



FRÅGOR FÖR DAGEN

FN-hjälp till enskilda stater med familjeplanering

Ett antal länder har svarat på den rundfråga som FN gjort om vilka problem de ställts inför med hänsyn till den ekonomiska utvecklingen och befolkningsförändringarna. Det framgår bland annat att det i Sovjetunionen inte förekommer någon propaganda för användning av preventivmedel för att påverka födelsetalen. USA skulle motsätta sig varje försök att föreskriva något land vilka medel som skulle tillämpas för att klara dess befolkningsproblem, men rekommenderar att FN och andra internationella organ på de enskilda staternas begäran skall ge råd, när det gäller att sprida upplysning om familjeplanering. FN bör ge bistånd till en effektiv hälso- och socialvård som kan spela en viktig roll i familjeplaneringsarbetet.

Sovjetunionen rapporterar att landet inte har några problem att hålla jämna steg mellan ekonomisk expansion och befolkningsstillväxt. Regeringen är intresserad av en ökning av landets befolkning, eftersom den anser att en befolkningsstillväxt utgör en av de viktigaste förutsättningarna för ett ständigt ökat välbstånd åt alla samhällsmedlemmar.(1)

I Sovjetunionens svar påpekas det också, förutom vad som nämnts

om preventivmedlen, att aborter endast är tillåtna för att skydda kvinnornas liv och hälsa.

Förenta staterna framhåller att en fördubbling av landets befolkning mellan 1910 och 1963 inte hindrat en betydande höjning av levnadsstandarden, eftersom bruttonationalprodukten i det närmaste femdubblats. Regeringen bedömer optimistiskt möjligheterna att genom en fortsatt förbättring av den ekonomiska kapaciteten klara en avsevärd befolkningsstillväxt i framtiden.

Chile, Guatemala och Förenade arabrepubliken kan placeras på den förteckning över utvecklingsländer som enligt regeringarnas bedömande har stora ekonomiska och sociala svårigheter som hänger samman med folkmängdens ökning. Cypern däremot har inte några sådana svårigheter. Den naturliga befolkningsökningen har varit relativt moderat under senare år, ca 1,5 procent per år.

Låg spädbarnsdödlighet och hög levnadsålder i Norden

Flickor som föds i Sverige i dag kan se fram emot att i genomsnitt leva 75 år. Pojkarnas förväntade livslängd är inte fullt så lång, men överskrider 70 år i Danmark, Island, Norge och Sverige.

Trots att dödligheten bland spädbarnen sjunkit över hela världen är det en stor skillnad i fråga om de lägsta och högsta mortalitetstalen olika länder emellan. Sverige ligger lägst med 15 dödsfall per 1.000 levande födda, därefter kommer Nederländerna med 15,8, Island med 17, Finland med 18, Nya Zeeland med 19,6 etc. På Haiti är barnadödligheten så hög som 180 promille, i Turkiet 165 och i Burma 139. Av de tabeller som finns intagna i "Demographic Yearbook" framgår att nyfödda flickor i Sve-

rige uppnår 75,3 års ålder i genomsnitt, i Island 75 år, i Nederländerna 74,8, i Norge 74,7, i Frankrike 74,1 och i Storbritannien 74. I Danmark är den beräknade livslängden 73,7 år och i Finland 71,5 år. Pojkarna har från födelsen den statistiskt längsta levnadsåldern i Sverige med 71,5 år. Därefter följer Nederländerna med 71,4, Norge med 71,1, Danmark med 70,3 år.

De besked om den statistiska livslängden som nu föreligger och som klart utvisar en väsentlig differens mellan förväntad ålder hos män och kvinnor har föranlett de svenska livförsäkringsbolagen att omreglera sina tariffer så, att försäkringspremierna för kvinnor nu kunnat sättas lägre än för manliga försäkringstagare.

Ungdomsbrottsligheten angår hela samhället

Eftersom en ung människa inte blir brottsling på en natt utan som en följd av en lång och invecklad reaktionskedja är det inte lätt att formulera en realistisk plan för att lösa ungdomsbrottsligheten, heter det i en ny undersökning om ungdomskriminaliteten som framlagts av Unesco. Det framgår dock klart av många studier, rapporter och undersökningar, att brottsligt beteende är något som angår hela samhället och inte bara skola, kyrka, domstolar eller sociala organ.

Sådana åtgärder som utgångsförbud på kvällarna, hinder för biobesök eller stängning av en danslokal har inte med det verkliga problemet att göra och ger för det mesta föga resultat, framhåller Unesco-undersökningen ("Juvenile Delinquency: A Problem for the Modern World" av William C. Kvaraceus).

Även de mest välmående försök att reducera brottsligheten kan misslyckas om man saknar två nödvändiga ting: pengar och kunskaper. Varje insats bör grundas på en ingående kunskap om brottslighetens orsaker. Samhället bör ha tillgång till fakta om ungdomarnas situation och om den enskilde som visar brottsliga tendenser eller redan har överträtt lagen.

Där det finns en stark vilja att hjälpa brottslingen och där man dessutom har kunskaper om den brottsliga handlingens innebörd och följder, kommer man att få lovande resultat när det gäller att stoppa och förebygga kriminaliteten.

Ett av de främsta skälen till vår oro över ungdomsbrottsligheten är fruktan för fortsatt brottslighet senare i livet. Man har påpekat att ett mycket stort antal av dem som sitter i fängelse har påbörjat sin kriminella verksamhet före 13 års ålder. Vi måste därför samtidigt verka i två riktningar, heter det i Unescos rapport: dels omedelbar hjälp till dagens brottslingar, och dels forskning för att nå fram till effektiva metoder för att upptäcka och hjälpa de ungdomar vars beteende kan leda till lagöverträdelser. Samtidigt bör vi skaffa kunskaper om varför vissa barn tenderar mot brottslighet.

En sådan forskning förefaller att utesluta lekmannen. Den kommer att genomföras av experter och studeras av experter. Men detta bör inte avskräcka någon från att genom läsning skaffa kunskaper på egen hand. Alltför ofta grundar man sitt vetande om brottsligheten på vad man sett i tidningar eller i filmer där brottslingen framställs stereotypt förenklad.

En brottsling behöver varken vår indignation eller vår sentimentalitet. Han behöver framför allt vad så många vuxna aldrig uppnått: kunskap om vem han är och vad han med andras hjälp kan bli.

Vart femte trafikoffer räddas med snabb hjälp

Av de över 100.000 människor som årligen omkommer vid trafikolyckor över hela världen skulle 20.000 kunna räddas genom bättre första hjälp och vård under transporten till sjukhus, heter det i en artikel i Världshälsoorganisationens officiella tidskrift WHO Chronicle.

Trafikdöden fortsätter att kräva allt fler offer, trots förebyggande åtgärder — förbättring av vägarna, säkerhetsanordningar i bilarna och propaganda mot vårdslös körning. Man måste då göra klart för sig att de omkomnas antal skulle kunna minskas med 20 procent om man gav snabb och riktig hjälp till de skadade.

Eftersom en läkare vanligen inte finns på olycksplatsen måste både allmänheten och ambulansförarna undervisas i första hjälpen. Inte alla läkare är för övrigt utbildade speciellt för olycksfall av detta slag.

Skador i huvudet är de vanligaste vid trafikolyckor — frekvensen är 50 till 80 procent, och bröstskador förekommer i 10 till 40 procent av fallen. Båda typerna av skador inverkar på andningssystemet och de iakttagelser man gjort i flera europeiska länder visar hur viktig dödsorsak tilltänkta andningsvägar är.

Inblåsningsmetoden anses nu av de flesta sakkunniga vara den bästa metoden för konstgjord andning. Den är så enkel att den kan utföras av ett barn. Konstgjord andning, åtgärder för att stoppa blodflöde och för att motverka chock är enkla men betydelsefulla ingripanden som om de görs omedelbart kan rädda många liv. Ännu fler skulle kunna räddas om det fanns fler människor som hade utbildning i första hjälp.

Dessa slutsatser framkom vid en expertsammankomst som anordnats

av WHO:s regionalkontor för Europa i Köpenhamn. Mötet rekommenderade att alla som tar körkort också skall få undervisning i första hjälpen.

Allmänna sjukkassor

Riksförsäkringsverkets redogörelse för de allmänna sjukkassornas verksamhet 1962 har nu utkommit. Från den 1 januari 1962 utgjorde antalet allmänna sjukkassor 29, vardera omfattande ett län eller en stad. Antalet sjukvårdsförsäkrade utgjorde 5.796.650, antalet grundsjukpenningförsäkrade 4.648.807 och tilläggssjukpenningförsäkrade 3.059.884. De försäkrades medelålder var 45,2 år, med en tämligen jämn fördelning under åren från 20 till 59, därefter minskande antal.

Männen var till 53,8 procent placerade i de tre högsta sjukpenningklasserna (11—13) medan för kvinnorna nära 38 procent befann sig i den lägsta sjukpenningklassen, 1. Från 1961 till 1962 har genomsnittssjukpenningen för män ökat med 0,50 kronor per dag och för kvinnor med 0,60 kronor.

Det genomsnittliga antalet sjukdomsfall per 100 av samtliga sjukpenningförsäkrade medlemmar var 52,4, något högre än år 1961. För medlemmar med tilläggssjukpenning, klass 2—13, var frekvensen 62,5. Läst var sjukfallsfrekvensen i klass 1, nämligen 29,2, och stiger därefter för att nå sitt högsta värde, 78,7, i sjukpenningklass 10. Därefter sjunker frekvenstalet och är 53,6 i den högsta sjukpenningklassen. Det högsta frekvenstalet, 102,2 sjukdomsfall per 100 medlemmar, uppvisade kvinnor i sjukpenningklass 10 i storstadskassorna. Totala antalet sjukdomsfall i sjukpenningklasserna 1—13 utgjorde 2.435.874, en ökning med nära 100.000 från föregående år. Den säsongsmässiga variationen visar att

lägsta värde är juli på 168.000 medan toppvärdena ligger under månaderna januari—mars med 330.000 i mars. Antalet sjukdagar per sjukdomsfall är genomsnittligt 24,5 med variation från 38 dagar i sjukpenningklass 1 för män ner till 18 dagar i sjukpenningklass 13 för kvinnor.

Antalet sjukhusvårdsdagar som ersatts av sjukförsäkringen uppskattas till cirka 15,5 milj., varav 8,6 milj. ingår i dagar för vilka sjukpenning även utgivits, 5,4 milj. sådana dagar för vilka sjukhusvårdersättning enbart utgått och 1,5 milj. gäller försäkrade barn. Moderskapspenning utgavs till 107.660 stycken.

Inkomsten för alla sjukförsäkrade var sammanlagt 1.315.767.993 kronor. Av utgifterna har 643.000.000 kronor avsett obligatorisk sjukpenningförsäkring, 71.900.000 kronor moderskapspenning, 311.000.000 kronor sjukhusvård och förlösningssvård, 15.000.000 kronor sjukgymnastisk behandling m. m., 115.500.000 kronor läkemedelsutgifter samt 96.000.000 kronor förvaltningsutgifter.

Frivillig försäkring kan erhållas av företagare, hustrur och studerande, vilket sammanlagt begagnats av 250.372 personer.

Långtidsvården i Storstockholm

Redan 1962 års sjukhusplan för Storstockholm som antagits av stadsfullmäktige och landsting innehöll ett utbyggnadsprogram för sjukhusvården inom området, i första hand beträffande lasarett och mentalsjukhus. Vissa normer angavs visserligen för utbyggnaden av långtidsvården men ingen konkret plan.

Inom Storstockholms sjukvårdsberedning har sedermera en bear-

betning av planen för långtidsvården skett och ett program för denna utbyggnad och tillhörande poliklinikservice i offentlig regi framlagts.

Genom 1962 års sjukhusplan fastställdes att de medicinska klinikerna endast skall omhänderta akutfall.

Till akutsjukhusen skall förläggas särskilda kliniker för långtidsvård. Dessa skall ombesörja eftervård av fall från akutklinikerna, då längre tids omvårdnad är nödvändig och fallen alltför många för akutsjukhusens resurser. De geriatriska avdelningarna vid akutsjukhusen skall alltså fungera som utredningscentraler för alla långtidsfall inom sjukhusens upptagningsområden.

Annexsjukhus

Anslutna till lasarettorganisationen för långtidsvården skall inrättas enklare sjukhus som benämnes annexsjukhus. Dessa skall med dela långtidsvård av sådana fall som alltför många för akutsjukhusen på sjukhus men som inte kräver akutsjukhusets hela tekniska utrustning. Annexsjukhusen kommer att medföra en avlastning från akutsjukhusen. Å andra sidan skall annexsjukhusets patienter vid behov kunna remitteras till akutsjukhuset då mer ingående undersökningar behövs. Härigenom förväntas ett intimt samarbete mellan dessa sjukhus såväl organisatoriskt som administrativt.

Program för utbyggnaden av annexsjukhus

Utredningen talar om den storlek ett annexsjukhus av normaltyp bör ha för att såväl effektivitetssynpunkter som trivsel skall tillgodoses. För Stockholms stad har man härvid kommit fram till en norm av 250 platser. I Stockholms län med dess glesare bebyggelse räknar man med ett något mindre platsantal, i allmänhet 120—180 vårdplatser.

Dagvård

Man planerar också att till dessa sjukhus skall anslutas enheter på cirka 30 patienter, en för somatiskt och en för psykiskt sjuka, som medger dagvård. Dessa avdelningar skall i första hand ta hand om ett geriatriskt lättvårdsklientel av såväl somatiskt som lättare psykiskt sjuka i behov av viss medicamentell vård, psykoterapi, gymnastik, arbetsterapi m. m.

Läkarbesättning

Till annexsjukhusen anslutes läkare med specialistutbildning jämte allmänläkare i en omfattning beroende av upptagningsområdets storlek. För ett område med 50.000—60.000 invånare räknar man t. ex. 5 allmänläkare, 2 internister, 2 barnläkare, 2 kirurger och 6 andra specialister inom olika medicinska fack och med 2 i reserv. Man kommer alltså upp till ett antal av 18—20 läkare. Dessa tänkes stå till förfogande för den slutna vården, men skall även utöva öppen verksamhet, allt i huvudmannens regi. Det ser ut som om planen trots alla olägenheter avser utbyggnad av polikliniker!

Hälsövård vid annexsjukhus

I anslutning till de planerade annexsjukhusen skall lokaler förläggas för distriktssköterskor, för mödra- och barnavårdscentraler, barn- och ungdomspsykiatriska byråer etc.

Serviceavdelningar utrustas vid sjukhusen för röntgen, laboratorieändamål, arbetsterapi, fysioterapi och rehabiliteringsverksamhet i övrigt.

Utbyggnadsplan

Det framgår att Stockholms stads behov av platser som kan tillgodoses genom annexsjukhus år 1975 beräknas till cirka 2.800 och för länet 1.900. Tillgången på platser vid nu förefintliga sjukhus som kan inpassas i den blivande annexsjukhusorganisationen uppgår för

staden till 1.600 och för länet till 800 platser. Men många av dessa vårdplatser som i dag användes för långtidssjuka eller s. k. kronikerfall motsvarar inte de krav som måste ställas i en mera långsiktig plan. Därför tänkes de gamla vårdplatserna successivt bli utmönstrade och ersatta med nya.

För Stockholms stads del kommer jämte de nu tillgängliga platserna att i första hand byggas annexsjukhus i följande ordning: Högdalens sjukhus 224 platser, Farsta sjukhus 260 platser, Åkeshovs sjukhus 250 platser, Solberga sjukhus 250 platser, Sättra sjukhus 250 platser.

Till länets nuvarande 560 platser inom långtidsvården beräknas komma följande platser i annexsjukhus: Södertälje 110 platser, (fullt utbyggt 180), Botkyrka 180 platser, Österhaninge 180 platser, Nynäshamn 120 platser, Boo 180 platser, Lidingö 180 platser, Sundbyberg 110 platser (utbyggt till 220), Järfälla 180 platser, Sollen-tuna 180 platser, Knivsta 135 platser och Täby 180 platser, summa 1.735 platser.

Kostnaderna

De planerade annexsjukhusen med tillhörande öppenvårdsanordningar jämte inventarier och utrustning för stadens 1.400 platser beräknas till 115 milj. kronor. För länets 1.900 platser antas en kostnad på 170 milj. kronor. Priserna är uppräknade i förhållande till de i 1962 års sjukhusplan angivna med hänsyn till de erfarenheter som därefter vunnits.

Arbetskyddsverket behöver rustas upp

Inom LO verkar en kommitté med arbetskyddsfrågor på sitt program. Denna kommitté har nu kommit med krav på en skyndsam upprustning av arbetskyddsver-

kets resurser. Redan i förarbetena till 1949 års arbetskyddslagstiftning gjordes förslag om en betydligt bättre representation av den medicinska sakkunskapen i dåvarande arbetskyddsstyrelse och yrkesinspektion. Den förebyggande vården för mödrar och barn, för skolbarn liksom dispensärvården hade då organiserats och genomförts för länge sedan. Arbetskyddslagen av 1949 kom inte att realisera en del av de välgrundade förslag som gjorts. De nedskrevs betydligt. I stället har den frivilliga verksamheten och samarbetet mellan LO och arbetsgivarföreningen utgjort en väsentlig del av arbetskyddsverksamheten. Såväl inom det centrala ämbetsverket som i yrkesinspektionen ute i distrikten har personalresurserna varit bristfälliga och särskilt inom det medicinska området otillräckliga. LO:s kommitté föreslår nu som minimikrav, att en heltidsanställd, välkvalificerad läkare står till arbetskyddsverkets förfogande och att en deltidсанställd sakkunnig läkare skall finnas anställd inom varje inspektionsdistrikt. I sitt betänkande påpekar LO att den yrkeshygieniska avdelningen vid folkhälsoinstitutet är alltför bristfälligt utrustad för den kontroll som krävs inom arbetskyddsverksamheten.

Ungdomsvårdsskolorna 1963

Enligt meddelande från Statistiska Centralbyrån omhändertogs år 1963 1.072 pojkar av vilka 696 var nytillkomna för året. 556 flickor hade inskrivits under år 1963. Av dessa var 214 nytillkomna för året. Orsakerna till omhändertagandet har fördelats under åtta rubriker. I genomsnitt har flera faktorer, uppemot tre beträffande pojkarna och två och en halv för flickorna, varit orsak till samhällsvården. De intagna har i 12—14

procent varit allmänt svårfostrade. 25—30 procent har gjort sig skyldiga till skolkning i skolan eller förorsakat andra rubbningar i skolverksamheten. Nära 50 procent av pojkarna har gjort sig skyldiga till billån och 90 procent till andra egendomsbrott, flickorna i detta hänseende till 42 procent. Sexuell vanart har konstaterats hos nära 7 procent av pojkarna men i 53 procent hos flickorna. Misshandel hade 27 procent av pojkarna gjort sig skyldiga till. Vagabondering förekom också i 27 procent beträffande pojkarna men i 68,5 procent hos flickorna. Alkoholmissbruk har fastställts i drygt 35 procent bland pojkarna och 38 procent bland flickorna.

Av skolorna är 16 avsedda för manligt klientel som fördelar sig på 4 skolhem och 11 yrkesskolor, vartill kommer Lövsta som är en kombination av skolhem och yrkesskola. Av de 9 skolorna för kvinnliga elever är 8 yrkesskolor och 1 skolhem.

Antalet fastställda platser på ungdomsvårdsskolorna var vid utgången av 1963 1.049 mot 1.013 vid samma tidpunkt föregående år.

Läkarnas jour och jourkompensation på sjukhusen

Såväl vid avtalsförhandlingar som i samband med aktuella händelser har det förekommit anmärkningar mot sjukhusläkarnas jourförhållanden. Det har inte varit möjligt att med nuvarande organisation och bristande tillgång på läkare ordna kompensation i form av ledighet för den nattjänst och det ofta ihållande arbete som jourhavande läkare får utträtta sedan den normala arbetsdagen gått till ända. Nödig ledighet har inte kunnat beredas en läkare följande dag, ens om han varit upptagen av sitt ansvarsfulla arbete hela föregående natt.

Behovet av vila är förstås mest trängande för de grupper som är hårdast belastade under jourdyg-
nen.

De jourhavande läkarna vid kirurgiska kliniker vid delade lasarett och vid medicinska kliniker på större lasarett arbetar så gott som varje natt 5—6 timmar. Sådant nattarbete förekommer även i samma utsträckning vid enstaka tillfällen på röntgenkliniker, infektions-, barn-, anesthesiologiska avdelningar, lungkliniker och gynekologiska kliniker. Detsamma gäller även de mindre, delade lasarettens medicinska avdelningar och vid de odelade sjukhusen.

Kompensationsbehovet i form av ledighet dagen efter jourtjänst är i första hand ett underläkarproblem och i andra hand ett problem för biträdande överläkare.

En utredning ger vid handen att

av 130 underläkartjänster omkring 50 visar sig tillhöra den grupp som regelmässigt är i behov av kompenserande ledighet efter jour. Ytterligare 50 läkare behöver tidtals sådan ledighet, medan 30 sällan har så mycket jourarbete att ledighet till följd därav behöver utkrävas.

De utredningar beträffande jourtjänsten vid sjukhusen som nu drivas av huvudmän och befattningshavare har en svår uppgift att lösa. Icke förty väntas förslag till bästa möjliga lösning av problemet redan under denna höst.

Stipendier att söka

Europarådet ledigförklarar för år 1965 ett antal stipendier, avsedda för läkare, sjuksköterskor, sjukvårdsadministratörer och annan

personal sysselsatt inom den allmänna hälso- och sjukvården.

Stipendierna är avsedda att möjliggöra antingen studier av nya metoder eller deltagande i undersökningar och forskningsarbete av allmänt europeiskt intresse.

Stipendietiden bör helst tillbringas i endast en av Europarådets medlemsstater eller i Finland och kan omfatta upp till 12 månader. Stipendiebeloppet avses skola täcka utgifterna för kost och logi och utgör i de flesta länder omkring 1 000 nya franska francs per månad. Resekostnader till och från samt inom studielandet betalas av Europarådet.

Ansökningar på särskilt formulär, som tillhandahålles av nämnden för internationella hälsovårdsärenden, skall insändas till samma nämnd, Fack, Stockholm 3, senast den 31 oktober 1964.



Loka BRUNNSANSTALT -för rehabilitering och konvalescens

Reumatiska, neurologiska och kärlsjukdomar. Moderna behandlingsmetoder. Skyddat läge i Västmanland.

Säsong 1/6—23/8. Trivsamma rum. Restaurang i egen regi. Moderata priser. Överläkare: Docenten med. dr. P. Nordqvist, Göteborg. Begär prospekt från Kamrerarkontoret. Postadress: Loka Brunn. Tel. 0591/140 95, 0591/300 80.

KUNGL. GYTTJEBAD- OCH BRUNNSANSTALTEN LOKA