

Hälsokontroll av personal¹⁾

Av doktor C. A. Heijbel, Skövde

Hälsokontroller eller periodiska hälsoundersökningar av personalen på en arbetsplats har alltid betraktats som en av företagshälsovårdens hörnstenar. Ja, från en början — när företagshälsovården var ny och ännu icke funnit sin slutgiltiga form — var man t. o. m. benägen att se på dessa undersökningar som själva grunden, på vilken övrig verksamhet skulle byggas upp. I vissa länder, där det hälsovårdande arbetet på arbetsplatserna omgärdats av restriktiva bestämmelser, ägnade industriläkarna huvudparten av sin tid åt ett ständigt och något onyanserat undersökande av de anställdas hälsa. Så var exempelvis fallet i Norge under början av 40-talet, då den nya industriläkarförordningen infördes.

Så småningom har dessa förhållanden ändrats vartefter man fått nya och vidare perspektiv på företagshälsovården. I dag betraktar vi inte längre hälsokontrollerandet som en fristående verksamhetsform utan som ett viktigt led i den medicinska aktiviteten på arbetsplatserna. Modern företagshälsovård skall vara ett samspel av informationssamlande — bedömning — avväganden och åtgärder inom det fält, som omfattas av hälsa och anpassning i arbetet. I detta samspel kommer hälsokontrollerna in som en värdefull informationskälla om de anställdas hälsa och arbetsanpassning.

Här berörs ej detaljer i hälsokontrollernas uppläggning och utformning. Mot bakgrunden av företagshälsovårdens målsättning — att underlätta anpassningen mellan människa och arbete — vill jag i stället uppehålla mig vid hälsokontrollernas syfte och ändamål.

Lekmannen betraktar gärna hälsokontrollen som systematisk felsökning efter schema med främsta syfte att tidigt upptäcka och föra till behandling sjukdomar, som varit okända för den undersökte, eller som han ej tillräckligt

beaktat. Dylika undersökningar använder vi oss mycket riktigt av i vissa sammanhang, ofta som massundersökningar. Exempel härpå är skärmbildsundersökningar, blodtrycksmätningar, urinundersökningar på förekomst av socker, ögontrycksundersökningar m. fl.

Sådana undersökningar är motiverade och kan vara av stort värde i och för sig, men endast i den mån de kan ge oss svar på en viss närmare preciserad frågeställning. Vi använder skärmbildsundersökningen för att hos huvudparten av de undersökta utesluta lungtuberkulos. Vissa sockerundersökningar avser att uppspara suspekta fall av sockersjuka för närmare utredning, och ögontrycksmätningar gör vi därför, att ett normalvärde berättigar oss att släppa misstanken på grön starr.

Men undersökningar av denna typ har också sin begränsning. Även om vi koncentrerar ett mycket stort antal dylika på laboratorie- och instrumentundersökningar på varje individ, så är det omöjligt att på basis av ett negativt resultat dra slutsatsen, att den undersökte är fullt frisk. Ännu väsentligare är, att vi icke falskeligen överför denna tro på våra patienter. En någorlunda korrekt bedömning av en individs hälsotillstånd är möjligt först sedan man samlat ett långt mera nyanserat informationsmaterial och skärskådat frågeställningarna ur vidare synvinklar.

Även med dessa kritiska aspekter på rutinundersökningarna föreligger risk för överskattning av deras betydelse. Detta kan i viss mån belysas genom hänvisning till skärmbildsundersökningarna.

På 40-talet blev det allt vanligare att årligen utföra rutinmässiga skärmbildsundersökningar på arbetsplatserna. Sedan dess har tuberkulosen avsevärt gått tillbaka även om den fortfarande är en sjukdom att på allvar räkna med. Vi har på mitt företag fortfarande nödgats inregistrera nya tuberkulosfall varje år. Anmärkningsvärt är att

¹⁾ Föredrag vid AÖO:s skyddskonferens, sept. 1961.

de sista åren inget av dessa fall framkommit just vid de rutinmässiga massundersökningarna med skärmbild, utan uppdagats på annat sätt. Därvid har det antingen rört sig om kliniska symtom av det ena eller andra slaget, som föranlett utredning, eller också har det varit ett uppblossande av gammal till synes läkt tuberkulos, där progressen upptäckts vid den fortlöpande individuella uppföljning man för säkerhets skull gjort.

Av detta exempel kan vi bland annat lära följande:

1. Vi får icke förlita oss på att sitta inne med så goda rutinmässiga undersökningsmetoder, att vi därigenom alltid upptäcker sjukdomar innan de givit sig till känna på annat sätt. Låt oss istället ständigt vara observanta för alla individuella symtom, som kan vara uttryck för en börjande sjukdomsprocess.

2. Betydelsen av att tillräckligt länge och noga följa ett fall, där vissa suspekta symtom iakttagits, kan icke överskattas. Möjligheterna att övervaka utvecklingen av sjukdomstecken är särskilt goda på en arbetsplats där man så att säga har patienten ständigt inom räckhåll.

Med detta vill jag varna för att förfalla till ett rutinmässigt undersökande, där undersökningsintervallen bestämmas enbart av födelseår och arbetsområde. Det system, som ofta tillämpas, med en undersökning vartannat eller vart tredje år är enligt min mening inte helt lyckat.

Hälsokontrollens kanske viktigaste del — intervjun — är och måste vara rätt tidsödande. Tillräcklig tid måste anslås för att skapa en god och öppen kontakt mellan intervjuare och den undersökte. Det är väsentligt att intervjuaren gör sig tid och möda att resonera med patienten kring de frågeställningar, som kommer upp. Många väsentligheter kommer fram först sedan man på olika vägar och med olika medel sökt sig fram till problemets kärna. Icke sällan är en kontakt otillräcklig och man tvingas bryta för att ställa åter patienten till ett senare tillfälle och under mellantiden från annat håll samla uppgifter, som kan komplettera helhetsbilden.

Jag tror det är särskilt av vikt att ägna uppmärksamhet åt den anställdes arbetssituation. Att

kunna ventiler svårigheter i arbetet och trivselproblem innebär för den undersökte många gånger en lättnad, som han kanske ej kan vinna på annat sätt. Mitt intryck är, att den undersökte gärna tar upp dessa frågor med läkaren på arbetsplatsen, om problemen analyseras i anslutning till en hälsogenomgång. Läkaren, som känner arbetet och känner patienten, bör ha särskilt goda möjligheter att förstå sin patient på denna punkt. Dyliga samtal med de anställda ger därutöver för oss synnerligen goda, kompletterande uppgifter om arbetsförhållandena. En inspektion av arbetsplatsen i de anställdas närvaro är av samma skäl ofta påkallad.

En hälsokontroll, där intervjun tillåtes spela en så väsentlig roll, måste med nödvändighet bli tidsödande. Å andra sidan är den tid vi kan anslå åt hälsokontrollerande verksamhet begränsad. Den aktive industriläkarens arbetsfält är vidsträckt, eftersom hans möjligheter att uträtta något positivt och för målsättningen värdefullt kan utnyttjas på så många olika vägar. Att fördela sin tid och sina arbetsinsatser så, att resultatet på kortare eller längre sikt blir optimalt, är industriläkarens svåraste uppgift. Även när det gäller hälsokontrollerna måste en sådan avvägning ske. En nödvändig begränsning måste gå ut antingen över antalet undersökningar eller över dessa undersökningars kvalitet. Vad kan vi göra för att nå bästa möjliga resultat med rimlig tidsinsats?

På den frågan kan jag ej ge något preciserat svar, men erfarenhetsmässigt vill jag peka på ett par möjligheter att bemästra dessa svårigheter.

På Volvo-Skövdeverken har vi allt mera lämnat den uppläggning av hälsokontrollerna, som innebär periodiska undersökningar av ett stort antal anställda. I stället har vi övergått till tätare och mera riktade kontroller av de fall, där indikationerna för hälsoövervakning är dokumenterade. För att spåra och utvälja dessa fall utnyttjar vi olika informationskällor. De flesta kontrollfallen hämtar vi kanske från sjukvården. Där möter vi problemfallen ofta mycket påtagligt. Anställda med uppenbara och ofta återkommande hälso- och anpassningsproblem överför

vi helt enkelt till en kontinuerlig hälsoövervakning.

Vi ställer dem tillbaka till oss så ofta vi har skäl och behåller denna kontakt tills vi anser att den kan undvaras. En sådan kontakt tillgodoser icke bara behovet av medicinsk uppföljning. Många gånger kan denna kontroll och det psykiska stöd den innebär bli avgörande för den anställdes möjlighet att trots sviktande hälsa och anpassningsproblem fortsätta sitt arbete tills hans situation ljusnar.

Ikke bara sjukvården levererar till oss dessa kontrollfall. Andra möjligheter att spåra och angripa hälso- och anpassningsproblem har vi i uppföljning av frånvaro och kontakt med arbetsledningen om de anställda. Vissa personalkategorier med pressande ställning kan *à priori* anses behöva sådan hälsokontroll. Men jag är angelägen poängtera, att icke personalkategorien som sådan avgör kontroll eller ej. Det som främst vägleder oss är insufficienssymptom av olika slag, observerade och angripna på ett tidigt stadium.

Det finns en annan möjlighet att öka kapaciteten för hälsoundersökningar eller om vi så vill på ett tillförlitligare sätt taga fram de fall, som behöver läkarkontroll. Jag har med eftertryck poängterat intervjuens betydelse. Jag anser det uteslutet, att med gott resultat utbyta denna helt eller delvis mot ett tryckt frågeformulär. Intervjuens uppgift är lika mycket att sondera och orientera sig fram genom en nyanserad kontakt med den intervjuade, som att finna ett svar på vissa bestämda frågor. Däremot är det under vissa förutsättningar möjligt att överlåta intervjun på en hälsovårdssköterska. Kraven på sköterskans kvalifikationer och personlighet måste då ställas högt och samarbetet läkare-sköterska måste vara synnerligen gott. En sköterska som tillägnat sig hälsokontrollernas principer och målsättning, kan emellertid under dessa förutsättningar bli en utmärkt intervjuare.

På ett industriföretag, Gullhögens Bruk, Skövde, har vi över två år med stor framgång tillämpat detta förfaringssätt för hälsokontroller. Sköterskan intervjuar och för protokoll, läkaren tar

emot rapport och bedömer behovet av läkarundersökning. Även på Volvo-Skövdeverken har vi använt sköterska för vissa intervjuer och jag anser det fullt genomförbart att gå vidare på den vägen.

De synpunkter jag nu givit på hälsokontrollen vill jag sammanfatta i följande punkter:

1. Hälsokontrollen är icke bara ett medel att uppspåra och föra under behandling tidigare ej kända eller beaktade sjukdomar. Vår förmåga att med olika kollektiva undersökningsmetoder utöva sådan tidigdiagnostik är begränsad.

2. Hälsokontrollen bör icke betraktas som en fristående verksamhetsform inom de medicinska aktiviteterna på en arbetsplats. Den bör infogas som ett led och ett medel i vårt arbete för goda anpassningsförhållanden på arbetsplatsen. En av målsättningarna för hälsokontrollen är att pröva den anställdes situation i arbetslivet.

3. Ett rutinemässigt periodiskt hälsokontrollerande kan ej anses svara emot de angelägnaste behoven av hälsoövervakning. För att nå optimalt utbyte bör man inrikta sig på fall, som är i särskilt behov av hälsoövervakning. För att finna dessa fall vänder vi oss till sjukvården, sjuk- och frånvarostatistiken och håller kontakt med arbetsledningen.

4. En för ändamålet utbildad och lämpad sköterska kan väsentligt underlätta hälsokontrollerna och ge större kapacitet åt verksamheten.

I denna sammanställning har jag måst lämna en del aspekter på hälsokontrollerna utanför. Jag har sålunda ej alls berört den viktiga frågan om anställningsundersökningar, ej heller har jag tagit upp speciella yrkesrisker som skäl för hälsokontroller och jag har avstått från att belysa behovet av systematisk, medicinsk arbetsplacering.

Diskussion

Skyddsinspektör I. Korsár: Doktor Heijbel trodde att vi skyddstekniker inte skulle vara så intresserade av detta ämne, men det är vi säkerligen. Han sa också, att vi skulle få utgöra objekt i detta sammanhang och alltså betrakta oss som dem som blir utsatta för denna verksamhet beträffande hälsokontroll.

I egenskap av detta objekt vill jag ställa några frågor, som kanske inte kan anses vara så väl genomtänkta. Det gäller först och främst en erfarenhet från just skärmbildsundersökningen. Den kanske sker i mer obligatorisk form, men vad jag vet beträffande hälsokontrollen, så har man mycket svårt att obligatoriskt genomföra den vid ett företag. Är det inte då så, att det är de som vet med sig, att de har ett fel av något slag, som drar sig för att underkasta sig en kontroll. Det är ju ett mycket förlegat och gammalt tänkesätt detta, men det lever kvar bland människorna på arbetsplatserna och överallt här i livet fortfarande. Man vill visa sig spänstig och frisk ända till den dagen man går på knä, och då är det för sent. Hur skall man kunna få dessa människor under kontroll, som nog utgör och kommer att utgöra en stor del av de anställda, om man inte får kontrollen ordnad på platsen?

Doktor Heijbel nämnde också, att om man upptäcker någon, som man misstänker har något fel av något slag eller någon sjukdom, så skall man ta honom under speciell övervakning. Jag erinrar mig då, att vi hade en kopparslagare en gång i tiden anställd vid Stockholms Bryggerier. Sade man till honom på morgonen, att han såg dålig ut eller att han var litet blek, då gick han hem. Jag tycker alltså, att denna speciella form av tillsyn måste ske under mycket diskreta och försiktiga former, så att vederbörande inte känner sig ställd i någon slags särklass bland de övriga anställda, att han känner sig mindervärdig eller sjukare på något sätt. Det är mycket stora svårigheter just vid hälsokontrollerna detta att få dem som underkastar sig denna hälsokontroll att känna, att sekretessen är absolut vattentät beträffande vad som framkommer vid undersökningen.

Doktor S. Langert: Jag skall be att få säga några ord om skärmbildsundersökningen. Det är inte sant att tuberkulosen håller på att gå tillbaka. Den har gått tillbaka något, men den står still för närvarande. Det gavs rapporter för bara några dagar sedan, där just detta framhölls av lungläkare.

Vi har vid SKF under femtonårsperioden

1944—1958 såsom en del i hälsokontrollen gjort 61.526 skärmbildsundersökningar av de anställda vid årliga kontroller. Hos 821 av dessa har vi funnit tuberkulosförändringar av något slag. Dessa diagnoser är icke ställda av oss utan av professor Runström vid senare kontroller. Bland dessa 821 personer har 42 haft aktiv lungtuberkulos, och alla som sysslar med tuberkulos vet ju, vad det vill säga. Vidare har 18 av dessa 42 haft *smittosam tuberkulos*, och det vet man ju också, vad det betyder att få in dem i industrin. Vi har alltså hittat ungefär 3 aktiva lungtuberkulosfall per år, och det anser vi vara fullt giltigt skäl för att tills vidare fortsätta med denna skärmbildsundersökning.

Ingenjör O. H. Jarnhammar: Doktor Heijbel tog upp frågan, vad som skall meddelas driftsledningen av undersökningarna. Jag skulle vilja ta upp frågan, vad som skall meddelas patienten. Hur mycket skall han få reda på av undersökningens resultat? Då man själv är objekt för dessa undersökningar och vid intervjun vill ställa en motfråga för att lära känna intervjuaren, tycks man rubba hans upplagda cirklar. Man skall själv utlämna allt utan att i utbyte få veta vad undersökningen ger för resultat.

Doktor O. Eskång: Frågan gäller bl. a. hur hälsokontrollerna är ordnade vid olika företag och jag tänkte helt kortfattat redogöra för hur vi har det i Hofors.

Frågan hade kommit upp i skyddskommittén 1950, redan innan jag tillträdde som industriläkare. Efter några veckor blev jag ombedd att undersöka en grupp femtioåringar, som gick i tungt och varmt arbete. Jag fann snart, att det var ett givande och för en nyetablerad industriläkare intressant arbete. Många upplysningar och informationer fick jag gratis. Lämpliga fall remitterades till specialist på samma sätt som man remitterar i privat praxis.

Intresset för dessa hälsoundersökningar var stort från början och det har under årens lopp inte minskat. Sedan flera år innefattar programmet undersökning av samtliga anställda över 45

år. Vissa yrkesgrupper kan verka i särskilda riskzoner och får då vid behov särskild kontroll. Sedan kan man som doktor Heijbel säger ta vissa individer under bevakning. Det är dock enligt min erfarenhet fördelaktigt att erbjuda *samtliga* inom en kategori undersökning. Undersökningen är konfidentiell och frivillig. Detta är två viktiga punkter i programmet. Det har också visat sig vara intressant att studera den lilla grupp (ca 6 %), som inte kommer till undersökningen. Ibland kan det vara någon, som nyligen legat inne på lasarett eller på annat sätt genomgått stor undersökning, och han tycker att det är onödigt med ytterligare läkarundersökning. Ej sällan är det dock individualister såsom enstöringar eller på annat sätt avvikande. Det har flera gånger visat sig vara av värde att veta något om dessa. Man kan då bli informerad inom andra sammanhang i arbetslivet.

Från början hade vi åldersgränsen vid 50 år, men senare har vi satt den vid 45 år. Förnyad undersökning erbjödes efter ca 2—3 år. Intresset bland de anställda kan växla något. I fjol hade vi en grupp på 175 man, som kom hundra procentigt, omfattande huvudsakligen arbetsledare. Denna grupp blir lätt bortglömd i liknande sammanhang, men behovet hos dessa att få diskutera sina hälsoproblem är icke ringa.

Man frågar sig alltid: Vad ger egentligen hälsoundersökningar? Ja, det är inte lätt att svara på frågan, vad vi läkare gör för nytta. Jag skall emellertid här visa en tabell, som upptager de åtgärder som blivit aktuella i samband med våra hälsoundersökningar.

*Frivillig periodisk hälsoundersökning
SKF Højors bruk 1950—1961*

Kategorier:	Alla över 45 år	
Intervall:	2—3 (4) år	
Intresse:	90—100 %	
Kapacitet:	Ca 400/år	
Åtgärd:	1. Ingen	5—10 %
	2. Rådgivning, samtal (yrkes-hälsö-socialt)	50—70 %
	3. Remitterade Vård el. utredning	10—22 %

Grupp 3 på tabellen visar den grupp, som blivit rekommenderad till vård eller fortsatt utredning. Vi har förmånen att i Sandviken ha en "hjärtstation" och dit remitteras många med

hjärtbesvär. Övriga remisser går vid behov till psykiatriker, ögonläkare osv. Denna grupp, som vi sålunda remitterar, utgör ca 20 procent av de undersökta. Grupp 2 eller den största gruppen blir föremål för rådgivning och samtal. Det gäller då problem, som deras arbete, deras egen hälsa eller hemförhållanden (familjen, äktenskapet, barnen, bostaden osv.). I detta sammanhang kan läkaren få anledning ta kontakt med arbetsledningen eller göra besök på arbetsplatsen. Ca 60—70 procent av de undersökta kommer i denna grupp, som gäller samtal och rådgivning.

Personligen tycker jag att denna uppläggning har varit intressant och stimulerande att följa, och vi har haft ungefär samma schema under alla år. Jag tror inte det finns någon kategori inom företaget, som önskar att man skall lägga ned denna verksamhet eller minska på den, utan vi vill nog fortsätta efter ungefär dessa riktlinjer.

Doktor N. Masreliez: När det gäller frågan hälsokontroll eller inte, är det väl just som doktor Heijbel säger, att man kan urskilja de s. k. riktade kontrollerna. Exemplet är ju utmärkt, när det gäller tuberkulosen. Jag tror att när det rör hälsokontroll, får man också tänka praktiskt, man får liksom samordna de möjligheter som finns inom företagen med vad samhället ställer till förfogande.

I Stockholm har vi haft först kvartersundersökningar i mitten på 50-talet. Man ansåg, att 10 à 20 procent av befolkningen fortfarande inte var inringad, och då ville man komplettera med arbetsplatsundersökningar. Det genomfördes också vid vårt företag och det gav vid handen, att av ca 5.000 undersökta remitterades 19 för vidare utredning och ett enda fall var i behov av sanatorievård. Denna patient var dock icke smittoförande.

Vi anser givetvis efter detta, att vi inte behöver ägna oss åt täta, periodiska undersökningar. Vi får kanske ta upp frågan, när en tre- eller femårsperiod har förlöpt. Vi menar, att vi har en ganska god överblick över situationen genom att vi kontrollerar alla nyanställda med skärmbildsundersökning. Vi vet alltså vad för slags folk i

detta hänseende vi får in vid företaget. Det är ju väsentligt, eftersom vi får in många utlännningar och bland dessa finns en hel del med tuberkulösa infektioner.

Hälsokontrollernas vara eller icke vara vid företagen får väl också ses emot behovet och vad man kan bjuda personalen i fråga om sjukvård. Har man tillgång till sjukvård för personalen i stor utsträckning, måste behovet av hälsokontroll sjunka i paritet därmed. Vid L M Ericssons huvudfabrik har vi tre läkare, som arbetar halv dag var. Vi har ca 25.000 besök per år på polikliniken. Vi anser, att behovet av hälsokontroller måste vara betydligt mindre hos oss än på arbetsplatser, där man inte har tillgång till sjukvård. Beträffande människor, som söker för krämpor, blir man — som doktor Heijbel säger — observant för stigmata och när man har blivit inkopplad på dem, har man möjligheter att kalla patienterna till vidare undersökning och liksom följa upp dem under längre eller kortare tid allt efter behov.

Vi fick en propå från tjänstemannasidan för några år sedan, där man hörde sig för om företaget ville åta sig ett hälsokontrollerande av samtliga tjänstemän. Vi räknade då ut att för detta skulle fordras — lågt räknat — ytterligare en och en halv läkare och med de ganska stora kostnader, som skulle vara förenade med lokaler, sköterskor etc., ställde emot de möjligheter vi själva erbjuder med en mycket lättillgänglig sjukvård, fann vi det onödigt eller i varje fall icke för närvarande önskvärt eller behövt.

Det finns också former för hälsokontrollerande just av den typ, som doktor Heijbel har berört och som enligt min mening inte är vad vi menar med modern industrihälsovård. Jag syftar då på det som finns mera i bolagsform, där man har aktiebolag, som sköter hälsokontrollerandet, företaget som får abonnera på sådana undersökningar och tjänster, men där kontakten med de berörda företagen är närmast obefintlig. Det blir ett hälsokontrollerande för sig och det blir också en mycket ringa uppföljning, vilken jag anser vara av utomordentligt stor vikt, om hälsokontrollen skall ha något som helst värde.

En typ av hälsokontroll, som kanske inte riktigt är vad vi menar med vanlig, allmän hälsokontroll, men som är viktig och syftar till att placera folk på rätt plats i arbetet, är nyanställningsundersökningarna. Med dem syftar man till att kapacitetsbedöma människor, att få en balans mellan krav och kapacitet. Det är väl en av de väsentligaste uppgifter vi industriläkare har. På senaste tiden, då rörligheten blivit enorm i varje fall i Stockholm — vi har en rörlighet på upp till 50 procent — frågar man sig: Är det möjligt och praktiskt att på detta sätt fortsätta att nyanställningsundersöka var och en? — Som exempel kan jag nämna, att vi under två och en halv vecka anställde 150 människor och av dessa slutade 93 inom samma tid. Det är självklart att det då inte är lönsamt och det är orimligt att belasta hälsovårdsavdelningen med detta arbete och framför allt att belasta företaget med kostnaderna för sådana undersökningar. En möjlig form tror jag skulle vara, att man rationaliserade det hela, att man gjorde en hälsointervju, kanske inte av den mycket intensiva karaktär, som doktor Heijbel skisserade för den allmänna hälsokontrollen, men att man hade någon form av intervjuformulär, som besvarades, gärna tillsammans med sköterskepersonalen och eventuellt i samband med några enkla laboratorietests, och att man hade en karenstid på ungefär tre månader för att sedan sätta igång med hälsokontrollen. Man skulle alltså göra ett slutgiltigt bedömande av vederbörandes hälsotillstånd efter denna karenstid, då man tror sig ha uppfattningen att vederbörande tänker stanna vid företaget. Skärmbildsundersökningen finns det ingen anledning att uppskjuta, den skall man göra omedelbart.

Nu kan man naturligtvis opponera sig mot detta och säga: Hur skall man kunna placera en person rätt, om man inte har kapacitetsbedömningen gjord? — Det är klart att i tyngre och mera differentierade arbeten är det behovet mycket större, men i lätt industri, verkstadsindustri, är kravet på kapacitetsbedömning inte alls det samma. Där tror jag det är nödvändigt att vi rationaliserar dessa åtgärder snarast.

Doktor A. Yllö: Jag begärde nyss ordet för att ifrågasätta värdet av nyanställningsundersökningar, men doktor Masreliez har faktiskt redan besvarat problemställningen, så jag har inte mycket att tillägga. När vi på Volvo under det senaste året har anställt tjänstemän, har detta skett på basis av en hälsodeklaration och därtill kommande rutinundersökning hos sköterskan. Några enstaka fall, som har ansetts att därutöver behöva komma till läkare, har inte inneburit någon större tidsförlust. Har man hög personalomsättning och ser att hälften av de journaler, som man med stor omsorg har skrivit, gallras ut inom en tvåveckorsperiod, kan man fråga sig, om det inte skulle vara riktigare att i stället ägna sin tid åt sådana anställda, som arbetat i företaget under många år och med rätta väntar på att vi skall ta hand om dem. Det förefaller vara mycket mer angeläget att inrikta sig på hälsokontroller hos företagets ordinarie personal än att offra hela dagarna för undersökning av 20 à 30 nyanställda.

Vad doktor Heijbel har sagt tycker jag är dagens industrimedicinska problem i ett nötskal och det viktigaste är väl den flexibilitetsidé han framfört, nämligen att använda resurserna på det sätt och på de områden, där de bäst behövs och där de bäst kan gagna företaget.

Idén med en hälsosköterska anser jag vara utomordentligt bra. Vi har låtit en sådan hälsosköterska fungera i Göteborg under ett och ett halvt år och det har givit oss enbart goda erfarenheter. Där har vi en smidig och bra väg att grovgallra klientelet och slussa in patienterna till hälsokontroll efter nödvändiga förberedelser, om så behövs. Jag tycker att vi på så vis har funnit en möjlighet att med billiga medel bedriva hälsokontroller på bredare bas, vilket annars hade varit omöjligt.

Doktor. J. Pontén: I Domnarvet har vi i stort sett samma principer, som doktor Eskång har skildrat. Vi erbjuder alla som fyller 45 år en hälsokontroll. Det är samma anslutning och lika stort intresse för det. Men jag vill särskilt betona, att vi kallar alla.

Den första undersökningen vid 45 år tjänstgör som ett slags säll. Läkaren fattar då ställning till i vilken takt och i vilken omfattning hälsokontrollerna skall fortsätta. Det sker alltså på grundval av den första undersökningen. Jag är nog rädd för att om man skulle plocka ut vissa som man upptäcker visar några tecken på någon form av missanpassning eller sjukdom, så kan det bli som skyddsinspektör Korsár befarade, att de skulle känna sig litet ställda i särklass och oroliga. Detta tror jag bortfaller genom att vi erbjuder alla undersökningen.

Vi har en mycket god erfarenhet av detta, helst som vederbörande läkare desslikes bredvid denna tjänst har en allmän praktik bland personalen, i första hand de anställda själva och deras familjemedlemmar. Han kommer därigenom i en mycket god kontakt med personalen på alla områden, så att sjukvård och hälsokontroll kan komplettera, stimulera och effektivisera varandra.

När det gäller nyanställningsundersökningarna medger jag, att det kan bli fullkomligt tröstlöst i vissa situationer, när det är en stor överrörlighet. Vi har ändå inte vågat lägga ned dessa, även om det många gånger har blivit så som doktor Masreliez nämnde. Framför allt gäller det just lungkontrollen, som man måste hålla kvar. Vi får varje år vid förundersökningarna in en hel del tuberkulosfall, oftast utläningar, som i många fall är smittosamma. Skulle man lägga ned dessa undersökningar, kan man utsätta den stadigvarande personalen för mycket stora smittorisker. Nyanställningsundersökningarna blir på det sättet ävenledes ett led i skyddet för vår stadigvarande personal.

Bergsingenjör S. Rahm: En del av detta frågekomplex handlar direkt om det olycksfallsförebyggande arbetet. Speciellt gäller detta de grupper av arbetare, som man måste kolla att de inte har sådana defekter, att de själva råkar ut för olycksfall eller åsamkar andra olycksfall, och som därför måste genomgå en obligatorisk, periodisk hälsoundersökning. Denna gäller väl i första hand syn och hörsel och det finns också andra saker, som kanske bör undersökas vid vis-

sa typer av arbeten. Trafikpersonalen har redan nämnts som exempel därpå och jag kan komplettera historien om docent Swenssons bussförare, som väl måste ha varit en relativt ung man, eftersom han inte hade råkat ut för en dylik hälsokontroll. Om jag är riktigt underrättad, så har Stockholms Spårvägar åtminstone tidigare haft hälsokontroll, som sattes in vid 50 års ålder och upprepades vid 55 och 59, just för att man skulle komma på sådana saker. Första gången denna kontroll sattes in — det var medan gamla linje 2 fortfarande gick i Kungsgatan och även om trafiken då inte var så intensiv som i dag, så korsade den dock trafikpunkterna Drottninggatan—Kungsgatan och Kungsgatan—Vasagatan — fann man en spårvagnsförare, som hade så dålig syn, att han nätt och jämnt kunde skilja på ljus och mörker. När man då undrade vad det kunde bero på att han hade kört helt felfritt och att han hade stannat på rätta platser, kom man fram till att han hade sett "ett ljust kors i taket", när han kom till gatukorsningarna, där i allmänhet spårvagnshållplatserna var belägna. Det kan ju tänkas, att man skulle kunna finna liknande fall, t. ex. bland kranförare. Då frågar man sig: Finns det i de stora sammanhangen några regler, som har kristalliserats ut och som säger för vilka yrken och när en sådan obligatorisk undersökning skall sättas in. Vi hugnas ju då och då med det medicinska meddelandet, att vi börjar åldras redan vid 20 års ålder. En hel del egenskaper kan alltså då försämrats och försämringen sker väl olika hos olika individer. Det kan ju tänkas att det även ur olycksfallsförebyggande syfte är en viktig fråga.

Doktor C. A. Heijbel: Den uppläggning, som jag skisserade och föreslog, förutsätter och det underförstod jag i min framställning, att man har en utbyggd, medicinsk aktivitet på företaget, man måste ha möjlighet att ta emot sökande och att göra en individuell uppföljning av sjukligheten. Med andra ord skall man ha de informationskällor, som skall ersätta de systematiska, regelbundna hälsoundersökningarna av samtliga anställda. Har man inte det, är också jag övertygad om att

man får hålla sig till det system, som har varit rådande tidigare, nämligen att kalla efter födelseår och arbetsplats och eventuellt arbetarkategori. Men har vi dessa möjligheter, då har vi också resurser att göra en mer selektiv hälsokontroll och då kan vi ägna oss åt de fall, som verkligen behöver hälsoövervakning och som behöver stöd. Jag vill särskilt poängtera, att de behöver stöd. Det är inte fråga om att de skall vara offer för någon form av övervakning och jag har aldrig märkt att någon har betraktat det så. Tvärtom gäller det många gånger att hjälpa människor igenom en långvarig, kritisk situation, när de har svårigheter med att hänga med, att klara sig i arbet livet, när de är oroliga för vad som skall hända, om de måste sjukskrivas en längre tid eller om de måste byta arbete och får sin inkomst minskad osv. Många gånger gäller det att följa dessa kanske mera stressbetonade fall. De kommanderas inte till övervakning. I stället frågar man dem varje gång de kommer, om de vill komma igen, och meddelar dem i så fall, att de kommer att bli kallade om en, två eller tre månader osv. Personligen har jag det intrycket, att det är i det närmaste oersättligt att ha dessa resurser att hjälpa de stressade individer, som liksom balanserar på möjligheterna att kunna fortsätta arbeta eller inte, att eventuellt förtidspensioneras osv. Kan man hjälpa och stödja dem, så räddar man utan tvekan en inte oväsentlig grupp människor åt produktionen och man hjälper dem själva i en svår situation.

Anställningsundersökningen kanske ligger en aning perifert i detta sammanhang. Om man skall ha en fullständig läkarundersökning eller inte vid anställning måste väl bero på i vilken mån man anser läkarundersökningen väsentlig för ställningstagandet till om man skall anställa eller inte anställa. Vi har inte velat släppa den, därför att jag själv och företaget har bedömt det så, att läkarundersökningen är väsentlig när det gäller att sovra och rätt placera det människomaterial, som vi får in vid företaget. Jag håller dock helt med doktor Yllö om att det säkerligen är möjligt att avlasta en hel del på sköterskan i det sammanhanget också.

Ingenjör Jarnhammar frågade vad man meddelar patienten om resultatet av undersökningen. Man meddelar väl ungefär det som man brukar meddela vanliga patienter, alltså det man tycker är lämpligt och det de vill ha reda på. Det finns inga bestämda regler, utan man får bedöma från fall till fall hur mycket man skall tala om.

Ingenjör Jarnhammar frågade också om innebörden av i anställningsintervjuen ställda frågor. Jag anser för min del att den undersökte inte skall ha en känsla av att man drar en mängd standardfrågor för honom, utan det hela skall läggas upp i form av ett samtal, där han själv är den givande och läkaren är mottagaren. Sedan får läkaren komplettera de uppgifter han får av patienten med små frågor, som han passar in i sammanhanget. Om man gör så, tror jag inte att den frågeställningen behöver aktualiseras.

Slutligen skulle jag vilja vända mig till doktor Langert och säga: Du kanske missförstod mig i någon mån beträffande skärmbildsundersökningarna. Jag menar givetvis inte att vi kan undvara skärmbildsundersökningen. Vi gör den vid alla nyanställningar och sedan gör vi den, när vi anser att skäl finns. Jag menar bara, att vi inte skall falla tillbaka på denna rutinmässiga, årligen återkommande undersökningsmetod och säga, att tack vare den löser vi vårt diagnostiserande av tuberkulosfallen. Det finns nämligen många andra tecken, som kan leda fram till denna diagnos. Jag tog bara detta som ett exempel på att många gånger kan andra iakttagelser än de man gör vid massundersökningar leda kanske till och med snabbare fram till diagnosen.

vid alkoholskador Lergigan®



Som sedativum för alkoholister har Lergigan visat sig påfallande värdefullt. Det potentierar den hypnotiska verkan av etylalkohol varigenom alkoholisten beredes en rogivande sömn. Samtidigt eliminerar Lergigan i stor utsträckning bakrussymtom och därmed det återställarbehov som annars driver alkoholisten ut efter mera sprit.

Änmärkningsvärt är att Lergigan knappast kvarlämnar någon dålighet sedan spriten väl metaboliserats.

Recip-syntes

Recip

Stockholm

Repr. Tammerfors Drog AB