

acceptera merkostnaderna för en sådan personal, samt den dock avgörande frågan, om den stora mängd läkare kommer att minska, som uppenbarligen ser negativt på konsulenternas verksamhet. Ej heller härom är jag övertygad.

Av den anförda debatten och av mina egna enkätsvar framgår med önskvärd tydlighet, att förändringar är påkallade beträffande den både för industrin och läkarkåren viktiga verksamhet som består i personliga kontakter mellan de båda parterna. Dessa förändringar synes mig snarare böra vidtagas beträffande själva organisationsformerna än beträffande konsulenternas utbildning. Diverse förslag till en sådan omorganisation har också framförts, när det bl. a. yrkats på att läkemedelskonsulenternas besök och resplaner bör samordnas genom överenskommelse mellan företagen, att konsulentbesöken inskränkes till klinikerna samt att grupper av läkare samtidigt informeras. För min del finner jag mycket positivt i sådana förslag, men kanske just gruppinformationen bör bli föremål för en noggrann utredning och organisation, varvid LIF, RUFİ (de svenska och utländska företagens organisationer), läkarförbundet, medicinalstyrelsen och de medicinska utbildningsanstalterna synes böra samarbeta. Vart en sådan utredning kan föra är för tidigt att uttala sig om, men det förefaller troligt att en kommande organisation för läkemedelsinformationen på ett

eller annat sätt bör knytas till redan befintliga organisationer, såsom universitetsklinikerna, större sjukhus utanför universitetsstäderna och läkarföreningarna. F. n. håller den medicinska vidare- och efterutbildningen i vårt land på att organiseras. Det är möjligt, att även läkemedelsinformation kan komma att utgöra ett lämpligt ämnesområde för denna. En förnuftig och klok organisation av informationsverksamheten och ett ändamålsenligt utnyttjande av denna organisation kommer säkerligen att bli till gagn för båda parter, läkemedelsindustrin och läkarkåren.

Litteratur:

- Bejerot, N.: Svensk läkemedelsreklam 1961 — en deskriptiv kvantitativ studie. Sv. Läk.tidn. 1964:672.
Eidhagen, R.: Läkemedelsinformation och reklam. Sv. Läk.tidn. 1963:3239.
Frisk, R.: cit. efter Eidhagen.
Lagercrantz, R.: Läkarnas vidareutbildning. DN 21.5 1963.
Lindén, K.: Några kommentarer till Folke Ludins artikel, "Läkemedelsindustrier och läkemedelsreklam". Sv. Läk.tidn. 1963:2739.
Myhrman, G.: Nya vägar för läkemedelsreklamen. Sv. Läk.tidn. 1963:825.
Rydström, B.: Förstatligad läkemedelsindustri ad mod. Ludin samt några tankar om läkemedelsreklam. Sv. Läk.tidn. 1963:3935.
Werkö, L.: Nya läkemedel. Inledning av debatten vid Sveriges läkarförbunds riksmöte 1963. Sv. Läk.tidn. 1963:3192.
Werkö, L.: Läkemedlens marknadsföring. Inledning av debatten vid Sveriges läkarförbunds riksmöte 1963. Sv. Läk.tidn. 1963:3238.
Östberg, H.: Läkemedelsinformation Sv. Läk.tidn. 1963: 3251.

Dödligheten i Sverige¹⁾

Av med. kand. Jan Thorson, Stockholm

Dödligheten beskrivs på olika sätt, t. ex. genom det allmänna dödstalet (kvoten mellan antalet

dödsfall och medelfolkmängden ett visst år multiplicerad med 1 000) och på motsvarande sätt för olika ålders- och andra befolkningsgrupper. Återstående livslängder vid olika åldrar och den

¹⁾ Artikeln föranledd av en monografi av med. dr Tage Larsson.

orsaksspecifika dödligheten är andra vanliga sätt att beskriva dödligheten.

Till förändringar av mortalitetsfrekvensen bidrar många faktorer av medicinsk, social och klimatisk natur. Att bestämma den mortalitetssänkande effekten av t. ex. sulfans, penicillinets eller de effektiva blodtryckssänkande medlens införande blir därför svårt. Ytterligare försvårande verkar att en över- eller underdödlighet i sig själv minskar respektive ökar dödligheten under en senare period genom att riskgrupperna minskar alternativt ökar i storlek. Effekten av olika mortalitetsförändrande faktorer måste bedömas både med avseende på dödstal och återstående livslängder för olika åldersgrupper före och efter den aktuella tidrymden.

Sverige har ju genomgått en snabb utveckling mot ökat välbstånd, urbanisering och omfattande hälso- och sjukvård. Samtidiga förändringar av landets dödlighetsförhållanden är därför av stort intresse. En undersökning av dessa i relation till samhällsutvecklingen har utförts av Tage Larsson och resultatet är publicerat i en bok, "Mortality in Sweden". Boken ger en förnämlig orientering om den svenska dödlighetsstatistiken och diskuterar de felkällor som kan göra slutsatser på basen av råstatistiken våghalsiga.

Full sysselsättning, arbetstidsreglering, förbättrad hälso- och sjukvård, ökad andel gifta, pension och socialhjälp är några faktorer som bidragit till att sänka dödstalet för folket med 90—50 % för åldrarna 2 till 50 år sedan seklets början. Under samma tid har den beräknade medellivslängden för nyfödda ökat från 55 till 73 år. De förbättrade levnadsförhållandena har emellertid medfört att ett större antal klena och sjuka når hög ålder, varför åldringarnas dödlighet avtagit mindre markant. Dödligheten för 0—1-åringar har minskat från 1 150 på 10 000 barn i början av seklet till 200 1962. De miljöbetingade orsakerna har i hög grad eliminerats, de genetiska faktorerna får ökat inflytande. Detta visar sig också genom att dödsfall bland spädbarn i allmänhet inträffar snarare efter förlossningen nu för tiden än förr.

Industrialisering och urbanisering har medfört brytning av isolaten på landsbygden. En spridning av de vanligen svaga anlagen för allvarliga sjukdomar och de troligen relativt dominanta anlagen för långt liv har ägt rum och säkert väsentligt bidragit till förbättringen av landets dödlighet. Risk finns för en ny isolatbildning genom selektiv utflyttning av de mest arbetsföra, men en landsbygdsinriktad lokaliseringspolitik kan hindra en sådan utveckling.

Dödsorsaker registreras i Sverige numer enligt en av WHO rekommenderad klassificering, för vilken en ledande princip är att bara *en* primär dödsorsak skall anges. Det underlättar den statistiska bearbetningen men kan te sig onaturligt beträffande t ex dem som dör av ålderdomssvaghet och kan ha många konkurrerande dödsorsaker. Dödsorsaken senilitet har minskat starkt enligt statistiken, men man kan ställa sig tveksam till om den ökade specificeringen har medfört en riktigare beskrivning av dödligheten nu än tidigare.

Kärl- och tumörsjukdomar och sjukdomar i centrala nervsystemet svarar för majoriteten av dödsfallen i Sverige. Bland centrala nervsystemets sjukdomar är hjärnblödning den dominerande diagnosen, vilket verkar förvillande. Denna diagnos borde riktigare ingå under gruppen kärlsjukdomar, med vilka den etiologiska släktskapen säkert är större.

Det är allmänt känt att de ovannämnda sjukdomsgrupperna ökar i omfattning och att många människor räknar med större risk att ådra sig någon av dem nu än förr. I den utsträckning dessa sjukdomar är beroende av ärftlig disposition sammanfaller den ökade risken att drabbas av dem ungefär med chansen till längre liv, som ju är betydligt större nu än förr. I de höga åldrarna har risken alltid varit stor, skillnaden mellan förr och nu är här liten.

Dödsfall på grund av lungcancer ökade från 1951—55 till 1956—60 med 47 % för män och 19 % för kvinnor. Dessa ökning torde främst förklaras av förbättrad diagnostik, t ex en i det närmaste fördubblad obduktionsfrekvens

1960 i jämförelse med 1951 och noggrannare redovisning. Avtagande feldiagnostik av lungcancer som lungtbc kan t. ex. tänkas spela en väsentlig roll. Betydelsen av rökvanornas ökade utbredning och den försämrade luften är svår att uppskatta. (Se även Widén, "Ökar dödligheten i cancer?", Läkartidn. nr 8 1965).

Årligen inträffar i Sverige ca 1 300 självmord, varav ca 1 000 begås av män. I städer är frekvensen 28 % högre för män och 54 % högre för kvinnor än på landsbygden. Dessa skillnader mellan könen och bostadsorterna är väl säkerställda men föga belysta i litteraturen. Intressant är att den oftast angivna delorsaken till självmordsförsök bland manliga självmordskandidater i Stockholm som räddats till livet är spritmissbruk. (I vilken utsträckning spritmissbruket kan anses som orsak till respektive delsymptom på det insufficienstagande som lett till självmordsförsöket kan dock ej bestämt avgöras.) Bland kvinnor är störningar i personliga relationer av sexuell, äktenskaplig eller liknande art oftast angivna delorsaker, men eget och makens spritmissbruk är också vanliga. (Ettlinger, Flordh, Acta psych et neurol, suppl 103, 1955).

I Sverige och Danmark är den årliga självmordsfrekvensen 16—17 per 100 000 invånare och i Norge 7—8. Detta förhållande har en amerikansk psykoanalytiker ägnat ett omfattande forskningsarbete som resulterat i slutsatser om olikheter i attityder till modern, hustrun och yrket mellan männen i Danmark, Norge och Sverige. Med de konstaterade skillnaderna har han sedan försökt belysa olikheterna i självmordstalen. (Hendin, "Suicide and Scandinavia"). Från statistiska centralbyrån förklarar man skillnaden som helt beroende på olikheter i registreringen av dödsorsaker, t. ex. förgiftningar som olycksfall oavsett om det gäller självmord i Norge. (v. Hofsten, Dödsorsaker 1962).

I gruppen 0—29 år orsakas 30—40 % av dödsfallen av olycksfall, främst trafikolyckor och drunkning. Dock finns en tendens till minskning för gruppen 0—14 år, och 20 % färre dödsfall på grund av olycksfall bland pojkar och

10 % större bland flickor registrerades 1961 än 1956.

Om dödligheten i Sverige avtar lika starkt under perioden 1960 till 1980 som under de två föregående decennierna kommer antalet personer i befolkningen över 75 år att öka med 85 % från 310 000 1960 till 570 000 1980. Denna mycket troliga utveckling kommer att ställa sjukvården inför stora vårdbehov, som motiverar en snar intensifiering av geriatrisk forskning och sjukvård. Problemen börjar ju redan bli brännande, främst på landets medicinkliniker.

Förkylningar och influensaepidemier är starkt mortalitetsstegrande faktorer genom den relativt svaga motståndskraften i de högre åldersgrupperna. Under gynnsamma månader svarar influensa och dess återverkningar på andra sjukdomar för mindre än 5 % av dödsfallen men kan under infektionstider stiga till ca 20 %. Framtida eventuella bredspektrumdroger mot virus men även hälsoupplýsning till riskgrupper, exempelvis äldre med kranskärslsjukdomar, borde kunna inverka avsevärt mortalitetssänkande.

Som ännu angelägnare framstår att förhindra olycksfall i de yngre åldrarna. Den mortalitets-sänkning som kan åstadkommas här har långvarig och produktiv effekt, kanske inte minst genom den reduktion av gruppens totala sjuklighet som borde uppnås samtidigt. I motsats till influensan bland gamla är olycksfall bland yngre säkert en huvudorsak till gruppens sjuklighet.

Landsbygdens sjukvårdsbehov, speglat av mortalitetsförhållandena tycks i första hand gälla ökad diagnostik av tumörer, högt blodtryck och sockersjuka samt rutinmässig kontroll av de senare sjukdomarna. För städernas del talar högre självmordsfrekvens men också ett i de största städerna säkert större alkoholproblem främst för ett otillräckligt fyllt behov av psykiatrisk rådgivning och behandling. Ett intressant förhållande är att antalet läkarbesök per individ och år är närmare dubbelt så stort i Stockholm som på landsbygden. I vilken utsträckning detta speglar ett större sjukvårdsbehov i storstäder än på landsbygden och vilken roll de psykiska sjukdomarna spelar därvidlag syns vara viktigt att få belyst.