

Hälsovård i Sydafrika

Apartheidpolitikens konsekvenser

Syftet med denna artikel är att belysa hälso- och sjukvården i Sydafrika, innebörden av apartheid-politiken och vägar till förändring. Författarna är några svarta läkare bosatta i Sydafrika. Manusets utsmugglat och artikeln osignerad för att inte äventyra författarnas säkerhet.

I artikeln redovisas med statistiska mått rasskillnader beträffande sjukdomsmönster och sjukdomsutnyttjande i Sydafrika. Dessa skillnader relateras till apartheid-politiken.

Redaktionen tror att artikeln kan ha ett särskilt intresse från ytterligare en synpunkt. Vi är i vårt land vana att betrakta hälsovårdsfrågor som nästan opolitiska planeringsproblem. Så kan hälsovården knappast te sig i ett U-landsperspektiv, där den skeva fördelningen av vårdresurser och livskvaliteter är så helt dominerande frågor. Här måste hälsovården få en politisk laddning med entydiga känslomässiga engagemang. Artikeln är ett talande exempel på detta väsentliga fenomen.

Manuskriptet har — med smärre redaktionella förändringar — översatts av Bo Haglund och Andrew Heap.

Rasåtskillnad är en sjukdom som genomsyrar hela den sydafrikanska samhällsstrukturen. Detta åtskiljande finns även inom hälso- och sjukvård och effekterna syns klart i drastiska skillnader mellan svarta och vita i sjukdomsincidens och medellivslängd. Denna sjukdom påtvingar de svarta en lägre socio-ekonomisk standard liksom en lägre utbildning.

Redan från början måste det sägas att uppgifter om hälsosituationen i Sydafrika inte är lätta att få fram. Morbiditets- och mortalitetsstatistiken är

ofta ofullständig och ibland saknas den helt. Uppgifter har hämtats från skilda källor (se referenslistan) och också från eget arbete.

Hälso- och sjukvårdsorganisationen i Sydafrika lider av två grundläggande fel som är komplementära:

1. De som är betingade av brister i den aktuella politiska strukturen och

2. De som är en del av systemet, som försummar att erkänna medicinens primära uppgifter, som är att bevara hälsa och lindra lidande.

I syfte att ta fram livskraftiga alternativ får vi först se närmare på felen inom hälso- och sjukvård i Sydafrika av idag. Fastän vi är dagliga vittnen till rasism, är dess försåtliga förgreningar inom hälso- och sjukvård svårare och svårare att upptäcka p g a den statliga propagandaapparaten. Efter att ha påvisat problemen vill vi försöka skissa principerna (inte detaljer) för ett alternativt hälso- och sjukvårdssystem baserat på jämlikhet och rättvisa.

Under följande rubriker belyser vi konsekvenserna av Apartheidssystemet för hälsa och ohälsa:

1. Mental hälsa
2. Fysisk hälsa
 - a) spädbarnsdödlighet
 - b) under- och felnäring
 - c) smittosjukdomar
 - d) sjuk- och hälsovårdsresurser

Inledningsvis vill vi stryka under några enkla fakta: Sydafrikas befolkning överstiger 23 miljoner (1); av dessa utgörs ungefär 18 procent av vita och 82 procent av svarta, därav 9 procent färgade, 3 procent asiater och 70 procent afrikaner. De vita har makten och stiftar lagar; de svarta saknar rösträtt och har för närvarande inget inflytande över faktorer som påverkar deras liv; dock de är inte helt maktlösa.

MENTAL HÄLSA

Läkare kan inte ha något större eller mera betydelsefullt socialt ansvar än omtanken och omvårdnaden om samhällets mentala hälsa.

Förutom de lätt synliga formerna av mental ohälsa finns också subtila former som är betingade av den rörliga arbetskraftspolitiken.

Den påtvingade skilsmässan från familjen i bantustanområdena har för de "rörliga arbetarna" i ungarshotellen i städerna förstört den traditionella afrikanska samhällsstrukturen. Den fundamentala mänskliga rätten till arbete och boende med familjen har fråntagits dem.

Mödrar och barn i de etniska bantustanområdena förnekas tillfredsställelsen av en makes och faders närvaro. Skadorna av denna känslomässiga och intellektuella förlust är oöverskådliga för familjeenheter.

Passlagarna har gjort 10 1/2 miljoner svarta till kriminella och fortsätter med detta i en alarmerande takt av 2037 varje dag (2). Fäder på de själslösa ungarshotellen i förstäderna drivs till alkoholmissbruk och prostituerade som oundvikligen leder till en ökning av veneriska sjukdomar. Tec-ken som talar för detta är den ökade förekomsten av kongenital syfilis i Durban. I ett slumpmässigt urval fabriksarbetare föreligger syfilis hos 10 procent och hos nyfödda i Soweto har samma procentandel påvisats. (3)

Våld så väl som mental ohälsa föds på de enformiga gatorna i afrikanska förstäder som exempelvis Soweto.

Den sammanlagda effekten av brist på fritids-
möjligheter, osäkra bostadsrättigheter, risker för
bestraffning genom deportering till ett bantustan-
område, dåliga utsikter till ett meningsfullt ar-
bete och befordran, och gettolivets materiella fat-
tigdom, i bjärt kontrast till nästan vulgära uppvis-

Passlagarna har gjort 10 1/2 miljoner svarta till kriminella och fortsätter med detta i en alarmerande takt av 2 037 varje dag.

Förhållandet att under- och felnäring hämmar intellektuell utveckling är djupt oroande.

ningar av överflöd för de vita, skapar stress som blir outhärdlig och kulminerar i tragiska explosioner av okontrollerat hat.

Förhållandet att under- och felnäring hämmar intellektuell utveckling är djupt oroande, och gör förebyggande av under- och felnäring tvingande. Nyligen har publicerats en longitudinell studie i en uppsats av Stock och Smythe (4) i Kapstaden, där man under 15 år studerat effekterna av allvarlig undernäring under det första levnadsåret. Studien har bekräftat att allvarlig och bestående hämning av den fysiska såväl som intellektuella utvecklingen föreligger hos de undernärda jämfört med en kontrollgrupp. Detta tunga argument understryker aktualiteten av problemet. Man tvingas till slutsatsen att de sociala villkor som påtvingas genom Apartheidpolitiken kan knappast annat än skada det mentala och sociala välbefinnandet.

FYSISK HÄLSA

Spädbarnsdödlighet

Det är allmänt accepterat att av sociala indikatorer utgör spädbarnsdödlighet (Infant mortality) en av de bästa. En historisk jämförelse visar att spädbarnsdödligheten som idag i många afrikanska länder är mellan 100 och 200 är densamma som förelåg i de industrialiserade länderna i slutet av 1800-talet. (1) Exempelvis kan nämnas att spädbarnsdödligheten i Sverige idag ligger omkring 9.

Tabell 1 visar hur spädbarnsdödligheten varierar mellan olika raser i Sydafrika.

Tabellen är en tung anklagelse mot den rasis-

Det finns ingen kompromiss med ett socialt, politiskt och ekonomiskt system som överöser några av invånarna med samhällets goda och lämnar de övriga i skamliga missförhållanden.

Tabell 1. Spädbarnsdödlighet i Sydafrika (1)
Antalet döda barn under första levnadsåret per 1 000 levande födda.

	Sydafrika	Johannesburg ¹⁴	Durban ¹⁵	Transkei ¹⁵
	1971	1970	1972	1969
Vita (whites)	20,0	20,26	17,72	
Asiater (asiatics)	35,6	29,30	35,05	
Färgade (coloureds)	122,1	66,07	38,72	
Svarta (africans)	?	95,48	77,39	216

14—15 se referenslista

tiska inriktningen av pediatrik hälso- och sjukvård i Sydafrika, där de sämst ställda får minst av samhällets resurser. Eftersom barnhälsovård är ett område med speciell angelägenhet inom samhällsmedicinen, måste prioritering i Sydafrika riktas mot grundorsakerna till skillnaderna i fördelning av service. Det finns ingen kompromiss med ett socialt, politiskt och ekonomiskt system som överöser några av invånarna med samhällets goda och lämnar de övriga i skamliga missförhållanden.

Under- och felnäring

Under- och felnäring har nått krisartade proportioner i Sydafrika, och om priset av dagligvaror som bröd och mjölk stiger, finns det risk för att svält kommer att drabba ännu större delar av den svarta befolkningen (som en förskräcklig hemsökelse). Framtiden för de svarta synes verkligen hotfull. Många har säkert läst att 75 barn (afrikaner och färgade) dör varje dag p g a brist på föda. (5)

Våra erfarenheter från Durban visar att under- och felnäring som orsak till sjukhusvård i Natal ökat i både absoluta och relativa tal. 1959 utgjorde under- och felnäring 32 procent av antalet vårdade, vilket 1975 ökat till 51 procent. Mortaliteten till följd av under- och felnäring på sjukhus har minskat under samma tidsperiod från 37 till 21 procent, vilket dock innebär en ökad dödlighet i absoluta tal p g a den ökade incidensen av under- och felnäring. För närvarande dör mellan 800 och 900 barn per år på sjukhuset i Durban till följd av under- och felnäring. (15)

En obduktionsanalys av perioden 1973—1975 på King Edward VIII sjukhus (för afrikaner och asiater) och Addington Hospital (huvudsakligen

för vita) i Durban redovisas i *figur 1* (sid. 486).

Från resultaten i figuren kan följande slutsatser dras:

a) under- och felnäring antar allvarliga proportioner hos de svarta

b) vita lider inte av under- och felnäring.

Rapporter från Transvaal och Cape (6) antyder att problemet är nationellt och av betydande storlek.

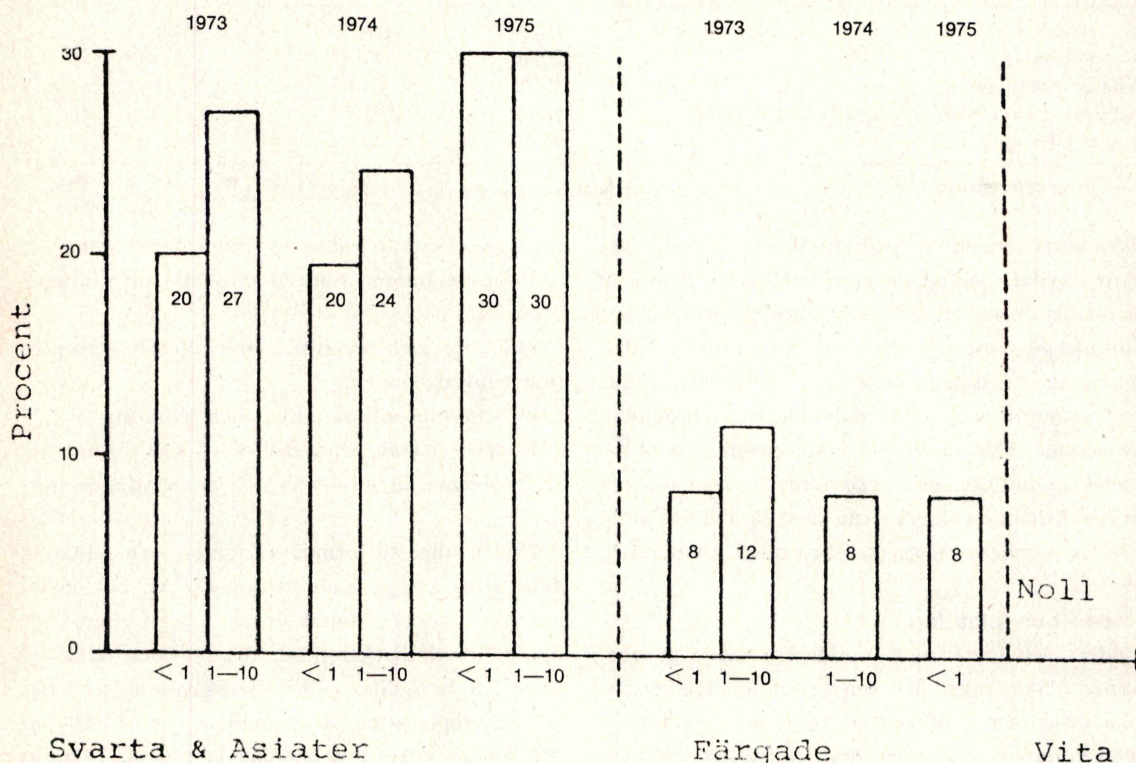
Den vanligaste formen av under- och felnäring är protein energy malnutrition (PEM) och pellagra, — mindre vanligt är skörbjugg, Beri-Beri, blodbrist och Ricket sioser. Under- och felnäring beror på fattigdom. Världsbankens statistik visar att medelinkomsten för Sydafrikas svarta 1974 var 150 dollar, vilket innebär lägre percapita inkomst än åtminstone 7 oberoende afrikanska stater. Andra faktorer som bidragit till under- och felnäring är fördomar mot vissa födoämnen och okunnighet om rätt användning av befintliga förnödenheter. Infektioner predisponerar för under- och felnäring. Det måste understrykas igen, fattigdom är huvudorsaken till under- och felnäring.

Det är viktigt att detta är helt klart, då en betydande opinion i Sydafrika hävdar att okunnighet är en lika stor, om inte större, orsak till under- och felnäring (7). Den olösliga föreningen mellan fattigdom och hälsa har mer än väl påvisats genom arbeten av Boyd-Orr (8), M'Gonigle och Kirby (9) och Mitra (10). De har bekräftat att vad som nu borde vara självklart: att människor som inte har tillräckligt med pengar kan inte köpa mat — dessa blir undernärda. I den sakkuniga textboken: Human Nutrition and Dietetics understryker Davidsson, Passmore, Brock och Truswell (11) att ojämn fördelning av mat förorsakad av fattigdom

Figur 1. Obduktionsprotokoll med procentandel död förorsakade av under- och felnäring hos barn under 10 år vid King Edward VIII Hospital och Addington Hospital under 1973—1975.

K. E. H.

ADDINGTON



är utan tvivel den mest betydelsefulla faktorn för undernäring. Detta förhållande är "ett så vanligt inslag i vardagslivet att både människor och regering vant sig och blivit blinda för dess konsekvenser."

I Afrikas rikaste land, kan fattigdom endast bero på en sak: den oerhört ojämna fördelningen av rikedom — där en liten girig elit tillskansar sig rikedomar som mer än väl skulle räcka till alla. Följande faktorer har bidragit till de svartas utarmning. Förhållandet att 70 procent av befolkningen förtjänar 19 procent av landets förvärvsinkomst (12). Avigsidorna med den rörliga arbetskraftspolitiken. Familjelivets nedbrytning. Den stora andel (66 procent) av de svarta i industriområdena som lever under behovsnivån av proteiner (12). Den ringa arealen av brukbar jord, liksom bristen på bevattningsmöjligheter och stor jord-

erosion i bantustanområdena.

Smittosjukdomar

Smittosjukdomar är rikligt förekommande bland de förtryckta svarta. Vi ska inte belasta er med en sorglig uppräknning av statistiken av detta, bara nämna att tuberkulos, tyfus, stelkramp, mässling, polio, difteri, gulsot och kikhosta inte är ovanligt. Fler barn dör i mässling i Sydafrika på tre dagar än i USA under ett helt år (13).

Om näringsförhållandet bland de svarta i Sydafrika är beklagansvärt, är situationen vad gäller smittosjukdomar inte bättre. Det är allmängods

Fler barn dör i mässling i Sydafrika på tre dagar än i USA under ett helt år.

Tabell 2. Tuberculos och veneriska sjukdomar i Durban¹⁵

	År	Vita	Asiater	Färgade	Svarta
Tuberculos	1964	0,69	1,96	3,91	6,43
Incidens per	1968	0,42	1,83	3,27	6,11
1 000 inv.	1973	0,29	1,11	2,24	4,08
Veneriska sjd.	1964	0,28	0,35	1,77	5,82
Incidens per 1 000 inv.	1973	0,2	0,28	0,34	6,50

15 se referenslista

att undernäring predisponerar för smittosjukdomar, och att samspelet mellan dessa båda resulterar i en alarmerande förekomst av sjukdom och död.

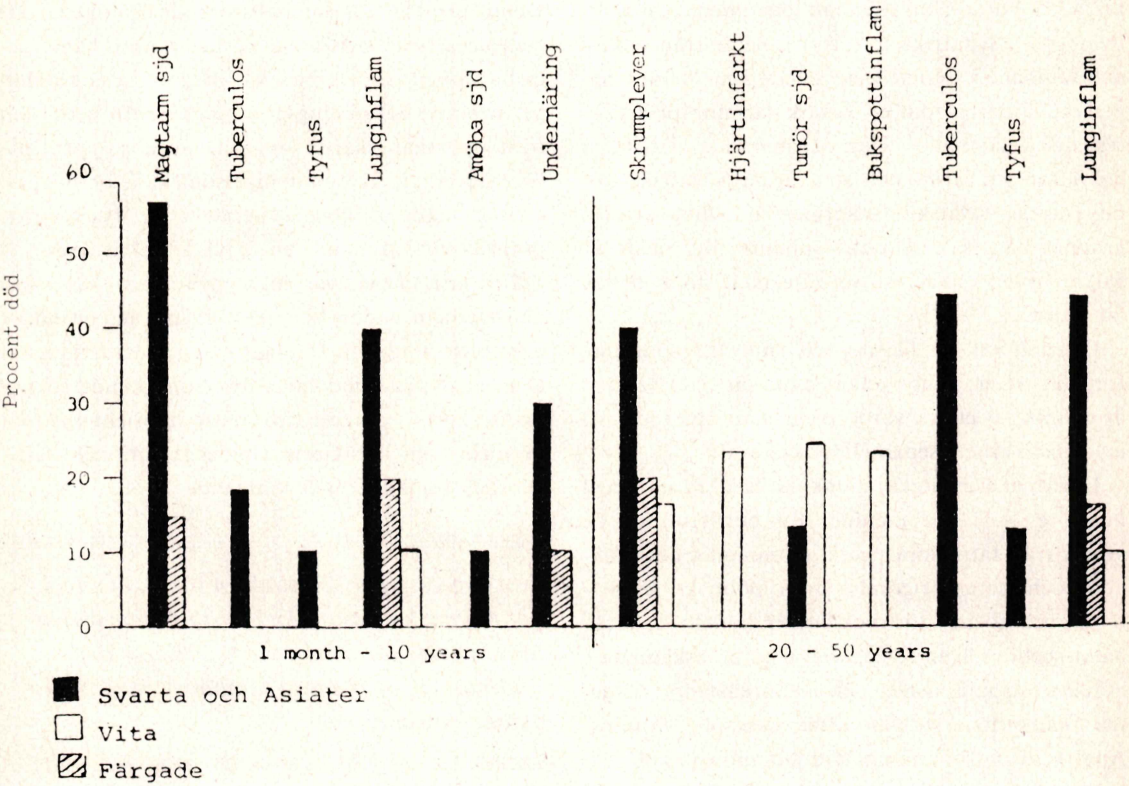
Tabell 2 visar på den rasrelaterade fördelningen av tuberkulos och veneriska sjukdomar. Här gäller att tuberkulos kan bemästras genom adekvat näringstillförsel, bättre boendemiljö, avlopp och latriner, immunoprophylax och antibiotikabehandling i hemmet.

Figur 2 illustrerar resultatet av en studie av dödsorsaker bland olika rasgrupper i Durban.

Dessa resultat pekar på följande:

- a) Undernäring och smittosjukdomar är de två helt dominerande orsakerna till ohälsa och tidig död hos de svarta.
- b) Den stora skillnaden i hälsa mellan vita och svarta.
- c) Skillnaden i hälsa bland de färgade där afrikanerna är mest utsatta.

Figur 2. Rasrelaterade dödsorsaker vid Durban. Obduktionsprotokoll från King Edward VIII Hospital och Addington Hospital under perioden 1973—1975.



Tabell 3. Hälso- och sjukvård.

	Vita	Asiater	Färgade	Svarta	År
läkartäthet	1: 400 1: 400	1: 900	1: 6 200	1: 44 400 1: 40 000	1972 (17) 1975 (18)
skötersketäthet	1: 256		1: 1 202	1: 1 581	1970 (17)
antal läkarstud per 10 ⁶ inv	145			0.8	(17)
tandläkarstud	708	16	6	7	1970 (19)
apoteksstud	1 660		104	66	1972 (19)
Löneskala	100 %	76—81 % 80—90 %	76—81 % 80—90 %	61—74 % 65—80 %	1973 (21) 1976 (18)
Sängplatser	10: 1000		5.57: 1000		1972 (19)

17—21 se referenslista

Sjuk- och hälsovårdsresurser

Sjuk- och hälsovårdsresurser är inte fördelade efter behov eller nytta, utan efter system av etiska värderingar utformade och vidmakthållna av en likgiltig minoritet. *Tabell 3* visar på skillnaderna mellan de olika grupperna.

Vilken slutsats kan vi då dra av alla dessa fakta? Vi drar slutsatsen att den medicinska utövningen i Sydafrika inte kan isoleras från politik och samhälle i övrigt. Inneboende i medicinen ligger en värdering om en jämlik satsning på hälsoresurser i samhället. Den alarmerande statistiken bekräftar att hälso- och sjukvård i Sydafrika domineras av rasåtskillnadsprincipen. Olika etniska grupper hänvisas till olika sjukhus eller delar av sjukhus med olika resurser. De med störst behov får minst.

Distribution av hälso- och sjukvård som inte fördelas efter behov eller nytta är ett flagrant brott mot de etiska värderingar som har funnits i medicinskt arbete sedan Hippokrates tid.

Därför måste utgångspunkten vara en nationell befrielse — i vid mening. En befrielse för de svarta från fattigdomens ok, okunnighet och sjukdom och deras frigörelse från politiskt, ekonomiskt och socialt förtryck: ett nationellt uppvaknande behövs även för de vita med ett erkännande av deras sociala ansvar och ett förkastande av deras outtröttliga strävan efter personlig vinning. Apartheid måste nämnas vid sitt rätta namn "Ett

brott mot mänskligheten". Med en demokratisering av Sydafrika skulle makten fördelas bland alla dess invånare. Landet kan styras mot en ny social ordning där rikedom fördelas mera jämnt och medför en höjning av sociala och kulturella villkor för alla invånare, samt erbjuder dem skydd mot ohälsa och befrämjande av välbefinnande. Denna strategi för samhällsförändring innebär att läkaren arbetar sida vid sida med andra, hans speciella uppgift är att bevaka att god hälsa föreligger hos alla befolkningsgrupper. Genom detta kan förhoppningar skapas om att levnadsloppet inte längre avbryts av sjukdomar som kan förebyggas. Istället utgör förlängda perioder av fysiskt och psykiskt välbefinnande en självklar del av livet.

I Sydafrika behöver begreppen social- och samhällsmedicin undersökas på nytt mot bakgrund av den fördelning som föreligger av samhällsresurser. Den aggressiva individualism som kännetecknar människornas psyke i väst måste nyorienteras mot de idéer som karakteriserar det traditionella afrikanska samhället, med beaktande av allas väl. Vår

Den aggressiva individualism som kännetecknar människornas psyke i väst måste nyorienteras mot de idéer som karakteriserar det traditionella afrikanska samhället, med beaktande av allas väl.

egen uppfattning i denna fråga är klar: Det är vår övertygelse att hälsa är en omistlig rättighet för varje man, kvinna och barn. Liksom samhällets skyldighet att erbjuda hälso- och sjukvård som den enskilde inte kan ansvara för själv. Social service är inte välgörenhet utan en självklarhet för medborgarna i ett modernt samhälle. Lika viktig som sjuk- och hälsovård är social trygghet, omvårdnad av de äldre och föräldralösa barn, utbildning, god boendemiljö, arbete, samt garantier för rättvis behandling inför lagen.

Mot denna bakgrund lider utformningen av hälso- och sjukvård av oegentligheter som är helt skilda från Apartheidsystemet. Dessa uppstår när medicin säljs till människor och hälso- och sjukvård inte längre är en samhällelig angelägenhet utan blir en handelsvara, med allt medföljande ont i form av köpslående, egenintresse och tillskansande av rikedom. Inom medicinen vidmakthålles etiken: tex förbudet mot reklam och de strikta regler som finns för vad läkare får göra och inte göra. Men det grundläggande problemet finns kvar — relationen mellan läkare och patient är kommersiellt betingat — patienten får köpa vård och läkaren säljer den. Detta är ingen anklagelse mot privatpraktiker, många av dem gör ett mycket gott arbete, det är helt enkelt den begränsning som det rådande systemet lägger på dem.

Ett missförhållande kopplat till vad vi just har sagt är det elittänkande som finns inom hälso- och sjukvårdsorganisationen och som kommer till uttryck i medicinska utbildningsprogram, byråkrati, centralisering av kvalificerad sjukhusvård till städer, elittänkande hos läkare etc.

Den anarkistiska fördelningen av hälso- och sjukvårdsresurser i Sydafrika måste bytas ut mot en rationell och logisk planering där behoven är vägledande. Hälso- och sjukvård måste därför styras av en central myndighet, och den tredelade ansvarsfördelning som idag föreligger mellan stat, län och kommun avskaffas. Detta skulle resultera i ett mera enhetligt hälso- och sjukvårdssystem, som når ut till alla medborgare.

Stommen i hälso- och sjukvård måste vara en anslutning till principen att vård är kostnadsfri

Priset i antal döda till följd av undernäring är högt. Men det verkliga priset, livskvalité för de svarta, är omätligt.

och tillgänglig för alla. I motsats till förhållandet idag måste förebyggande av ohälsa prioriteras. Ta tex undernäring: undernäring är möjligt att förebygga med pengar. Betrakta det så här: vad det vita barnet har, saknar det svarta. Genom den typ av mat han äter skyddas den vita från sjukdom; han har näringsriktig och tillräcklig kost. Priset i antal döda till följd av undernäring är högt. Men det verkliga priset, livskvalité för de svarta, är omätligt.

Låt oss sluta med följande budskap: Slutsatsen av våra argument tvingar oss svarta att välja sida — vi kan inte förbli opolitiska — det är den ofruktbara tillflyktsorten för moraliskt och intellektuellt utarmade. Vi upprepar igen det enkla budskapet "De som inte är för oss är emot oss". Man får inte vackla längre i obeslutsamhet. Makt åt folket!

REFERENCES

1. World Health Statistics Annual. 1976.
1. Richard Cluver: quoted in "Daily News", 8.4.1976.
3. Symposium on Health Service in South Africa; the 2nd Interdisciplinary Symposium of the College of Medicine of South Africa, 1975, p. 9.
4. Stoch, M. B. & Smythe, P. M.: Archives of Disease in Childhood 1976, 51, 5, 327.
5. Fehrsen, S.: quoted in "Sunday Tribune" 27.6.1976.
6. Bowie, M. D.: quoted in "Sunday Tribune" 27.6.76.
7. Symposium on Health Services in South Africa; the 2nd Interdisciplinary Symposium of the College of Medicine of South Africa, 1975, p. 17.
8. Orr, J. B.: Food, Health and Income. MacMillan, London 1936.
9. M'Gonigle, G. M. C. & Kirby, J.: Poverty and Public Health. Gollanz, London 1936.
10. Mitra, K.: Indian Journal of Medical Research 1941, 29, 143, and 1942, 30, 91.

11. Davidson, S., Passmore, R., Brock, J. F. & Truswell, A. S.: Human Nutrition and Dietetics, 6th Edition. Churchill, Livingstone, p. 555.
12. Gray, T. J.: World Health 1975, July, p. 3.
13. Symposium on Health Services in South Africa; the 2nd Interdisciplinary Symposium of the College of Medicine of South Africa, 1975, p. 8.
14. Johannesburg, 1970. Johannesburg Health Department: Medical Officer of Health's Report 1969/70. Appendix D.
15. Durban, 1972. Annual Report of the City Medical Officer of the City of Durban. Durban 1973.
16. Connor, B. H.: Lancet 1970, 1, 768.
17. Horell, M., Horner, D., Kane-Borman, J. & Margo, R.: A Survey of Race Relations in South Africa. Institute of Race Relations, Johannesburg 1973, p. 404—405.
18. Personal 1975.
19. Horrell, M., & Horner, D.: A Survey of Race Relations in South Africa. Institute of Race Relations, Johannesburg 1974, p. 352—353.
20. Tobias, P.: South African Medical Post, May 1976, p. 2.
21. Berhardt, I.: British Medical Journal 1973, 3, 632.



ARBETARSKYDDSFONDENS STIPENDIEPROGRAM UNDER 1978/79

Arbetsarkyddsfonden ger bidrag till forskning och utveckling, utbildning och upplysning på arbetsmiljöområdet. Sedan 1976 pågår en försöksverksamhet med stipendier, vars syfte är att leda in företrädesvis yngre forskare på en specialisering till forskningsfält av praktisk betydelse för arbetsmiljön samt att göra stipendiaten mer kvalificerad för självständigt forskningsarbete.

Stipendierna avser **studier och/eller forskningsarbete** under 6—12 månader vid utländskt institut (universitet, forskningslaboratorium etc) under erfaren forskares ledning.

Följande områden har prioriterats för perioden:

KEMISKA HÄSLORISKER

inom i första hand områdena industriell toxicologi, mätteknik (provtagnings- och analysteknik), eliminationsmekanik eller motsvarande. Stipendierna är företrädesvis avsedda för kemister och biokemister med teknisk, medicinsk eller naturvetenskaplig bakgrund.

ARBETSOLYCKSFALL

som ett led i ASFs arbete att intensifiera ansträngningarna för bekämpning av olycksfall i arbetslivet. Stipendiet är företrädesvis avsett för en inom området praktiskt skolad person med intresse för olycksfallsförebyggande åtgärder i arbetsmiljön eller en person med erfarenhet av egen forskning inom området (tekniker, beteendevetare, ingenjör eller liknande).

EPIDEMIOLOGI

Stipendiet avser företrädesvis en medicinare eller statistiker, gärna med erfarenhet av svenska register (cancerregistret, befolkningsregistret eller liknande) och med intresse för epidemiologiska frågeställningar.

ERGONOMI

Forskningsarbetet/studierna bör avse hur man på bästa sätt beaktar ergonomiska aspekter för att skapa goda arbetsförhållanden. Stipendiet är företrädesvis avsett för en person med ergonomiska, arbetspsykologiska eller arbetsfysiologiska kunskaper (ingenjör, beteendevetare, ergonom eller motsvarande).

* * *

Ansökan skall innehålla en beskrivning av studie- och/eller forskningsprogrammet — bakgrund, syfte och uppläggning inkl tidsplan samt förslag till vid vilket institut och under vems handledning arbetet skall bedrivas. Kontakt med de senare behöver ej tas förrän fonden återkommit med önskemål om fortsatt diskussion. Vidare bör också anges på vilket sätt sökande tänkt utnyttja de under stipendietiden erhållna erfarenheterna efter återkomsten till Sverige. Ersättning utgår för resor, uppehålle samt övriga kostnader som är förenade med vistelsen i utlandet. Till ansökan skall fogas betygsskrifter liksom förteckning över praktisk verksamhet, publicerade arbeten samt övriga handlingar som den sökande önskar åberopa. Ansökan skall vara fonden tillhanda så snart som möjligt och senast 1978-01-10. Ansökningshandlingar erhålles från arbetsarkyddsfondens kansli.

Kontakta gärna Carin Hultin om Du önskar ytterligare upplysningar.

Arbetsarkyddsfonden (ASF), Wenner-Gren Center, Sveavägen 166, 11 tr, 113 46 STOCKHOLM.
Tel 08/15 13 00