kritik och förslag, utser representanter i de beslutande organen.

Nu i januari lämnar de in sina kvitton, som visar hur stor del av överskottet var och en har rätt till. Du är också välkommen med dina kvitton. Ingen dum idé — eller hur?

PS. En annan bra idé med Konsum är insamlingen Utan Gränser, som möjliggör kooperativ utbildning och rådgivning i flera u-länder. Du kommer väl ihåg den när du räknar samman dina kvitton?



Märket för konsumenter i förening

Ännu en myt borta

— Det finns inga sämre eller bättre årgångar bland hjärtpatienterna. De som växte upp under första världskrigets livsmedelsbrist, är exempelvis inte — så vitt man hittills kunnat finna — mer disponerade för hjärtåkommor än andra årsgrupper.

Konstaterandet görs av docent GÖSTA TIBBLIN, sektionen för preventiv kardiologi som startade år 1968 vid Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg.

Docent Tibblin hävdar också bestämt att direktörssjukan är en myt! Den som har tid och ekonomiska resurser att sköta sin hälsa, resa bort och koppla av från vardagsjaktet, vila upp sig under mellanperioder efter ansträngande arbetsinsatser eller söka läkare i tid för diverse åkommor, har också större chans att klara sig från hjärtinfarkt än en kroppsarbetare som saknar de möjligheterna.

De högre socialgrupperna är sparsamt representerade bland hjärtinfarktpatienterna. Däremot finns en tydlig överrepresentation av lägre socialgrupper/lågavlönegrupper.

De här iakttagelserna grundar sig på den statistik över hjärtinfarkter som registreras vid Sahlgrenska sjukhuset.

Början gjordes 1963 med en kartläggning av alla 50-åringar, dvs alla patienter med födelseåret 1913.

Deras hälsotillstånd, riskfaktorer, dödsorsaker etc. fördes upp på ett infarktregister. Det utgör nu grunden för ett kontrollprogram för hjärt/kärlsjukdomar, som ingår i preventivsektionens undersökningsmaterial.

Infarktregistret i Göteborg startade som en direkt utveckling av och i samarbete med WHO:s (världshälsoorganisationens) kontrollprogram. Nu finns liknande verksamhet även i andra länder.

Sjutton europeiska nationer har lagt upp infarktregister enligt ungefär Sahlgrenska systemet.

Det är således en mycket brett upplagd vetenskaplig drive, som hjärtspecialister i skilda länder gemensamt gått in för i kampen mot hjärt/kärlsjukdomarna.

1923 års män

Näst i tur för kartläggning står personer som är födda 1923, alltså de som fyller 50 under år 1973.

— Tioårsintervallerna gör det möjligt att se om infarktfrekvensen ökar eller minskar. Genom befolkningsstu-

dier får vi veta hur vanliga vissa sjukdomar är och vilka förstadier det finns för olika sjukdomar, förklarar docent Tibblin. En annan fråga som man också vill ha besvarad är vilka som i första hand drabbas av hjärt/kärlsjukdomar. Genom att lägga upp register för olika sjukdomar kan man få veta frekvensen inom skilda samhällsgrupper.

Infarktregistret är ett utmärkt exempel — det ger utslag varje gång någon insjuknar.

Varje misstänkt "hjärtfall", som kommer in på någon avdelning, rapporteras omedelbart till registret och det kan omedelbart vidtas åtgärder för att mota det hotande onda.

— När en hjärtpatient kommit in på infarktmottagningen blir han/hon föremål för ett regelrätt kontrollprogram: specialutbildad personal följer noggrant upp behandlingen och ser till att patienten blir så bra att det inte längre finns risk för recidiv (återfall), berättar docent Tibblin.

— Vi studerar de olika riskfaktorerna, exempelvis rökning, högt blodtryck, farlig fetma etc. och sätter in förebyggande åtgärder. Ett viktigt led i denna verksamhet är hälsouppläsning. Vi har byggt upp ett modellsystem, som vi tror mycket på för framtiden, en form av grupperapi, som hittills givit ytterst positiva resultat.

Gösta Tibblin och hans medarbetare är övertygade om framgång på den inslagna linjen:

— Vi skall förmå våra patienter att sluta röka, vi skall behandla deras blodtryck och påverka deras fetter. Vi har nu arbetat efter det här mönstret i drygt ett år — efter fem år räknar vi med att kunna lägga fram ett intressant undersökningsmaterial.

Samma chanser

— Hittills har det varit så att vården ofta varit patientens ensak. Behandlingen har varit beroende av den en-

skilda individens förmåga att skaffa sig sjukvård, hur mycket han har kämpat och hur han lyckats. Har han lyckats, har också vården blivit bra. Misslyckades han, blev det ingen vård alls.

Ett sådant system är ovärdigt i ett demokratiskt samhälle, menar docenten. Där måste finnas en vettig sjukvårdsplanering, som ger samma chanser till varje individ.

Genom infarktregistret får vi möjlighet att plocka fram dem som är i behov av vård, vi kan ta itu med den enskildes problem och bena upp en situation, som han kanske inte orkar klara själv.

Det märkliga med denna verksamhet är att den i stort grundas på de engagerade läkarnas och deras medhjälparens entusiasm. Något särskilt anslag för klinisk forskning av den här arten utgår inte. Men det göteborgska initiativet har smittat av sig på flera håll inom landet: i Boden och Malmö finns ett liknande system under utbyggnad.

Ekonomiska problem

De ekonomiska problemen blir ofta besvärande för dem som arbetar med utvecklingsprogram inom sjukvården. Satsningen från statligt håll blir ojämn, ibland påfallande inkonsekvent. Så har exempelvis Socialstyrelsen satsat enorma summor för att lära folk att äta rätt och att motionera. Men ännu har man inte tänkt på att få fram ett mätinstrument, som säger vilken effekt de ändrade kostvanorna och motionsaktiviteterna har på folkhälsan.

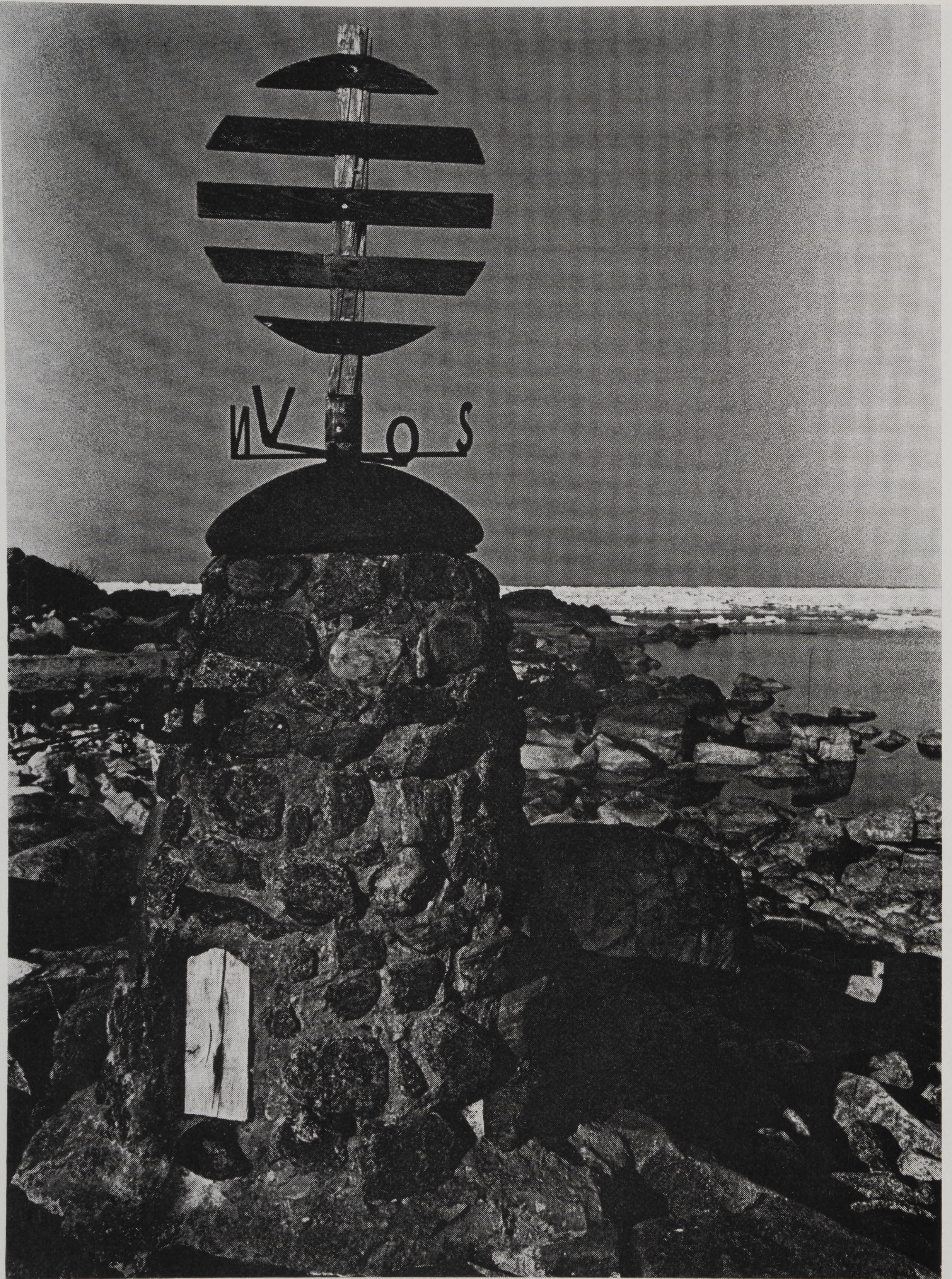
Från Nationalföreningen mot Hjärt- och Lungsjukdomar anslås årligen stora belopp för intensifierad hjärt/kärlforskning. På senare år har särskild uppmärksamhet riktats på förebyggande åtgärder — behandlingsformer som kan sättas in i ett tidigt skede.

Gåvor och donationer

De medel Nationalföreningen förfogar över är till huvudsaklig del donationer, gåvor från organisationer eller enskilda, telegramavgifter och julmärken.

Tidigare gick hela nettot för lyxtelegrammen till kampen mot hjärt- och lungsjukdomar. I dag måste telegrambeställaren, som vill lämna bidrag till insamlingen för bekämpandet av hjärt-kärl- och lungsjukdomar, begära Lx Hjärtat och sätta siffran 100 före blankettnumret. Telegrammet blir då visserligen en krona dyrare, men den kronan kommer hjärt/kärlforskningen till godo.

HILDE ROEMKE



RICHARD STERNER

Samhället...

...är handikappat

Hela miljön blir allt mer människovänlig och därför handikappvänlig. Vi börjar inse att hela vår civilisation hotas av luft- och vattenföroreningar och mycket annat. I några avseenden hoppas vi på en bättre samhällsplanering genom paragraf 42 a i byggnadsstadgan och genom de byggnormer som bostadsstyrelsen arbetar med. Men det avser bara ny- och större ombyggnader. Även vid effektiv tillämpning så motsvarar dock den årliga byggnadsvolymen bara några få procent av hela fastighetsbeståndet. Dessutom tas ännu ingen hänsyn till sådana behov som representeras av psykiskt sjuka, allergisjuka och flera andra grupper. Det behövs därför ännu bättre tag.

Arbetslivet

Inte minst gäller det arbetslivet. Vi måste börja bryta allt det som spärrar ut och tränger ut handikappade från produktiv verksamhet, gör arbetslokaler otillgängliga för rörelsehindrade, skapar nya handikapp i form av hörselskador, allergier, förgiftningar, fysiska förslitningar trots all mekanisering, psykiska skador genom stress etc. Vi måste få prestationsnormer som tar hänsyn till vad människor *i längden* kan tåla — och inte grundade på en föreställning om att det ska idkas rovdrift med dem som ännu inte blivit handikappade.

Arbetsvården

En sådan ändring i utvecklingen är desto mer angelägen eftersom vi annars får ett dilemma i arbetsvården. Den utmärks av köbildning och väntetider i månader, ibland halvårsvis, innan det händer något alls. Efter det inledande arbetet, t ex kolining och komplettering av medicinska data, psykiska tester och arbetsprovning — som förekommer alldeles för sällan! — blir det ofta nya väntetider. Det blir allt färre av de arbetsvårdssökande som placeras på öppna arbetsmarknaden. Därför måste den skyddade verksamheten byggas ut ytterligare, men samtidigt reagerar vi allt mer mot tanken att få en väldig segrerad sektor på arbetsmarknaden med 100 000 skyddade arbetsplatser för handikappade mot ca 30 000 för närvarande. Det är det dilemma som måste lösas.

Medicinsk behandling och rehabilitering

Delvis bottnas arbetsvårdens problem

också i svårigheter att samarbeta över administrativa gränser men ännu mer beror den på bristfälliga resurser inom såväl arbetsvård som medicinsk behandling och rehabilitering. Inte ens hälften av landstingen har några medicinska rehabiliteringskliniker. Många hörcentraler har för små resurser, bla i fråga om hörselpedagogik, och det medverkar till att åtskilliga hörselskadade aldrig lär sig använda sina hörapparater. Några egentliga syncentraler finns inte, och ögonläkarna har bland de längsta väntetiderna. Mitt i akademiöverskottet brottas vi med denna oförlåtliga och till synes eviga brist på sjukgymnaster, logopeder, talpedagoger och många andra sorters specialister. Resurserna i den psykiatriska vården räcker inte ens för en effektiv behandling med utvecklad psykoterapi för dem som är inneliggande på sjukhus, och det blir mycket lite över för någon förebyggande vård, eftervård och rehabilitering. Det är därför vanligt att psykiskt sjuka får hjälp bara i katastrofsituationer, och den hjälpen är ofta av omtvistat värde. I omsorgsverksamheten för utvecklingsstörda finns bara bråkdelen av den läkarvård som bjuds i Danmark, och den specialisthjälp inom den allmänna sjukvården som även utvecklingsstörda har rätt till blir i praktiken otillräcklig på grund av väntetider och köbildning — och inte sällan på grund av bristande intresse för utvecklingsstörda hos vissa läkare utanför omsorgsverksamheten. Vi har för lite behandlingsresurser för reumatiker, allergisjuka, MS-sjuka, människor med hjärnskador efter trafikolyckor och flera andra kroppsligt handikappade.

Tandvården

Tandvården är ännu mer eftersatt för handikappade än för andra. Delvis därför att de ofta är fattiga. Också därför att flertalet tandläkarmottagningar inte kan nås av rörelsehindrade. Eller därför att handikappades tandvård är svår och tidsödande — och så blir det inte av. Behovet är desto större eftersom vissa handikappade inte kan använda proteser, också därför att många av dem får tänderna förstörda av psyko-farmaka. Men ett gott bett kan vara den sista gripfunktionen hos en handikappad människa. Försummelserna på detta område kan inte längre ursäktas med att det är ont om tandläkare. Tvärtom har unga tandläkare numera

så svårt att få full sysselsättning att emigration av svenska tandläkare till andra industriländer börjat komma till stånd. Får vi inte snart en tillräckligt kraftig ny utbyggnad av folktandvården och/eller en tandvårdsförsäkring, kan man befara att denna emigration kommer att öka i betydelse. Då är att märka att utbildningen av en enda tandläkare drar en kostnad som åtminstone kan räknas i 100 000-tals kronor.

Tekniska hjälpmedelsorganisationen

I flertalet landsting är den tekniska hjälpmedelsorganisationen otillräcklig och därför släpar många av dem efter i fråga om utnyttjandet av möjligheten att på statens bekostnad få fria tekniska hjälpmedel, vilket dokumenteras av en hjälpmedelsutredning alldeles nyligen. Vi har funnit att personal på ålderdomshem och på vårdhem för utvecklingsstörda ofta inte ens vet om att det finns denna möjlighet att få hjälpmedel som staten betalar — och ännu mindre känner till hur den möjligheten kan utnyttjas. De hjärt- och lungsjuka kan inte få ut hjälpmedel genom de läkare som känner dem bäst. Allergisjuka och andra grupper har viktiga behov av hjälpmedel som inte erkänts.

Färdtjänst och ekonomiskt stöd för bilköp

Inom flertalet kommuner, särskilt i glasbygden där avstånden är längst och isoleringen svårast, finns ingen färdtjänst alls och där den finns har den i regel långt till att ge en likvärdig transportstandard åt dem som inte kan använda kollektiva transportmedel. Även bland de handikappade som inte arbetar eller går i utbildning finns många som skulle behöva ett ekonomiskt stöd för bilköp som ännu inte finns för deras del.

Vuxenutbildningen

Trots allt som görs för vuxenutbildningen kan konstateras att det finns 100-tals rörelsehindrade som inte kan läsa och skriva ordentligt. Att sannolikt 1 000-tals barndomsdöva är språkhandikappade och ordfattiga och därför har svårt att läsa och uttrycka sig i tal och skrift. Att det antagligen finns över 10 000 utvecklingsstörda som inte fått någon kompensation för att de under sin barndom gick miste om de chanser

till specialundervisning och träning som de i dag skulle haft rätt till om de varit minderåriga. Även bland psykiskt sjuka och många andra grupper finns liknande angelägna behov. Den blindskrifts- och talbokslitteratur som står till förfogande för blinda motsvarar bara en ynklig bråkdel av hela den bok- och tidningslitteratur som de seende har tillgång till. Vi har sannerligen långt till kulturell integrering av handikappade. På samma sätt upplever vi ständigt hur allt det som i övrigt görs för att aktivera handikappade på *fritiden* ännu bara täcker en del av behovet. Ändå är det så att en rehabilitering lätt kan misslyckas "bara" genom det att en handikappad människa återsjunker i isolering under fritiden.

Socialförsäkringen

Så har vi våra ständigt påtalade brister i socialförsäkringen. Att vi inte har och heller inte tycks få en allmän arbetslöshetsförsäkring. Att det finns handikappade som får leva ett helt liv på folkpensionsnivå. Att invaliditetstillägg bara utgår till 5 % av förtidspensionärerna och invaliditetsersättning till högst 1 % av de handikappade icke-pensionärerna i arbetsför ålder. Trots att det är så dyrt att vara handikappad.

De multihandikappade

Låt oss till sist komma ihåg att de multihandikappade (de med två eller flera handikapp) nästan genomgående är ännu mer eftersatta än andra i alla avseenden.

Den här exempelsamlingen skulle kunnat göras mycket större. Men redan denna korta uppräkningslista är ändå till viss nytta genom att åtminstone ge en föreställning om det konkreta program som vi måste söka få förverkligat.

Våra förväntningar har väckts

Nu får vi trots allt ändå erkänna att utvecklingen sedan omkring 1960 inneburit stora framsteg, som naturligtvis väckt förväntningar hos oss. Även om hänsyn tages till penningvärdets fall kan staten redovisa mångdubblade utgifter för tekniska hjälpmedel, arbetsvård, förtidspensionärer och mycket annat. På åtskilliga områden har även kommuner och landsting, som tillsammans har ännu större finansiellt ansvar för det som intresserar oss, ökat sina insatser i liknande takt. Normaliserings- och integreringsprinciperna, som har starkt stöd hos de flesta av oss och utformats genom vår medverkan, har mer och mer medvetet satts upp som mål i den offentliga politiken, även om många av oss menar att de borde kom-

ma till uttryck på ett ännu tydligare sätt.

Och våra förväntningar har stärkts ytterligare genom reformer som setts ut att lova mycket för framtiden. Jag tänker tex på de tillägg till socialhjälpslagen som trädde i kraft 1968 och som för oss presenterades som en utfästelse om avsevärt ökade insatser från kommunernas sida för färdtjänst, hemtjänst, bostadshjälp, stöd åt fritidsaktiviteter och mycket mer. Jag kan också påpeka på det positiva innehållet i kommunförbundets rekommendationer om färdtjänst och kommunala bostadstillägg för handikappade. Likaså på SÖ:s höga prioritering av åtgärder för den kulturella integreringen, tillkomsten av Handikappinstitutet 1968 och mycket annat.

Bromssignaler

Nu kommer emellertid tydliga bromssignaler. Vi tror inte det är så att huvudmännen, dvs stat, landsting och kommunen, i allmänhet *vill* bromsa utvecklingen av åtgärder för handikappade. På många håll demonstrerar man fortfarande en villighet att göra mer, tex genom strävanden att söka rädda så mycket som möjligt åt handikappade i budgetmanglingen, genom att inrätta handikappråd på läns- och kommunplanen (LHR och KHR), som åtminstone ska underlätta vår kommunikation med myndigheterna och dessutom stärka samarbetet mellan olika myndigheter inbördes. Men vi har också upplevt idiotstopp på olika områden, som tagit sig uttryck i besvärningar i tex färdtjänst och hemtjänst, anställningsstopp för arkivarbetare under förra budgetåret och flera andra begränsningar. Samtidigt höjs ropet att nu finns det inte pengar för reformer längre, eller ens för förbättringar i den service som redan ges, eftersom skatterna "nått taket" och kommunal- och landstingsskatter onekligen träffar även människor med vanliga inkomster mycket hårt. Och vad staten beträffar utgår man från att det väsentligen är momsen som eventuellt kunde höjas, och den är redan hög nog och är dessutom kännbar även för människor med så små inkomster att de är befriade från inkomstskatt. Plötsligt har man fått ett "socialt" argument för att inte göra mer.

Intimt förbundet med detta är en stark reaktion mot den ständiga stegringen av sjukvårdskostnaderna. De har sedan årtionden ökat mycket starkare än bruttonationalprodukten, dvs mycket snabbare än den totala tillgången på varor och tjänster. Det målas ut för oss en skräckbild som pre-

senteras i allvarliga ordalag och som går ut på att om denna stegring skulle fortsätta i oförminskad takt så kommer hela svenska folket någon gång i början på 2000-talet att vara engagerat inom vårdsektorn så att det inte blir någon arbetskraft över för någonting annat!

Det där är en nonsensskalkyl som kan kritiseras på flera sätt. Även i detta fall gäller naturligtvis den gamla regeln att träden inte kan växa ända upp i himlen. Det är inte alls något märkvärdigt utan tvärtom alldeles normalt att en del av ekonomin periodvis ökar mer än andra delar — och i *varje* sådant fall kan man med samma rätt göra just denna nonsensobservation att skulle utvecklingen tillräckligt länge fortsätta på samma sätt så kommer den delen att uppsluka allt annat. Och det kommer naturligtvis *inte* att ske. Vad sjukvården beträffar skreks det ännu för ett par år sedan allmänt över "vårdskrisen". Det hade inte gjorts tillräckligt för att bygga ut denna sektor snabbt nog, och här borde sannerligen tas helt andra och bättre tag. Nu har detta skrik nästan tystnat, trots att det fortfarande finns väldiga brister i sjukvård och medicinsk rehabilitering, och i stället hörs desto oftare på samma sätt får vi väl snart höra ett liknande rop avseende hela handikappolitiken som också tillhör de mest expansiva områdena, eftersom de offentliga utgifterna mångdubblats sedan 1960, även om man justerar siffrorna med hänsyn till penningvärdets fall.

Krav på fortsatt stark expansion

Den enda vettiga ståndpunkten är naturligtvis att vi måste låta både sjukvård och handikappolitik få fortsätta att utvecklas ännu snabbare än hushållningen i övrigt ett bra tag framöver — för att först längre fram låta utvecklingsstempot på sådana områden närmare anpassas efter tillväxttakten inom hushållningen i stort. Och samtidigt får det naturligtvis rationaliseras. Till exempel genom att en stor del av 24-timmarsvården på psykiatriska sjukhus och kliniker ersätts med vård på dag- och nattsjukhus jämte förebyggande och rehabiliterande öppen vård. Genom att utvecklingsstörda tränas så att många fler av dem slipper bo på vårdhem hela livet och i stället kan leva mera självständigt i inackorderingshem och ibland rent av i egna bostäder. Genom att den medicinska utvecklingen styrs hårdare efter vad de *många* människorna behöver och mindre av möjligheterna för enskilda läkare att vinna världsrykte på sen-

sationsoperationer och sensationsupp-
täckter av värde bara för ett fåtal.

Detta krav på fortsatt snabb expansion tills vidare är grundat på redan fattade beslut! Det löfte som gavs genom tillägget i socialhjälpslagen om att ge service åt människor som behöver det kan ju inte utan vidare tas tillbaka. Det vore rent bedrägeri! Vi kan inte stoppa utvecklingen av färdtjänst, hemtjänst, bostadsintegrering av handikappade, kulturell integrering och övriga fritidsaktiviteter utan att rygga vad vi uppfattat som klara utfästelser.

Inte heller kan man avstå från sådana reformer i arbetslivet som vidgar arbetsmarknaden för handikappade och kraftigt reducerar uppkomsten av nya handikapp, utan att vi kommer att betrakta det som ett svek. Vi har tagit deklARATIONERNA om integrering och normalisering på allvar och vi begär att det ska bli något av!

Vill vi ha läkaremigration?

Och vad sjukvården beträffar kan vi peka på att statsmakterna, med stöd av landstingen, vidtagit anordningar som direkt syftar till en fortsatt stark expansion. Vi tar nu varje år in nästan 1 % av en årskull ungdomar i läkarutbildning. Fortsätter vi med det så kommer det att medföra att läkarnumret stiger från 11 000 à 12 000 nu till 30 000 à 35 000 omkring år 2010. Det är knappast rationellt att låta läkare arbeta ensamma. Vi måste öka den totala sjukvårdspersonalen i en takt liknande den för läkare. Det skulle betyda att den stiger från, grovt räknat, omkring 200 000 nu till över 500 000 omkring år 2010. Det innebär *inte* att hela svenska folket kommer att arbeta i sjukvård, men det skulle ändå bli något mellan 10 à 15 % av de förvärvsarbetande som skulle sysselsättas inom denna sektion. Därtill kommer de förvärvsarbetande inom de delar av industrin och byggnadsverksamheten som betjänar sjukvården och dessutom kriminal- och nykterhetsvård etc.

Kanske kommer vi att finna att även detta blir för mycket, eftersom det onekligen finns många andra angelägna uppgifter i folkhushållet. I så fall kan utbyggnadstakten ändras och en stabilisering åvägbringas långt innan vi når sådana tal som här anförts.

Men det går inte att vända nu på stubben! Vi har fortfarande svår läkarbrist, och så länge det är fallet kommer det inte att fattas något beslut om en begränsning av intaget i läkarutbildningen. Och det går inte hindra att den där ökningen i personaltillgången blir procentuellt stor i början för att efterhand sjunka till noll. Ty de års-

kullar av läkare som lämnar yrket på grund av pensionering och dödsfall är ännu så länge små samtidigt som tills vidare mångdubbelt större årskullar av läkare blir färdiga med sin utbildning.

Därför måste vi ett bra tag till inrätta nya tjänster för läkare och för annan vårdpersonal i en oförminskat hög takt.

Föralldel, vi kan ta det cyniskt. Låt läkare bli arbetslösa! Så kan vi pressa ned deras höga inkomster. Få bättre kontroll på kostnadsutvecklingen också på det sättet!

Men även det skulle vara ett bedrägeri. Här har vi haft en lång debatt om hur många läkare vi behöver. Vi som varit med i den debatten har ständigt försäkrat att läkarna sannerligen aldrig behöver riskera någon arbetslöshet, eftersom sjukvården expanderar så kraftigt — och behöver göra det. Så har vi till sist fått en läkarutbildningskapacitet som väl relativt sett är ungefär lika stor som den ryska. Inte kan vi då med hedern i behåll säga att vi tar det med jämnmood om det leder till att unga läkare kanske redan i slutet av 70-talet eller början av 80-talet börjar få verkligt svårt att få jobb!

Inte för att jag ömmar så oerhört mycket för läkarkåren. Unga svenska läkare kommer även framledes att kunna ha goda chanser till goda jobb — någonstans i världen. Till exempel i USA eller Kanada eller England. I USA är läkarutbildningskapaciteten, relativt sett inte ens hälften så stor som den svenska. Där är man i stor och växande grad beroende av att kunna rekrytera läkare från andra länder. På liknande sätt i England.

Men vill vi verkligen detta att inte bara tandläkare, på det sätt som redan sker, utan även läkare ska börja emigrera i växande skaror till andra rika industriländer? Om en del av dem går till u-länder så må vara hänt och vi kan se det som en rationell u-landshjälp. Men till USA, Kanada och England som väl ändå borde kunna producera sina egna läkare? Vad kostar det att utbilda en läkare? Många 100 000-tals kronor i varje fall. Kanske en miljon eller mer om man tänker på extrakostnaden på de extrafina sjukhus där det drivs praktisk utbildning av läkare. Det kan lätt bli en årlig förlust på 100-tals miljoner. Har vi råd med det, när det sägs vara ont om pengar för handikappolitiken?

Som sagt, vi kan inte vända nu på stubben. Inte om vi vill ha hedern i behåll och vara någorlunda rationella. Vi måste fortsätta att låta sjukvård, rehabilitering och handikappolitik expandera

kraftigt ännu under ett eller annat årtionde. Den anpassning som någon gång måste komma till stånd får lov att förberedas planmässigt och det kan inte hjälpas att det tar sin tid.

Nya tag i finansieringen

Och visst har vi råd om vi verkligen avväger behoven på detta område i förhållande till många andra behov. Innan vi fick den nu aktuella arbetslöshetskrisen har vi haft stora standardhöjningar på många områden som är mindre angelägna än dessa. Men vi får inte låsa fast oss vid tanken att finansutrymmet ska öka bara genom ständiga höjningar i proportionella landstings- och kommunalskatter och momspålagor. Det måste i varje fall finnas ett utrymme kvar för sådana standardhöjningar i andra avseenden som är viktiga.

Men just nu har vi arbetslöshet. Det betyder att det finns ett ekonomiskt utrymme som *inte* är utnyttjat. Via AMS kommer nu stora pengar att slussas ut för att få folk i arbete. Det är också nödvändigt. Men kunde inte mer av dessa pengar ägnas åt att låta kommuner och landsting bygga ut sina åtgärder för handikappade? Här får det sparas och sparas på service, underhåll och byggande på den ena kanten — och samtidigt sättas igång en massa projekt på den andra som inte alla är lika angelägna. Ska vi på det sättet släppa angelägenhetsgraderingen när det gäller att utnyttja det utrymme som finns? Det måste göras mycket mer för att, som ett led i kampen mot arbetslösheten, låta kommuner och landsting sätta igång med färdigplanerade projekt för handikappade och vidga sina serviceåtgärder för deras räkning! På det sättet kan mycket köpkraft komma ut i rörelsen!

Även på längre sikt får vi göra strängare avvägningar gentemot andra behov. Är krigsfaran så överhängande att vi måste satsa sådana väldiga belopp på försvaret under det närmaste årtiondet?

Tänk om de belopp som går till forskning och utveckling av tekniska hjälpmedel inte skulle behöva vara så generande små jämfört med vad som satsas enbart på forskningen för försvaret! Ska vi inte successivt avveckla de miljardsubventioner vi ger till privatbilismen på olycksfallskontot, på luftförstörelsekontot — och dessutom på stadsbyggnadskontot eftersom privatbilen är så utrymmesekonomiskt ineffektiv? En del av den subventionen skulle med fördel kunna gå till landstingen som nu har väldiga skattefinansierade kostnader för bilolycksfallen.

Einar Hiller 65 år



Einar Hillers 65-årsdag blev inte en vanlig födelsedagsfest. Från alla de nordiska länderna kom det förbundsfolk för att gratulera men inte minst tacka för alla de år Einar arbetat för de lungsjuka, de hjärtsjuka och de handikappade överhuvudtaget. Vi kan inte nämna dem alla. Vi kan inte nämna alla gåvorna och hederstecknen. På denna bild är det det danska förbundets ordförande, Börge Nielsen, som överlämnat en mosaik, som gjorts av en svårt handikappad flicka, till Einar och hans hustru.

**Köp
solstickan!**



Av det norska förbundet fick Einar en av de förnämsta utmärkelser man kan få: guldnålen. Einar Hiller blev därmed den tredje som fått denna utmärkelse. Här ger det norska förbundets ordförande, Øivinn Olafsen, det diplom som ger honom svart på vitt på utmärkelsen. Även från finska och isländska förbunden överlämnades gåvor. Genom Kjartan Gudnasson erhöll Einar det isländska förbundets guldplakett, också en utmärkelse som endast ett fåtal personer erhållit.

Brev med anledning av en ledare

Nu är tid (enligt slagern) att bygga Noaks ark. Det vore obetänksamt att börja bygga den vid de svårfarbara vattnen runt Stockholm. Men det är i Stockholm sommaren 1972 som FN:s naturvårdskonferens skall inträffa. Av statsrådet Ingemund Bengtsson får vi veta: "Från svensk sida har vi koncentrerat oss kring frågorna om världshaven och luften." Samtidigt skall kanske svenska myndigheter ge tillstånd till fortsatt förstöring av skogsmarker.

Också de handikappade och miljödrabbade avvisas från deltagande med herr Bengtssons motivering "på allt sätt kommer man att verka för att de handikappades särskilda problem belyses". Det kunde innebära ett misstroende mot de handikappades organisationer. En omöjlig situation uppstod för alla sorters organisationer om myndigheterna på förhand trodde sig veta vad olika intressen rör sig om.

Ett fint sätt att förekomma och förebygga olyckor vore att lyssna till dem som själva drabbats. Med det tempo som förstöringen framskridit under senare år borde man noga beakta vad de drabbade har att framföra.

Halvdan Renling

STATUS BILDKRYSS

Illustration: A winter scene with children playing in the snow, a snowman, a sled, and a flag. The scene is set in a snowy landscape with a small hut and a flagpole in the background.

Grid labels (row by row):

- Row 1: KAN EJ TA STÄND-DUNKT, FÖR-STÖR RASEN, KAN ÖST BLI DONERA, INOM KONSTEN, FLEET STREET, RIP-PI, SLÄR EN DEL I BORDET, TAMJA
- Row 2: INGEN-TING, BE-LÄT-NA, GER VÄXT NÄRING
- Row 3: IN-TAKTA TÖS, GER UT-SIKT, BBR VÄRA TÄTT SPORTKL., FÖR-LUS-TEN, DÄLIG KOPIA, STÖR-TA
- Row 4: REDE, GER UT-SIKT, BBR VÄRA TÄTT SPORTKL., FÖR-LUS-TEN, DÄLIG KOPIA, STÖR-TA
- Row 5: TYR SIG TILL MAMMA, VIRA, DISKUS OCH KULA, YTA, AXEL-TRÄ BÖR FIENDER, FÄR BLES-SYRER, ÄR OF-TA FÖR GYLLO, JUL-TÖS
- Row 6: VATTEN-LEDER ÖRFIL, HJUL-PINNE, STÖR-MAKT, SKEDE OLOV ISBERG
- Row 7: BOR IN-TILL, SOLGUD FISKE-GARN, HÄLSO-BRUNN, VÄG-VISA-RE
- Row 8: KAN MAN STÄ RA, ULL-MAN, JUNI-GRABB OVAN, BLIR ALLTID KVAR
- Row 9: SKRIK, GAR REA-PRIS, BETY- DER SLUT, ORATION KOST-SAM, GRANN FÄGEL VIRKE
- Row 10: FÖR-HÄNGE VILFA, HALVT LJUD, EDE-RAR IBREV
- Row 11: SKRI-VER POVEL, BLIR MAJ-STÄNG
- Row 12: KRING MO-NARK, EN PLATT FISK

nr 1

Namn

Adress

Postadress

Lösningarna måste vara Status redaktion, Box 3196, 103 63 Stockholm 3, tillhanda senast den 10 februari. För att få deltaga i tävlingen skall tävlingsbrevens vara märkta "Bildkryss nr -". — Tre priser utdelas som vanligt, nämligen ett på 25, ett på 10 och ett på 5 kronor. Pristagarnas namn meddelas i Status marsnummer.

STURE STAMMING

Friherrinnan och Sakarias

Under 40-talet var det mest ungdomar på sanatorierna. Aldrarna mellan 15—30 år dominerade. Flera av dessa hade många år bakom sig i gamet. Efterhand hade de glömts bort av yttervärlden och det ursprung varifrån de en gång kommit. Samhället höll dem med god mat, husrum, vila och frisk luft. De flesta var medellösa, hade inga som helst inkomster varken från sjuk-kassa, stat eller kommun. Patientföreningens lilla understöd var det enda de hade att röra sig med.

Ur denna gemenskap av ovisshet, livshot och fattigdom blommade en samhörighetskänsla — en själarnas kamratskap — som blev sanatorietidens stora behållning, en skimrande minnesbild för den lilla privilegerade skara som fick chansen till ett efteråt.

Men inom detta sammansvetsade kollektiv av likar rymdes — liksom annorstädes i världen — en mängd individualister. Här fanns till exempel småbrukarhustrun som för första gången i livet fick tillfälle att läsa romaner. Som en törstande i öknen slukade hon volym efter volym, glömde allt annat omkring sig och njöt av hela sitt hjärta. Här fanns killen som studerade medicin, schackspelaren, brudgespelaren och charmören, som bara hade en enda åstundan, att hinna med så många flickor som möjligt. Här fanns också hon som spelade gitarr och sjöng om "ett sällare land bortom bergen", hon som stickade en kofta om dan och hon som helst av allt ville prata om sina barn. I den långa raden

ingick spelemän och konstutövare, frätänkare och alkoholister, lustigkurrar och fräckisdragare, allvarstyngda och tysta.

Ett par av dessa vill vi ge lite extra svängrum i minnesbilden, ett omaka par, som av tillfälligheternas spel tornade samman på en sanatoriesal, en ståndsmässig dam och en gycklare: Friherrinnan och Sakarias.

Rosen på sophögen

Vi kallade henne friherrinnan. I vårt stora proletariat av trashankar framstod hon som en ros på en sophög. Nästan i allt bröt hon av mot mängden. Att hon var dubbelt så gammalt som salens äldsta kunde hon inte hjälpa. Men hon var dessutom högfärdig, viktig och förnäm. Att hon blivit förlagd på en allmän sal kunde hon inte förlåta, och att de unga salskamraterna sa "du" till henne var nästan ännu värre.

Hennes garderob var överväldigande och 2—3 gånger varje dag ömsade hon klänning. Sjuksystrarna och läkarna uppvaktade hon med dyrbara presenter. Dessemellan talade hon ständigt om sin fina härkomst, sina förnäm väninnor, titlar och umgängeskunst i den högre skalan.

En dag förkunnade hon för sin närmaste omgivning att hon skulle få besök från Stockholm. En gammal fin prästfru, som hon umgåtts flitigt med under studieåren, hade aviserat sin ankomst.

Det ovanliga besöket blev snart ett

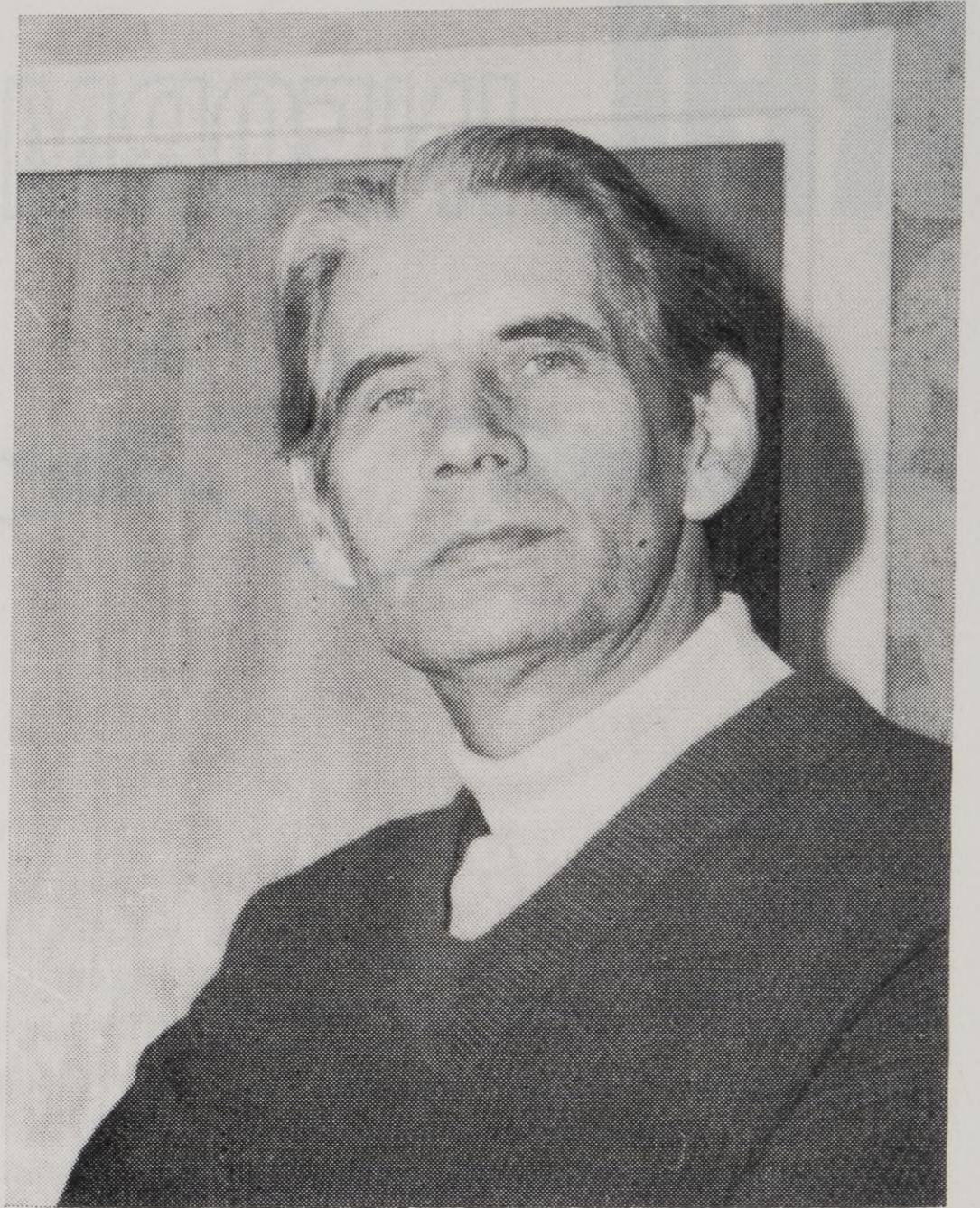
allmänt samtalsämne på sjuksalarna. I en isolerad lungsotarby tas varje lilla nyhet emot med tacksamhet. Snart visste alla både dag och klockslag för stockholmskans entré. Historien kommenterades och bättrades på lite undan för undan. Till slut var det nästan som om själva drottningen skulle komma.

Gycklaren

Vid samma tidpunkt hade vi en yngling på avdelningen, som hette Sakarias. Han var en spexmakare, en av dessa underbara naturbarn, som såg allting genom humorns glasögon och som med små enkla medel fick sin omkivning att gapskratta. En av dåtidens tänkare lär ha sagt, att dessa lustigkurrar hade en större positiv verkan än all den medicin sanatoriesköterskorna serverade.

Sakarias styrka som underhållare låg på det spontana, oberäknliga planet. I allt det vardagliga omkring sig såg han bara det komiska. Två nyckelpigor på ett grässtrå räckte till en kärlekshistoria, som kom flickorna att blunda. Baciller, tempapinnar och spottkoppar formade han om till tillhyggen i skrattkarusellens tjänst. Han var nästan alltid i rörelse. När skrattet nått sin kulmen stack han vidare till nästa sällskap. Överläkaren hade sin dagliga runda genom salarna — Sakarias hade sin.

Samma dag som den fina stockholmsdamen skulle anlända till sanatoriet fick Sakarias en idé i huvudet.



Månadens dokumentnovell är skriven av **STURE STAMMING**. Han har ett gammalt medarbetskap i Status bakom sig. Denna novell är en fortsättning — kan man säga — på det bidrag som han skrev för Status Jul 1971. Det är mycket som är självupplevt — kanske allt.

— Nu, sa han, nu vet ja precis hur ja ska göra. Med raska steg försvann han ut genom dörren. När han kom tillbaka hade han famnen full av gamla kläder..

På sanatoriets ligghallar fanns alltid en välförsedd rekvisita av gammal lump, som patienterna använde under kalla liggture. Här hade Sakarias nu gjort en inventering. De trasigaste byxor han kunde hitta krängde han på sig. Det ena byxbenet rev han av vid knät och bak i ändan fixade han till en vit skjortflik. Rocken hade bara en ärm och i stället för knappar begagnade han pinnar och säkerhetsnålar. På fötterna ett par för stora galoscher, på huvudet en luggsliten fårskinnsmössa. Sedan han kammat ner håret i pannan och studerat ut den rätta minen framstod han som ett levande plagiat av Albert Engströms värsta luffartyp.

Färdigklädd anträdde han genast sin utflykt, föregången av en spaningspatrull, som kontrollerade att korridoren var fri från sköterskor och annan överhet.

. . . och så möttes de två

Prästfrun från Stockholm hade just anlänt. Hon hade rävboa om halsen och verkade väldigt belevad, helt i stil med friherrinnans beskrivning. Ett stort fång rosor hade hon överlämnat till sin gamla studiekamrat. Därefter med högtidlig min satt sig tillrätta på stolen, inledande en konversation om gemensamma bekanta. Friherrinnan gonade sig i glansen, de andra patien-

terna på salen låtsades sova eller gömde sig bakom sina tidningar.

Då knackade det på dörren och Sakarias stegade in. Stannade först ett kort ögonblick på tröskeln, hasade sig därefter fram till de båda damerna.

— Godda, mamma lilla, sa han med pipig röst. — Hur står de te mä dej? Har du blett nå bätter i bröstet.

Friherrinnan blev så chockad av den lurviga uppenbarelsen att hon direkt tappade både fattning och målföre. I rena häpenheten tog hon Sakarias i hand och hälsade. Prästfrun i sin tur bara glodde.

— Mamma, mumlade hon för sig själv och alternerade med blicken mellan väninnan i sängen och lodisen, som utgav sig för att vara hennes son.

— Här ä lite mat som pappa skickade, fortsatte Sakarias med samma säckpiperöst. Ställde därefter fram en korg i sängen. I botten på korgen låg några oskalade potatis och en brödkant.

Friherrinnan svalde och gjorde sig beredd på ett utbrott, prästfrun tittade i korgen och Sakarias gjorde sig redo för reträtten.

— Synn att en ska ha så brått jämt, sa han och vände sig om vid utgången. — Men si ja måste hem å hjälpa pappa att köra gössel. Ajöken, mamma lilla! Hej hej!

Han bugade lite tafatt för damerna, hasade sig ut genom dörren och försvann i en baktrappa.

I februari numret kommer

- den andra artikeln av **BENGT LINDHOLM** om rökningen. Den handlar om rökningens samhälls-ekonomiska konsekvenser
- två nya artiklar i vår serie om handikapp i dagens samhälle och om vår utvecklade socialkultur
- en dokumentnovell av författaren **Anderz Harning**



Regionkurser i Småland och Värmland som gav stor behållning

Jära folkhögskola utanför Nässjö var kursgård för nr fem av de regionala veckoslutkurser som RHL tillsammans med ABF anordnat kring handikappråden, den 24—26 sept. 1971.

Det blev bråda och arbetsamma dagar för de 33 kursdeltagarna och annat var heller icke väntat —, men så får man nog utgå ifrån att syftet med dessa kurser är av särskild stor vikt och betydelse, kanske den största på länge. Det har sedan lång tid tillbaka höjts röster för ett större inflytande och medbestämmanderätt i kommunala instanser. Vi har nu kommit så långt att dörrarna skall slås upp i både kommuner och landsting för de handikappades organisationer. Då gäller det att vara beredd och skolad för de uppgifter som väntar.

Riksförbundet hade också till denna kurs fått förstärkning av ABF som svarade för delar av kursprogrammet, liksom de rent tekniska arrangemangen, under det att Jönköpings läns Centralorganisation stod för värdskapet. Det är naturligtvis omöjligt att på några få rader gå igenom kursschemat, som var mycket omfattande, med föreläsningar och därpå följande grupparbete och diskussion.

Som föreläsare från RHL medverkade förbundssekr. Albert Fredin, som även var kursledare. Utredningssekr. Gunilla Ekvall från HCK, inledde med att gå igenom studiecirkelmateriel för handikappråden. Jkp:s CO-ordf. Hadar Hallén var inledare i ämnet föreningskunskap. Sist i raden var konsulent Nils Wedin, Nässjö ABF, som i ett

synnerligen levande och inspirerande anförande inledde frågan "Hur organisera studier och nå medlemmarna". Han framhöll vikten av att enkelt, vänligt och naturligt övertyga medlemmarna om betydelsen och behovet av studier. Det finns heller inga åldersgränser, gamla som unga kan tillhöra en cirkel, få nytta och glädje av den. Bevisen kan mångfaldigas.

Det är mycket som kunde skrivas om denna lyckade kurs på "Jära" men utrymmet är starkt begränsat. Vi deltagare får nu så gott vi kan i cirklar och på möten sprida kännedom om var vi fått uppleva och lära vid regionalkursen 1971. Sist vill jag nämna att kursen omfattade Östergötlands, Jönköpings, Kronobergs och Kalmar län. 16 föreningar och 2 500 medlemmar. Regionen omfattar mer än 60 kommuner.

Som slutvinjett vill jag citera en appell av Albert Fredin, som i avskedsceremonin yttrade: "Vi har varit samlade här till en av våra viktigaste kurser och vi har gett våra deltagare en 'injektionsspruta', som vi hoppas har gett kunskap, kraft och inspiration för verksamt och gagnarikt arbete i de olika handikappråden."

Gustav Englund

Den 15—17 oktober var Hotel Savoy, Karlstad, upptaget av ombud från konvalescentföreningar i Örebro och Värmlands län till en regionkurs, som

var anordnad av RHL och ABF Värmland.

Huvudämnet i kursen var de kommunala handikappråden och länshandikappråden. Men inte bara detta förekom på kursen.

Som första ämne fick vi till livs förbundsaktuellt. För detta redogjorde Bruno Landstedt. Efteråt blev det grupparbete, och jag tror att Bruno fick många goda råd med sig hem till förbundet.

Före lördagens arbetsämne, handikappråden, gjorde jag en liten undersökning och förfrågan hos ombuden, om de visste vad handikappråd var och vad det innebar. Jag måste tillstå att de flesta var lika lite insatta i ämnet som jag själv. Detta innebar att alla var nyfikna på vad som komma skulle. Det var sekreterare Rolf Carlsson, Statens Handikappråd, som informerade i ämnet. Hans lediga och behagliga sätt att framlägga dessa stora problem gjorde att informationen gick "hem" ganska bra hos ombuden, vilket den ganska livliga debatten som följde (förresten under anförandet också) efter Rolfs redogörelse, för att inte tala om intresset för det grupparbete ombuden fick att brottas med, där tiden på inga villkor ville räcka till. Men trots den inblick vi fick i ämnet denna dag så tackar vi för det studiematerial som framställdes så att cirkelstudier kan hjälpa oss till de kunskaper som erfordras för att ett positivt resultat skall erhållas inom handikappråden till gagn för de handikappade i samhället.

Gösta Stake

Veckoslutskurser omkring de nya handikappråden

Stort intresse i Hammarstrand

Fredagen den 17 sept. samlades 32 deltagare från W, X, Y och Z län till ett förlängt veckoslut på Vårdshuset Vildhussen i den vackra Ragundadalen. Det var här köpmannen Magnus Huss även kallad Wild-Hussen år 1796 för en summa av 400 kronor hade åtagit sig att sänka Ragundasjön, men den kanal som han grävde genombröts av vattenmassorna och sjön som fick ett helt nytt utlopp tömdes i hela sin längd på endast några få nattimmar. Därvid uppstod bl a det numera naturskyddade Döda fallet, där man kan se hur vattenmassorna slipat och urholkat stenarna. Om detta kunde ordf. i Jämtlands läns konvalescentförening — Sven Widegren — berätta när han hälsade kursen välkommen till Hammarstrand. Efter presentationen och genomgången av kursprogrammet tog så kursledaren Bruno Landstedt hand om rodret och berättade om vad som är aktuellt inom förbundet och där kan man göra den lilla reflexionen, arbetsuppgifter saknas icke, ej heller debattlystna och intresserade medlemmar.

På lördagen fick vi besök av informationssekreteraren i riks-HCK, Monica Werenfels som informerade omkring handikapprörelsen och handikappråden, hon hade i sitt bagage ett alldeles färskt studiematerial med samma arbetsnamn. Hon hoppades att detta material skulle komma till flitig användning i studiecirkel ute i våra organisationer. Hon konstaterade vidare att vi måste försöka få till stånd en bättre samordning mellan de olika samhällsorganens insatser, här bör de kommande handikappråden kunna fylla en angelägen uppgift. Hon meddelade vidare att man från HCK:s sida anser att dessa organ bör sortera under kommunstyrelsen resp. förvaltningsutskottet, för att främja den integrering som man eftersträvar. Efter att Monica hade redogjort för en del

organisationsfrågor som blir aktuella i samband med och efter inrättande av dessa handikappråd samlades deltagarna till grupparbete kring frågor vilka krav som ställs på handikappupprörelsens repr. i dessa råd. Från deltagarna såg man positivt på inrättandet av dessa handikappråd men det underströks mycket klart nödvändigheten av, att de som kommer att repr. i dessa råd bör vara väl informerade och väl insatta i de handikappades problem. Vid gruppredovisningen framkom förslag på att Riksförbundet skulle undersöka möjligheterna att anordna någon längre kurs om möjligt i samråd med Kommunskolan i Sigtuna, då i första hand för de ledamöter som skall sitta med i handikappråden.

Bruno Landstedt gav därefter tips på hur man skall organisera studier och hur man skall nå ut till medlemmarna. Man redogjorde även för samarbetet mellan ABF och RHL.

På lördagskvällen kunde man konstatera att det finns många goda historieberättare inom vårt förbund. Den charmerande kursledaren visade att han inte enbart kan entusiasmera medlemmarna under kurstimmarna utan deltar lika engagerat på dansgolvet.

Under söndagen fick deltagarna en information av Kurt Åström, ABF, hur en föreningsstyrelse bör arbeta när den är som bäst, tips på åtgärder som man kan vidtaga för att skapa en ökad aktivitet bland medlemmarna m.m. Som en sammanfattning kan sägas att det var en intressant och stimulerande kurs som gav deltagarna en värdefull inspiration för fortsatt arbete bland handikappade kamrater. Slutligen finns det anledning att uttala sin stora uppskattning för det sätt som kursledaren — Bruno Landstedt — genomförde sin uppgift.

John Gärdin

Grupparbete och tid för en stunds svängom trots späckat program vid kursen i Västerås

Ett trettiotal medlemmar från Södermanland och Västmanland var samlade i Västerås under veckoslutet 10—12 sept., där de fick delta i en av förbundet och ABF anordnad kurs.

Vad förbundet i första hand ville åstadkomma med denna satsning, var att informera medlemmarna i de frågor som kommer att vara förknippade med bildandet och sedan arbetet inom handikappråden.

Ledare för kursen var konsulent Bruno Landstedt från förbundet. I handikappråden informerade utredningssekreterare Gunilla Ekvall från Riks-HCK.

Det grupparbete som förekom i varje ämne, omfattades med mycket livligt intresse av deltagarna och detta båd ju mycket gott för ett fortsatt intensivt arbete inom varje förening som var representerad på kursen.

För att hjälpa deltagarna med goda råd i det kommande studiearbetet informerade Ruben Karlsson från ABF i Västerås om studieorganisation och kursplanering. Ett mycket intressant avsnitt i Karlssons föredrag handlade om människors kontaktsvårigheter.

En stor del av lördagen disponerades av studiesekreterare Pavel Raus från ABF:s Västmanlandsdistrikt som gnuggade deltagarna i föreningskunskap.

Trots det späckade programmet, blev det ändå tid över på lördagskvällen för en sån där kamratlig och gemytlig samvaro som alltid då RHL-are kommer tillsammans. ABF hade engagerat en glad Västerås-flicka, Elsa-Doris Ekman, som sjöng och spelade dragspel. Till hennes bälgatoner blev det också en stunds svängom.

Erik Wikman

Det kom ett brev om Status...

...och det var ett ovanligt brev. Ett fint brev på många sätt. Ett brev om varför Märtha Nilsson i Boden började prenumerera på Status och varför hon fortsätter att prenumerera. Tack Märtha Nilsson, det var en fin ton i Ditt brev.

Det ringde en dam i dag och frågade så vänligt, om jag skulle behålla STATUS nästa år. Ja, det ska jag. Rösten var så vädjande, men inte behöver man vädja till mig, då det gäller STATUS. Jag anser det som en självklar sak att stödja tidningen och deras verksamhet. Visserligen har jag många gånger tänkt, att nu får det vara nog med alla dessa tidningar, som ber om stöd och hjälp, jag betalar så höga skatter, så nu får det sannerligen vara nog. Så går tankarna under året och så faller man för rösten och behåller tidningen.

Men hur är det egentligen med STATUS. För mig har den betytt en hel del under åren. När jag första gången kom i kontakt med tidningen, var det i sammanhang med mitt arbete för många år sedan. Vi skulle ha ett antal vakter, som skulle med vissa tidsintervaller vakta vissa förråd. Besöka dem, gå en runda och se om något oegentligt förelåg. Ersättningen för arbetet var ca 75:— per månad. Och det rörde sig i praktiken om tre vakter per vecka. Det här är länge sedan, någon gång på 50-talet, då löner och ersättningar var ett minimum mot vad det är nu.

Vi fick några intresserade som anmälde sig. Den jag minns bäst var en ljus, ganska storväxt man. Han gjorde ett visst intryck på mig för han var så ljus och hade så skära kinder. Han talade lågmält och var mycket försiktig i sitt uppträdande.

Vi skrev kontrakt och han var tacksam för den ersättning som utgick. Efter cirka två veckor kom han tillbaka och såg så blek och trött ut, när jag tittade närmare på honom såg jag att han gråtit. Det rörde mig på något särskilt sätt, jag kan inte minnas att jag sett en karl gråta. Då jag frågade honom, hur det stod till, kom orden liksom forande ur honom. Han kunde

inte ha kvar arbetet längre. Han hade blivit anmäld av några grannar, han hade fått brev från riksförsäkringen att man skulle dra in hans månatliga ersättning.

Han talade också om, att han var lungsjuk, att han legat i många omgångar på sanatorium, att han blivit revbenad, att era lungan varit gasad och att han ej räknades som arbetsför och därför erhö! en mindre slant från riksförsäkringen.

Den gången ställdes jag inför ett människoöde, som jag aldrig kan glömma. En stor stark karl får lungfel och blir inte frisk, trots den tidens alla mediciner och hjälpmedel. Han förblev sjuk, han var utstött ur samhället. Men han var ju inte sjukare än att han kunde vara uppe, kunde gå ut och skulle vara ute. Jag kände en het vrede mot riksförsäkringsverket, mot grannarna, som inte kunde sätta sig in i en människas sjukdom.

Försäkringsverket med sina byråkratiska petitesseer, grannarna med sin simpla avundsjuka på de stackars kronorna. Mannen kunde ju sköta sitt arbete, det var för honom en källa till tillfredsställelse att någon frågade efter hans insatser, han fick tillfälle att känna sig nyttig.

Massor av år i hans liv hade gått åt till långa sjukdomsperioder och nu när han fått ett halmstrå att gripa tag om, så skulle det också ryckas ur hans hand.

Det var den mannen som bad mig prenumerera på STATUS, inte hjälpte det väl honom så mycket, men många bäckar små gör en stor å. Jag såg honom aldrig mer — en dag stod hans dödsannons i tidningen. 37 år gammal och ett offer för lungnoten.

Nya regler för reseersättning även för resor till konvalescensvård

gäller från den 1 juli 1971. Dessa finns kortfattat beskrivna i en liten broschyr som tillhandahålles av försäkringskassorna. Kravet på läkarremiss har slopats vid resor i samband med läkarvård vid närmaste allmänna sjukhus, vårdcentral eller motsvarande sjukvårdsinrättning för öppen vård.

Resor till tuberkulosdispensär ersätts också

Tuberkulosdispensär — fristående eller inrymd i lungsjukhus — hänföres till inrättning avsedd för öppen vård. Den som vistas inom dispensärområdet äger därmed rätt till ersättning för resekostnaderna utan remiss av annan läkare. Alla besök vid dispensär för undersökning berättigar alltså till ersättning för resekostnaderna, oavsett om tid har avtalats för undersökningen eller inte.

Resor till konvalescenthem

Även resor i samband med konvalescentvård kan nu ersättas genom försäkringskassan — förutsatt att det gäller sådan vård som ersättes genom denna. Reseersättningen utgår om konvalescentvården sker i omedelbar anslutning till sjukvården — eller om väntetiden för plats på konvalescenthem endast gällt några dagar i patientens hem. Även utförsäkrade för sjukpenning har rätt till ersättning för resekostnader under samma förutsättning och i fall då dessa har sina 60 dagar eller del därav oförbrukad.

Pristagare

bildkryss nr 8

1:a pris 25 kr Astrid Forsberg, Box 305, 790 26 Enviken

2:a pris 10 kr Birgit Lindahl, Hjortstorpsvägen 23, 703 66 Örebro

3:e pris 5 kr Kerstin Wennberg, Krongårdsringen 10, 951 00 Luleå

GOTT NYTT ÅR tillönskas av

LOKALFÖRENINGAR

Länsföreningen för Hjärt- och Lungsjuka i Skaraborg
Centralstyrelsen för Hjärt- och Lungsjuka i Stockholm
Fören. för Hjärt- och Lungsjuka i Stockholm (FHLiS)
S:t Görans Patientförening, Stockholm
Söderby Patientförening, Uttran
Konv.för. f. Hjärt- o. Lungsjuka i Stockholm län (KHLS)
Patienternas Understödsförening, Uttrants Sjukhus
Centralorg. för Hjärt- o. Lungsjuka i Södermanlands län
Eskilstuna Konvalescentförening
Föreningen för Hjärt- och Lungsjuka i Nyköping
Lungkliniken Patientförening, Eskilstuna
Uppsala Läns Centralorg. för Hjärt- och Lungsjuka
Enköpingsortens Konvalescentförening
Patientföreningen vid Lungkliniken, Uppsala
Centralorg. för Hjärt- och Lungsjuka i Värmlands län
Lokalföreningen för Hjärt- och Lungsjuka i Karlstad
Konvalescentföreningen för Hjärt- o. Lungsjuka i Arvika
De Hjärt- och Lungsjukas konv.för. i Kristinehamn
Hjärt- och Lungsjukas Förening i Säffle m.o.
Hagfors Konvalescentförening
Lokalföreningen VIKÖ, Kristinehamn
Patientföreningen Enighet, Lungkliniken, Arvika
Västerbottens Läns Hjärt- o. Lungsjukas Centralförening

Konvalescentföreningen Bången, Lycksele
Konvalescentföreningen Lövsta, Umeå
Skelleftebygdens Konvalescentförening
Patientföreningen, Hällnäs Sjukhus
Västernorrlands Hjärt- och Lungsjukas Centralförening
Föreningen för Hjärt- och Lungsjuka i Sundsvall m.o.
Norra Ångermanlands Konvalescentför., Örnsköldsvik
Föreningen Nyttä och Nöje, Lungkliniken, Örnsköldsvik
Centralorg. för Hjärt- och Lungsjuka i Västmanlands län
Konvalescentföreningen Aros, Västerås
Köpings Konvalescentförening
Fagerstaortens Konvalescentförening
Patienternas Understödsförening, Lungkliniken, Västerås
Sälko, Föreningen för Hjärt- och Lungsjuka, Borås
Marks Konvalescentförening, Skene
Sjö-Gunnarsbo Patienters Understödsförening, Åsunden
Patientföreningen Skogsblomman, Borås
Örebro Läns Centralorganisation för Hjärt- o. Lungsjuka
Örebro Konvalescentförening
Karlskoga Konvalescentförening
Patientföreningen, Lungmedicinska kliniken, Adolfsberg
Centralorg. för Hjärt- och Lungsjuka i Östergötland
Föreningen för Hjärt- och Lungsjuka i Östergötland
Hjärt- och Lungsjukas Förening, Norrköping

Status

kostar oförändrat

20:— för helår

11:— för halvår

Postgiro 95 00 11-7

Gynna

svenskt

näringsliv

KRAHNER

då det gäller
stolar och bord
för samlings-
lokaler . . .

Även SITTRUPPER
i klädda
stålrörsmöbler

Infördrå vår offert



ANDERS KRAHNER AB Skillingaryd

Telefon 0370/706 40 Telex 700 62



- ★ välkänd för sina stora forskningsinsatser
- ★ driver 27 forskningscentra
- ★ engagerar 7.000 personer — mer än var 25:e anställd — inom forskning

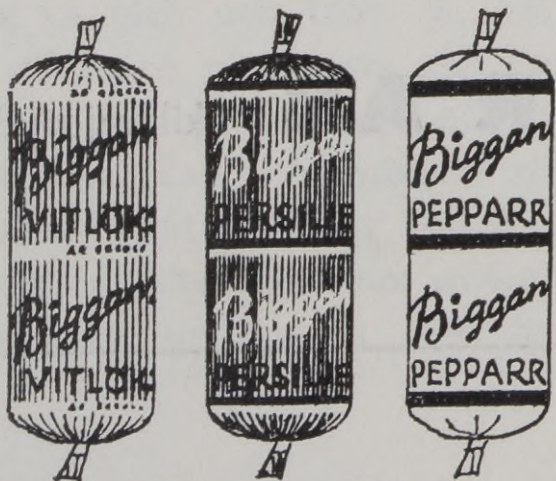
Shell — ett ledande olje- och kemikalieföretag
såväl i Sverige som internationellt sett

PRICKEN ÖVER I

Biggan



BÖCKLING som PASTEJ



SMÖR med AROM

VITLÖK
PERSILJA
PEPPARROT