

Om behovet av läkarundersökning och vård samt bostadsförbättring för de äldre i en stads periferia, glesa bebyggelse

Del III av en kombinerad bostads- och hälsoundersökning omfattande personer över 59 år

Av bitr. länsläkare Sven Hedén, Göteborg

Medicinska åtgärder

Som en grund för fortsatt diskussion om behovet av läkarundersökning och vård inom den undersökta ålderskategorin skall här lämnas en redogörelse för de medicinska och socialmedicinska åtgärder, som föranletts av undersökningen och bostadsinventeringen.

a. Remitterade till slutet vård.

Manliga	Ålder 60—69 år	1. 60 år	Varices cruris med atrofisk hud och svårläkta ulcera i anamnesen. Remitterad till op.
		2. 62 år	Anaemi. Vid undersökning 11,6, röda 3,2 milj. (stora erythrocyter, anisocytos). Remitterad på misstanke perniciosa, vilket bekräftades. "Hade ändå tänkt söka läkare efter julen".
		3. 64 år	Anaemi = järnbristanaemi.
		4. 66 år	Pyuri, trängningar, tacklat av. Fallet f.ö. beskrivet under rubrik — anamnestiska uppgifter betr. urineringen —. Diagnosen blev pyelonephritis dx + blåsten, blåsdvertiklar, retention.
	70 år och över	5. 75 år	Diabetes + coronarscleros, avmagrad, intorkad, glömt ta diabines på en vecka. Sannolikt överdoserat sin digitalismedikation.
Kvinnliga	60—69 år	6. 62 år	Varices cruris med ansenliga besvär. Remitterad till op.
		7. 65 år	Stor mammartumör med peau d'orange-liknande indragningar av huden. Op. Ablatio mammae + exaeresis axillae. P.a.d. fibroadenoma phylloides. Övriga diagnoser: hypertoni, anaemi. Hon hade länge ängslats för sin mammartumör och vågade knappt låta sig undersökas.
	70 år och över	8. 71 år	Glycosuri + höggradig anaemi. Diagnos: Folinisyrebristanaemi + glycosuria innoceus.
		9. 75 år	Extremt avmagrad, sväljningsbesvär, måste stoppa ned födan med ett finger i halsen. Remitterades till medicinalavdelning, där förutom bulbärsparalys även struma intrathoracalis konstaterades, sannolikt toxisk.
		10. 75 år	Diabetes, förut känd, pares i benen, polyneurit.

b Remitterande för undersökning och/eller behandling i öppen vård

Till röntgen, undersökning ev. behandling.

Manliga: Ulcus ventriculi 1, gallsten 1, malum coxae 1.

Kvinnliga: Colondivertiklar 1, kyfos 1, cervicalsepondylos 1, höftledsbesvär 1, cancer mammae operata, kontroll 1.

Till medicinmottagning, ev. lab.

Manliga: Glycosuri 1, anaemia 2, cardioscleros 1.

Kvinnliga: Glycosuri 1, anaemia 3.

Till kirurgmottagning.

Manliga: Haematuri 1, susp. cancer prostatae 3.

Kvinnliga: Bukbesvär 1, proctitbesvär 1.

Till ögonmottagning.

Manliga: synnedsättning 1.

Kvinnliga: Amauros 1 (för kontroll och intyg om vårdnadstillägg).

Till ortopedavdelning.

Ovanstående omfattar 11 *män* varav i åldern 60—69 år 9 och 2 i åldern 70— samt 14 *kvinnor* varav i åldern 60—69 år 9 och 5 i åldern 70—.

c Av hälsoundersökaren företagna ordinationer och/eller kontrollåtgärder

Glycosuri, diabetes mellitus 2, obesitas 2.

Anaemia secundaria 11 män och 5 kvinnor. Fe har ordinerats till 16 anaemiker. Av männen låg 4 lägre i Hb än M-2 SD, 6 mellan M-1 SD M-2 SD samt 1 mellan M och M-1 SD. Kvinnorna låg samtliga under M-1 SD. Se för övrigt Hb hos män och kvinnor.

Nervösa besvär 1 man och 1 kvinna.

Serum obt. meat. acust. extern. har avlägsnats hos 3 män.

Angina pectoria, cardioscleros, hypertoni 7 män och 7 kvinnor. Ulcus varicosum, misskött, stinkande hos mentalt defekt kvinna.

Bronchitis chronica 1 kvinna.

Prostata-affektioner 4. Ett antal cystiter hos kvinnor.

Hudaffektioner 5 män och 3 kvinnor.

d Socialmedicinska åtgärder

I några fall har hemsamarithjälp ordnats eller utökats. I ett fall har en hemmadotter "gjorts om" till

hemsamarit, för att hon skulle få ersättning för sitt arbete. Besök av distriktssköterska har ordnats i några fall, såsom för tillsyn, fortsatta Hb-kontroller, omläggning av bensår etc. Några intyg om förtursrätt i bostadskö har utfärdats, likaså ett intyg om förtidspension för Parkinson, ett intyg för långtidsvård samt intyg om behov av telefon.

Kommer de äldre i tillräcklig utsträckning till läkarundersökning och kontroll?

Frågan är ej så lätt att besvara. Den kanske är något ömtålig men dock av stor vikt.

Alingsås-materialet kan leverera ett diskussionsinlägg vad glesbebyggelsen beträffar.

Att dra gränsen mellan sjukdom och hälsa kan vara svårt. Likaså är det många gånger svårt att väga eller gradera symptomen för att dra en gräns, där behandling behöver sättas in. Bland läkarna är åsikterna och buden många om vilka besvär, symptom och blodtrycksvärden en patient skall ha för att indikationer för en hypertoni-behandling skall föreligga. Detta är ett exempel bland många. Det är då ej att undra på, att allmänheten känner sig osäker om, när den skall börja tillmäta sina symptom så stor betydelse, att den skall söka läkare. En hypokondriker springer till doktorn för det minsta, en sangviniker väntar, kanske för länge. Befolkningen i stora städer söker oftare läkare och sjukskrives oftare än den i småstäder och på landsbygden. Det kan även vara svårt att i ett givet fall avgöra, om vederbörande försummar sitt behov av vård och kontroll. Mycket beror på pretentionerna. Doktor Knock i Jules Romains' pjäs gnuggar förtjust händerna, då han får hela bygden att känna sig sjuk och själv blir överhopad av patienter. Satiren i pjäsen får en särskild udd genom kontrasten mot dagens situation i vårt land, där stundom ett motsatt mönster, restriktivt och kanske rentav kallt avvärjande kommer till synes, frampressat av de ökade kraven på öppen och slutenvård. Detta gäller nog inte minst vis à vis de äldre. Det kan invändas, att de gamla, som det här nedan handlar om, kan skylla sig själva för att de inte sökt läkare. Förvisso är det så. De gamla resignerar lätt inför sjukdomar och delvis lever väl också,

trots allt, något av den föreställningen kvar i bygderna, att läkare och sjukhus skall man besöka först, då det är verklig fara å färde.

Under hälsoundersökningens gång stod det snart klart för författaren, att det föreligger ett verkligt behov av mer läkarvård och kontroll. Det är inte så enkelt att finna ett mått för detta otillfredsställda behov; det är enklare att konstatera det tillfredsställda. Författaren har då valt, att som en indikator på det otillfredsställda behovet, använda sig av följande åtgärder, föranledda av undersökningen.

- Intagning på lasarett för utredning och/eller vård.
- Remiss till lasarettsmottagning för undersökning, ev. lab.undersökning, röntgen och/eller behandling.
- Medicinska åtgärder företagna av hälsoundersökaren såsom uppföljande med ytterligare undersökning såsom EKG, efterkontroll, fastblodsocker, ordinationer m.m.

För dessa åtgärder från a—c har redogjorts under rubrik "åtgärder".

Däremot har ej de socialmedicinska åtgärderna under d medtagits här. Genom summering av åtgärderna a, b, c har ett otillfredsställt behov⁷ av läkarundersökning och kontroll framräknats enl. nedanstående tabell.

⁷) Denna metod är ej invändningsfri. Åtgärderna kan sägas ha varit mer eller mindre nödvändiga och en del betingade av att man måste löpa den diagnostiska linan ut. En del sådana fall torde kunna kompenseras av socialmedicinska åtgärder, som ej medtagits.

Tabell 33.

Ålder	Intagna på las. a)	Till poliklin. utredn. b)	Ordnation + ytterl. unders. c)	S:a nya fall där åtgärd vidtagits a+b+c=A	Tidigare under adekv. beh. o. kontr.=B	Kvot=A/B	Antal i åldersgruppen
Manliga							
60—69 år	4	9	13	26	24	1,1	84
70 år—	1	2	23	26	19	1,5	54
Kvinnliga							
70 år—	2	9	5	16	20	0,75	71
60—69 år	3	5	13	21	29	0,75	57

Låter man dessa åtgärder vara indikator på ett icke tillfredsställt behov och som ovan gjorts, jämför det med det tillfredsställda i form av kvoter, finner vi, att dessa växlar mellan kön och åldersgrupper. För männen är kvoten 1,1 i den yngre och 1,5 för den äldre; för kvinnorna är den 0,75 i båda åldersgrupperna. Detta tyder på, att männen har ett otillfredsställt behov av läkarkontroll, som är större än det tillfredsställda. För kvinnorna är förhållandet motsatt. De äldre männen har ett större otillfredsställt behov än de yngre. Tidigare har konstaterats en liknande tendens för kvinnor att söka vård mer än männen för sina tänder.

Läkarprognosutredningen 1961 räknar med en ökning av sjukvårdskonsumtionen med stegrad ålder bl.a. i öppen vård och med en i det närmaste fördubbling av denna konsumtion från åldern 50—59 år till åldern 80 år och äldre. F.n. förhåller det sig på ett helt annat sätt, vilket framgår av en statistisk utredning från Riksförsäkringsverket 1963, från vilken hämtats:

Tabell 34.

Antal besök på läkarens mottagning med fördelning efter patientens kön och ålder, antal besök per 100 försäkrade.

Ålder (år)	Män	Kvinnor	Män o. Kvin.
20—29	163,4	231,7	196,9
50—59	238,0	311,9	274,9
40—49	272,9	349,0	311,1
60—66	328,3	360,9	354,2
67 och mer	280,1	333,2	308,9

Vi ser här en stegring upp till åldern 60—66 år, därefter en minskning. Männen ligger genom-

gående lägre än kvinnorna och denna skillnad är påtaglig även i åldern 67 och mer.

En faktor, som kan bidra till den här konstaterade minskningen är naturligtvis bortfallet av sjukpenningen vid 67 års ålder. Men förklarar den allt?

Någon utredning från Riksförsäkringsverket betr. ev. skillnader i läkarbesöksfrekvensen ifråga om gles- och landsbygdens befolkning gentemot stadsbefolkningen föreligger ej. Enl. undersökarens åsikt vore en sådan motiverad och helst då med åldersindelning i femårsgrupper för att bättre belysa situationen. Över huvud taget finns på detta område behov av forskning och fler undersökningar som underlag för ev. åtgärder.

Behov av förbättrad eller förändrad bostadsmiljö

Det har tidigare här nämnts att miljön i denna bygd kan vara aktivitetsbefrämjande men det kan också till en del vara fråga om ett urval, därigenom att endast de som har förmågan till viss aktivitet, kan hålla sig kvar i denna miljö. Intrycket av en hög frekvens robusta åldringar, vilka kan uthärda en snart sagt hur dålig bostadsmiljö som helst, kan sålunda vara en skenbild. Det har även talats om det förhållandet, att bostad och åldring undergår en sakta fortskridande, nästan omärklig försämring och att åldringen anpassar sig till denna. Det finns sålunda många faktorer att ta hänsyn till. Man kan väga de psykofysiska resurserna hos de boende mot miljöfaktorer, som bostaden erbjuder, och då sche-

matiskt säga, att sämre psykofysiskt utrustade fordrar en bättre bostadsmiljö och bättre psykofysiskt utrustade ställer mindre krav på denna. Det psykofysiska tillståndet kan ändras genom åtgärder, behandling, vård, hälsoupplýsning. Miljön kan ändras genom förbättring av bostaden, sanitära bekvämligheter, inredningsdetaljer, värmeinstallation, genom hjälpåtgärder t.ex. av hemsamariter, genom flyttning till annan miljö.

I tabell 35 har sådana fall, där en förändring av miljön ur medicinsk synpunkt synes nödvändig, förts samman med sådana, där den ur samma synpunkt är önskvärd. Fall av angelägen och akut karaktär och sådana fall, som kan lösas på längre sikt, har även förts samman.

För 112 av 265 undersökta föreligger medicinsk indikation, mer eller mindre stark, för bostadsförbättring. Detta antal är förvånansvärt högt och frekvensen är högre i de äldre åldrarna än i de lägre. Då denna bedömning avser antalet personer och ej bostäder, blir ju det antal bostäder, som här kommer ifråga, betydligt lägre (c:a 70).

Av hushållens önskelista framgår, att ett 80-tal hushåll önskar mer kvalificerade sanitära bekvämligheter förutom ett stort antal önskemål om rinnande vatten och avlopp.

Om alla dessa önskemål förverkligades skulle en procentuell bostadsstandard motsvarande tätorternas uppnås, fränsett att %-talet badrum fortfarande skulle ligga avsevärt lägre.

För 16 personer har flyttning till modernare bostad ev. pensionärshem bedömts vara lämplig.

Tabell 35.

Antal boende med behov av miljöförbättring på medicinsk indikation.

Födda	Antal inom åldersgrupp	1. Hemhjälp el. utökad sådan	2. Bostadsförbättring	3. Komb. av 1+2	4. Komb. av 2+3 = S:a bostadsförbättr.-fall	5. Flyttning t. långtidsvårdsavdeln. el. ålderdomshem	6. Modernare bost. el. pens.hem	7. Anteckn. saknas	8. Inga behov
04—95	155	2	51 (33%)	6	55(35%)	—	13 (8%)	—	85
94—00	111	1	41 (37%)	4	57(51%)	2	3 (3%)	3	55
	266	3	92 (34%)	10(4%)	112(42%)	2	16 (6%)	3	140

Tabell 36.

Bostadens skick och underhåll	Bo kvar hela året	Del av året	Flytta	Ingen åsikt	Ingen anteckn.	S:a
Gott	191	—	6	1	4	202
Mindre gott	28	1	5	—	—	34
Dåligt	27	—	3	—	—	30
	246	1	14	1	4	266

Tabell 36 visar antal personer, som önskar flytta fördelade på bostadens skick och underhåll.

Av dem som bor i mindre väl eller dåligt underhållna bostäder vill 8 av 64 flytta under det att av dem som bor i väl underhållna 6 av 22 vill flytta.

Här ovan har endast medtagits behovet av sanitära förbättringar samt värmeinstallationer. Behov av reparationer med hänsyn till husens skick och underhåll, detaljer betr. köksutrustning, el-spis och kylskåp har ej medtagits.

Statliga förbättringslån avses ej utgå till rena reparationer betr. husens underhållsdefekter. Dessa lån lämnas efter viss ekonomisk behovsprövning. En förutsättning för att de skall kunna utgå, är att dispositionsrätt till lägenheten finns för 10 år framåt.

I det här undersökta bostadsbeståndet finns vissa faktorer, som kan begränsa antalet bostadsförbättringar med sådana lån såsom att den boende ansetts alltför skröplig, 4 fall, och huset alltför skröpligt, lika många fall, samt en negativ inställning till förändringar, 3 fall. Vad som i realiteten kommer att kvarstå som objekt för förbättringar är svårt att säga utan en genomgående analys med hänsyn till alla sådana faktorer. För ett mycket stort antal bostäder i behov av förbättring med statligt bostadsförbättringslån torde dock de praktiska och ekonomiska villkoren vara uppfyllda.

Bostadsförbättring

Behöver vi inte ett ökat samarbete inom kommunerna härför?

Vi har i vårt land liksom i en del andra kulturländer en "befolkningspyramid", som knappt gör skäl för benämningen pyramid längre, snarare ser den väl ut som en flaggstångskula i genomskärning.

Denna åldersfördelning medför att svårigheterna att ta hand om de äldre vårdbehövande blivit stora. Det byggs många och dyrbara ålderdomshem. Långvården är under utbyggnad i ett snabbt tempo. Det är gott och väl, men vi måste nog ändå tänka oss en rätt betydande restriktivitet i intagningarna till den slutna åldringsvården under en lång följd av år framåt. Den öppna vården kommer att vara av väsentlig betydelse. Vi kommer att behöva alla de slag av åldringsvård, vi kan prestera.

Ålderdomshemmet — det är väl att detta alternativ finns — men det är ingen idealisk anhalt på vägen till den stora slutstationen. Det är många gånger svårt för de gamla att anpassa sig till nya miljöer. De saknar på ålderdomshemmen den naturliga sysselsättningen i hemmamiljön. Vi försöker ersätta denna sysselsättning med arbetsterapi, som dock ofta ter sig meningslös och ointressant för dem. Därmed skall inte på något sätt förringas dess stora betydelse, när man väl kan få honom engagerad i den. Man ser ofta, hur människor på kort tid tappat det initiativ, de till äventyrs hade, när de blir intagna; bara sitter, ointresserade. De tycks ha hamnat inom en ond cirkel av övernutrition, för litet rörelse, initiativlöshet, slö tristess. Detta är en av orsakerna till att man bör vara mycket noga i sitt urval, när det gäller intagning på ålderdomshem. Ofta är det barnen, kanske bosatta på annan ort, som pressar och trycker på för intagning av en gammal far eller mor. De tycker, att det vore tryggare att ha de gamla placerade om något skulle hända. Här ligger ibland en känsla av hjälplöshet och kanske även litet dåligt samvete. Samtidigt förstår man inte de anpassningssvårigheter den gamle utsättes för genom ett miljöombyte. Den gamle blir ibland

offer för en kraftig övertalningskampanj, innan han fogar sig i barnens vilja. Ibland är ju sådana intagningar befogade och nödvändiga men ej sällan vill man som läkare hålla med den gamle och dra en lans för den öppna vården, försöka med att ha honom hemma ytterligare någon tid.

Vid sidan av sådana synpunkter som att vi har smått om platser inom slutna åldringsvård och att denna är mycket kostsam, anser författaren att ovannämnda humanitära skäl starkt talar för betydelsen av sådana åtgärder som bostadsförbättring och hemhjälp. Man möter ej sällan en negativ attityd till sådana åtgärder bland kommunalt engagerade personer. Kan det vara värt att rusta upp gamla stugor, som snart ändå ska bli fritidstorp, får man ej sällan höra. I socialvårdskommitténs utredning 1964 konstateras även (sid. 116) de stora variationerna i olika kommuners aktivitet på detta och liknande områden.

Det kan då vara av intresse, att något redogöra för hur bostadsförbättringsfrågorna handhaves på det kommunala planet.

Förmedlingsorganet

Ärenden rörande bostadsförbättringslån handlägges här av förmedlingsorganet, vars organisation och därmed även arbetskapacitet varierar mycket från den ena kommunen till den andra. Så är t.ex. i en del kommuner kommunalnämnden samtidigt förmedlingsorganet, under det att andra kommuner har speciella förmedlingsorgan eller delegerar dessa ärenden till någon befintlig institution, vad man nu kallar den, t.ex. fastighetskontoret. Dessa organ torde på många ställen vara alltför underbemannade för att klara av den anhopning av ärenden, som uppkommit genom bostadsinventeringen. För den bostadslånesökande är det mycket betydelsefullt, att ansökan om förbättringslån blir avfattad så, att det lokala förmedlingsorganet och länsbostadsnämnden, som avgör låneärenden, får en klar bild över situationen och behoven. Till detta erfordras en omdömesgill kraft, praktiskt kunnig i byggnadstekniska frågor och kapabel att bedöma vilka åtgärder som bör vidtagas och att klart redogöra här för i skrift.

På det kommunala planet kommer en del andra nämnder och yrkesgrupper i kontakt med hit-hörande frågor.

Socialvården

har kännedom om de äldres ekonomiska villkor och behov av stödåtgärder materiellt och personellt, t.ex. behov av hemsamariter. Dess nämnder har ytterst ansvaret för att de gamla lever under godtagbara förhållanden och får sina behov av vård tillfredsställda i den mån ej andra sörjer här för. Däremot torde dessa nämnder ofta sakna förutsättningar för att bedöma bostadens hygieniska standard och vad som bör och kan göras i bostadsförbättrande syfte.

Byggnadsnämnden

känner väl som regel ej till var behoven finns. Den har däremot tillgång till expertis, som kan bedöma vilka bostadsförbättringar, som behövs och om det med hänsyn till husens skick och underhåll samt konstruktion lönar sig att göra något.

Hälsovårdsnämnden

Enligt hälsovårdsstadgan § 76, skall regelbundna bostadsinspektioner företagas inom hälsovårdstättort = stadsplane- eller byggnadsplanlagt område. I olika sammanhang har dock framhållits, att bostadsinspektion bör företagas även inom de delar av kommunerna, som icke tillhör hälsovårdstättort. I den mån fortlöpande bostadsinspektion inom de delar av landsbygds- och glesortsbebyggelsen, som ej utgör hälsovårdstättort, över huvud taget fungerar, torde den kunna beskrivas som mindre effektiv. En bidragande orsak här till är den svåra bristen på hälsovårdsinspektörer på landsbygden.

Beträffande hyreshusen inom gles-landsbygden, vilka ju utgör den avgjort mindre delen av bostadsbeståndet, har hälsovårdsnämnden möjlighet att ingripa och påkalla åtgärder vid konstaterade brister. För lägenheter, som bebos av ägarna och deras familjer, ter sig möjligheterna till ingripande från hälsovårdsnämndens sida betydligt mindre gynnsamma. Bostäder, som överskridit eller står på gränsen till vad som borde dömas ut, bebos ofta av

särningar, original och enstöringar och dessa ärenden får behandlas med en speciell delikatess. Hälsovårdsnämnden äger dock kompetens att bedöma husens sanitära standard och vad som bör göras för att komplettera den. Nämnden skall bedöma vattnets kvalitet samt vatten- och avloppssituationen. För slaskavloppsanläggning fordras blott anmälan till hälsovårdsnämnden, för wc-anläggning hälsovårdsnämndens tillstånd.

Distriktssköterskorna

har kännedom om de boendes hälsotillstånd, livsvillkor och hjälpbehov. Tidigare hade de såsom en av sina uppgifter, vid sidan av många andra, en upplysande och rådgivande verksamhet i avseende på bostadens vård. Den har av olika anledningar mer eller mindre bortfallit. Undervisning i bostadshygien har numera utgått ur distriktssköterskornas utbildning, men det är de som på ett handgripligt sätt konfronteras med de gamlas bostadsproblem.

Tjänsteläkarna

kommer i samma intima kontakt med de gamlas bostadsproblem som sköterskorna och deltar även i viss utsträckning i hälsovårdsnämndernas verksamhet.

Samarbete

De konstaterade stora behoven av förbättringar av bostäderna kan ej tillfredsställas i en handvändning. Enligt min åsikt erfordras ett samarbete mellan de här berörda nämnderna inbördes, tjänsteläkarna och distriktssköterskorna.

Om alla dessa bostadsförbättringsförslag som ärenden skall bollas och remitteras mellan nämnderna — samarbetet dem emellan må vara hur gott som helst — så kommer verksamheten att bli tungrodd, tidsödande och ineffektiv. Därför framföres här diskussionsvis ett förslag om ett *speciellt kommunalt samarbetsorgan på detta område*. Dess mål bör vara förbättring av förtidspensionärernas och åldringarnas bostäder. Även andra stödåtgärder t.ex.

anskaffning av andra bostäder, pensionärsbostäder m.m. bör höra till dess uppgifter liksom rådgivning och upplysning för äldre, som vill förbättra sina bostäder men för vilka statliga förbättringslån ej kan komma ifråga.

Sammansättningen av sådan samarbetsnämnd kan diskuteras. Redogörelsen ovan kan ge en viss ledning härvidlag. Variationer efter olika lokala förutsättningar kan vara nödvändiga.

En sådan samarbetsnämnd skulle, förutsatt att den blir personellt och ekonomiskt tillgodosedd, kunna bli ett användbart instrument för effektivisering av de statliga stödåtgärderna vid deras tillämpning ute i kommunerna. En del lämpliga arbetsuppgifter har nämnts ovan. En viss uppsökande verksamhet särskilt bland de äldsta åldringarna genom en roteombudsliknande institution vore önskvärd, likaså ett kontinuerligt övervakande av nya uppdykande behov. En sådan nämnd borde snart kunna förvärva rutin och förmåga till snabb handläggning av ärendena. Rent praktiskt skulle de även kunna hjälpa de gamla då de står handfallna och litet skräckslagna inför de formulär och blanketter som här kommer ifråga.

Sammanfattande synpunkter

Undersökningen har visat, att man inom de perifera delarna av en stads område kan möta typiska glesbygdsföreteelser ifråga om demografiska förhållanden, bostadsstandard, husens skick och underhåll. Som tidigare från olika håll påvisats är bostadsförhållandena sämst för de äldsta åldersgrupperna. Författaren håller för troligt, att de beskrivna förhållandena ej är typiska just för denna glesbygd inom just denna stad, utan att de sannolikt kan återfinnas inom många områden hörande till tätorter.

Om ett försök till värdering av hälsoundersökningen skall göras, kan man väl först och främst ej bortse från det direkta värdet av nya diagnoser eller nyupptäckta behov av slutet eller öppen vård eller socialmedicinska åtgärder, som framkommit.

Den här använda metoden, att utföra hälsoundersökningen i hemmen och samtidigt inspektera bostadsförhållandena erbjuder en hel del fördelar ur

bedömningssynpunkt. Metoden är dock alltför tidsödande för att man utan vidare skall kunna rekommendera den till efterföljd. Dock tror jag, att denna undersökning kan vara av värde som test på att sådana undersökningar behövs i olika delar av vårt land från växande befolkningscentra och från bygder stadda i avfolkning.

Det väsentliga, som framkommit, kan sammanfattas i två huvudsynpunkter.

Det behövs verkliga krafttag för att förbättra åldringarnas och förtidspensionärernas bostadsförhållanden inom områden som det undersökta. Social- och bostadsstyrelsernas initiativ härutinnan är synnerligen lovvärda.

De äldre inom det undersökta området synes vara i behov av att komma till läkarundersökning och kontroll i långt större utsträckning än vad som nu sker. Statistiska uppgifter från Riksförsäkringsverket talar för att detta ej är någon lokal företeelse. Det är lätt att påpeka att detta behov finnes, men svårare att säga hur det med hänsyn till det ansträngda läget inom sjukvården skall kunna tillhet inom vissa åldersgrupper? I det material, som här beskrivits, framstår 80—84-åringarna som en grupp värd särskild uppmärksamhet i detta hänseende.

LITTERATURFÖRTECKNING

1. *Berfenstam, R., H. Hedqvist.* Åldringarnas livsvillkor och vårdbehov. Almqvist & Wiksell, Uppsala 1960.
2. *Berfenstam, R., H. Hedqvist, R. Winroth.* Uppsalapensionärer. Ännu ej publicerad. Uppsala Socialmedicinska Institution 1965.
3. *Howard, P.* Indirect Methods for the Measurement of Blood Pressure. Proceeding of the Royal Society of Medicine. 58:10 p. 781.
4. Kungl. Maj:ts Kungörelse om bostadslån. SFS 1962:537, ändring SFS 1964:413.
5. *Linderöth, A.* Aktuellt kring pensionärerna i Sundbyberg. Sv. Socialförbundets tidskrift, häfte 2/1964.
6. *Nilsson, S., H. Lindholm, S. Bülow, N. Frostberg, T. Emilsson, G. Stenkula.* The Kristianstad Survey. Acta Medica suppl. 428, Lund 1964.
7. *Nordström, L.* Lort-Sverige p. 229. KF:s förlag, Stockholm 1938.
8. Riksförsäkringsverket, Statistisk undersökning rörande de allmänna försäkringskassornas utgifter m. m. p. 72. Stencil 1963.
9. Statens offentliga utredningar. 1961:8 Om läkarbehov och läkartillgång p. 74.
10. *S.O.U. 1963:47.* Åldringsvårdens läge.
11. *S.O.U. 1965:32.* Höjd bostadsstandard, p. 35—60.
12. Statistiska meddelanden. B 1964:11. Dödligheten i skilda åldersgrupper 1961. Statistiska Centralbyrån, Stockholm 1964.
13. *Weström, A.* Provisoriska förbättringar av åldringsbostäder. Statens Institut för byggnadsforskning. Blad 1964:7. Distrib. Svensk Byggtjänst.

I publikation 1 ovan finns en utförlig litteraturanvisning till vilken för övrigt hänvisas.

Nyhyttan

Kurort och enskilt sjukhem

Storlagen bergslagsnatur — utmärkta promenadvägar — hög och torr barrskogsluft — sjukgymnastik — massage — bad.

Läkare: *Med. Dr G. Smårs.*

Behandling av invärtes sjukdomar, mag- och tarmsjukdomar, hjärt- och blodtryckssjukdomar, reumatiska åkommor. Konvalescens och rekreation. Prospekt och upplysningar genom rumsbeställningen.

Tel. 0587/604 00

Postadress: Fack 65, JÄRNBOAS.