

pengar". Först sedan det kunnat slutgiltigt fastslås att den sjuke "ikke kan anses i stand til å yte mer enn en tredjedel av normal arbeidsinnsats på et arbeidsområde som høver for ham" skall invalidpension beviljas.

Såväl syketrygden och attföringen som uföretygden skall administreras av Rikstrygdeverket med de offentliga trygdekassorna som lokala organ. Till de sistnämnda ingivas ansökningarna men beslut fattas i Rikstrygdeverket. Som sak-

kunniga rådgivande organ skall de redan 1956 inrättade fylkenämnderna fungera. De består av en läkare och minst två andra medlemmar. Det är meningen att Rikstrygdeverket så småningom när de nya lagarna förts ut i livet och man fått en stadgad praxis skall få delegera beslutanderätten till dessa fylkesnämnder.

Klagan över Rikstrygdeverkets beslut kan föras hos socialdepartementet men man har för avsikt att inrätta en socialförsäkringsdomstol.

Synpunkter på socialförsäkringens medverkan i sjukdoms- och invaliditetsförebyggande verksamhet II¹⁾

Av dr E. Husmark, Stockholm

En granskning av ämnet ur socialmedicinsk synpunkt ger anledning till vissa frågor över rubrikens formulering. Avser den en beskrivning över försäkringens aktivitet i *förebyggandet* av sjukdom och skada och oavsett annan socialpolitisk insats i samma syfte? Eller är det fråga om att ge synpunkter på de åtgärder som genom socialförsäkringens medverkan finnas för att förhindra och minska *följderna* av sjukdom och iråkad invaliditet? Vi känner väl till att en gängse uppfattning om socialförsäkringens medverkan inrymmer äver socialpolitiska åtgärder utan försäkringskaraktär. Sjukdoms- och invaliditetsförebyggandet har för övrigt blivit till ett begrepp avsett att täcka samhällets åtgärder för att förebygga — icke sjukdom men sjukdomens följder. Merendels görs icke någon åtskillnad mellan samhällsåtgärder av *generellt* förebyggande natur och dem som har ett begränsat försäkrings-tekniskt innehåll. Säkert är att försäkring och andra åtgärder integrerar i varandra som en förutsättning för såväl bästa möjliga profylax som lindring av sjukdomsföljderna.

Det är av vikt att konstatera att generella och kollektiva samhällsåtgärder t. ex. inom hygienens och smittoskyddets område har stor profylaktisk betydelse. Hälsovårdsstadgans bestämmelser t. ex. är avgörande för sjukdomsförebyggandet i stort. Samma gäller livsmedelsstadgan, bestämmelser om arbetarskydd, strålskydd och mycket annat. Alla dessa grundläggande föreskrifter har kommit att så naturligt tillhöra det moderna samhällslivet att man inte närmare reflekterar över dem utan finner ordningen nödvändig och självklar. Förutsättningen för ett gott epidemiskydd är god samhällshygien och pålitlig livsmedelshantering. Inom epidemivården är det ett gemensamt intresse att också skapa möjligheter för vård samt att skydda andra från att drabbas av sjukdomen när någon smittats. Den sjuke som behöver vård och måste isoleras för att förhindra smitta kommer därmed att anslutas till socialförsäkringskollektivet, sjukskriven enligt sjukförsäkringslagens bestämmelser. Där blir alltså samhällshygien och socialförsäkring beroende av varandra på ett påtagligt sätt och effekten blir uppenbart profylaktisk. Samma resonemang kan anläggas beträffande t. ex. tbc-

¹⁾ Efter föredrag i Socialförsäkringsklubben, Stockholm.

bekämpandet till skydd mot spridning av sjukdomen.

En generellt verkande reglering utan försäkringskaraktär men med detaljerad individuell profylax och långsiktigt perspektiv kännetecknar den förebyggande mödra- och barnvården. Långt tidigare i samhällsutvecklingen hade denna organisation kunnat spela en huvudroll för folkhälsan då den materiella standarden var låg för de flesta. Numera befinner sig de kategorier som det här är fråga om, mödrar som barn, i regel vid högsta välmåga och utan abnorma hälsorisker då läkaren undersöker dem var och en och ger sina råd beträffande havandeskap och barnens skötsel. Man kan därför fråga sig om den dyrbara undersökning som alla dessa friska mödrar och barn genomgår är av behovet påkallad. Mödrarnas hälsotillstånd och barnens fysiska och psykiska välfärd torde ej i nämnvärd grad bero av dessa läkarundersökningar. Fastän den förebyggande mödra- och barnvården ej innehåller primärt försäkringsbara moment skulle hela verksamheten kunna avvecklas och i stället inkorporeras i en hälsovårdsdel av sjukförsäkringen.

Den konventionella uppfattningen om sjukdoms- och invaliditetsförebyggandet förutsätter att en gräns skall kunna dras mellan hälsa och sjukdom. En sådan gräns finns emellertid endast i statistiken och i de program som socialpolitiskt görs upp.

Verkliga förhållandet är att den "friska" människan ständigt befinner sig i dynamisk balansering mellan ett otal risker av endogen och exogen natur som kan spela större eller mindre roll under skilda betingelser. De kan tillsammans med övervikt från ena eller andra hållet drabba en människa som en katastrof för hälsan eller som en mindre och övergående skada eller nedläggning av välbefinnandet. De endogena faktorerna kan dominera fullständigt som vid ärftliga sjukdomar, tumörer eller sockersjuka. De exogena likaså som vid en trafikolycka.

Förebyggandet av de endogena anlagen som sjukdomsorsaker är i första hand ett medicinskt-

vetenskapligt forskningsproblem. Sociala åtgärder kan tillfogas på basis av ett sakligt medicinskt förhållande i avsikt att förebygga sjukdomens följder.

Ett förebyggande av de exogena momenten kan ske genom generella hygieniska åtgärder, genom arbetarskyddsbestämmelser till skydd mot yrkesskador och olycksfall eller genom trafikregler och andra åtgärder.

Det individuella hälsotillståndets ständiga beroende av endogena och exogena faktorerers skadeverkan har till följd att många människor så småningom kommer att leva med ett permanent handikap av fysisk, psykisk eller oftast psyko-fysisk art. De är behäftade med en svaghet, en sjukdom eller en invaliditetsåkomma oftast utan att därför vara annat än periodiskt arbetsoförmögna eller sjuka i trängre bemärkelse. Vi kan nämna blodtryck, magsår, magkatarr, dysmenoré, diskbräck, hjärt-kärlsjukdomar, följder av olycksfall. Ofantligt många personer som dras med sådana åkommor måste emellertid ständigt söka läkare och har större behov än de s. k. friska att kunna lita till socialförsäkringens fördelar. Just beträffande detta stora klientel ställs man inför frågan vad samhällets sjukdoms- och invaliditetsförebyggande egentligen skall avse. Ur socialmedicinsk synpunkt är varje moment lika angeläget: att hindra uppkomsten av en sjukdom, att stoppa fortskridandet av utbruten sjukdom samt att eliminera eller lindra dess följder. Det gäller också att förkorta sjukdomstiden, att skapa möjligheter för utnyttjande av resterande arbetsförmåga och öka förutsättningarna för ett hyggligt socialt liv trots bestående invaliditet.

Här kommer nu rehabiliteringsorganisationen in och dess förhållande till sjuk- och yrkesskadeförsäkringen och ej att förglömma till pensionsförsäkringen och hela socialvårdsfältet.

Tyvärr råder alltså i samband med rehabiliteringsdiskussionerna det missförståndet att man vill betrakta klientelet såsom antingen friskt eller sjukt. Rehabiliteringen innebär konventionellt ett återställande av patientens sociala och yrkesmässiga färdigheter efter en sjukdom som

han drabbats av. Därefter föreställer man sig patienten vara frisk, väl placerad och för framtiden oberoende av hjälp. Ett sådant fall är ett sällsynt önskefall för rehabiliterare. Uppenbart är nämligen att de allra flesta som varit sjuka och återgår i arbete kan göra detta utan att vara i något som helst behov av rehabiliteringsåtgärder. Det myckna talet om rehabiliteringsväsendet kan lätt skapa den uppfattningen att här har förelegat en svår brist i vårt omhändertagande av sjuka människor tidigare. Så är inte fallet. Det procentuella antal som behöver tas om hand för mera omfattande åtgärder är ytterst ringa jämfört med det totala antalet sjuka, men för en del av fallen, som tillsammans taget blir många, spelar utvecklingen av och resurserna inom *arbetsvården* stor roll för den yrkesmässiga anpassningen.

Större möjligheter än förr finns numera att i rätt tid få hand om de långdragna fallen och dem som annars skulle kunna riskera att föras över i en definitiv grupp av invalider. Genom tidigt insatta åtgärder förminskas eller undan skaffas sjukdomens och invaliditetens följder.

De större industrierna har redan för länge sedan i praktiken drivit rehabiliteringsverksamhet och arbetsvård där anställda läkare och säkerhetsingenjörer har följt fallen. Sedan de sjuka och skadade kunnat återinsättas i arbete har de så småningom fått utveckla sin kapacitet efter bästa förmåga. Detta har inneburit en pionjärverksamhet, en försöksdrift inom rehabiliteringsområdet som kan ge god ledning i andra sammanhang. Detsamma gäller även industriernas förebyggande hälsovårdsundersökningar (personlig hälsokontroll) i övrigt.

Genom de rekommendationer och beslut som fattats beträffande centralsjukkassornas kontroll av de långvarigt sjukskrivna har försäkringen alltså fått möjlighet att i rätt tid omhänderta dem som hotas av invalidiserande *följder* av sjukdom och skada.

Så långt har man alltså sträckt sig nu men ännu inte accepterat de upprepade rekommendationer som förekommit även i statliga utredningar att låta de sjukförsäkrade (ev. vissa ålders-

grupper) regelmässigt genomgå läkarundersökningar i sjukdomsförebyggande syfte.

Ifråga om s. k. hälsokontrollundersökningar finns två vägar att vandra. Medicinskt-vetenskapligt odiskutabla metoder för förebyggande undersökningar har inte ännu framkommit. Vi saknar vetenskapliga hållpunkter för att i "stordrift" kunna rekommendera vissa bestämda undersökningar som diagnostiskt lönsamma. Konsekvensen skulle bli att det tills vidare får anstå med förebyggande hälsovårdsundersökningar. En annan uppfattning hävdar emellertid att vad som krävs är en generell medicinsk undersökning, identisk med den som merendels görs då en sjuk konsulterar en läkare. Denna undersökning kan modifieras, drivas mer eller mindre långt alltefter fallets art, men härför kräves inte någon vetenskaplig undersökning rörande metoden för kontrollen. Man kan i detta sammanhang påminna sig medicinalstyrelsens utredning 1948 med jätteförslaget om "hälsocentraler". Där rekommenderades till en början försöksverksamhet beträffande hälsokontroll. 1951 kom medicinalstyrelsen igen med en framställning om anslag till sådan försöksverksamhet hos provinsialläkare och återkom efter ytterligare något år med ett nytt alternativ där undersökningen tänktes ske i *sjukförsäkringens regi*. Några anslag har emellertid inte tilldelats. Sveriges läkarförbund, som alltid ansett att sjukförsäkringen bör inkopplas, har 1950 gjort en framställning hos sjukkasseförbundet om samarbete för att i den dåvarande frivilliga kassans regi få till stånd hälsoundersökningar på friska medlemmar. Det ledde då inte till resultat eftersom sjukförsäkringsorganisationen övergick i statlig regi.

Det torde framstå som uppenbart att en medicinsk undersökning som görs på en patient "som kommer in från gatan" inte kan jämföras med en undersökning som företas av en läkare som i förväg känner patienten och hans arbets- och levnadsförhållanden. Följden därav är att han har bättre förutsättningar än annan läkare att *rätt bedöma sitt eget undersökningsresultat, något som är av högsta värde för den undersökte*. Inom industrihälsovården har vi ett gott exempel

på värdet av sådan kännedom. Genom att väl känna arbetarstammen, arbetsplatsen och kraven i arbetet har man med återkommande undersökningar möjlighet att ur den anställdes och företags synpunkter bedöma patientens placering i vissa arbeten. Hänsyn skall också tagas till sociala förhållanden i övrigt. Återkommande medicinska undersökningar bör i en mera generell planläggning ske i sjukkassans regi av den läkare som patienten själv vill välja, den som han är van vid, eller den som han vill ge sitt förtroende till. En granskning av de förhållanden som här berörts ger anledning till några slutsatser.

1) Den obligatoriska sjukförsäkringen har numera nått en sådan erfarenhet och stadga att för dess fortsatta verksamhet en plan för periodiska medicinska undersökningar borde läggas upp. Dessa undersökningar kunde gott till en början ha formen av en frivillig anslutning av intresserade medlemmar i vissa åldersgrupper som gärna själva skulle ha att betala kostnaderna för undersökningen eller viss del av den. Då möjligheter finns bör undersökningen breddas att helst gälla hela klientelet men givetvis med bestämt

avmätt frekvens. Sådana undersökningar skulle ha stort profylaktiskt värde för folkhälsan.

Det är nu på tiden att sjukförsäkringslagen ändras så att sjukkassorna blir berättigade att driva hälsovård. Med samma syfte borde sjukkassorna och deras organisation vara berättigade att även driva populär hälsovårdsupplysning.

2) Också i yrkesskadeförsäkringens uppgift bör ingå systematisk verksamhet i förebyggande syfte mot yrkesskador på arbetsplatserna. Riksförsäkringsanstaltens och socialförsäkringsbolagens expertis står inte till förfogande vid sjukkassorna och yrkesinspektionen torde icke kunna nå den kapacitet som kräves ens för tillsyn av arbetarskyddsbestämmelsernas efterlevnad.

3) Slutligen kombinerar sig dessa önskemål med ett pockande behov att i samband med pensionsförsäkringen och inför ATP-komplexets konsekvenser få till stånd en rationell ordning som har *förebyggandet* av sjukdom och invaliditet som rättesnöre och som åtminstone i någon mån kan minska följderna av den starka lockelse till flykt mot sjukdom och pension som denna allt överskuggande socialförsäkring kommer att utöva.

300 METER ÖVER HAVET

ligger kurorten MÖSSEBERG i Västergötland på bergets sydöstra sluttning mycket vackert och vindskyddat. Moderna behandlingsresurser jämsides med behaglig komfort och vila.

Patienter lidande av tuberkulos eller svårartad psykisk sjukdom kunna ej mottagas. Snabba direkta förbindelser med Stockholm 4,5 tim. Göteborg 1,5 tim.

Läkararvoden och kostnaderna för fysikalisk terapi ersättes till en del av sjukkassan.

Inga kurplats- eller inskrivningsavgifter.

Överläkare: Rune Wikström.

Modern medicinsk undersökningsavd. Alla brukliga badformer serveras. Individuell dietmat.

Helpension från 27:— pr dag.

*Unna Er
en hälsobringande
vila på*

Mösseberg

Tel. Falköping 10046 för upplysningar Vx.
sanatoriet Falköping 13220