

Epidemi och information

Hongkonginfluensan var redan i januari på tillbakagång. Svårigheten vid rapporteringen har naturligtvis varit att skilja den från de för årstiden normala förkylnings-sjukdomarna.

I massmedia fick epidemin rent orimliga proportioner. I vissa tidningar rapporterades rubb och stubb — blindtarmar och benbrott, magsår och bronkit — som hongkong. Vid några tillfällen angavs siffror över antalet på sjukhus intagna hongkongpatienter som större än totala antalet sjukhusplatser i regionen.

Det är svårt att fatta vad sådant skall tjäna till. Vårt omtalade psykförsvaret borde kanske undersöka orsaker och verkningar av denna besynnerliga journalistik. Och den nye PO, allmänhetens pressombudsman, kanske kunde vädja till de tre-fyra redaktionschefer här i landet som i december månad under nattliga timmar beslöt sig för att det här med hongkong, det skall vi smälla upp! Det läser varenda kotte som har snuva!



Red: Sten Söderberg

Socialutgifternas stegring: 30-faldigande på 30 år

Sverige har genomgått en socialpolitisk reformperiod av enastående slag under det senaste halvsekle. Speciellt tiden efter andra världskriget har kännetecknats av en stor aktivitet på flertalet områden av sociallagstiftningen. Från 1940 till 1967 har tex socialutgifterna ökat från 742 miljoner till 20 218 miljoner kronor, skriver avdelningsdirektören vid statistiska centralbyrån Gustaf Holmstedt i en ytterst intressant artikel i *Socialnytt* (december 1969).

Det var en tid för inte så länge sedan som fattigvården var den dominerande hjälpformen inom socialvården i Sverige. Vid sjukdom, arbetslöshet och ålderdom måste den enskilde gå till fattigvården för att få till sitt uppehälle.

Annorlunda är det idag. Under det gångna halvsekle har vårt land genomgått en socialpolitisk reformperiod av enastående slag. Vid sekelskiftet befann sig den svenska socialpolitiken i sin linda. Den moderna socialpolitiken i vårt land inleddes bl a med en arbetsskyddslag (1889), en lag om statsbidrag till sjukkassor (1891), en olycksfallsersättningslag (1901) och lagar om fosterbarns vård (1902). Men fattigvården — sådan den nu var — och sjukvården var de dominerande formerna av social hjälpverksamhet.

Kostnaderna för reformerna

under de två första decennierna under 1900-talet ter sig skäligens blygsamma. Under decenniet 1910—1919 genomfördes dock en del betydelsefulla reformer, som innebar en socialpolitisk islossning och efterhand ledde till ökade kostnader. En effektivare arbetarskyddslag tillkom 1912 och en hjälpverksamhet för arbetslösa 1914, varjämte socialförsäkringen organiserades på en frivillig sjukförsäkring, en olycksfallsförsäkring (ny lag 1916) och allmän pensionsförsäkring (beslutad 1913). Skedet avslutades med en betydelsefull fattigvårdsreform (1918) och tillkomsten av en lag om åtta timmars arbetsdag (1919).

Först under 1920-talet började socialutgifterna på allvar gå i höjden. Det var framför allt sjukvården, folkpensioneringen, fattigvården och arbetslösheten, som medförde kostnadsstegringar. För övrigt rådde under detta decennium en viss återhållsamhet i den sociala reformpolitiken; barnvården omorganiserades emellertid 1924.

Verklig fart tog det sociala reformarbetet först under 1930-talet. Under den ekonomiska depressionen i början av 1930-talet ökades kostnaderna för bl a arbetslösheten. År 1931 ökades statsbidragen till sjukkassorna och 1934 tillkom den statsunderstödda arbetslöshetsförsäkringen. Vid mitten av 1930-talet började den moderna bostadspolitiken kräva stora anslag. Dessutom tillkom en del befolkningspolitiska åtgärder.

Tiden efter andra världskriget har kännetecknats av en stor aktivitet på flertalet områden av sociallagstiftningen. De största kostnadsstegringarna har föranletts av folkpensionsreformen och de allmänna barnbidragens införande 1948, sjukförsäkringsreformen 1955 och tjänstepensionernas införande (trädde i kraft 1960 och utbetalades fr o m 1963).

Dolda siffror

Förändringarna i socialvårdens omfattning kan belysas av statistiken över socialutgifterna. Den har dock sin begränsning. Det är nämligen mycket inom vår socialpolitik, som inte kan mätas i pengar och därför aldrig kommer in i kalkylen. Detta är fallet med de stora poster i den allmänna socialpolitiken, som utgörs av de förmåner, vilka tillkommer arbetare och anställda genom bl a la-

garna om normalarbetsdag och semester. Samma är förhållandet med arbetsgivarnas utgifter för skyddsanordningar och hygieniska inrättningar vid företagen. Dessa utgifter är inte kända till sin storlek och kommer därför aldrig in i någon social budget. Använder man socialutgifterna som mätare på socialvårdens omfattning får man alltså göra reservationer för sådana begränsningar. I allmänhet är siffrorna i det följande beräknade i underkant.

Socialmedicinsk tidskrift drar här samman Holmstedts utgiftstabell och meddelar endast socialutgifternas storlek per invånare. Siffrorna inom parentes är kron-talen omräknade i 1938 års penningvärde. 1940: 117 kronor (107), 1945: 211 (159), 1950: 380 (249), 1955: 659 (337), 1960: 1 018 (435), 1965: 1 870 (670), 1967: 2 570 (829).

1950 representerade socialutgifterna 10,4 procent av nationalinkomsten. 1967 hade detta procenttal stigit till 20,4.

10 krav på arbetsmiljön

Effektiviteten får inte köpas med eftergifter ifråga om kraven på en riskfri arbetsmiljö, heter det i SAP:s och LO:s handlingsprogram för en bättre arbetsmiljö. Programmet har utarbetats av en arbetsgrupp med representanter för SAP och LO. Ordförande i gruppen har varit socialminister Sven Aspling, skriver LO:s Fackföreningsrörelsen nr 26/69.

Det här är huvudpunkterna i programmet:

1. Ett effektivt arbetarskydd är en förutsättning för trygghet på arbetsplatsen. De rester av det gamla klassamhället som lever kvar i dåliga arbetsmiljöer måste undanröjas. Arbetarskyddet måste fortlöpande anpassas efter den tekniska utvecklingen och de nya hälsorisker och påfrestningar som de anställda utsätts för i det moderna arbetslivet.

2. En genomgripande översyn av arbetarskyddslagstiftningen

måste ske för att öka skyddet för de anställdas säkerhet och hälsa. Arbetarskyddslagen ska ge grund för förstärkta insatser mot hälsofarliga arbetsmiljöer.

3. Arbetstiden måste förkortas. 40-timmars arbetsvecka skall vara helt genomförd den 1 januari 1973.

4. Arbetarskyddsstyrelsen måste ges ökade resurser. Arbetet inriktas alltmer på förebyggande åtgärder, upplysning och service.

5. Yrkesinspektionen måste förstärkas och ges större möjligheter att kontrollera miljöförhållandena på arbetsplatserna.

6. Företagshälsovården måste målmedvetet byggas ut som en viktig del av arbetarskyddet.

7. Arbetsmedicinska institutet förstärks. Bl a utbyggs dess arbetspsykologiska verksamhet. Fler yrkesmedicinska sjukhusenheter inrättas för undersökning, behandling och service.

8. Genom införandet av en arbetarskyddsavgift ges ökat stöd åt forsknings-, informations- och utvecklingsarbete.

9. Det lokala arbetarskyddet förstärks. Verksamheten förankras på arbetsplatsen och skyddsombudens ställning stärks.

10. Det skolningsarbete av skyddsombud och andra skyddsengagerade som bedrivs av Arbetarskyddsnämnden och av andra organ ges ökad omfattning och ökat stöd.

Gott initiativ för hörselskadade

En ny serviceidé för hörselskadade har lancerats i Kristianstads län och provas nu sedan början av november, meddelar *Auris*, organ för Hörselfrämjandet. De hörselskadade förses med ett kort på vilket texten "Jag hör inte så bra" är tryckt. Kortet, försett med foto och namnteckning, kan överlämnas i postens och försäkringskassans expeditionsluckor när de hörselskadade har ärende dit — detta för att underlätta kontakten med personalen.

Viktigt 25-årsminne

I år firar vi 25-årsjubileet av den första kliniska användningen av para-amino-salicylsyra (PAS) och streptomycin vid tuberkulos, skriver dr Kjeld Törning, Köpenhamn, i häfte 4/69 av den kvartalskrift som utges av *Svenska nationalföreningen mot hjärt- och lungsjukdomar*. Början gjordes i Sverige, där den första tuberkulospatienten i mars 1944 behandlades med PAS, som med ett biologiskt resonemang som utgångspunkt introducerats av *Lehmann*. Behandlingen fortsatte i USA, där streptomycin, som upptäckts av *Waksman*, tack vare *Feldmans* och *Hinshaws* klassiska undersökningar på marsvin kunde ges till tuberkulossjuka i november samma år.

PAS blev under några år med all rätt ställt i skuggan av streptomycin, som visade sig kunna bringa den mest elakartade formen av tuberkulos, hjärnhinneinflammation, till läkning, men medlet svek vid kronisk lungtuberkulos. Om det inte hade fått stöd av andra läkemedel, skulle streptomycin — ur allmän hälso-synpunkt — varit av måttligt värde i tuberkulosbekämpandet. Orsaken till den otillfredsställande effekten var kemoresistens. När det visade sig att PAS kunde förebygga denna resistens och att kombinationsbehandling med bägge läkemedlen kunde bota också långt framskridna fall av lungtuberkulos, hade PAS förtjänat mera uppskattning än som kommit det till del.

Sedan denna första tid har vi fått isoniazid och flera andra verksamma läkemedel. Sedan några år har vi vetat att en riktigt genomförd kombinationsbehandling kan inaktivera också de svåraste fallen av tuberkulos. I några av världens rika länder har sjukligheten och dödligheten sjunkit till så låga siffror att tuberkulosen mångenstädes anses vara ett löst problem. Detta är en farlig missuppfattning. Tuberkulosen är ett globalt problem och det har måhända aldrig funnits mera tuberkulos på jorden än nu. Vad som ökar situationens allvar är att rapporter från många av des-

sa länder där tuberkulosen är utbredd, visar ett oroande högt antal fall av primär kemoresistens, speciellt gentemot isoniazid. Följden blir att detta läkemedel, som med hänsyn till effektivitet, billighet och låg toxicitet är det bästa av alla, har förlorat sitt värde där det bäst behövs.

Slutmålet kan bli svårare att nå än yttre rymden, slutar dr Törning.

Klimatförsök i Göteborg

Arbetssterapeuten Anita Gillner refererar i *Arbetssterapeuten* (nr 10/69) den vetenskapliga klimatundersökning som Spri har igångsatt under ledning av professor Hans Ronge.

På Vasa Sjukhus i Göteborg har iordningställt ett sk klimatrum. Detta är ca 30 kvm och ser ut som ett normalt vådrum med plats för 4 sängar. Rummet är helt inbyggt i sjukhusbyggnaden så ingen vägg är egentlig yttervägg, därmed kan man dirigera graden av värme, kyla etc som den "tänkta ytterväggen" skall avge i förhållande till andra klimatkriterier i rummet. Vidare kan luftfuktighet, temperatur och luftcirkulation varieras och man skall då kunna bedöma olika patienters känslighet för värme, kyla och drag. Dragkänsligheten har betydelse i samband med ventilationen och placeringen av luftintagen. Den luft som blåses in i rummet går genom två filter, tre luftvärmare, luftkylare och luftfuktare. Luftmängden kan variera från 1 200 kubikmeter per timma och nedåt — normalvärde för ett vådrum nu är ca 300 kubikmeter per timme.

När det gäller belysning skall man försöka få fram lämpligt individuellt ljus för patienten samt lämplig arbetsbelysning för läkare och övrig personal. Som exempel kan nämnas att läkare måste kunna urskilja symptom på gulsot, färgförändringar hos hjärtpatienter etc.

I laboratoriet skall också undersökas effekterna av buller under sömn samt fysiologiska förändringar i samband med suggestionsterapi.

Normalbegåvade analfabeter i Sverige

Ur *Svensk handikapp-tidskrift* nr 11—12/69 klipper vi:

Att det fortfarande finns normalbegåvade analfabeter och andra med dålig grundskoleutbildning bland rörelsehindrade är absolut ingen nyhet för oss, säger kanslichef Nils Wallin, De Handikappades Riksförbund med anledning av den utredning som presenterats av en forskningsgrupp i Göteborg. Vi har redan tidigare konstaterat att så är fallet och vi har många gånger och i många olika sammanhang sagt ifrån att utbildning snabbt måste ordnas för denna grupp. Redan i juni 1966 alltså för snart fyra år sedan, gjorde vi en uppvaktning hos Skolöverstyrelsen där vi begärde att man omedelbart skulle sätta igång undervisning för en grupp på ungefär ett hundra rörelsehindrade med bristfällig grundskoleunderbyggnad. Vi kunde redovisa en förteckning över dessa hundra handikappade och kunde inte se något som hindrade att man omedelbart tog upp undervisningen.

Men det beklämmande i handikappsammanhang är att allt måste göras så utredande och vetenskapligt. Trots att vi kunde visa upp ett klart och trängande behov kunde man tydligen inte tillmötesgå det förrän en forskargrupp bekräftade det. Under tiden har fyra år gått av dessa handikappades liv utan att de kunnat komma ett steg i den utbildning som är nödvändig för att de ska kunna närma sig en mer normal och aktiv tillvaro. Det är en skandal och den blir inte mindre av att dessa handikappade själva inget högre önskat än att få fullfölja sin skolgång. De har ofta varit i kontakt med oss och uttryckt sin förtvivlan över sin situation.

Nu måste något hända omedelbart. Vi kommer inte att acceptera mer utredande av den här frågan förrän undervisningen har kommit igång. Och det måste bli nu. Dessa handikappade har fått vänta länge nog.

Fruktrådet — nytt PR-organ

Det "färskaste" av våra många "råd" är Fruktrådet, en informations- och PR-organisation som presenterades i december i fjol. För säkerhets skull hade man engagerat en näringsfysiolog, docent Björn Isaksson i Göteborg, som betygar fruktens viktiga roll i folkkosten. Han slutar med denna tånvärdhet:

Av statistiken framgår att fruktkonsumtionen i vårt land ökade fram till år 1966 för att sedan mattas av. Det talar verkligen för behovet av ett Fruktråd som på ett PR-mässigt sätt men inom saklighetens ram kan vända utvecklingen. Från näringsfysiologiskt håll finns all anledning önska Fruktrådet lycka till i den missionen.

Vi instämmer och kan tillägga (utan att vara engagerade för att säga det) att frukt är mycket gott också.