

Långtidssjuka i våra storstäder 1962¹⁾

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

KAP. I

Undersökningens bakgrund, tillkomst och syfte

Angelägenheten av att inom rehabiliteringsområdet åstadkomma förbättrade förhållanden har efter hand blivit allt mer uppenbar för myndigheterna, såväl på riksplanet som lokalplanet. Detta kan bland annat utläsas av förarbetena till vår nu gällande försäkringslag och stadgandet i 4 kapitlets 2 §, som lyder:

"Har sjukpenning eller ersättning för sjukhusvård utgivits för nittio dagar i följd eller föreligger eljest skäligen anledning, skall den allmänna försäkringskassan, i den utsträckning riks-försäkringsverket så föreskriver, undersöka huruvida skäl föreligger att vidtaga åtgärd, som är ägnad att förkorta sjukdomstiden eller att eljest helt eller delvis förebygga eller häva nedsättning av den försäkrades arbetsförmåga. Befinnes åtgärd som nu sagts erforderlig, skall kassan tillse att lämplig sådan vidtages."

Ett konkret uttryck för de ansvariga myndigheternas önskan att genomföra en konstruktiv reformpolitik inom rehabiliteringsområdet utgör tillkomsten av Centrala rehabiliteringsberedningen år 1962.

Vid bedömandet av storleken och utformningen av de resurser samhället måste skapa för att fylla rehabiliteringsbehovet utgör naturligtvis orsakerna till arbetsoförmågan en väsentlig frågeställning. Emellertid har i alla de debatter som kännetecknar utvecklingen fram till dagens läge frågan om hur patientmaterialet är beskaffat erhållit en undanskjuten ställning.

I dagens komplicerade samhälle utgör rehabiliteringen en förmån inom den allmänna försäkringens ram för alla långvarigt sjuka individer.

Inom ramen för den gängse sjukvården är det varje läkares främsta strävan att göra patienten frisk och arbetsför så fort som möjligt, något som också innebär att patienten skall kunna återgå till sitt arbete så snabbt som möjligt. Oftast går detta bra, men i en del fall lyckas det inte. Sjukdomen eller olycksfallet kan medföra ett kvarstående men, som man måste ta hänsyn till och som kan innebära att arbetsförhållandena måste modifieras på ett eller annat sätt. Kan man icke åstadkomma en sådan modifiering, hotas patienten av arbetslöshet.

Att ha tillgång till arbete utgör en av de grundläggande mänskliga rättigheterna. I en kärv arbetsmarknad har emellertid de handikappade betydligt svårare än friska individer att få arbete. Vid en tillspetsning av läget på arbetsmarknaden är det ej sällan just de handikappade som i första hand friställs. När det sedan lättar på arbetsmarknaden, har de många gånger svårt att på nytt komma in i produktionslivet och trängs vid återrekryteringen åt sidan av de fullt friska eller yngre. Detta missförhållande är en realitet att räkna med och tendenser i samma riktning framkommer även i det relativt stabila läge som karakteriserar den fulla sysselsättningens samhälle.

Utestängningen av de partiellt arbetsföra från produktionslivet utlöser början till en social sedimentering. Om denna får fortskrida blir den handikappade allt mer fixerad i sin situation. Sjukdomen ger arbetsoförmåga, arbetsoförmågan försämrar försörjningsmöjligheterna, levnadsstandarden sjunker, den sjuke vänjer sig vid att "leva på sparlåga" och så småningom kommer socialhjälp och en psykisk fixering vid möjligheten att erhålla pension in i bilden. I själva verket torde en betydande del av vårt nuvarande

¹⁾ Manuskriftet utarbetat av förtroendeläkaren i Stockholms allmänna försäkringskassa Bernt Blomquist i samarbete med sektionschefen Sven Bergsmark i samma försäkringskassa och professorn i socialmedicin Gunnar Lindgren.

socialhjälpsskientel ha rekryterats från de handikappade och långtidssjuka på det sätt som nu beskrivits.

Om man kan påverka det angivna förloppet i ett tidigt skede, kan den onda cirkeln brytas, den påbörjade sedimenteringsprocessen kan hämmas och många gånger helt hejdas. En förutsättning härför är, att man så snart som möjligt kan klarlägga orsaken till arbetsoförmågan, insätta adekvat medicinsk behandling och — om trots detta kvarstående men blir följderna — modifiera arbetsförhållandena. Härigenom kommer betydelsen av ett tidigt uppspårande av potentiella rehabiliteringsfall i centrum.

Samarbetsgruppen

Vid Svenska Sjukkasförbundets extra kongress den 4—5 december 1961 togs rehabiliteringsfrågorna upp till debatt. Därvid framhölls den betydelse försäkringskassorna och kanske framförallt deras förtroendeläkare kommer att ha vid uppspårandet av potentiella rehabiliteringsfall. Det ansågs uppenbart, att ett på lämpligt sätt utformat studium av de långtidssjuka kan ge de grundläggande informationer, som är nödvändiga för konstruktionen av en från början funktionsduglig organisation.

De tekniska förutsättningarna och riktlinjerna för en undersökning av antydd art hade vid tidpunkten ifråga redan preliminärt diskuterats och studerats i samråd mellan de fyra största städernas sjukkassor. Styrelserna i Stockholms, Göteborgs, Malmö och Norrköpings dåvarande allmänna sjukkassor beslöt nu att gemensamt genomföra en socialmedicinsk analys av de långtidssjuka.

En samarbetsgrupp bildades med följande deltagare:

Direktörerna	Sven Bohman, Stockholm, Gösta Carlson, Göteborg, Lave Areschoug, Malmö och Henry Martinson, Norrkö- ping
Sektionschef	Sven Bergsmark, Stockholm.

Förtroendeläkarna Gustaf Ekman, Stockholm,
Bernt Blomquist, Stockholm,
Sven Lundberg, Göteborg,
Gunnar Lindgren, Malmö och
Sven Ljungberg, Norrköping.

Samarbetsgruppen har vid upprepade sammanträden före och under arbetets gång dragit upp riktlinjer för samt styrt undersökningens genomförande i enlighet med redogörelsen i andra kapitlet angående metodiken.

Undersökningens avgränsning och syfte

För studium har utvalts de sjukpenningförsäkrade inom åldersgrupperna 16—60 år. Skälen till denna begränsning är i huvudsak följande.

Personer under 16 år är ej sjukpenningförsäkrade enligt samma regler som personer över 16 år. De åtgärder som erfordras för att inom de yngre åldersgrupperna underlätta de handikappades eller de långtidssjukas anpassning till arbetslivet har mer habiliterande än rehabiliterande karaktär.

För långtidssjuka över 60 år är möjligheterna till omskolning starkt begränsade. En modifiering av arbetsförhållandena får i stället ofta ske genom omplacering — antingen hos den ursprungliga arbetsgivaren eller till annat, ur medicinsk synpunkt lämpligt arbete. Sjukdomspanoramat har för de äldre åldersgrupperna ett helt annat utseende än för de yngre och i icke obetydlig utsträckning blir i dessa fall ADL-träning den första och ej sällan den enda rehabiliterande åtgärd som kan vidtagas.

Långtidssjuka inom åldersgruppen 16—60 år torde utgöra det material, ur vilket rehabiliteringsfall inom den närmaste framtiden huvudsakligen kan komma att rekryteras. De bristfälliga rehabiliteringsresurserna utgör åtminstone tills vidare ett hinder för att mera aktivt uppspåra och behandla fall, lämpade för rehabilitering såväl bland de i förtid pensionerade som bland socialnämndernas och nykterhetsnämndernas klientel.

En begränsning av undersökningen till den ovan antydda gruppen bör kunna ge en uppfatt-

ning om det årliga tillflödet av rehabiliteringsfall, såväl kvantitativt som kvalitativt, och därmed skapa en grund för planeringen av en rehabiliteringsorganisation inom berörda områden.

KAP. II

Metodik

Huvudprincipen för framtagandet av primärmaterial, vilket skett enligt nedan redovisade riktlinjer vid var och en av försäkringskassorna i Stockholm, Göteborg, Malmö och Norrköping, har varit, att undersöka de försäkrade födda åren 1903 till 1946 och aktuella för rehabiliteringsprövning under år 1962. Som framgått av föregående kapitel skall dylik prövning bl. a. äga rum när sjukpenning eller ersättning för sjukhusvård utgivits nittio dagar i följd.

Undersökningen har upplagts så, att endast det första för en försäkrad inträffade för bearbetning aktuella sjukfallet under år 1962 har medtagits. Senare inträffade fall har sålunda saknat intresse. Av arbetstekniska skäl har dock vissa försäkrade kommit att bli registrerade flera gånger. Denna felkälla har emellertid eliminerats i samband med den hålkortsmässiga bearbetningen av materialet.

I undersökningen ingår tre typer av 90-dagarsfall i enlighet med följande principskiss.

TYPFALL I

Dessa 90-dagarsfall omfattar de försäkrade som varit sjuka minst 90 dagar i ett sträck under år 1962 eller uppnått 90-dagarsgränsen under år 1962 genom en sammanhängande sjukperiod under någon del av sista kvartalet 1961 och någon del av 1962.

TYPFALL II

Dessa 90-dagarsfall avser de försäkrade, som — oaktat att icke sammanhängande sjukperiod föreligger — under år 1962 uppnått en sammanlagd sjukskrivning av minst 90 dagar tillsammans med tidigare inträffade fall med samma diagnos.

TYPFALL III

Dessa 90-dagarsfall omfattar den grupp försäkrade som tidigare uppnått 90-dagarsgränsen men återkommit under år 1962 med ny sjukskrivning under samma diagnos. Dessa fall kan alltså i princip redan tidigare ha varit föremål för 90-dagarsgranskning och även åtgärder i rehabiliterande syfte.

Sammanläggningsfall

Tyfall II och III kan gemensamt benämnas sammanläggningsfall, i det grunden för deras medtagande är den den 1/1 1963 avskaffade s. k. sammanläggningsregeln. Enligt denna regel prövade förtroendeläkare det medicinska sambandet i alla de fall, där oklarhet rådde huruvida den nyinträffade arbetsförmågan berodde på samma åkomma som vid tidigare sjukskrivningstillfälle.

Primära data

Från sjukkortet för det aktuella fallet har respektive försäkringskassa i klarskrift på listor noterat följande grunduppgifter: folkbokföringsnummer, civilstånd, yrke, sjukpenningklass, typ av 90-dagarsfall samt aktuell diagnos. I princip har dylik notering ägt rum dels vid friskskrivning, dels i samband med särskilda för ändamålet avsedda genomgångar av sjukfallskartoteket.

I samband med friskskrivning av ett fall har kontrollerats huruvida 90-dagarsgränsen uppnått antingen på grund av sjuklighet i en följd under 90 dagar eller på grund av sammanläggning med tidigare fall av samma orsak. Härutöver har sjukfallskartoteket genomgått vid ut-

gången av år 1962. I och med att ett fall uppförts på lista har vederbörandes sjukkort försetts med notering härom.

De sålunda färdigställda listorna har samlats till stockholmskassan för fortsatt bearbetning i kassans hålkortsavdelning.

Principer vid hänförande till diagnosgrupp

I tabell 1 återfinnes en förteckning över diagnosbeteckning och sjukdomar. Förteckningen bygger på "Statistisk klassifikation av sjukdomar och dödsorsaker", femte upplagan utgiven av Kungl. Medicinalstyrelsen 1957. I anslutning till den sistnämnda klassifikationens kapitelindelning har de olika sjukdomsnumren sammanförts till diagnosgrupper med tvåsiffrig diagnosbeteckning. Dessa huvudgrupper har i förekommande fall uppdelats i undergrupper med tresiffrig identifiering enligt decimalsystemet.

Avgränsningen av diagnosgrupperna är erfarenhetsmässigt grundad och bygger på såväl försäkringstekniska som försäkringsmedicinska erfarenheter, vilka framkommit under ett mångårigt arbete med den allmänna sjukförsäkringen.

Med ledning av de riktlinjer, som förteckningen enligt tabell 1 ger, har förtroendeläkare i försäkringskassorna i respektive Stockholm (Blomquist), Göteborg (Lundberg), Malmö (Lindgren) och Norrköping (Ljungberg) utfört en preliminär gruppering av 90-dagarsfallen inom respektive kassa. Därefter har en av förtroendeläkarna i Stockholm (Blomquist) ånyo genomgått materialet från försäkringskassorna i Norrköping och Malmö i syfte att erhålla en slutgiltig gruppering, vilken så långt möjligt är enhetlig vad gäller 90-dagarsfallen från Stockholm, Malmö och Norrköping. Någon eftergranskning av göteborgsmaterialet har däremot icke skett.

Eftergranskningen har särskilt inriktats på oklara fall samt gränsfallen mellan specificerade diagnosgrupper och diagnosgruppen "Symptom från angivet organ, senilitet, ofullständigt preciserade fall" (diagnosbeteckning 16 enligt tabell

Tabell 1. Förteckning över diagnosbeteckning och sjukdomar

Diagnosbeteckning	Sjukdomsorsak
01	Infektionssjukdomar och parasitära sjukdomar
.1	Tuberkulos
.2	Övriga infektionssjukdomar
02	Tumörer
03	Allergiska sjukdomar. Endokrina systemets sjukdomar. Ämnesomsättningssjukdomar. Nutritionsrubbingar
.1	Allergiska sjukdomar
.2	Diabetes mellitus
.3	Övriga
.4	Avitaminoser, obesitas m. m.
04	Blodbildande organens och blodets sjukdomar
05	Mentala sjukdomar. Psykoneuroser. Patologiska personlighetstyper
06	Nervsystemets och sinnesorganens sjukdomar
.1	Centrala nervsystemets kärlsjukdomar
.2	Övriga nervsjukdomar och sinnesorganens sjukdomar
07	Cirkulationsorganens sjukdomar
.1	Reumatisk feber
.2	Hjärt- och kärlsjukdomar
.3	Varicer m. m.
.4	Övriga
08	Respirationsorganens sjukdomar
09	Digestionsorganens sjukdomar
10	Uro-genitalorganens sjukdomar
11	Havandeskapets, förlossningens och barnsängstidens sjukdomar
12	Hudens och underhudens sjukdomar
13	Skelettets och rörelseorganens sjukdomar
14	Medfödda missbildningar
15	Sjukdomar hos nyfödda och spädbarn
16	Symptom från angivet organsystem eller organ. Senilitet. Ofullständigt preciserade fall
17	Skador genom yttre våld och förgiftning

1). Huvudmålsättningen har därvid varit att få de specificerade diagnosgrupperna så tillförlitliga som möjligt och särskild omsorg har ägnats denna del av undersökningen.

Stor vikt har lagts vid en noggrann gränsdragning mellan specificerade diagnosgrupper och diagnosgruppen 16 (Symptom från angivet organ. Senilitet. Ofullständigt preciserade fall).

Även diagnosgrupp 13 (Skelettets och rörelseorganens sjukdomar) är med de använda principerna vid eftergranskningen synnerligen stor och heterogen. Diagnosgrupp 13 kan således endast uppfattas som en anatomisk-funktionell precisering till rörelseapparaten av ofta mycket opreciserade diagnoser eller symptom. Kvarvarande fall med annan diagnosbeteckning än 13 respektive 16 utgör därför netto-siffror.

KAP. III

Demografiska och statistiska synpunkter på materialet

I tabell 2 återfinnes en sammanställning av befolkningstäthet, totala antalet försäkrade, antalet försäkrade födda åren 1903—1946 samt antalet legitimerade läkare inom de av 90-dagarsundersökningen berörda städerna vid slutet av det aktuella undersökningsåret den 31/12 1962.

TABELL 2. Befolkningstäthet, antal försäkrade samt antalet legitimerade läkare.

	<i>Sthlm</i>	<i>Göteb.</i>	<i>Malmö</i>	<i>Norrköp.</i>	<i>Totalt</i>
Invånare	802.124	410.682	237.517	92.281	1.542.604
Totala antalet försäkrade	645.675	319.269	182.333	71.228	1.218.505
Antalet försäkrade födda 1903—1946	456.792	232.331	134.708	50.031	873.862
Antal läkare	1.904	730	315	81	3.030
Invånare per läkare	421	563	754	1.139	509
Antal försäkrade per läkare	339	437	579	879	402

Uppgifterna angående befolkningen i Stockholm, Göteborg och Norrköping är hämtade ur respektive försäkringskassas förvaltningsberättelse. Uppgiften avseende Malmö befolkning är inhämtad från statistiska centralbyrån.

Den påtagliga skillnaden mellan totala antalet försäkrade enligt respektive försäkringskassas

förvaltningsberättelse och invånareantalet hänförs till barn under 16 år.

Antalet försäkrade födda åren 1903 till 1946 utgör underlaget för 90-dagarsundersökningen. Differensen mot totala antalet försäkrade betingas av att försäkrade över 60 år, förtidspensionärer, försäkrade under utredning av förtidspension samt personer under utbildning ej är med.

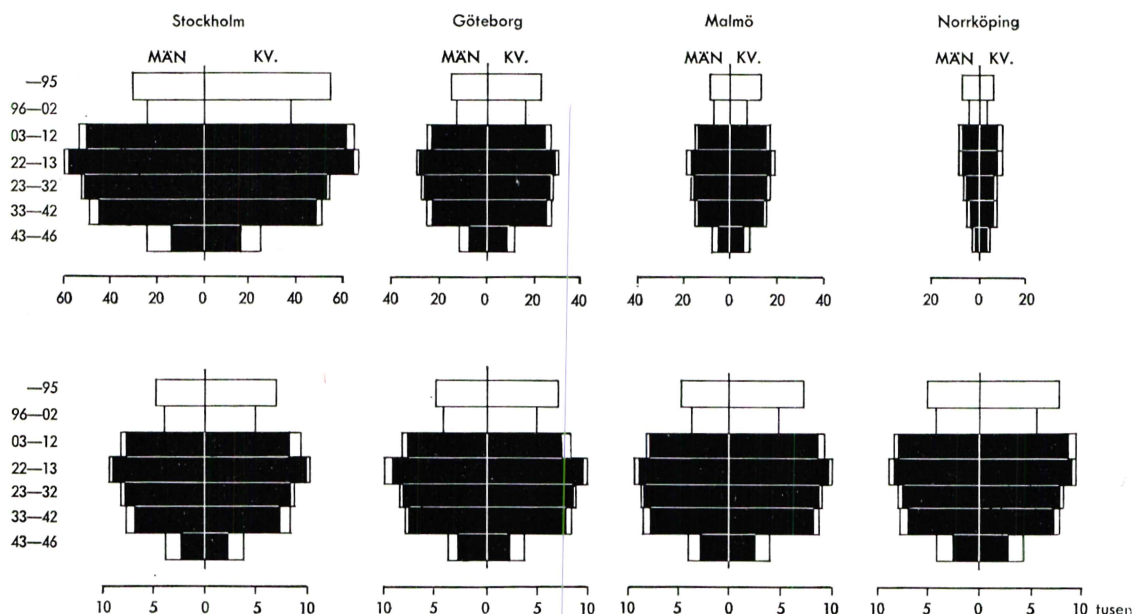
Av figur 1 (se nästa sida) framgår hur påfallande enhetlig ålderspyramiden är för de försäkrade i våra fyra största städer. Den största åldersgruppen är i samtliga städer gruppen 40—49 år (födda 1922—1913). Medelåldern för underlaget i 90-dagarsundersökningen utgör för män nära 38½ år och för kvinnor 39 år. Figur 1 visar också hur likartad fördelningen mellan män och kvinnor är. Totalsiffrorna framgår av tabell 3. Männen utgör 48,4 % och kvinnorna 51,6 %.

Tabell 3. Fördelningen mellan män och kvinnor i underlaget för 90-dagarsundersökningen. Absoluta tal och procent.

	Män	Kvinnor	Totalt
Stockholm	218.122	238.670	456.792
	47,8	52,2	100
Göteborg	114.300	118.031	232.331
	49,2	50,8	100
Malmö	65.937	68.771	134.708
	49,0	51,0	100
Norrköping	24.630	25.401	50.031
	49,2	50,8	100
Totalt	422.989	450.873	873.862
	48,4	51,6	100

Undersökningen täcker c:a 1/4 till 1/3 av landets i direkt läkarverksamhet sysselsatta läkare inom utpräglade storstadsområden, där ungefär 1/5 till 1/4 av landets befolkning bor.

En undersökning av föreliggande art är behäftad med uppenbara felkällor, varvid främst läkarintygens värde som grund för vetenskaplig bearbetning måste beaktas. Värdet av läkarintygdiagnosen bör emellertid rimligen vara större efter 90 dagar än efter 1 vecka. Eftersom denna felkälla varit föremål för särskild uppmärksamhet och i betydande omfattning föranlett speciella utredningar i de enskilda fallen har den hela tiden kunnat värderas i arbetet.



Figur 1. Ålderspyramiden för totala antalet försäkrade (yttre ramen) samt för underlaget i 90-dagarsundersökningen (inre ramen) dels i absoluta tal (1.000-tal) dels enligt procentuell fördelning.

Den omständigheten, att undersökningen bygger på ett primärmaterial från fyra större städer i förening med totalmaterialets storlek synes möjliggöra dels att grunden läggs för fortsatt uppföljning av trenden i sjukdomspanoramats

utveckling, dels att betydelsen av sociologiska fakta vid långvarig arbetsoförmåga belyses inom sannolikhetsvärderingens ram utan att noggrann statistisk analys tillgripes.

Forts. i nästa nr.

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.