

Industriläkarvårdens debet och kredit¹⁾

Av förste bergslagsläkare J. Pontén, Domnarvet

I riksdagens revisorers berättelse § 30 talas om forskning beträffande sjukvårdens utformning. Sveriges läkarförbund har genom remiss beretts tillfälle att yttra sig och inledningsvis vill jag citera något ur detta yttrande.

Det heter: "Modern sjukvård är ett företag av stora dimensioner, där investerings- och drifts-problemen försvåras av att de till sin natur inte är rent företagsekonomiska utan en blandning av företagsekonomiska, samhällsekonomiska och socialt-ideella." Vidare framhålles vikten av "att man i sjuk- och hälsovården ser en verksamhet, som det med ekonomiska och socialt-ideella värderingar som utgångspunkt gäller att optimera, dvs. att med ett minimum av insatser nå ett maximalt resultat eller ett uppställt mål". Så långt läkarförbundet.

Man har här i sjukvårdssammanhang infört en terminologi, som vi inom industriföretagen är vana vid. Man talar om ett stort företag, som till uppgift har att producera sjukvård och därmed sammanhängande nyttigheter efter den företags-ekonomiska principen att få ut så mycket som möjligt av produktionsmedlen. Detta företag finansieras ju huvudsakligen av skattemedel, dvs. av medborgarna, dvs. konsumenterna själva och lönsamhetskravet kan begränsa sig till att på förnuftigaste sätt använda de medel, som medborgarna kan kosta på sig för ändamålet.

Till skillnad från samhällets sjukvårdsföretag måste industriföretaget gå med vinst, dvs. vara lönsamt, för att kunna fortgå till gagn för såväl anställda som ägare och samhälle. Varje avdelning inom företaget måste var och en på sitt vis bidra till lönsamheten.

Samhällets organisation för hälso- och sjukvård bekostas av alla, är avsedd för alla och bör utnyttjas av alla, vare sig de tillhör ett industri-

företag eller ej. Om ett företag organiserar en egen avdelning för hälso- och sjukvård, vilket jag i fortsättningen kallar för industriläkarvård, vill man tillföra företaget något utöver vad samhället kan ge, nämligen en adekvat inriktning av hälso- och sjukvården på företagets speciella uppgifter och behov. Man väntar sig att denna insats på sitt vis skall bidra till lönsamheten. Företaget består ju av personal och maskiner. Ur företagsekonomisk synpunkt bör vår verksamhet leda till en ökning av effekten hos produktionsfaktorn personalen på samma sätt som en god och specialinriktad vård av maskinparken syftar till en ökning av effekten av den produktionsfaktorn. Ökningen av effekten hos personalen sker genom att med olika medel, kollektivt och individuellt, sträva efter att förbättra resp. vidmakthålla en god hälsa hos varje enskild människa i företagets tjänst. Om denna verksamhet blir lönsam för företaget, så blir den det också — och kanske i ännu högre grad — för den anställde, ty ingen har ju större nytta av sin hälsa och arbetsförmåga än man har själv. Här tillkommer alltså sekundärt en social effekt av stor betydelse. Det är emellertid företaget, som står för investerings- och driftskostnader och förutsättningen för att den enskilde och samhället skall kunna dra nytta av verksamheten är att den visar sig lönsam för företaget eller i varje fall inte olönsam.

Kreditsidan

Delposterna på industriläkarvårdens kreditsida är många och jag skall ej fördjupa mig i detaljer. Jag har sagt att man av industriläkarvården väntar sig något utöver vad man får av samhällets motsvarande organ och några exempel på detta bör anföras.

Inom *sjukvård* är varje läkares uppgift att på bästa möjliga sätt försöka bota eller lindra sjukdomstillstånd. För industriläkaren gäller detsamma men med tillägget "på kortast möjliga tid och

¹⁾ Föredrag vid Svenska Industriläkarförbundets årsmöte i Lysekil 18/5 1962.

med minsta möjliga förlust av arbetsförmåga". Här kommer de i samband med sjukvården tidigt insatta behandlings- och rehabiliteringsåtgärder in, såsom lämpliga arbetsbandage, omplacement, arbetsträning i olika former osv. Vidare anpassning av sjukvården till företagets speciella förhållanden beträffande arbetstider och arbetsplatser för att undvika onödiga res- och väntetider. Sist men inte minst fördelen av att ha en läkare, som i likhet med forna tiders familjeläkare ägnar sin omtanke i lika hög grad åt den sjuke medlemmen som åt den stora familjens gemensamma förhållanden och intressen.

På *hälsovårdsområdet*, verksamheten till föbyggande av ohälsa i alla former och grader, är samhällets resurser ännu begränsade. Insatser inom ramen för medicinska vetenskapsgrenar, t.ex. arbetsmedicin och arbetshygien, arbetsfysiologi och därmed förknippad bioteknologi, hälsokontroll av olika slag, är svåråtkomliga för företag utan egen industriläkare, som kan sätta sig in i och tillämpa de avsnitt, som berör det egna företaget.

Denna verksamhet inom företaget beträffande människorna och deras arbetsmiljö måste gynnsamt inverka på sådana faktorer som arbetskraft, effektivitet, trivsel, överlevnad, rekrytering m. m., som är betydelsefulla men svåra att ur företagsekonomisk synpunkt få ett mått på.

Frånvarofrekvens

Ohälsans yttersta och mest iögonenfallande konsekvens är frånvaron, bortfall av arbetskraft, och det torde ur företagsekonomisk synpunkt vara just på frånvarofrekvensen för yrkesskada och sjukdom, som summan av delposterna på kredit sidan slutligen bör kunna avläsas. I varje fall är det iakttagelse av en ökande frånvarofrekvens, som i regel föranleder ett företag att införa industriläkarvård. Tidigare gällde det främst olycksfallen, på senare år frånvaron i sin helhet, eftersom sjukdomen utgör huvudparten, ca 85%, av all frånvaro.

Frånvarofrekvensen är dock inte något helt entydigt uttryck för sjukligheten, då den även påverkas av andra faktorer. Ökad frånvarofre-

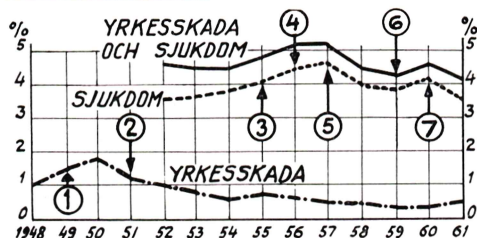
kvens kan registreras vid epidemier men också i samband med höjda sjukersättningar. En nyligen i pressen refererad utredning visade, att frånvaron steg med högre inkomst, dvs. högre sjukpenningklass, upp till en viss nivå. Vid utredningen kring den obligatoriska sjukförsäkringen räknade de sakkunniga med en betydande ökning av frånvarofrekvensen för sjukdom. Dyliga företeelser kan ej tolkas som uttryck för ökad sjuklighet utan som en av ekonomiska faktorer betingad förändring av det individuella frånvaromönstret, som tar sig uttryck i ökad benägenhet till frånvaro för lindrigare, kanske till och med bagatellartade tillstånd av ohälsa.

Jag skall nu visa några diagram, där jag försökt få fram relationer mellan frånvarofrekvens, företagets insatser för industriläkarvård samt kostnaderna för dessa. Framställningen avser förhållandena vid Domnarfvets Jernverk under tiden fr. o. m. år 1951, då företaget startade en industriläkarverksamhet efter modernt mönster. Tidigare anlätades sjukstugeläkaren för den fria sjukvården. Diagrammet över frånvaron — diagram 1 — avser endast arbetare, som hos oss

DIAGRAM 1.

FRÅNVAROFEKVEN (ARBETARE) I % AV ANT. REGISTRERADE.

DOMNARFVETS JERNVERK.



FAKTORER MED INVERKAN PÅ FRÅNVAROFEKVENSEN.

- ① ÖKAD Sjukpenning vid olycksfall.
- ② INDUSTRILÄKARE N:r 1.
HÄLSOVÅRD: (UTOM REGELB. HÄLSOKONTROLL)
SJUKVÅRD: YRKESSKADOR, RYGGÅKOMMOR, M.M.
- ③ NY Sjukvårdsenhet, samordning.
ÖKAD Sjukpenning vid sjukdom.
- ④ INDUSTRILÄKARE N:r 2.
HÄLSOKONTROLL M.M.
SJUKVÅRD: ALLM. PRAKTIK, INVÄRTES Sjukdomar.
- ⑤ INFLUENZAEPIDEMI.
- ⑥ Sjuksköterska för hembesök (end. år 1959)
- ⑦ INFLUENZAEPIDEMI.

utgör den stora gruppen, 7—8 ggr större än tjänstemännen. Dessa senare har också av förklarliga skäl avsevärt lägre frånvarofrekvens och då särskilt för olycksfall. Säkerhetstjänst med förbandsrum och sjuksköterska hade då funnits i många år. Säkerhetstjänsten förstärktes ävenledes år 1951. Frånvaron för olycksfall har följts länge och medtagits från år 1948. Motsvarande för sjukdom i överskådlig form påbörjades först 1952.

Anledningen till införandet av industriläkarvård var som vanligt olycksfallsproblemen med stigande frånvaro. Olycksfallsvården ingick i industriläkaruppgiften enligt dåtida sedvanliga normer och det förebyggande arbetet i samarbete med driftsledning och säkerhetstjänst inriktades i första hand på arbets- och yrkeshygien. Någon allmän sjukvård, "privatpraktik", inrymdes ej på grund av storleksordningen av den egentliga industriläkaruppgiften.

Denna nya insats från företagets sida inriktades sålunda huvudsakligen på av arbetsmiljön betingade sjukdomstillstånd, främst olycksfall och andra yrkesskador. Diagram 1 visar en fortlöpande nedgång av olycksfallsfrånvaron, som påtagligt började 1951. De anmälda olycksfallens *antal* sjönk från 1950 till 1951 med 3 % under det att *frånvaron* för dem sjönk 28 %. Året därpå började även antalet anmälda olycksfall sjunka. Motsvarande siffror från 1951 till 1952 var 31 resp. 23 %. Som bekant var och är det fortfarande så att om frånvaron kan minskas till mindre än 3 dagar så bortfaller olycksfallet ur den officiella statistiken. Säkerhetstjänstens inverkan på dessa ting är givetvis betydelsefull men skall ej här närmare vidröras. Skyddsarbetet verkar på längre sikt och inverkar ej lika snabbt på frånvarofrekvensen som tidiga medicinska rehabiliteringsåtgärder.

Tilläggas bör att Domnarfvet Jernverk aldrig haft konvalescentverkstad. Omplaceringar har skett till arbeten, som måste utföras av frisk personal, om man ej haft lämpliga och därtill villiga konvalescenter till hands.

1 % av den registrerade arbetarpersonalen betydde år 1952 ca 28 man i arbete. Fr. o. m.

1952 kunde konstateras att frånvaron för annan sjukdom än yrkesbetingad sakta steg, dock ej mer än att totala frånvaron höll sig oförändrad eller till och med en aning fallande.

Under de hösten 1954 forcerade förberedelserna för den obligatoriska sjukförsäkringen förutsåg de sakkunniga — som förut nämnts — en avsevärd ökning av frånvaron för sjukdom. Man talade om 25—30 % ökning. Med anledning av denna prognos föreslogs en utökning av verksamheten med ännu en läkare för hälsokontroll och vård av icke yrkesbetingade sjukdomstillstånd samt sjukgymnast med tanke på ryggåkommor och dylikt. Man hoppades att med denna nya insats kunna påverka även dessa områden. Utvidgningen beslöts och kom igång i början av år 1956.

Den väntade ökningen av frånvaron för sjukdom kom också 1955 och 1956. 1957 kom dessutom influensan. Från år 1958 noterades emellertid en påtaglig sänkning, avbruten av en influensatopp 1960. 1959 försökte vi utvidga med en sjuksköterska för hembesök med tidigt insatta sjukvårdande åtgärder men hon gifte sig och slutade efter 1 års tjänst. På grund av delade meningar bland personalen beträffande denna verksamhet har vi ej fortsatt. 1961 var frånvaron lägre än någonsin, till och med lägre än den var 1952.

Frånvaron inom centralssjukkasområdet redovisas i form av sjukdagar per år och medlem men den finns bara från 1955, diagram 2. Efter som vår arbetarpersonal till 95 % består av män bör Domnarfvet frånvaro jämföras med sjukkasområdet för män. I vår frånvarostatistik finns alla frånvarodagar med men så är ej fallet i sjukkassan, då karensdagarna borträknas. Den ligger egentligen minst 3 dagar högre. Frånvaro inom karenstiden räknas ej alls. Enligt en undersökning i Stockholms stad år 1960 utgör denna frånvaro dock nära 15 % av samtliga frånva-

DIAGRAM 2.
CENTRALSSJUKKASSEOMRÅDET. ANTAL SJUKDAGAR PER ÅR FÖR MÄN.
DAGAR/ÅR

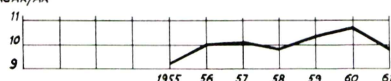
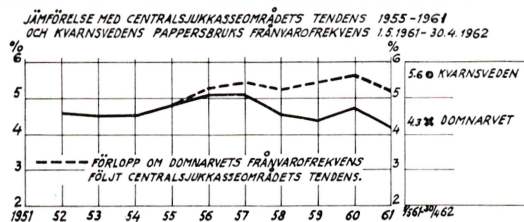


DIAGRAM 3.

DOMNARFVETS JERNVERK, FRÅNVAROFREKVENSS / % AV ANTALET REGISTRERADE ARBETARE.



rodagar. Frånvarotalen är därför ej utan vidare jämförbara utan endast tendenserna.

Från 1955 till 1960 steg frånvaron inom centralsjukkasseområdet med 15,2 % under det att frånvaron vid Domnarfvet's Jernverk sjönk med 4,1 %. Skillnaden var således 19,3 %. År 1961 har frånvaron sjunkit för båda och i jämförelse med 1955 visar sjukkasseområdet en stegring med 6,5 % och järnverket en sänkning med 12,5 %. Skillnaden är fortfarande densamma, 19 %.

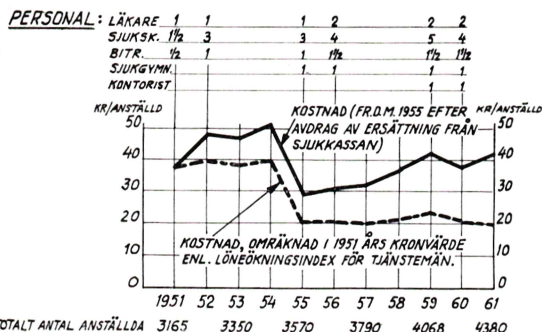
Diagram 3 visar hur frånvarokurvan för Domnarfvet's Jernverk borde ha tett sig, om den efter 1955 följt centralssjukkasseområdets tendens.

Kvarnsvedens Pappersbruk, som liksom Domnarfvet's Jernverk är beläget inom Borlänge stad, har ännu ej industriläkarvård. Under tiden 1/5 1961—30/4 1962 redovisade pappersbruket en genomsnittlig frånvarofrekvens för arbetare, som med ca 25 % översteg motsvarande för järnverket under samma tid. Denna iakttagelse ledde till beslut om införande av industriläkarvård vid Kvarnsvedens Pappersbruk.

DIAGRAM 4.

FÖRETAGETS KOSTNADER FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRD.

LOKALER, PERSONAL SAMT FÖRBRUKNINGSMATERIAL I FÖRBANDSSKÅP PÅ ARBETSPLATSERNA.



Debetsidan

Här har vi kostnaderna för personal, lokaler med utrustning och förbrukningsmateriel samt för förbandsskåpens förbandsartiklar. Kostnaderna står i viss relation till antalet anställda och redovisas i diagram 4 per anställd och år. Här gäller det dock samtliga anställda.

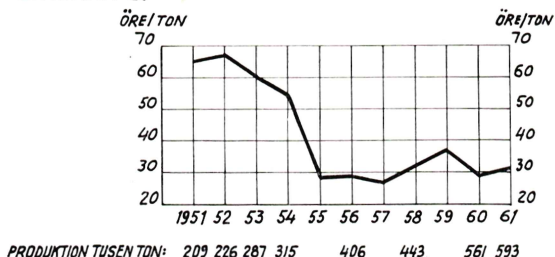
Domnarfvet's Jernverk har under denna period utvecklats, mekaniserats och rationaliserats i hög grad. Produktionen har ökat med ca 200 %, dvs. till det tredubbla, personalstyrkan med ca 25 %. Kostnaden för industriläkarvården låg fram till 1954 mellan 45—50 kronor per anställd och år.

År 1955 tillkom lagen om obligatorisk sjukförsäkring, som medförde, att företaget årligen fick till sjukkassan inbetala 1,14 % av lönesumman upp till 15.000. Sjukkassan skulle därefter svara för 75 % av kostnaderna för sjukvården. Detta vållade en hel del oro inom industrien och en förklarlig önskan från företagets sida att minska kostnaderna för sin egen sjuk- och hälsovårdsorganisation. Det talades på sina håll till och med om att slopa den industriella läkarvården. Det visade sig emellertid att en anpassning av verksamhetens former till gällande bestämmelser angående sjukkassans ersättning till företaget kunde nedbringa kostnaderna med ca 40 %. Utökningen av verksamheten och inflation m. m. har så småningom ökat kostnaden, som dock fortfarande är lägre än den var före år 1955 och man får dessutom mer för pengarna. Av diagrammet framgår även kostnaderna, omräknade till 1951 års kronvärde. Diagram 5 visar kostnaden, beräknad per ton producerat gods.

Bokslut

Då nu både kredit- och debetsida redovisats borde ett "bokslut" kunna framläggas. Förluster

DIAGRAM 5.



genom frånvaro drabbar givetvis i första hand den frånvarande själv och därmed även samhället.

Men även företaget åsamkas förlust genom frånvaron. Att i siffror försöka ange någon genomsnittlig storlek av denna, t. ex. per frånvardag, erbjuder emellertid stora svårigheter. Förlusten växlar med konjunkturerna och är olika i olika branscher och i olika företag. Generellt torde dock kunna sägas, att förlusterna genom frånvaro kan vara avsevärda, speciellt vid högkonjunkturer.

I tider av arbetskraftsbrist kan frånvaron medföra svårigheter för företaget att störningsfritt hålla driften igång. I sämsta fall kan delar av anläggningarna få stå överksamman viss tid. Förlusten blir då den förlorade intäkten minus de direkta utläggerna för den bortfallna produktionen. Man går sålunda miste om en motsvarande del av de medel, som avsetts för investeringar, skatter, räntor m. m.

En minskning av den konstanta frånvaron besparar företaget kostnader även under lågkonjunktur med god tillgång på arbetskraft. En registrerad anställd åsamkar nämligen företaget administrativa och andra kostnader även då han ej arbetar. En sänkning av den konstanta frånvaron bör kunna leda till en minskning av totala antalet anställda och därmed lägre kostnader av detta slag.

För Domnarfvet's Jernverk motsvarar 1 % av personalen (arbetarna) för närvarande omkring 38 man, dvs. 11.000 arbetsdagar per år.

Historisk återblick

Av historien har man alltid en hel del att lära beträffande prognoser för framtiden. Jag skall därför göra en kort återblick på industriläkarsjukvårdens historia, ty den är gammal även om uppgifterna har förändrats.

Redan strax före år 1600 anställde Bergslaget en gruvebarberare (fältskär). Omkring år 1650 hade storindustrin Stora Kopparberget 2 gruvebarberare, 1 gruvläkare och 1 sjukhus i Falun. Anledningen till denna utveckling var att åtskil-

liga arbetare "blev i gruvan illa slagna och även av andra sjukdomar så besvärade", att de, som det står, "under barberarhand ligga måste". Detta var den enda sjukvård, som fanns i hela Dalarna. Industrin hade varit tvungen att ordna sjukvård för att kunna driva företaget. Gruvans personal hade det därigenom uppenbarligen bättre ställt i detta avseende än alla andra men flera uppgifter från denna tid i arkiven antyder att sjukvården blev dyrbar för företaget.

I mitten av 1700-talet skymtar samhällelig sjukvård först i form av en provinsialläkare i Falun. Med detta som motivering ansåg Bergslaget att man borde kunna dra in någon av sina tjänster. 1776 inrättades ett länslasarett i Falun och så småningom drogs Bergslagets befattning med den slutna sjukvården in. Bergslagets siste sjukhusläkare i Falun övergick till lasarettsläkare. Från år 1808 hade Bergslaget kvar endast 1 läkartjänst — bergslagsläkartjänsten — som dessutom tidvis uppehölls av provinsialläkaren. Driften gick ned vid gruvan, personalen minskade och därmed också bergslagsläkarens uppgifter. Samhällets sjukvård kunde väl överta dem.

Men år 1872 började Domnarfvet's Jernverk byggas i Borlänge. Där fanns ingen läkare utan bergslagsläkaren måste resa dit vissa dagar i veckan och vid behov. År 1878 beslöt Stora Tuna kommun att skaffa en extra provinsialläkare i Borlänge. I ett brev strax därpå konstaterade Bergslagets chef att det ställde sig dyrt med bergslagsläkaren och antydde att han skulle sägas upp, så snart e. provinsialläkartjänsten blev tillsatt. Så skedde också. Men läkarens avgång gick ej i verkställighet. Detta berodde på att det uppstod så svåra epidemier och så mycket olycksfall vid Domnarvet att e. provinsialläkaren, dvs. samhällets sjukvård, ej räckte till för att klara industrins behov. Bergslaget måste fortsätta att tillhandahålla läkarvård för sina anställda. Man byggde 1881 ett epidemisjukhus, skaffade barnmorska och sjuksköterska och så började en utbyggnad av sjukvården vid Domnarfvet's Jernverk i samma stil som i Falun ett par hundra år tidigare och företags folk hade bättre sjukvård än andra. Resultatet av detta skymtar i en e. pro-

vinsialläkarens årsberättelse fast i grövre mått än det som jag använt.

En svår difteriepidemi rasade i slutet av 90-talet. E. provinsialläkaren, f. ö. sedermera medicinalrådet Fredrik Block, skriver, att dödlighetsprocenten bland brukets befolkning var 1,6 och bland de övriga 11,8. Han ansåg att detta berodde på "att vid Domnarvet var så väl ordnat för sjukvården". Brukets sjuka vårdades på sjukstuga med 2 sjuksköterskor och regelbundna läkarbesök, övriga lades in i isoleringsbarack med bara 1 vårdarinna.

Men det blev dyrt och företagsekonomi var hårt ansträngd av de stora investeringarna. Man beslöt därför att dra in bergsläkartjänsten som obehövlig och vid befattningshavarens pensionering återbesattes ej tjänsten utan ackordsavtal beträffande sjukvården träffades med e. provinsialläkaren i Borlänge.

Men redan efter något år började Kvarnsveden att byggas, befolkningen ökade och e. provinsialläkaren hann inte med all sjukvård. Bergslagsläkartjänsten återbesattes och flyttades år 1900 till Borlänge och utvecklingen fortgick. 1907 hade Bergslaget i Borlänge utöver epidemi-sjukstuga även akutsjukhus och sanatorium med mycket personal. 1917 fanns 2 läkare anställda. Det slukade stora summor. 1920-talet kom med depression och Bergslaget fann att man drev en verksamhet, som borde bedrivas av samhället. Man ansåg att ett järnverk skulle göra järn och inte bota sjuka. Då den gamle bergslagsläkaren pensionerades 1932 övertogs hela organisationen av landstinget. En sjukstugeläkare anställdes och Bergslaget träffade avtal med denne beträffande personalens sjukvård.

Hittills har framställningen hela tiden gällt sjukvården. Ur denna hade dock så småningom impulserna till hälsovård och förebyggande åtgärder vuxit fram. Utvecklingen hade medfört ett behov för industrin att göra insatser på detta område. Detta ledde till att Bergslaget på nytt år 1951 återbesatte sin gamla läkartjänst med de uppgifter, som innefattades i modern industriläkarvård. En ny utveckling började som så många gånger tidigare och där är vi nu.

Vad jag velat visa med denna resumé över företagssjukvårdens berg- och dalbana genom tiderna är hur dess omfattning varit beroende av utvecklingen av samhällets sjukvård. När denna kommit upp till tillräcklig nivå, har det givetvis blivit oekonomiskt för företaget att driva sin också. Företagen måste ju skattevägen betala sin tribut till samhället och det är i alla situationer oekonomiskt att betala samma sak mer än en gång. Av detta skäl skulle företagsläkaren kanske definitivt gått till historien år 1955, om det bara gällt konventionell sjukvård. Då försvann t. o. m. olycksfallsvården som obligatorisk uppgift ur industriläkaravtalet. Samhället var i stånd att erbjuda en och var fullgod sjukvård genom ett nät av läkare, sjukhus och sjukkassor. Men utvecklingen hade då redan gått förbi sjukvårdsepoken för industrins del.

Man hade kommit in på förebyggande av sjukdom och rehabilitering som huvuduppgift och industriläkarvården har därigenom fortfarande en uppgift att fylla, som kan vara lönsam för företagen. Att sjukkassan under senare år lämnar bidrag till denna verksamhet får uppfattas som uttryck för att den anses vara lönsam även för samhället.

Industriläkarvården i fortsättningen

Den tekniska utvecklingen har medfört och medför ständigt förändringar i arbetet. Nya ämnen införes och därmed kanske nya yrkesrisker. Rationalisering och mekanisering i riktning mot automation kommer med nya problem. Industriläkarvården arbetar för att med olika medel förebygga inte bara sjukdom utan även onödig belastning i olika former, i hopp att därmed inte bara förbättra människans hälsa och effektivitet utan även minska slitaget och därigenom förlänga hennes effektiva tid. I forna tider hotades människan ofta av omedelbara faror i arbetsmiljön. Utvecklingen hittills har i möjligaste mån undanröjt dessa. Yrkesriskerna i våra dagar karakteriseras av längre intervall mellan orsak och verkan, varigenom sammanhangen blivit mera komplicerade och därmed också skyddsarbetet. I många fall vet man inte hur mycket och hur

länge människan tål de påfrestningar av växlande slag, som nyheter i arbetsformer och arbetsmiljö medför. Vid en konferens för något år sedan sades att s. k. hygieniska gränsvärden har viss likhet med börspapper. Det är bara det att börspapper ändrar värde med någon dags, gränsvärdena med något års mellanrum. Nya papper dyker upp på börsern liksom nya ämnens gränsvärden i yrkeshygienen.

Nya och märkliga ord dyker också upp — stress, bioteknologi, ergonomi. De må väl vara uttryck för det komplicerade i många av de arbetsuppgifter, som dagens industriläkarvård är invecklad i. Investeringar på dessa områden är långsiktiga och man hoppas att de i en framtid skall visa sin lönsamhet för industrin. Detta framför allt med tanke på prognosen beträffande tilltagande brist på den mänskliga faktorn i produktionen.

Med dessa problemkomplex som bakgrund är det tydligt att industriläkarvården i det förebyggande arbetet måste vara progressiv — i samma utsträckning som industrin — för att kunna vara lönsam för företagen.

Läkarvetenskapen är och förblir empirisk och förebyggande åtgärder har alltid utlösts med anledning av iakttagna sjukdomstillstånd. Ju tidigare sammanhangen klarlagts, desto bättre har resultatet blivit. Ännu har vi mycket att lära och ännu mer tycks framtiden innebära. Nu som förr måste människan själv i stor utsträckning tjänsköra som mätare när det gäller toleransgränser av olika slag. Överskridande av dylika gränser leder förr eller senare till det mer eller mindre uttalade sjukdomstillstånd, som kan och bör fästas uppmärksamheten på orsaken. Det är i industriläkarens — knappast i någon annans — motagningsrum, som denna sammankoppling verkan—orsak kan leda till en förebyggande åtgärd. Särskilt då det gäller ohälsa, som kan sättas i samband med förhållanden på arbetsplatsen, är industriläkarens sjukvård så nödvändig för utvecklingen av hälsovården att den förra måste betecknas som ett led i den senare.

För den andra huvuduppgiften, rehabiliteringen — att bereda möjlighet att utföra visst lön-

samt arbete utan att läkningsbetingelserna därigenom försämras — är sjukvården om möjligt ännu viktigare. Jag avser närmast alla dessa mindre allvarliga tillstånd där möjligheter till åtgärder i detta syfte föreligger redan vid första behandlingen. Rehabiliteringen går helt parallellt med sjukvården och gräns kan svårigen dragas. För att kunna rehabilitera måste man få tag i de sjuka, ju förr dess bättre.

En förutsättning för industriläkarvårdens lönsamhet är således att den kan följa med i industrins utveckling och ständigt motsvara industrins aktuella behov.

Samhällets organisation för sjuk- och hälsovård förfogar över specialister inom alla vetenskapens grenar. Dessa kan nås av alla även om det sker via väntelistor. Industriläkaren skall vara specialist på sitt eget företag och tillämpa andras och egna medicinska erfarenheter på alla dess förhållanden. Detta innebär att han — utöver sin läkarverksamhet i trängre bemärkelse — måste försöka arbeta sig in i gränsområdena mellan medicin, psykologi, teknik och företagsekonomi. Resultatet av företagets verksamhet i stort är beroende av ett samarbete mellan många befattningshavare i olika fack. Industriläkaren är en av dessa. Resultatet av läkarens verksamhet till sin patients bästa är ävenledes ofta beroende av detta samarbete inom företaget.

Utöver sitt ansvar som läkare gentemot sin patient har industriläkaren ett ekonomiskt ansvar för verksamheten gentemot sitt företag. Det gäller kostnaden för hans arbetsorganisation. Men det kan gälla annat också. Hälsovård och förebyggande åtgärder kan teoretiskt drivas hur långt som helst. Företagsekonomiska synpunkter är här av mycket stor vikt. "Det bästa får ej bli fiende till det goda". Resultatet kan stundom bli bättre av att föreslå det näst bästa.

På senare år har allt flera företag funnit skäl att införa industriläkarvård som komplettering av sin personalvård. Om denna åtgärd kan visa sig lönsam ur företagsekonomisk synpunkt torde detta bidra till en fortsatt utveckling av verksamheten till nytta för både företag och anställda och därmed också för samhället.