

Kan befolkningens hälsa mätas?

Av med. dr *Sven Lokander*, Västerås

De senare årens sjukvård och hälsovård karakteriseras av stark utbyggnad, lanserande av nya metoder och ökande behov av personal. Ett exempel härpå är de hälsokontroller av större eller mindre omfattning som startats de sista åren eller som krävts bl. a. från politiskt håll. De olika åtgärdernas effekt på folkhälsan är föga känd liksom man endast ofullständigt kan bilda sig en uppfattning om hur sjukvården skall utbyggas på mest rationella sätt.^{1, 4, 5, 8, 13}

Det är därför mycket angeläget att undersöka vilka metoder som finns för att mäta hälsotillståndet i befolkningen. I första hand skall här göras ett försök att inventera de källor som redan nu står till buds. I andra hand skisseras med ledning av denna inventering ett system som skulle kunna ge kontinuerliga och relevanta data om hälsotillståndet i landet.

De statistiska källorna kan principiellt indelas i två grupper. I den ena gruppen registreras de patologiska tillstånd som drabbar individerna i populationen och i den andra gruppen registreras ohälsa i den mån som arbetsförmågan påverkas. Till den första gruppen hör registrering av dödsorsaker, sjukhusens årsberättelser och andra sammanställningar av sjukhusmaterial och sammanställning av hälsokontroller. I den andra gruppen har man sjukkassestatistik, yrkesskadestatistik, statistik över personer som på grund av sjukdom blivit förtidspensionerade och den av vissa arbetsgivare förda sjukfrånvarostatistiken.

Mortalitetsstatistik

Dödsorsaksregistrering är den äldsta form av statistik som används för bedömning av befolkningens hälsa. Redan 1855 kom en internationellt standardiserad lista av dödsorsaker. Den

na har undan för undan ersatts av nya upplagor och för närvarande gäller som bekant WHO:s nomenklatur.¹⁰

De i Sverige gällande bestämmelserna om utfärdande av dödsbevis gör att statistiken i vissa avseenden fyller även högt ställda krav på tillförlitlighet. Den är också representativ för hela befolkningen eftersom den omfattar alla som dör i landet. Med hjälp av denna statistik kan man studera olika faktorerers inverkan på livslängden och risken att dö i olika sjukdomar. Mortalitetstatistiken kan emellertid endast i ringa grad ge besked om hälsotillstånd före dödsfallet, hur lång tids sjukdom som föregått mors, hur stort vårdbehov som förelegat, under hur lång tid arbetsförmågan påverkats osv. Att mortalitetsstatistik inte kan ersätta morbiditetsstatistik belyses av följande exempel.⁷

Under år 1959 inträffade 19 dödsfall bland de ca 10.000 anställda vid ASEA i Västerås som ej nått pensionsålder. Sjukfrånvaron för dessa 19 påverkade inte alls företagets totala sjukfrånvarostatistik, vilket dels beror på att dödsfallen var få, dels att många av de 19 över huvud inte fått sjukfrånvaro registrerad. Detta gäller fall av mors subita men också de långtidssjuka som på grund av arbetsoförmåga sedan många år avställts eller förtidspensionerats.

Statistik från sluten vård

Från sjukhus, lasarett och andra anstalter för sluten vård lämnas årligen berättelser till medicinalstyrelsen. Dessa innehåller uppgifter om de vårdades diagnoser, vilken terapi de fått och hur lång vårdtiden varit. Sjukhusmaterial karakteriseras av en förhållandevis tillförlitlig diagnostik men klassificeringen kan i vissa fall vara svår att utföra, varför samma sjukdom kan klassificeras olika av olika läkare. Ett sjukhusmaterial är ej representativt för hela befolkningen enär endast de som erhållit sluten vård finns med. Eftersom intagningsindikationerna kan variera mellan de olika sjukhusen är det vanskligt att

¹⁾ Från institutionen för socialmedicin vid Lunds universitet (chef: prof. G. Lindgren) samt Hälso- och sjukvårdsbyrån, ASEA, Västerås.

göra jämförelser mellan olika upptagningsområden.

Intagning sker som bekant för behandling av sjukdom, för utredning av diagnos, för pensionsutredning eller annan försäkringsteknisk utredning. Intagning influeras säkerligen i någon mån även av respektive läkares speciella kapacitet och intresseinriktning, liksom behandlingstiden influeras av vilka resurser som finns för efterbehandling och kronikervård. Även indikationerna för remittering till sjukhusvård torde variera betydligt med hänsyn till lokala faktorer.

Statistik enbart från sluten vård ger inte alls besked om vad som sker före eller efter vården, man vet inte hur de numera i många fall långa väntetiderna påverkar behandlingsprognos, arbetsförmåga under väntetiden osv.

Hälsokontroller

Kontroll av hälsotillståndet hos olika grupper av befolkningen förekommer i många former.^{1, 4, 5, 8, 13} Följande typer kan urskiljas.

1. Individer med vissa kroniska sjukdomar, där det finns risk för recidiv eller progress. Hit hör dispensärverksamheten och kontroll t. ex. av diabetici och fall med maligna tumörer.
2. Individer med speciella risker. Barn kontrolleras i barnavårdscentraler, gravida kvinnor i mödravårdscentraler, arbetare i hälsofarligt arbete kontrolleras enl. speciella bestämmelser osv.
3. Individer som börjar ny tjänst, vare sig det är fråga om allmän eller enskild tjänst eller inskrivning till militärtjänst, blir i stor utsträckning föremål för läkarundersökning. Här är åtminstone undersökningen vid inskrivningen till militärtjänsten standardiserad så att den kan bli föremål för statistisk bearbetning.
4. I den sista gruppen kan man sammanföra dem som trots att de inte tillhör någon av de ovanstående grupperna mer eller mindre periodiskt får sin hälsa kontrollerad. Urvalsprincipen kan vara anställningsförhållanden i speciella företag, ålder, kön, viss del av landet osv.

Hälsokontrollens omfattning varierar avsevärt efter avsikten med kontrollen från enbart skärm-

bild eller urinstatus till fullständigt kliniskt status med alla tänkbara laboratorie- och röntgenundersökningar.

Verksamheten vid barnavårdscentraler, mödravårdscentraler, skolhälsovård, dispensärer, militärhälsovård är väldefinierad. Statistik från dessa områden kan därför belysa sin del av det panorama över hälsotillståndet som man vill åstadkomma. Detta kan tyvärr av flera orsaker ej sägas om hälsokontroller för övrigt. De fynd man gör beror bland annat på vilka urvalsprinciper man haft vid val av population. I vissa fall undersökes endast de som är subjektivt friska, i andra fall även de som har subjektiva symtom. Resultatet beror även på hur ingående kontrollen göres och inte minst på hur gränsen mellan hälsa och sjukdom definieras.^{1, 13}

Man kan ej värja sig för intrycket att man vid en del hälsokontroller redovisar för patientens livslängd eller arbetsförmåga eller subjektiva välbefinnande helt betydselösa fynd och på så sätt kunnat visa hög frekvens av patologiska fynd. Författarens erfarenhet från industriläkarverksamhet visar hur svårt det ofta är att bedöma de kliniska fyndens samband med arbetsförmåga och prognos.

De omfattande hälsokontroller som nu startas med den motiveringen att man genom tidigt upptäckande av symtom skulle ha större utsikter att lyckas med terapi kan knappast få värde som mätinstrument av befolkningens hälsa förrän de registrerade diagnoserna sätts i relation till nuvarande och kommande arbetsförmåga, livslängd och diagnosernas betydelse för det subjektiva välbefinnandet. Det torde också krävas en standardisering av metodiken som möjliggör jämförelser mellan olika delar av populationen.

Sjukkasematerial

Som bekant tillhör så gott som alla som vistas i Sverige och är över 16 år allmän sjukkasse. Man skulle därför kanske vänta sig att sjukkassematerialet skulle vara idealiskt för studium av folkhälsan, eftersom det ger besked om hur ofta och hur länge medlemmarna är sjuka och om vilka sjukdomar de lider av. Emellertid förefaller det tveklaktigt om sjukkassematerialet är re-

presentativt. Vid en undersökning på ASEA fann man nämligen att bland en grupp manliga svenska arbetare i 50-årsåldern endast hälften av sjukfrånvarotillfällena anmälts till sjukkassan.⁷

Den undersökta gruppen (ca 250 man) hade länge varit anställd i företaget och måste anses vara väl förtrogen med anmälningsförfarandet. För att bedöma om felet låg i företagets eller sjukkassans statistik jämfördes fördelningskurvor av antalet frånvarodagar per år för tjänstemän och arbetare i samma ålder. Man fann därvid att de fördelningskurvor som visade sjukfrånvaro för tjänstemän och arbetare enligt företagets statistik resp. tjänstemännens sjukskrivning i sjukkassan var nära identiska medan den fjärde kurvan som visade arbetarnas sjukskrivning i sjukkassan var helt avvikande

och hade ett oregelbundet förlopp tydande på att den ej representerade ett fullständigt material. Se fig. Sjukkassematerialets skillnad mellan tjänstemän och arbetare beror sannolikt på olikheter i sjuklöneförmåner. Under de tre karensdagarna får tjänstemännen nämligen full lön om de anmäler till sjukkassan medan arbetarna inte får någonting från företaget under karensdagarna vare sig de anmäler eller låter bli.

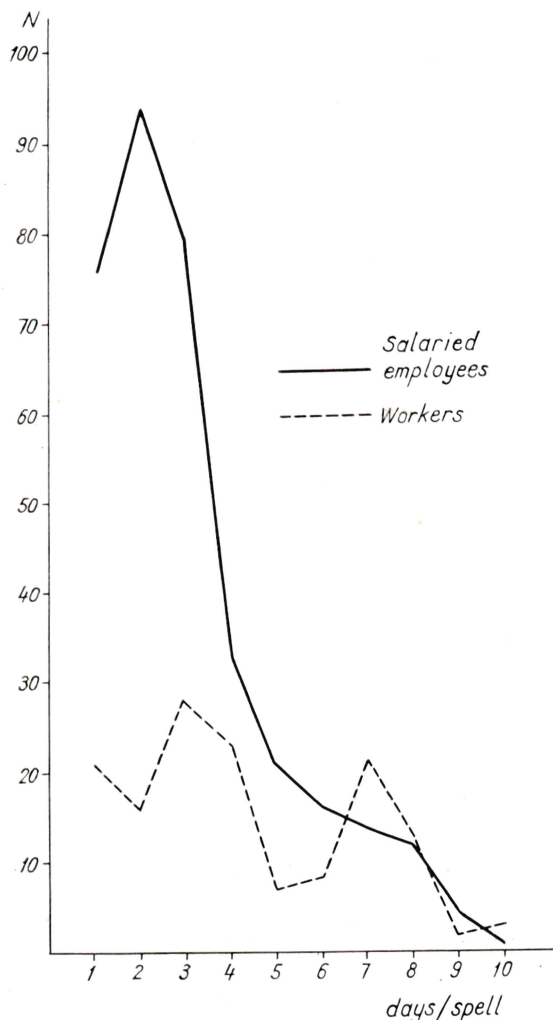
Detta förhållande förklarar delvis de stora skillnader i "sjuklighet" som Riksförsäkringsverket redovisat rörande sjukligheten åren 1955—1957 mellan olika sjukpenningklasser.¹¹ En annan viktig förklaring till olikheter i "sjuklighet" mellan de olika sjukpenningklasserna är att sjukskrivning som bekant inte kommer i fråga förrän sjukdomen medfört minst 50 %ig nedsättning i arbetsförmågan. Nedsättningen i arbetsförmåga beror emellertid inte bara på sjukdomsdiagnosen eller sjukdomsfallets svårighetsgrad utan även på vilket arbete man har. Arbeten med höga fysiska eller psykiska krav på den anställda medför givetvis längre konvalescenstider än arbeten med mindre krav.

En banal "förkylning" påverkar arbetsförmågan för en kontorsanställd i betydligt mindre grad än för en arbetare med tungt, dragigt, obekvämt arbete osv.

Eftersom sjukkassematerialet inte tillåter analys av arbetskrav kan de slutsatser man drar av "sjukligheten" bli missvisande.

De diagnoser som noteras hos sjukkassan är som regel grundade på den sjukas självdeklaration i de fall då arbetsoförmågan inte överstiger omkring en vecka. För längre sjukskrivningsperioder krävs läkarintyg. Det är givet att de självdeklarerade diagnoserna inte alltid kan vara riktiga och i Riksförsäkringsverkets sammanställning är även läkardiagnoserna osäkra eller opreciserade i ca 13 % av materialet.¹¹

Enligt förf. erfarenhet tillåter dock i allmänhet såväl de självdeklarerade diagnoserna som de osäkra läkardiagnoserna att klassificering kan göras i de huvudgrupper som bildas av sjukdomsnomenklaturens kapitelindelning. I hur stort antal fall diagnosen är helt felaktig eller hur ofta läkaren av hänsyn till patienten eller av andra skäl valt den minst viktiga av patientens diagnoser är ej känt.



Jämförelse mellan fördelning av sjukfrånvarotillfällen efter antalet dagar per tillfälle bland tjänstemän respektive arbetare i samma ålder. Sjukkassematerial.

Det finns knappast anledning att ägna större uppmärksamhet åt självdeklarationerna i de korta sjukdomsfallen eftersom diagnoserna i dessa fall medicinskt sett är ointressanta då ju dessa utmärkas av snabbläkning. Givetvis är korttidsfallen intressanta ur andra synpunkter. Eftersom antalet är stort har de t. ex. stor ekonomisk betydelse.

Anledningen till att läkar diagnosen ibland har dålig precision kan vara den att läkaren ofta anser det vara väsentligt att intyga att arbetsoförmåga föreligger men att det är mindre väsentligt att ange orsaken, som ju haft betydelse för sjukkassan endast då sjukskrivningstiden närmar sig utförsäkring. En annan förklaring kan vara att läkarintyget ofta skrives på ett tidigt stadium innan diagnosen tillräckligt hunnit preciseras.

Trots att sjukkassematerialet alltså teoretiskt skulle kunna vara ett utmärkt instrument för bedömning av folkhälsan, visar det sig i verkligheten att den bild materialet lämnar inte är representativ för sjukkassemedlemmarnas hälsa. Detta gäller i synnerhet dem som inte av anställningsförhållandena tvingas att anmäla till sjukkassan vid arbetsoförmåga på grund av ohälsa.

Sjukfrånvarostatistik

På de flesta arbetsplatser torde förekomma någon form av individuell registrering av frånvaro. Detta gäller åtminstone för arbetarna vars lön bland annat beror på presterade arbetstimmar. Det finns skyldighet för arbetsgivarna att anmäla yrkesskador som medför arbetsoförmåga mer än 3 dagar och dessutom insamlar Socialstyrelsen under en vecka höst och vår uppgifter om frånvaro vid den svenska industrin. Förutom dessa rapporter förekommer några vetenskapliga undersökningar om sjukfrånvaro. Dessa studier omfattar som regel kort tidsperiod och enstaka företag.⁷

1962 har dock en rapport från SAF färdigställts över en mycket omfattande frånvaroundersökning som är representativ för landets alla arbetare, som är anställda av arbetsgivare med mer än 100 anställda. Den behandlar frånvaro åren 1954—1955 och diskuterar framför allt metodologiska problem och den utgör en god bakgrund för kommande studier.¹⁴

I Holland anser man sig ha god nytta i det preventiva arbetet av att registrera och studera sjukfrånvaro bland ca 100.000 anställda i ett 70-tal industrier.

Sedan 1960 föreligger en internationellt godtagen nomenklatur för sjukfrånvaroregistrering.⁹

Det är dock endast i ett fåtal företag som kontinuerlig statistik över sjukfrånvaro upprättas. Där statistik förekommer är den allt annat än standardiserad, varför jämförelser mellan de olika uppgifterna försvåras. Eftersom det emellertid är allmänt accepterat att sjukfrånvaro medför stora ekonomiska förluster för företagen och det dessutom är klart att man måste känna företagets frånvaromönster för att kunna sätta in adekvata motåtgärder, skulle det sannolikt inte vara omöjligt att få en standardiserad registrering av sjukfrånvaro åtminstone i de större företagen.

Om det alltså kan vara möjligt att få en väldefinierad och för den industrianställda delen av befolkningen representativ sjukfrånvarostatistik, så återstår att studera i vilken grad sjukfrånvaro speglar hälsotillståndet. Det är med andra ord viktigt att veta vad som döljer sig bakom begreppet "sjukfrånvaro".

För verkstadsarbetare registreras i många fall följande frånvarorsaker: semester, militärtjänst, graviditet, permission, permittering, yrkesskada, olycksfall utom arbete, sjukdom och frånvaro utan giltig orsak. Det är klart att t. ex. militärtjänst eller permittering inte utesluter samtidig sjukdom. Detta måste man ta hänsyn till när man upprättar statistiken. Likaså kan det vara svårt att bedöma vilken av beteckningarna permission, sjukdom eller frånvaro utan giltigt skäl som är den mest adekvata. Som regel sker bedömningen av arbetsledaren och det har ofta påpekats att man måste vara skeptisk i synnerhet mot den upprepade korttidsfrånvaron som av den anställda påstås vara sjukfrånvaro. Under arbete som industriläkare med ofta återkommande kontroller av dessa "repeaters" har förf. kommit till samma uppfattning som Fortuin hos Philips i Holland,³ som framhåller att "repeaters" kan uppdelas i tre grupper. Första gruppen består av dem som har en recidiverande sjukdom, den andra av dem som under en tidsperiod insjuknar i flera av varandra oberoende sjukdomar och den tredje av dem som otillbörligt utnyttjar sjuklöne- och sjukkassemånaderna. Enligt Fortuin är den tredje gruppen så liten att företagets frånvaromönster inte påverkas. Ett annat stöd för denna uppfattning är Lindgrens fynd att individer med disciplinstraff för onykterhet i arbetet visserligen har betydande översjuklighet men översjukligheten beror väsentligen på längre, läkarverifierad sjukfrånvaro.⁶ Lokander har visat att arbetare som fått fylleriförseelse någon gång under livet har betydande översjuklighet. Även denna är huvudsakligen läkarverifierad.⁷

Man bör alltså åtminstone i industri som har frånvarokontroll kunna räkna med att "sjukfrånvaro" är frånvaro som beror på arbetsoförmåga som framkallats av ohälsa.

Vissa företag begär läkarverifiering redan efter 3. dagen. Motivet att indela sjukfrånvaron i diagnoser är dock inte särskilt starkt för industrin som bara behöver känna till arbetsförmågens långvarighet och eventuellt risken för recidiv. Fördelning i diagnoser av korttidsfrånvaro torde vara oväsentligt även för samhället eller för planering av sjukvården eftersom korttidsfrånvaron utmärkes av snabb läkning med ganska obetydlig insats av sjukvårdspersonal.

En avgörande fördel med företagens sjukfrånvarostatistik i jämförelse med sjukkasestatistiken är att man har möjlighet att korrelera frånvaron med arbetskraven. Betydelsen av detta har ovan berörts.

Arbetsvärdering användes i vissa företag för att få rättvis lönsättning.¹² I denna poängvärderas arbetet ur olika synpunkter: krav på teoretiska och praktiska kunskaper, fysisk och psykisk påfrestning osv. Innan detta relativt vidlyftiga system får allmän användning kan man utnyttja arbetsmarknadsverkets arbetskod som innehåller alla yrken. Även tjänstemännen torde i viss mån ha olika arbetskrav, åtminstone av psykisk art. För tjänstemännen förekommer ännu ingen arbetsvärdering av denna typ även om arbete pågår att mäta även tjänstemännens arbetsinsats, vilket närmast skulle motsvara arbetarnas meritvärdering.

Det påstås inte sällan att skillnaden i sjukfrånvaro inte skulle vara medicinskt motiverad när man jämför olika personalkategorier eller olika företag. Man tycks då inte tänka på att man även i den medicinska bedömningen av arbetsförmågan måste ta hänsyn både till sjukdomens svårighetsgrad och till de krav arbetet ställer.

Man bör poängtera att sjukfrånvaro inte är synonymt med sjukdom men den är ett uttryck för sjukdomens sociala verkningar: sjukdom som medför arbetsförmåga i det aktuella yrket är sjukfrånvaro. Samma inskränkning måste givetvis göras i fråga om sjukligheten i sjukkassans material.

Av ovanstående framgår att sjukfrånvarostatistik ger en god bild av sjuklighetens betydelse för arbetsförmågan inom en väldefinierad grupp av befolkningen. Det finns alltså goda skäl att bygga ut den för närvarande ofullständiga sjukfrånvarostatistiken. Det är dock inte tvivel om att den erforderliga registreringen är dyrbar.

För SAF:s utredning om frånvaro under åren 1954—1955¹⁴, som uträknades med hålkortsteknik, var insamlandet av uppgifterna om en sample bestående av 10 % av de anställda arbetarna mycket tidskrävande eftersom den detaljen inte kunde ske maskinellt inom de uppgiftslämnande företagen. På ASEA behövdes t.ex. två arbetsdagar i veckan under två års tid, vilket motsvarar en lönekostnad i nuvarande löneläge av ca 6.000 kr. Om samma kostnad gäller för alla de deltagande företagen skulle materialets insamlade representera ett värde av 600.000 kr.

Industrin kan knappast antas vara intresserad av sjukfrånvaroregistrering om denna inte konstrueras så att den ger snabba besked som kan ge anvisning om vilka åtgärder som bör göras för att förbättra frånvaron.

Diskussion

En inventering av vilka källor som för närvarande står till buds om man vill få en uppfattning om hälsotillståndet i landet visar följande:

Säkra medicinska diagnoser kan erhållas från mortalitetsstatistik och från den slutna vården. De yrkeskador och andra skador som föranleder lång sjukskrivningstid och där försäkringsbolag är engagerade är också noggrant utredda.

Hälsokontroller sker i ringa omfattning på ett för närvarande ostandardiserat sätt om man undantar inskrivning i militärtjänst och verksamheten vid barnavårdscentraler och skolhälsovård. Dispensärverksamhet som kanske inte är hälsokontroll i vanlig mening ger god information om tuberkulosen i landet. Diagnoser från den öppna vården kan bearbetas i den mån de anmälas till sjukkassan. Det har visat sig att läkarnas diagnoser inte sällan är ofullständiga eller opreciserade. Sjuklighetens inverkan på arbetsförmågan registreras hos sjukkassa. Emellertid är sjukkassans statistik inte representativ för medlemmarnas hälsa eftersom en stor del sjukdomsfall aldrig anmälas till sjukkassan. Bättre härvidlag är sjukfrånvarostatistik som föres av vissa arbetsgivare. Sjukfrånvarostatistik förekommer dock för närvarande i endast obetydlig omfattning och den föres efter många olika system. Sedan 1960 finns dock internationellt antagen norm för sjukfrånvaroregistrering.

Hur skall mätning av befolkningens hälsa organiseras?

Ett instrument eller ett organ för bedömning av folkhälsan bör uppfylla följande krav:

1. De medicinska diagnoserna skall vara korrekta.
2. Hälsotillståndet skall ställas i relation till det aktuella arbetets krav.
Eftersom man knappast kan konstruera ett referensarbete som skulle gälla alla måste man ställa individens arbetsförmåga i relation till hans eget aktuella arbete.
3. Hälsotillståndets inverkan på arbetsförmågan skall redovisas enligt internationellt godtagna normer.
4. Resultaten skall vara representativa för den studerade gruppen.
5. Resultaten skall levereras kontinuerligt och så snabbt att adekvata åtgärder kan sättas in i tid.
6. Administrationen skall vara rationell och så billig att de vinster samhället kan göra genom att åtgärda resultaten inte försvinner vid bearbetningen av data.
7. De administrativa kostnaderna borde kunna nedbringas genom att den tänkta organisationen övertar och rationaliserar även andra nödvändiga rutiner.

Det kan ej bli fråga om att här presentera ett färdigt förslag. Avsikten är endast att ge en skiss som bör prövas och överarbetas för att den skall bli funktionsduglig. Vid utformningen bör representanter från sjukhusadministration, sjukkassa, industriell personalvård, industrihälsovård och experter på databehandling och kontorsrationalisering medverka.

Vissa synpunkter kan dock redan nu framföras.

ad 1. Det är inte möjligt att få exakta och korrekta diagnoser i kortvariga sjukdomsfall eftersom detta skulle innebära dyrbar och för övrigt onödig läkarundersökning av varje sjukdomsfall. Inte ens om så kunde ske skulle man kunnat få korrekta diagnoser i alla fall med de-

ras ofta diffusa symtombild. Det finns varken ur medicinsk eller samhällets synpunkt någon anledning att registrera dessa diagnoser eftersom det utmärkande för den kortvariga sjukfrånvaron är just snabb, övergående arbetsoförmåga. Man bör därför kräva diagnos endast i fall överstigande en vecka.

Även i sjukdomsfall överstigande en vecka kan det ibland vara svårt att få exakt diagnos och det finns givetvis inte anledning att kräva mer preciserad diagnos än vad som krävs för terapins skull. Man skulle kunna tänka sig att läkare såväl i öppen som sluten vård rapporterar sina diagnoser med angivande av grad av precision med hjälp av medicinalstyrelsens nomenklatur. När diagnosen är helt säker kan man ange diagnosnummer med decimal, i andra fall nöjer man sig med att ange vilket kapitel i nomenklaturen som sjukdomen hör till.

ad 2. För att kunna bedöma arbetsförmågan vid sjukdom måste man på något sätt även kodifiera arbetsuppgifterna. Någon bra arbetsvärdering finns för närvarande inte. Visserligen har arbetsmarknadsverket kodifierat alla olika yrken men denna kod tar ej hänsyn till kraven i arbetet. Bättre vore då en arbetsvärdering i stil med verkstadsföreningens normer men denna finns endast vid vissa företag. Än så länge måste man alltså acceptera arbetsmarknadsverkets kodifiering som för övrigt följer internationella normer.

ad 3. En väl genomarbetad norm för sjukfrånvarostatistik föreligger i Sick Absence Statistics som utarbetats av International Conference on Sick Absence Statistics.⁹ Denna bör följas för att internationella jämförelser skall kunna göras.

ad 4. Det har visat sig att sjukkasemedlemmarna själva inte anmäler sjukfrånvaro i nödig utsträckning för att man skall få representativa resultat. Därför bör ett system utarbetas där arbetsgivare anmäler sjukfrånvaro. I fall där man inte är anställd hos någon arbetsgivare bör anmälan ske dels genom egen anmälan som nu, dels från sjukhus eller läkare i öppen vård. På detta sätt får man tyvärr ej säker representativitet för den kortvariga arbetsoförmågan i den del

av befolkningen som ej är arbetstagare. För denna del av befolkningen är det även svårt att uppfylla önskemål 2.

ad 5, 6 och 7. Krav på snabba resultat och billig administration kan endast lösas om man har tillgång till modern databehandlingsteknik. Den tänkta organisationen bör utformas så att den kan överta och rationalisera statistiskt arbete som är nödvändigt ur andra synpunkter, t. ex. arbete med årsrapporter från sjukhusen. Den skulle kunna överta en stor del av de nya försäkringskassornas administration och kanske även ge industrin service för deras övriga personalstatistik. Systemet bör givetvis även utformas så att det är rationellt även för dem som lämnar uppgifter, t. ex. för läkare som redan nu har övernog av blanketter att fylla i. Eftersom man t. ex. skulle få en god överblick av epidemisituationen skulle epidemirapporter bli onödiga, man skulle kunna förenkla skrivandet av årsrapporter för tjänsteläkare osv.

Det kan förefalla lockande att använda sampleteknik för att nedbringa kostnaderna. Det är dock tveksamt om detta skulle löna sig vilket bl. a. beror på vilka rutiner för övrigt som bearbetas i den tänkta organisationen. Det är inte säkert att sampleteknik skulle ge helt tillförlitliga uppgifter t. ex. om frekvensen av sällsynta sjukdomar.

Man bör alltså ordna centraler till vilka data från sjukhus, industrier, läkare osv. samlas och från vilka data levereras till sjukhus, industrier, försäkringskassor och hälsovårdande myndigheter. En sådan central skulle t. ex. kunna förläggas i anslutning till centrallasarett för ett landstingsområde eller kanske till försäkringskassan inom dess område.

Det är givet att man måste pröva sig fram i liten skala innan ett system av ovan skisserat slag

kan genomföras. Man kunde i första hand tänka sig att pröva på några stora industrier som redan nu har goda resurser för statistik och se efter hur det fungerar i praktiken.

Sammanfattning

Enligt författarens åsikt är det nödvändigt att samhället skaffar sig ett instrument med vilket man kan mäta hälsotillståndet i befolkningen. En inventering av för närvarande tillgängliga källor visar att dessa ej ger tillräcklig information. Till sist lämnas en skiss över hur problemet skulle kunna lösas på ett rationellt och relativt billigt sätt.

LITTERATURFÖRTECKNING:

1. Axelsson, B., Gustafsson, R.: Hälsoundersökningar. En litteraturoversikt. Socialmedicinsk tidskrift 39:2, 1962.
2. Forssman, S.: Registrering av frånvaro från arbetet. Nordisk Hygienisk Tidskrift 49:7—8, 1958.
3. Fortuin, G. J.: Sickness Absenteeism. Bulletin of WHO 13:513, 1955.
4. Heijbel, C. A.: Hälsoundersökningar på arbetsplatser. Sv. Läkartidning 59:32, 1962.
5. Husmark, E.: Förebyggande hälsoundersökningar. Sv. Läkartidning 59:32, 1962.
6. Lindgren, G.: Alkohol och arbete. Sv. Läkartidningen 54:48, 1957.
7. Lokander, S.: Sick Absence in a Swedish Company. A Socio-medical Study. Acta med. Scand. suppl. 377.
8. Mindus, E.: Hälsoundersökning i förebyggande syfte — medicinska och organisatoriska synpunkter. Sv. Läkartidningen 59:32, 1962.
9. International Conference on Sick Absence Statistics. Leyden 1957. Sick Absence Statistics. Final Draft 1960 (stencil).
10. Sjövall, H.: Ny "Statistisk klassifikation av sjukdomar, skador och dödsorsaker". Sv. Läkartidningen 48:1028, 1951.
11. Skogsberg, G., Säll, H.: Redogörelser för statistiska utredningar avseende A. Sjukligheten och sjukdomsförekomsten i de allmänna sjukhusen åren 1955—57. B. Sjukhusvård år 1957, för vilken ersättning utgavs av de allmänna sjukhuskassorna. Riksförsäkringsverket (stencil) 1962.
12. Sveriges verkstadsförening: Vad är arbetsvärdering?
13. Werkö, L.: Medicinska undersökningar i förebyggande syfte — organisatoriska och medicinska aspekter. Sv. Läkartidningen 59:32, 1962.
14. Wolontis, S., Jutell, B., Isberg, M.: Frånvaroundersökning 1954—1955. Sv. Arbetsgivareföreningen 1962 (stencil).