

Multiproblem—epidemiologi



Erik Allander

Erik Allander, docent i socialmedicin vid Karolinska institutet redovisar i nedanstående artikel ett försök att uppskatta antalet s k multiproblemfall i befolkningen. Redovisningen baseras på socialmedicinska belastningsfaktorer enligt resultat som framkommit vid intervjuer inom den statliga låginkomstutredningen. Med den använda metodiken karakteriseras ca 5 % av den vuxna befolkningen av problem inom minst fyra av de sju stora områdena familj, uppväxt, bostad, arbete, reell hälsa, administrativ hälsa och missbruk.

Bakgrund

Trots de i olika sammanhang omfattande diskussionerna om s k multiproblemfall saknar man i stort sett kunskap om hur vanliga dessa är i befolkningen. De patienter som påträffas inom mera renodlat socialmedicinska arbetsområden (arbetsvård, socialläkarverksamhet, rehabilitering, missbruksgrupper) är troligen såväl avancerade som selekterade fall och därigenom inte representativa för befolkningen. Med utgångspunkt från epidemiologiska resonemang om "isbergfenomenet" — dold problematik och sjuklighet — är det därför angeläget att skaffa ett underlag för en uppfattning om hur vanliga multiproblem-personer är och vilka problemsammansättningar man finner i befolkningen.

Material

Basen har varit levnadsnivåundersökningens material, en del av den statliga låginkomstutredningen, insamlat 1968 och baserat på intervjuuppgifter samt data från olika register; däremot ingick inte läkarundersökning. Materialet baserar sig på ett slumpvis urval av den vuxna befolkningen i åldersgrupperna 15—75 år. Bortfallet var 9,2 % av urvalet. Den undersökta grup-

pen omfattar 5 907 personer, vilket innebär att ca var tusende vuxen invånare ingår i urvalet. I originalrapporten redovisas data från hälsoavsnittet från 5 923 personer. På grund av internt bortfall finns i den nu presenterade bearbetningen data från 5 907 av dessa personer. Materialet är insamlat genom intervjuer av speciellt instruerade intervjuare. Uppgifter om sjukskrivningstider 1960—1967 har inhämtats genom försäkringskassa. För närmare upplysningar om de skalkonstruktioner som använts beträffande hälsovariablerna (punkt 5, tab 1) hänvisas till Johanson, (1970).

Metoder

Ur frågeformulär och register har valts väletablerade socialmedicinska belastningsfaktorer grupperade i sju olika grupper.

Familj, fyra faktorer
Uppväxt, fyra faktorer
Bostad, tre faktorer
Arbete, fyra faktorer
Reell hälsa, sju faktorer
Administrativ hälsa, sex faktorer
Missbruk, två faktorer

Tabell 1. Variabler använda i analysen

1. *Familj*
 - a) frånskild
 - b) någon av intervjupersonens närmaste använder alkohol mest varje dag
 - c) slitningar och stridigheter eller ovänskap närmast under det senaste året
 - d) någon av de närmaste arbetslös sista 12 månaderna
2. *Uppväxt*
 - a) fader död under uppväxttiden, bodde ej hos föräldrar
 - b) född u ä
 - c) allvarlig sjukdom hos fadern under uppväxttiden
 - d) slitningar i familjen under uppväxttiden
3. *Bostad*
 - a) delar sovrum med tre eller flera personer
 - b) minst fyra utrustningsdetaljer i bostaden saknas
 - c) trångbodd, mer än två personer per bostadsrum
4. *Arbete*
 - a) tre eller flera anställningar under 1967
 - b) tidigare arbetslös mer än 12 månader
 - c) arbetslös någon gång under de senaste fem åren
 - d) sjukpension och yngre än 60 år
5. *Reell hälsa*
 - a) kraftigt rörelsehindrad
 - b) trött för jämnan
 - c) kraftig värk
 - d) kraftiga magbesvär
 - e) dåligt psykiskt välbefinnande
 - f) svåra symtom från cirkulationssystemet
 - g) 14 eller flera symtom
6. *Administrativ hälsa*
 - a) sjukskriven 12 veckor eller mer under de senaste 12 månaderna
 - b) vårdad på institution sju veckor eller mer de senaste 12 månaderna
 - c) åtta läkarbesök eller mer under de senaste 12 månaderna
 - d) någon gång vårdad på mentalsjukhus
 - e) sökt psykiater under de senaste 12 månaderna
 - f) sjukskriven tillsammans ett år eller mer under tiden 1960—66
7. *Missbruk*
 - a) smakar vin eller sprit mer än 10 gånger/månad
 - b) röker 20 cigaretter eller mer/dag

I tabell 1 finns faktorerna angivna och uppdelade på huvudgrupp. Urvalet av faktorerna har gjorts så, att de skall vara socialmedicinskt relevanta i en klinisk multiproblemsituation. Däremot har faktorerna varken som grupp eller i det enskilda fallet valts så, att de strikt statistiskt skulle ge samma tyngd i en problemsituation. Detta vore teoretiskt möjligt men är praktiskt omöjligt att åstadkomma. För att man lätt skall kunna skaffa sig en uppfattning om urvalsfelets storlek i skattningarna har på basis av tabeller i Johansson, 1971, en enkel hjälptabell tagits fram (tabell 5). Den kan användas dels för totalsiffrorna, dels för siffrorna för män och kvinnor separat (där konfidensintervallen är desamma eftersom deras antal ligger mycket nära varandra). Däremot kan tabellen ej användas för separata åldersgrupper där det statistiska felet är större. Intresserade hänvisas till Johansson, 1971.

Kommentar till faktorerna

1) *Familj*. Delfaktorerna b, c och d (alkohol, slitningar och arbetslöshet) har troligen större vikt än a (frånskild), som dock i sitt sammanhang allmänt kan anses vara ett mått på störda interpersonella relationer eller i varje fall en krisperiod under någon period av livet.

2) *Uppväxt*. Dessa faktorer synes vara ungefär jämbördiga i tyngd även om b (född utom äktenskapet) måste ses som en predisponerande faktor för ett multiproblemliv.

3) *Bostad*. De tre nämnda faktorerna tar fram rätt grava brister i bostadens standard och funktion och de kan bedömas ha ungefär samma vikt.

4) *Arbete*. Faktor a (3 eller flera anställningar under 1967) skiljer sig från de övriga genom att inte nödvändigtvis behöva karaktärisera en problemperson. Det kan också, dock troligen i mindre omfattning, vara en del av en framgångsrik persons karriär. De övriga är klara belastningsfaktorer. Arbetsvård och omskolning är inte inkluderade, eftersom de i ursprungsmaterialet endast (och rätteligen) är representerade av några enkla fall.

5) *Reell hälsa*. Faktorerna under denna rubrik är grundade på uppgifterna från en intervju om

hälsotillståndet som ingick i låginkomstutredningen. Villkoren och skalornas struktur förbigås i detta sammanhang. Huvudprincipen har varit att villkoret med stor säkerhet skall vara medicinskt relevant. Avskärningspunkterna har avsiktligt lagts säkert förankrade i mer grava symtom. Med hänsyn till att psykiska och somatiska besvär i stort är varandras följeslagare förutom att de ur logisk synpunkt kan vara svårseparerade, har det framstått som oriktigt att skilja dem åt i huvudgrupper. Symtomgrupperna har också valts så, att de skulle innehålla större och vanliga sjukdomsgrupper. Man kan anta att man här *indirekt* får med mindre vanliga men arbetshindrande och socialt handikappande sjukdomar genom att dessa manifesterar sig i sekundära men vanligare symtom.

6) *Administrativ hälsa.* Delfaktorerna under denna rubrik är samtliga mått på vårdkonsumtion. Här är a till e baserade på intervjuuppgifter där man kan anta en viss underrapportering. Däremot är f (sjukskrivning 1960—66) hämtad från

försäkringskassehandlingar. Kanske väger måtten d och e (om psykiatrisk vård) något mindre än övriga.

7) *Missbruk.* Här finns av lättförklarade skäl inte särskilt goda data tillgängliga. Punkt a (om alkohol) kan antas ha en god specificitet, men en mindre tillfredsställande sensitivitet. Tobaks-måttet, b (20 cigaretter per dag), är möjigen en för lågt satt gräns. Å andra sidan är de medicinska konsekvenserna av denna konsumtion både många, stora och välbevisade.

Ekonomiska mått har jag helt uteslutit. Sådana variabler blir i multiproblem-sammanhang svåra eller omöjliga att tolka, i varje fall i en bearbetning som denna. Brist på pengar kan både vara ett symtom på och en orsak till en problemsituation. Dessutom kan problemsituationer också förekomma vid "normal" tillgång på pengar. Självfallet kan man senare göra bearbetningar som tar fram inom vilka ekonomiska skikt olika multiproblemdefinitioner finns lokaliserade.

Tabell 2. Kumulerat antal personer med minst en, minst två etc belastningsfaktorer med hänsyn till ålder och kön.

Belastningsfaktorer	Ålder						Summa		Totalt n=5 907
	15—29		30—54		55—75		män n=2 985	kvinnor n=2 922	
	män n=916	kvinnor n=887	män n=1 262	kvinnor n=1 206	män n=807	kvinnor n=829			
1	662	692	793	919	674	743	2 129	2 354	4 483
2	315	364	425	518	448	519	1 188	1 401	2 589
3	143	194	225	284	260	350	628	828	1 456
4	61	87	128	168	166	240	355	495	850
5	34	51	71	108	101	165	206	324	530
6	20	21	42	62	59	108	121	191	312
7	6	11	26	40	35	65	67	116	183
8	0	4	12	25	20	39	32	68	100
9	0	2	6	15	9	26	15	43	58
10	0	0	5	9	4	12	9	21	30
11	0	0	2	4	3	7	5	11	16
12	0	0	2	1	0	3	2	4	6
13	0	0	1	1	0	1	1	2	3
14	0	0	0	1	0	0	0	1	1
15	0	0	0	1	0	0	0	1	1
16	0	0	0	1	0	0	0	1	1
17	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Resultat

Tre olika typer av bearbetningar har skett. I tabell 2 finns, uppdelat på ålder och kön, det antal personer som uppfyller minst ett av de trettio enskilda villkoren, minst två av de trettio, minst tre av de trettio etc. Man finner

att en person har 16 av de olika villkoren samtidigt

att multiproblem-personer med de angivna definitionerna är klart vanligare hos kvinnor

att åtta eller flera problem finns hos 100 000 personer i totalbefolkningen.

Det 95 %-iga konfidensintervallet för skattningarna är i de högre multiproblem-grupperna relativt stort men ändå acceptabelt för att ge beräkningen ett reellt innehåll. För de 58 personerna med nio eller flera problem är intervallet 15.

Reservationer för statistiska fel, bortfall m m är självklara i dessa sammanhang. Tabeller för sådana fel finns hos Johansson, (1971).

Tabell 3. Kumulerat antal personer med minst en, minst 2 etc belastningsfaktorer inom de sju huvudgrupperna i tabell 1.

	Antal faktorer	Ålder						Summa		Totalt
		15—29		30—54		55—75				
		män n=916	kvinnor n=887	män n=1 262	kvinnor n=1 206	män n=807	kvinnor n=829	män n=2 985	kvinnor n=2 922	
Familj	1	133	141	180	226	98	118	411	485	896
	2	17	28	23	36	14	18	54	82	136
	3	2	3	1	6	3	4	6	13	19
	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Uppväxt	1	147	154	221	215	108	106	476	475	951
	2	10	13	16	19	11	7	37	39	76
	3	0	0	1	0	0	1	1	1	2
	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bostad	1	116	105	138	120	128	111	382	336	718
	2	11	19	11	12	4	2	26	33	59
	3	1	1	1	2	1	0	3	3	6
Arbete	1	402	508	321	572	512	625	1 235	1 705	2 940
	2	72	37	91	42	63	32	226	111	337
	3	7	2	12	2	3	0	22	4	26
	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Reell hälsa	1	102	163	193	286	260	399	555	848	1 403
	2	18	45	61	109	121	246	200	400	600
	3	7	13	29	65	56	151	92	229	321
	4	2	4	11	37	32	76	45	117	162
	5	0	0	6	16	15	48	21	64	85
	6	0	0	1	6	6	22	7	28	35
	7	0	0	0	2	2	2	2	4	6
Administ-rativ hälsa	1	125	135	231	250	195	216	551	601	1 152
	2	17	33	52	76	60	56	129	165	294
	3	2	10	17	27	15	19	34	56	90
	4	0	2	4	7	4	6	8	15	23
	5	0	0	0	1	1	1	1	2	3
	6	0	0	0	1	0	0	0	1	1
Missbruk	1	46	10	108	22	60	12	214	44	258
	2	4	0	9	0	7	0	21	0	20

Tabell 4. Kumulerat antal personer med minst ett problem inom minst en, minst två etc av de sju huvudgrupperna i tabell 1.

Antal huvudgrupper (Tab 1) med minst <i>ett</i> problem	Ålder								Totalt n=5 907
	15—29		30—54		55—75		Summa		
	män	kvinnor	män	kvinnor	män	kvinnor	män	kvinnor	
	n=916	n=887	n=1 262	n=1 206	n=807	n=829	n=2 985	n=2 922	
1	662	692	793	919	674	743	2 129	2 354	4 483
2	275	337	380	482	414	498	1 069	1 317	2 386
3	100	144	144	207	194	246	438	597	1 035
4	29	36	58	66	61	79	148	181	329
5	4	5	13	17	17	20	34	42	76
6	1	2	3	0	1	1	5	3	8
7	0	0	1	0	0	0	1	0	1

I tabell 3 finner vi samma uppdelning gjord på de sju huvudgrupperna (familj, uppväxt etc). Inom var och en av dessa huvudgrupper kan man alltså se hur många som uppfyller minst ett, minst två, minst tre etc av villkoren i gruppen. Grupperna "uppväxt", "familj" och "bostad" liknar varandra i kumulationsmönster. Däremot har nästan hälften av befolkningen haft något av de belastande villkoren under arbete. Arbetsvillkoren syns alltså antingen vara olämpligt vida i sin nuvarande användning och formulering eller också är arbetsproblem betydligt vanligare i befolkningen än vad man räknat med. För "reell hälsa" finner vi inte oväntat, att kvinnorna är betydligt mer "multi-problematiske" än männen. Denna skillnad finns också i variabeln "administrativ hälsa" men är inte så uttalad där. "Missbruk" domineras helt väntat av män. Ingen kvinna har angett både sprit- och tobaksmissbruk. Grupperna är lyckligtvis små och torde alltså obetydligt inverka på ett sammanvägt mått.

Tabell 4 vill ge ett mer sammanfattat intryck av antalet multiproblem-personer. "Multi" i multiproblem-patient betecknar ju inte bara många utan också problem från många artskilda områden. Ålders- och könsuppdelning är gjord som i tidigare tabeller. Villkoren för vänsterkolumnen är för

rad 1: hur många personer som uppfyller minst ett av villkoren i någon av de sju huvudgrupperna (uppväxt, familj etc)

rad 2: hur många personer som uppfyller samtidigt minst ett av villkoren i någon av minst två av huvudgrupperna

rad 3: hur många personer som uppfyller samtidigt minst ett av villkoren i minst tre av huvudgrupperna; etc.

Tabell 5. Hjälpstabell för uppskattning av 95 %-igt konfidensintervall för uppskattningar gjorda på hela materialet eller män alternativt kvinnor.

Del i urval	95 %-igt konfidensintervall	
Procent	Antal	
Totalt n = 5 907:		
50	2 953	75
25	1 477	65
10	590	45
6	354	36
3	177	25
1	59	15
Män* n = 2 953:		
50	1 492	54
25	746	49
10	298	31
6	179	26
3	89	18
1	30	10

* För kvinnor n = 2 922 blir konfidensintervallen nästan desamma.

En rimlig lägsta gräns för vad man kan anse vara multiproblem-personer torde vara den med minst fyra problem från fyra olika områden, av vilka det alltså fanns 329 000 fall i befolkningen. Det 95 %-iga konfidensintervallet för denna siffra kan enligt hjälptabellen ligga mellan 25 000 och 36 000 individer. En snävare gräns med minst fem problem för minst fem olika områden ger 76 000 fall i befolkningen med ett 95 %-igt konfidensintervall mellan 15 000 och 25 000 individer. Sex eller fler problem från minst sex olika grupper är 8 000, en siffra som dock har stora felmarginaler.

Sammanfattningsvis torde materialet lämna underlag för en uppskattning av multiproblem-förekomsten i befolkningen sedd ur socialmedicinsk-epidemiologisk synvinkel. Ca 5 % av den vuxna

befolkningen har problem inom minst fyra av de sju stora områdena familj, uppväxt, bostad, arbete, reell hälsa, administrativ hälsa och missbruk. Generellt sett torde siffrorna representera minimiskattningar. Flera reservationer måste självfallet knytas till siffrorna och de skall ses och användas som en första orientering. Hur många av dessa multiproblem-personer som är multiproblem-patienter kan man självklart inte säga på grundval av dessa beräkningar.

REFERENSER

Johansson, Sten: Den vuxna befolkningens hälsotillstånd. Allmänna förlaget, Stockholm 1970.

Johansson, Sten: Om levnadsnivåundersökningen. Allmänna förlaget, Stockholm 1971.

Socialmedicinen som specialitet

Vrångbild av kurators arbete?

Ett replikskifte

Docent Erik Allanders artikel i SMT 3/1973 innehöll ett försök att beskriva kuratorernas nuvarande arbetsförhållanden på det socialmedicinska fältet. Margita Andersson, kurator vid ortopediska kliniken vid Malmö allmänna sjukhus, har allvarliga invändningar mot denna beskrivning liksom mot de reformförslag som Allander formulerat. Hon framhåller bl a att det är svårt att tänka sig att vanlig sjukvårdspersonal förstärkt med en "socialsekreterare" skulle kunna ersätta en kurator när det gäller sociala utredningar m m.

Margita Andersson:

I Socialmedicinsk tidskrift nr 3, 1973, har docent Erik Allander vid Karolinska institutet skrivit en artikel om socialmedicinen. Bland mycket annat påpekar han att det är fel av socialmedicinen att närma sig sjukvården genom kuratorerna, som har en "obetydlig auktoritet på sjukhuset". "De utnyttjas ofta av sjukvården som springflickor, och använder mycket lite av det speciella instrument, som de är utbildade för, nämligen case-work. De fullgör som huvuddel av sin arbetsuppgift istället relativt omkomplicerat administrativt arbete, som skulle klaras av vanlig sjukvårdspersonal förstärkt med en "socialsekreterare".

Som kurator måste man reagera mot en sådan naiv och negativ uppfattning av kurators arbete. Visserligen händer det fortfarande att kuratorer