

Att vara stadsläkare i Luleå 1952–1981

Av Lars Lundgren

Sjö- och stapelstaden Luleå hade vid 1950-talets början ca 28 000 innevånare och var stadd i expansiv utveckling. Norrbottens Järnverk, som invigts i slutet av 1940-talet, var i full produktion och exporten av malm var intensiv. Det var inte ovanligt att se 4–5 malmångare på 30 000 ton ligga på redan i väntan på last. Den kraftiga expansionen hade medfört tillkomst av nya bostadsområden i närheten av järnverket framförallt på Örnäset och Skurholmen, där ett tusental anställda med familjer bodde. Malmudden hade bebyggts med höghus, medan bebyggelsen i övrigt i huvudsak utbreddes sig i Svartösten, på gamla Skurholmen och den halvö som utgjorde själva stadskärnan. Bron över Luleälven togs i bruk 1954 och på älvens södra sida, som tillhörde Nederluleå kommun, fanns en del bebyggelse liksom i det gamla industriområdet vid Karlsvik. Nuvarande Mjölkuddsområdet, vid Skutviken, var stadens stora soptipp. Kallkälleområdet, Hertsön och Porsön var i stort sett obebodda.

De helt dominerande industrierna var Norrbottens Järnverk och LKAB:s malmexporthamn. Några smärre industri- och affärsföretag fanns också, men staden hade fortfarande den administrativa prägel, som tidigare varit dess signum. Där dominerade länsstyrelse, landsting, kyrka och skolväsendet som var väl utvecklat. Förutom den obligatoriska folk- och fortsättningskolan fanns läroverk med ”vanligt” gymnasium, kommunal flickskola, ett tekniskt gymnasium, folk- och förskoleseminarium, handelsgymnasium och högklassiga yrkesskolor. Man anar den dynamiske riksdagsmannen och överläraren Ragnar Berg som arkitekt för skolväsendet. Även förskolorna var i förhållande till stadens storlek mycket väl utvecklade. Det totala elevantalet var ca 3 200 barn och ungdomar.

Luleås gator utgjordes i huvudsak av grusvägar och de flesta elledningar uppbars bland annat av i gathörnen placerade trästolpar, vilka bar tydliga spår av den ökande biltrafiken. Även doktorn kom i nära kontakt med någon av dem. Snöröjningen sköttes med dåtida mått mätt hyggligt och gatorna var som regel väl framkomliga. Plogkarmarna kunde vara svåra att ta sig över och när doktors lilla Morris blivit hängande på dem några gånger, tvingades han byta till en större bil. Klagomål förekom givetvis och vid ett sammanträde i fullmäktige besvarades en interpellation om dålig snöröjning endast med att den var sämre i Piteå.

Den slutna vården i regionen representerades av Luleå lasarett, som bestod av kirurgavdelning, medicinavdelning, röntgenavdelning och en till kirurgen knuten BB-avdelning. Antalet läkare var ca 10–12 stycken. Vid Garnisonssjukhuset i Boden fanns tillgång till specialister i öron- ögon- och barnsjukdomar medan närmaste ortopedkonsult fanns vid Vanförestalten i Härnösand. Tuberkulossjukvården sköttes av en dispensär i Luleå och på sanatoriet i Sandträsk. Den tunga psykiatrin var förlagd till Furunäsets sjukhus utanför Piteå. I stan fanns också två personer som uppgav sig stämma blod.

Huvudman för den öppna vården inom stadsgränsen var Luleå stad, som i sin tjänst hade en stadsläkare och två stadsdistriktsläkare. Därutöver fanns en järnvägs- och tillika flygläkare samt en järnverksläkare som också var förbandsläkare vid den till Luleå förlagda luftvärnskåren. Dessa hade en begränsad privatpraktik. I staden fanns också en dispensärläkare.

I Nederluleå kommun bedrevs öppenvård av en provinsialläkare i Gammelstad och en i Antnäs, vilken också hade viss verksamhet på Bergnäset. Han förestod också ett mindre vårdhem för tuberkulossjuka. I Råneå fanns en station med två läkare.

Över alltihop basade en 1:e provinsialläkare (senare länsläkare), statligt anställd och med övergripande tillsynsskyldighet över provinsialläkare, apotek och hälsovårdsnämnder inklusive epidemiärenden. Han var också tillsynsmyndighet i körkortsfrågor och hade hand om alla administrativa ärenden enligt lagen om könssjukdomar, vilket innebar såväl en medicinsk som en polisiär uppgift. Sammanlagt fanns vid mitten av 1950-talet, inom det område som motsvaras av nuvarande Luleå kommun, ca 12 läkare i slutet vård och 6 i öppen vård, samtliga manliga kollegor.

Till denna miljö anlände den 15 augusti 1952 en ny distriktsläkare. Han kom från Lund med specialistkompetens i invärtes medicin och pediatrik i bagaget och såg fram mot en fri verksamhet utanför ett sjukhus instängande murar. Som stadsbarn ville han gärna ha en stadsläkartjänst, men utbudet var begränsat. Det som erbjöds var tjänster i Luleå och Kristinehamn, han sökte båda och fick Luleå.

Uppbrottet från universitetsstaden ackompanjerades av tillrop av typen: ”Hej då, vi ses nog aldrig mer!”; ”Men tänk i alla fall på barnen!”; ”Det är ju så långt mellan husen”. Men doktorn hade en hustru som vuxit upp i Gällivare och Umeå och visste att man även kunde leva och bo norr om Smålandsgränsen.

Om sanningen skall fram hade nog doktorn i bakfickan tanken att efter ”några år i kolonierna” återvända till moderlandet och då enkannerligen till Karlshamn, en trivsamt plats i den blekingska trädgården. När möjlighet efter ca fem år gavs, var dock tanken fjärran, Luleå var en dynamisk stad i intensiv utveckling, arbetsmiljön stimulerande och barnen ville absolut inte flytta. Så det blev som det blev, de fem åren blev 25, år som han aldrig ångrat.

Staden stod redo med centralt belägna och väl disponerade mottagningslokaler samt en bra bostad klar för inflyttning. Den saknade visserligen elmätare och ström, men med ett primuskök klarades de första dagarna. För att skaffa utrustning till mottagningen behövdes ett lån på 3 000 kronor. Trots att suplikanten hade en docent i bakteriologi och en av cheferna vid Chalmers provningsanstalt som borgensmän, blev han närmast utkastad från en bank, som uppenbarligen jämställde hans ansökan med ett rånförsök. Tvärs över gatan låg Kreditbanken där första frågan var ”Hur mycket behöver doktorn låna?” Efter några veckor kom verksamheten igång, dock först efter diskussion med kommunen om lokalhyran. Denna hade nämligen satt till den då oerhörda summan av 45 kr/kvm. Förhandlingarna gav dock ur doktors synpunkt inget resultat.

Att vara distriktsläkare i Luleå innebar rent formellt endast skyldighet att varje vardag inklusive lördagar ha två timmars öppen mottagning, en prestation för vilken utgick en månadslön på 927 kr. Dessutom rättighet att för varje konsultation uppbära ett taxebundet arvode på 10 kr för förstabesök och 6 kr för återbesök. Telefonrecept arvoderades med 2 kr, en summa som inkasserades av de vänliga farmaceuterna för att senare översändas till doktorn. Att ta betalt av kollegors föräldrar eller familj ansågs vid denna tid som oetiskt och förekom inte. Enligt gällande instruktion skulle distriktsläkare mot speciellt arvode vara skolläkare vid stadens skolor och ansvara för den medicinska vården vid stadens ålderdomshem.

I avvaktan på lokalernas färdigställande fick nykomlingen möjlighet att vikariera för sin kollega flygläkaren, som skulle vara ledig några dagar. Resan över älven till F21 skedde med färjan ”Trafik” och en vacker höstmorgon kunde han inte undgå att avlyssna följande replikskifte mellan två damer i medelåldern. A: ”Skulle varit hos Mossberg idag och kollat blodtrycket men fått återbud”. B: ”Ja, han ä’ och jaga älg. Di säg’ di ha bundit en älg till han i Svartöberge”. Sörlänningen fick på en gång ett mycket starkt intryck av såväl den helgd i vilken älgjakten hölls, som den underfundiga norrbottenshumor, som han med åren fann överträffad.

Läkarmottagningen utgjordes av tambur, stort väntrum, två omklädningshytter, ett undersökningsrum och ett samtalsrum samt hyggliga biutrymmen. Till sin hjälp hade doktorn en mottagningssköterska och en städerska. Den instrumentala utrustningen var spartansk och bestod endast av en urincentrifug, ett sänkeställ, ett mikroskop och möjligheter att göra vissa blodundersökningar. Närheten till lasarettet gjorde mera sofistikerad utrustning onödig. Den numera hysteriformt utbredda laboratediagnostiken

låg ännu i sin linda. Mottagningstiden var vardagar inklusive lördagar klockan 11–17 och i sjukdomspanoramata ingick infektioner, matsmältningsbesvär, dåliga ryggar, ålderskrämpor, kontroll av hjärta, blodtryck och blodvärden samt rygg- och ledbesvär. Körkortssintyg, friskintyg till försäkringsbolag och blodprov för faderskapsbestämning förekom också. Ca 25 % av patienterna utgjordes av barn. Så gott som varje dag tillkom 1–3 hembesök, där infektioner, framförallt hos barn, och ålderdomskrämpor var de vanligaste diagnoserna.

Underförstådd var skyldigheten att delta i den jourtjänst, som delades av 3–4 läkare. Beredskapsarvode eller kompensatorisk ledighet var till en början ett okänt begrepp. För jourtjänsten, som sålunda rent formellt var ett frivilligt åtagande, utgick ingen annan ersättning än den taxa som medgavs per besök, d v s 25 kr plus resekostnad.

De anställda vid järnverket hade fri sjukvård, vilket gjorde att deras familjer var klart överrepresenterade när det gällde hembesök. De behövde endast sätta sitt namn på kvittot, som doktorn sedan sände till NJA för att i sin tur få ut arvudet.

Antalet jourbesök varierade, det rörde sig om 1–3 per natt, 5–10 över ett veckoslut. Vanligen gällde det infektionssjukdomar, framförallt hos barn, någon gång gall- eller njursten eller andra smärttillstånd av typen ryggskott. Närheten till lasarett och nattöppet apotek gjorde att jourväskans innehåll var ganska magert. Där fanns stetoskop, blodtrycksmanometer, öronspegel och febertermometer samt adrenalin, penicillin och spasmodin för injektion. Några pentamaltabletter, analgetika och antiallergika låg också i väskan. Räddningskåren utrustade doktors bil med ett syrgasaggregat, som vid ett par tillfällen vid behandling av akut hjärtsvikt hade en avgörande betydelse.

Läkarmottagningens placering mitt emot polisstationen innebar att doktorn ganska ofta anlätades därifrån. Det kunde röra sig om blodprov vid misstänkt rattfylleri, misstänkt mentalsjukdom eller samtal för att lugna någon orolig klient. Någon form av tvångsmedicinering var det aldrig fråga om. Undersökningen vid förmodat rattfylleri tog ganska lång tid, den misstänkte skulle balansera på ett kritstreck, plocka upp gem från golvet, blunda och peka på näsan och klara s k ”krok-ord”. Det visade sig att variationsmöjligheterna vid uttalandet av ”spritsmugglarskuta” och ”telefonkatalog” var oändliga. Att ta blodprovet gick som regel smärtfritt, någon försökte kanske göra motstånd, men kunde alltid övertalas. De flesta incidenterna inträffade nattetid, men de hjälpsamma poliserna var mycket angelägna om att få avhämta och återföra doktorn till hans bostad. Någon gång förekom misstankar att droger kunde vara med i bilden, men detta kunde aldrig verifieras. Tragikomiska situationer kunde uppstå. Nisse fick för sig att han med bilen skulle ta en genväg över Norra Hamn för att komma hem till Karlsvik, men som väl var ställde sig ett träd på Kyrkogatan i vägen. Han var så berusad att han inte kunde stå på benen, när han skulle vägas fick en polis bära honom, sedan vägdes polisen och Nisses vikt fastställdes med hjälp av subtraktion. Ett ytterligt berusad kvinna greps under vinglig färd med två små barn i bilen. Hon vägrade till en början medverka vid undersökningen med motiveringen att eftersom hon hade småbarn kunde snutarna i alla fall ingenting göra. Vid ett tillfälle stoppades en svajig färd på Bergnäsbron och i förarhytten hittade poliserna åtta dynamitgubbar som låg och slängde på golvet.

Men även familjer med sociala problem, exempelvis alkoholism hörde till dem, som sökte kontakt när mörkret föll. Hembesöken gav kunskap om de mest skiftande sociala miljöer, i några enstaka fall rörde det sig om ren misär med familjer som av olika orsaker inte orkade med samhällets krav och förväntningar. Oftast var det ärenden, väl kända av de socialvårdande myndigheterna, som ibland initierat hembesöken. Problemen var mera sociala än medicinska och diagnosen blev också någon enstaka gång mitt i välfärdssverige trots allt ”fattigdom”.

Den terapi som kunde ges var i första hand av samtalstyp, men doktorn kunde aldrig upphöra att förvåna sig över dessa alkoholisthustrur, som med undergiven möda lade ned sina krafter på att hålla ihop det hem, som den alkoholiserade maken både andligen och bokstavligen demolerade. Eventuell anmälan till Nykterhetsnämnden för att få hjälp att reda ut den socialmedicinska situationen skedde alltid i samråd

med hustrun, men när hon vägrade uppstod med hänsyn till tystnadsplikten svåra överväganden. Öppen kvinnlig alkoholism förekom, men var tämligen sällsynt. Den sociala attityden till kvinnlig alkoholism var dock sådan att man kan förmoda att ett stort mörkertal förelåg.

Besättningarna på malmfraktarna behövde ibland sjukbesök, besök som avslöjade de urusla förhållanden som manskapet hos vissa rederier levde under. Smutsigt och trångt och i många fall underbemanning gjorde arbetsförhållandena på dessa båtar obeskrivliga. I samband med en massvaccination mot kolera blev kapten ytterligt irriterad över nålbytet mellan varje vaccination, det var i hans ögon en onödig lyx som bara tog tid. Inte sällan blev det skarp ordväxling, när den medicinska bedömningen krävde sjukavmönstring, som ju medförde kostnader för rederiet. När doktorn en gång diagnostiserat en akut appendicit sökte han sig till bryggan för att underrätta kapten. Det var en underbar natt i början på juli och kapten stod helt fascinerad av nattljuset och färgspelet på himlen i norr. Meddelandet om sjukavmönstringen mottog han förstrött. En fråga om han varit inåt landet besvarade han litet härsket: ”Jag har seglat upp för många floder, kända moskithelveten. Jag har också varit i Jokkmokk. Tala om moskiter! Dit far jag aldrig mer”.

Det var i huvudsak äldre personer som sökte på mottagningen, men en stor del av patienterna var av naturliga skäl barn. Det fanns i hela länet fem barnläkare: En i Gällivare, tre i Boden och en i Luleå. Sjukdomspanoramata bland barnen var det vanliga: infektioner, ofta med öronkomplikationer, eksem, enstaka fall av barnastma, sneda ryggar, ”klenhet”, ”blodbrist” och ömsinta oroliga föräldrar. Främmande kroppar i näsa och öron måste avlägsnas. Några barn var oroliga, men de flesta lugna och förtröstansfulla. En liten kavat femåring inspekterade noggrant lokalerna, ställde sig mitt på golvet, pekade på undersökningsbritten och frågade med klar och tydlig stämma ”Är det där du lägger dom döa?”. Han blev med åren en god vän till ”farbror doktorn”. Vid ett tillfälle kom en orolig mamma rusande med en flicka som fått utslag i ansiktet. Hon blev förbluffad och arg på doktorn (!) när flickans utslag försvann efter avtorkning med en spritsudd, ”utslagen” hade flickan själv trollat fram med en färgpenna.

De vuxna patienternas åkommor dominerades av värkproblem av olika slag, framförallt i ryggar och axelleder, men också nedsatt hjärtfunktion och högt blodtryck förekom relativt ofta. Det hände att äldre patienter, som ordinerats tabletter, försynt frågade om de inte skulle ha ”medicin” också. För dem var medicin något flytande, gärna starkt färgat, illaluktande och illasmakande. Doktorn blev en smula förvirrad, när en patient kallade en medicin som inte smakade någonting för o-smaklig, i hans hemtrakter betydde det ordet illasmakande.

Möjligheten till fysikalisk terapi var starkt begränsad, sjukgymnasterna på lasarettet var fullt sysselsatta med ineliggande patienter. Men lyckligtvis fanns i Luleå ett Skodsborgs-institut som drevs av två utomordentligt kunniga sjukgymnaster. Otaliga är de lulebor som fått sina värkande ryggar och stela leder botade av syster Signe och syster Ellen.

Ett nytt inslag i sjukdomspanoramata var de besvär om vilken patienten sa ”det börjar i magen, så går det upp i huvudet och vänder”. Konsultation av äldre kollegor gav förklaringen att det var en standardfras hos patienter besvarade av ”norrländsk bullermage”, i sin tur orsakad av mycket mjöl och potatis i kosten. Så kallad ”nervös mage” förekom i jämförelse med i södra Sverige i ringa omfattning.

Ett säreget fenomen, som doktorn aldrig kom i direkt kontakt med utan bara fick höra talas om, var det som i folkmun kallades ”Lule-skaken” och som bara drabbade kvinnor. I telefonluren kunde en panikslagen röst ropa: ”Doktorn måste komma med det samma för hon har sådana skakningar”. På misstanken epilepsi gjordes också omgående hembesök, men vid framkomsten hade i samtliga fall skakningarna upphört. Övriga kollegor gjorde samma erfarenhet. Några av de drabbade togs in på lasarettet för noggrann klinisk genomgång, men organisk bakgrund kunde aldrig påvisas. Doktorn skaffade en filmkamera och uppmanade de drabbade att omedelbart kontakta honom när skakningarna började, men han fick därefter aldrig några samtal. Mot slutet av 50-talet fanns inte ”Lule-skaken” mera.

Ca 25 % av besöken utgjordes av mer eller mindre somatiserade neuroser – det hette så på den tiden. Det kunde vara funktionella hjärt- eller ryggbesvär eller enbart ”trötthet”. Att det till övervägande del av kvinnor som drabbades förklarades till en del, när anamnesen gav vid handen att de var dubbelarbetande. De flesta hade förutom hemarbetet ofta tungt städarbete och dessutom inte så sällan tidningsutbärning. I östra Norrbotten gick en ström av flyttlass mot kusten och i synnerhet till den växande industristaden Luleå och omplaceringen blev för många hustrur en besvärlig social process. Vad som förvånade var att perioderna av arbetsoförmåga var relativt korta. Efter två – tre veckors sjukskrivning var de flesta beredda att återgå till sitt tidigare slit. Att kalla ”neuroserna” för en folksjukdom är en överdrift, men deras behandling tog tid och försäkringskassan införde ett tilläggsarvode på 5 kr, den så kallade ”neuros femman”, för konsultationer som varade mera än 30 min.

Mentalsjukvården var helt förlagd till Furunäsets sjukhus och var med hänsyn till dåvarande behandlingsmetoder underdimensionerad och, trots det oerhörda arbete som all personal där lade ned på vården, på gränsen till katastrof. Många läkartjänster i kustbandet var bemannade med utländska kollegor eller medicine kandidater utan full legitimation, vilket innebar att de inte hade behörighet att skriva vårdattester för intagning på mentalsjukhus. Speciellt sommartid var situationen besvärlig och det hände att distriktsläkaren i Luleå var den ende behörige på sträckan Piteå – Haparanda. Den socialmedicinska situationen var ibland sådan att enklaste sättet att få en vårdkrävande patient till sjukhus var att doktorn tog honom med sig i sin egen bil. Den revolution inom psykvården som moderna psykofarmaka medfört är, tillsammans med tillkomsten av de skyddade verkstäderna, det mest betydelsefulla framsteget inom psykiatrin som någonsin skett.

Luleborna var trevliga att ha att göra med. De gav klara om än kortfattade besked och man kunde lita på att de i stort sett följde ordinationerna. De medverkade villigt vid undersökningarna, ibland kanske litet för ambitiöst. Som den kvinna som låg på undersökningsbritten och uppmanades att böja knäet och då frågande ”Åt vilket håll?”. En anmälan till Medicinalstyrelsen från en argt sjöman råkade doktorn ut för, men den föranledde ingen åtgärd. Tillströmningen av patienter var god, kanske litet för god och de i instruktionen fastställda två timmarnas öppna mottagning varje dag räckte inte till. Det blev nödvändigt att ordna med någon form av tidsbeställning och den praktiske stadsjuristen tolkade bestämmelserna så att doktorn skulle vara tillgänglig per telefon två timmar dagligen. Men trycket blev så stort att telefonen mer eller mindre var totalt blockerad. För att i någon mån skydda familjen införskaffades en av Luleå stads första telefonsvarare. Någon gång greps en patient av desperation och telegraferade lakoniskt ”Ring ooooo”. Vid slutet av 60-talet inträffade i samband med sammanslagningen av Nederluleå kommun och Luleå stad den stora förändring som innebar att landstinget övertog all sjukvårdande verksamhet och stadsdistriktsläkartjänsterna indrogs. Vårdansvaret övertogs av 15 läkare fördelade på 10 vårdcentraler och stadsläkarens uppgifter inriktades mot förebyggande hälsovård och ingivningshygien. Det blev då dags att stänga mottagningen, vilket uppriktigt sagt skedde utan större saknas. Det dagliga schemat var 7–9 BVC: 9–10 skolhälsovård: 10–11 lunch: 11–17 öppen mottagning: 17–18 middag. 19–21 oftast hembesök. Jourtjänst var 3–4:e natt och var 3–4:e weekend. Till detta kom månadsvisa sammanträden i barnavårdsnämnden, hälsovårdsnämnden, nykterhetsnämnden och Länsnykterhetsnämnden, alltid förlagda till kvällarna. Den frivilligt åtagna arbetsbördan blev i mesta laget och andra intressanta uppgifter lockade.

Verksamheten vid Barnavårdscentralen (BVC)

Redan veckan efter den i stadens tjänst förste barnläkarens ankomst till Luleå ringde syster Hedvig Aspelin, befälhavaren över BVC i Luleå och bad honom ställa sina kunskaper till BVC:s förfogande. Detta blev inledningen till ett mångårigt samarbete, där den vid praktisk barnavård mindre erfarna doktorn fick många värdefulla lärdomar. Med få undantag var Lulebarnen mycket välskötta, friska ungar med lagom hull. Amningsfrekvensen var i jämförelse med skånska förhållanden ganska låg, men bröstmjölkersättningarna sköttes på ett väl avvägt sätt. På 50- och 60-talen dominerade Citrido, som innebar att man fällde ut mjölkäggiten genom att tillsätta en viss mängd citronsyra till en viss mängd

komjolk. Äggvitan blev därigenom lättare smältbar för barnen. Tillägget av AD-vitaminer fungerade fint, någon gång måste av sociala skäl stöddosering med koncentrerat preparat tillgripas. En dag kunde syster Hedvig visa den förvånade doktorn en välmående men till synes smutsig grabb. Men det var ingen smuts i vanlig mening, grabben var ”smord mot ris”, ett urgammalt folkloristiskt sätt att skydda barnen mot engelska sjukan, i folkmun även kallad ”ältn”. Smörjerskan var en gammal dam i Kallkälleområdet, men vad hon smort med vägrade hon omtala. Mannan gav i varje fall barnet AD-droppar så smorningen gjorde knappas någon skada. Det var första och sista gången som doktorn kom i kontakt med denna en gång så vitt spridda form av folkmedicin. Barnen var påfallande fria från eksem och andra allergiska manifestationer. Någon medfödd höftledsluxation hittades, liksom några medfödda hjärtfel, inget dock av allvarigare art. En del mödrar var enbart finsktalande men språksvårigheterna överbryggades genom att medföljande barn, som alla talade flytande svenska, fick tolka.

Förutom allmän social och medicinsk rådgivning ingick i verksamheten tuberkulinprövning och vid behov förnyad vaccinering mot tuberkulos. På BVC gavs också trippelvaccin och fram till mitten av 1960-talet den obligatoriska smittkoppsymningen. På 50-talet infördes också den revolutionerande vaccinationen mot polio.

Vad som frapperade var barnens urusla tandstatus, redan 3-åringar kunde ha en grav karies. Kontakt togs med folktandvården och resultatet blev att landstinget på BVC stationerade en tandläkare som gav råd till mödrarna om hur barnens tänder skulle skötas. Luleå var en av de första städerna med denna facilitet, som snart följdes av andra landsting. I Luleå bildades en tandvårdskommitté, i vilken tandläkare, lärare och föräldrar tillsammans med BVC-läkaren ingick. Under ett par års tid bedrevs under rubriken ”Tandhälsan” en intensiv verksamhet med kontakt med bl a föräldraföreningarna, där kost- och godisvanor diskuterades och det var vid den tiden som begreppet ”lördagsgodis” myntades. Resultatet av tandvårdskommitténs verksamhet bedömdes av behandlande tandläkare som förbluffande gott. Samtidigt pågick den stora diskussionen om fluoridering av dricksvattnet, men som väl är kom denna form av tvångsmedicinering aldrig till stånd i Luleå. Fluorsköljningen, som samtidigt infördes, var en effektivare och etiskt oantastlig metod. Fluorsköljningarna upphörde efter några år, men barnens tandhälsa är numera inte minst beroende på sociala faktorer tillfredsställande. Något material som vetenskapligt bekräftar att kommitténs arbete gav resultat finns inte, men säkerligen blev det en bidragande faktor till den förbättring i barnens tandhälsa som inträffade.

När landstinget på 60-talet övertog sjukvårdsansvaret i Luleå, övertog också vederbörande distriktsläkare verksamheten vid BVC. Den tidigare enda BVC blev plötsligt åtta, vilket med hänsyn till den hastigt växande staden på ett avgörande sätt underlättade transporterna för mammorna och deras barn.

Stadsläkaren, var i egenskap av pediater konsult vid lasarettets BB-avdelning. Uppdraget innebar hälsokontroll av alla nyfödda inklusive BCG-vaccinering. Han slutade med den verksamheten när lasarettet på 70-talet fick en egen barnavdelning.

Skolhälsovård

Barnläkaren kom i den gynnsamma situationen att han kunde följa Lulebarnen inte bara från BB till BVC utan även till stadens förskolor. Dessa var mycket väl utvecklade med i huvudsak bra lokaler och välutbildad personal. Läkarinsatsen var inte av det tyngre slaget, utan inskränkte sig till en friskundersökning en gång om året och åtgärder vid utbrott av epidemier. Det är ingen tvekan om att förskolorna trots personalens omsorg var små pesthärdar i infektionsavseende, men barnen fick på detta sätt en naturlig immunisering. Den kunde bli ganska tung, när barnen fick sina klassiska ”krypinfektioner” respektive ”skolinfektioner” så gott som samtidigt.

En infektion som under en period oroade en hel del var röda hund. Rapporter om missbildningar hos barn till mammor, som under graviditeten drabbats av denna sjukdom, strömmade in i allt hastigare takt.

De flesta förskollärare var i fertil ålder och då det för många av dem var oklart om de haft sjukdomen ordnade kommunen kostnadsfri undersökning och vaccinering av de lärare som så önskade.

Farbror doktors (han var fortfarande "farbror doktors" på den tiden) besök på förskolorna var intet störande inslag i, även om de väckte en viss undran hos barnen. En dag när han satt vid frökens skrivbord rasslade det till på golvet och ett litet huvud stack upp framför honom. Hans "Hej" besvarade något överraskande med: "Vad i helvete gör du här?" Och svaret på den frågan blev följdriktigt "Det ska du ge fullständigt f-n i". De redan stora ögonen blev ännu större, huvudet försvann, det rasslade till på golvet och från lekrummet hördes en häpen röst konstatera: "Du, en doktor som svärde!" Vid klassundersökningarna uppmärksammades ganska många talfel och staden ställde mycket snabbt upp med medel så att dessa barn fick hjälp av förträffliga talpedagoger. En vanlig anledning till mobbning kunde på det sättet på ett tidigt stadium undanröjas. Logopederna instämde i doktors – men inte alla lärarnas – uppfattning att skånska inte var ett talfel.

Stadsläkarens uppgift att vara skolläkare vid stadens skolor hade på 40-talet på grund av läkarbrist skötts mycket provisoriskt. Bristen hade till huvudsakliga delar uppvägts av duktiga och entusiastiska skolsköterskans insatser. Skolläkaren skulle vartannat år göra en medicinsk bedömning av varje elev. Till grund för bedömningen hade han skolsköterskans uppgifter om längd och vikt, syn, hörsel och urinprov, som vid läkarundersökningen kompletterades med inspektion av huden, bedömning av hjärt- och lungfunktionen och rörelseapparaten. Några fall av grav felställning i ryggen som krävde specialistvård konstaterades, men funktionella felställningar i barnens ryggar förekom påfallande ofta.

Möjlighet till medicinsk hjälp, så kallad hållningsgymnastik, ledd av gymnastiklärare fanns vid vissa skolor, men den måste förläggas till frukostrasten eller efter skoldagens slut och meningsfullheten i verksamheten var ytterst tveksam. Skolläkaren hade därutöver avsatt 1–2 tim/vecka och skola för medicinsk rådgivning åt elever som sökt på eget eller föräldrarnas initiativ eller som av skolsköterskan eller någon gång läraren bedömts vara i behov av genomgång. Enligt bestämmelserna skulle det vara skolhälsovård och inte skolsjukvård och läkarmottagningens utrustning var mycket enkel. Efterhand utvecklade sig en praxis innebärande att sjukdomsfall som kunde klaras av vid en engångskonsultation omhändertogs, andra remitterades till sjukhus. Intyg för hel eller partiell befrielse från gymnastik upptog en del av tiden. De för gymnastikläraren avsedda, av skolöverstyrelsen fastställda blanketterna, var olämpliga eftersom diagnosen skulle anges. Detta stred mot tystnadsplikten och var ett otrevligt intrång i elevens personliga integritet. Orsaken till befrielsen kunde vara ett fult födelsemärke eller en kroppslig defekt som eleven var mycket generad över. Efter överenskommelse med gymnastiklärarna lämnades den raden blank. Ett sjukdomstillstånd som skapade vissa problem var epilepsi. Ännu på 50-talet upplevdes åkomsten av en del föräldrar som "skamlig" och alla meddelade inte skolan att barnet led av en anfallssjukdom, som gjorde viss redskapsgymnastik och bad riskfyllda och där eleven behövde speciell tillsyn. Sannolikt spårade dock skolhälsovården på ett eller annat sätt upp dessa barn, några incidenter inträffade som väl är aldrig.

Oroliga och "störande" barn med svårighet att följa undervisningen förekom givetvis också, men inte på långa vägar i samma omfattning som nu. Problemen var till övervägande del socialpedagogiska och det hände att doktors och läraren på den punkten hade olika uppfattning på grund av doktors ovilja att skriva ut "lugnande mediciner". Hjälpklasser och undervisning för barn med ökat behov av stöd fanns, men det fanns också lärare som enskilt tog hand om elever, som hade svårt att hänga med. Skolkuratorer och skolpsykologer var på 50- och 60-talen förbehållna storstäderna, men skolsköterskorna gjorde utomordentligt fina insatser på detta område. Diskussionen om begreppet skolmognad var livlig och många sk "intelligenstester" utarbetades. Testernas kvalitet varierade, de flesta var utländska och föga lämpade för svenska förhållanden. De var emellertid ett av de få relativt objektiva instrument man hade för att försöka bedöma ett barns psykiska utveckling. Alla hade den nackdelen att ett barns ordförråd var en mycket betydelsefull faktor. Det tekniska utförandet var också bristfälligt och illustrationerna så dåliga att missförstånd uppstod. En bild som skulle föreställa en potatis misstolkades alltid, den uppfattades av barnen som en plätta.

Testernas popularitet var hög, inte minst bland lärarna och visst var de till nytta, men de tillmättes av pedagogerna allt för stor betydelse. Många av dem ville inte acceptera att en skolmognadsbedömning före första skolårets slut var meningslös. Stora undersökningar visade att skillnader i ”intelligensålder” på tre år kunde förekomma i samma klass utan att detta avspeglade sig pedagogiskt. Diskussionerna var livliga både inom och utom skolan framförallt i föräldraföreningarna, till och med stadshusets sessionssal uppläts för diskussioner. Alla var överens om att behov av stödundervisning förelåg, medan ett förslag om speciella klasser för högt begåvade elever möttes med isande tystnad. En rektor menade att det var bättre att alla eleverna kunde hoppa 100 cm i höjd, än att några få hoppade 175 cm.

Ordblindhet fanns bland barnen i Luleå med samma frekvens som i riket i övrigt. Upptäckten att den egentliga bakgrunden till detta handikapp var en bristande förmåga att uppfatta och urskilja bokstäver var inte ny, men fortfarande skickades barn med dyslexi till skolsystem för synundersökning. Kunskapen om tillståndet var tyvärr mycket dålig bland lärarna och allt för många barn med lässvårigheter uppfattades som obegåvade. Behandlingen var en: träning, träning och åter träning, något som en tillfrågad skicklig pedagog sarkastiskt uttryckte med orden: ”nog var det väl en och annan som var ordblind när jag fick dom i 1:an, men i klass 6 fanns ingen ordblind”. SÖ gav ut direktiv för hur barn med dyslexi skulle bedömas och sade kort och gott att hänsyn skulle tas till besvären vid betygens sättande. Detta snappades snabbt upp av för skolarbetet ointresserade elever (och deras föräldrar), som med stöd av SÖ:s skrivelse ville bättra på betygen. Den diskussion om dyslexin som återkommer i massmedia är förvånande, pedagogiska metoder att stödja barn med detta handikapp har ju funnits i minst 50 år. Glasögon eller medicin hjälper inte.

Yrkesvägledningen var i folkskolans avgångsklasser under 50- och början av 60-talet ytterligt rudimentär. Skolläkarens uppgift i detta sammanhang var att göra en noggrann undersökning av eleverna i avgångsklasserna och med hänsyn till fynden i första hand avråda från vissa yrken.

Narkotika var bland skolbarnen på 50-talet i Luleå ett okänt problem, men på 60-talet började hasch och amfetamin dyka upp. Enligt polisen kom amfetaminet från framförallt båtar i hamnen medan haschvägarna var oklara, även om mycket pekade på att det kom från Norge. Det rörde sig inte om större mängder, men på initiativ av biträdande 1:e provinsialläkaren bildades en arbetsgrupp med polis, lärare, föräldrar och doktor. Gruppen deltog vid lärar- och föräldramöten, där hasch-kakor förevisades och antändes för att deltagarna skulle lära sig känna igen doften. Någon mera ingående undersökning av narkotikaförekomsten och om arbetsgruppens insatser hade någon inverkan på ett eventuellt missbruk gjordes aldrig, problemet ansågs inte vara av den digniteten. Benägenheten att blunda för det spirande missbruket var stor. En enkät som gruppen gjorde i de olika rektorsområdena besvarades generellt med ”i mitt område förekommer inte narkotika, men jag vet att det förekommer på andra ställen”. Fram till slutet av 70-talet var i varje fall hasch inte något problem i skolorna.

Spritmissbruk förekom inte i någon större omfattning, i varje fall inte så att det kom till skolläkarens kännedom. Inställning till alkoholbruket var olika. Under en resa vid ett industribesök omhändertog läraren tre flaskor starköl, som vid återkomsten återställdes till eleven. Läraren uppringdes några timmar senare av en upprörd fader, som hotade polisanmäla läraren för egenmäktigt förfarande. Ansåg han – fadern – att grabben behövde öl dagligen så var det en familjeangelägenhet, som inte rörde skolan.

I åldrarna 10–15 år var under en kort period thinnersniffning inne, men intensiv information om vådorna och kanske framförallt den kraftiga baksmällan, gjorde att ofoget ganska snabbt försvann, även om epidemiliknande uppblossande förekom. Tobaksrökningen bedömdes i denna idylliska tid som den mest hälsovådliga ovanan. Med den underliga motiveringen att eftersom man i alla fall inte kunde hindra lärarna från att röka i skolan, så kunde man inte heller neka eleverna. För att undanröja detta ”problem” infördes på skolorna ”rökrutor”, en minst sagt bisarr åtgärd som lockade många ungar att börja röka för att få det status som det innebar att stå i en rökruta. Beslutet var politiskt, mot en enig skolhälsovård. 60-talsflummen fanns på olika nivåer.

Den sociala situationen i skolorna var hygglig. Mobbning förekom givetvis, men endast vid några enstaka tillfällen i sådan grad att skolbyte måste vidtagas. Skolk var intet större problem även om det av och till skedde och då icke sällan som en följd av gruppsyck. Föräldrarna blev ibland förvånade när det uppdagades att deras barn skolkade. Bakgrunden var av social och pedagogisk art, någon gång med medicinskt inslag. Eventuella problem löstes som regel utan svårighet i samråd mellan lärare, föräldrar och ibland socialvårdande myndigheter. Efter mycket politiskt dividerande fick skolorna på 60-talet sina välbehövlige kuratorer.

Ett kärt diskussionsämne på föräldramötena var skolmaten, som av barnen principiellt betraktades som dålig. Så var givetvis inte fallet, föreståndarinnan och hennes medarbetare satt i en besvärlig situation mellan krav på näringsriktig och god mat på ena sidan och besparingskrav på den andra. De löste alla problem på ett utmärkt sätt. Svårigheterna låg också på det praktiska planet och gällde transport mellan skolorna. Efter ingående diskussioner kom man fram till beslutet om ett par storkök, som skulle ansvara för maten vid alla skolorna.

På 60-talet väcktes första gången tanken på en gymnasieby runt Hermelinsskolan och diskussionens vågor gick höga. Frågan var om man endast skulle ha en eller ett par "storskolor" eller flera gymnasieskolor spridda över kommunen. Offentliga paneldiskussioner förekom bland annat på Shopping, där både Hitler och Stalin användes i argumenteringen och "integrering" var ett vanligt förekommande ord. Det pedagogiska huvudargumentet mot gymnasiebyn var att allt för många elever skulle samlas på samma ställe med ökad risk för mobbing och undanträngande av elever som inte hade nog vassa armbågar. Förslaget kom aldrig till utförande, kanske på grund av att polismyndigheten ansåg att trafikfrågan var omöjlig att lösa. Nu är samma planering aktuell igen och uppenbarligen tidigare pedagogiska argument ohållbara. I de utställda stadsplanerna skriver man att "trafikfrågan torde kunna lösas".

Luleå stad drev fram till 1990 en mycket uppskattad barnkoloni på Vallen i närheten av Alhamn. Ett sextiotal barn vistades där varje sommar och det var skolsköterskorna som, efter ansökan från föräldrarna, tog ut de elever som bereddes denna feriemöjlighet. Den ursprungliga avsikten med denna

kolonivistelse var ju att bereda "klen barn" tillfälle att i en hälsosam miljö "äta upp sig". Före avresan skulle barnen läkarundersökas, men uttagningarna gjordes på socialmedicinska grunder med tonvikten på sociala. Ur medicinsk synpunkt var det sängvätarna som skapade vissa problem. Det pågick då en ganska intensiv diskussion i medicinska kretsar om huruvida kolonivistelse var till skada eller gagn för en sängvätare. Material hade lagts fram, som visade att det fanns fler sängvätare efter en kolonivistelse, än som funnits från början. Någon statistik gjordes aldrig på Vallen och även om enuretikerna kanske hade litet extra tillsyn, uppstod aldrig några svårigheter med dessa barn. Intrycket var nog snarast att en kolonivistelse var till god nytta för dem.

Även i denna lilla sektor avspeglade sig de sociala förändringarna i samhället. Från det att barnkolonierna från början hade haft en social och kanske även medicinsk uppgift, hände det att oftare att ansökningarna om kolonivistelse var försedda med önskan om en speciell period eftersom föräldrarna vid den tiden skulle resa utomlands. Ibland framkom också att det betraktades som en social fläck på familjen om där fanns kolonibarn. Behovet av barnkoloni upphörde efter hand och Vallen blev under en period semesterhem för ensamstående mödrar med barn. Numera är den gamla kolonin sommarläger för ungdomar som önskar diskutera livsåskådningsfrågor, något som de själva kallar "borgerlig konfirmation".

Aldringsvård

Luleå ålderdomshem, Sundsgården som det senare kallades, där kommunen genom någon av sina läkare var ansvarig för den medicinska vården, bestod av en relativt modern träbyggnad och ett mindre hus gemenligen kallat "gubbbuset". Miljön där var minst sagt undermålig, framförallt brandrisken var

enorm. Gästerna i gemen var personer som av ålder och delvis sociala skäl inte kunde klara ett enskilt boende och ofta själva sökte gemenskapen på "Hemmet", där väntelistan var lång.

På Sundsgården fanns många intressanta personligheter med en stor kunskap om gamla Luleå, en kunskap som tyvärr inte dokumenterades. En förtjusande gammal dam berättade med inlevelse om hur hon på 1880-talet under innevånarnas jubel varit med om att spetta in den första vårbåten till kajen. En distingerad äldre gentleman förvarade i sin byrålåda en gammal browning, vilket skapade oro hos medgästerna. Magasinet var fyllt, så oron var förståelig, men den försvann sedan överenskommelse gjorts med ägaren om att magasinet skulle förvaras på föreståndarinnans expedition.

Några av de boende hade ganska avancerade alkoholvanor, som vid några tillfällen störde den i övrigt stillsamma tillvaron. Den förmyndarmentalitet, som ville förbjuda all förekomst av alkohol på Sundsgården, kom lyckligtvis till korta och några problem med gästernas alkoholvanor förekom aldrig. Det fanns också åldringar som vägrade lämna sin egen bostad, trots att de levde i en miljö på gränsen till misär. Intensiva övertalningar av socialchef, distriktssköterskor och doktorn gav som regel resultat och tvångsåtgärder för överflyttning till Sundsgården behövde aldrig vidtagas. De övertalade fanns sig snabbt tillrätta på Sundsgården och trivdes bra. En liten gumma uttryckte det med orden: "tänk att man kan ha det så bra. Tänk att nån bryr sej om en gamm-kossa som jag".

Den dagliga medicinska vården på Sundsgården sköttes av den sjukvårdsutbildade personalen och en dag i veckan hade de av gästerna som så önskade, möjlighet att träffa doktorn. Det gällde värkande leder, sömnsvårigheter, kontroll av hjärta, lungor och blodtryck och inte minst ålderdomens plåga: förstoppning. Några av gästerna var drabbade av senil demens (numera Alzheimer), som skapade en del orostillstånd under första tiden av vistelsen på Sundsgården, men personalens omsorg och den lugna miljön kom snabbt oron att försvinna. Ett försök med besöksronder på rummen slog inte så väl ut. Några av gästerna hade ingenting emot besök, men de flesta betraktade rummen som sina hem och ville själv avgöra vem som skulle komma in. Efter någon månad avbröts försöket.

Det var distriktssköterskorna som i praktiken ansvarade för den medicinska delen av den öppna åldringsvården och det var socialvården som hade det ekonomiska och politiska ansvaret. Distriktssköterskornas ord vägde tungt, när någon ledig plats på ålderdomshemmet skulle beläggas. Väntelistan var som sagt mycket lång. Lokalerna var på 50-talet undermåliga, men staden "tog sitt ansvar" och under 60- och 70-talen uppfördes de nuvarande byggnaderna, där mycket högt ställda krav uppfylldes. Bland annat byggdes en mycket fin rehabiliteringsavdelning utrustad med varmvattenbassäng. Där fanns också vävstuga och snickeri- och keramikverkstad.

Som ett resultat av den dåvarande (och pågående) diskussionen om gränsdragning mellan sjuk- och åldringsvård inrättades på Sundsgården en sjukavdelning, avsedd för speciellt vårdkrävande gäster. Det har alltid varit och är omöjligt att skilja mellan en "frisk" och en "sjuk" åldring och lättare blev det inte när politiska avväganden kom in i sammanhanget. Sjuk åldring = landstingsansvar. Frisk åldring = kommunalt ansvar. Platsbrist inom den slutna vården bidrog till att kommunen på Sundsgården upplät platser för gäster, som efter vistelse på lasarettet av lasarettsläkare bedömdes vara för sjuka för att vårdas i hemmet, men inte tillhörde den slutna vården. I samband härmed byggdes sjukavdelningen om till vanligt bostadsavdelning och den tidigare gränsdragningen försvann. För de från landstinget hänvisade gästerna betalade detta en viss avgift avsedd att täcka kostnaderna för ytterligare personal på Sundsgården. Tyvärr skedde inte denna välbehövlige personalökning. Belastningen på personalen var enorm och en omorganisation blev nödvändig. För stadsläkaren innebar det att hans tjänster vid Sundsgården inte längre var behövlige. Vid sjukdomsfall hänvisades gästerna till den öppna vården, en synnerligen personalkrävande nyordning. På sistone lär en återgång till den tidigare ordningen vara på väg.

Stadsläkaren arbetade nära distriktssköterskorna och fick därigenom tillsammans med hembesöken en mycket klar bild av den sociala bakgrundsmiljön i Luleå. Den var inte fläckfri, men staden var på 50-

och 60-talen fortfarande en småstadsideyll, där alla kände alla. Distriktssköterskorna höll ett vakande öga över innevånarnas hälsotillstånd och fick med stadens tillväxt allt mera att göra. Parkeringsförhållandena var i vissa områden sådana att deras promenad mellan bil och den sjuke tog längre tid än hembesöket. Ett försök att förse deras bilar med speciellt parkeringstillstånd möttes med kalla handen av gatukontoret, men en förstående polismästare lät meddela att han hade en bra papperskorg om någon distriktssköterska skulle få en böteslapp.

Socialmedicinska uppdrag

Barnavårdsnämnden (BVN)

Redan efter några månader hamnade den nye distriktsläkaren på ett märkvärdigt sätt i politikens irrgångar, något som han hade ringa intresse av. En dag fanns bland hans post ett brev, i vilket det kort meddelades att han var ledamot av BVN. Han trodde först att det var ett skämt, men vände sig till en politisk förgrundsfigur, som han råkade känna, med en förfrågan om vad skrivelsen egentligen innebar. Svaret lød: "Barnavårdsnämnden ansåg sig behöva en barnläkare, så vi satte dit dig på ett moderatmandat". Det är sådant som kallas för praktisk politik och för doktorn blev det en 15-årsperiod av intressant verksamhet, där han kanske själv drog något strå till stacken. Ärendena avsåg i de flesta fall att finna lämplig form för hjälp och stöd till barnfamiljer med sociala problem som i sin yttersta konsekvens kunde leda till placering av barn i fosterhem. Någon gång tvingades nämnden fatta beslut om omhändertagande för tvångsvård, beslut med ofta djupt tragisk innebörd. Någon gång rörde det sig om barn med beteenderubbningar, där en medicinsk bedömning var önskvärd.

Alkoholmissbruk i större omfattning, narkotikaproblem, ren kriminalitet och våldsbrott var sällsynt, det rörde sig mest om snatteri eller ofog som passerat gränsen för det tillåtna och i den mån någon form av straff utmättes skedde det i form av "varning av barnavårdsnämnden". När den i föräldrarnas närvaro utdelades av nämndens ordförande Ragnar Lassinanti hade den förvisso effekt. Det var ett 20-tal familjer som stod för de flesta ärendena i BVN och samma namn förekom också i Socialnämndens och Nykterhetsnämndens register.

Nykterhetsnämnden (NHN)

Även i NHN blev distriktsläkaren snabbt ledamot enligt samma metod som i BVN. Verksamheten i nämnden var av stödjande natur, men några gånger om året måste nämnden gå in till Länsstyrelsen med begäran om resolution för intagning för tvångsvård. Möjlighet till sådan vård fanns på Furunäsets sjukhus och Holmforshemmet utanför Boden. I flertalet ärenden räckte det med att vederbörande hade resolutionen hängande över sig för att missbruket skulle stävjas, men återfallen var förfärande många. Antabusbehandling förekom, men även här var framgångarna måttliga. Hundraprocentig medverkan fodrades av den behandlade och det hände ibland att någon "söp sig genom behandlingen". Hos Socialstyrelsen diskuterades implantation av antabustabletter, vilket skedde i Norge, men som hos oss bedömdes som etiskt störande även om den behandlade själv önskade det. I Luleå förekom ej denna form av behandling. Doktorn hamnade i politiska (!) diskussioner om huruvida alkoholism var sjukdom eller "vanart", men även den medicinska bedömningen var vacklande. I förra fallet var vården landstingets angelägenhet, i senare fallet kommunens. Att gränsen var svår att dra illustrerades av ett par alkoholister som höll sig nyktra så länge de var sjukskrivna. Samma dag sjukskrivningen drogs in började de suppa igen.

De önskemål om en alkoholrådgivningsbyrå med behandlingsmöjligheter som NHN tidigt framförde, viftades bort av politikerna. För att övertyga de bestämmande om behovet ställde stadsläkaren några timmar i veckan av sin mottagningstid till NHN:s förfogande. Detta visade sig vara välbetänkt, behovet av medicinsk rådgivning var större än man anat, vetskapen om möjlighet till medicinskt stöd spridde sig och många personer med alkoholbesvär sökte frivilligt. Samtidigt avslöjades förekomsten av ett icke ringa utbrett dolt alkoholmissbruk, inte minst bland hemmafruar. För många var möjligheten att utan skamkänslor tala om sina problem tillräckligt för att få deras alkoholvanor under kontroll.

Åsikten att alkoholism har betydande medicinsk bakgrund blev allt mera accepterad, även om de undersökningsmetoder som stod till buds inte kunde finna den direkta orsaken. Efter besök i Umeå på dess välrenommerade alkoholordgivningsbyrå, som även drätselkammarens ordförande Östen Johansson deltog i, insåg politikerna att alkoholisterna behövde hjälp och att huvudmannskapet för denna hjälp var utan betydelse. Beslut om byggande av en rådgivningsbyrå fattades snabbt och den dåvarande Brogården fanns snart på plats. Där fanns välbehövliga tillnyktringsrum och tillgång till det sociala och medicinska stöd som i de flesta fall var nödvändig. Den innebar en revolution inom nykterhetsvårdens arbetsområde. I de yttersta av dessa dagar har verksamheten nedlagts och byggnaden har rivits. Stadsläkaren var under ca 15 år ledamot av och medicinsk konsult i Länsnykterhetsnämnden.

Även om deras ideologi gick ut på att behandlingen av alkoholism skulle ske utan mediciner, hade doktorn ett visst samarbete med Länkrörelsens medlemmar. De uträttade ett imponerande arbete för att stödja sina medlemmar och det var lätt att konstatera att deras resultat var bättre än samhällets övriga åtgärder. Även Anonyma Alkoholisters (AA) verksamhet, som just startat, hade mycket god framgång.

Till de mera säregna ärenden som handlades i NHN, hörde de yttranden som gällde danskvällar på stadens krogar. Ivriga diskussioner fördes om huruvida tillstånd skulle tillstyrkas för 2 eller 4 kvällar i veckan. Motivet till inskränkning skulle vara att det söps extra mycket på danskvällar.

Hälsovårdsnämnden (HVN)

År 1955 blev stadsdistriktsläkaren utsedd till stadsläkare och blev därigenom icke blott automatisk chef för Hälsovårdsbyrån utan blev dessutom "enligt tradition" hälsovårdsnämndens ordförande. För doktorn, som aldrig bevisat ett sammanträde i en HVN, blev ledamotskapet en angenäm överraskning. Han blev mycket väl omhändertagen av de övriga ledamöterna och med hjälp av nämndens tjänstemän var han snart insatt i arbetet.

Det visade sig snart hur olämpligt det var att samma person på en gång var ordförande i nämnden, chef på hälsovårdsbyrån och föredragande i nämnden. I full enighet beslöts att nämndens ordförande skulle tillsättas efter demokratins regler och att i stadsläkarens arbetsuppgifter skulle ingå att vara chef för byrån och föredragande i nämnden. Samtidigt tillsattes ett arbetsutskott bestående av nämndens ordförande, stadsläkaren och 1:e hälsovårdsinspektören. På detta sätt effektiviserades både byråns och nämndens arbete, som under 60- och 70-talen radikalt förändrades.

Epidemibekämpning

På 1950-talet rökte man ännu ut ohyra med cyanväte och desinficerade efter scharlakansfeber och tuberkulos med "formalinlampa". En av hälsovårdsinspektörerna hade cyantillstånd, men det hade inte använts på mera än tio år efter en förfärlig olycka som kostade en inspektör livet och svårt skadade en annan. Den snabba saneringen av Luleås bostadsbestånd och allmänt förbättrad bostadshygien gjorde att denna livsfarliga metod inte heller behövde användas. Formalinlampan bestod av ett 25 cm långt nedtill perforerat plåtrör ca 15 cm i diameter. Överst var fastlött ett kopparkärl för formalinlösning och i en lucka i rörets nedre del insattes en spritlampa. Apparaten placerades sedan i det rum som skulle desinficeras och fick stå där ett par timmar medan formalinen förångades. Biverkningarna av formalinen, som är ett av världens mest allergiframkallande ämnen, var enorma och lampan användes inte i Luleå efter 1955. Andra synsätt på smittspridning skapade andra metoder för dess bekämpande. Erfarenheten visade att en ordentlig storrengöring räckte och med distriktssköterskorna som övervakare var denna form av "smittrening" tillräcklig.

Genom tillkomsten av nya behandlingsmetoder framförallt PAS mot tuberkulos och penicillin hade sjukdomsbilden vid smittsamma sjukdomar radikalt ändrats, men fortfarande var epidemibekämpning en uppgift för HVN. Däri ingick bland annat att göra upp en ympningsplan att användas vid eventuellt utbrott av smittkoppor. En detaljerad sådan plan fanns också, t o m annonsmanuskript låg färdiga. Den behövde aldrig användas, men i samband med en liten smittkoppsepidemi i Stockholm förekom ett misstänkt fall i Luleå. De delar av planen som då trädde i kraft visade sig fungera utmärkt och besparade

länsläkaren och stadsläkaren en massa administrativt arbete. Den som idag diagnostiserar ett fall av smittkoppor kan hos Världshälsoorganisationen (WHO) lyfta 10 000 dollar.

HVN var under stadsläkarens ledning också ansvarig för organiseringen av den offentliga polioympningen som första gången genomfördes under slutet av 50-talet. Fall av polio förekom i Luleå fram till ca 1958, men genom lulebornas villighet att ställa upp för vaccination försvann sjukdomen fullständigt från staden detta år.

Den ökande turismen innebar att i Luleå varje sommar förekom fall av importerad paratyfus. Det blev byråns uppgift att ta prover och isolera suspekta smittbärare. Försök att spåra den ursprungliga smittokällan var meningslöst. Sekundärfall inträffade aldrig. För personal sysselsatta med livsmedelshantering gällde speciellt skärpta bestämmelser. Även en del fall av "spontan" paratyfus inträffade och då blev smittkällans uppspårande ett rent detektivarbete. Ibland kunde den spåras, vid något tillfälle visade sig foder till akvariefiskar vara boven. Vid en internationell smittskyddskonferens i Luleå diskuterades denna form av turistmitta, som i de flesta fall snarare var ett ekonomiskt än ett medicinskt problem. Den församlade sakkunskapen ansåg att det bästa sättet att stoppa en epidemi av "turistsalmonella" på våra breddgrader var att sluta ta prover. Rådet följdes också med framgång i Luleå.

Bostadshygien

Bostadshygien övervakades av HVN. Det intensiva nybyggandet räckte inte till för att härbärgera den växande befolkningen och av den äldre bebyggelsen fanns fortfarande en del ruskiga kåkar kvar. Hälsovårdande och sociala myndigheter höll ett vakande öga över dem och tvingades ofta att av hygienska skäl helt utdöma byggnaderna, men samtidigt av sociala skäl tillåta dem som "bostäder" för familjer utan barn. Enligt gällande författningar ställdes förbudet att använda bostaden på ägaren och icke på huset, vilket medförde att den utdömda kåken snabbt bytte ägare, varefter hela proceduren måste upprepas. Förfarandet hölls under ett tiotal år vid liv av ett par samvetslösa figurer väl förtrogna med hur man kunde få vinning av en bristfällig lagstiftning. Detta obehagliga och asociala ockrande på människors bostadsbehov dog ut i slutet av 1950-talet i samband med att kåkarna föll ihop.

En oväntad form av trångboddhet uppstod som ett resultat av den stora inflyttningen till Luleå orsakad av Järnverkets tillkomst. Många av de anställda hade kommit från kringliggande landsbygd och lämnat kvar den äldre generationen på landet. Så länge båda makarna i en familj levde gick detta bra, men när en av dem föll bort flyttade enligt gammal norrbottnisk tradition den kvarblivande maken till barnen i Luleå. Efter en tid blev trångboddheten dock svår och trycket på åldringsvården ökade, ett ryck som kommunen gjorde allt för att lätta och som den i stort sett också lyckades med.

Livsmedelshygien

Stadens livsmedelslokaler, restauranger och matställen inspekterades kontinuerligt. Hanteringen sköttes i stort sett mycket bra, men ibland fanns orsak till anmärkning, icke oväntat som regel hos samma innehavare. Bakteriehalt och vattenhalt i livsmedel kontrollerades och man kunde snabbt konstatera att det dyrbaraste vatten som en kund bar hem, var det som fanns i Falu-korven. På 50-talet hade hälsovårdsinspektören fortfarande polisiära uppgifter – de kallades ännu på 40-talet "hälsovårdspoliser" – och kunde "anhålla" livsmedel, som inte uppfyllde gällande krav. Även stadsläkaren hade en egen "polisbricka".

Om anmärkningar förelåg blev det nämndens uppgift att avgöra om livsmedlet skulle bedömas som "hälsovådligt" eller "otjänligt till människoföda". Beslutet kunde få stora ekonomiska konsekvenser, i första fallet skulle livsmedlet destrueras, i senare fallet fick det användas som djurfoder. Konflikter mellan producent och kontrollant förekom några gånger, men alla problem löstes förhandlingsvägen. Vitesföreläggande måste ibland tillgripas, men behövde endast i undantagsfall utdömas.

Riskerna med livsmedelstillsatser började allt mera uppmärksammas framförallt vad gällde färgämnen och konserveringsmedel. Lagstiftningen var förvirrande, färgämnen tillåtna i Tyskland var förbjudna i

Sverige och för vissa konserveringsmedel gällde motsatsen. Nämnden överhopades med delvis motsägande råd och anvisningar från Medicinalstyrelsen, importkontrollen var bristfällig och det dröjde årtionden innan praktiskt användbara bestämmelser hade utformats.

En stor del av nämndens tid upptogs av granskning av ritningar till planerade livsmedelslokaler och under hela 50-talet var sammanträdesbordet täckt av ritningar till det shopping-center som höll på att byggas. Av någon anledning var som regel disk-möjligheterna underdimensionerade. Det gällde för nämnden att tillse inte bara att livsmedlen hanterades på ett tillfredsställande sätt, den skulle också se till att arbetsförhållandena var goda, inte minst att tillräckliga personalutrymmen var tillgängliga. Klara bestämmelser fanns för hur lokalerna skulle utformas, men det kunde trots detta bli ganska hårda diskussioner med byggarna.

Det var framför allt renhållningen av lokaler och redskap som klickade, inte minst gällde detta maskiner för framställning av mjukglass. Men även skärbräden och köttkvarnar var dåligt skötta. Till HVN var knutet ett livsmedelslaboratorium vars verksamhet sköttes av stadsveterinären, som hade det övergripande ansvaret för livsmedelshanteringen.

Vatten räknas som livsmedel och Luleås vatten var under 50-talet inte alltid av den kvalitet som kunde fordras. Ett nytt vattenverk hade byggts i Gäddvik, där man genom att filtrera älvvatten genom 10 m sand fick ett utmärkt konstgjort grundvatten. Sandens halt av järn och mangan gjorde att vattnet först efter lång tids genomspolning kunde släppas ut på nätet. På grund av Luleås snabba tillväxt räckte vattnet inte alltid till, varför det gamla verket måste användas då och då. Detta avspeglade sig genast som bakteriella vattenföroreningar, men aldrig av den grad att hälsorisk förelåg. Sedan början av 60-talet har Luleås vatten varit av utomordentlig hög kvalitet. Brott på vattenledningarna var vintertid inte ovanligt under 50-talet och under 60-talet byttes praktiskt taget alla ledningar ut. Därmed försvann det rostfärgade vatten som tidigare strömmat ur kranarna och oroat luleborna. I samband med kommunsammanslagningen fick HVN tillsyn över ett flertal bya-vattentäcker och i några av dem konstaterades för höga nitrithalter. Vatten fick under en period köras till familjer med småbarn, men nitrithalterna minskade efterhand för att efter något år vara borta. Riklig tillförsel av konstgödning var sannolikt orsaken till den temporära föroreningen av grundvattnet.

Hantering av livsmedel i kioskhandeln var en återkommande oroskälla. Framförallt gällde det de sanitära förhållandena i glass och korvkiosker, där renhållningen oftast var bedrövlig. Skärpt livsmedelslagstiftning gjorde att de vandrande korvgubbarna försvann och kiosker växte upp som svampar ur jorden. Därtill kom det matos de spred omkring sig och som för de närboende blev en sanitär olägenhet. En av de drabbade uttryckte det i en klagoskrift med orden: "Det går en doft av pommes frites genom livet". HVN blev tvungen att tillgripa ganska hårda tag och hade också framgång vid sanering av denna handel, som inte alltid var helt seriös.

Under 50–60-talen började bensinmackarna växa ut till små livsmedelshallar och HVN fick utkämpa en del duster innan risken för framför allt smakpåverkan på livsmedlen av olika oljeprodukter med säkerhet kunde förhindras.

Livsmedelsproven ökade med stadens tillväxt samt till följd av skärpt lagstiftning både kvantitativt och kvalitativt och nya lokaler för livsmedelslaboratoriet skaffades fram. Med omorganisationen 1970 då tjänsten som stadsveterinär drogs in, lades Luleå stads livsmedelslaboratorium ned och verksamheten övertogs av Svelab. Ett förslag att laboratoriet skulle förläggas till Umeå undanröjdes av Länsstyrelsen, som ansåg att ett livsmedelslaboratorium av beredskapsskäl skulle finnas i Luleå.

Renhållningen

Att ta hand om sopor och avfall var under 50- och 60-talen ett ständigt problem och deponeringen ett lika ständigt bekymmer för HVN. En soptipp som på 40- och 50-talen låg alldeles nedanför bebyggelsen på Örnäset stängdes omkring 1955 och ny plats rekognoserades ungefär mitt i nuvarande Mjölkuddsbebyggelsen för att ca 1965 flytta till norra sidan av Bodenvägen. Marken där behövdes snart

för industriändamål och trycket efter industrimark var så stort att bebyggelsen igångsattes för tidigt. Trots HVN:s påpekande att tippnen inte var färdigbrunnen – man kunde i dess centrum uppmäta en temp på + 75° – satte byggnationen i gång med resultat att grunderna försköts och byggnaderna måste repareras för stora summor. En stor råttinvasion blev också följden av det huvudlösa byggandet. Nästa tipp blev på Porsön väster om nuvarande högskoleområde. Man började separera sopor och en speciell tipp för byggnadsavfall och industrisopor öppnades på Knöppelåsen. Även ute vid Måttsund fanns en stor tipp (inofficiellt öppen för allmänheten), som det av vårdslöshet då och då började brinna i och som alstrade en illaluktande rök som svårt störde den näraliggande villabebyggelsen.

Svårigheten att finna soptippar som uppfyllde Naturvårdsverkets krav gjorde att kommunen vid Uddebo uppförde en sopförbränningsanläggning. Sopsäckarna byttes efter hand mot sopsäckar, moderna bilar och utrustning anskaffades och staden fick en väl fungerande renhållning. Vid förbränningsanläggningen fanns ett speciellt spolrum för latrintunnor, sådana förekom ännu på 60-talet inom stadens område. Efter 25 års användning var den väl fungerande förbränningsanläggningen slut och då ekonomiska överväganden talat emot det, uppfördes ingen ny anläggning utan kommunen återgick till en ny soptipp, denna gång i Sunderbyn. Väl genomförda återställningsarbeten hade då utplånat såren efter alla tidigare tippar.

Den tilltagande vattenföroreningen runt om Luleå var påfallande och i en generalplan beslöt Luleå stad att, med undantag av dagvattenledningarna, avskära alla avloppsledningar som ledde direkt ut i omgivande vatten. Pumpstationer byggdes och avloppen samlades i en huvudledning som slutade i ett högeffektivt reningsverk utanför Svartöastaden. Det renade avloppsvattnet släpptes under ständig kontroll ut i Svartösundet, påverkan på älvvattnets kvalitet kunde aldrig påvisas. Avloppsvattnets relativt höga pH-värde fick några oroliga medborgare att fundera på om fiskbeståndet i Svartösundet skulle förvandlas till enbart lutfisk.

Rötslammet komposterades och kunde sedan användas som gödningsmedel. Dess halt av tungmetaller och risk för förekomst av parasiter gjorde det dock olämpligt att användas på livsmedelsproducerande ytor.

De vidtagna åtgärderna var synnerligen effektiva och man kunde med blotta ögat konstatera den förbättrade vattenkvaliteten runt Luleå. En faktor som kraftigt bidrog till vattenföroreningen var allt avfall inkl toaletter, som av inkomna fartyg släpptes direkt ut i vattnet. Förfarandet var förbjudet och uppsamlingskärl uppsattes på kajerna, men av deras innehåll att döma alstrades inte något avfall ombord. Oljeutsläpp registrerades aldrig. Luleå var en av de hamnar som var ålagda att ta emot spillolja, men de avlämnade mängderna talade för att en del skeppare drog sig för kostnaderna och gjorde sig av med oljan på annat sätt. En bidragande föroreningskälla var de snötippor på isen som kommunen sedan länge använt. I snön dolde sig olika former av avfall och denna form av tippning förbjöds i lag på 60-talet.

Råttbekämpning och karantänsverksamhet

Den populära uppfattningen att HVN:s huvuduppgift var att jaga råttor hade ett visst berättigande. Förekomsten av råttor i staden var inte obetydlig och under 50–60-talen blev det nödvändigt att trots riskerna genomföra ett par stora kampanjer med utläggning av råttgift. Dåligt skötta soprum och olaga sopdeponering i stadens omgivningar förekom allt för ofta. Utläggningen av gift skedde under strängt reglerade former med annonsering i dagspressen och utsättande av affischer och som väl var inträffade inga förgiftningstillbud. Samtidigt med att bebyggelsen sanerades och renhållningen förbättrades försvann de vanliga grå råttorna. Deras anförvanter bisamrättorna, som huvudsakligen fanns vid Malariaviken och dess omgivningar, klarade sig bättre och kan fortfarande då och då ses ta en promenad på någon av stadens gator.

Till HVN:s skyldigheter hörde att enligt vissa förordningar bevaka råttförekomsten på de fartyg som anlände till Luleå och att utfärda bevis om frihet från råttor, s k råttcertifikat, för fartyg som enligt karantänsbestämmelserna skulle förete ett sådant. Skyldigheten hade samband med att Luleå var

karantänsstation, där stadsläkaren i egenskapen karantänsläkare var chef. Isoleringslokaler var rekognoserade för att vid inträffade eller misstänkta fall av karantänssjukdomar omedelbart kunna tas i bruk. Det låg HVN att tillse att en gul karantänsboj lades ut så snart sjöfarten öppnades. Där skulle enligt bestämmelserna de fartyg som varit på resa mera än 2 dygn från utomeuropeisk hamn ankra upp tills de fått tillstånd att anlöpa Luleå. Så skedde dock aldrig, de hade aviserat sin ankomst via Härnösands kustradio och begärt tillstånd att få inlöpa. Telegrammen kom oftast i kod-form och hälsovårdsbyrån svarade i klartext: ”Welcome to Luleå”.

Stadsläkaren var också smittskyddsläkare för den vidgade Luleå kommun till dess landstinget mot slutet av 70-talet genom överläkaren vid epidemiavdelningen i Boden övertog uppgiften.

Luftvård

Under 60-talet fästes allmänhetens uppmärksamhet på förekomsten av luftföroreningar. För lulebornas del gällde det framförallt de utsläpp som järnverket stod för. Verket spydde ut stora mängder järnoxid, som i form av rödfärgade moln vid vissa väderförhållanden kunde ses med blotta ögat ända upp i Kalix-trakten. För att få ett begrepp om situationen tillsatte HVN en rök-gaskommitté, i vilken ingick representanter för kommunen, järnverket och LKAB med stadsläkaren som medicinsk konsult.

Det hela började mycket primitivt med att masonitskivor lades ut när snön börjat falla. Över dessa skivor utmärktes kvm-stora rutor, från vilka snön efter 2 månader tillvaratogs, smältes och indunstades, varefter återstoden vägdes. Det var en rent kvantitativ analys och det enda säkra resultatet var en objektiv bekräftelse på att nedsmutsning av betydelse förekom, men intet om smutsens art eller ursprung. Samtidigt som mätningarna började, ökade också innevanarnas intresse för luftföroreningarna och de inkom med helt berättigade klagomål.

Det var uppenbart att tekniken måste förbättras och undersökningar genomföras i stor omfattning. Med stöd av mätvärden från meteorologiska stationen på Kallax kunde man göra en vind-”ros” utvisande de förhärskande vindarna och deras styrka vid olika tider på året. I samråd med en specialist från Göteborg och SMHI gjordes en inventering av misstänkta föroreningskällor och en sk spridningsplan för Luleå och dess omgivning upprättades. Med denna plan som bas placerades på lämpliga ställen mätstationer och dessa försågs med instrument för att till en början endast mäta nedfallande och svävande stoft i allmänhet. Senare kompletterades apparaturen med möjligheter att separera stoftet efter kornstorlek och att mäta halten av svaveldioxid. Mängden partiklar och luftens halt av svaveldioxid var en sammanfattande indikator på luftens kvalitet. Analyserna, som gjordes på ett speciallaboratorium i Göteborg, visade en betydande förekomst av svaveldioxid, nedfallande och svävande stoft av olika slag och inte minst kalk. Kalknedfallet var med hänsyn till dess förmåga att neutralisera svavelsyra det enda positiva fyndet.

Efter långvariga mätperioder och med erhållna mätvärden som grund fastställde Koncessionsnämnden och Naturvårdsverket i samråd med HVN och järnverket de maximala emitteringsvärden som miljön kunde tåla, att helt förhindra emissioner var med dåvarande teknik otänkbart. För järnverket lämplig och maximalt effektiv mekanik konstruerades på plats, teknikerna lyckades och efter något år kunde verket uppfylla koncessionsnämndens villkor. Det första som skedde var att det röda järnoxidmolnet försvann, en åtgärd, som förutom den gynnsamma psykologiska effekten, visade sig vara direkt lönsam för järnverket.

NJA var inte den enda tunga industrin som emitterade luftföroreningar, de stora malmhögarna på Svartön gav de närboende stora bekymmer. Stiftet från den krossade malmen var, när det gällde vissa kvaliteter, förvånansvärt lätttröligt och vid utläggning av slig dammade det också kraftigt. De boende på Skurholmen, i Svartöstad och Älvnäset utsattes vid vissa vindar för ytterligt besvärande nedsmutsning, t o m under glas inne i skåp kunde malmdamm påvisas. LKAB ställde sig till en början kallsinnigt inför klagomålen, men insåg snart dess vidd och vidtog så effektiva åtgärder som tekniskt var möjliga.

Malmhögarna besprutades med plastbinder, som hindrade avdampning och för att undvika sekundär dammspridning anlades gräsmattor, tillfartsvägarna asfalterades och spolades regelbundet, träd planterades och lä-givande staket uppfördes mellan högarna. Åtgärderna hade viss effekt på avdriften, medan dammet som uppstod vid slighantering på grund av tekniska problem var svårhanterligt. Långtgående planer på att bygga in malmhögarna förelåg men kom aldrig till utförande, eftersom en ny malmhamn långt från bebyggelsen planerades och även kom till utförande.

Efter överenskommelse ersatte LKAB fastighetsägarna för kostnaderna för att hålla husfasaderna rena. Eftersom det här inte rörde sig om en sanitär olägenhet – ett begrepp som endast kunde fastställas av domstol – utan om nedsmutsning, accepterade HVN överenskommelsen, som betraktades som tillfällig. Nämnden var eljest mycket angelägen om att betona att en sanitär angelägenhet inte kunde köpas bort. Undersökningar på orter med liknande problem hade visat att vid sanitär olägenhet av typen buller, dålig lukt och nedsmutsning framträdde alltid två klara linjer. De som bodde i hyreshus ansåg att olägenheterna var så betydande att en hyresreduktion var berättigad. De som ägde egna hem tvärs över gatan hade inga olägenheter, eftersom det skulle nedsätta villans värde. Tendenser i den riktningen registrerades även i Luleå, men i mycket ringa omfattning.

Med i bilden fanns hela tiden de medicinska aspekterna, men av skolläkarna gjorda iakttagelser av barn i järnverket och malmhögarna närbelägna skolor visade ingen ökning av luftrörsbesvär, allergier eller störningar i den vanliga sjukdomsbilden. Inge heller på berörda vårdcentraler kunde någon förändring i sjukdomspanoramata registreras. Fastställda svenska riktvärden för malmstoff i luften saknades och i litteraturen fanns inga uppgifter om att stoftet skulle innebära hälsofara. Oenigheten om riktvärden var utomlands mycket stor och det slutliga beslutet blev ofta en kompromiss mellan vad som var tekniskt möjligt och de risker som bedömdes föreligga. En rykande skorsten betydde alltid pengar. Inga tecken tydde sålunda på att sjukdomspanoramata i närheten av järnverket var annorlunda än i staden i övrigt. Av speciellt intresse var nedfallet av tungmetaller, men undersökningar på lavar visade att även om värdena var en aning höga, var de långt under vad som bedömdes innebära hälsorisk. Det nyvaknade intresset för miljöproblem och dess inverkan på befolkningens hälsotillstånd noterades av stadens styrande, som lät stadsläkaren få utbildning både inom och utom landet.

Vad som oroade var de effekter som det planerade Stålverk 80 med dess koksverk skulle få på miljön. Komplicerade, men tyvärr föga pålitliga beräkningar av förmodat utsläpp till luft och vatten från det planerade järnverket och koksverket gjordes och kontakterna med Naturvårdsverket var livliga. Verksamheten var intensiv och högsta tillåtna utsläpp till luft av svaveldioxid och stoft fastställdes. Koncessionsnämnden hade flera sammankomster i Luleå, vid vilka de närmast drabbade fick framföra sina åsikter, som togs på största allvar. Så kom plötsligt regeringens beslut att inte bygga Stålverk 80, men det nedlagda arbetet var inte förgäves, det hade givit alla nyttiga lärdomar, inte minst stadsläkaren i hans nya uppgift som medicinsk övervakare av omgivningshygien.

Den uppgiften sattes på prov i samband med byggandet av koksverket, enligt tillverkaren världens renaste. Verkligheten visade inte helt oväntat att verket för Luleås del innebar att luft och vatten förorenande projekt av oanade proportioner. Praktiska erfarenheter av nykonstruktionen fanns inte och teoretiska beräkningar måste göras.

Naturvårdsverket, verkets konstruktör och Koncessionsnämnden ansvarade för beräkningarna, som måste relateras till lokala förhållanden representerade av järnverkets och hälsovårdsbyråns miljö-sakkunniga. Talrika samråd förekom både i Luleå och på Naturvårdsverket. Maxvärden för utsläpp till luft och vatten fastställdes, inte efter vad koksverkets konstruktion tillät, utan efter vad omgivningen maximalt skulle kunna belastas med.

Stora betänkligheter rådde vad gällde utsläpp av svaveldioxid, svavelväte, illaluktande kolväten, tungmetaller och cyanföreningar. Att de senare verkligen var farliga bekräftades av en plötslig fiskdöd som inträffade i ett område ett par km från koksverket. Döda fiskar sändes för undersökning till

Veterinärhögskolan och svaret blev att de var cyanförgiftade. Fenomenet tolkades så att en puff av cyanväte som hade lämnat koksverket, av atmosfäriska förhållanden efter ett par km tvingats ned mot vattnet, där gasen lösts och förgiftat fisken.

Alla var beredda på svårigheter i starten och efter rekommendation från Naturvårdsverket annonserades i pressen, när verket skulle starta. Man bad om överseende med de sanitära olägenheter som starten förhoppningsvis endast tillfälligt skulle medföra. Redan någon timme efter den angivna tiden började telefonerna på hälsovårdsbyrån ringa, vilket var litet förvånande eftersom starten på grund av tekniska svårigheter måste uppskjutas ett dygn. Diskussionens vågor gick höga i pressen under de närmaste veckorna, men efter någon månad var läget avsevärt förbättrat och emissionerna kunde hållas något så när inom de gränser som fastställts av koncessionsnämnden. Periodvisa utsläpp av illaluktande gaser kunde dock inte undvikas. Kontroll av utsläppen av tungmetaller visade senare att dessa minskat till 1/20 av vad de tidigare varit.

Det största psykologiska orosmomentet var de moln av vattenånga, som välldes fram ur släckningstornet, när den glödande koksen begöts med vatten. Det som syntes var i stort sett ren vattenånga, medan släckvattnet däremot var ordentligt förorenat. Det måste därför sedimenteras och (biologiskt) renas i stora bassänger innan det släpptes ut i älven och upprepade kontroller visade att behandlingen var effektiv. Det dröjde dock flera år innan procedurerna vid koksverket kom under sådan kontroll att Koncessionsnämndens villkor i stort sett kontinuerligt kunde uppfyllas. Krav restes bland annat på att släckningen av koksen skulle ske med koldioxid, men en utredning visade att de fördelar man skulle vinna med en sådan process icke var så stora att de på rimligt sätt motsvarade den investering som måste göras. Ungefär vart tredje år blommar fortfarande debatten om släckningsproceduren upp, dessemellan är det lugnt.

En gynnsam biprodukt från koksverket blev den gas som bildades vid processen. Det överskott som järnverket inte behöver såldes till kommunen och användes för drift av det fjärrvärmeverk som uppförts på Aronstorp. En luftförorenande faktor av betydelse hade tidigare varit alla de värmepannor som fram till 60-talet fanns i Luleås fastigheter och som inte alltid sköttes på rätt sätt. De flesta var oljeeldade, men i allt för många av dem eldades sopor, som spred sot och dålig lukt över stan. Denna föroreningskälla försvann helt när fjärrvärme infördes på 70-talet, anläggningen på Aronstorp sköttes föredömligt och emissionerna därifrån var försumbara.

Ett tafatt försök att förbättra luftens kvalitet i Luleå gjordes när man införde förbudet att låta bilar gå på tomgång mera än en minut. HVN som insåg det omöjliga med ett förbud, vars efterföljd eju kunde kontrolleras, fick vika sig efter erinringar från Länsstyrelsen. Någon effekt av förbudet vare sig på tid för tomgångskörningar eller på luftkvalitén i Luleå kunde heller aldrig konstateras.

Buller

Buller var en av de störande faktorer som allt mera började uppmärksammas under 60-talet. Problemet togs kanske inte riktigt på allvar, men ord som decibel A och bullermätningar blev allt vanligare på tidningssidorna. Direkt bullerstörande industrier var Luleå förskonat från även om avkylningen av slaggklumparna från järnverket vintertid kunde ge upphov till kraftiga explosioner. Det var den ökande trafiken som störde och bullervallar och bullerstaket uppfördes längs infartsvägarna norrifrån. De riktvärden i decibel som fastställdes var mycket generösa och motivet var att effektiva metoder att bekämpa buller saknades.

Den ökande flygtrafiken tillsammans med F21:s övningsflygningar utgjorde ett större problem och ett planerat bostadsområde i Karlsvik kom just på grund av bullerstörningarna aldrig till utförande. Sverige var redan från början ett U-land när det gällde bullerbekämpning och man måste med beklagande konstatera att så än idag är fallet.

Övriga kommunala uppdrag

Rehabilitering

Under 60-talet blev arbetarskyddet allt mer uppmärksammat. Den föråldrade otympliga arbetsskadelag, som tidigare gällt, avsåg praktiskt taget endast att tillse att en drabbad fick ekonomisk ersättning för skadan. Nödvändigheten att anpassa den skadade eller sjuke till ett lämpligt jobb underströks allt mera och s k anpassningsgrupper bildades vid större företag, så ock vid Luleå kommun. I den ingick representanter för arbetsgivare, fack och försäkringskassa, för Luleå stads del dessutom stadsläkaren som medicinsk konsult. Arbetet gick till en början ganska trögt framförallt var det svårt att få de olika förvaltningarna att acceptera att kommunen var en arbetsplats. Problem uppstod när det gällde att avgöra vem som skulle stå för lönen om en anställd omplacerades från en förvaltning till en annan, men sedan kommunen skaffat fram en pott för ekonomisk utjämning förflöt arbetet i stort sett friktionsfritt. När lagen om allmän försäkring ändrades så att möjlighet gavs att med bibehållen sjukpenning arbetsträna i reell miljö blev arbetet i anpassningsgruppen meningsfullt till båtnad både för den drabbade arbetstagaren och arbetsgivaren.

Ändrad arbetslagstiftning gjorde att många av stadens timanställda lokalvårdare riskerade att mista sina jobb. Hel eller halvtidsanställning skulle gälla och tillsammans med fack och arbetsgivare måste avvägning mellan hälsotillstånd och arbetsförmåga göras. I bedömningen måste också tungt vägande sociala faktorer ingå. Ett antal av lokalvårdarna orkade inte med ens halvtidsarbete och miste därigenom sina jobb, men stadens styrande skall som arbetsgivare ha en eloge för det humana sätt som dessa känsliga ärenden hanterades på. Ändamålsenligare former för rehabilitering med bland annat större ansvar på den lokala arbetsplatsen gjorde att anpassningsgruppens verksamhet efter hand lades ned.

Samtidigt som anpassningsgruppens verksamhet kom igång restes från fackets sida berättigade krav på en fungerande företagshälsovård. En provisorisk form av sådan vård hade funnits genom att anställda i vissa fall hänvisats till stadsläkaren. Det hela började så smått med hörselundersökning och jakt på bullerskador hos anläggningsarbetare och skärmbildsundersökning av viss personal. Efter grundliga studier och med LKAB:s i Kiruna företagshälsovård som förebild bildades 1978 Kommunhälsan, en institution som blev till stor gagn för stadens anställda.

Stadsläkare var även medicinsk konsult åt Gatukontoret för att bedöma de till ansökan om parkeringstillstånd bifogade läkarintygen. Handikapporganisationerna tyckte att kommunen var för frikostig.

I polisiärt avseende var stadsläkare jämställd med provinsialläkare och hade skyldighet att på begäran av polisen medverka vid utredning av oklara dödsfall. I de flesta fall rörde det sig om enkla dödsbevisobduktioner, om brott inte kunde uteslutas blev det rättsmedicinsk bedömning som sköttes av rättsläkarinstitutionen i Umeå. Vid mitten av 60-talet övertogs detta arbete frivilligt av en för ändamålet speciellt utbildad kollega.

Externa uppdrag

Stadsläkaren var under ett antal år timanställd som ”förtroendeläkare”, som det hette på den tiden, vid Central- och lokalsjukkassan i Luleå och medicinsk konsult i dess Pensionsdelegation. I egenskap av förtroendeläkare vid kassorna blev han en praktisk länk mellan dessa och kommunens anpassningsgrupp.

Han uppehöll också under några år tjänsten som biträdande 1:e provinsialläkare och var under många år biträdande civilförsvarsläkare i Norrbottens län.

Ett par år fungerade stadsläkaren som järnvägläkare på linjen Luleå – Svartön, en sträcka på 1200 meter. Det gällde både hälsovård och sjukvård och var föga betungande och förutom sedvanligt arvode per anställd ingick frikort i 1:a klass för resor i hela Sverige.

En kortvarig kontakt med en annan statlig myndighet bröts, när personalen ansåg att doktorn skulle skriva ut 1 000 vitamintabletter som skulle stå i en skål på arbetsplatsen för att användas ”när man känner sig nere”.

Läkarsituationen i Luleå medförde att en del säregna arbetsuppgifter måste fördelas bland läkarna. På stadsläkarens lott föll bland annat att vara

Boxningsläkare

En minst sagt beklämmande upplevelse. Visserligen var det amatörboxning men att avsikten var att skada motståndaren ligger i boxningens natur. Efter matcherna skulle doktorn skriva i deltagarnas matchböcker om de med hänsyn till råkade skador måste avstå från vidare slagsmål under en viss tid. Han skrev 3–6 månader i varje bok och erbjöds aldrig mera att återkomma.

Fängesläkare

Att vara fängesläkare innebar att internerna hade möjlighet att en gång i veckan få träffa en läkare för att ventilera eventuella medicinska problem. Arbetet var inte betungande, det var inga grövre brottslingar som fanns på Luleå-anstalten. Några tecken på narkotikaförekomst syntes inte och önskemålen om sömnmediciner och lugnande tabletter var få. Det var på den tiden då pentymal ansågs vara den farligaste vanebildande tablett, framförallt på grund av dess förmåga att tillsammans med små mängder sprit skapa orostillstånd. En intern som inte fick de pentymaltabletter han önskade, sa ungefär följande: ”Det gör detsamma, jag skaffar dom själv. Vill doktorn ha några pentymal kan jag leverera dem vid köksdörren, men dom kostar 1 kr styck”. Han talade sannolikt sanning.

Den stora omorganisationen av den primära hälso- och sjukvården under 60-talet var både nödvändig och riktig. Den öppna sjukvården och den förebyggande hälsovården även inom skolorna övertogs helt av landstinget. De flesta städer drog in läkartjänsterna medan andra framförallt de större städerna, hade kvar en stadsläkare, som fick nya uppgifter knutna till det ökade intresset för omgivningshygien. Detta ämne var nytt och kunskapen om luft- och vattenföroreningarnas och livsmedelstillsatsernas inverkan på det allmänna hälsotillståndet oklara. För hälsovårdsnämndernas del innebar det att den gamla jakten på råttor, slarvigt skötta sopkärl, undermåliga, kanske rent av hälsovådliga livsmedel och saneringar efter epidemiska sjukdomar byttes mot jakt på svaveldioxid och tungmetaller. För detta krävdes nya kunskaper och staten inrättade i Göteborg en Hälsovårdshögskola för utbildning av inspektörer och den nya typ av stadsläkare som behövdes. Föreningen för allmän hälsovård bildades med lokalavdelningar i varje län och möjliggjorde vidareutbildning för inspektörer och ledamöterna i hälsovårdsnämnderna. Statens Institut för Folkhälsa var också verksamt på det intensiva utbildningsområdet och stadsläkarföreningen ordnade högklassiga utbildningar för de läkare som kvarstod i tjänst. Deras antal blev allt färre och vid mitten av 70-talet upplöstes stadsläkarföreningen. De omgivningshygieniska frågeställningarna var ofta av rent teknisk art och de kunde på ett tillfredsställande sätt handläggas av den nya högt kvalificerade typ av miljövårdsinspektörer, som nämnderna nu hade tillgång till. Från och med den 1 januari 1969 övertog landstinget all primärvård inom Luleå stad, vilket innebar att då stadsdistriktsläkarnas tjänster ej längre behövdes drogs de in, medan stadsläkaren i Luleå under en övergångsperiod var anställd som konsult åt miljövårdsbyrån.

Den 30 juni 1981 hade den siste stadsläkaren i Luleå, Lars Lundgren, sin sista ordinarie arbetsdag 300 år efter det hans förste föregångare fältskären, landsfiskalen m m, Johan Henrik Schonheit, tillträtt sin tjänst som stadsfysicus.