



Uppbyggandet av rehabiliteringen, som utgör en grundläggande förutsättning för samhällsekonomin inom den allmänna försäkringen, har icke fått den snabba utveckling som tidigare förutsatts. Vi hänvisar därom till ledaren. På de institutioner som finns vid lasarett och sjukhus inhämtas dock fortlöpande erfarenheter i praktisk verksamhet. För att tillgodose behovet av information och publicitet inom området kommer vi utöver större originalartiklar att under särskild avdelning meddela kortare notiser och referat från rehabiliteringsfronten. Vissa förutsättningar finns att här få till stånd nordiskt samarbete.

Här följer närmast en rad referat från medicinsk riksstämma 1965 efter föredrag inom Svenska läkaresällskapets sektion för fysikalisk medicin, rehabilitering och social medicin.

Synpunkter på epidemiologisk metodik att registrera ischämisk hjärtsjukdom¹

En stor del av dödsfallen bland medelålders män orsakas av ischämisk hjärtsjukdom (IHD). Detta jämte de tämligen dåliga resultaten av kurativ terapi i de fall då sjukdomen fört individen till läkare har motiverat omfattande försök att finna förebyggande åtgärder. De stort upplagda epidemiologiska studierna i WHO-regi och vissa hälsoundersökningar avsedda att registrera tidiga tecken på ischämisk hjärtsjukdom får ses som ett led i sådan preventivmedicinsk verksamhet.

Vid sådana undersökningar är man företrädesvis hänvisad till att bedöma förekomsten av ischämisk hjärtsjukdom mot bakgrunden av anamnestiska uppgifter och ekg-bilden. I många fall torde även dessa metoder vara helt tillfyllest eftersom den klassiska bilden vid angina pectoris respektive infarktinsjuknande sådan som Heberden redan 1786 beskrev den är så klar och entydig att även lekmannen ofta kan sätta rätt diagnos.

De sista åren har emellertid en rad undersökningar, bland vilka Framinghamundersökningen är en av de mest kända, påvisat att åtskilliga fall förlöper atypiskt. Så kan exempelvis ett infarkt-

förlopp gå helt utan smärta och uppfattas som ett kortare intervall av svimningsbenägenhet, kallsvett följt av trötthet. Angina pectoris kan fällas av andra moment än fysisk ansträngning exempelvis köld, upphetsning, födointag eller sängläge och den kan även förlöpa utan smärta. Dessa atypiskt förlöpande symptom utgör problem vid den epidemiologiska registreringen.

Mot bakgrund av en retrospektiv undersökning i Malmö med jämförelse mellan kliniska data beträffande hjärtsymptom och sektionsfynd avseende coronarkärl och myokardium, genomförd på en stor konsekutiv sektionsserie, diskuterades dessa problem. Därvid påvisades att en inte ringa del av fallen med tecken på IHD vid sektionen hade haft atypiska symptom (28 %). Dessa symptom inkluderas icke i de kriterier som av WHO:s studiegrupper rekommenderas att användas vid epidemiologiska undersökningar.

Stor betydelse vid bedömningen av den anamnestiska metodens värde har balansen mellan specificitet och känslighet hos kriterierna. En förskjutning i det inbördes förhållandet mellan dessa metodegenskaper inträder i den refererade undersökningen då de atypiska fallen ackumulerades till de typiska. Specificiteten sjönk med 4 % och känsligheten ökade med 13 %. En specificitetssänkning

¹ Detaljerad redovisning för resultaten av undersökningen och en diskussion om deras tillämplighet föreligger i form av stencilerat arbetsmanuskript och kan rekvideras från socialmedicinska institutionen i Lund.

på 4 % kan innebära allvarliga konsekvenser om avsikten är att de anamnestiska kriterierna skall användas som screening för mer krävande diagnostiska åtgärder som kan innebära riskmoment, medan en sådan förskjutning torde vara av mindre betydelse i förhållande till den avsevärda vinsten i känslighet, om avsikten är att fånga så många fall som möjligt för exempelvis intensifierade preventivmedicinska åtgärder.

Av det anförda framgår att någon slutgiltigt utformad metodik för att registrera IHD icke torde kunna rekommenderas, utan metodvalet vid populationsstudier av epidemiologisk typ bör ske mot bakgrund av undersökningens struktur och

målsättning. I vissa undersökningar bör man försöka fånga så många fall som möjligt på bekostnad av att även vissa fall med symptom som imiterar IHD inkluderas, medan i andra undersökningar bör en mer karakteristisk grupp avgränsas varvid åtskilliga fall av IHD med atypisk symptom måste uteslutas. Internationellt rekommenderade metoder bör givetvis givas företräde vid metodvalet. I de flesta fall torde man kunna använda olika kriterier parallellt så att flera grupper kan bildas, vilket dels medför möjligheter till meningsfulla inomgruppsjämförelser och dels till jämförelser med resultaten i serier från andra områden.

Per Bjurulf Torsten Garlind Nils Sternby

Kardiovaskulära sjukdomar hos "1913 års män"

Det är ingen nyhet att sjukhusmaterial vid många tillfällen dåligt speglar en populations sjukdomar. Det oaktat är populationsstudier i vårt land, om man undantar undersökningar med psykiatriska frågeställningar, mycket få. Behovet av studier gjorda på representativa grupper är speciellt stort vid kardiovaskulära sjukdomar. Den hypertensiva sjukdomens ringa symptomatologi och kranskärlsjukdomens stora variationsbredd i kliniskt händelseende från patienter med årslångt angivna pectoris-lidande till mors subita hos en tidigare, till synes frisk individ, gör att endast en fraktion av de sjuka kommer in i sjukdomsmaterialet. Selektionsmekanismer får därmed fritt spelrum.

Den 7 november 1962 utvaldes ur Göteborgs Uppbördsverks register samtliga män födda 1913 på en dag som var jämnt delbar med tre. Omöjliga att nå på grund av dödsfall, avflyttning och oanträffbarhet var 48. Av de återstående 925 undersöktes 855 på Medicinska polikliniken I, Sahlgrenska sjukhuset, Göteborg.

Ytterligare 40 intervjuades i deltagarnas hem. Sammanlagt undersöktes eller intervjuades 96,7 %.

Om man utgick från uppgifter rörande deltagarnas tidigare sjukhusvård hade 8 stycken vårdats

för hjärtinfarkt (0,9 %) och 5 för hypertensiv sjukdom eller 0,5 %.

Med hjälp av ett frågeformulär konstruerat av Geoffrey Rose och ett 11-avledningars EKG fick man fram helt andra siffror över kranskärlsjukdomens prevalens inom vår grupp. Det visade sig att angina pectoris enligt frågeformulär hade 2,1 % av deltagare och hjärtinfarkt 2,5 %. Ischämisk hjärtsjukdom enligt EKG tolkat med hjälp av Minnesotakoden hade 11,2 %.

Dessa prevalenssiffror tyder på att de använda metoderna mäter olika tillstånd. Det var också dålig överensstämmelse mellan metoderna och exempelvis endast 1/3 av angina pectoris-gruppen hade EKG-förändringar av ischämityp.

Den använda metodiken brister i precision och tillåter endast en uppskattning av minimisiffror för prevalensen av kranskärlsjukdom.

Prevalensen av hypertensiv sjukdom mättes med blodtrycksmanschett och ögonbottenundersökning. Det var 59 stycken (6,9 %) som hade ≥ 160 i systoliskt tryck samt ≥ 110 i diastoliskt tryck. Som hypertensiva tecken vid ögonbottenundersökning hade använts smala arterioler. Av de med högt tryck hade 43 ögonbottenförändringar eller 73 %.

Det var 14 stycken som behandlades med anti-hypertensiva droger.

Här gäller sålunda att de använda metoderna

visade god överensstämmelse. Prevalenssiffrorna tydde på att hypertensiv sjukdom är vanlig och i majoriteten av fallen odiagnosticerad.

Gösta Tibblin.

Rehabilitering efter hjärtinfarkt

Under det sista decenniet har man kunnat iakttaga en mera aktiv attityd vid behandlingen av hjärtinfarkt, vilket framför allt visat sig i kortare vårdtider. Däremot har aktiveringen under och efter den akuta sjukdomstiden i allmänhet inte undergått större förändringar. Tveksamheten är påtaglig när det gäller frågan om hur länge en akut infarkt bör vara immobiliserad och hur aktiveringen sedan bör tillgå. Oftast mobiliseras patienterna "på känn" och utan någon kontrollerad regim, varför såväl patient som doktor är osäkra på prestationsförmågan vid patientens utskrivning.

Vid två vårdavdelningar har vi sedan 4 år bedrivit försöksverksamhet med kontrollerad mobilisering enligt visst schema. Så fort den akuta sjukdomsbilden klingat av får patienten äta själv, läsa, sköta lättare toalett o.dyl. Vidare startas andnings- och quadricepsträning. Efter 5—7 dagars feberfrihet börjar det egentliga mobiliseringsprogrammet, som omfattar 9 dagar, och samtidigt får patienten börja sitta uppe. De två första dagarna sker träning i sängen, varefter gångövningar startas. De två sista dagarna av programmet innefattar även en timmas lättare arbete på arbetsterapiavdelning. Under de 5 sista dagarna får patienten även i stort sett röra sig fritt på avdelningen. Övningarna leds av sjukgymnast, som även kontrollerar pulsen före och efter träningspassen. Arytmi, pulsökning mer än 20/min. och andra störningar rapporteras till avdelningsläkaren och i sådana fall upprepas övningspasset följande dagar tills det går friktionsfritt.

Materialet omfattar 84 patienter och har jämförts med en kontrollgrupp på 118 fall. Dessa utgör infarktpatienter, som under motsvarande tid vårdats på annan avdelning på kliniken och skötts

enligt i stort sett samma principer som det aktuella patientmaterialet, bortsett från den kontrollerade aktiveringen. När det gäller vårdtid och frekvens av allvarigare komplikationer under vårdtiden och under första månaden efter utskrivningen, finner man ingen skillnad mellan "schema"-grupp och kontrollgrupp. När observationstiden utsträcks till att omfatta hela första året efter utskrivningen, finner man däremot högre mortalitet ($p < 0,05$) och komplikationsfrekvens ($p < 0,01$) i kontrollgruppen.

Vad gäller återgång i arbete för de män, som var arbetsföra före insjuknandet, finner man också en klar skillnad ($p < 0,02$) till "schema"-gruppens fördel.

Våra erfarenheter av denna kontrollerade mobilisering är goda och den har kunnat genomföras utan förlängd vårdtid eller ökat antal komplikationer. Bortsett från en dubbelamputerad och en senildement patient, har schemat kunnat användas på alla. Inga komplikationer har inträffat i direkt anslutning till övning. Man har haft en bra uppfattning om patienternas prestationsförmåga vid utskrivningen och ett intryck, att patienterna känt en relativ säkerhet. Förloppet under den akuta sjukdomsperioden och den närmaste tiden därefter skiljer sig ej från det i kontrollgruppen. Den skillnad, som sedan framkommer till "schema"-gruppens fördel, kan man inte utan vidare förklara med den mera aktiva och kontrollerade mobiliseringen av denna grupp, men det är möjligt, att dessa patienter varit i något bättre fysisk kondition vid utskrivningen. En annan faktor, som säkert varit av betydelse, är att patienterna i kontrollgruppen ej alls i samma utsträckning som de i "schema"-gruppen efter utskrivningen följts av

samma läkare, som vårdade dem under sjukhusvistelsen. För tidigt ingripande vid hotande komplikationer eller vid ställningstagande till återgång i arbete, är det en given fördel att ha följt patienten under hela sjukdomsförloppet.

Över huvud taget är frågan om återgång i arbete för en infarktpatient ofta svår att avgöra. En kontrollerad re-konditionering och en objektivisering av prestationsförmågan med arbets-Ekg är många gånger önskvärt. I detta syfte behandlades under 1964 32 manliga infarktpatienter på rehabiliteringsavdelning. Materialet är heterogent sammansatt i det avseendet, att en del påbörjat behandlingen direkt efter utskrivningen medan andra kommit först efter lång sjukskrivning, beroende på att behandlande läkaren stött på speciella svårigheter, t.ex. i fråga om arbetsplacering.

Med ledning av resultaten på cykelergometer har patienterna tränats i motions-konditionsgymnastik. De flesta har även varit verksamma i ar-

betsterapi. Arbets-Ekg har gjorts med c:a 1 månads mellanrum och i princip då man avsett att höja träningsintensiteten. Inga komplikationer har inträffat under pågående träning, trots en behandlingstid på i genomsnitt 3 månader per patient. Resultatet av behandlingen får bedömas som gott med hänsyn till att 87,5 % av patienterna har kunnat återgå i arbete. Om patienten är "rörelsehindrad" på grund av angina pectoris, kan man många gånger höja toleransgränsen. Även arytmitendens synes kunna minska. Patienternas inställning har alltid varit mycket positiv. De får bättre insikt och anpassar sig väl till sin fysiska prestationsförmåga.

Vår erfarenhet är sammanfattningsvis, att ett mera aktivt omhändertagande, såväl under sjukhusvistelsen som i efterförloppet, av patienter med hjärtinfarkt har gett ett påtagligt resultat med lägre komplikationsfrekvens och underlättat återinpassningen i arbete. H. Sanne S. Selander

Några problem vid studium av mentalsjukdomarnas epidemiologi

På uppdrag av Västerbottens läns landsting beräknades antalet vårdplatsbehövande psykiskt sjuka i länet med hjälp av individuella psykiatriska bedömningar. Undersökningen begränsades till personer över 15 år med sjukdom av typen "psychiatria major" samt de av typen "psychiatria minor", som för närvarande upptog en vårdplats.

Vid intagning på mentalsjukhus inverkar förutom *de psykiska sjukdomarnas utbredning* i befolkningen även *faktorer knutna till sjuka och deras anhöriga* såsom social och ekonomisk struktur, vårdmöjligheter i hemmen, attityder mot psykisk sjukdom och vård, *kommunikationer mellan befolkning och sjukhus*, både rent fysiska kommunikationsmedel och informations- och attitydöverföring samt *faktorer knutna till sjukvårdsorganisationen*, såsom platsantal, väntelista, utrustning och attityder hos sjukhuspersonalen. *Antalet in-*

tagna på mentalsjukhus + väntelista är därför inget adekvat mått på antalet psykiskt sjuka i populationen.

Slumpurval är en mer tillfredsställande urvalsmetod men kräver mycket stora material med litet bortfall. En form av *clusterurval* innebärande noggrannare penetrering, ev. totalundersökning av ett fåtal kommuner var också tänkbar. Detta skulle ökat arbetets allmänna värde, men sprängt den givna tids- och kostnadsramen.

Undersökningen genomfördes i stället med s.k. *case-finding-metodik*, dvs. man uppsökte misstänkt psykiskt sjuka på alla tänkbara vägar. Mot denna metod finns vägande invändningar. Resultatet är beroende av att alla tänkbara informationskällor utnyttjas och att utredningen drives intensivt. I detta fall inventerades samtliga sjukvårdsinrättningar och i samtliga kommuner intervjuades lä-

kare, distriktssköterskor och representanter för socialnämnder, varvid man bl.a. utgick från hjälpverksamhetsregister och ansökningar om landsningsbidrag till vård av långvarigt kroppssjuka. En brevenkät tillställdes övriga statliga mentalsjukhus. En principiellt viktigare invändning mot "case-finding"-studier är *de starkt begränsade möjligheterna till metodkontroll*. Så har man t.ex. inga möjligheter att skatta storleken eller karaktären av ev. ofullständighet i undersökningen eller att systematiskt efterkontrollera hur urvalskriterierna tillämpats. Metoden är dock jämförelsevis snabb och billig och har sannolikt en för praktiska syften tillräcklig noggrannhet. Dessa egenskaper gjorde att denna metod valdes.

Resultatet. Antalet vårdplatsbehövande psykiskt sjuka med ovan givna avgränsningar var 1.440 av 233.849 invånare. 746 eller 6,3 per 1.000 var män och 694 eller 6,1 per 1.000 kvinnor. Detta motsvarade 8,0 per 1.000 av samtliga över 15 års ålder. 2/3 var över 50 år jämfört med 1/3 av befolkningen. Schizofrenierna utgjorde 2/3 av materialet, senila psykoser 1/5. På psykiatriska kliniken utgjorde neuroserna ungefär 1/3 av materialet.

Patienterna klassificerades efter vilken vårdform de skulle tillhört i en fullt utbyggd modern men-

talvårdsorganisation. Många, som nu ej intagits på mentalsjukhus borde intagas och många intagna skulle kunna överföras till annan vårdform. Så bedömdes t.ex. 121 personer (=8 %) som vid undersökningstillfället krävde sluten vård mer lämpade för öppen eller halvöppen vård och inom gruppen lättskötta psykiskt sjuka fanns dubbelt så många patienter som vårdplatser.

25 % bedömdes i behov av kvalificerade psykiatriska och somatiska resurser för diagnostik och terapi (främst akut- och utredningsfall, komplicerade rehabiliteringsfall och kombinerade psykiska och somatiska sjukdomar) och 31 % i behov av långvarig sluten vård utan dylika kvalificerade resurser (rehabiliterings- eller invalidvård). Resultatet underströk således starkt behovet av en differentierad mentalvårdsorganisation.

Avslutningsvis framhölls de speciella krav som gäller för praktiskt syftande undersökningar. Nära kontakt med uppdragsgivarna för att få fram precisa frågeställningar är önskvärt.

Det är vidare nödvändigt med omfattande studier av faktorer, som bestämmer patientflödet till och från mentalsjukhusen, bl.a. för att kunna utforma en samhällsinriktad mentalvårdsorganisation.

J. Beskow.

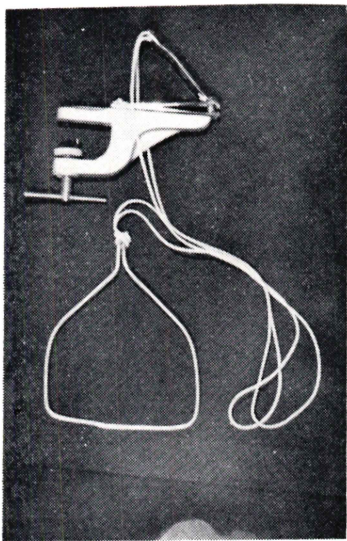
Neuromuskulära funktionsrubbningar vid reumatoid artrit

Den reumatoida artritens sjukdomsbild uppvisar en rad extra-artikulära manifestationer, bland vilka affektionen av skelettmuskulaturen spelar en väsentlig roll, eftersom den i hög grad bidrar till invalidiseringen. De muskulära symtomen är delvis resultatet av immobilisering och inhiberande eller existerande artrogena nervösa stimuli. Om-

fattande elektromyografiska undersökningar visar dock även en relativt hög frekvens av myopati och/eller neuropati. Detta bör beaktas vid ställningstagandet till sjukgymnastisk behandling och vid värderingen av behandlingsresultat.

U. Moritz.

Fotmanövrerad nagelklippare

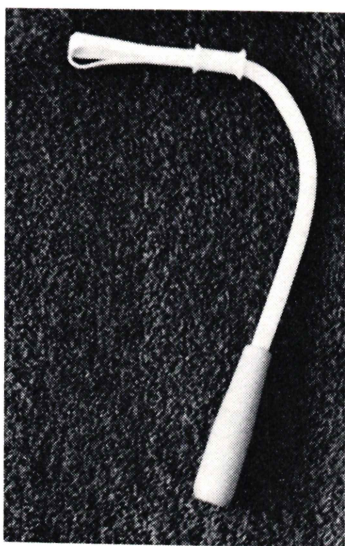


Teknisk beskrivning: En nagelklippare är påmonterad en av lättmetall helgjuten tving, som skruvas fast i en bordskant. I ett ny-lonsnöre hänger en ståltrådsbygel, i vilken den friska foten trädas. Vid nertryckning av bygeln klipper nagelklipparen.

Handikapp: Personer med endast en fungerande hand, t. ex. hemiplegiker.

Design och tillverkning: Rehabiliteringskliniken, Lasarettet i Lund.

Toalett-pappershållare



Teknisk beskrivning: Tillverkad av VP-plaströr där ena änden är uppskuren så att det bildas tre flikar, vilka böjts inåt som klor. En bit av ett större rör är trätt utanpå och kan när det föres utåt pressa ihop klorna kring toalett-papperet. Handtaget av bok och avtagbart samt försett med en pik med vilken papperet kan avpetas om det ej lossnar genom att det yttre röret drages uppåt.

Handikapp: Personer med stela leder t. ex. reumatiker, som ej kan torka sig efter toalettbesök med hand och papper.

Design och tillverkning: Rehabiliteringskliniken, Lasarettet i Lund.

Kursledning: professor Gunnar Lindgren (kursledare), överläkare Åke Stenram, doktor Merete Brattström (sekreterare).

Under medverkan av en rad experter kommer följande ämnen att behandlas:

Rehabilitering och samhälle; några synpunkter på rehabiliteringsbehovet.

Lag om allmän försäkring.

Rehabiliteringens historik, organisation och arbetsformer.

Rehabilitering vid ryggåkomor.

Rehabilitering av händer.

Rehabilitering vid hemiplegi.

Hörselnedsättning och hörselvård.

Tal- och språkrubbningar och deras rehabilitering.

Barnrehabilitering.

Reumatologisk rehabilitering.

Psykologiska testmetoder inom rehabiliteringen.

Bioteknologi.

Idrott för handikappade.

Arbetsprövning.

Ett seminarium över bostads- och samhällsplanering för handikappade kommer att hållas. Under flera av programpunkterna skall praktiska demonstrationer ges av sjukgymnaster, arbetsterapeuter och logoped. Rehabiliteringsresurserna i Lund kommer att demonstreras och filmer visas.

Tekniska prov för bedömning av arbetsförmåga

Vid Läkaresällskapet sektionen för fysikalisk medicin, rehabilitering och social medicin vårmöte i Lund 1966 framlades från klinisk-fysiologiska laboratoriet vid Lunds lasarett erfarenheter rörande användning av vissa arbetsprov på cykelergometer och spirometri av tre läkare, Maria Jeppsson, I. Nordenfelt och H. Westling.

I de allra flesta fall kan en tillräckligt noggrann bedömning

Hur pass vanligt är detta?

"Dagens citat" — är hämtat ur en lasaretskuratorutredning i ett pensionsärende. Kuratorn ifråga skriver till den intygsutfärdande läkaren: "... sannolikt finns en möjlighet att hon (=patienten) kan beviljas sjukbidrag och denna möjlighet bör man ej förstöra genom att försöka arbetsplacera henne..."

Kurs i medicinsk rehabilitering

förekommer på Lasarettet i Lund den 10—15 oktober 1966 för läkare, kuratorer, sjuksköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter.

av en patients förmåga att utföra arbete ske med hjälp av anamnes, enkla kliniska undersökningar, erfarenhet och sunt förnuft. I vissa sammanhang sviktar dessa enkla bedömningsgrunder, eller gör en bristande tilltro till deras noggrannhet att man önskar få ytterligare ledtrådar vid bedömningen. Då det ofta är cirkulationssystemet och lungfunktionen, som misstänks utgöra begränsande faktorer, blir arbetsprov på cykelergometer och spirometri de huvudsakligen använda funktionsproven. Båda undersökningarna ger i en del fall värdefull, konkret och kvantitativ information, som kan och ofta bör påverka handläggningen, även om de på intet sätt ersätter de ovan nämnda enklare bedömningsgrunderna.

Man kan räkna med att en person under en längre tid, alltså i sitt dagliga arbete, kan prestera ungefär 40 % av sin maximala arbetskapacitet, vilket i praktiken torde motsvara c:a hälften av det största arbete som han kan utföra på cykelergometer. Belastningen i en sådan situation blir nämligen sällan maximal; ej heller kan man alltid beräkna den maximala arbetskapaciteten enligt nomogram på ett patientmaterial.

Den lungventilation som en person kan upprätthålla under ett längre arbete kan anses vara c:a hälften av den maximala ventila-

tionsförmågan (=maximala voluntära ventilationen, MVV). En spirometriundersökning med mätning av bl.a. MVV är därför ofta ett lämpligt komplement till cykelergometri, eftersom man vet den ungefärliga ventilationsförmåga som krävs för att kunna prestera ett visst arbete.

Man har i olika sammanhang, t.ex. vid pensionsbedömning, nytta av att kunna mäta den fysiska prestationsförmågan på ett någorlunda objektivt sätt. Detta kan göras med ett arbetsprov på cykelergometer. Det kan ju i många fall vara ytterst svårt att värdera nedsättningen av patientens arbetsförmåga, ibland kan det dessutom vara fråga om simulation eller dissimulation. Upprepade arbetsprov där man startar med olika belastningar brukar kunna avslöja de flesta simulanter och uppenbara diskrepanser mellan presterat arbete på cykelergometer och ventilationsförmåga vid spirometri kan också ge ledtrådar vid misstanke på simulation. Vid pensionsbedömning är det naturligtvis mycket viktigt att den handläggande läkaren kan översätta kpm/min i aktivitet i det dagliga livet och även kommer ihåg att en person under längre tid orkar prestera c:a hälften av vad han åstadkommer på cykelergometern.

När man startar rehabilitering

av en patient kan det också vara värdefullt att ha ett utgångsvärde på den fysiska prestationsförmågan så att man sedan kan få en möjlighet att kontrollera effekten av den fysiska träningen.

Rehabilitering

En översikt

Ett kompendium utarbetat av doktor E. Husmark, Stockholm, och överläkaren Karl-Gustav Rignér, Eskilstuna. Skriften ingår i Socialmedicinsk tidskrifts skriftserie (nr 33).

Den redovisar utvecklingsförloppet av rehabiliteringsverksamheten i landet och vid olika medicinska specialiteter, klargör arbetsuppgifter för läkare, sjukgymnaster, sjuksköterskor m. fl. Sambandet rehabilitering – socialförsäkring belyses.

Pris kr. 7:–

Rekvireras direkt från Socialmedicinsk tidskrift, Villagatan 5, Stockholm Ö eller genom bokhandeln.

300 METER ÖVER HAVET

ligger kurorten MÖSSEBERG i Västergötland på bergets sydöstra sluttning mycket vackert och vindskyddat. Moderna behandlingsresurser jämsides med behaglig komfort och vila.

Patienter lidande av tuberkulos eller svårtad psykisk sjukdom kunna ej mottagas. Snabba direkta förbindelser med Stockholm 4,5 tim. Göteborg 1,5 tim.

Läkararvoden och kostnaderna för fysikalisk terapi ersättes till en del av sjukkassan.

Begär prospekt.

Inga kurplats- eller inskrivningsavgifter.

Överläkare: Rune Wikström.

Modern medicinsk undersökningsavd. Alla brukliga badformer serveras. Individuell dietmat.

Unna Er
en hälsobringande
vila på
Mösseberg

Tel. Falköping 0515/100 46 för upplysningar
Vx. sanatoriet Falköping 0515/132 20