

Långtidssjuka i våra storstäder 1962

En socialmedicinsk analys av sjukförsäkringens 90-dagarsfall genomförd av en samarbetsgrupp inom Stockholms, Göteborgs, Malmö och Norrköpings allmänna försäkringskassor

KAPITEL 5

DISKUSSION

Föreliggande resultat av 1962 års 90-dagarsundersökning såsom de presenteras i föregående kapitel gör icke anspråk på att vara en uttömmande bearbetning av alla de data, som finnes att hämta ur primärmaterialiet. Däremot synes undersökningen kunna tjäna som grund för fortsatt penetration av de enskilda och samverkande detaljerna i de långtidssjukas inom våra storstäder situation. En dylik vidarebearbetning av problematiken har i själva verket redan börjat. Av stort intresse är därvid dels en ingående granskning av de olika sjukdomsgrupperna, dels självläkningstendensen inom materialet. Härmed avses frågeställningen hur många 90-dagarsfall som åter blir arbetsföra utan vidare åtgärder än de rent medicinskt vårdande.

Vidare synes föreliggande undersökning i allmän uppläggning och genomförande kunna tjäna som modell för likartade undersökningar inom områden med befolkningsmässigt annan struktur. 1962 års 90-dagarsundersökning täcker som tidigare framhållits fyra av våra utpräglade storstadsområden, där ungefär 20—25 % av landets befolkning bor. Några riksgiltiga slutsatser kan icke dragas av föreliggande resultat. En undersökning av 90-dagarsfallen inom ett utpräglat småstads- och landsortsområde skulle därför vara av betydelse för den fortsatta debatten. Denna kommer naturligtvis att i hög grad underlättas, om uppläggningsen i stort ansluter sig till principerna i föreliggande arbete.

I tredje kapitlet påpekades, att befolkningsstrukturen samt ålderspyramiden för de försäkrade i våra fyra största städer är påfallande enhetlig. Den slående likformigheten i undersökningsresultaten från de olika städerna har naturligen sin grund i nyssnämnda förhållanden. Smärre avvikelser i detaljer finnes mellan städerna, men i stort är det god överensstämmelse i resultaten, och några betänkligheter mot att dra alla allmängiltiga slutsatser för våra fyra storstäder ur här behandlat material synes icke berättigade.

Med hänsyn till att alla förtidspensionsfall och alla de långvarigt sjuka vilka väntar på förtidspension ej ingår i underlaget för 90-dagarsundersökningen, synes siffran 43 90-dagarsfall per 1.000 försäkrade inom åldersgrupperna 16—60 år hög. Räknar man även in antalet förtidspensionerade och de långvarigt sjuka vilka vänta på förtidspension inom åldersgruppen 16—67 år¹, kommer man fram till att år 1962 var inom de arbetsföra åldrarna i våra storstäder omkring 5 % av befolkningen arbetsoförmögen antingen genom invaliditet eller på grund av långvarig sjukdom mer än 90 dagar. I denna genomsnittssiffra ingår icke 90-dagarsfallen inom åldersgruppen 61—67 år. Ej heller säger den något om hur lång sjuktiden över 90 dagar är.

Det är kvinnorna som svarar för den största delen av långtidssjukligheten. Medan antalet 90-dagarsfall per 1.000 försäkrade män är 37, är

¹ Beräkningen grundar sig på stockholmssiffrorna:

90-dagarsfall	21.230
Förtidspensionerade	10.400
Presumptiva förtidspensionärer	1.400
	33.030

(befolkningsunderlag	16—60 år 456.792)
(	16—67 ” 562.000)
(	16—67 ” 562.000)

motsvarande siffra för kvinnorna 48. Tendensen är här densamma som för totalsjukligheten inom de fyra storstädernas försäkringskassor år 1962. Detta år var totala antalet sjukdomsfall oberoende av längd för samtliga försäkrade för männens del 642 per 1.000 sjukpenningförsäkrade män och för kvinnornas del 766 per 1.000 sjukpenningförsäkrade kvinnor.

Som framgår av tabell 5 i fjärde kapitlet är kvinnodominansen mest påtaglig i Stockholm och Malmö. I Stockholm är antalet 90-dagarsfall per 1.000 försäkrade för män 40 och för kvinnor 53; jämväl här är tendensen densamma som för totalsjukligheten inom Stockholm i det att totala antalet sjukdomsfall oberoende av längd för Stockholm år 1962 var 645 per 1.000 sjukpenningförsäkrade män men 895 per 1 000 sjukpenningförsäkrade kvinnor.

Vad typen av 90-dagarsfall beträffar utgör typfall I (sträckfallen) 40 % i föreliggande material. Detta motsvarar 17 fall per 1.000 försäkrade. Sträckfallen är ju de fall, som främst åsyftas i stadgandet i 4 kapitlets 2 § i lagen om allmän försäkring (se kapitel I). Utöver dessa fall torde dock under en överskådlig framtid jämväl fall inom gruppen typfall III (gamla sammanräkningsfall) vara aktuella för prövning i lagens mening. Typfall III utgör också 40 % av materialet svarande mot 17 fall per 1.000 försäkrade.

Mot bakgrund härav synes det icke alltför osannolikt att beräkna antalet fall, där storstädernas försäkringskassor skall undersöka "huruvida skäl föreligger att vidtaga åtgärd, som är ägnad att förkorta sjukdomstiden eller att eljest helt eller delvis förebygga eller häva nedsättningen av den försäkrades arbetsförmåga" till i runt tal 30 per 1.000 försäkrade inom åldersgrupperna 16—60 år varje år.

90-dagarsfallens fördelning på civilstånd avviker från befolkningsunderlaget. Den 1 november 1960² var fördelningen per 1.000 invånare (således även barn och åldringar) i Stockholm och Göteborg följande

	änklingar			
	ogifta	gifta	och änkor	frånskilda
Stockholm	431	459	59	51
Göteborg	425	486	51	38

De båda största städerna i undersökningen är således i detta avseende relativt överensstämmande. En påtaglig skillnad finnes i frekvensen gifta och frånskilda men storleksordningen är densamma inom städerna.

Den 1 november 1960³ var av 1.000 invånare över 15 år i Stockholm 296 ogifta, 570 gifta, 73 änklings och änkor och 64 frånskilda.

Bland 90-dagarsfallen 1962 var av 1.000 fall i åldrarna 16—60 år i avrundade tal 180 ogifta, 640 gifta, 30 änklings och änkor och 150 frånskilda.

Det föreligger således en viss övervikt för gifta och en påtaglig övervikt för skilda bland fallen i jämförelse med normalbefolkningen.

I kapitel fyra har vidare framhållits, att kvinnorna dominerar påtagligt bland fallen såväl inom gruppen gifta som gruppen skilda, samt att kvinnodominansen är mest uttalad i de yngsta åldersgrupperna. Eftersom det rör sig om långtidsfall torde faktorer som barnsjuklighet i hemmet och dysmenorré, vilka som regel ge korta sjukfall, vara av ringa betydelse. Det är i detta sammanhang av intresse att erinra om att Svennerud i sin undersökning om frånvaro från arbetet fann, att de gifta kvinnorna var totalt borta 10 dagar mer per år än de ogifta.

Som flera gånger tidigare påpekats har materialet icke tillåtit någon finare gradering av anställningens art bland 90-dagarsfallen. De samlande beteckningarna är därför osäkra på ett undantag när, nämligen beteckningen hemmafru. Något jämförelsematerial finnes icke men troligen är proportionerna mellan enskild tjänst, offentlig tjänst, hemmafruar, egna företagare, utan anställning och övriga i stort densamma som i befolkningsunderlaget. Det stora antalet fall bland kvinnor i åldern 16—30 år i offentlig tjänst synes böra framhållas.

² Statistisk årsbok för Stockholms stad 1962. Tabell 294.

³ Statistisk årsbok för Stockholms stad 1962. Tabell 11.

I materialet ingår emellertid också notering av sjukpenningklassen. Denna är inkomstgrundad och det åligger en försäkringstagare att meddela varje sådan förändring i inkomsten som kan tänkas påverka placeringen i sjukpenningklass. Detta ger möjlighet till en viss värdering av de försäkrades sociala status i den mån detta är beroende av inkomster under 14.000: —.

I föregående kapitel påpekades, att sjukpenningklastillhörigheten i viss grad är beroende av åldern på de försäkrade med undantag för hemmafruarna. Inkomstnivån år 1962 i Stockholm var sådan, att samtliga inkomsttagare, såväl företagare som anställda, inom åldersgruppen 20—30 år kan beräknas ha haft en genomsnittlig inkomst över 11.000:—. Detta är den lägsta inkomstgruppen inom de arbetsföra åldrarna. Tendensen torde med den enhetliga lönesättningen på arbetsmarknaden i vårt land vara densamma inom de övriga städerna.

Det synes sannolikt, att någon annan faktor än åldern ligger bakom de erhållna resultaten. Antalet fall per 1.000 försäkrade inom sjukpenningklass 13 (den högsta, inkomst över 14.000: —) ligger under genomsnittet för såväl män som kvinnor. *Inom klass 10 (inkomstsläge 8.400: — — 10.200: —) finnes frekvenstoppen för kvinnor med 77 fall per 1.000 försäkrade kvinnor och inom klass 11 (inkomstsläge 10.000: — — 12.000: —) maximum för män med 59 fall per 1.000 försäkrade män.* Mindre möjligheter att hävda sig på arbetsmarknaden på grund av sviktande hälsa, otillräcklig motivation för en arbetsinsats trots begynnande fysisk och/eller psykisk insufficiens med flera andra faktorer torde här komma in i bilden.

Av intresse är att fastslå, att hemmafruarna icke tycks innebära särskilt stor risk med avseende på långtidssjukligheten. Hemmafruarna utgör 35 % och de yrkesarbetande kvinnorna 65 % av totala antalet kvinnor i underlaget för 90-dagarsundersökningen. I jämförelse härmed svarar hemmafruarna för 25 % av 90-dagarsfallen och de yrkesarbetande kvinnorna för nära 75 %. Antalet 90-dagarsfall per 1.000 försäkrade bland hemmafruarna är 35, vilken siffra icke

blott ligger betydligt under genomsnittssiffran 48 per 1000 för kvinnorna utan jämväl under genomsnittssiffran 37 per 1.000 för männen. Tendensen är här densamma som vad gäller totalsjukligheten inom de fyra storstädernas försäkringskassor år 1962, då totala antalet sjukfall oberoende av fallens längd för hemmafruarna var 575 per 1.000 försäkrade i jämförelse med de tidigare i detta kapitel nämnda talen för män (642 per 1.000) och kvinnor (766 per 1.000).

De i nästföregående stycket nämnda fakta innebär naturligtvis icke något bevis för att sjukligheten bland hemmafruar inom åldersgruppen 16—60 år skulle vara lägre än för yrkesarbetande kvinnor, men de synas tyda på att det kan vara lättare att arbeta med nedsatt hälsa om man kan anpassa intensiteten i sin arbetsinsats efter vad man förmår. I det avseendet bör hemmet som arbetsplats vara smidigare än de flesta andra arbetsplatser.

Vid upprepade tillfällen har i detta arbete påpekats att värdet av det föreliggande materialet naturligtvis är avhängigt av den tilltro man kan tillmäta de enskilda diagnoserna på sjukintygen. *Resultaten understryker, att värdet av läkarintygtsdiagnoserna är stort.* I c:a 2/3 av fallen har man klart uttalade anledningar till arbetsoförmå-

TABELL 9. Angiven diagnos vid 90-dagarsfallen 1962 (stockholmsmaterialet) i jämförelse med dödsorsaken i arbetsföra åldrar i Stockholm 1961 i procent.

Diagnosgrupp	Diagnos vid 90-dagarsfall		Dödsorsak	
	16—29	30—60	15—30	30—65
01	2,4	1,5	0,7	2,2
02	1,0	2,5	18,4	34,8
03	2,4	2,8	1,8	2,2
04	4,1	2,6	—	—
05	22,5	17,5	—	—
06	2,2	3,1	5,1	8,1
07	1,8	8,9	2,5	27,3
08	4,4	5,4	1,5	2,3
09	9,4	9,7	3,7	6,8
10	12,9	5,7	3,4	3,0
11	3,7	0,4	—	—
12	2,0	1,7	—	—
13	11,3	22,3	—	—
14	0,3	0,1	3,5	0,3
16	11,2	10,5	5,7	1,2
17	8,4	5,3	53,7	11,8
Totalt	100,0	100,0	100,0	100,0

ga efter 90 dagars sjukdom. Men även i övriga fall kan man i icke ringa omfattning se tendensen. Att resultaten ger en helt annan bild av sjukdomspanoramat än man kan sluta sig till av dödsorsaksstatistiken visar tabell 9.

Av tabell 9 framgår att 3/4 av alla dödsfall orsakades av skador genom yttre våld och förgiftning (diagnosgrupp 17), tumörer (diagnosgrupp 02) eller sjukdomar inom cirkulationsorganen (diagnosgrupp 07). Därvid dominerar olycksfallen och förgiftningarna i de yngre åldrarna och tumörer och hjärt-kärlsjukdomar i de äldre.

Av 90-dagarsfallen utgör 1/4 diagnosgruppen skelettets och rörelseorganens sjukdomar (diagnosgrupp 13). Med den avgränsning gruppen givits i föreliggande arbete innehåller den icke bara väldefinierade sjukdomstillstånd inom rörelseapparaten utan hit har också förts sjukdomsfall av mera opreciserad natur, där diagnosen anger en anatomisk-funktionell precisering till rörelseapparaten av olika former av insufficiensstillstånd. Gränsen till psykiska insufficiensstillstånd är i dylika fall ofta flytande.

1/5 av 90-dagarsfallen utgöres av fall där arbetsoförmågan klart styrkts av diagnos på psykisk sjukdom (diagnosgrupp 05). Denna grupp jämte gruppen skelettets och rörelseorganens sjukdomar samt gruppen opreciserade fall utgör hälften av alla 90-dagarsfall. Som framhållits tidigare är det på basen av en provundersökning som gjorts att vänta, att gruppen opreciserade fall innehåller ett ej litet antal psykiska åkommor. *Mot bakgrund härav kan uppskattas, att psykiska orsaker utgör huvudsaklig orsak till arbetsoförmågan bland 90-dagarsfallen i omkring 30 % och somatiska orsaker i 70 %.*

Siffran 30 % för psykiska sjukdomar kan förefalla hög. Det kan därvid vara av intresse att erinra om, att mentalsjukvårdsberedningen på basis av omfattande litteraturstudier och i egen regi genomförda undersökningar i sitt tredje delbetänkande 1958 konstaterar, att frekvensen av neuroser och andra lättare psykiska insufficiensstillstånd i befolkningen är mycket stor. Uppskattningsvis företer 30—40 % av befolkningen

över 20 år sådana tillstånd. Man påpekar vidare, att konsultations- och behandlingsbehovet för sådana tillstånd också är betydande. Danska och norska undersökningar har visat, att omkring 30 % av de patienter, som vårdas på intermedicinska avdelningar, företer psykiska och nervösa sjukdomar eller somatiska sjukdomar med psykiska komponenter. Man redovisar slutligen resultat från en egen undersökning från Stockholm, vilken visade att omkring 25 % av den vuxna befolkningen (5 % svåra och 20 % lätta fall) var i behov av konsultation hos psykiater.

Föreliggande undersökning stöder starkt slutsatserna i mentalsjukvårdsberedningens betänkande. Att det är ett svårbearbetat klientel det här rör sig om framgår av att bland de psykiska sjukdomarna dominerar i denna undersökning typfall III d v s gamla sammanläggningsfall som eventuellt redan varit föremål för prövning. Men även vissa av fallen inom diagnosgruppen skelettets och rörelseorganens sjukdomar är långvariga. Detta gäller framförallt männen bland vilka typfall III intar en dominerande ställning.

Slutligen skall framhållas, att typfall I (de färskare fallen) dominerar i de ur tillflödessynpunkt betydande åldrarna över 50 år, medan typfall III (de gamla fallen) intar en motsvarande ställning inom åldersgrupperna därunder.

”The forgotten man in medicine is the mentally and emotionally overstrained and physically underexercised person, a candidate for early invalidism and premature death. He remains basically unattended until manifest disease requires belated remedial and rehabilitative measures at exorbitant cost”.

I monografien Hypokinetic Disease av Kraus och Raab, ur vilket nyssnämnda citat är hämtat, behandlas frågan hur man skall förebygga och bota uppkomsten av psykiska och fysiska insufficiensstillstånd, sjukdomar inom rörelseapparaten samt hjärt-kärlsjukdomar. Man jämför därvid bland annat olika länders resurser inom området och påpekar, att Väst-Tyskland, Schweiz, Österrike och Sovjetunionen har kommit längst. I

Väst-Tyskland finns för närvarande femton "reconditioning institutions" som drivs av försäkringsbolagen och industrin gemensamt. Genom lagstiftning 1957 äger varje arbetare eller tjänsteman rätt att sändas till ett av dessa centra på försäkringsbolagets bekostnad under förutsättning att vederbörande läkare rekommenderar åtgärden. Uppskattningsvis 15.000 arbetare och tjänstemän tages årligen om hand på detta sätt under en tidsperiod av 4—6 veckor. I Sovjetunionen började man enligt monografin med 3 centra av liknande natur 1919. 1956 var antalet 2.590. För närvarande uppges c:a 5 miljoner personer varje år passera dessa centra.

Ovanstående siffror nämnes endast för att visa att problematiken är likartad inom alla civiliserade länder. Orsakerna till ohälsa och långvarig arbetsoförmåga är i det moderna samhället svårdefinierbara och svåra att konkretisera. Föreliggande arbete har visat att rehabiliteringsproblemet kvantitativt är betydande med ett årligt tillflöde inom våra storstäder av storleksordningen 25—30 fall per 1.000 försäkrade per år. 1/3 av dessa fall är arbetsoförmögna på grund av psykiska sjukdomar och resten av somatiska, där skelettets och rörelseorganens sjukdomar utgör en icke oväsentlig del. Hjärt-kärlsjukdomarna blir betydande först i den högsta åldersgruppen (55—60 år), där antalet färskta 90-dagarsfall dominerar, under det att de psykiska sjukdomarnas samt skelettets och rörelseorganens sjukdomars kroniciterande tendens kommer fram i det förhållandevis stora antalet gamla sammanlaggningsfall.

SAMMANFATTNING

I undersökningen ingår 37.142 90-dagarsfall motsvarande 43 fall per 1.000 försäkrade av underlaget för 90-dagsundersökningen.

Typfall I (sträckfall) utgör 17 fall per 1.000 försäkrade, typfall II 9 fall per 1.000 försäkrade och typfall III (gamla 90-dagarsfall) 17 fall per 1.000 försäkrade.

Medelåldern för 90-dagarsfallen är nära 45 år

för män och 44 för kvinnor (38 1/2 respektive 39 i underlaget). *Antalet 90-dagarsfall per 1.000 försäkrade är 10 gånger större inom 50—59 årsgruppen än inom 16—19 årsgruppen (70 respektive 7 per 1.000).*

Bland 90-dagarsfallen är 41,9 % män och 58,1 % kvinnor (48,4 respektive 51,6 i underlaget). *Bland männen utgör 90-dagarsfallen 37 fall per 1.000 försäkrade av underlaget och bland kvinnorna 48 fall per 1.000 försäkrade. Kvinnodominansen är mest uttalad i de yngre åldersgrupperna.*

Arbetsanställningen utgör för 63 % av fallen enskild tjänst och för 16 % av fallen offentlig tjänst. 15 % av fallen är hemmafruar. I gruppen offentlig tjänst dominerar kvinnorna, vilket är mest uttalat i den yngsta åldersgruppen (1946—1933).

Civilståndet bland fallen är för 18 % ogift, 63 % gift, 16 % skild respektive upphörd samlevnad samt 3 % änking eller änka. Inom gruppen gifta dominerar kvinnorna påtagligt, vilket är mest uttalat bland de yngsta åldersgrupperna. Samma är förhållandet för de skilda.

Högsta frekvensen 90-dagarsfall bland männen uppvisar sjukpenningklass 11 med 59 fall av 1.000 försäkrade av underlaget inom klassen. Därefter kommer klass 12. I båda klasserna är antalet fall per 1.000 försäkrade mer än dubbelt mot antalet fall inom någon av klasserna 2—9. Klass 13 ligger under genomsnittet.

Högsta frekvensen 90-dagarsfall bland kvinnorna uppvisar sjukpenningklass 10 med 77 fall av 1.000 försäkrade av underlaget inom klassen. Antalet fall per 1.000 försäkrade ligger under genomsnittet för klasserna 1—3, 1 H samt 13, medan alla övriga klasser ligger på eller över genomsnittet.

Med avseende på antalet diagnoser ingår i undersökningen 80 % 1-diagnosfall, 17 % 2-diagnosfall och 3 % 3-diagnosfall. I detta grundläggande arbete har fallen bearbetats med avseende på enbart första diagnosen.

Av de ingående 90-dagarsfallen utgöres minst 25.100 eller 68 % av preciserade fall och högst 12.100 eller 32 % av opreciserade fall.

Av 90-dagarsfallen tillhör 1/4 diagnosgruppen skelettets och rörelseorganens sjukdomar, 1/5 diagnosgruppen psykiska sjukdomar, 1/10 diagnosgruppen digestionsorganens sjukdomar och ungefär lika många gruppen opreciserade fall.

Männen dominerar inom diagnosgrupperna infektionssjukdomar inklusive tuberkulos, digestionsorganens sjukdomar samt skador genom yttre våld och förgiftning. Inom de övriga finnes en mer eller mindre uttalad kvinnodominans.

Omkring hälften av alla 90-dagarsfall inom de fyra städerna tillhör någon av diagnosgrupperna psykiska sjukdomar, skelettets och rörelseorganens sjukdomar och ofullständigt preciserade fall.

Den bild av de olika sjukdomsgrupperna inom sjukdomspanoramats som redovisas synes starkt tala för läkarintygssjukdomarnas värde som underlag för den gjorda undersökningen.

Typen av 90-dagarsfall varierar inom olika diagnosgrupper. Inom skelettets och rörelseorganens sjukdomar är tendensen i detta avseende densamma som inom materialet i stort men en anmärkningsvärd könsskillnad föreligger, i det kvinnorna dominerar bland typfall I och männen bland typfall III. Bland de mera kronicerande åkommorna som psykiska sjukdomar överväger typfall III, medan typfall I helt dominerar inom

gruppen skador genom yttre våld och förgiftning.

De erhållna resultaten skall uppföljas så att materialets s. k. självläkningstendens blir kartlagd. Vidare skall olika sjukdomsgrupper mera ingående bearbetas.

Slutsatserna är icke utan reservation allmängiltiga för hela landet. De bygger på förhållandena i landets fyra största tätorter. Arbetet bör därför kompletteras med likartade undersökningar inom utpräglade landsortsområden.

LITTERATUR

1. Berfenstam, R. och Länne, T.: Om användbarheten av kyrkoböckernas dödsorsaksdiagnos som socialmedicinskt källmaterial. Sv. Läkartidn. 1962, 59, 2950.
2. Hall, P.: Modern databehandling av medicinalstyrelserapporterna. Sv. Läkartidn. 1963, 60, 2971.
3. Inghe, G.: Fattiga i folkhemmet. Monografi. Stockholm 1960.
4. Kraus, H. and Raab, W.: Hypokinetic Disease. Diseases produced by lack of exercise. Springfield, Ill., USA 1961.
5. Linell, F. och Söderström, J.: Synpunkter på värdet av dödsorsaks- och sjukdomsstatistik. Sv. Läkartidn. 1963, 60, 2895.
6. SOU 1958: 38: Mentalsjukvården. Planering och organisation. Betänkande III av mentalsjukvårdsdelegationen.
7. SOU 1961: 39: Lag om allmän försäkring, m. m.
8. Svennerud, S.: Dysmenorrhoea and Absenteeism. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica. Vol. XXXVIII. Suppl. 2. Lund 1959.
9. Statistisk årsbok för Stockholms stad 1962. Tabell 11, 56, 202 och 294.

Nyhyttan

Kurort och enskilt sjukhem

Storslagen bergslagsnatur — utmärkta promenadvägar — hög och torr barrskogsluft — sjukgymnastik — massage — bad.

Läkare: *Med. Dr G. Smårs.*

Behandling av invärtes sjukdomar, mag- och tarmsjukdomar, hjärt- och blodtryckssjukdomar, reumatiska åkommor. Konvalescens och rekreation. Prospekt och upplysningar genom rumsbeställningen.

Tel. 0587/604 00

Postadress: Fack 65, JÄRNBOÅS.