

JUHATUSKIRI

ELUKINDLUSTUS-USALDUSARSTIDELE

KOOSTANUD

Professor dr. med. W. WADI
TARTU ÜLIKOOLI II SISEHAIGUSTE-KLIINIKU JUHATAJA

ELUKINDLUSTUSSELTSEIDE ÜHINE VÄLJAANNE
1934

Handwritten scribble in blue ink at the top of the page.

JUHATUSKIRI

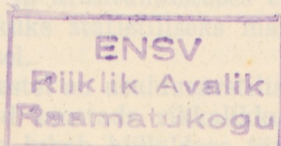
ELUKINDLUSTUS-USALDUSARSTIDELE

KOOSTANUD

Professor dr. med. W. WADI

TARTU ÜLIKOOLI II SISEHAIGUSTE-KLIINIKU JUHATAJA

B 442



2-05-00514

ELUKINDLUSTUSSELTSEIDE ÜHINE VÄLJAANNE
1934

E e s s õ n a.

Paljude praktiliste ülesannete kõrval tuleb tegelikul arstil sageli elukindlustuse usaldusarsti ülesandeid täita ja elukindlustusmeditsiini erinõuete kohaselt asjatundlikku usaldusarsti tunnistust koostada. Elukindlustusmeditsiini kui omaette arstiteadusliku distsipliini eriülesandeks on põhjaliku ja süstemaatilise arstliku läbivaatuse andmete põhjal teha täpne diagnoos ja selle põhjal õiglaselt hinnata prognoosi elukestuse suhtes.

Kui kliiniliselt seisukohalt tuleb arstil teatava haiguse puhul haiget selleks põhjalikult uurida, et teha õige diagnoos ja määrata vastav ravi, siis tuleb tal hinnata prognoosi seoses käesoleva haigusega, ja siin ei ole prognoos harilikult kaugeleulatuv. Elukindlustusmeditsiini seisukohalt tuleb arstil põhjalikult ja süstemaatiliselt uurida sagedamini tervet kui haiget inimest selleks, et täpse diagnoosi põhjal teha kaugeleulatuv prognoos, ja on arusaadav, et siin arstitunnistuse koostamisel tuleb nii anamneesis kui ka *status praesens*'is eriliselt arvestada tervet rida momente, nagu pärvus, konstitutsioon, kutsetervishoid, sotsiaalne olukord jne., millel kliiniliselt seisukohalt puudub sageli eriline tähtsus.

Elukindlustuse usaldusarsti tähtsamaks ülesandeks tuleb pidada objektiivse ja asjatundliku arstitunnistuse koostamist. Eriti nõutakse siin täpsete andmete esitamist kõikide arstitunnistuse formularis ettenähtud küsimuste kohta, sest need andmed on peamiseks aluseks riisikote hindamisel. Asjatundlikult koostatud arstitunnistus võimaldab vältida kahjusid elukindlustuslepingute sõlmimisel ja arstitunnistuses esitatud täpsed andmed on ühtlasi väärtuslikuks statistiliseks materjaliks elukindlustusmeditsiini arendamisel.

Aastakümnete kestel on usaldusarstiliste tunnistuste andmete põhjal võimalik olnud koostada rikkalikku elukindlustusmeditsiinilist statistikat, mis lubab küllaldase täpsusega hinnata teatavasse anomaaliarühma kuuluva isiku prognoosi elukestuse suhtes.

Kui usaldusarsti tunnistused on sageli ebatäpselt ja puudulikult koostatud, siis peamiselt küll sellepärast, et ei ole tarvilikult hinnatud neid üksikasju ja nõudeid, mida elukindlustuses eriliselt arvestatakse.

Oleks iseenesest mõistetav, et iga elukindlustuse alal töötav arst peaks tuttav olema elukindlustusmeditsiiniliste põhialustega ja üldjoontes tundma kindlustusmeditsiinilist tehnikat. Ainult

siis suudab ta oma ülesandeid sellel alal kindlasti asjatundlikumalt ja usaldusväärsemalt täita. Kahjuks ei ole aga arstiteaduskondade õppekavades kuni kõige viimase ajani elukindlustusmeditsiinilised probleemid veel mitte käsitlemist leidnud, mida tingimata tuleb pidada puuduseks, ja sellepärast on ka teatava määraneni arusaadavad need puudused ja vähene asjalikkus, mis usaldusarstilises tegevuses, eriti arstitunnistuste koostamisel, nii sageli esinevad.

Käesoleva juhatuskirja ilmumine on elulisest tarvidusest tingitud ja ta tahab, kuigi lühidalt ja katkendiliselt, käsitleda esijoones elukindlustusmeditsiinilist tehnikat ja neid küsimusi, mida igal elukindlustuse usaldusarstil oma ülesannete täitmisel tuleb silmas pidada. Julgen loota, et juhatuskiri teatava määraneni selleks kaasa aitab, et eeskätt meie elukindlustuse alal töötavad arstid rohkem elukindlustusmeditsiinilistesse probleemidesse süvenevad ja siin esinevaid nõudeid oma ülesannete täitmisel asjalikult arvestavad.

Juhatuskirja esimesed osad, mis käsitlevad elukindlustusmeditsiinilist tehnikat, on kindlustusseltside eriteadlaste ühisel asjatundlikul kaasabil ümber töötatud ja redigeeritud, mida siinkohal erilise tänuga mainin.

Tartu, detsembris 1933.

W. W a d i.



I. Elukindlustustehnika ja elukindlustusmeditsiini põhialused.

Kindlustusviisid ja preemia.

Elukindlustus seisab tänapäeval juba terves kultuurilmas laialdaste rahvahulkade teenistuses, peamiselt omaste hooldamise ja tuleviku tarvidusteks kapitali kogumise täiusliku vahendina. Nii teadusliku arengu kui ka rakendusvõimaluste mitmekesisuse poolest on elukindlustus kaugelt ees kõigist teistest kindlustusaladest. Rikkalik kindlustusviiside valik suudab rahuldada väga mitmekesiseid eritarvidusi ja nõudeid, mida majanduselus arvestab iga üksikindiviid. Kuna on võimatu siin käsitleda kõiki elukindlustusviise, piirdume seepärast vaid selle kindlustusviiside rühma lühida kirjeldamisega, mille kohta käivad alljärgnevas käsitletud mõttekäigud.

Elukindlustuste juures, mille sõlmimisel nõutakse kindlustatava isiku usaldusarstlikku läbivaatust, olenevad seltsi kui ka kindlustatu kohustused kindlustatud isiku surmast. Seda liiki elukindlustuste tavalisemateks kindlustusviisideks on eluaegne surmajuhu kindlustus ja segakindlustus surma või üleelamise korral. Eluaegse surmajuhu kindlustuse puhul kuulub kindlustussumma väljamaksmisele ainult kindlustatud isiku surma korral. Segakindlustuse juures toimub kindlustussumma väljamaksmine kas kindlustatu surma korral või hiljemalt kokkulepitud kindlustuskestuse üleelamise korral. Segakindlustuse kestus kõigub väga laiades piirides, kuid tavaliselt valitakse selleks 20—30- aastane ajavahemik.

Kindlustusseltsi kohustuste vastutasuna maksab kindlustatu kokkulepitud ajavahemikes, näiteks iga terve aasta või lühema aja järel kindlustusseltsile preemiaid (kindlustusmaks). Preemiamaksu kohustus kestab kuni kindlustatu surmani, kauemalt aga kindlustusaja lõpuni. Pikemaajaliste kindlustuste juures, mille puhul kindlustuse lõpp langeb kõrgele vanusele, määratakse preemiamaksu kestuseks ka lühem ajavahemik, et kõrgemas vanuses oleks kindlustatu maksukohustusest vaba.

Teised kindlustusviisid, kusjuures seltsi või kindlustatu kohustused olenevad kindlustatu surmast, olulises osas palju ei erine eelpool-kirjeldatud kindlustusviisidest. Kõiki neid elukindlustusviise nimetatakse üldiselt surmajuhu kindlustusteks.

Vaatleme, kuidas on võimalik kindlustatute surmast olenevaid kindlustusseltsi kohustusi ette hinnata ja sellele vastavalt määrata igale üksikule kindlustatule õiglane preemia.

Üksikjuhuna on inimese surm juhuslik sündmus. Võttes aga vaatluse alla suurema hulga isikuid, näeme, et nende suremuskäigus esineb juba teatav seaduspärasus, mis tuleb seda enam esile, mida suurem hulk isikuid on vaatluse all. Statistilistest vaatlustest leiame, et masside suremuskäigus suremuse sagedus sõltub vanusest. Väljaarvatud varajane lapseiga, suremuse sagedus kasvab ühes vanusega. Suremusstatistiliste vaatluste tulemused võetakse kokku n. n. suremustabelis, mis väljendab vaatluse all olnud isikuile omast suremusseadust.

Kuna kindlustusselts on elukindlustuslepingu vahekorras ühtaegu suure hulga isikutega, siis tema kindlustatute pere suremuskäik allub suremusseadusele, mida on võimalik tuletada statistilistest andmetest. See asjaolu annabki kindlustusseltsile võimaluse oma tulevase kohustusi võrdlemisi täpselt ette hinnata ja määrata üksikuile kindlustatuile sellised preemiad, mis kataksid kindlustusseltsi kohustused.

Elukindlustuse preemiate arvutuse aluseks võetakse suremustabel, mis on tuletatud küllalt suure hulga elukindlustatud isikute suremusstatistilistest andmetest. Eeldades, et ühevanuste isikute suremus on ühesuurune ja et üksikjuhtude suremuse kõrvalekalded suremustabeli keskmisest normist suures massis tasakaalustuvad, arvutatakse igale vanuseastmele vastavad preemiamäärad seltsi ja kindlustatu vastastikuste kohustuste võrdsuse printsiibil. Kuna vanuse kasvamisega kasvab ka suremus, siis on sel viisil arvutatud preemia seda suurem, mida kõrgem on vanus. Peale vanuseastme sõltub elukindlustuspreemia suurel määral ka kindlustusviisist ja kindlustuse kestusest. Näiteks lühiajalise segakindlustuse preemia on tunduvalt kõrgem kui pikaajalise oma. Kuidas suremustabeli alusel toimub tegelik preemiate arvutamine, seda käsitleb elukindlustusmatemaatika.

Normaalne ja anormaalne risk.

Suremuskäiku üksikasjalisemalt jälgides näeme, et suremushädaoht ei sõltu üksi vanusest, vaid ka tervest reast teistest tegureist, millest olulisema tähtsusega on objektiivne leid (*status praesens*), üldine konstitutsioon, varemalt põetud haigused (anamnees), pärivuslik olukord, elukutse ja eluviisid.

Elukindlustuse riski peetakse normaalseks, kui tema suremus vastab tariifpreemiate arvutuse aluseks võetud suremustabeli normidele. Normaalariskide hulka kuuluvad esijoones need riskid, kel

1) anamneesis puuduvad säärased haigused, mis võiksid järele jätta tuntavaid orgaanilisi muutusi või on juba neid järele jätanud või võivad iseenesest retsidiveeruda;

2) sugukonnas (vanemad, õed ja vennad) päritavaid haigusi pole ette tulnud (hereditaarselt selged juhud);

3) konstitutsioon on laitmatu ja *status praesens* soodus, s. o. vaba haigusnähistest.

Nende nõuete kohaseid riske tuleb tegelikult ette üsna harva. Seepärast arvatakse normaalriskide hulka ka need riskid, kes vähesel määral nendest normidest kõrvale kalduvad.

Kuna kindlustuseltsi tariifpreemiad on arvatud normaalriskide suremusstatistilistest andmetest tuletatud suremustabeli alusel, siis on tariifpreemiad maksvad ainult normaalriskide kohta.

Varematel aegadel võeti elukindlustusse vastu ainult normaalriske. Suur hulk isikuid, kelle loomulik eluea kestus võis mõnesugustel põhjustel muutuda küsitavaks ja kes olid seetõttu elukindlustusest eriti huvitatud, ei leidnud siis kindlustuseltside poolt kaitset. Tänu elukindlustustehnika ja eriti elukindlustusmeditsiini suurtele edusammudele on tänapäeval võimalik pakkuda elukindlustuse kaitset ka neile, kelle suremus on terviseliste defektide ja teiste ebasoodsate asjaolude tõttu tunduvalt, koguni mitu korda suurem kui täiesti tervete isikute oma.

Neid elukindlustuse riske, kelle suremus on terviseliste defektide ja teiste ebasoodsate asjaolude tõttu kõrgem kui sama vanuse normaalriski oma, nimetatakse anormaalriskideks.

Elukindlustuspreemiade arvutamise printsiipide käsitlemisel nägime, et vanemad isikud peavad suurema suremushädaohtu tõttu maksma kõrgemat preemiat kui nooremad isikud. Samal põhjusel tuleb ka anormaalriskidelt nõuda normaalriskide tariifpreemiast kõrgemat preemiat. Et luua alus anormaalriskidele õiglase preemiakõrgenduse määramiseks, selleks jaotatakse kõik anormaalriskid üksikutesse hädaohuklassidesse vastavalt leitud anormaaliate ja keskmisest normist kõrvalekallete suuruse järgi. Iga hädaohuklassi suremusmäära väljendatakse n. n. ülesuremusprotsendiga, mille võrra on selle hädaohuklassi keskmine suremus kõrgem normaalriski omast. See ülesuremusprotsent ongi anormaalriski preemiakõrgenduse määramise aluseks.

Anormaalriskide preemiakõrgenduste ehk lisapreemiade tehniline arvutamine toimub nendelsamadel printsiipidel, mille alusel tuletatakse normaalriskide tariifpreemiad. Antud kindlustusviisi ja vanuse puhul on anormaalriski lisapremia seda suurem, mida kõrgema ülesuremusprotsendiga hädaohuklassi ta kuulub.

Teoreetiliselt oleks võimalik elukindlustusse vastu võtta küll igat anormaalriski. Kuid tegelikult pole see ometi läbiviidav liiga kõrgete lisapreemiade tõttu, mis teeksid elukindlustuse mõttetuks ja kindlustatavale vastuvõtmatuks, eriti veel sel juhul, kui preemia läheneks kindlustussummale endale. Seepärast langevad elukindlustusest iseenest välja kõik need juhud, kus on kindlaks tehtud rasked orgaanilised haigused, mille puhul risk kuulub vaid mõneaastase elueakestusega hädaohuklassi.

Anormaalriskide hindamine.

Elukindlustuse riske hindab kindlustusseltsi ülemarst, kes teeb iga riski kohta otsuse kindlustatava isiku seletuste, usaldusarsti läbivaatuse ja mujalt saadud andmete põhjal. Ülemarsti ülesandeks on otsustada, kas risk on üldse vastuvõetav, kas võib teda jaataval korral pidada normaalriskiks või tuleb ta arvata anormaalriskide hulka. Anormaalriski puhul määrab ülemarst sellele riskile omase ülesuremusprotsendi, mille alusel kindlustusseltsi matemaatik arvutab vastava lisapreemia.

Peab tähendama, et anormaalriskide hindamine on elukindlustuses raskemaid ülesandeid. Kliinilised kogemused üksi pole küllaldased selleks, et nende alusel võiks anormaalriski hinnata. Nende kogemuste varal on küll võimalik ära määrata normaalsest kõrgema suremushädaohu olemasolu, kuid pole võimalik objektiivselt hinnata hädaohu suurust kogu kindlustuskestuse kohta. Siin tuleb järelegi kasutada statistilist meetodit.

Anormaalriskide hindamisel statistilise meetodi õiglane ja täpne kasutamine eeldab hulga suremusstatistiliste andmete olemasolu igasuguste anormaalsete leidude kohta, nagu kindlustatava isiku ebasoodsad pärivuslikud momendid, paljud eelhaigused, ebasoodus objektiivne leid, korteriolud ja kutsetegevusega seoses olevad ebasoodsad asjaolud. Anormaalriskide suremusstatistilisi uurimisi on eriti suurejooneliselt toimetatud Ameerikas. Rikkalike statistiliste andmete põhjal on Ameerika kindlustusseltsid määranud kindlaks keskmise ülesuremuse protsendi iga üksiku haigusrühma kohta. Ameerika suremusstatistilised andmed leiavad kasutamist ka meie kodumaa kindlustusseltside poolt.

Ei tule aga unustada, et kõik elukindlustusmeditsiinil kasutada olevad suremusstatistilised andmed on kogutud statistiliste uurimiste põhjal teatava ajavahemiku kestel üksikute anomaaliade kohta eraldi. Me teame, et inimese organism on ehitatud küllalt komplitseeritult ja et ses võivad ühtaegu esineda väga mitmekesised kõrvalekalded eri kombinatsioones, mida kõike on võimatu jälgida ja uurida statistilise meetodi abil. Peale selle teeb kliiniline meditsiin järjest suuri edusamme nii diagnostikas kui ka ravis, milline asjaolu prognoosi paljude haiguste kohta tunduvalt parandab. Seepärast ei saa puhtstatistilist meetodit, mida elukindlustusmeditsiin anormaalriskide hindamisel seni on kasutanud, pidada täiesti ideaalseks, kuigi ta on vaba igasugusest subjektiivsusest ja tahab oma otsuseid teha ainult objektiivsete statistiliste andmete varal, mis on kogutud möödunud ajast.

Kui kliiniline meditsiin on aastate kestel teinud suuri edusamme, näiteks kas või tuberkuloosi diagnostikas ja ravis või suhkruhaiguse ravis või jälle maohaiguste diagnostikas, siis ei saa elukindlustusmeditsiin seda tänapäeval jätta kasutamata anormaalriskide hindamisel. Seepärast tuleb õigemaks ja ideaalsemaks pidada elukindlustuse ja kliinilise meditsiini koostööd. Kasutades

statistilis-kliinilist hindamismeetodit, on võimalik hoiduda ühelt poolt puhtskemaatilisest vähe painduvast statistilisest süsteemist, teiselt poolt aga mitte põhjeneda liigsel subjektiivsel otsustamisel, nagu seda ehk teeks eeskätt kliiniklane. Tõsiasjaks sellejuures jääb ikkagi see, et anomaalriskide puhul otsuste tegemisel peab elukindlustusmeditsiin töötama statistilise süsteemi alusel, seejuures kasutades oma süsteemi igakülgseks täiendamiseks kõiki kliinilisi saavutusi nii diagnostika kui ka ravi alal.

Anomaalriskide hindamise praktilist külge selle aine laiaulatuslikkuse tõttu pole kahjuks võimalik siin lähemalt käsitleda. Et siiski saada umbkaudsetki ettekujutust sellest, kui suur kaal on ühel või teisel anomaalial, seks jaotame kõik anomaalriskid Florschütz'i järgi kolme järgmisse rühma:

1) Soodsate anomaalriskide rühma kuuluvad need riskid, kelle juures leidub selliseid anomaaliaid ja kõrvalekaldeid keskmisest normist, mis ei mõjuta suremushädaohtu kuigi tunduvalt. Neid riske võib teatud juhtudel pidada isegi normaalriskide väärilisteks.

2) Kahtlaste riskide rühma moodustavad need riskid, kellest üksikuid on võimalik kindlustada lisapreemia alusel, teised aga tuleb tagasi lükata kui kõlbmatud. See riskide rühm on elukindlustusmeditsiini seisukohalt eriti tähtis ja nõuab asjalikku ning objektiivset hinnangut.

3) Halbade riskide rühm koosneb säärastest riskidest, kes pole elukindlustusse üldse vastuvõetavad.

Loendame iga üksiku eesnimetatud rühma kohta tähtsamad haigused ja kõrvalekalded.

Soodsad anomaalriskid.

Vähesed muutused selgroos.

Vähesed muutused liigendites.

Vähesed muutused ekstremitetides.

Krooniline kurgukatarr.

Kerge südameuroos.

Healoomused kasvavad, kui nad pole liigselt arenenud.

Kerged nahahaigused, kui nad on piiratud.

Kergesti reponeeritavad, komplikatsioonideta songad.

Ühekordne neerukoolika anamneesis.

Ühekordne sapikivide koolika anamneesis.

Ühekordne pleuriit anamneesis palju aastaid tagasi, mis kiiresti paranes.

Ühekordne kopsupõletik, mis kiiresti paranes.

Komplikatsioonideta paranenud *otitis media*.

Süüfilis, sel puhul kui WaR pole kunagi positiivne olnud ja kui infektsiooni algusest peale on korduvalt spetsiifiliselt ravitud.

Krooniline tripper anamneesis.

Ühe aasta eest opereeritud komplikatsioonideta *appendicitis*.

Kahtlased riskid.

Rasvus (*adipositas*).

Väga halb toitlus ja madal kehakaal.

Tunduvalt koormatud pärilikkus.

Halb konstitutsioon.

Vanus üle 60 a.

Alkoholism.

Liigendireumatism.

Paranenud epilepsia.

Paranenud mao- ja kaksteistsõrmesoole-haavand.

Paranenud kopsutuberkuloos.

Paranenud *diabetes mellitus*.

Kuni 5 a. tagasi olnud verejooks: kopsudest, maost, neerudest või sooltest.

Varem põetud pleuriit.

Varem olnud maksa suurenemine.

Podagra nähtaval kujul.

Selgelt arenenud pugukael (*Struma*).

Kerge *albuminuria*.

Kerge *hypertonia*.

Orgaanilised südamevead, kui südamelihase muutumatu.

Halvad riskid.

Raske *diabetes mellitus*.

Südameklappide vead ühes südamelihase nõrkusega.

Selgelt arenenud arterioskleroos.

Arenenud tuberkuloos.

Pahaloomused kasvaja.

Pea- ja seljaaju haigused.

Epilepsia.

Neerupõletik ja *nephrosis*.

Kortsneer.

Krooniline alkoholism.

Nagu sellest haiguste rühmitamisest võime näha, pole krooniline haigus üksi veel mõõduandev suremushädaohu suuruse määramisel, vaid säärase haiguse puhul on eriti tähtis arvestada patoloogilis-anatoomilisi muutusi haiges elundis ja selle funktsiooni-võimeid. Näiteks mitraalse klappiveaga isikut, kelle südamelihase on terve ja tugev, on võimalik vastu võtta võrdlemisi vähesel lisapreemiaga, kuna juht, kus südamelihase on raskelt muutunud, enam ei kuulu vastuvõtmisele. Samuti tuleb iga üksiku haiguse ja kõrvalekalde juures võtta arvesse ka teisi asjaolusid (vanus, elukutse jne.), mis võivad antud haiguse suhtes muuta riski ühel juhul soodsamaks ja teisel juhul ebasoodsamaks. Anormaalsuse pole seetõttu võimalik hinnata mingi kindla skeemi järgi, mis oleks üldiselt maksev, vaid siin tuleb igat üksiku juhtu käsitada teatava määrani individuaalselt.

II. Kindlustusseltsi usaldusarst.

Usaldusarsti ülesanded.

Elukindlustusmeditsiiniline edukas praktiline tegevus ebasoodsate juhtude hindamisel ja nende vastuvõtmisel on võimalik ja mõeldav elukindlustuse alal töötavate usaldusarstide alatise hoolsa ja asjatundliku kaastöö puhul. Ka suurte kogemustega ja vilunud, kindlustusseltsi ülemarst ei suudaks õiglaselt hinnata juhtu, kui usaldusarsti tunnistus ei annaks selget ülevaadet kindlustatava terviselise seisukorra kohta, nagu seda tunnistuse formular nii anamneesi kui ka objektiivse leiu kohta täpselt ette näeb. Mitte küllalt asjalikult ja puudulikult koostatud usaldusarsti tunnistus takistab ülemarsti ja kindlustusseltsi kiiret tegevust ka seeläbi, et sel puhul tuleb möödapäasmatult nõutada täiendavaid teateid usaldusarstilt eneselt ja sageli puudulikke andmeid teisalt täiendada.

Usaldusarsti tähtsam ülesanne seisab selles, et ta süstemaatilise uurimise ja oma arstiliste kogemuste põhjal õiglaselt ja objektiivselt koostab arstitunnistuse, mis annab seltsi ülemarstile läbi vaadatud isikust selge ja õige pildi. Selleks et ära tunda haiguslikke muutusi, peab usaldusarst omama küllaldasi diagnostilisi võimeid, sest kindlustuskandidaat ei ilmu arsti juurde mitte patsiendina, kes talle küllalt üksikasjaliselt oma anamneesi ja hädasid seletab, vaid ta jätab arusaadavatel põhjustel sageli nimetamata seda, mis diagnoosi tegemiseks oluliselt tähtis. Sellepärast tuleb usaldusarstil arstliku läbivaatuse juures äärmiselt objektiivne olla ja õiglaselt kirjeldada igat üksikut leidu ja kõrvalekaldumist normaalsest. Tuleb süstemaatiliselt kõiki organsüsteeme läbi vaadata ja mõelda kõigile kõrvalnähtudele, mis teatava haigusseisundi puhul võivad esineda teistes elundites. Näiteks orgaanilise südameva juures ei tule kindlasti leppida mitte üksnes vereringvooluorganite muutuste täpsema kirjeldusega, vaid siin tuleb mõelda samuti nendele nähtudele ja muutustele, mis selle haigusseisundi korral võivad esineda kopsudes, maksas ja neerudes. Süstemaatilise uurimise puhul ei tule aga üle- või alahinnata üksikuid leide ega nende põhjal vähepõhjendatud diagnoosi teha. Tuleb otsida ja uurida neid põhjusi, mis võiksid teatavaid nähte esile kutsuda, ja seda oma lõppotsuses seletada. Sageli tuleb usaldusarstil diagnoosida mõndagi salapäraselt algavat kroonilist haigust, millest kandidaat seni veel polnud teadlik, nagu näiteks tuberkuloos, arterioskleroos, *tabes dorsalis* jne., mispärast tuleb tal nende haiguste suhtes olla valvel.

Usaldusarsti suhtumine kindlustatavasse isikusse.

On tarvilik, et usaldusarst toimetaks kindlustatava isiku läbi vaatust oma kabinetis. See nõue on tähtis ja põhjendatud sellega, et usaldusarstlikku läbivaatust saab põhjalikult toimetada ja

nõuetekohaselt läbi viia ainult arsti kabinetis, kus selleks on olemas vastav sissesead ja instrumentarium.

Kindlustuskandidaati oma kõnetunnis vastu võttes ja tema kohta teateid kogudes, peab usaldusarst teadma, et tal sel puhul pole tegemist abiotsiva haigega, kes talle kõik oma kaebused, perekonnaloo ja eelhaigused teatavaks teeb, vaid isikuga, kes soovib võimalikult soodsamate tingimustega, s. o. normaalse preemiaga elukindlustust. Ta teab, et iga tõsisem eelhaigus, mida ta põdenud, võib muuta elukindlustuse tingimusi ebasoodsateks, ja seepärast on arusaadav, kui mõnigi varem põetud haigus ja muud tähtsamad asjaolud sageli kipuvad unustusse jääma. Ta suhtub usaldusarstisse koguni teisiti kui see isik, kes arsti poole tuleb haigena. Seepärast on usaldusarsti esimesi ülesandeid püüda luua kindlustatavaga samasugune isiklik kontakt, nagu ta seda teeb abiotsija haigega. Mida rohkem usaldusarst suudab võita kindlustatava usaldust, seda kergem on tal koguda anamnestilisi andmeid.

Usaldusarst on kohustatud oma läbivaatuse tulemusi kindlustatava isiku, samuti ka seltsi esindaja ees salajas hoidma. Seda nõuet tuleb silmas pidada kõigepealt seepärast, et usaldusarst, kes sageli kindlustatavat esmakordselt näeb ja tema perekonnaloo ja eelhaiguste üle igakord kindlustatavalt eneselt küllalt põhjalikke teateid ei saa, ta kohta soodsa otsuse teeb, kuna seltsi ülemarst aga, kellel on võimalik kasutada täiendavaid andmeid mitmesugustest allikatest, nagu kandidaati varem ravinud eriarstide teadaanded ja igasugused muud erateated, võib sama juhu puhul riisikot koguni ebasoodsalt hinnata. Selle tagajärjel näeme sageli, et kindlustatav, usaldusarsti otsusele toetudes, mille järgi ta täiesti terve pidi olema, kuidagi ei suuda aru saada, miks seltsi ülemarst on teda hinnanud kõrgendatud riskiks. Seepärast on õigem, kui usaldusarst kõigi nende juhtude puhul, kus ta oma läbivaatuse põhjal peab riisikot normaalseks, läbivaatuse tulemusist ega oma otsustest kindlustatavale mingisuguseid teateid ega seletusi ei anna.

Teisiti on asjaolud, kui usaldusarst kindlustatava juures avastab mõne algava või juba arenenud haiguse, millest kindlustatav seni polnud teadlik. Kindlustatava tähelepanu sellele juhtimata jättes, võiks läbivaadatu hiljem usaldusarstile etteheiteid teha, miks see arstina nii on talitanud. Kui arst sel puhul kindlustatavale ta haiguse teatavaks teeb, siis sünnib see mitte üksi kindlustatava enese huvides, vaid ka selle seltsi huvides, kelle ülesandel toimus arstlik läbivaatus. Sest nii saab usaldusarst kindlustatavat juba aegsasti veendumusele viia, et ta ei loodaks vastuvõtmisele normaalsetel tingimustel. Ühtlasi võidab seega arst kindlustatava usalduse, mis talle erapraksises pole tähtsuseta.

Usaldusarsti vahekorid kindlustusseltsi esindajatega.

Arstikutse väärtuslikum omapära seisab selles, et arst on vaba ja täiesti iseseisev oma tegevuses, mispärast ta oma otsustes saab täiel määral talitada oma südametunnistuse järgi. Neil põhjusil pole mõeldav, et usaldusarst arstilis-eetiliselt seisukohalt laseks end mõjutada kindlustusseltsi esindaja, kindlustatava või mõne muu asjast huvitatud isiku poolt. Ta ei tohi oma tunnistusest midagi välja jätta ega ka juurde lisada, mis kuidagiviisi võiks läbivaatuse andmeid muuta kindlustatava kasuks. Sageli on aga usaldusarsti seisukord kindlustusseltsi esindaja suhtes küllalt raske, sest viimase huvides on muretseda seltsile võimalikult rohkesti kindlustusi ja seepärast pole talle sageli meeltemööda, kui usaldusarsti läbivaatuse põhjal määratakse raskendatud tingimused. Usaldusarstil peab seejuures küllalt arusaamist olema, et seltsi esindaja püüdeid õiglaselt hinnata ja selle kõige juures kindlustusseltsi huvisid täiel määral kaitsta. Arusaaja ja õiglase seltsi esindaja saab kindlasti aru, et seltsil võimatu on kõiki juhte vastu võtta normaalse preemiaga, ja ta on täiesti rahuldatus, kui tema poolt hangitud anormaalne risk võetakse vastu vähesel lisapreemiaga. Esindaja usaldust arsti õiglase tegevuse vastu suudab arst ise kõige paremini tõsta sellega, kui ta kindlustatavat juba arstliku läbivaatuse juures arvatavast preemia kõrgendamisest informeerib, püüdes sellega ühtlasi kergendada esindaja tegevust. Kuid kahjuks tuleb sageli ette nähteid, kus esindajad lubavad kindlustatavale soodsaid tingimusi, ilma et see oleks millegi põhjendatud. Sellised nähted halvavad kindlustusseltside tegevust ja tekitavad rahulolematust või koguni umbusaldust kindlustusseltside ja nende arstide vastu. Usaldusarst, kes talitab kindlustusmeditsiini nõuete kohaselt, suudab asja kasuks praktilises elus palju teha: ta selgitab kindlustatavale elukindlustuse mõtet ja kindlustusmeditsiini nõudeid.

III. Usaldusarsti tunnistus.

Tunnistuse formular.

Läbi vaadanud kindlustatava, täidab usaldusarst eriformulari, n. n. usaldusarsti tunnistuse, mis kohe peale läbivaatust kindlustatava ümbrikus esitatakse vastava kindlustusseltsi juhatusele. Usaldusarsti tunnistus, mis kantakse sellesse formulari, jaguneb kahte peaosaks: 1) kindlustatava isiku seletused, mida kindlustatav ise annab enese, oma perekonna ja isikliku anamneesi kohta, ja 2) usaldusarsti teadaanne kindlustatava isiku tervisliku seisukorra kohta, mis sisaldab usaldusarsti läbivaatuse põhjal koostatud *status praesens*'i, usaldusarsti põhjendatud diagnoosi ja lõppotsuse.

Kindlustatava isiku seletuste tähtsus.

Kindlustatute seas valitseb sageli arvamus, et ainult arsti läbivaatus on riski hindamise aluseks ja kindlustatava isiku enese seletustel on kõrvaline tähtsus. See arvamus on täiesti ekslik. Me teame, et arstlikul läbivaatusel on harilikult võimatu diagnoosida tervet rida olemasolevaid või varem põetud haigusi, kui läbivaadatav ise neid ei avalda. Ka põhjalikkude eriuurimuste (röntgenoloogiliste, erianalüüside jne.) ettevõtmine igal usaldusarsti läbivaatusel ei ole mõeldav, kuna see oleks seotud suurte kuludega ja teeks elukindlustuse kalliks. Sageli säärastelgi eriuurimistel ei oleks küllaldasid tulemusi. Et aga kindlustusseltsil riski objektiivseks hindamiseks on vajalik igakülgne ja põhjalik ülevaade kindlustatava terviselisest seisukorrast, siis jääb siin ainsaks võimaluseks täiendavaid teateid hankida läbivaadatava enese käest. Seepärast omavad usaldusarsti tunnistuses kindlustatava isiku enese seletused kaaluva tähenduse. Nad moodustavad ühe osa seltstile esitatud kindlustussooviavaldusest ja on ühtlasi kindlustuslepingu aluseks. Meie kindlustusseltside elukindlustusüldtingimustes, mis määravad ära seltsi ja kindlustatu vahelisi vastastikke kohustusi kindlustuslepingu järgi, on ette nähtud ka selle tagajärjed, kui kindlustuse sõlmimisel aluseks olevates dokumentides — seega ka usaldusarsti tunnistuses kindlustatava isiku seletuste osas — on esitatud valeandmeid või neis on jäetud avaldamata kindlustuse vastuvõtmist mõjutavaid asjaolusid. Näiteks on seesugusel korral kindlustustingimustes ettenähtud aja vältel kindlustusseltsil õigus tühistada kindlustusleping ja kahju korral loobuda ka kindlustussumma väljamaksmisest. Arstlikul läbivaatusel tuleb seega usaldusarstil kindlustatavale selgeks teha, missugused mittesoovitavad tagajärjed oleksid sellel, kui ta kõigile esitatud küsimustele tõetruult ja varjamata ei peaks vastama.

Arstliku läbivaatuse tähtsus.

Kindlustatava isiku seletuste kõrval moodustavad arstliku läbivaatuse andmed teise tähtsa osa usaldusarsti tunnistusest. Kindlustatava enese seletused võimaldavad arstile juba esialgse mulje terviselisest seisukorrast. Arstliku läbivaatuse ülesandeks jääb seega anda põhjalik ja objektiivne ülevaade kindlustatava tõelisest terviselisest seisukorrast, sel teel ühtlasi kontrollides kindlustatava seletuste usaldusväärsus ja avastades haigusi ning terviserikkeid, millest kindlustatav ise ei olnud seni teadlik. Seega tuleb arsti läbivaatusele vaadata kui kindlustatava seletuste kontrollile ja temale teadmata haiguste avastamise vahendile, juriidiliselt seisukohalt jäävad aga kindlustuslepingu aluseks ikkagi kindlustatava isiku seletused.

Oleks mõeldav ka kindlustatava seletuste ühendamine esindaja poolt täidetava kindlustussooviavaldusega, mille juurde seletused

tegelikult kuuluvad. Sedaviisi toimitakse näiteks arstliku läbivaatuse ta kindlustuse korral, mida eriti palju sõlmitakse välismaail. Arstliku läbivaatusega kindlustuse juures seletuste ühendamine sooviavaldusega ei ole aga otstarbekohane puhtpraktilistel kaalutlustel. Esiteks küsimuste täitmisel on usaldusarst palju kompetentsem kui esindaja, teiseks kergendavad läbivaadatava seletused arstile arstlikku läbivaatust.

Usaldusarsti tunnistuse koostamise nõuded.

Kuna usaldusarsti tunnistuse koostamine nõuab arstilt teatavaid erilisi kogemusi ja ka erilist suhtumist kindlustatavasse isikusse, tahame alljärgnevates osades käsitleda kõiki neid asjaolusid, mida usaldusarstil elukindlustusmeditsiini seisukohalt eriliselt tuleb arvestada. Et usaldusarsti tunnistus oleks täpne ja arusaadav, ei ole mitte üksi tarvilik, et kõigile küsimustele oleks antud selged ja kindlad vastused, vaid et need vastused oleksid ühtlasi ka võimalikult lühikesed. Negatiivse leiu puhul on küllaldane, kui blanketil esitatud täpsetele küsimustele vastatakse lihtsalt „ja“ või „ei“. Ainult positiivse leiu puhul tuleb anda üksikasjalisem vastus või kirjeldus. Väga pikkade negatiivsete andmete kirjeldus osutub liigseks ja võib isegi segada ülevaate saamist kogu juhust. Vastuse märkimine joonega ei ole lubatav. On endast mõistetav, et arsti tunnistus kirjutatakse selge ja loetava käekirjaga.

Arstitunnistuse koostamisel tuleb silmas pidada, et patoloogiline leid olgu lühidalt kirjeldatud ja diagnoos tingimata põhjendatud. Kahjuks näeme sageli, et usaldusarsti diagnoos ei ole küllaldaselt põhjendatud ja tunnistuses puuduvad tihti sümptoomid, mille põhjal diagnoos tehtud. Säärasel korral jääb diagnoos ebakindlaks ja ülemarstil on võimatu kindlat seisukohta võtta. Suureks veaks tuleb pidada seda, kui tunnistuses leidub kõrvalekaldu mis normaalsest leiust ja usaldusarst oma lõppotsuses nendest enam sõnagi ei räägi, pidades läbivaadatud juhtu terveks ja vastuvõtmiseks täiesti soodsaks. Veaks tuleb pidada ka seda, kui patoloogiliste fenomenide nimetamisel ja kirjeldamisel ei tarvitata täpseid diagnostilisi väljendeid ega terminoloogiat.

Ei ole soovitav patoloogilise leiu puhul rääkida kõrvalekaldu mistest füsioloogilistes piirides, nagu näiteks „arterioskleroo s vanusele vastav“, „füsioloogiline skolioos“ jne.

Veaks tuleb pidada ka seda, kui tunnistuses mõned küsimused kogunisti vastamata jäetakse või üsna puudulikult vastatakse.

Usaldusarsti tunnistus peab olema nii koostatud, et ülemarst ilma arsti lõppotsust lugemata saaks läbivaadatust õige ettekujutuse ja selle põhjal suudaks juhtu õiglaselt hinnata.

IV. Kindlustatava isiku seletused.

Teated isiku enese kohta.

Usaldusarstlikuks läbivaatuseks annab kindlustusselts või tema esindaja kindlustatavale kaasa vastava teadaande usaldusarstile. Usaldusarstil tuleb kõigepealt kindlaks teha, kas tal on tegemist tõeliselt sama isikuga, keda seltsi esindaja on saatnud usaldusarsti läbivaatusele. Kui kindlustatav on arstile tundmata, siis tuleb nõuda mõnd isikut-tõendavat dokumenti (soovitav päevapildiga isikutunnistus), kuid selle puudumisel ei tule arstil siiski mitte loobuda läbivaatusest.

Usaldusarstil tuleb tunnistuse täitmisele asudes täpselt ära märkida kindlustatava isiku perekonna-, ees- ja isanimi (nimede kirjutusviisi peab ühtima isikutunnistusel leiduva kirjutusviisiga) ning sünniaeg. Abielunaiste juures on vajalik märkida ka neiu-põlve nimi. Sünniaeg tuleb anda uue kalendri järgi, sealjuures silmas pidades, et vana kalendri järgi antud sünniaja ümberarvutusel uue kalendri sünniajaks tuleb eelmisel sajandil sündinud isikuile juurde lisada 12 päeva ja käesoleval sajandil sündinud isikuile 13 päeva.

Teadete kogumisel tuleks täpsemalt ära tähendada isiku elukutse, mida elukindlustusel kindlasti arvestatakse. Ei ole sugugi õige ega täielik ametit märkida lühidalt näiteks „tööstur“, „äri-mees“, „riigiametnik“, „käsitöeline“ või „töeline“, kuna selle alla kuuluvad väga mitmesugused elukutsed, mille hulgas võib leiduda selliseidki, kus kindlustatava elu teatava määrani on hädaohus, nagu äri-meest-restaurantipidaja, õlletööstuse juhataja-omanik, puusepp-ehitustöeline, pottsepp-glasuurija, tööline-klaasipuhuja, -rauatreial jne. Sellepärast tuleb elukutset nii täpselt ära tähendada, et kahtlust ei jääks töö ja tegevuse iseloomus ja et kindlustusseltsil oleks võimalik hinnata igal üksikul juhul neid hädaohtusid, mis võiksid kutsetegevusega ühenduses tekkida. Kaitseväeteenistuses olevail isikuil tuleb ära märkida, missugusesse väeossas nad kuuluvad (jala-, ratsa-, lennuvägi jne.). On kindlustatav oma elukutset muutnud, siis tuleks usaldusarstil selgusele jõuda, kas seda võis põhjustada terviseline seisund. Samuti tuleks kaitseväeteenistusest vabastamise kohta lähemalt ära tähendada, missugustel asjaoludel see sündis, kas teenistusse vastuvõtmisel või teenistuse kestel, ja võimalikul korral, missuguse vastava seaduse-tähe ja -paragrahvi alusel. Ajapikenduse saamise korral tuleb samuti nimetada selle põhjus.

Et kindlustatava isiku eluviisi kohta paremat ülevaadet saada, ei ole küllaldane kindlaks teha ta elukutse, vaid sama tähtis on saada teada, missugustel tingimustel ja ulatuses ta oma kutsealal tegutseb, millised on kindlustatava kõrvalhuvid, kui palju har-rastab ta näiteks sporti, kas tarvitab alkoholi ja suitsetab. Peaks tekkima kahtlus, kas kindlustatav pole alkohoolik, mida usaldus-

arsti ees sageli püütakse varjata, ei ole arstil mõningate osavate kõrvalküsimumuste abil mitte raske teada saada, kui suurel määral ja kui sageli kandidaat tarvitab alkoholi.

Samuti ei ole elukindlustusmeditsiini seisukohalt mitte tähtsuseti teada, kui palju kandidaat suitsetab päevas, mille kohta on vaja lähemaid andmeid. Et kandidaat on suitsetaja, selgub juba spetsiifilisest väljahingatavast lõhnast. Kuna narkootikute liigne tarvitamine (morfiium ja kokaiin) viimasel ajal rohkem on levinud kui kunagi varem, tuleb arstil kahtlastel kordadel kindlustavat selles suhtes jälgida ja küsimusi esitada.

Teated perekonnaliikmete kohta.

Perekonnaloo täpsem jälgimine on elukindlustuse seisukohalt paljudel põhjustel tähtis. Kõigepealt huvitab meid küsimus, kas kindlustatav kuulub perekonda, kus esivanemad ja lähemad sugulased on enamikus saavutanud kõrget vanust, vaatamata sellele, mis haigustesse nad surnud, või aga on sugukonnas lühike eluiga ülekaalus. Sest statistilised andmed näitavad, et muidu ühesugustel tingimustel kandidaadil, kelle perekonnas esineb kõrge vanus, on kindlasti rohkem väljavaateid selleks, et jõuda kõrge vanuseni. Anomaalsete riisikote hindamisel arvestab elukindlustusmeditsiin prognoosi tegemisel seda eriti ja sellepärast tuleb kõik vanuseandmed arstitunnistusse märkida võimalikult õigesti. Teiseks etendab paljude haiguste tekkimisel pärilikkus (herediteet) tähtsat osa. Statistika näitab, et apopleksia, arterioskleroosi, suhkruhaiguse, vähitõve ja tuberkuloosi puhul tuleb kindlasti arvestada pärilikku koormatust, mispärast tuleb selgusele jõuda, kas kindlustatava sugukonnas neid haigusi on ette tulnud ja kui sagedasti. Seetõttu on vaja igal juhul, kui surma põhjusena esinevad ebamäärased ja kahtlased haigused, nagu „peapõletik“, „surnud lapsevoodisse“, „kopsupõletik“, „gripp“, „verejooks“, „üldine nõrkus“, „palavik“, „vill“, „surnud pärast sünnitust“ jne., arstiliselt seisukohalt põhjalikult selgitada surma õige põhjus. Pärides lähemaid andmeid üksikute sümptomide, haiguse lokalisatsiooni ja kestuse kohta, selgub nii mõnigi kord õige diagnoos. Eriti tähtis on seda jälgida neil juhtudel, kus omaksed on surnud võrdlemisi noorelt, alla 60. eluaasta. Eriti tuberkuloosi suhtes on tähtis teada, kas perekonnas seda haigust on ette tulnud ja mitu juhtu. Kuigi abikaasa ja laste tuberkuloos kindlustatava nakatamisel nii tähtsat osa ei etenda, kui seda varem arvati, on meil eriti tähtis teada selle olemasolu perekonnas esiteks sel puhul, kui kandidaat ka ise pärineb tuberkuloosist perekonnast, või aga meil koguni sellele tuleb mõelda, et kandidaat ise oma perekonnas nakkusallikaks on olnud või praegugi on.

Pärides vanemate, vendade ja õdede surma põhjuste järele, kuuleme sageli, et need on surnud kopsupõletikku, grippi, lapsevoodisse. Kogemused näitavad, et nende diagnooside taga väga

sageli peitub tuberkuloos, sellepärast on usaldusarsti ülesanne siin katsuda küsimuste kaudu kindlaks teha õige surmapõhjus. Elukindlustusmeditsiini seisukohalt hinnatakse ka tänapäev päri-likku koormatust tbc suhtes eriliselt ning arvestatakse igat surma- või haigusejuhtu eelloos, sellepärast ei ole mitte ükskõik, kas perekonnas on üks, kaks või kolm tbc-juhtu, eriti veel sel puhul, kui kandidaat ise on halva konstitutsiooniga.

Ühele momendile perekonnaloos, nimelt enneaegsetele sünnitustele, olgu eriliselt tähelepanu juhitud. Sest me teame, kui raske on praegusel ajal, kus WaR nõudmine elukindlustuse prak-sises ei ole üldiselt läbiviidav, diagnoosida luest kindlustatava juures. Jälgides ja kirjeldades täpselt, mitu korda ja mitmendal kuul enneaegne sünnitus on ette tulnud, ja selgitades selle tekki-mise põhjusi, on võimalik teatava tõenäosusega kahtlustada pere-konda lueetilises infektsioonis.

Isiklik anamnees.

Kindlustatava isikliku anamneesi juurde edasi minnes, ei ole mitte soovitav esitada kohe üksikasjalisi küsimusi organsüsteemide kohta, vaid õigem oleks algul järele pärida, kas kandidaat tunneb end praegu tervena, kuidas on tema terviseline seisukord varem olnud ja missuguseid haigusi ta on põdenud. Sellega sun-nime kandidaati ennast oma tervisest rääkima ja meile jutustama neist eelhaigusist, mida ta on kunagi põdenud. Kandidaadi jutus-tuse puhul on arstil võimalik esitada täiendavaid küsimusi, kui kaua kirjeldatav haigus kestis, kui raskel kujul see esines, mis-sugune arst teda ravis, kas ta mitte ei viibinud kuski ravilas jne. Eriti tuleb aga kontrollida, et sel viisil mõni küsimus üldse ei jääks esitamata ja vastamata. Iga küsimus peab olema kind-lustatavale esitatud ja arsti poolt ära märgitud kindlustatava andmete kohaselt.

Muuseas on võimalik anamneesi täiendada veel üksikute organite läbivaatuse juures, kuna kandidaat sageli mõne üksiku organi järelevaatusel arstilt järsku küsib, mis ta leidis näiteks südame juures, või kui kõrge ta leidis vererõhu olevat jne. Harilikult selgub sel puhul, et kandidaadil kunagi varem selle elundi kohta kaebusi on olnud ja ta end arstlikult läbi vaadata on lasknud. Siin on usaldusarstil võimalik anamneesi täiendada kõrvaküsimuste abil. Sealjuures tuleb aga tähelepanu juhtida sellele, et kõik hilisemad täiendavad parandused anamneesi osas peab kindlustatav veel kord tõendama eriallkirjaga.

Anamneesis on tingimata tarvilik eelhaiguste kohta täpselt märkida aeg, millal teatavat haigust on põetud. Sest ei ole mitte ükskõik, kas kopsutipu-katarr või maohaavad on olnud ühe, kahe, viie või kümne aasta eest, kuna riisiko hindamisel seda kindlasti tuleb arvestada.

Olgu veel tähendatud, et kopsu-tbc'i ja luese diagnoosimisega on raskusi, kui need haigused esinevad latentstes seisundis, sellepärast tuleb anamneesi koostamisel mõelda eriti nendele momentidele, mis aitaksid kahtlastel juhtudel selgitada diagnoosi. Eriti lueetilist infektsiooni katsutakse sageli varjata. Siin on võimalik järelepärimiste teel vereproovi tegemise kohta kandidaadilt mõnikord teada saada, et tal korra WaR on tehtud ja teda profülaktiselt süstimisega on ravitud luesekahtlase haiguse puhul.

Usaldusarsti tunnistuses leiame sageli kandidaati varem ravinud arstide ülesandmise juures väga ebamääraseid teateid, nagu „juhuslike arstide poolt“, „kindlat arsti ei ole“, „usaldusarsti pole“ jne. Seltsil on väga tähtis teada saada kõigi nende arstide nimed, kelle poole kindlustatav on pööranud või kes teda on ravinud ja kelle käest ta tarvilikul korral täiendavaid andmeid võiks nõutada, ilma et tarvis oleks uusi järelepärimisi tegema hakata usaldusarsti ja teiste asutiste kaudu. Sellepärast tuleb usaldusarsti tunnistuses üles anda kõik need arstid, kes kunagi kandidaati on ravinud või arstlikult läbi vaadanud, eriti nimetades seda arsti, kellelt kandidaadi enese ja ta perekonna liikmete kohta võimalik oleks saada kõige täielikumaid teateid (majaarst).

Kirurgiliste haiguste ja operatiivse ravi puhul tuleks objektiivselt katsuda selgitada haigust, mille puhul operatsioon tehtud (pahaloomune kasvaja günekoloogiliste operatsioonide puhul, tbc liigendite haiguste juures jne.) ja katsuda selgusele jõuda, missuguste tagajärgedega on opereeritud, kui kiiresti paranes peale lõikust, kas oli komplikatsioon, ja võimaluse korral, misugune operatsioon tehtud näit. *duodenum*'i ja maohaavandi puhul, kas *gastro-enterostomia* või maoreseksioon, kuna sellele vastavalt riisikot tuleb mitmeti hinnata.

Naistele on arstitunnistuses ette nähtud erilised küsimused, mille najal saadakse tähtsad andmed raseduse, enneaegsete sünnituste, emakahaiguste ja korratute verejooksude kohta. Klimakteeriumi-ajajärgu kohta tuleb arstil järele kaaluda ja kindlaks teha, kas korratu menstruatsioon ja verejooksud ei ole mitte ehk tingitud mõnest tõsisemast haigusest, nagu emakavähk, kasvavad jne.

Lõpetades anamneesi ja edasi minnes objektiivse uurimise juurde, olgu veel kord tähelepanu juhitud sellele, kui võrd tähtis on diagnoosi tegemisel põhjalik ja arstilise kriitikaga koostatud anamnees. Nii kliinilises kui veel rohkem aga elukindlustusmeditsiinis on ka tänapäev veel põhjendatud täiel määral lause „hea anamnees on juba pool diagnoosi“. On võimalik diagnoosida kivihaigust neerudes ja eriti sapiteedes, kuigi koolikahood võib-olla alles mõni päev tagasi möödusid, või maohaavandit, kuigi haigel võib-olla alles lühikese aja eest elukardetav verejooks on olnud, kui kõiki neid tähtsaid andmeid anam-

neesist ei teata. Kaua aega kestnud ja korduva gripi puhul tuleb sageli mõelda tbc-le, neil haigeil haiguskäiku selgitada ning kopsude suhtes neid hoolega uurida.

Pärast anamneesi koostamist tuleb nii kindlustataval kui arstil oma allkirjadega tõendada, et ülaltähendatud vastused ja andmed, mis moodustavad iseenesest ühe osa kindlustatava isiku sooviavaldusest ja teadaandest kindlustusseltsile, on täielikud ja vastavad tõele. Vastava tõenduse sõnastuse (teksti), mis leidub kindlustatava isiku seletuste osa lõpus, peab usaldusarst enne kindlustatavalt allkirja võtmist temale ette lugema. See on esiteks juriidiliselt tarvilik ja teiseks on sellega kindlustatavale veel kord meelde tuletatud, kuivõrd tähtsateks osutuvad need andmed kindlustuslepingu sõlmimisel. Lõpuks on usaldusarstil veel võimalus kandidaadi käekirja jälgida, mis, nagu teada, on tähtis vaimu- närvihaiguste ja kroonilise alkoholismi kahtluse puhul.

V. Status praesens.

Üldseisund ja välimus.

Arstliku läbivaatuse algul tuleb usaldusarstil hinnata kindlustatava üldseisundit ja ta välimust. Siin võib kindlaks teha nii mõnegi kõrvalekaldumise normaalsest. Kõigepealt paistab silma näojume, nahavärvus ja kandidaadi liigutused. Kõhnade ja halva näojumega isikute juures tuleb katsuda teada saada, kas nad tõesti viimasel ajal kaalust maha pole võtnud (võrrelda praegust kaalu endisega, kui kandidaadi see teada), sest sel puhul võib kahtlustada mõne tõsisema haiguse algust, nagu tbc, vähk jne. Seejuures tuleb eriliselt tähelepanu pöörata muskulatuuri ja naha ning nahaaluste kudede seisukorrale. Kahtlastel kordadel oleks soovitav mõõta keha temperatuuri.

Kahvatujume puhul tuleb kindlaks teha, kas see on tingitud kindlustatava naha ehitusest, vähesest värskes õhus viibimisest, elukutsest, või on see tingitud tõelisest verevähesusest. Viimasel korral tuleb selgitada verevähesuse põhjus. Kahvatujume puhul üksinda ei saa veel diagnoosida verevähesust. Selleks tuleb täpsemalt jälgida limanahka ja järele vaadata täpselt kõiki siseelundeid. Teiselt poolt ei tule kunagi unustada, et hea toitluseisukorra ja hiilgava välimuse taga ometi võib peituda mõni krooniline haigus, mispärast ka neid isikuid samuti põhjalikult tuleb uurida. Me ju teame, et paljud kroonilised tiisikushaiged pärast vastavat ravi on väga hea välimusega, seejuures aga kopsudes leiduvad tõsisemad muutused ja kavernid. Sel puhul leiame kogu protsessi latentses seisundis.

Kehavigade puhul tuleb selgitada, mis tagajärjel need tekkinud. On tähtis kindlaks teha, kas mõnesugune deformiteet

on tingitud rahhiidist, poliümüeliidist, või aga tuberkuloosi tagajärjel tekkinud. Viimasel korral tuleb erilisel hinnata kõiki asjaolusid, millel võiks tähtsus olla prognoosi suhtes.

Samuti tuleb tähelepanu pöörata nahal leiduvatele armidele ja selgitada nende tekkimise põhjust. Kaelal leiduvate armide puhul tuleb muuseas mõelda *phrenico-exhaeresis*'ele, mida viimasel ajal sagedasti võib leida tuberkuloosetel. Ei ole ka tähtsuseta kindlaks teha, kas arm on tekkinud operatsioonihaavast, mõne terariistaga löödud või aga kuulihaavast. Rinnakorvi ja kõhukoopa piirkonnas võib neil eriline tähtsus olla selles mõttes, et nende puhul võib ette tulla orgaanilisi vigastusi siseelundites.

Tuleb silmas pidada nahaaluste lümfinäärmete muutusi, kuna need paljude üld- ja süsteemihäiguste puhul võivad olla suurenenud. Kui me noortel sageli näeme näärmete suurenemist tbc puhul, teame, et see vanematel inimestel sekundaarse süüfilise, pahaloomuste granuloomide, tuumorite ja leukeemiate diagnostikas esineb tähtsa leiuna.

Konstitutsioon.

Kuigi elukindlustusmeditsiinis konstitutsiooni käsitatakse enam-vähem dünaamiliselt seisukohalt, hinnates teda kindlustatava juures mitmesuguste kehadimensioonide abil, teame rikkaliku statistilise materjali põhjal, et sellel ühes haabituse kindlaks tegemisega põhjanev tähtsus on prognoosi tegemisel eluea kestuse suhtes. Elukindlustusmeditsiinis omavad keha kaalu, kehapikkuse, rinna- ja kaela ümbermõõdu andmed põhjaneva tähtsuse kindlustatava kehaehituse ja haabituse hindamisel ja selle järgi riisiko arvestamisel. Kehapikkuse, kehakaalu ja rinna- või kõhuümbermõõdu abil on meil võimalik hinnata keha kogu ja kindlaks teha, kas antud juhul on tegemist normaalse inimesega, alatoitluse või aga liigrasvuse juhuga (*adipositas*). Ühes kaela, rinnakorvi ja muude mõõtude määramisega on meil võimalik hinnata isiku haabitust, kas see on asteeniline või pükniline (apoplektiline). Juhtub sageli, et usaldusarst ei arvesta toitluse ja konstitutsiooni hindamisel neid objektiivseid mõõtusid, mis ta ise kindlaks teeb. Arstliku hindamise juures ei saa täiesti normaalsete objektiivsete andmete juures rääkida näiteks alatoitlusest, kui isiku kehakaal vastab Broca vormeli järgi normaalsele, või *adipositas*'est, kui kehakaalu ja kõhu ümbermõõdu andmed Broca ja Floršhützi vormelite järgi vastavad normaalsetele andmetele.

Broca vormelit

kehakaal (kg) = kehapikkus (sm) — 100

tuleb kehakaalu kohta normaalseks pidada, kui ta (kilogrammid) vastab pikkusele (sm), maha arvatud 100. Kuigi see vormelitest lihtsamaid ei ole ideaalne igasuguse kehapikkuse ja muude

kehamõõtude kohta, võib teda üldorienteerumiseks siiski kasutada. Rasvuse hindamisel võib peale selle veel kasutada *Florschütz'i* jagatist (Quotient) järgmise vormeli järgi:

$$Q = \frac{\text{kehapikkus (sm)}}{2 \times \text{kõhu ümbermõõt (sm)} - \text{kehapikkus (sm)}}$$

Kui jagatis *Q* on võrdne või suurem kui 5, siis tuleb arvestada üldiselt normaalset toitlust, osutub see aga 5-st vähemaks, siis on juba rasvusega tegemist ja seda suuremaga, mida vähem on *Q*.

Kuna kehapikkuse, rinna ja kõhu ümbermõõdu andmed ja kehakaal riisiko hindamisel on äärmiselt tähtsad ja ülemarst nende põhjal hindab riisikot, siis tuleb neid andmeid arstitunnistuses võimalikult täpselt üles anda. Soovitav on, et kehakaal ilma pealmiste riieteta aluspesus kindlaks tehtaks ja teised mõõdetud võimalikult täpselt sentimeetrites (pikkus ilma saabasteta) mõõdetaks ja mitte umbkaudu silma järgi ei otsustataks. Rinna ümbermõõtu tuleb määrata 4. roide kõrguselt, mida eriti naiste juures tuleb silmas pidada.

Naha-, silma-, kõrva- ja kurguhaigused.

Nahal esinevad kroonilised haigused, kui nad on püsivad ja nahal laiali valgunud, tuleb täpselt ära tähendada, sest nende puhul võib riisiko olla niivõrd suur, et see vastuvõtmise isegi võimatuks teeb, nagu näiteks *sclerodermia* ja *lupus'e* puhul, või aga tarvilikuks osutub otsuse tegemise edasilükkamine, nagu raske furunkuloosi, raskekujuliste *impetigo contagiosa*, *psoriasis'e*, *lichen ruber'i* ja *herpes tonsurans'i* puhul. Kergete piiratud nahaafektsioonide puhul võib riisikot harilikult pidada normaalseks. Siin olgu tähelepanu juhitud ühele võrdlemise ilmsüütule naha haigusele — *pityriasis versicolor'ile*, mida leiame sageli kroonilise *tbc* ja *diabetes'e* puhul, mis väärib diagnostiliselt tähelepanu.

Silmade järelevaatuse juures tuleb kõigepealt märkida muutusi limanahkadel, peale selle tuleb kindlaks teha silmade funktsioonivõime (nägemisteravus, silmalihaste seisund, pupillide reaktsioon ja suurus). Erilist rõhku tuleb panna pupillide uurimisele, kuna patoloogiline leid siin osutub väga tähtsaks ja sageli ainsaks varajaseks sümptomiks progressiivse paraluüsi ja *tabes dorsalis'e* diagnostikas (vt. närvihaigused).

Kõrvade järelevaatusel tuleb silmas pidada eeskätt keskkõrva haigusi, kuna nende puhul kõige sagedamini ette tuleb tõsisemaid komplikatsioone mastoidiidi, mädase meningiidi ja peaaaju-abstsessi kujul. Leitakse eelloos mädajooksu kõrvast ja keskkõrvapõletikku, tuleb läbivaatusel kindlaks teha kuulmenaha seisukord ja ära tähendada iga kõrvalekaldumine (perforatsioon). Mädajooksu puhul kõrvast tuleb kindlaks teha, kas *proc. mastoideus* on tundlik surumisele ja, kui võimalik, kirjeldada erituvat mäda oma-

dusi (selle värvus, lõhn ja tihedus). Kroonilise keskkõrva-põletiku puhul on harilikult tegemist anormaalse riisikoga ja selle õiglaseks hindamiseks on eelpooltähendatud andmed ülemarstile väga tarvilikud.

Hingamiselundid.

Kuigi hingamiselundite uurimisel kõigepealt tuleb rõhku panna perkutoorsele ja auskultatoorsele leiule ja registreerida täpselt iga kõrvalekaldumine normaalsest, ei saa sel puhul vähem tähtsateks pidada rinnakorvi vaatlemist, hingamisekskursiooni jälgimist ja kopsu alumiste piiride liikuvuse kindlaksmääramist. Rinnakorvi hoolsa inspeksiooni juures on võimalik sageli konstateerida mitte ainult praegu olemasolevat haigust, vaid samuti ka varem põetud haigusi, kui need on olnud ühepoolsed. Tugevamate pleura liitumiste tagajärjel, samuti kopsu enese kortsumise puhul näeme sageli, et rinnakorvi hingamisekskursioon vastavalt poolt on vähenenud, rinnakorv samal poolel kitsamaks osutub ja rindkere (*thorax*) sel puhul asümmeetriliseks kujuneb.

Kopsu alumiste piiride liikuvuse kindlakstegemisel ei ole mitte ainult see tähtsus, et ühepoolse piiratud liikuvuse korral ja tasase hingamise juures võimalik on diagnoosida pleura liiteid, vaid elukindlustusmeditsiini huvitab kopsu alumiste piiride määramine ja nende liikuvuse mõõtmine eriti *emphysema* diagnoosimisel ja selle arenemisastme hindamisel, kuna suremusprotsendi määramine oleneb *emphysema* arenemisastmest ja on kergemate juhtude puhul tunduvalt vähem kui keskmiselt arenenud seisundi puhul. Raskemad *emphysema*-juhud aga ei kuulu üldse vastuvõtmisele. Olgu tähendatud, et kopsu alumiste piiride liikuvus on aksillaarjoonel kõige suurem ja siin näitavad mõõtmised kõikumisi 5—7 sm vahel. 1—2 sm piiride liikuvust tuleb pidada anormaalseks, mida elukindlustusmeditsiinis arvestatakse. Tuleb juhtumeid ette, kus 1—2 sm kopsu alumiste piiride liikumist peetakse normaalseks. Sel puhul tuleks aga kindlasti juurde lisada, kus kohal liikuvust on määratud. Taga selgroo kõrval on kopsu alumiste piiride liikuvus kõige väiksem ja võib ka normaalsetel juhtudel 2—3 sm vahel kõikuda.

Perkussiooni ja auskultatsiooni puhul on tarvilik anormaalset leidu mitte ainult kirjeldada, vaid ka selle asukoht täpselt kindlaks määrata. Diferentsiaal-diagnostiliselt ei ole näiteks mitte ükskõik, kas märjad raginad on kuuldavad kopsu alumistes või aga ülemistes osades, kas kuivad raginad (*ronchi sonores et sibilantes*) on kuulda diffuusselt üle mõlemate kopsude, või ainult ühel pool jne.

Peab tähendama, et tuberkuloos ja eriti kopsutuberkuloos on elukindlustuse suuremaid vaenlasi. Kuigi tuberkuloosistatistika näitab, et suremus sesse haigusse viimaste aastakümnete kestel kõigis kultuurriikides tunduvalt on vähenenud, ei saa me Eesti

kohta seda vastava statistika puudumisel tõendada, küll aga näitavad Statistika Keskbüroo andmed, et suremus tuberkuloosi on meil 2—3 korda suurem kui Kesk-Euroopa riikides. Kuna elukindlustusstatistika mujal näitab, et surma põhjusena tuberkuloos seisab esimesel kohal, siis on ka meil eriline põhjus olla ettevaatlik tuberkuloosi-kahtlaste kindlustamisel. On arusaadav, et kui kindlustatava isiku eel- või perekonnaloos tuberkuloosijuhte on esinenud, siis usaldusarstlikku läbivaatust kopsude suhtes tuleb erilise hoolega läbi viia.

Osutub perkutoorne või auskultatoorne leid kopsude suhtes positiivseks, on vaja seda tunnistuses üksikasjaliselt kirjeldada. Usaldusarstil tuleb sellise positiivse leiu puhul igal üksikul juhul kindlaks teha, kas on tegemist värske algava haigusprotsessiga, kroonilise haigusega statsionaarses seisundis või aga täiesti paranenud endise haiguse tagajärgedega. Viimasel juhul tuleb usaldusarstil igal tingimusel katsuda selgusele jõuda, millal kindlustatav isik kopsuhaigust on põdenud ja kas hilisemal ajal haigusnähud mitte ei ole kordunud, kuna seda riisiko hindamisel arvestatakse.

On selge, et ühekordse arstliku läbivaatuse järgi on sageli võimatu otsustada, kas protsess on paranenud, statsionaarseks muutunud või aga veel aktiivne ja progresseeruv. Säärasel korral peaks usaldusarst ka oma kahtlustavat seisukohta selgelt väljendama, kuna ülemarstil siin seisukoha võtmine osutub veelgi raskemaks. Aktiivse protsessi kahtluse puhul aitab sageli temperatuuri mõõtmine ja pulsi jälgimine (frekventne, labiilne pulss) seisukorda selgitada.

Protsessi ulatuse ja selle patoloogilis-anatoomilise iseloomu kohta on võimalik selgusele jõuda röntgen-ülesvõtte põhjal, mida tänapäeva tuberkuloosidiagnostikas möödapääsmatult tarvilikuks tuleb pidada. Oleks tingimata soovitatav, et usaldusarst kahtlastel juhtudel, kus tema arvamise järgi otsuse tegemine ilma röntgenita osutub võimatuks, sellest kindlustatavat informeeriks ja talle selgeks teeks, et ainult röntgen-ülesvõtte abil oleks võimalik tema kopsude seisukorda õieti hinnata ja et see kandidaadi enese huvides oleks tingimata tarvilik. Kandidaadile ei tuleks siis ka täiendava röntgen-ülesvõtte või läbivalgustuse nõudmine ülemarsti poolt täiesti ootamata ja ta hindaks seda nõudmist õiglaselt. Kliinilised kogemused näitavad, et siin on elukindlustusmeditsiinil juba tänapäev võimalik neid kogemusi kasutada, et paljudel juhtudel, kus kandidaadi eellugu paistis võib-olla kaunis ebasoodsana, on võimalik riisikot pidada siiski võrdlemisi soodsaks. Röntgen-ülesvõtte nõudmine langeb aga ära neil kordadel, kus usaldusarstil on võimalik kindlaks teha, et anamneesis tähendatud nn. kopsukatarr või mõni muu kahtlane leid enam-vähem kindlasti mitte ei olnud tuberkuloosne.

Kuigi ühelt poolt äärmiselt tähtis on kopsus tuberkulooset protsessi ja selle arenemisastet õieti ära tunda, on teiselt poolt

sama tähtis olla selle diagnoosimisega üsna ettevaatlik, kui ei ole küllalt selgeid positiivseid perkutoorseid ja auskultatoorseid andmeid ega tõenäost anamneesi. Üsna tähtsusetud füsioloogilistes piirides avalduvad kõrvalekaldumised, nagu sageli esinev terav vesikulaarne hingamiskahin ja pealiskaudne tumestus parema kopsu tipuväljas taga üleval, juhuslikult kuuldavad lihaste naksumised jne., ei anna veel põhjust tuberkuloosis kahtlustada või koguni tipukatarri diagnoosida, kui muu leid seejuures osutub täiesti normaalseks. „Kopsukatarri“ ja „tipukatarri“ diagnoosiga tuleks olla ettevaatlik, kuna sel puhul tekib ikka kahtlus tuberkuloosis. Kogemused on näidanud, et säärestel korradel on sageli tegemist olnud mööduvate mittespetsiifiliste bronhiitidega, mis on täiesti hädaohutud. Diagnoosides arstliku läbivaatuse puhul „kopsukatarri“ ja bronhiiti, tuleks kindlasti selgeks teha, kas antud juhul on tegemist akuutse või kroonilise bronhiidiga. Akuutse bronhiidi puhul tuleb harilikult vastuvõtmine seniks edasi lükata, kuni bronhiidi- ja katarrinähud mööduvad. Kroonilise bronhiidi korral vaja usaldusarstil kindlaks teha haiguse algus, selle tekkimise põhjus (kestev tolmu ja igasuguste aurude sissehingamine ühenduses elukutsega, krooniline paiskops südamehaigetel, *emphysema*, *asthma* jne.) ja iseloom. Suitsetaja kopsukatarri diagnoosimisega tuleks igal juhul ettevaatlik olla ja kroonilist bronhiiti, mille puhul konstateeritakse suuremaid auskultatoorseid muutusi, mitte ilma põhjaliku kaalumiseteta suitsetamisega seletada, nagu seda võhikud sageli teevad.

Vereringe-elundid.

Sellele vaatamata et süda ja veresooned kuuluvad nende elundite hulka, millede uurimist arst kõnetunnis kõige täielikumalt saab läbi viia, näeme ometi usaldusarsti tunnistustes väga sageli ebatäpsusi nende elundite uurimisandmetes. Olgu üldiselt tähendatud, et siseelundite uurimisel ei tuleks mitte leppida ainult anatoomiliste muutuste kindlakstegemisega, vaid tuleb otsust anda ka elundi funktsioonivõime kohta, s. t. hinnata ka kõrvalekaldumisi normaalsest füsioloogilisest seisundist. Eriti on see nõue maksev südame seisundi kindlakstegemisel. Kõigepealt mis puutub südame suuruse kindlakstegemisse, siis oleks soovitav, et perkutoorselt ära määrataks südame relatiivsed piirid, s. o. südame piirid, mis tähendavad südame tõelist suurust. Absoluutsete südame piiride kindlakstegemine üksi ei ütle meile palju südame suuruse kohta. Südame suuruse hindamisel tuleb tähtsaks pidada südame tiputõuke (*ictus cordis*) iseloomu ja ta kohta. Elukindlustusmeditsiiniliselt seisukohalt on tähtis, kas tiputõuge asub seespool või väljaspool nisajoont, on ta normaalsel kohal, viienda ribi vahemikus, või aga märksa allpool ja väljaspool nisajoont. Normaalne tiputõuge on keskmise tugevusega ja tugeva rasvkihi juures palpeerides vaevalt tuntav. Suurenenud südame juures,

eriti orgaaniliste klapivigade puhul, leiame sagedasti tugevat ja laialivalguvat tiputõuet.

Olgu tähendatud, et tiputõuke määramisel sageli esineb eba-täpsusi. On ette tulnud, et täiesti normaalsete andmete puhul määratakse korduvalt südametipu tõuet 7. ja 8. roide vahel, ühtlasi aga süda täiesti normaalse kehaehituse tõttu terveks tunnistatakse. Kuna elukindlustusmeditsiiniliste andmete põhjal ülemarstil tuleb arvestada südame suurust anormaalsete riisikote hindamisel ka sel korral, kui muu leid südamel isegi normaalseks osutub, siis on tarvilik, et usaldusarst võimalikult täpselt tähistaks südame piirid ja tiputõuke. Relatiivse tumestuse piire oleks soovitatav määrata sentimeetrites keskjoonest paremale ja vasakule poole. (Otsejoones, aga mitte rinnakorvi kumerust mööda mõõta!)

Kahinate konstateerimise puhul on äärmiselt tähtis kindlaks teha, kus kohal (missuguste klappide kohal) need on kuulda ja kas nad on orgaanilised või aga aktsidentaalfunktsionaalsed. Orgaanilise kahina puhul ära tähendada, kas ta on süstoliline või diastoliline. Neid andmeid on tarvis sellepärast täpselt märkida, et riisiko hindamisel ei ole mitte ükskõik, missuguse klapiveaga meil on tegemist. Aordiklappide orgaaniliste rikete puhul on näiteks ülisuremus tunduvalt suurem kui mitraalsete südame juures, sellepärast tuleb siin ka riisikot ebasoodsamaks pidada ja kandidaati palju kõrgema lisapreemiaga vastu võtta kui mitraalse insufitsiensi (puude) puhul. Kombineeritud mitraalse rikke (*vitium*) puhul on riisiko jälle kõrgem kui lihtsa mitraalse insufitsiensi puhul. Kuigi orgaanilised südamevea juhud kuuluvad kahtlaste riisikote hulka, tuleb nende vastuvõtmine kõrgendatud preemiaga ainult sel korral küsimuse alla, kui südamelihase leitakse vähe muutunud olevat ja süda on veel täiesti kompenseeritud seisukorras.

Südamekahina konstateerimisel peab katsuma selgusele jõuda, kas ta on orgaaniline või aktsidentaalne. Viimase kohta teame, et ta on ikka süstoliline ja harilikult kuulda kas südame tipul või aga *art. pulmonalis*'e kohal. Aktsidentaalsele (funktsionaalsele) kahinale on omapärane see, et ta ei ole püsiv; kord on ta lamades kuulda ja kaob seistes, kord ümberpööratult kuulda. Ta on harilikult pehmemalt ja tasasemalt kuuldav kui orgaaniline kahin ja esineb noortel inimestel väga sageli kergete ärritusseisundite puhul, kui süda veidi tugevamini lööb, või aga gratisilse kehaehituse juures, kus süda ja *art. pulmonalis* rinnakorvile lähedal seisavad, sellepärast sageli kuulda hingamisfaaside muutumisel (ekspir. — inspir.). Aktsidentaalse kahina tekkimist põhjustavad sageli muutused veres, eriti verevähesus. Aktsidentaalsed kahinad võivad esineda orgaaniliselt täiesti terve südame juures, kus objektiivne leid on negatiivne, mispärast nende puhul ei saa diagnoosida orgaanilist südameviga. Ühtlasi tuleb aga nende kahinate konstateerimisega küllalt ette-

vaatlik olla, kuna täiesti kompenseeritud orgaaniliste vigade puhul võib objektiivne leid sageli puududa ja vahetevahel osutuvad mööduvalt kuuldavah kahinad ainsaks positiivseks leiuks orgaanilise südamevea puhul, nagu näit. presüstoliline kahin mitraalse stenooosi juures.

Südame auskultatsiooni puhul on tähtis südame toonide kohta ära märkida, kas need on normaalse tugevusega, väga tugevalt või nõrgalt kuulda. Viimasel korral tuleb mõelda kroonilisele müokardiidile (*myodegeneratio cordis*), kui seejuures pulss osutub sagedaks, väikeseks, või kui selle juures konstateeritakse arütmiaid. Südame toonid võivad aga olla tasased, ilma et süda oleks orgaaniliselt haige, nimelt sel korral, kui nahaalune rasvakiht on südame piirkonnas väga tugevasti arenenud.

Südame auskulteerimisel tuleb rõhku panna ühtlasi sellele, kas südame rütm on korralik ja aktsentuatsioon normaalne. Sageli võib raskemate arütmiate puhul (sagedased frustraansed ja interpoleeritud ekstrasüstolid, kerge südameblokk ja totaalne arütmia) leida normaalset pulsirütmi ehk bradikardiat, mis sellest tingitud, et kõik südamelöögid ei andu edasi perifeersetes arteriteni ja tekib nn. pulsi defitsiit.

Kuna südame aktsentuatsiooni kindlakstegemisel usaldusarsti tunnistuses sageli esineb ebatäpsusi, olgu siinkohal tähendatud, et normaalselt leiame südame tipul I tooni aktsentuueeritud olevat, südame baasil aga sageli II tooni, eriti noortel inimestel veidi ärritatud südamegevuse puhul. See aktsent II toonil on sel korral pulmonaalsete klappide poolt tingitud ja me kuuleme seda õige selgesti pulmonaalse *ostium*'i kohal, s. o. II interkostaalses ruumis vasakul pool *sternum*'ist. Seda aktsenti südame baasil ei tule mitte ära vahetada aktsendiga, mida kuuleme aortiidide ja hüpertoonia puhul II toonil aordi kohal, paremal pool *sternum*'ist. Südame orgaaniliste rikete (*vitium*'ide) diagnoosimise puhul tuleb õiglaselt hinnata südame aktsentuatsiooni; näiteks on mitraalsele rikkele iseloomulik see, et II pulmonaalne toon on eriti tugevalt aktsentuueeritud.

Pulsi täpsele uurimisele tuleb usaldusarstlikul läbivaatusel suurt rõhku panna, kuna elukindlustusmeditsiiniliselt seisukohalt pulsi andmeid eriliselt arvestatakse. Kõigepealt tuleb pulsi sageduse (frekventsi) kindlakstegemisel olla küllalt täpne. Elukindlustusstatistika näitab, et isikutel, kelle pulsisagedus rahulikus seisangus alaliselt kõigub 90—100 löögi vahel minutis, on suremus 50—75% võrra suurenenud, s. t. nende üldsuremus on 150—175%. Sellest näeme, kui võrd tähtsaks osutub pulsisageduse õige registreerimine. Selle kindlakstegemisel tuleb arvestada kõiki neid momente, mis pulsi frekventsi määraminevalt tõstavad, nagu teatav psüühiline ärritus arstliku läbivaatuse puhul, kiire käik, jalgrattasõitmine enne arstlikku läbivaatust jne. Läbivaatuse kestel on arstil võimalik korduvalt pulssi jälgida, kui see algul ilma näilise põhjuseta ebamääraselt sagedaks osutub.

Frekventne pulss (üle 84 löögi min.) on sageli esimesi sümptoome orgaaniliselt haige südame juures. Sel puhul tuleb kontrollida südame funktsioonivõimet. Kuigi tänapäeva praksises puudub selleks vastav täpne meetod, aitab juba sellest, kui katsealusel 8—10 korda lasta põlvedel teha üles-alla-liigutusi ja seejuures ära määrata pulsi sageduse katse algul, kohe katse järel ja lõpuks jälgida, kunas pulss jälle jõuab algfrekventsini. Ouline on sel puhul tähele panna hingamist ja jälgida düspnoe tekkimist. Siinkohal olgu tähendatud, et pulsi frekvents ei ole suurenenud mitte üksi südamehaigetel, vaid väga sageli ka krooniliste infektsioonide ja intoksikatsioonide puhul, nagu tuberkuloos, *thyreotoxicosis*, *abusus alcoholici*, *M. Basedowii* jne.

Arütmiate konstateerimisel tuleks selgitada, missugust liiki arütmiaiga on tegemist. Respiratoorne arütmia on harilik leid täiesti tervete südamete juures, raskel kujul esineb ta südame-neurooside puhul. Samuti on sageli lugu ekstrasüstolitega; on aga tegemist ekstrasüstoliga raskemal kujul, tuleb selle tekkimispõhjust tõsisemalt jälgida (neuroos, seksuaalsed anomaaliad, *abusus nicotini*, orgaaniline südamehaigus). Rohke nikotiinitarvitamise puhul leiame noorte inimeste juures sageli funktsionaalseid häireid südamel ja vanemas eas angiospastilisi nähte. Totaalse arütmia konstateerimine räägib enam-vähem kindlalt orgaanilise südamehaiguse poolt (*myocarditis chron.*, *insuff. s. stenosis mitralis*).

Vereringe-organite läbivaatusel tuleb eriti vanemate inimeste juures suurt rõhku panna arterite omadustele ja vererõhu jälgimisele. Kuigi me teame, et arteriosklerootilised muutused ei tarvitse generaliseerunud olla ega esineda perifeersetes arterites, on ometi enam-vähem arenenud arterioskleroosi puhul võimalik *art. radialis*'el seda vastavate muutuste põhjal diagnoosida, eriti juhtudel, kus kindlustatav on raske kehalise töö tegija (põllutöö jne.). Me leiame sageli juba algava arterioskleroosi puhul, et II toon aordil on tunduvalt aktsentueeritud, mispärast tuleb seda aordiskleroosi diagnoosimisel silmas pidada. Leiame südame täpsemal perkuteerimisel vanemate inimeste juures vasaku südamevatsakese hüpertrofeerunud olevat, tuleb samuti mõelda arterioskleroosile ja hüpertooniale.

Vererõhu mõõtmine on hüpertonia kindlakstegemiseks möödapääsmatult tarvilik uurimismeetod, millega iga arst peaks oma kõnetunnis hästi hakkama saama. Tänapäev pannakse elukindlustusmeditsiinis suurt rõhku vererõhu andmetele, mispärast iga elukindlustuse alal töötav arst peab olema varustatud vererõhu mõõtmise aparaadiga ja valdama süstolse ja diastolse rõhu määramise meetodit. Soovitav on toimetada vererõhu mõõtmisi Riva-Rocci aparaadiga. Teissuguse konstruktsiooniga aparaatide kasutamise puhul tuleks ära tähendada aparaadi nimetus ja vastavad andmed R. R. järgi ümber arvutada. Spiraalsfügmanomeetri kasutamise puhul tuleb silmas pidada, et see aja jook-

sul näitab kõrgemaid andmeid ja sellepärast on neid tarvis aegajalt võrrelda normaalse elavhõbeda-aparaadiga ja vea protsent kindlaks määrata.

Diastolse vererõhu määramine on diferentsiaal-diagnostiliselt tähtis mitmesuguste hüpertoonia kujude ja südamehaiguste hindamisel, mispärast paljudes kindlustusseltsides Ameerikas ka diastolse vererõhu mõõtmine on obligatoorselt läbi viidud. Diastolset vererõhku tuleks mõõta K o r o t k o v'i auskultatoorse meetodi järgi. Asetades stetoskoobi *art. cubitalis*'e peale allpool Recklinghausen'i mansetti, märgitakse ära kerge stetoskoobi surumise juures see koht manomeetril, mille juures järjest väheneva rõhumise puhul mansetis tugevamaks muutuv kompressiooni (stenoosi) kahin järsku tasaselt kõlama hakkab.

Ühekordse vähe kõrgenenud vererõhu mõõtmise puhul ei ole muidu igapidi normaalse üldleiu juures mitte kohe võimalik arterioskleroosi või püsivat hüpertooniat diagnoosida. Üldiselt närviliste isikute juures võib kõige vähem ärritus, nagu arstlik läbivaatus seda iseenesest on, vererõhku tunduvalt tõsta ja sellepärast ei saa ühekordse mõõtmise tagajärjel mõõtmise andmeid mitte igakord õiglasteks ja täpseteks pidada. Viga on sageli võimalik juba selleläbi parandada, et arst ärgu leppigu ühekordse mõõtmisega, vaid tehku seda vähemalt kaks kuni kolm korda, ilma et ta mansetti käsivarrelt ära võtaks. Soovitav on reegli-päraselt igal juhul, kus vererõhk esmakordsel mõõtmisel osutub kõrgenenuks, seda 3—4 korda mõõta ja üles tähendada viimane, enam-vähem tõenäoselt õiglane leid. Ei jõua arst ka selle järel õigele otsusele ja tunduvad talle saadud andmed kahtlastena hüpertoonia, eeskätt arterioskleroosi diagnoosimiseks, teeb ta õieti, kui võimaluse korral palub kandidaati järgmise päeva hommikul uuesti ilmuda vererõhu mõõtmisele. On tõenäone, et paljudel inimestel vererõhk pealelõunastel tundidel, pärast päevaseid pingutusi sageli on pisut kõrgenenud, eriti kui töölt tulles lastakse end arstlikult läbi vaadata, nagu seda sageli juhtub ka meil. Osutub vererõhk järgmisel mõõtmisel täiesti normaalseks ja on kogu leid väga soodus ega ärata mingisugust kahtlust, ei tule sel puhul muidugi mitte hüpertooniat diagnoosida ja riisikot võib pidada normaalseks.

Normaalne vererõhk täiskasvanud noorel tervel inimesel kõigub keskmiselt 110—130 mm Hg vahel R.-R. järgi mõõdetult. Vanusega ühes muutub normaalselt ka vererõhk tõusu suunas. Statistiliste uurimiste põhjal on arvutatud keskmised andmed eri eluea kohta, nagu näeme alljärgnevast tabelist:

Vanus aastates		Keskmine vererõhk R.-R. järgi
20	—	120 mm Hg
30	—	123 „
40	—	126 „
50	—	130 „
60	—	135 „

Need arvud on statistiliste andmete keskmised ja ei ole muidugi mitte kooskõlas tegelikult esinevate normaalsetes piirides kõikumate andmetega mitmesuguses vanuses. Elukindlustusmeditsiiniline praktika arvestab ka siin teatavate kõikumiste piire. Näiteks muidu täiesti soodsate andmete puhul võib 50-a. kandidaadi suremust veel normaalseks (100%) lugeda, kui ta süstolne vererõhk on 145 mm Hg, 35-a. isikule samase vererõhuga arvestatakse suremust aga 115%. Eriti tähtis on jälgida vererõhku täpselt isikutel, kes peale 40. eluaastat kindlustuslepingut sõlmivad, samuti neil juhtudel, kus anamneesis tekib kahtlus neerupõletiku, vereringvoolu-süsteemi, eriti lueetilise infektsiooni suhtes.

Kõhukoopa elundid ja seedetrakt.

Kõhukoopa elundite ja eriti seedeteede haiguste diagnostikas tuleb pidada palpatsiooni kõige tähtsamaks uurimismeetodiks. Selle kõrval osutuvad aga sageli ainult anamnestilised andmed otsustavaiks diagnoosi tegemisel, nagu me seda juba nägime sapikivide, maohaavandi ja ussjätke põletiku juures anamneesi arutlusel. Äärmiselt tähtsaks objektiivseks palpatoorseks leiuks tuleb pidada siin ülitundlikkuse konstateerimist surumisel, eriti siis, kui anamneesis leidub andmeid, mis lubavad kahtlustada mõnes kroonilises seedetrakti haiguses, või kui kindlustatava üldseisund ja välimus on kahtlased.

Üheks kõige sagedamini ettetulevaks seedetrakti haiguseks tuleb pidada mao- ja *duodenum*'i-haavandit. *Ulcus pepticum*'i puhul leiame harilikult tüüpilist anamneesi, kusjuures haiguse nähud sageli aastate kestel perioodiliselt esinevad ja sel puhul anamneesis korduvalt räägitakse maokatarridest. Kuigi mao- ja *duodenum*'i-haavandi puhul on alati tegemist kõrgendatud riisikoga, osutub ka siin väga tähtsaks kindlaks teha, millal kandidaat haavandahaigust on põdenud ja kui palju on aega möödunud viimasest haigushoost. Samuti tuleb operatsiooni puhul üles anda, millal operatsioon on tehtud, milline — *gastro-enterostomia* või *resectio ventriculi* — ja missuguste tagajärgedega, kuna prognoosi ja riisikot selle järgi mitmeti hinnatakse. On tähtis selgitada küsimust, kas kandidaadil peale operatsiooni pole olnud retsidiive ja kas on ta peale operatsiooni hästi kosunud ning kaalus juurde võtnud. Vanematel inimestel tuleb igasuguste kaebuste puhul seedetrakti rikete üle arusaadavatel põhjustel mõelda ikka pahaloomustele uudismoodustistele (*carcinoma*). On selge, et juhuslikele seedetrakti riketele, mis kiiresti mööduvad, nagu juhuslikud düspeptilised nähud ja *diarrhoea*, ei tule erilist rõhku panna, nii et neid, kui nad osutuvad tähtsusetuks, ei olekski tarvis anamneesis nimetada.

Sageli konstateeritakse usaldusarsti tunnistuses, et maksa alumine piir on mitme sõrme laiuselt roidekaare alt palpeeritav,

seega suurenenud, kuid sel korral ei tule unustada diagnoosi tegemata jätta ja peab selgitama maksa suurenemise tekkimist (paismaks, algav tsirroos, tuumor).

Ussjätke põletiku puhul anamneesis on tähtis kindlaks teha, millal see on olnud, kas on korduvaid hoogusid ette tulnud, ja operatsiooni korral märkida, millal see tehti, kas oli komplikatsioone sel puhul (liitumised, peritoniit) ja kas on järele jäänud valutundlikkust.

Vaevaja (*hernia*) puhul ei ole küllalt selle konstateerimisest, vaid tuleb igakord üles anda selle suurus ja iseloom, ära tähendada ühtlasi, kas ta on kergesti või raskesti reponeeritav, kas on inkartseratsiooni-hädaohtu ja kas ta vastava soodsa bandaaži kandmisel on kõrvaldatav ning hädaohutu.

Urogenitaalelundid.

U r i i n i - a n a l ü ü s .

Elukindlustusmeditsiinis on uriini-analüüsi andmetel suur tähtsus, mispärast neid andmeid tuleb arstitunnistuses üksikasjaliselt ära tähendada. On tingimata tarvilik, et kindlustatav isik arsti juuresolekul urineeriks; pole kuidagi lubatav, et kandidaat oma uriini kodunt kaasa tooks. Uriini-analüüsi puhul tuleb üles märkida algul makroskoopiline leid ja kuse erikaal. Erikaalu määramisel on sageli oluline tähtsus, kuna ta ühes teiste uriini-analüüsi andmetega lubab teatavatel kordadel umbkaudselt hinnata neeru funktsioonivõimet ja vereringe-elundite seisundit. Tuleb seejuures selgusele jõuda, kas kandidaat enne seda mitte rohkesti vedelikku pole tarvitanud, mis erikaalu alla viib, või on madal erikaal patoloogiline, seega arterioskleroosi ja kortsneeru puhul omapärane leid.

Osutub valguproov positiivseks, on tarvis uriini sedimenti mikroskoobiliselt uurida. Kahtlase leiu puhul toimetatakse uriini täiendav uurimine, mis toimub kindlustusseltsi vastaval korraldusel. Sel juhul on soovitav kindlustatava tähelepanu sellele juhtida, et eriuurimine seltsi nõudel on vajalik. Madal erikaal ja valgu jäljed võivad olla juhuslik leid ortostaatilise albuminuuria puhul, aga samuti võib see ette tulla kroonilise neerupõletiku, arterioskleroosi ja kortsneeru puhul. Kuna prognoos nende haiguste juures aga on koguni mitmesugune, tuleb arstlikul läbivaatusel katsuda diagnoosi selgitada, silmas pidades vererõhku ja südant. Uriinisedimendi uurimisel tuleb erilist rõhku panna erütrotsüütide leiule. Kui seejuures ka leukotsüütide hulk uriinis on suurenenud ja mikroskoobiline pilt tsüstiidile omapärane, tuleb nooremate isikute juures mõelda urogenitaalelundite tuberkuloosile ja kandidaati tuberkuloosi suhtes eriliselt jälgida.

Naiste uriini uurimisel tuleks igakord ära tähendada, kas uriin on kateedriga võetud või aga harilikul viisil lastud. Vi-

masel korral osutub uriinisediment kerge vaginaalse vooluse puhul sageli rikkalikuks, mis arusaadavalt segab mikroskoopilise leiu õiglast hindamist.

On kindlustatav isik anamneesi järgi neerupõletikku põdenud, tuleb uriini-analüüsile erilist rõhku panna. Sel korral on soovitatav koguni ambulatoorselt jälgida neerude funktsioonivõimet lahjendus- ja kontsentratsiooniproovi abil.

Suhkru määramiseks võib tarvitada lihtsaid Trommer'i, Fehling'i ja Nylander'i proove, millest Nylander'i reagens on kõige tundlikum. Tuleb silmas pidada, et need reaktsioonid paljude antipüreetikute ja laksantsiate tarvitamise järel võivad positiivsed olla, mispärast seda kahtlastel kordadel tuleb selgitada ja sel puhul võimaluse korral paluda kandidaati teiskordselt ilmuda uriiniproovi tegemiseks. Kuigi Eestis suhkruhaigust vähem ette tuleb kui Lääne-Euroopas, ei ole ta meil ometigi nii haruldane, nagu seda seni arvati. Nii mõnigi suhkruhaiguse juht on usaldusarsti läbivaatuse puhul avastatud, ilma et kindlustatav isik ise oleks oma haigusest midagi teadnud.

Glükosuuria ja diabeetese korral on vajalik uriini eriuurimine, mis toimub kindlustusseltsi vastaval korraldusel. Sel juhul on soovitatav kindlustatava tähelepanu sellele juhtida, et eriuurimine seltsi nõudel on tarvilik.

Suguhaigused.

Usaldusarsti praksises tuleb vähem olemasolevaid suguhaigusi diagnoosida, seda sagedamini aga tegemist teha nende haiguste tagajärgedega. Üldiselt püütakse suguhaigust anamneesis rohkem varjata kui ühtegi teist haigust, sellepärast tuleb arstil hoollega silmas pidada neid tunnismärke, mis varem põetud süüfilise või gonorröa tagajärjel tekivad.

Gonorröa puhul mõeldagu kusetoru striktuuridele, mida kusejoa jälgimisel on võimalik ära tunda. Süüfilisekahtluse puhul tuleb eriti silmas pidada ergukava ja vereringvoolu-elundeid, kuna süüfilise järelhaigused esinevad peamiselt neis. Statistilised andmed näitavad, et süfiliitikutel eluiga on kindlasti lühem normaalsest, vaatamata sellele et WaR veres ja likvoris enne kui ka läbivaatuse ajal oli negatiivne. Meil on seega iga süfiliitiku puhul anormaalse riisikoga tegemist. Iga varajase skleroosi, südamehaiguse ja *apoplexia* puhul peame mõtlema luesele ja kahtluse korral on tarvis WaR nõuda. Ka peaks usaldusarst kindlustatava tähelepanu sellele juhtima, et eriuurimine seltsi nõudel on vajalik. Positiivne WaR veres on meile väärtuslik, kuna negatiivse reaktsiooni puhul seisukoha võtmine osutub ebakindlaks. Ergukava metalueetiliste haiguste kahtluse puhul osutub sageli tarvilikuks WaR tegemine ka tserebrospinaalses vedelikus.

Närvi- ja vaimuhaigused.

Erkkonna uurimise kestel on arstil võimalus selgusele jõuda, kuivõrd vaimselt arenenud isikuga tal on tegemist ja kas ei leidu kindlustatava juures mõnd psüühilist kõrvalekaldumist normaalsest. Peamiselt tuleb aga silmas pidada orgaanilisi närvihaigusi ja eriliselt mõelda *tabes dorsalis*'ele ja *paralysis progressiva*'le. Pupillide reaktsiooni valgusele ja akommodatsioonile, samuti Rombergi fenomeni ja kõiki kõõluse- ja nahareflekse tuleb eriti hoolega jälgida sel puhul, kui anamneesis süüfilisekahtlus on olemas. Diagnoositakse mõnd orgaanilist närvihaigust, tuleb püüda täpselt ära tähendada närvi *status* ja patoloogiline leid, millel diagnoos põhjeneb. Teatavaid raskusi võib olla kõõluse-reflekside hindamisel. Kõrgenenud patellaar-refleksid, kui nad on mõlemal pool ühesugused, ei ärata erilist kahtlust, ehk olgu ainult siis, kui nad on väga silmapaistvalt elavad. Ei ole aga need refleksid mõlemal pool mitte ühesugused, tuleb seda patoloogiliseks pidada ja püüda täpse uurimise najal kindlaks teha selle leiu põhjused. Sageli võivad refleksid ühel pool muutunud olla muskulatuuri nõrgema arenemise puhul sellel poolel või aga tekkida haavade ja armide tagajärjel. Sel korral puuduvad hari-likult suuremad kõrvalekaldumised motoorses ja sensiibelses sfääris.

Siinkohal olgu veel kord meelde tuletatud silma-avade (pupillide) reaktsiooni tähtsust metalueetiliste haiguste diagnostikas.

Sageli leiame, et pupillid ei ole mitte täiesti ühesuurused, kuid valgusele ja akommodatsioonile nad reageerivad väga hästi. Seesugusel korral ei tule esmajoones veel mitte *tabes*'es või paralüüsis kahtlustada, vaid tuleb selgitada selle anomaalia põhjust. Varem põetud silmahaigused ja *n. sympathicus*'e ärritus hõõtsiku (*struma*), tsirrootilise tuberkuloosse kopsuprotsessi ja suurenenud kaelanäärmete puhul võivad olla selle anomaalia põhjuseks. Ei ole pupillid mõlemal pool mitte ühesuurused ja tekib kahtlus valgusreaktsiooni suhtes, tuleb seda leidu tähtsaks pidada ja tunnistuses ära märkida. Sageli selgitab kahtlust täiendav uurimine, mis osutub sel korral möödapääsmatuks.

Funktsionaalsete närvihaiguste diagnoosimisel on tähtis selgitada haiguse põhjust, üles tähendades haiguse sümptoomid ja haiguse kuju (raske, kerge). Lühike diagnoos, näit. „*neurasthenia*“, võib sageli arusaamatusi tekitada, kuna sellega pole võib-olla muud mõeldud, kui vaid mööduvaid kergeid närvilisi nähte, mil riisiko hindamisel pole mingisugust tähtsust. Raskemate *psychasthenia* juhtude puhul tuleb aga riisikot kindlasti pidada anormalseks, mispärast usaldusarsti tunnistuses säärane diagnoos peaks olema selgelt põhjendatud.

Olgu veel lühidalt tähendatud, et anamneesis ettetulevate väljendite kohta, nagu „minestushood“, „krambid“ ja „peapööritu-

sed“, tuleb igakord selgusele jõuda, millest need on tingitud, kui sageli ja millal nad esinevad, kuna neid väljendeid sageli tarvatakse epileptiliste hoogude ja kergemate apoplektiliste insultide varjamiseks.

Usaldusarsti lõppotsus.

Oma tunnistuse andnud, tuleb usaldusarstil veel kord kõik andmed läbi vaadata ja esile tõsta kõik ebasoodsad momendid, mida riisiko hindamisel tuleks arvestada. Täiesti soodsate perekonnanaloo, anamnestiliste ja objektiivsete andmete puhul on usaldusarstil võimalik hinnata riisikot soodsalt, kuid ei tule soovitavaks pidada seda kindlustusevõtjale teatada.

Kindlustusevõtja esitab läbivaatuse lõpul sageli arstile küsimuse, kas ta on täiesti terve ja normaalse preemiamaksuga kindlustusse vastuvõetav. Kuna usaldusarst aga seda peab arvestama, et kindlustusevõtja võis mõne riisiko hindamisel tähtsa anamnestilise momendi meelega nimetamata jätta, mis aga täiendavate andmete kogumisel seltsile teatavaks saab ja mida ülemarst riisiko hindamisel peab arvestama, siis ei saagi usaldusarsti soodus otsus veel olla lõplik ja kindel. On aga arst oma soodsa otsuse kandidaadile teatavaks teinud, selts seejuures ometi ei saa riisikot täiesti normaalseks pidada ja nõus on kandidaati natuke kõrgendatud preemiamaksuga vastu võtma, siis võib see tekitada arusaamatusi ja pahandust, kindlustusevõtja võib end põhjuseta haavatuna tunda ning koguni kindlustusest loobuda.

Kuigi hästi koostatud usaldusarsti tunnistuse põhjal ülemarst peaks saama küllalt selge ja tõetruu ettekujutuse läbivaadatud isikust, on talle siiski suureks kergenduseks õiglase otsuse tegemisel usaldusarsti arvamine ja lõppotsus, milles usaldusarst, arvestades kogu leidu, hindab läbivaadatud isiku terviselist seisukorda oma seisukohalt. Vastavate tabelite, elukindlustusmeditsiiniliste kogemuste ja statistiliste andmete puudumisel on usaldusarstil raske ja isegi võimatu objektiivselt, elukindlustusmeditsiiniliselt seisukohalt õigelt otsustada, kuivõrd teatud korral on tegemist täiesti soodsa, kahtlase või halva riisikoga. Sellepärast on õigem, kui usaldusarst oma lõppotsuses piirdub ainult läbivaadatud isiku terviselise seisukorra hindamisega, mida tuleb toimetada täiesti objektiivselt ja puhtmeditsiiniliselt seisukohalt. Arvestades perekonnanalugu, anamneesi ja objektiivset leidu, on võimalik, kui kõik andmed on täiesti soodsad, pidada läbivaadatud isiku terviselist seisukorda väga heaks või heaks. Väga hea hinnang oleks mõeldav ainult nende juhtude puhul, kus on tegemist elukindlustuse seisukohalt täiesti normaalsete inimestega, s. t. kui pärilikkus, anamneesi ja *status praesens* on täiesti laitmatud. Sagedamini esinevad elukindlustuses juhud, kus perekonnanaloo ja anamneesis on tegemist väheste kõrvalekaldumistega täiesti normaalsetest andmetest või *status*

praesens'is on märgitud leid, millel elukindlustusmeditsiini seisukohalt ei ole erilist tähtsust. Kui säärase juhtude puhul on võimalik pidada prognoosi eluea kestuse suhtes täiesti heaks, siis on elukindlustuse seisukohalt neil juhtudel mõeldav hea hinnang. Heale hinnangule allub osa neist juhtudest, mida *F l o r s c h ü t z* peab soodsateks riisikoteks (vt. riisikote jaotus lk. 9).

Keskmisteks tuleb hinnata neid juhte, kus perekonna- loos, anamneesis või objektiivses leius esinevad kõrvalekaldumised normaalsetest andmetest, mille puhul tekib kahtlus, kas läbivaadatud isiku eluiga saab veel pidada keskmiselt normaalseks. Need juhud on üldiselt elukindlustusse vastuvõetavad, kuid sageli raskendatud tingimustel, s. o. preemiamaksu kõrgendamisega. Suurem osa nn. „soodsaid riisikoid“ ja osa „kahtlasi riisikoid“ (vt. riisikote jaotus) kuuluvad keskmise hinnangu alla.

Ebasoodsateks tuleb pidada neid juhte, kus esinevad haigusseisundid või niivõrd halb anamnees või pärilikkus, et neid pole võimalik elukindlustusse vastu võtta. Osa kahtlasi riisikoid ja kõik halvad riisikod (vt. riisikote jaotus) alluvad ebasoodsale hinnangule.

Nii tuleb usaldusarstil läbivaadatud isikute terviselist seisukorda hinnata neljas astmes järgmiselt: väga hea, hea, keskmine ja ebasoodus.

Hindab usaldusarst läbivaadatud isiku terviselist seisukorda keskmiseks või ebasoodsaks, tuleb tal oma hinnangut lõppotsuses **eriliselt põhjendada**, kuna sel puhul tekib küsimus vastuvõtmise kohta raskendatud tingimustel, ja õiglase otsuse tegemisel aitab tähtsal määral kaasa usaldusarsti põhjendatud hinnang lõppotsuses.



Sisukord.

I.k.

Eessõna	3
I. Elukindlustustehnika ja elukindlustusmedit- siini põhialused	5
Kindlustusviisid ja preemia	5
Normaalne ja anormaalne risk	6
Anormaalriskide hindamine	8
Soodsad anormaalriskid	9
Kahtlased riskid	10
Halvad riskid	10
II. Kindlustusseltsi usaldusarst	11
Usaldusarsti ülesanded	11
Usaldusarsti suhtumine kindlustatavasse isikusse	11
Usaldusarsti vahukord kindlustusseltsi esindajatega	13
III. Usaldusarsti tunnistus	13
Tunnistuse formular	13
Kindlustatava isiku seletuste tähtsus	14
Arstliku läbivaatuse tähtsus	14
Usaldusarsti tunnistuse koostamise nõuded	15
IV. Kindlustatava isiku seletused	16
Teated isiku enese kohta	16
Teated perekonnaliikmete kohta	17
Isiklik anamnees	18
V. <i>Status praesens</i>	20
Üldseisund ja välimus	20
Konstitutsioon	21
Naha-, silma-, kõrva- ja kurguhaigused	22
Hingamiselundid	23
Vereringe-elundid	25
Kõhukoopa elundid ja seedetrakt	30
Urogenitaalelundid	31
Suguhaigused	32
Närvi- ja vaimuhaigused	33
Usaldusarsti lõppotsus	34

338 (9.10.34)
D. B. RAMANATHAN