

Det här verket har digitaliserats vid Göteborgs universitetsbibliotek.
Alla tryckta texter är OCR-tolkade till maskinläsbar text. Det betyder att du kan söka och kopiera texten från dokumentet. Vissa äldre dokument med dåligt tryck kan vara svåra att OCR-tolka korrekt vilket medför att den OCR-tolkade texten kan innehålla fel och därför bör man visuellt jämföra med verkets bilder för att avgöra vad som är riktigt.

This work has been digitised at Gothenburg University Library.
All printed texts have been OCR-processed and converted to machine readable text.
This means that you can search and copy text from the document. Some early printed books are hard to OCR-process correctly and the text may contain errors, so one should always visually compare it with the images to determine what is correct.



Status

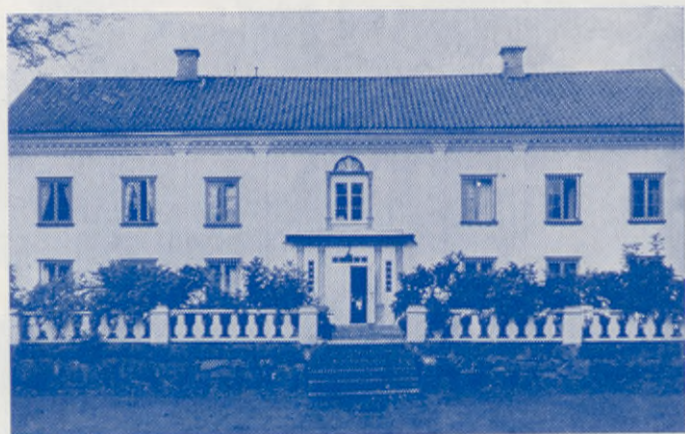


nr 8
sept. 1967
pris 2:—

Vård på konvalescenthem ger

Rekreation ● Vila

Alla ● årstider



Årshem

- KONVALESCENTHEMMET BJÖRKEFORS, SUNNE (Värmlands län)
Telefon: Sunne 0565/271 65 — Plats för 30 gäster
- FJÄLLFARARGÄRDENS KONVALESCENTHEM, Postfack 46, UNDERSÅKER (Jämtlands län)
Telefon: Undersåker 11 — Plats för 24 gäster
- FRITIDSGÅRDEN RAMNÅS, Postfack 42, TORUP
Telefon: Torup 0345/201 38 (Hallands län)
Plats för 20 gäster
- KONVALESCENTHEMMET ÄSEN, ÄSLJUNGA
Telefon: Klippan 0435/600 09 (Kristianstads län)
Plats för 20 gäster

Sommarhem

- LÄNGASJÖNS SEMESTERHEM, ASARUM (Blekinge län)
Telefon: Karlshamn 0454/260 11 - Vintertid 0454/115 66
Plats för 13 gäster
- SVANHOLMENS VILOHEM, Hallarydsväg., OSBY (Malmöhus län)
Telefon: 0479/117 14 - Exp.: Almbacksg. 2 B, MALMÖ C
Telefon: 040/11 57 95 - Plats för 27 gäster
Korr.: Åke Lindahl, Smedjekullsgatan 16 A, MALMÖ Ö

Förfrågan om plats

göres av sanatoriepatient hos sanatoriets kurator och för den som ej vistas på sanatorium hos dispensären eller genom Riksförbundet för Hjärt- och Lungsjukas lokal-föreningar

Eftervård ● Förebyggande vård

i avkopplande miljö och natursköna trakter

Det är mycket olika i landets kommuner

ifråga om handikappåtgärder visar de små häften länsvis den statliga handikapputredningen nu presenterar.

Inga åtgärder vidtagna är ett faktum på en del håll

även om det finns ljusglimtar, exempel som visar att man försöker bryta slentrianen i gammal kommunalpolitik, men det kommunala genombrottet i handikappvallen — den moderna synen på människovård har långt kvar på det hela taget.

De kommunala bostadstilläggen

är 50 procent högre i Märsta än i Sigtuna skriver en fullmäktige-grupp — behövs några flera kommentarer?

Status

Ägare: Riksförbundet
för Hjärt- och Lungsjuka



Kontrollmärke
lagligen skyddat

nr 8 1967 september årgång 30

SOCIALVÅRD · SOCIALMEDICIN · DE HANDIKAPPADE

Vårdfemman bort i reform med "kost ersättning"

Då vi ligger på sjukhus drar man av en viss del av sjukpenningen — den s. k. vårdfemman. Bortsett från de allra lägsta inkomstgrupperna — hemmafruar utan eget förvärvsarbete, studerande och smärre grupper — rör det sig om ett avdrag på en femma om dagen vid sjukhusvård. Även 52-kronorsmannen i högsta sjukpenningklassen behöver inte betala mer än "vårdfemman" då han ligger på sjukhus.

Vissa inskränkningar finns ifråga om sjukvårdsersättning för dem som fyllt 67 år och har ålderspension, den som tagit ut ålderspension före 67 års ålder samt den som har hel förtidspension. Här gäller den omdiskuterade 180-dagarsregeln, dvs. man får ersättning för sjukhusvård i sammanlagt högst under 180 dagar, vilket för långtidssjuka inte varit någon särskilt populär klausul i den nu gällande allmänna sjukförsäkringen. Inom Riksförbundet för Hjärt- och Lungsjuka har vi länge arbetat för en reform för uppmjukning av den här tidsspärren. Saken har både i skriftlig och muntlig form framförts till 1961 års sjukförsäkringsutredning.

Naturligtvis har sjukförsäkringsutredningen funderat på den här saken — och funderat ganska länge. I flera tidningsartiklar de sista månaderna har vi läst om att en reform på området lär ska vara på väg. Frågan har stötts och blötts inom utredningen, det har antytts och diskuterats, kanske också missuppfattats på sina håll vad som egentligen avses med innehållet i ett kommande förslag. Gläntar man på

dörren till en reform ligger det väldigt nära till hands att dra förhastade — kanske alltför optimistiska slutsatser. Särskilt från det håll där man mest otåligt väntar en reformering.

För vår egen del ska vi inte taga ut någon glädje i förskott. Även om vi vet att många av våra långtidssjuka medlemmar väntar på att 180-dagarsspärren ska tas bort ur försäkringen och ersättas av en generösare regel, helst utan tidsdiskriminering för vissa grupper. Vi ska som antytts inte deklarerat någon ståndpunkt innan vi sett det slutgiltiga budet från sjukförsäkringsutredningen, men det må vara oss tillåtet att redan nu spekulera än smula i saken eftersom folk från utredningen varit ute och talat eller rättare sagt antytt vad vi har att vänta.

Om man nu försöker dra ut konsekvenserna av vad som sagts i offentliga sammanhang ska alltså 180-dagarsregelns livstid i försäkringen vara under diskussion. Men frågan är: vad kommer istället? Sjukförsäkringsutredningens ordförande, Yngve Persson, framhöll på sentanskapsmöte i Växjö i juni att en person som tas in på sjukhus skall betala "en rimlig summa för mat och logi under sjukhusvistelsen", en avgift som hr Persson betecknade som en "underhållsavgift".

Det här låter faktiskt som om man ligger på hotell, även om det inte talas om betjäningsavgifter och drickspengar. Och i det nya resonemanget ligger väl, som talaren framhöll, att landstingen bör vara

huvudmän för hela sjukvården och stå för finansieringen. Med ett nytt kostnadsfördelningssystem försvinner "sjukhusfemman" — men hur kommer kostnadsfrågan för den enskilde försäkringstagaren att byggas upp? I varje fall lär det väl bli fråga om någon form av avgifter och enligt Yngve Persson skulle "avgiften dock tas ut endast om det fanns ekonomisk grund hos den sjuke för en sådan avgift".

De olika tidsalternativ vi skymtat i pressen cirkulera mellan tre, sex eller tolv månader. I ett annat uttalande i landstingsförbundets tidskrift (det bygger ursprungligen på en artikel i Dagens Nyheter) skulle personer, som vårdas på sjukhus mer än sex månader, i framtiden få betala för kost och logi. Er-sättningen, som maximalt kan uppgå till 25 kronor per dygn, skulle uttas efter vissa enkla reduktionsregler.

Plöjer man en smula i dessa fragment skulle man alltså komma fram till ett förslag om "kostsättning" och viss betalningsskyldighet för den enskilde försäkringstagaren. Hur detaljerna i den nya konstruktionen kommer att klaffa med betalningsförmåga och långtidssjukdom är svårt att avgöra med stöd av dessa fragment. Kommer någon ny sorts behovsprövning att dammas av och fogas in i systemet? I varje fall tycks "sjukhusfemman"

HJÄRTSJUKEPROBLEM

— kommentar
till en undersökning

På annan plats i detta nummer lämnas en koncentrerad redogörelse för det arbete som gjorts med en försöksetapp för att bereda väg för en ordentlig kartläggning av de hjärtsjukas sociala problematik.

Vårt riksförbund har med denna inledningsetapp fått en grund för — som vi hoppas — fortsatt undersökning. En grund för hur ett sådant stort projekt lämpligen bör byggas ut till övriga delar av landet. Den grupp hjärtsjuka som varit med i Stockholms stad visar att intresset för medverkan finns hos de sjuka själva. Riksförbundet har också kunnat glädja sig åt ett gott samarbete med Socialmedicinska Institutionen vid Karolinska Institutet, främst då genom det intresse professor Gunnar Ingehe visat oss. Men vi får inte i sammanhanget glömma bort att vi hade turen att få en ung ambitiös läkare, doktor Jan Thorson, som med stor energi gick in för sin uppgift. Även den som

bli avskriven ur avgiftskalendern, men vad följer efter 180 dagarsregeln för den långvarigt sjuke i det nya systemet? För man vågar väl tro att en tidsspärr av denna art inte skulle ha något att skaffa i ett nyordnat avgiftssystem. Vi hoppas på att få se det nya förslaget i alla dess delar inför offentlighetens ljus i höst. Till dess får vi spara våra omdömen om de långtidssjukas ställning i en reformerad sjukförsäkring.

Sixten Hammarberg

inte är medicinskt sakkunnig förstår att det varit en krävande uppgift. Jämfört med undersökningar av större format rör det sig här om ett litet antal människor — av de 69 kontaktpersonerna som utvalts kunde intervjuerna utföras för 48 — men redovisningen ger ändå inte en ens tillnärmelsevis rättvis uppfattning om hur mycket jobb som ligger bakom. Genom att arbetet till större delen utförts i vårt riksförbunds lokaler har vi fått en viss uppfattning om att socialmedicin och sociologi är inte bara en modesak — det rör sig även om krävande arbetsuppgifter om man ska ge sig in på mänsklig problematik av det här slaget.



Att det behövs en sådan här undersökning för vår ojämförligt största sjukdomsgrupp torde ingen behöva tvivla på. Sedan är det en annan sak att man — tills vi fått ett större jämförelsematerial att bygga på — bör vara försiktig att dra ut några slutsatser om hur det i största allmänhet ter sig med bl. a. bostadssituation, arbetsanskaffning, personlig omvårdnad, hemhjälp, trivsel och social anpassning etc. Ett är säkert: vi behöver gå vidare på den inslagna vägen. Den försöksgrupp av hjärtsjuka som bearbetats i Stockholm bör kunna tjäna som bas. I varje fall bör — hur man nu bedömer det redovisade materialet från Stockholm — det inte stanna upp för att problematiken inte inbjuder till fortsatt analys på bredare bas. Hjärt-sjukeproblematiken, stress och tryck av olika slag i den sociala miljön, ligger i själva den samhällsform dagens människor lever i. Det skulle därför vara illa om vi stannar upp i portgången — inte går ut med en ordentlig genomgång på det sociala fältet. Till dessa frågor — och en del detaljfrågor som blottats i stockholmssjukgruppens redovisning — hoppas vi att återkomma i ett följande nummer av Status.

STATUS

ger sociala och medicinska fakta
i lättläst form.

Status

Organ för Riksförbundet för Hjärt- och Lungsjuka

Ansv. utg.: Einar Hiller
Redaktör: Sixten Hammarberg
Red.: David Bagares Gata 3, 1 tr., Sthlm C
Telefon: 08/20 09 23, 20 09 24
Postadr.: Box 3196, Stockholm 3
Postgironr: 95 00 11

Omslagets sista sida kr 600:—
1/1 sida = 180 × 260 mm " 500:—
1/2 sida = 180 × 130 mm " 275:—
1/4 sida = 90 × 130 mm " 150:—
1/8 sida = 90 × 65 mm " 100:—
Färgannonser 25 % tillägg.

Prenumerationspris: Helår 20:—, halvår 11:—

UR INNEHÅLLET:

OM LÄKEMEDELS VERKAN — OCH BIVERKAN . . .	6
HJÄRTINFARKTEN STATUSSYMBOL I KANSLIHUSET?	8
NYTT FÖRSLAG OM LÄKEMEDELSRABATT	10
UNDERSÖKNING BLAND HJÄRTSJUKA	12
RESOR TILL HÄLSANS OASER	14
STILLBILDER UR SOMMARARKIVET	18
BILDKRYSS	21

OMSLAG: Stad i försvinnande ljus, teckning av Gunnar Persson

Lagskyddad rätt till skyddat arbete — socialministern tveksam

En statlig utredning om bättre levnadsvillkor för utvecklingsstörda behandlar bl. a. också sysselsättningsfrågan för denna handikappgrupp. Hela vårdproblemet väntas komma upp till behandling vid höstriksdagen. *Västgöta-Demokraten* har intresserat sig för frågan och är kritisk mot socialministern för hans inställning till en ev. lagstiftning för att säkra rätten till arbete för denna ofta svårt försummade grupp i samhället. Tidningen tycker att socialministerns formulering — som framgår av följande citat — är något egendomlig:

"Att som utredningen föreslår ålägga landstingskommunerna att anordna skyddad sysselsättning för psykiskt utvecklingsstörda och således införa en lagstadgad rätt för dessa till sådana omsorger, medan en dylik rätt ännu inte tillkommer övriga handikappgrupper, är enligt min mening inte lämpligt."

V. D. granskar socialministerns formuleringar i sömmarna och menar att detta sorts principresonemang" faller platt till marken". Och det är en ganska hårdhänt handlag som användes för att plocka sönder statsrådets tankekonstruktioner på denna punkt. Tidningen fortsätter: "Formuleringarna han använder sig av är mycket svävande till sin innebörd. 'En dylik rätt' och 'övriga handikappgrupper' kan ju definieras hur som helst i detta sammanhang. Principiellt sett så tillhandahåller ju samhället rättigheter och förmåner ganska godtyckligt åt, som det kan förefalla, helt slumpartat utvalda grupper. Att nu plötsligt vägra en förmån åt en mycket gravt handikappad grupp bara för att inte alla handikappgrupper omedelbart kan få samma förmån, det är att vägra reformera samhället bara för att man inte kan göra det fulländat med det samma."

Även på andra områden har man gått fram i etapper, säger V. D. — det gäller t. ex. daghem, lekskolor etc. Det gäller här samhällsnyttig produktion, en meningsfull tillvaro och man får mångfaldigt igen för vad man satsar understryker tidningen.

Hur många läkare sitter i landstingen?

Svaret på frågan om läkarrepresentation i dessa för sjukvård m.m. så viktiga beslutande församlingar kommer här.

Professor Gunnar Edström i Lund presenterar i *Läkartidningen* det politiska inslaget av läkare i landstingen.

Professor Edström har granskat förteckningen över landets landstingsmän och framhåller följande.



Det är bekant att läkare i allmänhet har ringa politiskt intresse. Då landstingens allt överväldigande uppgift och intresse är sjukvård och hälsovård, hade man emellertid förväntat, att åtminstone bland våra 1.513 landstingsledamöter finna åtskilliga läkare. Det visar sig emel-

lertid av den förteckning över landstingsmännen enligt 1966 års val, som i dagarna utkommit, att totalantalet läkare i de 25 landstingen är 34, däribland en enda kvinnlig — Ursula Rexed — samt att ej mindre än 10 landsting helt saknar läkare bland sina ledamöter.

Av de 34 läkarna tillhör 18 högern, 13 folkpartiet, 2 centerpartiet samt 1 socialdemokraterna. Endast Malmöhus läns landsting har ett relativt stort antal läkare, 8 stycken. Stockholms läns landsting har 5, Göteborgs och Östergötlands läns vardera 3, i övriga blott 1 à 2. Det minsta borgerliga partiet, högern, har flest antal läkare och i Norrland, där i övrigt högern har så få ledamöter, finns bland läkarna norr om Gävle blott högermän.

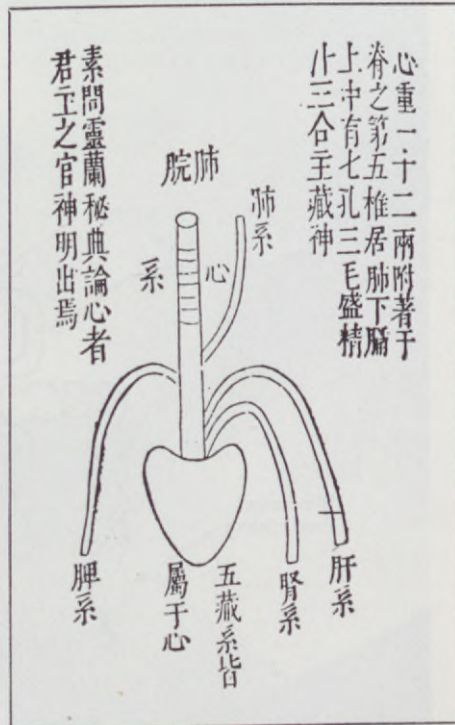
Titelproblem — konsulent bättre än ombudsman?

När man inom folkrörelserna ska anställa folk som ska handlägga praktiska uppgifter stannar man ofta inför titeln ombudsman. Vi behöver en ombudsman he-

ter det. Vid den stora handikappkonferensen i Luleå i år — anordnad av rikshälsökonferensnämnden — hade man tillsatt arbetsgrupper och en av dessa sysslade bl. a. med hittillsvarande organisationsproblem. För handikapporganisationerna, där man oftast till och med utför sådant kvalificerat arbete i sociallagstiftning m. m. som man inte klarat av på annat håll, ger kanske dock titeln "ombudsman" — utåt sett — intryck av en person som sysslar med diverse plock, föreningsjobb utan större krav på kvalifikationer, skolor och utbildning osv. I vissa kretsar låter ombudsman kanske rent av en smula misstänkt — "en som pratar" och sedan blir det inte så mycket mera.

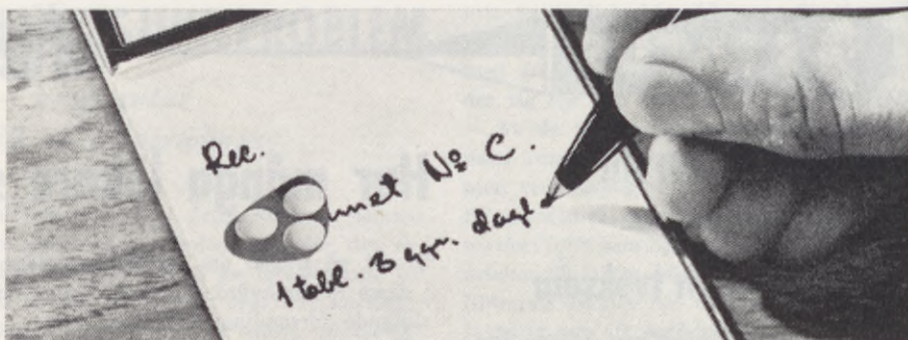


Ett faktum är väl också att det inte är så lätt att få anslag för en "ombudsman". Söker man däremot anslag för en "konsulenttjänst" eller en kurator låter det genast bättre hos de anslagsbeviljande instanserna. I den nämnda arbetsgruppen framhölls att handikapporganisationerna inte bör underkännas — de är en viktig del i en levande demokrati — och får därför inte stupa på titlar, diskrimineras därför att deras verksamhet inte riktigt passar in i de sociala kataloger man gjort upp. I arbetsgruppens utlåtande heter det bl. a. att man "tills vidare varnade för användning av ombudsmantiteln".



Som omväxling till "kineseri" med titlar och sociallagar visar vi ett kinesiskt hjärta.

Om vi medicinerar — och det gör svenska folket rätt flitigt numera — måste det vara viktigt att veta hur medicinerna verkar i oss. För något år sedan efterlyste vi i Status en lättläst bok i ämnet. Nu har vi fått en Prisma-volym i häandigt format "Hur läkemedlen verkar" av Stellan Ljungberg med massor av fakta. Det är en bok som den breda allmänheten kan läsa även om den också med fördel kan studeras av t. ex. teknisk apotekspersonal — det är fråga om en bok med vidsträckt



Om läkemedels verkan - och biverkan

användning av utanpåreklamen att döma. För egen del ska vi här ta upp några avsnitt i boken först utan anspråk på någon grundlig genomgång av innehållet.

Magen som mottagare av läkemedel

Läkemedel kan tillföras kroppen på många olika sätt, men det otvivelaktigt viktigaste transportsättet för tillförsel ur lagret av de piller och flaskor vår läkemedelsindustri förser oss med går via munnen till mag-tarmkanalen. I boken får vi en ganska lång redogörelse för pillervägens funktion. Vi undrar om inte beskrivningen av denna transportmekanism hade kunnat ges i mera lättläst form, även om vi inte alls har någon anledning att vara missnöjd med alla de fakta som serveras om sönderdelning av ämnen och magens safter, enzymer, körtlar m. m. Läkemedel som nedsväljs och överlämnas till mag-tarmkanalen utsättes för ett kemiskt stormangrepp. Författaren säger, att många läkemedel blir överksammas genom att de förstörs under transportvägen och sådana medel måste därför tillföras kroppen på annat sätt — injiceras in i blodbanan eller under huden. Läkemedlet måste vara aktivt — vara verksamt — när det kommer till det organ där det skall verka.

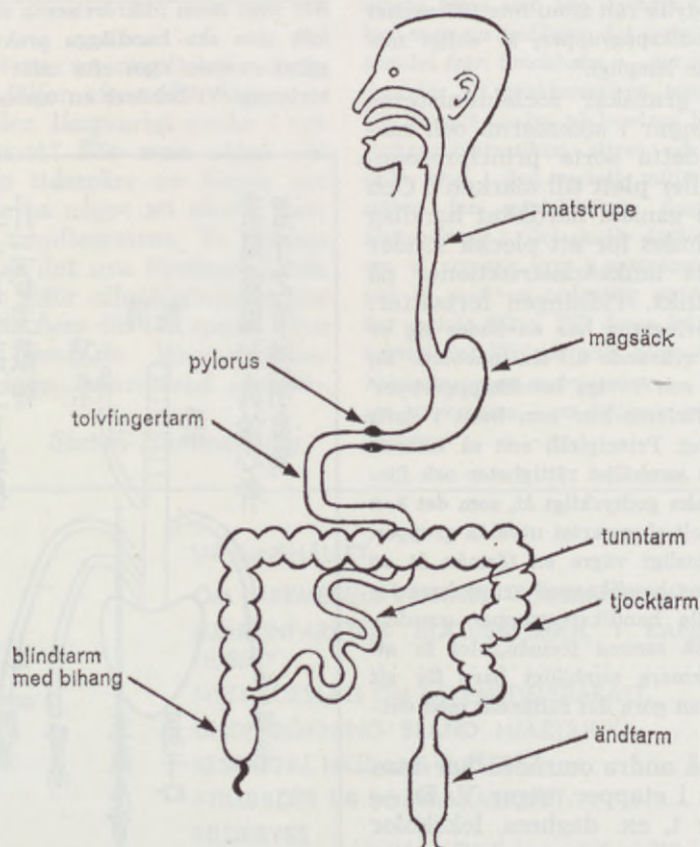
Om tron på dosens storlek

Mängden av läkemedel, eller dosens storlek, är naturligtvis av fundamental betydelse för effektens storlek. Ju större dos, desto större effekt. Nederst finns en tröskel, som måste överskridas, överst finns ett tak, som inte utan äventyrligheter kan överskridas, och däremellan ligger den terapeutiska dosen. Låt oss titta på en aktuell situation för att få ett klarare begrepp om dessa lagbundna förhållanden och läkemedelseffekten.

Nattsköterskan på en avdelning vet att hennes patienter som ber om sömnmedel eller kanske ett smärtstillande medel mot huvudvärk i en del fall inte nöjer sig med

"en, högst två tabletter", som sköterskan har rätt att utdela. De vill ha tre eller fyra tabletter — motiveringen brukar vara att "jag har tagit så mycket medicin att jag har blivit immun". Författaren menar att det inte finns några vetenskapliga belegg för en sådan "immunitet", och det finns heller ingenting som säger att en dos över det normala skulle fordras för vissa människor. Ändå vet man att dessa människor — när de får sköta medicineringen själva — överdoserar sina läkemedel och detta är förutsättningen för att

de skall verka! Det har gjorts försök med problematiken dos — effekt. Hur är det nu om två tabletter är tillräckligt och man tar tre eller fyra? Dos-effekt-kurvan visar att "mer än 100 procents effekt går inte att uppnå — trots detta vidhåller patienten att två tabletter inte räcker "för honom". Nu kan man börja tala om verkan och biverkan. Om två tabletter ger nästan 100 procents terapeutisk effekt, kommer tre eller i synnerhet fyra tabletter inte att öka effekten, men väl att ge biverkningar. Dessa biverkningar kanske regis-



Magen spelar stor roll som mottagare av mediciner. Det är via magen och dess transportsystem vi får i oss det mesta läkemedelsindustrin producerar. Skissen ger en uppfattning om "pillernas väg" till bot och bättring.

treras av patienten som värmekänsla i huden, susningar i öronen eller liknande. Det är inte ovanligt att sådana symtom förväxlas med den terapeutiska verkan ett läkemedel har. Man tror sig känna "hur medicinen tar". Man tror att biverkningarna är tecken på läkemedelseffekten. Problem på det psykologiska planet kan här komma in i själva det tekniska resonemanget om dos-verkan. Patienten är kanske inte alls mottaglig för de mest kristallklara bevis och dos-effekt-kurvor som lägges fram.

Symtom och sjukdom

Sedan länge har människorna förväxlat begreppen symtom och sjukdom. Symtomen är sjukdomens yttringar, och utan symtom finnes ingen iakttagbar sjukdom.

Symtom är en sorts alarmapparat som talar om att man har en viss sjukdom. Snuva och hosta är kroppens eget sätt att spola bort främmande ämnen från luftvägarna, liksom diarré avser att snabbt avlägsna icke önskade produkter i tarmen. Dessa och liknande symtom skall därför i princip inte hejdas med läkemedel, men ibland kan det vara nödvändigt. Kan inte patienten få nattro för sin hosta, är vätske- och saltbalansen i fara på grund av häftig diarré — då kan det vara klokt att hejda symtomen.

Biverkningar — förgiftningar

För bara något årtionde sedan annonserades nästan alla medel som "fria från biverkningar", men numera kan man knappast hitta något läkemedel som saknar

rubriken biverkningar i tillverkarnas kataloger. Är orsaken den att våra mediciner blivit farligare? Knappast, men vi har lärt oss att acceptera ett faktum som man förr inte ville inse, nämligen att denna goda hjälpare vid sjukdom också hade en negativ sida. Ett verksamt läkemedel, helt fritt från biverkningar, är tyvärr en paradox.

Biverkningar behöver inte alla gånger vara av negativ art — de kvinnliga patienter i England som av ett muskelavslappande medel fick se sin normala mörkbruna hårfärg övergå i blont blev helt förtjusta över medlets biverkan. Överkänslighet och specifika organskador, särskilt hos organ sysselsatta med utsöndring, transport etc., tillhör biverkningarna. Det är därför nödvändigt med täta analyser, när patienten har medicin som kan misstänkas ha viss biverkan. Hur pass sträng är nu läkemedelskontrollen? Vågar vi lita på våra medicinare? Den här boken ger belägg för att det finns många led av kontrollmöjligheter även om vi inte i detalj tar upp dem här.

Kontrollen upphör inte med att preparatet kommit ut på marknaden — speciella läkemedelsinspektörer gör stickprov i landets läkemedelssortiment. När som helst kan en förpackning tas in för efterkontroll. Dessutom är det varje apotekares och läkares plikt att anmäla om de har berättigad anledning att misstänka att allt inte står rätt till med ett läkemedel.

I allt kan man nog säga att den här boken innehåller mycket upplysningar, ofta inlindade i en snårskog av tekniskt vettande, men sånt är väl oundvikligt om man ger sig in på medicin av idag. Boken bör därför anbefallas livligt — vi har inte många böcker av den här sorten. Respekten för läkemedelsresursernas snabba tillväxt blir kanske ibland alltför stor. Det känns därför nästan befriande att slutligen i framstegens mångfald, på bokens sista sida, hitta följande formulering: "Att söka efter läkemedel som skulle ge oss ett evigt jordeliv vore meningslöst". Det är en ödmjuk bekännelse efter så gedigen redovisning av dagens medicinska möjligheter.

S. H.



Snuva och hosta är obehagliga men nödvändiga "symtom" — det rör sig om kroppens eget sätt att spola bort främmande ämnen från luftvägarna.

TÄNK PÅ

Hjärt- och Lungsjukas

Blomsterfond

Postgiro 95 00 11

Hjärtinfarkten statussymbol i Kanslihuset?



Bättre balans mellan öppen och sluten vård önskemål hos medicinalstyrelsens nye chef



Professor Bror Rexed, ny chef för medicinalstyrelsen.

Arthur Engel gick och Bror Rexed kom som ny chef för medicinalstyrelsen från den 1 juli.

Vem är Bror Rexed? Svaret kan i kortet ges i koncentrat: värmlänning född 1914 — professor i anatomi vid Uppsala universitet — forskare med världsrykte för oblodiga hjärnoperationer med protonstrålekniv — nyckelman inom svensk forskningspolitik på högsta nivå. Meritlistan bör räcka för att vara chef för medicinalstyrelsen — till och med efter sammanslagningen dvs. efter ett halvår då medicinalstyrelsen och nuvarande socialstyrelsen blir ett enda statligt verk.

Bror Rexed är en man som vill mycket. Först och främst vill han vara "Du" med alla sina underlydande — "Bror" helt enkelt på vardagsläkarspråk. Om den reformen sedan kan slås ut över alla underliggande domäner, t. ex. på landets sjukhus, är en annan femma. Det nya verket kommer efter sammanslagningen att bli ett stort verk med omkring 440 tjänstemän och Bror Rexed hoppas på att det ska bli en "smärtfri sammansmältning" och gott samarbete. Han verkar också vara en man som har gott handlag med landstingsmän och kommunalmän. På önskenlistan står bl. a. en arbetsform som ger bättre balans mellan öppen och sluten vård — öppen vård är billigare än på anstalter och institutioner och de mänskliga skälen talar för öppnare vårdformer

Grundlägger man hjärtinfarkter i Kanslihuset bland unga karriärister? Vi lyssnade på ett program i Sveriges Radio den 1 augusti och strängt taget är det väl ofint mot föredragshållaren att sätta ett frågetecken — han sa ju faktiskt att i Kanslihuset, där det produceras socialreformer och trygghet för folket, far man synnerligen hårdhänt fram med den egna arbetskraften. Klättrandet i regeringens karriärstege sker inte utan offer — vill man upp så har man kanske hjärtinfarkten samtidigt som man blir utnämnd till kansliråd.

Annars hade föredragshållaren, hovrättsrådet P.-E. Fürst, satt "Lättjans utopi" som huvudrubrik på ett radioanförande, som visade att det där med frigörelse, datamaskiner och utökad fritid inte alls kommer människorna tillgodo på det sätt vi egentligen tänkt oss. Nu är jakten på fritiden lika livlig som jakten efter jobb var krävande förr — och vid sidan av "det riktiga" jobbet smyger extraknäckaren omkring i nattskjorta och stjälar nattsömmen från ambitiöst folk. Det var väl inte ändå riktigt så våra politiska lärofäder tänkte sig det hägrande "fullsysselsättningssamhället" de målade upp för oss småpojkar som stod tätt intill talarstolarna och lyssnade — lyssnade på förkunnelsen om ett samhälle där det skulle finnas jobb för alla.

Nu låg det här föredraget på ett speciellt samhällsologiskt plan. Hjärtinfarkten kastade föredragshållaren in i slutspurten och den som av rubriksättning två — "hjärtinfarkten som statussymbol i karriären" — trott sig få veta något mera aktuell medicin måste ha blivit grundligt besviken.

För egen del satt vi och undrade hur de här karriäristerna — i Kanslihuset och på andra håll — betedde sig sedan de klättrat på önskingarnas steg och uppnått både karriär och hjärtfel. Hade de kommit så högt i graderna att de kunde ta det lite lugnare, överlämna grovjobbet åt underhuggarna? Eller fortsätter man tills det definitiva sammanbrottet kommer?

På dessa frågor vill man gärna ha svar, men de svaren fick vi naturligtvis inte i det här radioprogrammet. Här har onekligen Sveriges Radio uppslag till flera programpunkter. En amerikansk undersökning — det gällde ca 1.160 fall vid ett amerikanskt företag — visade att sådana som "arbetat sig upp" från en lägre social nivå till en högre fått hjärtinfarkt i stor utsträckning. "Den sociala klättringen hade medfört stora påfrestningar, t.ex. kvällsstudier, anpassningssvårigheter för familjerna etc. Man frågar sig: vilka likheter kan spåras mellan dem som gör karriär i USA och i Sverige?

10.000 människor i Norden insjuknar i tbc varje år

RHL-ordföranden,
riksdagsman Bo Martinsson,
blev ordf. även i
De Nordiska Tuberkulos-
förbundens Centralorganisation .

De Nordiska Tuberkulosförbundens Centralorganisation höll sitt representantmöte i Reykjavik den 14—16 juli. Riksförbundet för Hjärt- och Lungsjuka (RHL) i Sverige var representerat genom ordf., riksdagsman Bo Martinsson och kamrer Einar Hiller. En sammanställning från de nordiska länderna visar att alltså insjuknar mer än 10.000 per-

soner årligen i tuberkulos i hela Norden.

Sammanträdet på Island leddes av med. och kir. doktor Tauno Laes från Finland. Förutom att organisationens sekretariat förlades till Sverige för följande period, omfattande två år, valdes också RHL:s ordförande, riksdagsman Bo Martinsson,



Riksdagsman Bo Martinsson, RHL-ordförande.

till organisationens ordf. för samma tid.

I rapporterna från de olika förbunden betonades betydelsen av att de förebyggande åtgärderna inte får underskattas och att beredskapen mot sjukdomen även i fortsättningen hålles på hög nivå. Utvecklingen på Island visar, att det med fortsatt beredskap och intensivt arbete är möjligt att ytterligare begränsa tuberkulosen. Arbetskraftens ökade rörlighet mellan olika länder har medfört speciella problem på tuberkulosområdet, vilka kräver särskild uppmärksamhet.

Mötet uppställde som mål att få de hjärt-lungsjukas rehabiliteringsproblem under debatt i Nordiska Rådet för att få en samnordisk lösning på de aktuella sociala frågor, som hör samman med omskolning och övrig rehabilitering. Vidare förklarade mötet, att bostadsfrågan för de hjärt-lungsjuka i Norden som ett led i det förebyggande arbetet mot sjukdomarna och för eftervården hör till de frågor som borde ges prioritet vid lösande av de handikappades sociala problem.

En skrift om svensk rehabilitering

har getts ut av SVCR, Svenska Centralkommittén för rehabilitering. Författare till skriften är kanslichef Karl Montan.

Det är en bred översikt om handikappfrågor och den kan rek. från SVCR, Fack, Bromma 3. Pris 4:50 + exp.-kostnad, varuskatt.

där sådana är möjliga att praktisera. För vårdtagaren är öppen vård ofta psykiskt sett mindre pressande än slutna vård. Den nye chefen förefaller att redan vid starten vara en rörlig man på sitt arbetsfält.

Bror Rexed är också väl hemmastad i Kanslihuset — han har varit forsknings-sakkunnig åt departementen och suttit som sekreterare i forskningsberedningen med statsminister Tage Erlander som ordförande. Han för övrigt deltagit i en rad utredningar, om läkarutbildning, freds-forskning, skogsforskning m. m.

Normalisering för handikappade i sex punkter

En arbetsgrupp vid HCK-konferensen i Luleå diskuterade normaliseringsprincipen för de handikappade. Arbetsgruppen preciserade sina ståndpunkter i följande sammanfattning:

1. att HCK bevakar kommunala byggen av olika slag och får möjlighet att medverka redan på planeringsstadiet;
2. att upplysning rörande olika slags handikapp sker till skolor och arbetsplatser. Det är inte fråga om att bara få in en handikappad i normal skolgång och på en arbetsplats, utan man måste också lära kamrater och arbetsledare hur olika handikapp inverkar på vederbörandes förmåga till anpassning i olika hänseenden och hur den handikappade skall bemötas;
3. att inte minst statliga och kommunala arbetsgivare får reda på att många handikappade kan utföra fullgoda arbetsprestationer och att inte kraven på friskintyg lägger onödiga hinder i vägen;
4. att arbetsvården avlastas rutinfall, vilka kan klaras av den allmänna förmedlingen, och får resurser att "sälja" arbetskraft, introducera handikappade på arbetsplatserna, ackvirera lämpliga arbeten åt handikappade och inte minst att med ergonomiska och arbetsfysiologiska metoder bidra med råd och upplysningar till arbetsgivare om hur ändringar skall kunna företas för att anpassa arbetsplatserna till den enskilda handikappade;
5. att normaliseringen inte får motverka sitt eget syfte utan att säranordningar skall komma till stånd där så behövs;
6. att inte blunda för handikappet; man måste ha klart för sig de begränsningar ett handikapp åstadkommer för människor i olika situationer. Men man skall inte heller dra fram handikappet i första hand utan se till de förtjänster och de kunskaper som den handikappade har och med dessa som riktmärken försöka skaffa honom ett så lämpligt arbete som möjligt.

Nytt förslag om läkemedelsrabatt gynnar de långtidssjuka

Socialminister Sven Asplings förslag till nytt system för läkemedelsrabatter tillhör de förslag som måste sparas till höstrikdagen. Förslaget kom nämligen i sista stund före vårriksdagens avslutning. Förslaget innefattar en sorts utbrytning ur de grundlinjer om läkemedelsförmånen 1961 års sjukförsäkringsutredning lagt fram. Proposition nr 135 förutsättes ligga till grund för ett nytt system med läkemedelsrabatter, som beräknas börja tillämpas från den 1 januari 1968.

Det rör sig alltså om en delreform på läkemedelsförsörjningens område.

Förslagets huvudsakliga innebörd

För närvarande gäller rabatt på läkemedel med 50 procent av kostnaden över karensbeloppet — 3 kronor — på varje recept för sig. De ändringar som nu föreslås är i korthet följande:

1. Det nya karensbeloppet (se punkt 2) skall avse alla vid ett expeditionstillfälle inköpta, samtidigt föreskrivna läkemedel.
2. Karensbeloppet höjs från tre till fem kronor. Genom att beloppet räknas på alla medicininköp vid ett tillfälle — i stället för på varje recept för sig — uppgår höjningen av karensbeloppet i realiteten till en krona.
3. Ovanför karensbeloppet på fem kr. utgår rabatter med 50 procent av läkemedelskostnaden vid varje expeditionstillfälle.
4. Kostnader över 25 kr. per expeditionstillfälle blir helt rabatterade.

Av de nya reglerna framgår att medicinkostnaderna per expeditionstillfälle aldrig kan överskrida 15 kr. Först betalar man nämligen karensbeloppet på fem kr. och sedan maximalt hälften av 20 kr. Kostnaderna över 25 kr. blir helt rabatterade. Under 1968 beräknas reformen kosta 60 milj. kr. Finansieringen sker genom höjning av sjukförsäkringsavgifterna med i genomsnitt knappt 15 kr. per år för varje avgiftspliktig.

Dyrt att helt avskaffa karensbeloppet

I sin motivering till det nya förslaget framhåller socialministern att även om skäl talar för avskaffande av karensbeloppet har han valt att i rådande läge lägga fram detta förslag. Kostnadsskäl talar för

att man i första rummet bör bereda lättnader för dem som har stora medicinkostnader — förslaget bygger på den principen.

Läkemedelskostnaderna stiger...

Kostnaderna för läkemedelsförmånerna var år 1955 ca 39 milj. kr. — år 1966 hade kostnaderna stigit till 207 milj. kr., dvs. mer än femdubblats. De starkt stegrade kostnaderna kan spåras i följande grundorsaker:

1. Antalet läkarkonsultationer och receptexpeditioner har — liksom antalet föreskrivna läkemedel — ökat kraftigt.
2. Nya läkemedel finns nu för sjukdomstillstånd som inte tidigare var åtkomliga för läkemedelsterapi.
3. Flera olika läkemedel ordineras oftare vid samma sjukdomsbild och priserna på medlen ökar.
4. Prisnivån ligger ofta högre på nya preparat än motsvarande äldre medel.

Problem vid mjuklandning i yttre rymden...



— Tänk att jag glömde att lämna in tipskupongerna innan vi stack iväg!

5. Läkarnas förskrivningsvanor inom olika indikationsgrupper förskjuts till nya och ofta dyrare preparat.

Stigande kostnader och läkemedelsmissbruk

Beror de stigande kostnaderna på att man missbrukar läkemedel? Man har gjort undersökningar och de har inte gett något belägg för att läkemedel föreskrivits i onödigt stor mängd eller att dyrbarare medel föreskrivits i fall, där mindre kostsamma lika väl kunde ha använts. Det betonas också att det här rör sig om receptbelagda läkemedel. Hur man än konstruerar läkemedelsförmånen är det dock i första hand läkarna som har ansvaret för att inte mera läkemedel föreskrivs än som är medicinskt berättigat. Vidare framhålles att skyddet för den enskilde vid nuvarande förmånssystem i många fall är otillfredsställande. I genomsnitt ersätts f. n. mindre än 40 procent av den enskildes läkemedelskostnader. Det står också klart att äldre personer har genomsnittligt högre läkemedelsutgifter än yngre.

Frilistade mediciner och inkomstsvaga grupper

Av flera remissyttranden framgår att den speciella lista som finns över kostnadsfria mediciner — för vissa långtidssjukdomar såsom tuberkulos och hjärtsjukdomar m. fl. — snarast bör kompletteras med nytillkomna mediciner. Starka skäl talar här för då tendensen visar att prisnivån ligger högre på de nya preparaten i jämförelse med äldre läkemedel. Bl. a. är det LO och Svenska landstingsförbundet som argumenterar för en sådan utökning av den fria listan. Givetvis har också Riksförbundet för Hjärt- och Lungsjuka vid otaliga tillfällen hävdat denna ståndpunkt.

Socialstyrelsen hävdar att en uppräknings av rabattsatsen bör kombineras med att folkpensionärer med låga inkomster får helt kostnadsfria läkemedel.

Socialministern erinrar om att han är väl medveten om Medicinalstyrelsens förslag om att utvidga förteckningen över kostnadsfria läkemedel bör förverkligas. "Det är min avsikt", framhålles det, "att i annat sammanhang föreslå en ny sådan förteckning på grundval av medicinalstyrelsens förslag och kompletterande utredningar".

Status

ger sociala och medicinska fakta
i lättläst form.



Påminnelse

Omgiven av blommor och löv lyssnar du till fågelsången
och till det avlägsna ljudet från en osynlig traktor.
Glömskan och lättjan förmörkar i vågor din klarsyn.
Solen belyser din plötsliga fåkunnighet.

För blicken öppnar sig på nytt ett förlorat landskap,
du minns ej i nuet att idyllen sen länge är döende.
Hör — redan nås vi alla av en främmande åska:
bombplanet minskar sin vikt, den döende dör...

GUSTAF RUNE ERIKS

Social-medicinska förhållanden bland hjärtsjuka medlemmar i Riksförbundet för Hjärt- och Lungsjuka*

Inledning

Inom ledningen för Riksförbundet för Hjärt- och Lungsjuka (RHL) har man sedan ett par år önskat få till stånd en större, eventuellt riksomfattande kartläggning av hjärtsjukas sociala problem.

I föreliggande rapport redovisas en studie av socialmedicinska förhållanden bland hjärtsjuka RHL-medlemmar i Stockholm. Avsikten har varit att belysa behovet av en större utredning och medlemmarnas representativitet för hjärtsjuka i allmänhet.

Urval, bortfall och informationskällor

Förteckningen över de hjärtsjuka i Stockholmsavdelningen omfattade 201 personer. Några formella krav för att erhålla medlemskap finns inte, men för att få ekonomiskt bidrag eller annan hjälp från RHL fordras läkarintyg om hjärtsjukdom. Ur förteckningen valdes slumpmässigt 69 personer till försöksgrupp. Dessa 69 informerades per brev om undersökningen och ombads sätta sig i förbindelse med förbundskansliet för att bestämma tid för en intervju. De som inte svarade på brevet söktes per telefon eller med minst två upprepade brev.

Av de 69 utvalda kunde 48 intervjuas av författaren. 37 intervjuer ägde rum på förbundets kansli, åtta vid hembesök och tre vid besök på sjukhus. 30 av intervjuerna kompletterades med uppgifter ur sjukhusjournaler, behandlingskort eller liknande.

Sex personer kom ej till intervju trots att tid bestämts. Två uteblev på grund av akut sjukdom, en lämnade återbud på grund av konvalescenthemsvård och tre vägrade slutligen komma till intervju. Information om dessa sex har i fem fall erhållits ur sjukjournaler och i ett fall genom samtal med anhörig. Uppgifterna är ej utförliga och redovisas i ett tillägg efter resultaten av intervjuerna.

Av de resterande 15 personerna var fem avlidna, tre avböjde deltagande ("hade inga problem"), tre svarade ej på breven och gick ej att spåra via mantalsverket. Två hade flyttat från Stockholm, en var intagen på vårdhem på annan ort och en betraktade sig ej som hjärtsjuk och avböjde därför.

AV JAN THORSSON

En ung läkare, Jan Thorsson, Stockholm, fick uppdraget att arbeta med inledningsetappen till en sociologisk undersökning om socialmedicinska förhållanden bland hjärtsjuka RHL-medlemmar.

Det material som redovisas här kan alltså betraktas som en inledning till en mera omfattande kartläggning. Redovisningen innefattar medlemmar i lokalföreningen för hjärt- och lungsjuka i Stockholm.

Riksförbundet för Hjärt- och Lungsjuka (RHL) har stått för undersökningen som planlagts i samverkan med Socialmedicinska Institutionen vid Karolinska Institutet.

Intervjugruppens representativitet

Det bortfall från försöksgruppen som utgjordes av döda och avflyttade är irrelevant för representativiteten och kan lämnas utan avseende.

Tre personer hade okänd adress och utgör ett helt oklart bortfall.

Bland dem med kända, relevanta anledningar att utebli från intervju, 11 personer, var huvudorsakerna sjukdom, tillräckligt goda sociala förhållanden och brist på intresse ungefär lika vanliga och svarade alltså för 1/3 av detta bortfall vardera. Det torde ha medfört att ytterlighetsgrupperna, d.v.s. de relativt friska och de allvarligt sjuka, blev underrepresenterade bland de intervjuade. Den genomsnittliga sjukligheten i intervjugruppen kan genom detta bortfall ha blivit något allvarligare än i försöksgruppen.

Tillvägagångssätt

Intervjuerna utfördes enligt ett i förägarutarbetat frågeformulär. Detta var ej av-

sett för ordagrann uppläsning men gjorde det möjligt att under ungefär en timme penetrera intervjuobjektens släktförhållanden, deras barndom och uppväxt, utbildning, yrke, andra sysselsättningar, förekomsten av rehabilitering och omskolning, personlighet och psykiskt status i grova drag, äktenskap och hemliv, sociala relationer och social anpassning, bostadsförhållanden, ekonomi samt tidigare och aktuell sjuklighet.

Vid den första telefonkontakten förhördades om tidigare sjukhusvård och eventuella behandlande läkare. Journaler och behandlingskort för flertalet intervjuade kunde därigenom granskas.

RESULTAT

a. Demagogiska uppgifter

Intervjugruppens ålders- och könsfördelning framgår ur fig. 1. Medianåldern för såväl män som kvinnor var 65 år 1966. Fyra var äldre än 77 år och fyra yngre än 46 år. Två tredjedelar var kvinnor.

I fig. 2 återges gruppens fördelning på civilstånd. Drygt en tredjedel av männen och två tredjedelar av kvinnorna var ensamstående.

Socialgruppsstillhörigheten för de intervjuade, deras fäder och den arbetande befolkningen i Stockholm enligt 1960 års folkräkning (egen omgruppering för jämförbarhet) visas i tabell 1. Gruppen är för liten för att några slutsatser skall kunna dragas rörande anledningen till att socialgrupp 3 är överrepresenterad bland de intervjuade. Men såväl "flykten från landsbygden" som inverkan av sjukdom kan tänkas ha varit av betydelse.

b. Sjukdomar

I tabell 2 visas åldern vid hjärtsjukdomsdebuten. Medianvärdet var 50–59 år för männen och 40–49 år för kvinnorna.

Gruppens fördelning på olika hjärtsjukdomsdiagnoser framgår ur tabell 3. Diagnoserna är ställda med varierande noggrannhet. I 30 fall erhöles diagnosen ur sjukjournaler, behandlingskort eller från praktiserande läkares mottagningar. I övriga fall måste diagnosen sättas på grundval av anamnesen vid intervjun. Närmare en tredjedel av intervjuobjekten led av någon kronisk sjukdom förutom

* Arbetet utgår från Socialmedicinska Institutionen, Karolinska Institutet.

hjärtsjukdomen. Förekomsten av andra sjukdomar och ett försök att uppskatta den relativa betydelsen av dessa visas i tabell 4.

Av 21 äkta män och hustrur till de intervjuade led åtta av någon kronisk sjukdom.

c. Psykiskt status

I psykiskt avseende föreföll gruppen i stort sett normal. Depressiva tillstånd som kunde orsakats eller förstärkts av sjukdomen sågs i ett par fall. Bland männen var alkoholmissbruk den dominerande avvikelsen och förekom i fyra fall. En kvinna hade fräntagits vårdnaden av sina barn och en annan hade schizofreni.

d. Arbetsförmåga

I tabellerna 5, 6 och 7 har gruppen fördelats med avseende på olika grader av fysisk arbetsförmåga, hjälpbehov och hjälpbehovets täckning. De flesta behövde hjälp med städning, tvätt och inköp. I två fall var den hjälp som förekom otillräcklig.

e. Arbetsvård

Fyra män och en kvinna hade erbjudits eller tagit kontakt med något arbetsvårdsorgan. I tre fall hade detta resulterat i omplacerings- eller omskolningsförsök. En av männen utreddes vid tiden för undersökningen vid Statens arbetsklirik.

f. Bostaden

Bostädernas storlek framgår av tabell 8 och kvaliteten av tabell 9.

Fyra tyckte att bostaden var för liten och lika många saknade hiss. Två hade svårighet att promenera till tunnelbanehallplats och affärer på grund av backar i närheten. Bostadssituationen för gruppen som helhet är ej alarmerande. Möjligt är den bättre än för en jämförbar grupp av friska. I några fall hade läkarintyg haft betydelse för byte till lämpligare bostad.

g. Försörjning

Kontanta inkomster

I tabell 10 visas gruppens fördelning på olika inkomstklasser. Medianvärdet för de kontanta månatliga inkomsterna (sociala och andra bidrag ej inräknade) var för ogifta män 650 kronor, gifta män 1.250 kronor, ogifta kvinnor 550 kronor och gifta kvinnor 1.400 kronor. Sex personer hade inkomst av förvärvsarbete, 16 av förtidspension och 18 av ålderspension (tabell 11). För gifta noterades makarnas sammanlagda inkomst.

Bidrag

Två tredjedelar av de intervjuade hade bidrag i form av medellöshetsintyg, bostadstillägg eller på annat sätt (tabell 12).

Endast två personer med lägre månadsinkomst än 1.000 kronor hade ej något bidrag.

Kapitaltillgång

Sju av de intervjuade ägde sparmedel över 3.000 kronor (4.000—60.000 kronor). Tre ägde fast egendom, villa våning eller sportstuga (tabell 13).

Utgifter

Hemmavarande barn

Två ensamstående kvinnor försörjde vardera ett barn, som emellertid båda bedrev bidragsberättigade studier. Tre gifta män hade vardera ett hemmavarande barn. Ett var spädbarn, ett studerade och erhöll bidrag och ett led av tbc och fick ekonomisk hjälp av föräldrarna.

Hyreskostnad

I tabell 14 visas de intervjuades uppgivna månatliga hyreskostnader fördelade efter månadsinkomst. Medianvärdet för hyreskostnaderna var 210 kronor och medelvärdet för hyreskostnadernas procentuella andel av månadsinkomsten var 16 procent. Medianinkomsten för dem som hade hyreskostnader var 1.150 kronor per månad.

Utgifter för läkemedel

I tabell 15 visas de intervjuades uppgivna årliga egenkostnader för läkemedel. Dessa var 125 kronor eller lägre för 11 och 150 kronor eller högre för lika många med läkemedelsutgifter. Medianinkomsten bland dem med egenkostnad för läkemedel var 1.150 kronor per månad. Medelvärdet för läkemedelskostnadernas andel av årsinkomsten var 1,5 procent.

h. Sociala relationer

En fjärdedel av de intervjuade sade sig lida av att vara isolerade från andra människor. Endast ett fåtal deltog ibland i förbundets arrangemang.

Tre fjärdedelar hade radio, lika många televisionsmottagare och drygt hälften av de intervjuade hade en dagstidning.

Ett försök gjordes att belysa frågan hur hjärtsjukdomen hade inverkat på relationen mellan den intervjuade och eventuell make eller maka. I gruppen fanns 23 för frågeställningen relevanta äktenskap, om därmed menas sådana äktenskap som ingåtts före sjukdomsdebuten och varat minst ett år därefter. Fem ansåg att förhållandet till maken eller hustrun förvärrats och fyra ansåg att förhållandet

förbättrats efter hjärtsjukdomsdebuten. I sju äktenskap hade ingen förändring inträtt och i sju kunde frågan ej besvaras. (Inga slutsatser kan dragas av dessa resultat. En så intrikat fråga fordrar en helt annan noggrannhet än det här varit frågan om förutom det självklara, att en kontrollgrupp fordras för jämförelse). 14 av de intervjuade hade varit eller var skilda. I ett fall var skilsmässan helt orsakad av hjärtsjukdomen, vederbörande föredrog att leva ensam på grund av sin sjukdom, i ett annat var sjukdomen en starkt bidragande skilsmäsoorsak. I nio fall var hjärtsjukdomen utan betydelse och i tre fall var dess betydelse för skilsmässan oviss.

KOMPLETTERANDE RESULTAT

De uppgifter som inhämtats ur sjukjournaler eller i ett fall genom intervju med anhörig rörande de sex som fått tid för intervju men uteblev, presenteras nedan.

Kön

Två män, fyra kvinnor.

Födelseår	Män	Kvinnor	S:a
1900	1		1
1901		2	2
1904	1		1
1913		1	1
1925		1	1
	2	4	6

Civilstånd

ogift, änking gift	Män	Kvinnor	S:a
ogift, änking	2	1	3
gift		3	3
	2	4	6

Socialgrupp

	Män	Kvinnor	S:a
1			
2			
3	1	3	4
oviss	1	1	2
	2	4	6

Hjärtsjukdom

	Män	Kvinnor
Kombinerat oartavitium	1	
Cardioscleros		1
Angina pectoris		1
Coronarscleros p.g.a. diabetes		1
Skänkelblock		1
Status post infarkt	1	1
	2	4

Övriga sjukdomar

	Män	Kvinnor
Tidigare cerebral insult	2	
Grav diabetes, blindhet		1
Reumatiska ledbesvär		1
Hypothyreos		1
Astma, emfysem		1
	2	4

Forts. å sid. 16

Redaktionell kommentar till undersökningen — se sidan 4!



Resor till hälsans oaser

AV SVEN O. BERGKVIST

Man ser då och då i tidningarna annonser om hälsobringande resmål, och ofta låter det lockande på mer än ett vis. Är man skröplig på ett eller annat sätt så föreställer man sej gärna att hälsans möjligheter finns någon annanstans — och för oss frusna nordbor är det naturligt att se chanserna öka ju längre söderut vi kommer. Söder är detsamma som sol och sol är lika med hälsa. Men den ideala hälsoresan — finns den? Eller är den en bedräglig dröm som bara kostar pengar? Det kan man naturligtvis tvista om. Att en del mer eller mindre osnyggt spekulativa resebyråer försöker slå mynt av folks sjukdomar, det är väl ett faktum. Men det finns också ärliga och ambitiösa företag i sammanhanget som är värda allt stöd.

Och hur det nu vara må — drömmen om hälsan "i något annat väderstreck" har alltid funnits och kommer säkert att alltid finnas. Det är ingenting att säga om detta, att reagera emot eller förfasa sej över. Att söka efter halmstrån hör nu en gång för alla detta livet till...



Jag minns gamla kallblåsiga, hostekande sanatorier. Det var innan pasets och streptomycinets revolutionerande dagar. För många lungsjuka gällde det — ibland lik-

som emot allt förnuft — att återerövra den snabbt bortflyende hälsan. Drömmen som samtidigt var ett hopp kunde sammanfattas i ett enda, förlösande ord: Kanarieöarna. Många visste knappast vad det skulle placeras på kartan, men det var mindre viktigt. Bara namnet smakade frisk, livgivande lösning...

Naturligtvis var det ytterligt få som kom dit. Den gamle klassiske lungсотaren var som regel ingen kapitalist. Snarare var han sin tids verkliga proletär. Det gällde att vända på femöringarna för att få det att räcka till det extra kaffehektot, den åtråvärda tidningen, snuset eller rökat. Resandet — det blev mestadels ett resande "innanför murarna"; i sanatoriesalen, på hallen, i isoleringsrummet eller i bästa fall på promenadvägen.

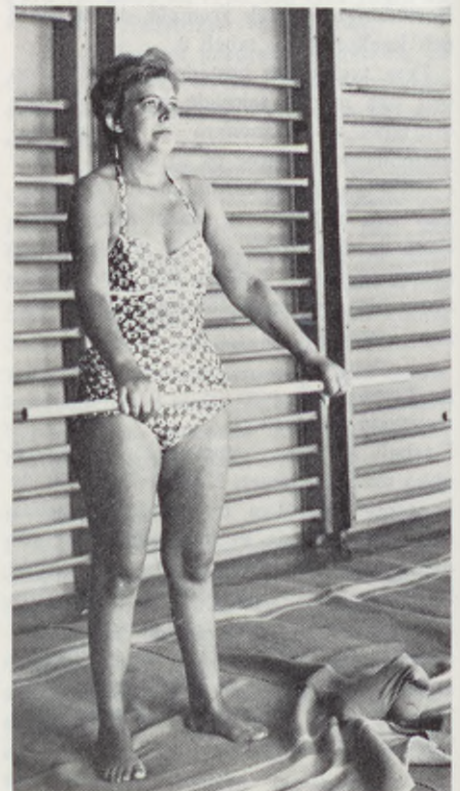
Jag har för mej att jag någon gång, förmodligen i slutet av 40-talet, försökte tolka detta på "stället resande" i en dikt, ungefär av följande lydelse:

Många resor har företagits härifrån,
särskilt från isoleringsrummen,
framförallt till varmare länder
såsom Kanarieöarna och Afrika.
Många ögon har slocknat
under yviga, susande palmer,
och många har i avskedsögonblicket
hållit en kockosnöt i famnen...

Nåja, det var också en och annan som verkligen lyckades ta sej fram till det åtråvärda målet även i verklighetens värld. Någon som fått ärva, någon som hade pengar i alla fall — eller förmågan att låna sådana. Någon sålde sin villa. En annan lyckades omsätta andra tillgångar i reda penningar för en resa till någon av de fjärran, lyckobringande öarna. Vi andra såg upp till dessa personer med en blandning av avund, misstänksamhet och respekt. Ibland damp det ner underligt stämplade kort i sanatoriebrevlådorna — kort som verkade vara avsända från själveste himmelrik...

Några resenärer fann också vad de sökte och återvände aldrig till sanatoriet. Andra återkom så småningom efter oförrettat ärende, med eller utan dröm, men i varje fall utan slantar och kåk, och för en och annan blev det aldrig tal om annat än enkel biljett.

Vad nu än resultatet blev — nog blev för de flesta drömmen naggad i kanten. Hygieniska och andra förhållanden på "lycksalighetens öar" var knappast som man hade föreställt sej. Åtskilliga hamnade i sammanhang där det mindre blev fråga om vård än vanvård. Lungsjuka bodde på undermåliga hotell, huller om buller och på Guds försyn, och svårt sjuka hade inte ens tillgång till läkare. Många levde "livets glada dagar", tanklöst och i desperation, så länge det nu gick. Men i



Gymnastik och annan stimulerande behandling ska hjälpa upp hälsan i ett ljuvligt klimat.

förening med personlig skötsel kunde säkert — då som nu — en vistelse på Kanarieöarna ha en viss positiv betydelse.



Om man i dag besöker Gran Canaria eller Tenerife så möter man knappast någon drömsk "gammelsotare" — i varje fall gjorde inte jag det. Men fortfarande kan en vistelse — rätt utnyttjad — i "den eviga sommaren" på Kanarieöarna vara av värde för många människor med olikartade krämpor, och hälsosökaren av i dag möter annorlunda yttre förhållanden än drömmaren på 20-, 30, 40- och 50-talet. Hotellstandard, läkarvetenskap och behandlingsmetoder har — inte minst med inspiration från Sverige — förändrats och förbättrats. Saker och ting som i första hand handikappade som reumatiker, astmasjuka, allergier, psoriangripna samt personer med hjärt- och kärlsjukdomar har möjlighet att dra nytta av. Man möter dem — samspråkande på de flesta svenska dialekter — i gator och gränder i Las Palmas längs den varma, långsträckt och sol- och saltmättade playan, i sköna Puerto de la Cruz på Tenerife eller någon annanstans på någon av de sju vackra öarna. En av de stora fördelarna med dessa oaser är onekligen klimatet: sommaren är varm och jämn och sträcker sej praktiskt taget över årets samtliga månader; man badar och solar under ungefär samma villkor i juni—juli som i december—januari — det blir sällan för varmt och sällan för kallt. Detta betyder naturligtvis mycket för de kategorier handikappade som är känsliga för hastiga klimatväxlingar och innebär självfallet stora fördelar för personer som lider av sjukdomar som kräver mycket av sol och salta bad.

Viktigt är emellertid att slå fast att en vistelse på Kanarieöarna inte är lösningen på alla problem eller det "enda raka" i alla lägen. Jag träffade en kvinna som efter tämligen lång tid i Gran Canaria inte kände någon som helst bättring i sina värkande ben. Vid hemresan hoppades hon halvt om halvt resignerat att resultatet kanske kommer... Å andra sidan såg jag en man som efter ungefär samma tid kunde lämna sina två käppar på hotellrummet — något som han inte ens vågat drömma om när han reste...



Det finns otvivelaktigt ett stort behov av resor till "hälsans oaser", men även om de yttre omständigheterna i dag är förnåmligare än förr så återstår det mycket att göra för att skapa trygghet åt "de annorlunda" resenärerna.

Den landstingsstödda anläggningen på Tenerife är ett utmärkt initiativ, men den rör allt för få och alla passar inte in i den ifrågavarande sjukhusbilden. Resebyråerna å sin sida har svårt att ekonomiskt kunna bära de speciellt tillrättalagda hälsoresorna. Reso och Nyman & Schultz tog härom året med stöd av Riksföreningen mot Reumatism, Riksföreningen mot Polio och MS-förbundet ett lovvärt initiativ med bildandet av Hälsoresor som anordnade utmärkt avpassade rekreations- och behandlingsresor till Las Palmas på Gran Canaria och Opatija i Jugoslavien. Man hade tillgång till tre goda och i stort handikappvänliga hotell i Las Palmas, men när det blev dags att ta det fjärde hotellet i anspråk — som skulle bli kronan på verket och som var uppfört med tanke på hälsoresonärens alla behov — då var det också dags att avveckla den ambitiösa rörelsen. Det var en beklaglig utveckling, men de ekonomiska lagarna är som de är och det finns tydligen inte mycket att göra åt saken. Men nog tycker man ändå att stat, landsting och kommun

kunde ställa upp på ett påtagligare vis i de här sammanhangen — man skulle säkert få igen det genom ökad aktivitet från de handikappades och partiellt arbetsföras sida i produktionslivet.



Det är trist att behöva konstatera att Garmon i Las Palmas — en anläggning som lovade så mycket — nu får användas för andra ändamål än de avsedda. Hotellet är byggt och planerat med hänsyn till rörelsehindrade och rullstolsresenärer. Rummen är utsökta utan att vara vräkiga. Meningen var att platsen skulle bli ett centrum för hälsorenenärerna och att allt skulle samlas s.a.s. under samma tak: läkarmottagning, behandlingsrum, motionshall och administrationslokaler. För de som söker avstressningsmöjligheter av mer personlig karaktär skulle ett mindre pensionat finnas till hands uppe i de Gran Canariska bergen — en fin komplettering som också kom på avvägar.

Forts. å sid. 22



Nya upplevelser, nya människor och miljöer, är upplyftande — inte minst för handikappade och långtidssjuka, som sitter "infrusna" och kringgärdade vinter och sommar, trots välfärden här hemma.

■ SOCIALMEDICINSKA . . .

■ Forts. från sid. 13

Hjälppbehov	Män	Kvinnor
Behöver hjälp med städning, tvätt, inköp		2
Behöver hjälp med matlagning	1	1
Hjälppbehovet ovisst	1	1
	2	4

Hjälppbehovets täckning	Män	Kvinnor
Behöver hjälp och har i erforderlig utsträckning	1	1
Behöver och har hjälp men ej i erforderlig utsträckning		1*
Ovisst	1	2
	2	4

*) Maken gravt hjärtsjuk. Sammanlagd månadsinkomst utan sociala bidrag 850 kronor. Har bostadstillägg, invaliditetstillägg, medellöshetsintyg.

Inkomstkälla	Män	Kvinnor
Förvärvsarbete (1957)		1
Hemmafru, ej förtidspension (1959, 1962)		2
Förtidspension	2	1
	2	4

En av de sex i denna grupp hade alltså dels på grund av egen svår sockersjuka med komplikationer i form av hjärtfel och blindhet samt dels på grund av makens sjukdom ett stort hjälpbehov, som ej täcktes i erforderlig utsträckning.

Önskemål och synpunkter från de intervjuade

Av de önskemål och synpunkter som framfördes av de intervjuade kan följande nämnas:

1. Hjälp med att organisera inköp genom t. ex. "Hemköp" eller liknande företag. I synnerhet om denna inköpsform kunde kombineras med lagring i frysskåp i hemmen, skulle det innebära en väsentlig lättnad för många — förutom att hemhjälpbehovet skulle minska.
2. Bidrag till syrgasaggregat och syrgas. Ett aggregat kostar c:a 350,—, påfyllning av syrgasbehållare 17:50. En av de intervjuade förbrukade 1965 regelbundet 3—4 syrgasbomber i månaden, vilket förutom avskrivningskostnaden för aggregatet innebar en utgift på drygt 600 kronor det året.
3. Sommarvistelser för att slippa ständigt se sina fyra väggar och fler RHL-arrangemang under dagtid, då de kan åka tunnelbana utan rädsla för att bli överfallna.

4. Kritiska synpunkter på arbetsvården gavs av ett par av de intervjuade. Väsentligast var att ersättningen för hemarbete tycks vara så låg att detta sällan verkar lockande. Man ansåg att hemarbetet genom sin betydelse för vården av kroniskt sjuka borde ges ett ökat samhällsstöd för att man dels skulle kunna erbjuda rimligare ersättning, dels kunna utveckla hemarbetet i nya former.

DISKUSSION

De intervjuades diagnoser har ställts med mycket olika noggrannhet, varför det är svårt att värdera gruppens representativitet för hjärtsjuka i allmänhet. En exaktare diagnostik och utförligare klinisk beskrivning hade sålunda varit värdefull. Det hade även möjliggjort en diskussion av olika hjärtsjukdomar och deras symptom som orsaker till respektive verkningar av sociala och psykologiska förhållanden, vilket vore av särskilt intresse beträffande infarkt- och angina pectoris-patienterna.

Det synes alltså vara lämpligt att för en eventuell mer omfattande undersökning i första hand välja sjukhusutredda patientgrupper.

Två andra svårigheter vid värderingen av hjärtsjukdomarnas socialmedicinska betydelse i detta klientel är att ingen kontrollgrupp undersökts och att 17 av de 48 intervjuade hade en eller flera andra kroniska sjukdomar utöver hjärtsjukdomen. I sex fall kunde t. o. m. dessa sjukdomar anses väsentligare än hjärtsjukdomen.

Av intresse i detta sammanhang är några utredningar av sociala och psykologiska problem hos hjärtsjuka, som Biörck och Trulson gjorde på 1950-talet. De utgick från tre kliniska material, nämligen patienter med klaffel, hjärtinfarkt och funktionella hjärtbesvär ("hjärtneuroser"). Bland klaffelpatienterna (medianålder 47 år) var den sociala-ekonomiska problematiken mindre och den psykologiska större än väntat. Patienterna kände sig missförstådda av sina närmaste, isolerade och onyttiga. Bland patienter med hjärtinfarkt, vilka i genomsnitt var 66 år, då de drabbades av den första infarkten var förhållandet likartat. Hjärtneuropatienterna hade heller ingen social eller ekonomisk problematik om också vantrivsel med arbetet som ett neurotiskt symptom ofta förekom.

I denna undersökning var ett speciellt psykologiskt problem ofta förekommande, nämligen vantrivsel på grund av ensamhet. 1/4 var isolerade och led av detta. Utan en relevant jämförelsegrupp är det dock svårt att värdera sjukdomarnas betydelse i sammanhanget.

Fem av de intervjuade hade haft kontakt med arbetsvården och i tre fall hade en åtgärd försökts. Arbetsvården tycks enligt andra undersökningar sällan tagas i anspråk för rehabilitering av hjärtinfarktpatienter (Biörck och Wedelin, Sievers 1964). Ett ofyllt behov av information rörande arbetsvården kan ha bidragit till att ej fler haft kontakt med denna. Enligt några svenska undersökningar medverkar däremot arbetsgivarna ofta i rehabiliteringen av infarktpatienter, t. ex. vid valet av sysselsättning. Omkring 60 procent av dem som drabbats av hjärtinfarkt och dessförinnan haft heltidssysselsättning fortsatte med sitt tidigare arbete efter konvalescensen, och ytterligare 25 procent återgick i ett lindrigare arbete (Biörck och Trulson 1957, Biörck och Wedelin 1962, Malmcrona m. fl. 1962, Sievers 1964). Beträffande utredning och vård av hjärtsjuka vid Statens arbetslinik har det nämnts att dessa i likhet med klinikkens övriga patienter i många fall har andra handikap av betydelse, framför allt psykiska, än de som närmast föranlett intagningen (Lundgren och Rignér 1962).

Genomsnittlig läkemedelskostnad för dem som ej hade medellöshetsintyg eller annat läkemedelsbidrag var 135 kronor per år. Som jämförelse kan nämnas att genomsnittliga egenkostnader för läkemedel i åldrarna från 40 år och uppåt för personer som 1963 köpte läkemedel på för-månsberättigat recept (recept som kostade mer än tre kronor) var ungefär 50 kronor enligt receptundersökningen 1963 (Smedby 1966). Om egenkostnaderna slås ut på hela befolkningen i dessa åldrar, riskmassan, blir summan c:a 35 kronor. Hälften av deltagarna i intervjugruppen hade en årskostnad om 150 kronor eller mer för läkemedel. Så höga egenkostnader hade endast ungefär 6 procent av personerna över 40 år i receptundersökningen 1963. Dessa s. k. storförbrukares kostnader fördelade sig liksom för deltagarna i denna undersökning på olika farmakologiska grupper. Den enskilda grupp som svarade för största andelen av kostnaderna var medel vid hjärt- och kärlsjukdom samt diuretika (vattendrivande medel). I receptundersökningen tog man ej som i denna undersökning hänsyn till förekomsten av medellöshetsintyg eller andra läkemedelsbidrag vid definitionen av egenkostnad. Gjorde man detta, skulle troligen skillnaderna bli större än vad som framgår av ovan relaterade årskostnader, då sjukligheten sannolikt är större och de verkliga läkemedelskostnaderna högre bland patienter med än utan medellöshetsintyg. I receptundersökningen registrerades kostnaderna efter granskning av apoteksverifikationer. I denna undersök-

ning registrerades de kostnader som upp-
gavs vid intervjuerna.

Bland dem med inkomster under 1.100
kronor i månaden hade fyra personer me-
dellöshetsintyg men ej bostadstillägg, två
bostadstillägg men ej medellöshetsintyg
och en hade endast haft tillfälligt socialt
bidrag. Dessa personers kontakter med so-
cialvården undersötes ej i detalj, men det
är tänkbart att alla ej utnyttjat det stöd
som de kunde få. Orsakerna kan vara så-
väl bristfällig information om socialvården
som motvilja att ta emot social hjälp.

SAMMANFATTNING

48 hjärtsjuka medlemmar i Riksförbundet
för Hjärt- och Lungsjuka i Stockholm

har intervjuats med avseende på sjukdoms-
förhållanden, arbetsförmåga, hjälpbehov
och dess täckning, bostads- och försörj-
ningsförhållanden. I 30 fall har även sjuk-
journaler och liknande granskats.

Gruppens medianålder var 65 år.

Diagnoserna rörande hjärtsjukdomen
har ställts med mycket varierande nog-
grannhet.

1/3 av de intervjuade hade en eller två
kroniska sjukdomar utöver hjärtsjukdo-
men.

Hjälpbehovet gällde inköp, städning och
tvätt. Det var otillfredsställande fyllt för
en man och sex kvinnor. Fem av dessa
kvinnor hade ej ansökt om hemhjälp.

Av de intervjuade bodde drygt 2/3 i
moderna bostäder och knappt 1/10 i omo-

derna. Hiss saknades av fyra och två
hade svårigheter att gå till affärer och
tunnelbanehållplats på grund av backar
i bostadens närhet.

Inkomsterna var ej höga. Emellertid
hade 2/3 kontinuerligt socialt eller annat
bidrag. Endast två personer med månads-
inkomster under 1.000 kronor hade ej bi-
drag. Hyreskostnaderna utgjorde i medel-
tal 16 procent av månadsinkomsterna, och
egenkostnaderna för läkemedel 1,5 pro-
cent av årsinkomsten. Hälften av de in-
tervjuade hade läkemedelsutgifter om 150
kronor eller mer. Av läkemedelsförbru-
kare i allmänhet i motsvarande åldrar
hade endast sex procent så höga egen-
kostnader.

Ensamhetskänsla var det dominerande
psykologiska problemet — 1/4 sade sig
vara isolerade och lida av det. Det är dock
svårt att värdera problemets specificitet
för den undersökta gruppen. Sannolikt
har dessa dock på grund av sjukdomen
drabbats av ensamheten tidigare än nor-
malt.

Fritidsman med medicinska utvärtesproblem



HAR NI NÅGOT MEDEL MOT
GENERANDE HÄRVÄXT ?

Litteratur

Biörck, G. och Trulson, E: Sociala och
psykologiska problem hos hjärtpatienter.
1. Patienter med klaffel. 2. Patienter med
hjärtinfarkt. 3. Patienter med funktionella
hjärtbesvär. Socialmedicinsk Tidskrift
7:1957, 10:1957, 7:1958.

Biörck, G. och Wedelin, E: The Return
to Work of Patients with Myocardial in-
farction. Acta Med. Scand. 175: 2:215:1964.

Lundgren, K. D. och Rignér, K. G: Nå-
got om inplacering av hjärtsjuka i yrkes-
arbete. Socialmedicinsk Tidskrift 1:6:1962.

Sievers, J: Myocardial Infarction, Acta
Med. Scand. suppl. 406:1964.

Smedby, B: Receptundersökningen 1963.
SOU 1966:28.

ANM.: En del tabeller, figurer och and-
ra redogörelser har inte tagits med i den
av Jan Thorson här redovisade samman-
fattningen.

Ur en kommunal debatt

— Om en överläkare säger att han
måste ha så många kvadratmeter till sin
institution för att den skall fungera ef-
fektivt, är det svårt för en finansman att
säga emot.

— Enskededalen ger mig verkligen hu-
vudvärk. Och jag tror mig kunna säga att
samma är fallet med sjukhusborgarrådet
Johansson, som återkommer till Stadshu-
set nästa vecka.

Hela förmiddan har gubben gått och fyllt igen små gropar, flyttat undan stenar och jämnat till på den lilla vägstumpen från stugan och ned till stora landsvägen. — Måste vara jämt å fint, si! Bilar från stan med breda stjärtfenor, si, tål inte nå gupp, si! Gubben hoppar på vägen, prövar om det är fast underlag, kni-slidan bak på svångremmen snurrar runt och näven går automatiskt till knivskaftet för att känna om kni-ven sitter fast, en rörelse som är helt omedveten, görs av gammal vana av en som burit kniv på svångremmen i hela sitt liv. Kniven är gubben Nybergs universalverktyg, ett verktyg han måste ha på sej, från tidigt på morron till sena kvällen. Alltid är det något att karva i. Behövs det mera verktyg finns de, prydligt uppradade på krokar och ställ i snickarboden, som ser ut som ett bygdemuseum.



Gubben Nyberg har jämt pyssel på tomten med sina verktyg.

— Bara lite ordning och reda, si, säger han anspråkslöst då man berömmar. — Museum! Nej, då ä för mycke . . . dä ville mycke mer till för ett museum, säger han och drar på ordet som om det vore en gum-misnodd.

— Hur mycke pengar har farbror på banken? frågar Malms pojke, står i dörren och balanserar på ett ben på den höga tröskel gubben gjort till sin snickarbod. — Ska du köpa bil? Gubben Nyberg tittar god-modigt på pojken. Trots näsvisa frågor är pojken i gunst hos gubben, just för fisket. När det bär iväg till båten är gubben och pojken ett stabilt bolag, håller ihop, ror och lägger nät, tar upp och delar fisken till sista fenan. — Den här stadspojken ä den bästa dräng jag hatt . . . inte ens på den tiden jag hadde två hem-man fanns en sån dräng . . . han ror säkert som en gammal viking å trassar inte ihop grejerna i båten.

Ibland går pojken för långt. Mot föräldrarna som hyrt lill-stugan för sommarn.

— Pappa, hur länge är det sen du såg dina fötter? Herr Malm är tjock, mycket tjock i sina kortbyxor. Magen skjuter ut som en klotrund jät-tetrumma med två spinkiga ben under. Otroligt att de bena kan bära trumman med innehåll, ovandel och huvud. Men de fysiska lagarna tycks

inte gälla för vissa, fullviktiga per-soner. Herr Malm hör till dem. — Om jag sagt nå sånt till far min had-de han huggit huvut av mej . . . ja säkert hadde han huggit till två gång-er så ytterligare en bit av kroppen följt med, understryker gubben Ny-berg. Och nu ser han mycket all-varlig ut.

— Ungdomen nu för tiden talar i klartext, är inte hämmade som vi äldre. Herr Malm är en man med sinne för utvecklingen, läser stock-holmstidningarna varje dag, böcker och tidskrifter. När han någon gång reser sej upp rör han sig försiktigt på den steniga tomten. Ungefär som ett stort skepp som håller på att läg-ga till vid en kaj, kryssar mellan stenar och träd och buskar i det kuperade landskapet.

Klockan prick fem kommer K.K.-expressen. Det är i förkortning Kon-sum-Karlsson, som är mån om att hålla service, kommer själv cyklan-de varje kväll med låda bak på cy-keln, med varor till fru Malm, några prylar också till gubben Nyberg och hans gumma . . . och viktigast av allt stockholmstidningarna till herr Malm. K.K. slår sig ned en stund under parasollen hos herr Malm, som kastar sig över stockholmstid-ningarna med samma friska aptit som om det gällde mat, läser och kommenterar för K.K. som samti-digt som han pratar med herr Malm ska ta emot skriftliga order från fru Malm. Det gäller de varor som K.K.-expressen ska ha med sej nästa kväll vid samma tid.

Fin väg du gjort, säger K.K. till gubben Nyberg. — Bra för stock-holmarna som behöver jämna ytor, dom behöver ju alltid så förbaskat stora bilar och mycket grejer . . . för att kunna existera på landet några veckor. Men den kommentaren hör lyckligtvis herr Malm inte under parasollet, fördjupad som han är i handelssidor och marknadsproblem, EEC och handelsbalanser. Herr Malm är bankdirektör, kan inte släppa greppet helt och hållet. Inte ens i lill-stugan och gubben Nybergs sommarparadis. Men K.K.-expres-sen trampar vidare, till nästa som-margäst som får varorna bekvämt hem på tomten, en som kanske är lika tjock som herr Malm, en som inte rör sej så mycket men ändå be-

Stillbilder ur sommar- arkivet

Text: KI-LO-WATT

Teckningar: SVEN BJÖRNSON



Klockan prick fem kommer K.K.-expres-sen med varor till herr Malm.

höver en massa livsmedel, mat och dryck. — Jag ska ju i alla fall den här vägen, till min egen stuga, spelar ingen roll om jag tar varorna åt de där goddagspiltarna i bakvattnet. Lådan hjälper till att hålla "gubbfläsket" borta, blir lite tyngre att trampa då... och samtidigt service åt kunderna. Så resonerar Konsum-Karlsson, som sitter i fullmäktige, en praktisk affärsman. Som inte har några problem med sin egen kroppsvikt.



Jag hyr vindsrummet hos gubben Nyberg och kan från mitt öppna fönster följa scenförändringarna därute. Gubben Nybergs ständiga småpyssel på tomten, hur han snickrar, bättrar på färgen där och var med sina penslar, för att det ska vara snyggt, för att sommargästerna ska trivas, flyttar bord, stolar och parasoll åt familjen Malm så att de ska få omväxling, se tomten och utsikterna över sjön från olika håll. Bankdirektör Malm rör sig sakta och försiktigt i gubben Nybergs kölvatten, som ett tjockt fullastat skepp, bogserat omkring bland gräs och blommor av en liten bogserbåt som är gubben Nyberg. Sedan är det näten som glittrar, fästes på pålar, granskas av kritiska gubbögon.



— Pappa, hur länge är det sedan du såg dina fötter?

Katten kommer släpande med en stor åkersork, sätter sig och kalasar framför herr Malm som om hon ville visa att det är flera som kan...



Om en stund kommer gumman Nyberg, som mest håller sig inomhus med sitt pyssel, har ett fat med

mjölk, står på trappan och tittar efter katten. Gumman Nyberg har klippt håret, kammat ihop det till en kattsvans i nacken med ett sidenband om. Hon ser ungdomlig ut i den frisyren, nästan som en ung flicka. Det är ingen högfärd har hon anförtrott mej. En gammal människa har svårt att sköta håret, med kammar, uppsättning och sånt... det här är enkelt, lätt att kamma, lätt att hålla rent och fästa ihop med ett band.

Katten sitter på en hög sten, utsträckt, dåsig efter en kolossal sorkmåltid, blinkar sömningt mot gumman och hennes mjölkfat. — Är du sjuk, min Lovisa, ömkar gumman sorgset, för det måste väl vara något fel på en katt, helt likgiltig för mjölk med en släng av grädde som guppar på ytan.



Då kommer herr Malm, tungt och försiktigt vaggande genom gräset, styr rakt mot mjölkfatet på trappan. Som om han har för avsikt att kalasa på mjölken istället för katten. — Hon är ett riktigt rovdjur... ett förskräckligt rovdjur... herr Malms röst är en blandning av skräck och indignation. Katten har slafsats i sig en rätta... nästan lika stor som hon själv. Hon är proppmätt, kan knappast röra på kroppen av övermättnad... Så — å — å! utbrister gumman glatt och nästan niger av glädje för herr Malm. Nu vet hon att Lovisa inte lider av någon farlig sjuk-

Forts. å sid. 22



Katten sitter på en hög sten, dåsig efter en kolossal sorkmåltid, blinkar sömningt mot gumman Nyberg och hennes mjölkfat.

Vi pratar om...



STAD I FÖRSVINNANDE LJUS...

Gick man sakta genom staden så märkte man hur förändrad den hade blivit på ett halvt sekel. Hade man bott där bara för en 20-trettio år sedan, kunde man mycket väl se skillnaden, från badortsidyll till fabriksstad hade staden gått med ett sju-mila kliv.

Under expansionen hade människorna också förändrats som på en scenbild, stelnat i dagens jäkt, fått grå stänk vid tinningarna, alla de små glada pojkar som lekt indianer i Kusens backe satt nu på en bänk vid småbåtshamnen med en uppslagen kvällstidning framför sig — och Kusens backe var inte längre ärans fält i lek och krig utan en alldeles vanlig utsiktsplatå med vackra välansade promenadvägar.



Fråga doktorn och redaktören och fabrikschefen och Ni får en bild av staden, idyllens förvandling, om till det bättre eller sämre är inte så gott att veta.

Se bara på Storgatan, där alla gamla grå låga trähus, alla röda 1700-talslängor transporterats upp till hembygdsmuseet på berget, begrundande den tid som gått, tre stora varuhus håller uppe stadens balanskonto på högsta nivå, nya stadsbiblioteket stöttar kulturen, 6 våningar i höjden med restaurant och snabbköp i samma jätteskyskrapa. Bara stadsbibliotekarien står på samma ståndpunkt som förut, han köper förgäves in Hamsun, Dickens och Fröding, — förlegade, säger de unga, passé konstaterar kulturrådet, lika passé som stadsbibliotekariens åsikter om skådespel till folket.



Ändå bodde Fröding här en tid, satt på en bänk vid hamnen och filosoferade, Daniel Fallström dansade i gamla Societetsalongen, som snart ska jämnas med mar-ken. Det var inte så länge sedan en medlem av stadsfullmäktige föreslog, — en tändsticka, så brinner rasket med en gång men hans ord förtonade i skramlet på Bristols veranda. Den gamla badhusrestaurangen är auktionskammare nu, golvet gungar inte längre under wienerval-sers livsglädje, men bågvar under skåp

och bord och sekretärer, som släpas över tiljorna varje auktionsdag.

Industrisemestern är redan över, augusti sänder ett regn av blommande röda och lila flox över gamla trädgårdar där vinden skakar snirklade gröna verandor och torn med färgat glas.

Men husmödrarna skockar sig utanför alla varuhusen där gamla läroverket låg när doktorn var pojke — nu finns det inga läroverk längre bara grundskolor och nya gymnasierreformer.

Och doktorn har stängt sin praktik för länge sedan i villan vid kanalen. Han är närmare 90 år nu gamle doktorn, och hans lädermöbler är nedsuttna, hans planchverk gulnade på den höga bokhyllan som går från golv till tak, en annan läkares blänkande gyllene skylt sitter på dörren. Men gamle doktorn ger varje morgon igelkotten mjölk i trädgårdslandet och nyhetsutsändningen i TV slår sönder gränserna till stadens 90-tals idyll som en gång blommade, medan regnet plaskade i gröna vattentunnor.

Hammarslagen dånar från det nya bygget vid bron, Marenbron, den lilla vita

Forts. å sid. 22



Märket för köptrygghet i Konsum och Domus

Om man måste vara medlem för att handla i konsum? Ingalunda—medlemskapet är inget tvång.

Det är en rättighet.

STATUS BILDKRYSS

GP

FREDM

ÖKEN

PIPA

ETT MINDRE LANDSKAP

MÅSÖRT FÖR SAKAR MYCKET

MED MERA TYR SÄG DE SMÅ TILL

STÖRA

SMÅKÖRD

MÖRKHYAD PERSON

HÖJD

SÅNK BEÅSMARK PLAN MELLAN STEG

GAMMAL DRÄGARE

KNIPA HURSA?

HAR DE FLESTA OLIKA

TRÄNA STYRE

GÖR MYCKET GOTT

BITANDE IRONI

PLUNDERING

BÖGER SAGA MED

LUGNA NED SÄG

KAN ROS

GÖR MAN SKOG VÄRLSDDEL

HUNGER

HAR KANSKE DEN ANMÄLLNE

DOPPAS I VATTEN YTA

KAN HÄKA MED BLÅD

DUCK

TILLTAL

SITTER MED ARMARNA I KÖRS

KREDIT INTE ÄKTA

KAN GE NÄVER

SPDET VATTEN

KANSKE I OND TAND

NÄSTE

OCH 24-12

SÄGER INTE KON MED TILL

DVÄRG-TAL VÄRMER PIPPI

LEGEN-DANSK LIRARE

STÄLLD ÅT SJDDAN BÅT

GÅR PÅ DÄCK

MARS-TÖS

LEVT

VID STUG-ENTREN KANSKE

HALLÄ! HALLÄ!

EGET VILD-VÄXANDE BUSKE

VER-KAR RISIG

HAR SIN POST

SKEPPS-SKOR-PA

BÄBYMÅL PÅ KÖFEN-HÄMNSÅN

KAN SES I STIA

CIVIL-STÄND

UPP-SATS

USELT TILL-STÄND

SÖL-GUD

nr 8

Namn

Adress

Postadress

Lösningarna måste vara Status redaktion, Box 3196, Stockholm 3, tillhanda senast den 10 nov. För att få delta i tävlingen skall tävlingsbrev vara märkta "Bildkryss nr 8". — Tre priser utdelas som vanligt, nämligen ett på 25, ett på 10 och ett på 5 kronor. Lösning och pristagarnas namn meddelas i Status januari-nummer.

■ STAD I FÖRSVINNANDE . . .

Forts. från sid. 20

promenadbron ska ge plats för en bro av järn och betong och tusentals bilar som ska dåna över den.



Och i fullmäktiges sammanträde slår man klubban i bordet för ännu ett rivningsbeslut. Nu åker gamla hörnhuset med friser, där Länstidningen hade sina lokaler en gång. Konditoriet med stuckfriser och gyllene slingor i taket, och diskar av marmor har ingen plats i ett drätselkamarbeslut.

Domus, Tempo och Epa har snabbare, snabbluncher, snabbklackning, ett tempoackord utan like pågår i den lilla stadens rationalisering. Det var så länge sedan nu som unga flickor trippade i blomsterprydda hattar över den lilla vita promenadbron. — Den lilla vita bron håller inte längre några småstadsdrömmar.

Men det nya brobyggets järnkonstruktion håller uppe hela expansionen och hela den tunga industrin, hela turismen... Vid bron står konstnären och snurrar palleten mellan sina händer, en sista gång fäster han utsikten över brofästet för evigt fast på duken, gentianablå rymd, från en svunnen tid, lummig grönska, tornet på hans egen gula villa...

En liten bit av den stora larmande världens hörn stannar på hans målning.

Lokaltidningens hus ska bli sex våningar högt och inrymma snabbköp, och hyreslägenheter och grillbar och fullmäktiges nya sessionssal...

Två nya fina pressar har man fått, förstasidesnytt blir inte längre doktors 50-årsdag, eller marknaden på Rådhus-torget, världshändelserna ska nå ända fram till den lilla stadens torg med tre-spaltig bild på förstasidan...

Kvällsljuset faller som dunkelt guld, blekt mässing, över tak och plank över mossiga äppelträd och bibliotegets bländvita fasader...



Bilströmmen dånar inte längre med sin fulla kraft. Det är bara ett gapande chakt vid grunden där gamla polishuset låg, och nya nämndhuset ska uppföras. De gamla herrarna som lekte här när staden var ung, ser alla gamla gränser plånas ut, alla minnesplatser raderas bort som av osynliga händer. Men trasten sjunger djupt inne i skogen alltjämt, och igelkotten tassar mjukt över det höga gräset i doktors trädgård.

Redaktören vid Lokaltidningen har tidningen under armen, och en volym av Dickens i handen, orkestern stämmer stråkarna i Stadshotellets matsal, snart ska

■ STILLBILDER . . .

Forts. från sid. 19

dom, ska säkert ta hand om mjölken senare på kvällen. Gumman slinker in, hårsvansen i nacken med sidenband om glimmar till i dörröppningen likt en kokett avskedshälsning till herr Malm.

— Ett riktigt rovdjur... en kolossal rovgirig katt... mumlar herr Malm, om och om igen, och vaggar iväg tillbaka genom det höga gräset, försiktigt som ett tungt skepp, riggat med en blänkande vit nylon-skjorta. Katten, som tycks ha fått nytt liv igen, följer hans rörelser i gräset med ögonen en stund, gäspar och masar sig sedan makligt ned från stenen och styr vidare mot trappan och mjölken.

han sitta där inne vid ett bord som den ensamme stridbare redaktör Lyngge i Hamsuns roman, och på lördag ska han resa ut till stugan vid Måsnaren...

En timme till, raggaråken ska samlas vid torget, det kommer att bli bilstopp vid bron, och järnvägsövergången är bara provisorisk, stationshuset byggs om, taxi-stationen har flyttats, allting flyttas, som bricker i ett spel. Huller om buller flyttas människor och hus och uppgjorda planer, och blir till någonting helt annat, på helt andra spår.

Ett sammetsblått skymningsljus suddar ut den lilla staden, bara lyktorna från 1880 lyser vid Rådhuset, lyser mildt och tryggt på en tidlös scenkuliss...

TÄNK PÅ
HJÄRT- OCH LUNGSJUKAS
BLOMSTERFOND

Postgiro 95 00 11

MARMOR, KALKSTEN
och GRANIT

INGENJÖRSFIRMAN H. SVENSSON
OXIE Tel. 040/44 82 80

■ RESOR TILL HÄLSANS . . .

Fors. från sid. 15

Resorna till Opatija fortsätter emellertid i annan regi. Det är viktigt att samhället sätter in kraftigare stöd härvidlag och ger fler som behöver vård och klimatbyte en chans. Allra helst borde de befullmäktigade på olika plan göra en genomgripande översyn när det gäller hälsosoresorna och dess betydelse. Låt oss hoppas det!



Det finns naturligtvis delade meningar bland läkare och allmänhet om hälsosoresornas direkta resultat. Åtskilliga menar ungefär som så "att det vi inte kan göra i vårt förnämliga Sverige, det kan man inte göra någon annanstans heller". Må så vara, men de läkare som jag talat med i frågan är i varje fall ense om en sak: miljöbyte har i sej en välgörande inverkan, speciellt när det rör långtidssjuka och handikappade — människor som i stor utsträckning och trots alla välfärdsanordningar sitter infrusna och kringgärdade både sommar och vinter. Läger man därtill de medicinska framsteg som inte är ovanliga efter vistelser i andra miljöer och klimat, så borde saken vara klar. Vi bör ha råd med dessa nya vårdgrepp i välfärdens Sverige. Har man sett rullstolsresenärer och handikappade överhuvudtaget leva upp och blomstra på en playa, på en marknad, på en bar i ett främmande land, då är man beredd att sätta sin sista pesetas på att de pengar som möjliggjorde resan är väl förvaltade och tål granskning av vilka landstingsrevisorer som helst.

REVI GÖR
ger god vigör

Känner Ni Er trött och häglös?
Orsaken kan vara brist på någon
av vitaminerna. Då hjälper RE-
VIGÖR, som har alla 18 vitam-
inerna i bästa "lättsmälta" form:

A 20000, B1 2800, D3 2000 IE, B2
7.5, B3 30, B4 60, B5 120, B6 6,
B13 8, C 400, kolinbit. 600, inosit
125, E 5, H 1.5,
K3 10, PAB 1.5,
U 5.5 mg, B12
12 7/100 g.

Bli piggh och
"uppåt" prova
REVI GÖR redan
idag

Receptfritt på apotek
samt i hälsokostaffärer

AB CARLS-BERGH BIOKEMISK
OCH FARMACEUTISK FABRIK
GÖTEBORG 47



Läkarhus — Husläkare — "Hälsofabrik"

Läkarhusen har gjort sitt intåg även i svensk sjukvård. Egentligen är det fråga om amerikanska vårdidéer, som vinner terräng i Europa, skriver internationella läkartidningen PULS. I Västtyskland har man projekt med läkarhus på gång och i och med detta blir det naturligtvis debatt om olika vårdformer, om allmän praktik och specialister, om gamla och nya former av patientservice. Ibland undrar man hur denna kombination med den gamle husläkaren och "elitbehandlingen" hos specialisterna ska kopplas ihop till en harmonisk serviceorganisation, där ingen part behöver känna sig bli trampad på tårna.

Husläkaren och "hälsofabriken"

Man menar i Västtyskland — och det är väl riktigt — att en läkare "som måste sysselsätta sig med lite av varje" omöjligt kan besitta summan av de specialiserade kunskaperna som finns hos en läkargrupp, en sådan läkarhusen förfogar över.

Läkarhusen kan dessutom bli ett värdefullt verksamhetsfält för psykoterapeuter, och ännu mer för den psykosomatiska medicinen.

Innebär detta att en patient med "förkyllning" snart inte längre kan konsultera sin husläkare, utan måste besöka en "hälsofabrik"? Naturligtvis inte. Om någon länk i den nuvarande vårdkedjan husläkare—specialist—sjukhus kan elimineras så är det avgjort inte den förstnämnda. Ändå tycks detta vara just vad yrkets företrädare befarar. "Vem ska vägleda patienterna om husläkaren försvinner?" frågas det. Även optimisterna inom kåren tror att "det goda förhållandet mellan familjeläkaren och hans patienter kan komma att skadas väsentligt".

Båda farhågorna torde vara överdrivna. Familjeläkarens existens är nog inte på något sätt hotad. Det enda som kan förändras helt är specialistens ställning, eftersom hans arbetsuppgifter kan komma att koncentreras till de diagnostiska centralerna.

Det är däremot uppenbart, att om "grupptanken" slår igenom kan den medföra att allmänpraktikerns och den in-
vårtesmedicinske specialistens funktioner sammanstrålar, och en ny "elitstam" av familjeläkare uppkommer. Denna tendens är tydlig i Sverige, men kan skönjas även inom Englands National Health Service.

Läkarhus bara för miljonärer?

En invändning man ofta hör i Tyskland är, att den föreslagna diagnoscentralen i Wiesbaden kan bli en "elegent hälsofabrik för de korpulenta produkterna av det ekonomiska undret", som någon skrev i *Münchner Medizinische Wochenschrift*. Initiativtagarna bemöter anklagelsen så här: "Vi vill inte bygga en klinik för miljonärer. I allt väsentligt tänker vi behandla alla lika, även sjukkaspatenter. Men finns det något skäl varför de rika inte skulle hjälpa till att betala behandlingen av de mindre lyckligt lottade?" Det är sjukförsäkringsfolkets sak att räkna ut på vilka ekonomiska villkor en förstklassig diagnostisk service kan göras tillgänglig för alla.

Utländska sjuksköterskor till svensk sjukvård

Möjligheterna att förstärka sjukvårdsresurserna med hjälp av utländsk arbetskraft flyttas fram ett stort steg i och med att de "två stora" i svenskt sjukvårds-
väsen — landstingsförbundet och stadsförbundet — gått fram med en gemensam framställning till Kungl. Maj:t.

Landstingsförbundet och stadsförbundet har i gemensam framställning anhållit att Kungl. Maj:t måtte vidta åtgärder för en organiserad överföring av utländska sjuksköterskor till den svenska sjukvården.

Förbunden erinrar att 1962 års utredning angående sjuksköterskeutbildningen har beräknat att det i början på 1970-talet skulle krävas 34.800 årsverken av personal med sjuksköterskekompetens (mot-
svarande) eller en ökning med ca 7.100 under den närmaste femårsperioden. För att nå fram till denna ökning skulle man få bygga ut antalet elevplatser nära nog omgående från för närvarande 2.800 till 3.800. En dylik utbyggnadstakt bedömer utredningen som en omöjlighet att realisera.

En utökad utbildningskapacitet — som man i och för sig kan räkna med att sjukvårdshuvudmännen kommer att engagera sig för — torde icke under de närmaste åren i någon avsevärd grad kunna överbrygga den nuvarande och beräknade bristen på denna personalkategori. Nuvarande sjuksköterskebrist (sept. 1966 7,8 % vakanser) utgör ett allvarligt hin-

Pristagare

till Status bildkruss nr 6

- 1:a pris kr. 25:—: Karl I. Påfvelsson, Knutstorp, Stora Mellby.
2:a pris kr. 10:—: Majken Nordlund, Drottninggatan 20 B, Boden.
3:e pris kr. 5:—: Greta Andersson, Åsgatan 70, 1 tr., Hedemora.

Lösning:

P — O — S — AVISA — VAK — FAR-
AKTI — A — TRATT — GAP — OSTAR
— T — R — NT — NIT — TÅ — BÅR —
SOTAT — D — ÖDET — PANT — BAST
— TUNNA — VECKA — OMTALAR
IG — ORKAN — ÖRE — VAL — ANE —
MATRO — DRULLAR — GRYM — A —
P — TALRIK — AREAL — E — NOS —
AERO — NN — SR — BEREDDA — SIL
— ARIA — KORRESPONDENT — R —
R — ORRE — RAS — OTTO — DROPP
— GOTTEGRIS — I — NK — TRIPPEL —
OAS — EGOIST — SNASK — RASA.

der för upprätthållande av nuvarande vårdkapacitet och bristsituationen kan beräknas förvärras med den utbyggnad av vårdområdet som pågår och planeras.

Mot denna bakgrund har olika åtgärder prövats för att förbättra personalsituationen. En av de åtgärder som därvid diskuterats har varit överföring av utländsk arbetskraft. Enstaka sjukvårdshuvudmän har i begränsad omfattning och i samverkan med arbetsmarknadsmyndigheterna fått utländska sjuksköterskor att ta ställning inom den svenska sjukvården. Denna verksamhet, som ännu befinner sig på försöksstadiet och därför lämnat ett begränsat erfarenhetsmaterial, synes i stort sett ha slagit väl ut. Försöken har emellertid krävt betydande insatser beträffande utbildning och omhändertagande. Kostnaderna för försöken — fränsett de som avsett språkutbildning — har huvulmännen helt svarat för.

Det har synts sjukvårdshuvudmännens huvudorganisationer — landstings- och stadsförbundet — angeläget att ifrågavarande verksamhet för överföring av utländska sjuksköterskor till den svenska sjukvården utökas och att den får en riksomfattande karaktär så att den kan komma flertalet huvudmän till godo. Med denna målsättning har det synts naturligt att verksamheten omhänderhas och bekostas av statsmakterna. Förbunden är därvid beredda att lämna sin medverkan i fråga om de praktiska arrangemangen.

Ingen för gammal...

En svensk folkbildningsman talade en gång om de olika åldrarnas förmåga att lära, och framhöll att den gynnsammaste åldern torde ligga omkring sexton år. Då är man i regel mest mottaglig och lärlärd, och i den åldern går det därför bäst att slå i sig stora mängder minneskunskaper. Talaren hade själv gjort den erfarenheten att det vid mera mogen ålder var betydligt svårare att exempelvis lära främmande språk.

Härtill genmälde en lyssnare att även om detta resonemang på sätt och vis var siktigt, torde dock dess likgiltighet och räckvidd vara begränsad, och han tog också sig själv som exempel. Just nu höll han på med att läsa ett socialfilosofiskt verk, som gav åtskillig glädje och behållning. Denna bok hade han absolut inte kunnat läsa med samma intresse och utbyte i sexton- eller tjugoårsåldern. Sen dess hade omdömet blivit bättre, intressena djupare och den personliga mognaden större. För honom framstod alltså en högre ålder som en avgjord tillgång när det gällde exempelvis studier av sociala, psykologiska och filosofiska ämnen.

Folkbildaren instämde och framhöll att detta inlägg innebar en nyttig utvidgning och komplettering av vad han sagt. Ifråga om minnesplugg är ungdomstiden säkerligen överlägsen, menade han, medan andra studiearter och ämnen otvivelaktigt ligger bättre till för mera erfarna och mogna personer. Ingen är för gammal att lära, och en relativt hög ålder är inget hinder för andlig förnyelse och växt. Detta var också hans bestämda erfarenhet och uppfattning.

Vi möter samma syn och uppfattning från skilda håll. Psykologer och pedagoger hävdar att vi aldrig blir för gamla att lära och utvecklas, såvida vi håller oss friska till sinnes och med gott mod strävar vidare. Så har den amerikanske psykologen Thorndike gjort omfattande undersökningar beträffande lärlärdheten i olika åldrar. Han har funnit att förmågan att lära ännu vid fyrtiofem år är fullt jämförlig med skolbarnens. Förmågan att lära och studera med gott utbyte kan föl-

ja oss livet igenom, bara vi har intresse och studiehåg. Först när vi tror oss färdiga med vår uppfostran och bildning och inte längre väntar något av livet, är det slut med vår inre växt och förkovran.

Det finns många exempel på intensiva studiemödor och intellektuella bragder vid mycket hög ålder, och detta bör vara en uppmuntran och sporre för alla dem, som passerat medelåldern. Det finns ingen anledning till misströstan och överksamhet för någon av oss. En del av våra studier kan säkert med fördel förläggas till studiecirkeln, där unga, friska viljor av alla åldrar kan utbyta tankar och erfarenheter, och där vi med fördel kan praktisera den inbördes hjälpen på detta område. Redan själva samvaron har en välgörande verkan, och därtill kommer så de övriga fördelarna av de gemensamma studierna.

Ingen är för gammal att förkovra sig. Tillfällen och förutsättningar finns för oss alla, om vi har det rätta grytet. Detta är den enkla och uppmuntrande sanningen. Det kan vara nyttigt att hålla detta i minnet — och att handla därefter.

V. J.

UNNA ER EN HÄLSOBRINGANDE

VILA PÅ

MÖSSEBERG

Trivsamt kurort 300 m ö. h. För avkoppling och rekreation. Sjuk- och konvalescentvård. Moderna behandlingsresurser jämsides med behaglig komfort och vila. Golfbana (6 km). Läkararvoden och kostnaderna för fysikalisk terapi ersättes till en del av sjukkassan. — Överläkare: Dr Rune Wikström.

**AB MÖSSEBERGS
SANATORIUM OCH BADHOTELL**

Falköping — Telefon 100 46 växel 132 20

Kök

för handi-
kappade

Vid projektering och behov av specialnickerier begär offert.

Vi levererar under ansvar och i samarbete med SVCR (Svenska Centralkommittén för Rehabilitering)

AB EGNA BOSTÄDER

Box 71 Norrköping Tel. 011/12 18 64

Tillverkare:

BRÖDERNA GRANBERG SNICKERIFABRIK
Norrköping - Tel. 011/12 12 24 - 12 23 70

VÄVSTOLAR

VÄVREDSKAP
KNYPPELDYNOR
HYVELBÄNKAR

Begär katalog

Vävstolsfabriken

Fack 125, GLIMÄKRA. Telefon 044/421 41

Riksbekant SPECIALINDUSTRI för VÄVSTOLAR i
KVALITETSUTFÖRANDE



Riksförbundets för Hjärt- och Lungsjuka lokalföreningar

BLEKINGE LÄN

K

Blekinge Läns Centralorg. för Hjärt- och Lungsjuka, Box 95, Karlskrona. Ordf. Alva Bengtsson, Gustavsborgsväg. 19, Karlshamn. Tel. 0454/115 66.

Fur: Furs Patientförening. Tel. Karlskrona 0455/970 70.

Karlshamn: Ordf. Klas Andersson, Kolonigat. 13.

Karlskrona: Ordf. Axel Hansson, Mariebergsv. 22, Karlskrona. Tel. 0455/220 39.

Ronneby: Ordf. Eric Andersson, Snäckeg. 4. Tel. 0457/114 89.

GOTLANDS LÄN

I

Gotlands Konvalescent- och Patientförening, Adelsgat. 19, Visby. Tel. 0498/128 38. Ordf. Åke Svensson, Ölandsgat. 21, Visby. Tel. 0498/148 75.

GÄVLEBORGS LÄN

X

Gävleborgs Centralorg. för Hjärt- och Lungsjuka. Ordf. Holger Hansson, Våpnargat. 8 A, Gävle. Tel. 026/11 48 43.

Gävle: Korr. B. Fast, Jägargat. 18 C, Gävle 8. Tel. 026/12 14 71.

Hofors: Ordf. Erik Karlsson, Björkhagsgat. 36. Tel. 0290/202 71.

Hudiksvall: Korr. Lars Rönn, Box 6, Stocka 1.

Ockelbo: Ordf. Thorsten Andersson, Box 115, Norrsundet. Tel. 0297/221 54.

Sandviken: Ordf. Knut Elfström, Polhemsgat. 11 A. Tel. 026/25 36 09.

Strömsbro: Selggrens Sjukhus Patientförening.

GÖTEBORGS OCH BOHUS LÄN

O

Hjärt- och Lungsjukas Samorg. i Göteborgs och Bohus län (Hälso), Packhusplatsen 2, Göteborg C. Tel. 031/11 96 02.

Göteborg: Fritidshemmet, Stigbergsliden 10, Gbg V. Tel. 031/14 96 69.

Göteborg 17: Patientföreningen, Renströmska sjukhuset.

Rävlanda: Patientföreningen, Sanatoriet.

Svenshögen: Patienternas Självhjälpskassa, Lungkliniken. Tel. 190.

HALLANDS LÄN

N

Hallands Hjärt- och Lungsjukas Centralorg. Ordf. Sune Nilsson, Gruebäcksväg 14, Falkenberg. Tel. 0346/129 86.

Falkenberg: Ordf. Sune Nilsson, Gruebäcksväg. 14. Tel. 0346/129 86.

Halmstad: Ordf. Göte Svensson, Linehedsväg. 23. Tel. 035/11 56 80.

Varberg: Ordf. Arvid Andersson, Ö. Vallgat. 58. Tel. 0340/123 04.

JÄMTLANDS LÄN

Z

Jämtlands Läns Konvalescentförening, Box 139, Östersund. Ordf. Sven Widgren, Biblioteksgat. 37 B. Tel. 063/215 89.

Östersund: Sollidens Patienters Understödsförening.

JÖNKÖPINGS LÄN

F

Centralorg. för Hjärt- och Lungsjuka i Jönköpings län, Postfack 658, Jönköping 3. Ordf. Josef Svensson, Gröna Gatan 22 B. Tel. 036/11 37 66.

Eksjö: Lungkliniken Patientförening. Tel. 0381/130 10.

Jönköping: Ordf. Oscar Liljengren, Västerliden 11 D, Huskvarna. Tel. 036/12 58 18.

Värnamo: Ordf. Erik Ström, Åkersberg. Tel. 0370/131 64.

KALMAR LÄN

H

Kalmar Läns Centralorg. för Hjärt- och Lungsjuka. Ordf. Carl Hellström, Ståthållaregat. 13, Kalmar. Tel. 0480/147 37.

Kalmar: Ordf. John Carlsson, Sjöbringsväg. 3. Tel. 0480/114 33.

Målilla Kyrkby: Målilla Patienters Understödsförening. Tel. 0495/208 00.

Nybro: Ordf. Eric Robertsson, Pl. 1016, Brokagårde. Tel. 0481/105 44.

Oskarshamn: Sekr. Irma Carlsson, Alléväg. 11 C. Tel. 0491/108 90.

Vimmerby: Korr. Gösta Svensson, Granväg. 1, Hultsfred. Tel. 0495/115 23.

Västervik: Ordf. Rune Claesson, Bangat. 12 C. Tel. 0490/149 13.

Öland: Ordf. Carl Nyhlén, Solhem, Lötorp. Tel. Öland 0485/231 42.

KOPPARBERGS LÄN

W

Dalarnas Hjärt- och Lungsjukas Centralförening. Ordf. Erik Skoog, Box 259, Kvarnsveden. Tel. Borlänge 0243/322 43.

Borlänge: Ordf. Knut Björnstad, Box 13, Märkargatan, Kvarnsveden. Tel. Borlänge 0243/327 90.

Borlänge 2: Borlänge Silikosförening. Ordf. Karl-Henrik Andersson, Box 3285. Tel. 0243/175 19.

Falun: Ordf. Arne Jonsson, Gammelväg. 26. Tel. 023/156 54.
Högbo Patientförening, Falun. Tel. 023/181 50.

Ludvika: Ordf. Alvar Fredriksson, Digeråla, Sörvik. Tel. 0240/391 16.

KRISTIANSTADS LÄN

L

Kristianstads Läns Centralorg. för Hjärt- och Lungsjuka. Ordf. Elliott Nylander, Västerborg 2 A, Hässleholm. Tel. 0451/129 90.

Broby: Broby Patienters Självhjälpsförening, Broby. Tel. 044/407 20.

Hässleholm: Ordf. Ragnar Nilsson, Stenbocksgat. 16 C, Tyringe.

Klippan: Ordf. Nils Andersson, Nygårdsväg. 3. Tel. 0435/124 89.

Kristianstad: Ordf. Knut Loy, Vångaväg. 27 B. Tel. 044/11 77 90.

Simrishamn: Ordf. Gunnar Petersson, Fredsdalsgat. 2 A. Tel. Simrishamn 0414/100 46.

KRONOBERGS LÄN

G

Hjärt- och Lungsjukas Förening i Kronobergs län, Ulriksbergspromenaden 13, Växjö. Korr. Stig Karlsson, Alsborg, Helgevärma. Tel. Växjö 0470/601 07.

MALMÖHUS LÄN

M

Centralorg. för Hjärt- och Lungsjuka i Malmöhus län, Almbacksgat. 2 B, Malmö C. Tel. 040/11 57 95. Korr. Åke Magnusson, Kronetorpsgat. 94 A, Malmö Ö. Tel. 040/93 35 95.

Eslöv: Gottfrid Hansson, Brödåkra, Löberöd. Tel. Eslöv 0413/302 66.

Hälsingborg: Sturegat. 11.

Höganäs: Korr. Anna Bengtsson, Svarvaregat. 4 A. Tel. 042/429 91.

Landskrona: Midhemsväg. 3 A. Ordf. Evert Mathiasson, Hantverkaregat. 42 A. Tel. 0418/131 46.

Lund: S. Stationen, S. Esplanaden. Tel. 046/11 49 90. Ordf. Gunnar Karlsson, Dag Hammarskjölds Väg 5 C. Tel. 046/11 92 58. Patientföreningen Lungkliniken. Tel. 046/11 76 00.

Malmö: Almbäcksgat. 2 B. Tel. 040/11 57 95. Ordf. Tore Leijon, Erikslustv. 6 A, Malmö V. Tel. 040/91 47 04. Pat.-fören. Gagn och Glädje, Lungkliniken, Malmö. Tel. 040/990 00.

Orup: Pat.-fören. Nyttä och Trevnad, Orupssjukhuset. Tel. 0413/252 81.

Trelleborg: Sekr. Fru Ewy Palm, Borgmästaregat. 27. Tel. 0410/134 63.

Ystad: Ungdomsgården, Piparegr. Ordf. Per-Erik Olsson, Öja 16. Tel. 0411/140 49.

NORRBOTTENS LÄN BD

Länsfören. för Hjärt- och Lungsjuka i Norrbotten. Ordf. Ture Mårtensson, Trossväg. 12, Mjölkkudden, Luleå 6. Tel. 0920/166 29.

SKARABORGS LÄN R

Länsfören. för Hjärt- och Lungsjuka. Ordf. Bertil Thim, Orren 3, Järpås. Tel. 0510/911 68.

STOCKHOLMS STAD A

Centralstyrelsen för Hjärt- och Lungsjuka i Stockholm, Majorsg. 12 I, Stockholm Ö. Tel. 08/61 04 14 och 61 05 95.

Fhlis, Majorsgat. 12, I. Ordf. Lennart Åkerström, Knypplerskeväg 23, II, Bromma. Tel. 08/26 40 68.

S:t Görans Patientförening. Ordf. Bertil Hammarlund, Ekshagsväg. 6, 2 tr. Stockholm 50. Tel. 08/30 77 81.

Uttran: Söderby Patientförening, Uttran 2. Tel. 0753/309 20.

Hedemora: Tjárnans Patientförening.

STOCKHOLMS LÄN B

Konvalescentföreningen för Hjärt- och Lungsjuka i Stockholms län, Algat. 3, Solna. Tel. 08/27 81 13.

Uttran: Patientföreningen, Uttrands Sjukhus, Uttran. Tel. 0753/304 83.

SÖDERMANLANDS LÄN D

Centralorg. för Hjärt- och Lungsjuka i Södermanlands län. Ordf. Erik Norgren, Stavangergat. 1, Eskilstuna. Tel. 016/11 34 72.

Eskilstuna: Ordf. Erik Norgren, Stavangergat. 1, Eskilstuna. Tel. 016/11 34 72.

Lungkliniken Pat.-fören. Ordf. Arne Lundh, Stenkvistaväg. 9, Eskilstuna 3. Tel. 016/390 18.

Nyköping: Ordf. Helge Eriksson, Fruängsgat. 10. Tel. 0155/190 55.

UPPSALA LÄN C

Uppsala Läns Centralorg. för Hjärt- och Lungsjuka. Ordf. Gunnar Ericsson, Backväg. 8, Björklinge.

Enköping: Ordf. Ingvar Jäderholm, Bäckgat. 10. Tel. 0171/337 18.

Uppsala: Ordf. Mary Erixon, Gröna Gatan 23 C. Tel. 018/11 65 38. Patientföreningen vid Lungkliniken avd. 41, Uppsala. Tel. 018/13 92 00.

VÄRMLANDS LÄN S

Centralorg. för Hjärt- och Lungsjuka i Värmlands län. Ordf. Åke Aspling, Lovisebergsväg. 1 C, Hagfors. Tel. 0563/121 82.

Arvika: Ordf. Sonja Johansson, Bosebyn, Arvika. Tel. 0570/350 51. Pat.-fören. Enighet, Lungkliniken, Arvika. Tel. 0570/131 00.

Hagfors: Ordf. Åke Aspling, Lovisebergsväg. 1 C. Tel. 0563/121 82.

Karlstad: Ordf. Karl Jansson, Lövnäs, Box 7, Hammarö. Tel. 054/252 08.

Kristinehamn: Ordf. Alma Hellström, Högåsgat. 12. Tel. 0550/116 20.

Säffle: Ordf. Sigvard Berglund, Huldrastigen 7. Tel. 0533/139 00.

VÄSTERBOTTENS LÄN AC

Västerbottens Läns Hjärt- och Lungsjukas Centralorganisation. Ordf. Erling Engewad, Hällnäs 2. Tel. 0933/202 68.

Byske: Ordf. Erling Lundsten, Åbyn, Brännfors. Tel. 0912/300 80.

Hällnäs: Patientföreningen, Hällnäs 2. Tel. 0933/203 00.

Lycksele: Bången, Box 375. Ordf. Arne Årebrand, Box 2014. Tel. 0950/104 33.

Umeå: Ordf. Harald Holm, Box 1836, Holmsund. Tel. 090/404 23.

VÄSTERNORRLANDS LÄN Y

Västernorrlands Hjärt- och Lungsjukas Centralförening. Ordf. Lars Norberg, Fack 1, Indal. Tel. 060/921 70.

Sundsvall: Ordf. Ossian Gustavsson, Västra väg. 16. Tel. 060/550 16.

Örnsköldsvik: Ordf. Holger Leuf, Box 375, Domsjöverken. Tel. 0660/523 95. Föreningen Nyttä och Nöje, Box 129, Örnsköldsvik.

Österås: Patientföreningen, Österåsens Sjukhus. Tel. Sollefteå 0620/230 90.

VÄSTMANLANDS LÄN U

Centralorg. för Hjärt- och Lungsjuka i Västmanlands län, Haga Parkgat. 5, Västerås. Tel. 021/420 33. Ordf. K. A. Berglund, Kaserngat. 11, Västerås. Tel. 021/197 31.

Fagersta: Korr. Karl Bengtsson, Benningväg. 19, Fagersta 2. Tel. 0223/144 80.

Köping: Marieborgsväg. 9. Tel. 0221/103 11. Ordf. Rune Degerman, Pungboväg. 24. Tel. 0221/158 27.

Västerås: Aros, Haga Parkgat. 5. Tel. 021/420 33. Ordf. Erik Sandberg, Jakobsgat. 65. Tel. 021/836 56. Patienternas Understödsförening, Lungkliniken, Västerås. Tel. 021/371 00.

ÄLVSBORGS LÄN P

SÄLKO, Postfack 216, Borås. Ordf. Herbert Ahlqvist, Akvilejagången 31, Borås. Tel. 033/12 00 02.

Borås: Pat.-fören. Skogsblomman, Lungkliniken Västerås.

Skene: Marks Konv.fören., Box 10, Skene. Ordf. Sten Salomonsson, Källdalen 3, Skene. Tel. 0320/409 73.

Åsunden: Patienternas Understödsförening, Sjö-Gunnarsbo Sjukhus.

ÖREBRO LÄN T

Örebro Läns Centralorg. för Hjärt- och Lungsjuka. Korr. Valter Svärd, Box 167, Degerfors. Tel. 0586/407 49. Ordf. Alfr. Lindahl, Hjortstorpsväg. 23. Tel. 019/14 06 85.

Karlskoga: Skogsrundan 14. Tel. 0586/370 78. Ordf. Gunnar Andersson, Doberväg. 13 B, Bofors. Tel. 0586/348 80.

Örebro: Postfack 378. Tel. 019/18 99 81. Ordf. Gunnar Pettersson, Löfvängsväg. 10. Tel. 019/12 05 58.

Örebro 9: Patientföreningen, Lungmedicinska Kliniken. Ordf. Harald Strandberg, Riksbyggeväg. 8 B, Karlskoga. Tel. 0586/338 39.

ÖSTERGÖTLANDS LÄN E

Centralorg. för Hjärt- och Lungsjuka i Östergötland, Box 101, Linköping. Tel. 013/12 44 40. Ordf. Gustav Somdahl, Garvaregat. 12, Linköping. Tel. 013/12 13 50.

Kolmårdssjukhuset: Kolmårdspatienternas Intresseförening. Tel. 011/914 00, Kurator.

Linköping: Korr. Göte Nordberg, Prästbolsgat. 1. Tel. 013/12 67 42.

Norrköping: Skolgat. 8. Tel. 011/12 30 19. Ordf. Sven Ahlström, Bergslagsgat. 67. Tel. 011/355 62.



KOCKUMS
MEKANISKA VERKSTADS AB • MALMÖ





RIKSFÖRBUNDET FÖR HJÄRT- OCH LUNGSJUKA

en organisation i folkhälsans tjänst



AKTIVITET I SAMVERKAN

med

Medicinsk sakkunskap

Socialvård - Arbetsvård

Arbetsmarknad och Näringsliv

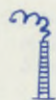
RIKSOMFATTANDE VERKSAMHET



120 lokalföreningar med över 16.000 medlemmar



7 egna konvalescenthem med 150 platser med en kapacitet av ca 50.000 vård dagar per år



Skyddad sysselsättning och rehabilitering — ca 45 st. arbetsplatser

INFORMATION OCH UPPLYSNING

OM OCH FÖR ALLA

HJÄRT- OCH LUNGSJUKA



PRODUKTIV SOCIALVÅRD ÄR GOD SAMHÄLSEKONOMI