



frågor för dagen

Red: Y Karlsson

"Medicinsk" effekt bara av läkemedel

En av den försvunna medicinalstyrelsens sista åtgärder var att gå till attack mot reklamen för halstabletter. Efter den 29 februari i år kommer styrelsen, dvs nya socialstyrelsen får man förmoda, att beivra försäljning av sådana tabletter om annonser eller annan reklam än text på förpackningen anger att de har andra effekter än att lindra i munhåla och svalg. Om ett år slår man till också mot förpackningarnas text.

Många halstabletter anges lindra vid hosta och heshet. Det är särskilt detta man nu vänder sig mot. Hosta och heshet kan ju vara tecken på en allvarligare sjukdom än "vanlig förkylning".

En del fabrikanter försöker ge sken av att deras produkter har "medicinska effekter". Därmed bör tabletterna vara underkastade den noggranna kontroll som gäller för läkemedel. "Medicinsk" är för övrigt ett ord som ofta missbrukas i reklamen — inte bara för preparat av här behandlat slag utan också i samband med allt från "hälsofilter" till allsköns "undergörande" salvor. Socialstyrelsen bör fortsätta med sin skärpta kontroll på "medicinmäns" och mindre nogräknade försäljares marker.

60 SJURA-projekt

Nu bör det kunna bli bättre fart på rationaliseringen inom sjukvården. SJURA — rådet för sjukhusdriftens rationalisering — upphörde vid årsskiftet och ersattes av sjukvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut, SPRI. Dels innebär detta att en del av den organisatoriska splittringen på området försvinner, dels får det nya organet fyra gånger så stort årligt anslag att röra sig med som SJURA haft. Trots den ekonomiska "svälten" har SJURA åstadkommit åtskilligt under sina fem verksamhetsår. 60 projekt har startats och åtskilliga har blivit färdiga för sjukhusanvändning. Databehandlingens framväxt och svensk utveckling av sjukhusapparater berörs i åtskilliga av dem. Dessutom har utrustningsfrågor utretts. Bland annat har sjukhusinformation av olika slag anknyten till data systematiserats och försök inom intensivvården har resulterat i bättre system för patientövervakning.

Misslyckande?

Hälsokontroller av Värmlandsundersökningens typ kan i dagens läge och i nuvarande utformning inte rekommenderas till allmänt bruk, t.ex. i landstingsregi. Fortsatt försöksverksamhet är angelägen för att snarast skapa klarhet i den grundläggande frågan om anrikningseffekt uppnås eller inte. Detta har inte kunnat bevisas i Värmlandsundersökningen, vilket kan bero på olyckliga omständigheter och bristande resurser i efterundersökningsorganisationen. Antalet falska negativa resultat har visat sig vara stort, 50 procent eller mer.

Detta är medicinalstyrelsens "dom" över den stort upplagda hälsokontroll som genomfördes i Värmland åren 1962—1965 och

omfattade 88.959 personer. (Rapporten finns redovisad i Socialnytt nr 1/68.) 116.638 hade kallats till kontrollen. Det nya i detta test byggde på ett förslag av laborator Gunnar Jungner och docent Ingmar Jungner att man skulle utöka skärmbildsundersökningarna med ett system, där den kvalificerade personalens funktioner till stor del skulle ersättas med ett blodkemiskt, automatiserat analysförfarande. Urinanalys och blodtrycksmätning ingick också i kontrollen, som sköttes av en provtagningspatrull på en skoterska och 4—6 biträden. Dessa arbetade vid sidan av en skärmbildspatrull. Blodproverna genomgick i Stockholm 10, senare 12 analyser. Resultaten behandlades i datamaskin och sammanställdes med de undersöktas egna uppgifter om aktuella sjukdomar.

7.620 personer med suspekta sjukliga avvikelser kallades till efterundersökning av läkare, och sedan dessa bedömt varje fall och hänvisat till lämplig sjukvård var den egentliga hälsokontrollen avslutad.

Sammanfattningsvis noterar medicinalstyrelsen på plus-sidan att hälsotestet kunde genomföras med obetydlig insats av kvalificerad personal, att den centrala kontrollen av blodprov också gick bra och att nyupptäckta sjukdomsfall kunnat få erforderlig vård. 60 procent av de vid efterundersökningen ställda sjukdomsdiagnoser har tidigare varit okända — dock är att märka att de som sagt sig stå under läkarkontroll utesluts från efterkontrollen.

5.539 av de efterkontrollerade hade sjukdomsdiagnoser och 3.457 av dem ansågs vara i behov av öppen eller sluten vård. Till sluten vård remitterades 418 (5,5 procent av de efterundersöktas, 0,5 procent av alla i hälsotestet) och till öppen vård 3.039 (39,9 procent av de efterundersöktas och 3,4 procent av samtliga).

Översikt av allmän försäkring 1965

78,5 procent av de 6 017 781 svenskar som vid 1965 års utgång var inskrivna försäkrade i de allmänna försäkringskassorna hade grundsjukpenning och 58,3 procent tilläggsjukpenning. År 1955 var motsvarande procentsiffror 80,8 respektive 47,7. I detta material inräknas inte de omkring 1,7 miljoner barn under 16 år som samtidigt var obligatoriskt sjukförsäkrade utan att vara inskrivna i kassorna.

Detta framgår av skriften *Allmän försäkring 1965*, utgiven av Riksförsäkringsverket i serien Sveriges officiella statistik (Stockholm 1967). Sammanställningen täcker sjuk- och moderskapsförsäkring samt folkpensionering och försäkring för tilläggs pension under 1965. I det följande presenterade uppgifter gäller således 1965. Antal inskrivna försäkrade och jämförbara uppgifter gäller där inget annat anges slutet av 1965.

Medelåldern för de inskrivna försäkrade var för männen 44,5 och för kvinnorna 45,8 år. 1 004 040 hade förtidspension, sjukbidrag eller ålderspension. Hel förtidspension eller helt sjukbidrag uppbars av 141 492 och partiell förtidspension av 12 705. Ålderspensionärerna var 849 843.

16.27 kr pr dag

Genomsnittliga sjukpenningen var 16.27 kr per dag mot 8,43 kr per dag år 1955. Under mellantiden utökades sjukpenningsskalan, vilket också skett under 1967. Stora skillnader noteras mellan män och kvinnor samt mellan stad och landsbygd. 40,5 procent av männen i de fyra största städernas kassor var i högsta sjukpenningsskalan mot bara 5 procent av kvinnorna. På landsbygden tillhörde bara 15,9 procent av männen och 1,4 procent av kvinnorna denna klass. 33,5 procent av samtliga

kvinnor i landet var i lägsta sjukpenningsskalan.

Nära 3 098 000 sjukpenningfall avslutades under 1965. Det motsvarar 65,6 sjukpenningfall per 100 försäkrade jämfört med 58,6 under år 1964. Kvinnornas genomsnittliga frekvens skiljer sig betydligt från männens. Men bland kvinnor med inkomst av enbart anställning är frekvenstalet 90,3 mot männens 70,6. Hemmafruarna har låg frekvens, nämligen 41,9. Frekvenstalet för landsbygden är lägre än för städerna. Högst var frekvenstalet i Stockholm med 87,4 och lägst i Gotlands län, 49,1.

Omkring 63 procent av de försäkrade hade under året inget avslutat sjukpenningfall, 23 procent ett och 3,5 procent var sjukskrivna vid årets slut.

74 milj. sjukpenningdagar

Det genomsnittliga antalet sjukdagar med sjukpenning för de försäkrade under året var 16,2 för kvinnor och 15,2 för män. Inom kategorin anställda var skillnaden män—kvinnor ännu större eller 15,3 mot 18,5. Genomsnittet för alla var 15,7 mot 15,3 under år 1964. Det betyder 74 miljoner sjukpenningdagar totalt under året. Sjuktalet stiger med stigande ålder — från 7,6 i gruppen 16—19 år till 20,7 i gruppen 50—59 år. Därefter är stegringen ännu hastigare.

Låga sjuktal förekommer bland dem som har lägsta och högsta sjukpenningen. Stockholm hade högsta sjuktalet — 20,9 — medan låga tal uppvisas i Skaraborg, Halland och Skåne. Sjuktalet är lägre på landsbygden än i städerna.

Halv sjukpenning förekommer mer för kvinnor än för män, högst för hemmafruor — 14,8 procent.

Kurvan över sjukpenningfallens genomsnittliga längd faller brant. Genomsnittet är 23,9 dagar per fall. För de anställda var genomsnittet 21,2 dagar, för företagarna 37,9 dagar. Varaktighetsta-

len är större för män än för kvinnor utom för hemmafruorna, som genom sitt höga tal, 33,8 höjer kvinnornas genomsnitt till 24,6 dagar mot männens 23,3.

Frisk före intygssdagen

Av 1 000 sjukdomsfall vid karenstidens utgång var 479 kvar efter en vecka. Särskilt markant är avgången från tredje till fjärde och från fjärde till femte dagen — efter denna tid krävs i allmänhet sjukintyg av läkare. Efter tre månader återstår av de 1 000 fallen omkring 50 och efter ett år 8.

De allmänna försäkringskassorna betalade under år 1965 ut ersättning för sjukhusvård under omkring 16 miljoner dagar. Sjukhusvårdsfallen var 14,3 procent av sjukdomsfallen mot 15,5 under år 1964. Genomsnittliga vårdtiden per fall var 21,7 dagar. Varaktigheten ökar med stigande ålder. 11,3 procent av sjukdagarna var sjukhusvårdsdagar mot 11,6 föregående år. I dessa siffror ingår inte barn under 16 år. För dessa beräknas antalet sjukhusvårdsfall per 100 barn till 5,4, antalet sjukhusvårdsdagar per 100 barn till 59,2 och antalet dagar per sjukhusvårdsfall till 11,0.

Moderskapspenning utgavs till 133 758 fall. Nära tre fjärdedelar av fallen lyfte en del av ersättningen före nedkomsten.

Frivillig försäkring

Den frivilliga sjukpenningförsäkringen utnyttjades av 137 363 hustrur och 12 940 studerande, en ökning jämfört med år 1955 från 83 502 respektive 9 395. 135 067 av hustrurna hade 3 dagars karenstid och endast 155 hade 93 dagars. Hustrurna hade i genomsnitt vid 3 dagars karens ökat sitt sjukpenningstillägg med 4,45 kr per dag och de studerande hade försäkrat sig för 8,39 per dag.

Kassornas inkomster för den obligatoriska försäkringen var 2 148 milj. kr. De försäkrade be-

talade själva 47 procent, arbetsgivarna 33 procent och staten 19 procent. Sedan 1955 har en förskjutning skett så att arbetsgivarna tagit på sig allt mer av statens och de försäkrades tidigare börda.

Utgifterna för den obligatoriska försäkringen var 2 151 milj. kr, av vilket 53 procent gick till sjukpenning, 12 procent till läkarvård, 11 procent till moderskapshjälp och 8 procent till vardera läkemedelsersättning och förvaltning. Läkemedelsersättningen steg 16 procent från år 1964 till 1965. Kostnaderna för läkemedelsförmåner ökade från 3,80 kr år 1955 till 7,99 kr år 1965 per läkemedelsverifikation. Antalet verifikationer steg samtidigt från 10,35 miljoner till 22,91 miljoner.

Rörlig pensionsålder

Systemet med rörlig pensionsålder prövades 1965. Det visade sig att i januari 1965 9 719 personer begagnat sig av rätten att ta ut ålderspension före 67 års ålder. 372 hade väntat till efter 67 år och lyfte därigenom förhöjd pension. I januari tog 827 210 ut ålderspension, en ökning med 2,5 procent mot föregående år. Änkepension utan inkomstprövning utgick till 43 356, inkomstprövad änkepension till 41 091. Barnpension utgick till 25 857 faderlösa, 9 594 moderlösa och 498 helt föräldralösa. Antalet hustrutillägg var 41 730. 8 844 fick invaliditetstillägg och invaliditetsersättning utgick till 1 939 över 16 år och 3 291 barn.

Tilläggspensioner

Hela antalet tilläggspensioner var 101 186. Förtida uttag utnyttjades av 2 724 personer, uppskjuten pension utgick till 275. Änkepensionerna var 19 586 och barnpensionerna 12 723.



Red: Y Karlsson

Trygghetsbrister

Det sociala försäkringsväsendet bör inte betraktas som färdigt — det har redan nu allvarliga brister. Dessa brister blir rimligen alltmer kännbara ju högre det allmänna väståndet för alla "normala" grupper i samhället blir, hävdar rektor *Kurt Samuelsson*, Socialhögskolan i Stockholm i Socialstyrelsens nya tidskrift *Socialnytt* (1/1968).

En stor och grym svaghet i systemet är att det så starkt gynnar dem som haft turen att komma med innan någon allvarlig risk blivit tydlig för deras del. Uppnådd inkomst tryggas, därigenom bevaras uppnådda inkomstolikheter. De som råkar illa ut på ett tidigt stadium får visserligen ett grundskydd, men det är stor skillnad mellan detta och det bättre skydd som t.ex. en som är med i ATP får. Skillnaderna kan minskas om varje medborgare blir medlem i försäkringarna från födseln. Man kunde exempelvis anta att han eller hon vid normal utveckling får en inkomst någonstans på mitten av skalan.

Detta skulle för några innebära en överkompensation, men skulle det verkligen vara någon skada skedd från samhällets synpunkt om tidigt obotligt handikappade, vilkas handikapp inte kan tekniskt kompenseras fick en "normal" försäkringsinkomst från en "normal" ålder? Kunde denna överkompen-

sation inte lika väl ses som en rimlig ersättning för det väsentliga av livets goda som de förlorat jämfört med fullt friska?

Rektor Samuelsson föreslår också en "låginkomstförsäkring". Fullt friska, helt arbetande med inkomster under ett anständigt minimum skulle då få utfyllnad försäkringsvägen. På olika sätt kan man motverka att detta leder till minskad rörlighet hos arbetskraften och fördröjd strukturalisering.

De grundförsäkringar vi nu har har räddat många över den gräns där de eljest skulle behöva konstant socialhjälp. Men försäkrings-systemets uppgift borde vara att i kombination med andra åtgärder göra den kontanta socialhjälp praktiskt taget obehövlig. Den rad av ospecificerade risker som nu inte är försäkrade eller otillräckligt försäkrade och som mycket ofta är socialt segregerade borde kartläggas och försäkras, eventuellt i relativt stora klumpar så att prövningen inte behövde bli så diskretionär. Vi må hur ivrigt som helst betona rätten till socialhjälp. Det förblir dock en avgörande skillnad mellan att på givna premisser automatiskt få ut en försäkring och att behöva söka hjälp.

Gamla människor i utglesade orter väntar i kö för bostad eller vårdplats på närmaste centralort. Det skulle bli bättre för dem och billigare för samhället om en fullgod service gjorde det möjligt för dem att stanna kvar, t.ex. genom subventionerade affärsbussar, sociala servicebussar med läkare, sjuksköterskor, hem- och städpersonal och varför inte mindre underhållningspatruller samt då och då någon "hantverksbuss".

Inom några år är nära 15 procent av befolkningen i pensionsåldrarna. Många av dem får behov av en service som nu inte står att få också om man kan betala för den.

Det blir angeläget att skapa en sådan marknad, en social service-marknad av läkarvård, sjuksyster-