

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-

besök för vård i hemmet, hemhjälp, ekonomisk och social rådgivning etc, etc. Det vore från alla synpunkter bättre att dra ner åtskilligt på dyra sjukhusbyggen och andra anstalter och i stället utbilda fler läkare och sjukvårdare med så kvalificerad medicinsk utbildning att de i enklare fall kan ersätta läkarna och förlägga mycket mer av de växande behoven till sjukservice i patienternas hem och på enklare mottagningscentraler eller rullande sjukhusbussar.

Utbyggnad av socialförsäkringarna är, säger rektor Samuelsson, en huvuduppgift. En annan måste vara de stora gruppåtgärderna, av typen arbetsmarknads- och lokaliseringspolitik och stora grepp för sanering av belastande sociala miljöer. En tredje måste vara den sociala servicen.

Restposten av socialvård kommer vi aldrig helt att kunna undslippa. Men den bör inte få omfatta något fall som skulle vara onödigt om de tre huvuduppgifterna fullföljs effektivt.

Och jag tror, att det är den väsentliga värderingen i botten, att också mycket av det som nu kan betecknas som sociala sjukdomar, och som man söker hjälpa med analys och rotande i enskilda människors psyke och privatliv och med snålt utminuterat ekonomiskt stöd, kan undanröjas utan sådan individuell behandling om i stället de yttre omständigheterna, den större sociala miljön angrips.

Nöden här hemma

Allt tal om välfärden här hemma har fått många att tro att alla problem är lösta, att ingen längre behöver lida nöd. Den skriande nöden i u-länderna, krav på ökat stöd och effektiv hjälp till alla de miljoner som svälter har helt naturligt engagerat de flesta. Talet om välfärden här hemma och om nöden där ute har haft till följd att vi faktiskt håller på att glömma våra egna som lider nöd, skriver socialsekreterare *Ake Westerberg*, Stockholm i *Socialt forum* (10/1967). Mitt ibland oss finns fortfarande nödlidande.

Visst arbetar samhällets olika organ med de många uppgifterna, men med otillräckliga resurser. Enligt de nya lagar vi fått under 60-talet har både lagen om socialhjälp, nykterhetsvård och barnavård en paragraf som säger att resp. nämnder skall samarbeta med andra enskilda institutioner eller föreningar som arbetar i samhället. Detta samarbete fungerar i regel mycket bra.

De frivilliga institutionerna är i stor utsträckning beroende av medmänniskors stöd och förtroende. Om arbetet skall kunna fortsätta måste människor som hittills känna sitt ansvar för medmänniskors nöd och inte blunda för vad som sker här hemma.

Mellan den offentliga och enskilda socialvården får inte råda konkurrens utan samarbete. Så sker också på de flesta områden. De båda arbetar sida vid sida och kompletterar varandra väl. Den enskilda institutionen skall ge det bästa, både av vård och annan materiell omvårdnad. I detta arbete måste hela människan hjälpas, lyftas ut ur slum och isole-ring, återges självförtroende och människovärde genom positiv gemenskap med människor och samhälle. Antingen det gäller att fortsätta ett redan påbörjat arbete eller att ta nya initiativ, torde det alltid finnas utrymme för enskilda institutioners insatser, vilka alla syftar till att tjäna människan och samhället.

Vård i u-land och ATP-hotell

U-länderna har överskott på arbetskraft, många av dem har ett bättre klimat än vårt — därför bör vi förlägga delar av vår åldersvård och rehabilitering dit, föreslår dr *Lag Hannerz* i *Dagens Nyheter* (27/12). U-landsarbetskraft bör på platsen utbildas i sjukvård. De hotell som finns eller byggs kan härbärgera våra rehabiliteringsfall lika bra som de turister som nu fyller dem. Hotellen bör kompletteras med rehabiliteringscentra för öppen vård. Därigenom behöver man inte någ-

ra oöverkomligt stora nya sjukvårdsbyggnader. För den svårare akutvården kan man hålla kontakt med närmaste lokala sjukhus.

Till utbildningen kan man dels få ekonomisk hjälp från Sida, dels räkna på svenska pensionerade läkare, sjuksköterskor, gymnastikdirektörer, arbetsterapeuter, hygieniker osv. som lärare. Sådana som kontaktats har ställt sig mycket positiva — och vi behöver alltså inte ta av den knappa aktiva personalstyrka som finns i vårt land. I princip skall all svensk personal i u-landsarbetet bara ha halvtidsarbete med hänsyn till åldern och klimatet.

Transportproblemen är lättlösta — charterjet är både snabbt och billigt. Kostnaderna för vården blir också väsentligt mycket lägre än i Sverige, även då man inberäknar resekostnaderna. Dessutom kan man snart räkna med att pensionärerna genom ATP själva kan betala åtskilligt av kostnaderna.

Andra problem som också måste lösas är de hygieniska. Vi måste se till att vatten, avlopp, smittrening, flugbekämpning och andra sanitära frågor ordnas så att vi får normala svenska förhållanden (missförhållanden), så att det inte innebär någon förändring för vårt klientel i hygieniskt avseende. De olika typerna av vårdökande fordrar olika klimat och placering. Vi måste ha så många områden att det tillåter en kontinuerlig drift av verksamheten.

Bakom dr Hannerz förslag anges en grupp läkare, arkitekter och jurister stå. En s.k. from stiftelse skall skapas för att genomföra det hela. Målet är att den sjuke, respektive skadade, så snabbt som möjligt kan återföras till normalt liv. När det gäller äldre är en tidig rehabilitering ytterst viktig, då de lättare läses i sin situation och tappar entusiasmen för en ofta påfrestande träning med kanske långsamt kommande resultat, skriver dr Hannerz.

Vi behöver inte fler ålderdomshem. Utvecklingen passerar den vårdformen. Långtids- och hem-sjukvård byggs ut och nya typer av servicehotell, utformade med tanke på ATP-ålderns ökade betalningsförmåga hos den enskilde börjar byggas för de friska, skriver *Expressen* (18/12). Detta blir troligen både billigare och trivsammare.

Att komma på ålderdomshemmet uppfattas som sista anhalten före döden. Ofta markeras den kommunala avsikten att ordna en rationell kedja av vårdenheter fram mot det oundvikliga målet genom att ålderdomshemmen byggts ihop med sjukhem och vårdhem.

Med den brist på vårdplatser av alla slag som fortfarande finns, är risken överhängande att också tillskott av ålderdomshemsplatser betraktas som värdefulla tillskott för att lösa vårdkrisen.

Ålderdomshemmen är en produkt av glesbygdens forna fattig-Sverige. I dagens tätortssamhälle är det behov de förr fyllde passe-

rade. De flesta gamla bor inom räckhåll för social service. Men ofta har de dåliga bostäder. Det är inte pensionärshem av den gamla typen som nu behövs — det är servicehus som ger hotell-standard och har läkarmottagning, fritidslokaler, servicecentral och restaurang.

Rattfyllerilagen fel

Rattfyllerilagstiftningen är helt felaktig. Det är fel att ta körkortet och bura in sjuka människor. De flesta som kan sätta sig i en bil och köra något så när skapligt med en alkoholhalt över 1,5 promille i blodet är förmodligen alkoholist, säger professor *Roger Bonnicksen* i en intervju i *Verdandisten* (10—12/1967). Det vore mycket bättre att tvinga dem att gå på poliklinisk behandling under ett år än att ta ifrån dem deras körkort och sätta dem i fängelse. Nu får en liten del av rattfylle-

risterna som inte är alkoholist och som kanske bara har kört bil en enda gång med mycket sprit i kroppen ett alltför hårt straff därför att man tror att den stränga lagen skall hindra människor från att köra bil berusade.

Man kan inte hindra en alkoholist att supa bara för att han ska köra bil. Sjukdomsbegreppet finns inte med i lagen, anser professor Bonnicksen, som hävdar att det finns minst en kvarts miljon "dolda" alkoholist. Enda sättet att bota en alkoholist är att ge honom vård så fort han tagit några supar — därför tror professorn mycket på "avgiftningsklinikerna" men beklagar att de inte har resurser att ta hand om alla alkoholist.

Om man kunde sänka toleransen hos alkoholist så skulle sjukdomen försvinna, säger professor Bonnicksen. Han är inte nykterist men förklarar tveklöst att han vid en folkomröstning skulle rösta för totalt spritförbud.

socialmedicinsk tidskrift

Prenumerationspris:

Helår kr 35, halvår kr 18.
Studerande helår kr 18.
Lösnummer kr 4.

Tidskriften utkommer med 10 nummer per år (1 per månad utom juli och augusti).

Återgivande helt eller delvis av originalartiklar ur **smt** utan angivande av källan förbjudes.

Annonsavdelning:

Red. Nils Byttner, Strandliden 60, Vällingby.
Tfn 08-38 52 99, 38 77 58.

Annonspriser:

Omslagets andra sida kr 500, omslagets fjärde sida kr 600, första inlagssidan kr 500, helsida kr 450, halvsida kr 250, kvartsida kr 150. mm-pris kr 1: 25 pr enkel spalt 70 mm.

Spalthöjd 210 mm, spaltbredd 70 mm, sidans bredd (2 spalter) 150 mm.