

advisory, preventive and social activities has to embark upon a wide range of new training programmes, many of them having an entirely new content. Very often they will offer a combined medical, technological, biological, psychological and socioeconomic education. I feel it is in this way that medical manpower has to be equipped. This a matter of urgency”.

Olle Höök



Red: Sten Söderberg

Befolkningsexplosionen

Statistiken visar att ehuru världens befolkning under det första århundradet av vår tideräkning inte översteg ca 250 miljoner människor, och oaktat det tog 1700 år att pasera följande kvartsmiljard, tog det ännu 200 år för nästa kvartsmiljardökning, 100 år för följande miljard och 35 år för den sista miljarden. Och något som låter olycksbådande: Inom loppet av de nästa 35 åren kommer befolkningen att växa med ytterligare tre miljarder tills vi från slutet av detta århundrade och med nuvarande tillväxttakt kan räkna med att vart åttonde år lägga ytterligare 1.000 miljoner

människor till världens samlade befolkning.

Förenta Nationernas radiotjänst vid FN-högkvarteret i New York sammanställde nyligen en rad uttalanden från de senaste månadernas debatter i FN för att ge en bild av det man kallar befolkningsexplosionen och dess hotande följder för världens nu tre och en halv miljard invånare. Eller som det hette i inledningen till radioprogrammet: "Planeten Jorden består till 30 procent av land och 70 procent av vatten. Jorden bebos bl.a. av mänskliga varelser. Problemet i dag är att vi människor snabbt och hela tiden blir fler. Men jordens storlek förblir densamma."

Under den senaste debatten i generalförsamlingen om detta sade t.ex. den svenske delegaten Bolin:

— Man börjar så småningom erkänna befolkningens faktors avgörande betydelse. Det finns en växande förståelse för det faktum att man inte kan lösa utvecklingsproblemen så länge man inte sätter stopp för befolkningsexplosionen.

Den polske delegaten Lezok Kasprzyk uttryckte också sitt bekymmer över utvecklingsländernas höga födelsetal. Han sade vidare att den ekonomiska tillväxttakten i utvecklingsländerna under 1960-talet varit knappt fyra och en halv procent i stället för planerade fem, och han underströk att den lägsta tillväxttakten kunde konstateras i de mest befolkade länderna.

Den israeliske delegaten Haim Zadek använde en annan måttstock, nämligen inte ett lands samlade ekonomiska tillväxttakt utan den årliga tillväxten per invånare:

— Befolkningstillväxten reducerar den årliga ekonomiska tillväxten till halvvannan procent i utvecklingsländerna mot ca tre och en halv procent i industriländerna. Om man vill göra en värdering utgående från mänsklig lycka eller mänskligt elände så är det tillväxttakten per invånare och inte landets tillväxttakt som sådan som räknas.

Den minskade dödligheten är orsaken

Förenta Nationerna har engagerat sig djupt i befolkningspro-

blemet. Det senaste initiativet såg dagens ljus i januari i år — en fem veckors kurs med syfte att hjälpa utvecklingsländerna att ringa in och lösa sina befolkningsproblem. Kursen hölls i FN-högkvarteret i New York, och dess tio deltagare väntas bli utsända till Afrika, Asien och Latinamerika. Generalsekreterare U Thant sade i ett tal till kursdeltagarna bl.a.:

— På grund av den starka pressen på den sociala strukturen i utvecklingsländerna — detta gäller både stora och små länder — finns det i dag ett växande intresse hos världens regeringar för att minska tillväxttakten, inte bara på grund av de ekonomiska fördelarna utan även av rent mänskliga hänsyn.

Världsbankens chef Robert McNamara sade i sitt inlägg, att man först och främst måste förstå vad befolkningsexplosionen innebär:

— Dess orsak är inte en växande födelseprocent utan en dramatisk nedgång i dödlighetsprocenten, huvudsakligen beroende på de framsteg läkarvetenskapen gjort. Det är en nedgång som för övrigt inte ännu nått botten av kurvan. Det är denna "dödlighetskontroll" och utsikterna för en ytterligare nedgång i dödlighetsprocenten, som har skapat den nuvarande nödsituationen. Och jag kan inte föreställa mig att någon skulle önska återinföra pesten som en naturlig lösning på befolkningsproblemet.

Vid ILO:s halvsekelskifte

Internationella arbetsorganisationens syfte är att arbeta för allmän och varaktig fred baserad på social rättvisa och ekonomiskt och socialt välbefinnande för alla folkslag, skriver ILO-information.

Alltsedan ILO upprättades 1919 har det rätt väpnad konflikt på en eller flera ställen i världen. Men hoppet om fred och vilja till fred är större idag än för 50 år sedan. En av orsakerna till det är att krig förefaller meningslöst i en värld vars funktioner på ett otal områden internationaliserats. Dessutom är frågan om krig eller

fred allvarligare i dag än för 50 år sedan. Med atomvapen kan vi utplåna allt liv på jorden. Med interkontinentala raketer kan ett krig bli globalt med överljudshastighet.

Människan idag är alltför uppläst för att acceptera någon form av Pax Romana — fred genom underkastelse. Fred kan inte längre säkras genom att påtvinga människor, några färdiga ideal, inte heller genom att skapa välstånd åt några få på bekostnad av andras fattigdom.

Ansvar för att säkra en sådan fred ligger inte *över* utan *inom* varje enskild nation. Den säkraste vägen till fred är därför att utveckla politiskt stabila och ekonomiskt sunda samhällen grundade på social rättvisa för alla.

En av de huvuduppgifter som stiftarna gav organisationen 1919 var att medverka till att förbättra levnads- och arbetsvillkoren genom att fastställa internationella arbetsnormer som skulle bana väg för social rättvisa.

Sedan dess har 260 internationella bestämmelser om arbetsförhållanden antagits; av dem 128 konventioner och 132 rekommendationer. Tillsammans utgör de *Den internationella arbetskodexen*.

ILO:s arbetsnormer berör många av vardagens förhållanden. De spänner över ett stort socialt fält, som t.ex. grundläggande mänskliga rättigheter, sysselsättningspolitik, social trygghet, arbetsförhållanden, fabrikstillsyn, säkerhets- och välfärdsanordningar och arbetsadministration.

Problemen som vi slipper

Bekämpningen av ökengräshoppa — denna glupska insekt som dagligen äter sin egen vikt och är en plåga för en femtedel av jordens landareal — har påtagligt effektiviserats, tack vare ett projekt, som stöds av Förenta Nationernas utvecklingsprogram, UNDP, och omfattar 42 länder.

Experterna har företagit undersökningar av de viktigaste områ-

derna där gräshopporna förökar sig, hittat på nya metoder att utrota dem i luften och på jorden, lärt människorna i respektive områden tekniken för bekämpning av gräshopporna samt utvidgat den meteorologiska servicen då regn och vindriktning är viktiga faktorer när det gäller mönstret för gräshoppornas fortplantning och svärmning.

Under större delen av projektet minskade gräshopporna på grund av att faktorer som väder och tillgång på föda hjälpte till vid bekämpningen. Men år 1968 och i början av 1969 visade sig gräshoppssvärmarna igen i enorma mängder huvudsakligen på grund av bristfälliga kontrollåtgärder på den arabiska halvön, framgår det av en rapport, som UNDP skickade ut i februari. En av de största nya svärmarna var 80 km lång och gott och väl 40 km bred.

Hjärttransplantationerna och Sverige

För hjärtsjukdomarnas bekämpande förefaller det som om andra åtgärder har väsentligt större kvantitativa dimensioner än hjärttransplantationer, vilka tills vidare endast förefaller kunna ge en kortare överlevnadsförbättring för ett litet antal patienter. Detta säger professor Gunnar Biörck i en preliminär rapport till socialstyrelsen. Rapporten har lämnats en månad efter det professor Biörck fick socialstyrelsens uppdrag att göra en utredning och sammanställning över de sjukdomar och förändringar i övrigt i hjärtat som kan motivera hjärttransplantation. *Svenska Dagbladet* refererar:

Hjärttransplantationsteknikens förutsättningar inrymmer emellertid djupdimensioner genom att påverka fundamentala begrepp och föreställningar på olika mänskliga områden, konstaterar professor Biörck. I viss, men måhända mindre, utsträckning gäller detta

även om olika former av "assisted circulation", särskilt då "det konstgjorda hjärtat". Ute i världen kommer utvecklingen med all sannolikhet att fortsätta efter dessa olika linjer samtidigt, säger prof. Biörck som i USA sammanträffat med ett flertal av de ledande kirurger och cardiologer, vilka på ett eller annat sätt varit engagerade i den där bedrivna hjärttransplantationsverksamheten.

I väsentliga stycken måste vad hittills gjorts på det kirurgiska området betecknas som "experimentell medicin", och så kommer rimligen ännu åtskillig tid att vara förhållanden. Det förefaller mycket tveksamt för att inte säga omöjligt, att på längre sikt lämna vårt land utanför kretsen av länder, inom vilka denna utveckling försiggår, säger prof. Biörck. Förutsättningarna bör därför omprövas, men det är väsentligt att man samtidigt uppställer ett realistiskt program för hjärtsjukvården i dess helhet och inom detta åstadkommer en förnuftig prioritering.

I slutet av februari hade inalles 116 hjärttransplantationer utförts i hela världen och av dessa torde något över hälften ha utförts i USA. Cirka en på fyra hade överlevt mer än ett halvår, cirka en på tre hade levt fyra månader. Endast en, Blaiberg, uppvisar en överlevnad på mer än ett år. Generellt framhölls att man ännu inte kan tala om en kirurgisk rutinmetod. Allmänhetens högt upptrivna förväntningar har förbytts i besvikelse och hela "hjärttransplantationsprogrammet" i USA anses befinna sig i motvind, även inom läkarkåren. Kirurgerna utsätts för ett "tryck" och risk finns att detta kan drabba den medicinska forskningen överlag.

Dödsbegreppet igen

Professor Biörck kommer så in på de legala förutsättningarna. Han framhåller som sin mening att det är ofrånkomligt att acceptera, att om hjärttransplantationer skall komma in fråga i vårt land, måste mottagaren — icke främst thoraxkirurgen — kunna göra anspråk på att få ett hjärta, som är i så gott skick som möjligt, och detta innebär på teknikens nuvarande ståndpunkt uppenbarligen ett hjärta, som vid uttagandet ännu pulserar. Men eftersom uttagandet av ett slående hjärta på en "hjärndöd" person är förbjudet

måste konstateras att hjärttransplantationer tillsvidare inte får utföras i Sverige under de betingelser, som är gynnsammast. Huruvida ett konstgjort hjärta kan användas här torde bero på, hur man förfår med mottagarens eget hjärta. Detta kan rimligtvis inte uttagas slående för att ersättas med en apparat. Däremot kan en sådan operas in, om man inte avlägsnar hjärtat; skulle hjärtat sedan sluta slå, kan det förmodligen ostraffat tas bort, säger professor Biörck i ett tankeexperiment som visar att utvägar måste sökas ur en till synes omöjlig situation.

Prof. Biörck slutar med att yrka på att andra åtgärder för att minska hjärtsjukomarna tills vidare måste ha företräde.

Över 10.000 leg. läk. i Sverige

Läkarutbildningen i Sverige och därmed antalet leg. läkare ökar hastigt. Socialstyrelsen informerar härom:

Läkarutbildningskapaciteten i Sverige har successivt ökat under efterkrigstiden. 1950 var antalet nybörjarplatser i läkarutbildningen ca 300, 1960 ca 430 och 1965 ca 650. Från läsåret 1969—70 avses närmare 920 nya studerande ges möjlighet påbörja läkarutbildning. Antalet examinerade har ökat i motsvarande takt. Förra året legitimerades sålunda över 500 nya medicine licentiater. Under 1960-talet har vidare det årliga antalet invandrande utländska läkare ökat kraftigt. Resultatet har blivit att antalet legitimerade läkare har ungefär fördubblats sedan 1950 och överstiger nu 10 000. 10 000-nivån uppnåddes den 21 januari 1969. Denna dag registrerades fyra nya läkare nämligen Margareta Eriksson, Sava Antonijevic, Steingrímur Jonsson och Göran Lindstedt. Eftersom det inte är möjligt att rättvist avgöra vilken av dessa som är den tiotusende inbjöd socialstyrelsen alla fyra till ett sammanträffande med generaldirektör Rexed den

10 mars kl 16.00. Av dessa har Eriksson, Antonijevic och Lindstedt avlagt medicine licentiatexamen i Sverige medan Jonsson har utländsk läkarutbildning.

Och hur ser prognosen ut? 1970 beräknas antalet avlagda med. lic.-examina (plus invandrade läkare) uppgå till 597 men redan året därpå är siffran så hög som 965. År 1972 kommer alla rekord att slås med 1.702 varefter siffrorna sjunker till omkring 900 per år. År 1980 beräknas Sverige ha över 17.000 heltidsarbetsande legitimerade läkare.

Hur skall läkarna betalas

Vid höstriksdagen kommer socialministern med en proposition om en mycket omfattande reform av läkarvårdsersättningen vid besök hos offentligt anställd läkare. Den utlovas göra det billigare för allmänheten och enklare för försäkringskassan.

Allmänheten skulle från och med 1 jan. 1970 betala 7 kronor per läkarbesök. I *Tidskrift för allmän försäkring* (3/69) redogör departementssekreterare Gunnar Wikman för reformen och dess bakgrund.

Nu varierar kostnaderna för patienterna avsevärt, konstaterar Wikman, beroende på om besöket gäller en taxebunden läkare, om patienten bor i Stockholmsområdet, om läkaren meddelar särskilt omfattande eller mer begränsad vård (och hur läkaren formulerar detta på läkarvårdskvittot), om patienten sökt vård på vanlig arbetstid eller på obekvämt tid, om patienten behövt sjukskrivningsintyg eller inte, om patienten behövt undergå röntgenundersökningar eller laboratorieprovtagning eller inte, om patienten som behövt hembesök av läkare bor granne med läkaren eller bor så avlägset, att läkarens resa blivit lång och kostsam för patienten.

Enhetlig avgift

I departementspromemorian föreslås nu, att varje patient, som anlitar den öppna läkarvård som samhället tillhandahåller, från och med 1970 i stället för de nuvarande läkararvoderna skall få betala en enhetlig avgift om 7 kr när han går till läkaren. För läkarvård vid hembesök hos patienten anses det rimligt att patienten får betala en något högre avgift, som åtminstone överstiger karensbeloppet vid resa till och från läkare. Avgiften vid läkares hembesök har därför satts till 15 kr.

Förslaget innebär, att patienten får betala detta enhetsbelopp vare sig svaren på den rad av frågor, som räknats upp i det föregående, blir ja eller nej. Alla former av kostnadsersättningar och tilläggsarvoden såsom röntgen- och laboratoriearvoden, kostnader för materiel och röntgenfilm samt läkares reseutgifter vid hembesök, tillägg för obekvämt tid och sjukpenningintyg "ingår i priset" i den mån de blir aktuella.

Häri genom åstadkommes alltså en betydande jämlikhet mellan patienterna i den öppna vården som samhället tillhandahåller. Patienten kommer vidare att känna en viss trygghet eftersom han kommer att veta, att det alltid kostar honom exakt 7 kr att gå till läkaren, på samma sätt som han redan vet, att det inte kostar honom mer än 15 kr att få sin medicin när han går till apoteket.

En annan fördel är att patienten inte behöver gå till försäkringskassan efter läkarbesöket för att få ut läkarvårdsersättning. Den är nämligen redan avdragen när patienten betalar sin avgift på sjukhuset. Besöket kostar totalt 38 kronor, varav patienten betalar 7 och försäkringskassan 31 kr. Försäkringskassan betalar enligt förslaget mot samlingsräkning direkt till sjukvårdshuvudmannen t.ex. månadsvis.

Försäkringskassornas handläggning av läkarvårdsärenden kommer på detta sätt att kräva mindre personal än f.n. Någon risk för friställning och permitteringar inom kassorna till följd av reformen torde dock inte föreligga. Det tillhör bilden av ett dynamiskt socialförsäkringsväsende att vissa verksamhetsgrenar växer fram och att andra avtar i betydelse och omfattning. På så sätt kommer andra uppgifter att absorbera viss ar-

betskraft samtidigt som den naturliga avgången gör sitt till för att återställa balansen.

Läkaren kommer enligt förslaget att fortsättningsvis få all ersättning för sitt arbete från sin arbetsgivare. Om dessa inkomster skall ha formen av prestationsersättning, tidlön, totallön eller en kombination därav kommer att regleras genom förhandlingar mellan läkarförbundet och arbetsgivarorganisationerna på den offentliga sektorn.

Barnmisshandel

Socialstyrelsen har yttrat sig över utredningen om barnmisshandel. Även medan remissförfarandet pågår och massmedia sysslar flitigt med problemet framkommer nya, upprörande fall. Socialstyrelsen säger:

Det är uppenbart att samhället måste ägna denna företeelse stor uppmärksamhet och göra allt för att skydda barnen. Samhällets åtgärder bör, enligt socialstyrelsens mening, främst syfta till att dels förebygga uppkomsten av barnmisshandel, dels förhindra att misshandlade barn blir utsatta för upprepade misshandel.

Betänkandet redovisar en i sitt slag unik studie av ett antal kända fall av barnmisshandel i Sverige och deras orsakssammanhang. Antalet okända fall av barnmisshandel är svårt att uppskatta.

Det insamlade materialet har främst bedömts från rent medicinska synpunkter. De sociala aspekterna på problemet barnmisshandel har enligt styrelsens mening inte blivit belysta i önskvärd omfattning, eftersom bl a en tillbakablickande miljöstudie av de redovisade fallen av olika skäl inte kunnat utföras.

Socialstyrelsen finner vidare att utredningens förslag till socialpsykiatriska och övriga åtgärder i syfte att förebygga barnmisshandel är väl avvägda och biträder utredningens förslag om en sociologisk studie för att klarlägga inställningen till kroppslig bestraffning av barn.

Det är ytterst angeläget att inträffad barnmisshandel upptäcks

så att åtgärder tidigt kan vidtas för att förhindra en upprepning, framhåller socialstyrelsen. Det är också av stor vikt att ett misshandlat barn snarast kommer under sakkunnig medicinsk behandling. En viktig kontaktgrupp är barnavårdsmännen som borde få ökade möjligheter att följa barn i ömtåliga miljöer.

Misshandel av små barn måste till skillnad från annan misshandel regelmässigt vara en klinisk diagnos, dvs av läkare ställd diagnos. Socialstyrelsen betonar angelägenheten av att den ytterligare specialist (barnläkare, barnpsykiater, kirurg, rättsläkare etc) som anses erforderlig, konsulteras för fastställande av skadans art och omfattning. Vid fall då rättsmedicinsk besiktning av barnet bedöms vara erforderlig bör den utföras så snart som möjligt efter intagningen på sjukhus, eftersom eventuella skador i form av överhudsavskrapningar och blåmärken annars kan hinna försvinna.

Mässlingvaccinering stoppad

En massvaccinering mot mässlingen av 20 000 svenska barn har stoppats sedan det i slutet av mars meddelades från England att ett barn hade avlidit och två fått allvarlig hjärnhinneinflammation efter sådan vaccinering. Tidningen *Arbetet* rubricerade nyheten som "en kalldusch för Socialstyrelsen".

Arbetet hänvisar till att tidningen redan i oktober i fjol innehöll en intervju med professor Sven Gard som allvarligt varnade mot denna vaccinering. Den man som har den främsta förtjänsten av att polio är utrotat i Sverige upprepar nu:

— Min erfarenhet i det här yrket har lärt mig att gå mycket försiktigt fram.

Samma försiktighet visade Gard inför poliovaccinationerna på 50-talet. Då kritiserades han för sin uppenbara tveksamhet. Men tack vare denna, anser många, undvek Sverige att drabbas av samma

katastrof som USA. Där fick tusentals människor polio av sprutorna, därför att man inledde vaccinationerna för tidigt med ett vaccin som inte höll måten.

— I Sverige har man tänkt använda ett levande vaccin, säger Gard. Jag tycker att man i stället borde utveckla ett avdödat vaccin, eftersom riskerna är mindre. Vad jag hela tiden befarat skulle hända har alltså inträffat i England. Det är djupt beklagligt.

— Riskerna för sådana komplikationer skulle inte existera, har det påståtts från mässlingsvaccinets förespråkare, tillägger Gard. Sådana yttranden får man alltid ta med reservation, vilket jag också gjort och även försökt att få andra att göra.

— Det är förkastligt, menar Gard, att dra i gång massvaccinationer. Man bör starta i liten skala, se vad som händer, förbättra vaccinet etc, innan beslut om massvaccinering fattas. Det gjorde vi med poliovaccinet. Vaccinationer överhuvud taget är allvarliga saker som måste ske strikt vetenskapligt.

Ny gd i Rfv

Riksförsäkringsverket, Rfv, har fått en ny generaldirektör, 45-åriga Lars-Åke Åström, jurist med tidigare anställningar i Socialstyrelsen och socialdepartementet, där han senast var statssekreterare. Han har aktivt arbetat med socialförsäkringen, ATP, ungdomsvårdsskolorna och internationellt samarbete på det socialmedicinska området. Han har gett ut standardböcker inom sitt fack, "De nya pensionerna", "Socialboken" m.fl.

Bland de frågor han har besvarat vid sitt tillträde är en om försäkringskassornas förstatligande, som han tydligen inte har något emot.

För min del tror jag man skall se praktiskt och odogmatiskt på saken. Skillnaden blir i hög grad formell så länge kassorna använder den frihet de har på samma sätt som man ändå skulle få handla i en modern statlig förvaltning.

Och på frågan om förtidspensioneringen:

Den måste bygga på en individuell bedömning. Ju starkare ett sådant inslag är i en decentraliserad verksamhet — det må gälla förtidspensioner eller något annat — desto större blir erfarenhetsmässigt både kraven på enhetlighet och svårigheterna att upprätthålla en jämn tillämpning. Riktningen måste dock vara att alla skall behandlas lika var de än råkar bo i landet, givetvis med beaktande av sådana omständigheter som är rent lokalt betingade. I det uppdrag rörande förtidspensionerna som riksförsäkringsverket har fått av regeringen ingår det att undersöka hur förtidspensioneringen tillämpas.



Red: Sten Söderberg

Vuxenutbildning av mentalsjuka

I *Psykisk Hälsa* nr 1/1969 skriver rektor *Ingemar Mossberg*, Mora Folkhögskola, om ett positivt försök med folkhögskolekurs för mentalsjuka, ett helt nytt initiativ, som gjorts i samarbete med Studieförbundet Vuxenskolan.

Men hur skulle det gå med en kurs som uteslutande bestod av mentalsjuka människor? Löftet om att även vårdpersonal skulle

deltaga i kursen gjorde emellertid att vi svarade ja.

Låt mig genast konstatera, att vi gjort oss bekymmer i onödan. Vårdpersonalen tog väl hand om sina patienter på fritiden, deltog i samtliga lektioner och gav oss många råd och upplysningar som var till stor hjälp. Ingen lärare hade några svårigheter med störda lektioner, intresset från elevernas sida var påtagligt, deltagarna kom punktligt till lektionerna och satt kvar till slutet. Alla lärare var nöjda med sina elever.

"Precis som vanliga folkhögskoleelever" — det var ett uttryck som ofta fälldes under kursen. Det återspeglar den reaktion jag tror vi alla upplevde vid närmare kontakt med kursdeltagarna. Min uppfattning är, att det var mycket lättare att ha att göra med en hel grupp s.k. problembarn, än att ha en frisk grupp med några sjuka. Dessa gav oss inte alls så mycket bekymmer. Nu visste vi att vi måste behandla hela avdelningen litet extra varmt. Dessutom var deltagarna mycket mera lika vanliga, s.k. friska människor än vi trott. Det var skönt att uppleva, att skillnaden är relativ och ofta hårfin. Det var mycket lättare att umgås med dessa elever än vi befarat. De var spontana, glada och naturliga. Vi hade helt enkelt trevligt tillsammans. "Kursen har varit alldeles för kort", sade en deltagare som höll tal på avslutningen. Personligen tror jag dock att man skall vara försiktig med att förlänga den.

Avslutningsvis vill jag säga, att vi gjorde sådana erfarenheter under kursen, att vi ej är rädda för att i framtiden arrangera flera kurser av liknande slag.

Tre intressanta allergifall

I *Allergia* (1/69) redogör direktör *Anders Ekman* i Land och sjö för några intressanta fall av yrkesallergier.

Jag vill med tre exempel belysa hur olika typfall ersatts och bedömts enligt yrkesskadeförsäkringslagen. Det första gäller en byggnadsarbetare, som blivit överkänslig för kromen i cement, det

andra fallet är en pälssömmerska, som fått astma i sitt arbete och det tredje en typograf, som förorsakats svåra eksem på händerna av tryckfärger.

Byggnadsarbetaren blev inte besvärsfri trots att han fick ett arbete, där krom inte fanns. Han omskolades inte utan hade turen att få ett passande arbete trots sina 50 år. Jag vill minnas han blev chaufför. Eftersom krom förekommer rikligt i vår fritidsmiljö blossade hans handeksem upp då och då. Även när det var som bäst besvärades han av mycket torr hud och händerna ömmade vid hårda tag. Denna invaliditet kunde uppskattas till 15 %. Till denna medicinska eller anatomiska invaliditet kom den inkomstminskning, som blivit följden av att han måst lämna ett vävlönat arbete. Hans rörelsefrihet var också starkt beskuren. då han kunde komma i kontakt med krom på så många håll utanför byggnadsbranschen. Han tillerkändes livränta efter en invaliditetsgrad av 33 %.

Pälssömmerskan hade det bekymmersamt. Hon kunde inte återgå till något arbete utanför hemmet. Hennes allmänna kondition var på grund av den astma hon förvärvat mycket dålig. Hon var då astman uppträdde över 65 år och hade endast yrkeskunskaper inom pälssömmersbranschen. Omskolning ansågs orealistisk, inte minst med hänsyn till hennes dåliga kondition. Här utgick livränta efter i det närmaste 100 %.

Typografen hade utöver allmän typografisk utbildning även specialutbildning inom offset. Efter ett antal år i yrket fick han plötsligt klåda och blåsor på händerna. Det allergiska kontakteksem, han ådragit sig av vissa ämnen i tryckfärger, blev mycket besvärligt och krävde flera års behandling och sjukskrivning. Han var då under 30 år, hade tre barn och nybyggd villa.

Händerna läkte så småningom. Han genomgick arbetsprövning, varvid det visade sig att han hade vissa konstnärliga anlag och en mauell färdighet, vilket inom parentes sagt bådadera krävs av en skicklig typograf. Han intresserade sig för tapetseraryrket, där han hade en släkting verksam. Under omskolningstiden utgick ersättning från Länsarbetsnämnden jämte 100 % livränta.