

Data ur en undersökning av ett neurologiskt pensionsklientel i Göteborg¹⁾

Av bitr. överläk. *Carl Eric Fällström* och docent *Anders Otterland*, Göteborg

Undersökningens syfte

En förutsättning för bättre möjligheter att komma till rätta med de långtidssjukas problem i samhället är, förutom att man känner förekomsten av hithörande sjukdomar, att man tar kontakt med de sjuka och orienterar sig om deras socialmedicinska förhållanden. När det gäller åldringspensionärerna i vårt land vet vi genom Åldringsvårdsutredningen 1956, att en mycket stor grupp, omkring $\frac{1}{3}$, hade avsevärda rörelsesvårigheter, ca $\frac{1}{4}$ av dessa i så hög grad att de ej kunde gå i trappor eller röra sig utomhus. En stor grupp, ca $\frac{1}{4}$, bodde ensamma och behövde tillsyn. När det gäller invalidpensionärer vet vi t. ex. genom den sammanställning av pensionsstyrelsematerialet, som redovisades av Jonsson och Widén 1958, att antalet invalidpensionärer per 1.000 av befolkningen växlade i olika delar av landet. Så kunde man klart se hur i landskap med mindre arbetstillfällen pensions-tätheten var större.

De långtidssjukas socialmedicinska problem har i vårt land ytterligare tagits upp av bl. a. Berfenstam och Hedquist 1960. Från anglosaxiskt håll finns en riklig litteratur på detta område bl. a. Rusk (1958), Scott Allan (1958).

De sjukas villkor är sannolikt olika inom olika delar av vårt land sammanhängande med tillgången på t. ex. lämpliga bostäder, hemsjukvård, institutioner för sluten vård och rehabiliteringsresurser. Då ansvaret för de långtidssjukas vård ligger på det lokala (regionala) planet och invalidpensionen utbetalas av staten men söks via kommunala pensionsnämnder, skulle jämförelser mellan resultaten från sådana undersökningar

utförda i olika delar av landet vara av värde. Göteborg omfattar i dessa avseenden en administrativ enhet. Denna undersökning gäller Göteborgsförhållanden.

Primärmaterialet

Primärmaterialet för undersökningen omfattar personer, vilka sökt invalidpension eller sjukbidrag i Göteborg på grund av organisk nervsjukdom före 1 januari 1957 och som vid den tidpunkten ej avlidit. Materialinsamlingen tillgick så, att ur pensionsnämndens, "Folkpensionsbyråns", kartotek i Göteborg framletades registerkortet för de invalidpensionärer, som kunde förmodas lida av organisk nervsjukdom tillhörande i tabell 1 angivna diagnosgrupper. Eftersom bedömningen både primärt och fortlöpande av alla pensionsärenden sker centralt för hela landet via Kungl. Pensionsstyrelsen i Stockholm, samlades dit handlingar beträffande varje invalidpensionerad. Dessa handlingar förvaras vid Kungl. Pensionsstyrelsen i en för varje pensionsärende särskild s. k. "akt". En akt innehåller förutom pensionsansökan, läkarutlåtande och pensionsintyg, ofta socialmedicinsk utredning och kompletterande uppgifter genom åren angående omprövning av pensionsfrågan samt den korrespondens, som förekommit i ärendet. För varje pensionsärende, som framletades vid Folkpensionsbyrån i Göteborg, rekvirerades från Kungl. Pensionsstyrelsen i Stockholm motsvarande akt för genomgång. Diagnoserna på registerkortet vid Folkpensionsbyrån är i viss mån summariska eller ospecifika och upptager ofta endast till exempel samlingsbegreppet "nervsjukdom" utan angivande om det rört sig om organisk nervsjukdom eller psykisk sjukdom. Det var därför nödvändigt, för att så långt det var möjligt i undersökningen få med samtliga fall av organisk nervsjukdom, att med

¹⁾ Från Neurologiska kliniken, Rehabiliteringsavdelningen, Sahlgrenska sjukhuset, Göteborg. (Chef: Professor T. Broman.)
Socialmedicinska institutionen, Göteborgs universitet. (T.f. chef: Professor H. Forssman.)

ledning av Folkpensionsbyråns uppgifter genomgå ytterligare ett stort antal pensionsstyrelseakter. Sammanlagt genomgicks ca 3.000 akter. Arbetet möjliggjordes och underlättades genom stort tillmötesgående från Kungl. Pensionsstyrelsen samt Folkpensionsbyrån i Göteborg.

Det vid Folkpensionsbyrån genomgångna materialet utgjorde sålunda undersökningens *primärmaterial*. Antalet personer levande 1 januari 1957, vilka någon gång före detta datum erhållit invalidpension i Göteborg på grund av organisk nervsjukdom, visade sig uppgå till 1.039. Därutöver hade 56 personer någon gång sökt invalidpension på grund av organisk nervsjukdom men fått avslag. Dessa 1.095 fall utgör det i denna studie använda "*undersökningsmaterialet*".

Här förtjänar dock påpekas att i ytterligare 40 fall patienten sökt och erhållit pension med neurologisk sjukdom som väsentligt bidragande skäl för invaliditeten men med icke neurologisk sjukdom såsom huvudorsak.

För det i undersökningen ingående materialet har i ett stort antal fall sjukhusjournaler granskats för komplettering av uppgifterna i läkarutlåtandet. Läkarutlåtandets diagnoser har för klassificeringen i stor utsträckning transformerats till enhetlig nomenklatur. Ett exempel härpå är beteckningen *lesio vascularis cerebri*, som använts för haemorrhagia cerebri, trombos cerebri, ramollitio cerebri m. fl. även vid t. ex. angiografiskt eller operativt verifierade tromboser eller aneurysm med blödning.

Beträffande diagnosernas allmänna tillförlitlighet kan sägas, att övervägande antalet av denna patientgrupp i Göteborg, när de söker pension, någon gång haft kontakt med sjukhus eller specialpoliklinik, för den sjukdom, som förorsakar pensionsansökan. Detta är förhållandet hos drygt 90 % av fallen.

Vid undersökningsmaterialets uppdelning efter diagnoser har gissnings- eller sannolikhetsdiagnoser undvikits och endast "säkra" diagnoser använts. Detta medför att klassificeringen, där säker specifik (etiologisk) diagnos saknats, ej drivits längre än till topografisk diagnos utan angivande av lesionens natur eller till ren sym-

tomdiagnos. De väsentligaste symtomen har dessutom registrerats i varje enskilt fall vid sidan av den etiologiska huvuddiagnosen. Vi har vid klassificeringen följt av T. Broman och R. Müller angivna principer för neurologisk diagnosregistrering.

Avgränsningen av begreppet organisk nervsjukdom mot t. ex. rent psykiatriska sjukdomstillstånd är naturligtvis svår, eftersom övergången är flytande. Vi har valt att begränsa oss till de "grovorganiska" tillstånd, som framgår av tabell 1 och 2 och som enligt gängse praxis brukar räknas till neurologien. Givetvis förekommer även psykiska symtom, såsom lesionellt syndrom, organisk demens, psykisk insufficiens, vid de som neurologiska klassificerade sjukdomarna. Dessa symtom har då registrerats tillsammans med de övriga — vid sidan av den etiologiska huvuddiagnosen registrerade — neurologiska symtomen.

Undersökningsmaterialet

Undersökningsmaterialets fördelning på diagnoser och kön framgår av tabell 1.

En detaljerad diagnosredovisning skall här ej ges men en översikt över förekomsten av vissa viktigare sjukdomar i ett material där neurolo-

TABELL 1. *Personer i Göteborg 1 januari 1957, vilka sökt invalidpension på grund av organisk nervsjukdom. Undersökningsmaterialet fördelat på huvuddiagnosgrupper.*

Huvuddiagnosgrupper	Kvinnor	Män	Totalt
Vask. les. o. sjd.	65	63	128
Infekt. o. inflamm.	93	115	208
Demyelin. sjd.	43	35	78
Degen. o. hered. sjd.	49	58	107
Utv. rubbn., förlösningsskad.	34	35	69
Traumat. skad.	15	52	67
Tumörer	17	21	38
Ofullst. klass. sjd. (topografisk diagnos)	70	63	133
Sjd. i perif. NS.	8	7	15
Symtom-diagnos	108	118	226
Muskel-sjd.	11	15	26
Samtliga	513	582	1095

TABELL 2. Personer i Göteborg 1 januari 1957, vilka sökt invalidpension på grund av organisk nervsjukdom.
Diagnoser och huvudsymtom.

KVINNOR	Diagnos	Antal	Centr. hemipares	Centr. parapares	Annan centr. pares	Perifer pares	Afasi	Syn- eller hörsel- rubbningar	Ataxi	Hyperkinesier	Parkinsonism	Epilepsi	Les. psyk. förändr. (posttr. syndr., les. demens m. fl.)	Psych. insuff., psykopati m. m.	Övriga symtom
	Seq. les. vasc. cer.	65	64	—	1	1	12	—	—	—	—	1	6	3	—
	Thc i CNS (seq.) (inkl. les. med. spin. e. thc. spond.)	1	—	1	—	—	—	—	6	—	—	—	—	—	—
	Lucs cerebrospinalis (seq.)	12	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	2
	Seq. poliomyelit.	76	—	—	1	75	—	—	—	—	—	1	1	1	—
	Övr. infekt. o. inflamm. sjd.	4	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
	Multipel scleros	43	—	1	39	—	—	1	23	—	—	2	2	1	8
	Degen., heredo-degen. sjd. (Parkinson, Chorea, Friedreich am. lat. scl. m. fl.)	49	1	—	—	—	—	—	2	3	42	—	3	2	1
	Encephalopathia infant UNS. ("CP")	31	13	17	1	—	—	—	1	1	—	2	10	—	1
	Övr. utv. rubbningar	3	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	2
	Seq. trauma. capitis.	12	2	—	—	—	—	—	—	—	—	2	10	—	—
	Seq. trauma. med. spin.	3	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Tumor cerebri	12	2	—	1	—	—	2	3	—	—	3	5	—	—
	Tumor med. spin.	5	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
	Encephalopathia chron.	37	8	—	3	—	2	—	14	2	—	10	17	5	4
	Seq. encephalopath. (restillstånd efter akut encephalopath. av oklar genes)	10	4	4	—	—	—	—	1	—	—	2	1	—	—
	Seq. myelopath. (restillstånd efter akut myelo- path. av oklar genes)	9	—	8	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Övr. ofullständ. klassificer. sjd.	14	1	9	2	—	1	—	2	—	—	2	1	—	—
	Sjd. i perif. nervsystemet	8	—	—	—	3	—	1	1	—	—	—	—	1	2
	Ej klassificerbara sjd. (symtom- eller syndrom- diagnos)	108	4	3	4	3	—	—	7	1	—	87	45	10	1
	Muskelsjd.	11	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	11
	Antal	513	102	51	54	82	15	4	60	7	42	112	106	24	33

MÄN	Diagnos	Antal	Centr. hemipares	Centr. parapares	Annan centr. pares	Perifer pares	Afasi	Syn- eller hörsel- rubbningar	Ataxi	Hyperkinesier	Parkinsonism	Epilepsi	Les. psych. förändr. (posttr. syndr., les. demens m. fl.)	Psych. insuff. psykopati m. m.	Övriga symptom
	Seq. les. vasc. cer.	63	53	1	2	—	10	—	2	—	—	3	12	1	—
	Tbc i CNS (seq.) (inkl. les. med. spin. e. tbc. spind.)	5	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
	Lues cerebrospinalis (seq.)	47	3	2	1	—	—	3	16	—	—	3	30	—	4
	Seq. poliomyelit.	63	—	—	—	63	—	—	—	—	—	—	—	1	5
	Multipel scleros	35	—	2	33	—	—	6	22	—	—	—	2	1	5
	Degen., heredo-degen. sjd. (Parkinson, Chorea, Friedreich am. lat. scl. m. fl.)	58	—	2	1	1	—	—	4	4	45	—	5	1	2
	Encephalopathia infant UNS. ("CP")	35	11	14	2	—	—	—	2	1	—	5	8	2	1
	Seq. trauma. capitis.	37	2	—	1	—	—	—	—	—	—	5	39	1	—
	Seq. trauma. med. spin.	10	—	8	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	6
	Övr. utv. rubbningar	5	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	2	—	1
	Tumor cerebri	14	9	1	—	—	—	2	1	—	—	4	4	1	1
	Tumor med. spin.	7	—	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2
	Encephalopathia chron.	26	2	—	1	1	—	1	11	7	—	4	9	3	2
	Seq. encephalopath. (resttillstånd efter akut encephalopath. av oklar genes)	15	5	—	3	—	1	1	3	—	—	2	3	1	2
	Seq. myelopath. (resttillstånd efter akut myelo- path. av oklar genes)	6	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	3
	Övr. ofullständ. klassificer. sjd.	16	—	9	2	—	—	—	3	—	—	1	2	1	—
	Sjd. i perif. nervsystemet	7	1	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	3
	Ej klassificerbara sjd. (symtom- eller syndrom- diagnos)	118	7	1	8	4	—	3	4	1	—	93	52	10	6
	Muskelsjd.	15	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	15
	Antal	582	93	59	55	76	11	16	68	13	45	120	169	25	68
		513													
Samtliga		1095													

TABELL 3. *Personer i Göteborg 1 januari 1957, vilka sökt invalidpension på grund av organisk nervsjukdom. Ålder i år vid sjukdomens debut.*

	0—4	5—9	10—14	15—19	20—24	25—29	30—34	35—39	40—49	50—59	60—66	Tot.
Vask. les. o. sjd. . .	1	1	1	3	2	6	11	12	15	52	25	129
Infekt. o. inflamm. . .	46	17	19	25	15	13	12	12	29	18	2	208
Demyelin. sjd.	1	—	2	12	7	17	12	12	14	1	—	78
Degen. o. hered. . .	1	5	2	9	10	9	5	5	27	27	7	107
Utvänd. rubbn. o. förlossn.-skad.	60	1	4	—	—	2	—	—	—	2	—	69
Traumat. skad.	1	—	2	2	—	5	6	9	17	16	8	66
Tumörer	2	—	1	2	2	3	1	2	15	10	—	38
Ofullst. klass. sjd. (topogr. diagnos) . .	5	6	5	8	10	10	12	5	33	29	10	133
Sjd. i perif. N.S. . .	1	—	—	—	1	2	—	—	3	8	—	15
Symtom.diagn.	49	18	33	37	20	15	9	11	19	13	2	226
Muskel-sjd.	2	2	1	7	5	2	1	2	2	2	—	26
Totalt	169	50	70	105	72	84	69	70	174	178	54	1095

gisk sjukdom lett till pensionsbedömning torde vara av intresse och framgår av tabell 2, vari även finnes en översikt över de huvudsymtom, som har registrerats vid sidan av huvuddiagnosen.

För bedömning av prevelansen av organisk nervsjukdom av denna svårighetsgrad i Göteborg är de erhållna siffrorna att betrakta som minimisiffror. Därutöver finns ett sannolikt mindre antal fall med organisk nervsjukdom av motsva-

rande svårighetsgrad, då patienten ej sökt pension. Företrädesvis torde detta gälla fall, där av ekonomiska skäl endast grundpension skulle utgått.

Åldersfördelningen vid insjuknandet redovisas efter diagnosgrupper i tabell 3 och sjukdomens duration vid pensionsansökan i tabell 4.

Åldersfördelningen redovisad diagnosvis och efter aktuellt pensionsstatus vid den följande undersökningen framgår av tabell 5.

TABELL 4. *Personer i Göteborg 1 januari 1957, vilka sökt invalidpension på grund av organisk nervsjukdom. Sjukdomsduration i år vid pensionstillfället om pension beviljats eller i annat fall vid sista avslaget.*

	—2	3—4	5—6	7—9	10—14	15—19	20—29	30—49	50—	Tot.
Vask. les. o. sjd. . .	86	20	4	3	8	2	2	3	—	128
Infekt. o. inflamm. . .	71	13	6	15	33	30	23	15	2	208
Demyelin. sjd.	9	5	22	16	15	8	1	2	—	78
Degen. o. hered. . .	18	17	17	12	14	15	4	7	3	107
Utvänd. rubbn. o. förlossn.-skad.	—	—	—	—	6	40	13	8	2	69
Traumat. skad.	27	15	5	4	5	4	3	4	—	67
Tumörer	9	9	8	2	4	3	—	2	1	38
Ofullst. klass. sjd. (topogr. diagnos) . .	42	18	13	13	20	13	5	9	—	133
Sjd. i perif. N.S. . .	7	1	5	—	—	—	1	1	—	15
Symtom.diagn.	20	23	24	25	29	47	26	25	7	226
Muskel-sjd.	2	1	2	4	4	6	5	1	1	26
Totalt	291	122	106	94	138	168	83	77	16	1095

Huvuddiagnosgrupper	-24	-29	-34	-39	-44	-49	-54	-59	-64	-66	-69	-74	75—	Tot.
Vask. les. o. sjd.	1	1		1	1	2	5	10	17	13	18	42	13	123
a														1
b												1		1
c														4
d														
Infekt. o. inflamm.	3	3	7	6	5	7	28	15	19	11	11	20	14	149
a														28
b														30
c														1
d														
Demyelin. sjd.		1	4	11	4	8	18	13	9		3	1	2	74
a														2
b														2
c														
Degen. o. hered.	1		3		6	3	4	14	14	11	19	22	6	103
a														2
b														2
c														
Utvänd. rubbn., förlossn.-skad.	7	7	7	3	8	6	1	10	5	2	1	5	2	64
a														3
b														2
c														
Traumat. skad.		1		2		4	6	12	5	7	2	12	12	62
a														4
b														1
c														
Tumörer				2	3	1	3	5	7	1	1	4	8	35
a														1
b														1
c														2
Ofullst. klass. sjd.	3		2	2	7	9	6	14	23	5	14	19	14	118
a														5
b														9
c														1
d														
Sjd. i perif. N. S.			1	1				1	1	1	2	3	3	12
a														2
b														1
c														
d														
Symtom-diagnos	1	8	16	12	15	20	18	27	24	10	12	21	14	204
a														7
b														14
c														1
d														24
Muskel-sjd.	2			1	2	1	7	3	3	2	2	1		2
a														
b														
Samtliga	24	20	39	4	51	61	96	124	127	63	85	150	88	968
a														56
b														67
c														4
d														
	1	—	1	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	1095

a = Pension beviljad och utgår fortfarande.
b = Pension avslagen och ej senare beviljad.

c = Pension beviljad men upphörd före 1957.
d = Pension beviljad men upphörd senare än 1957.

Som kommentar till denna tabell förtjänar att konstateras att de patienter, som en gång fått sin pension beviljad men senare tillfrisknat så att de kunnat avstå från pensionen, samtliga utgör ett relativt ungt klientel. Vidare är denna grupp påfallande liten. I materialet har för dem, som en gång drabbats av en till invalidpension ledande neurologisk sjukdom, endast i undantagsfall pensionen upphört. Den har sålunda kvarstått i ca 95 % av fallen.

Ett intervjumaterial för socialmedicinsk undersökning

Hur anpassar sig då dessa långtidssjuka i samhället, i sin sociala situation? Vilka är deras viktigaste handikapp i hemmiljön och i vilken utsträckning har samhället satt in hjälpåtgärder? För en närmare analys av dessa och liknande socialmedicinska frågeställningar bestämde vi oss för att ur undersökningsmaterialet välja ut samtliga rörelsehindrade, psykiskt välbevarade patienter, om vilka vi hade information att de ej långtidsvårdades på sjukhus. Av undersökningsmaterialets 1.095 personer hade vid tidpunkten för intervjuundersökningen (årsskiftet 1960/61) 166 avlidit, därav 69 kvinnor och 97 män. Av patienterna vårdades 98 på någon form av sjuk-

hus, därav 50 kvinnor och 48 män. Vidare bortsorterades före intervjun de patienter, som på grundval av tillgängliga handlingar kunde bedömas på grund av demens eller annan psykisk förändring vara ur stånd att adekvat medverka vid undersökningen liksom även ett antal patienter med enbart symtom av icke rörelsehindrande natur. Härfter återstod 520 personer att intervjua. Det är ju särskilt för gruppen långtidssjuka rörelsehindrade man genom praktiska arrangemang har möjlighet att förbättra villkoren i deras sociala miljö.

Dessa patienter tillställdes per post ett frågeformulär upptagande bland annat frågeställningar rörande bostad, familjeförhållanden, personliga hjälpbehov, hjälp i hemmet, typ av rörelsehinder och dagliga färdigheter t. ex. när det gäller klädsel, personlig hygien, toalettbesök. En patients dagliga färdigheter, brukar i rehabiliteringslitteraturen betecknas Activities of Daily Living eller ADL.

Några resultat ur den socialmedicinska undersökningen

Av de 520 personer, 263 kvinnor och 257 män, som tillställdes frågeformulär inkom 494 med svar, därav 254 kvinnor och 240 män. Detta

TABELL 6. *Personer i Göteborg 1 januari 1957, vilka sökt invalidpension på grund av organisk nervsjukdom. Undersökningsmaterialet, intervjumaterialet och de avlidna fördelade på huvuddiagnosgrupper.*

Huvuddiagnosgrupper	Kvinnor			Män			Samtliga		
	1)	2)	3)	1)	2)	3)	1)	2)	3)
Vask. les. o. sjd.	65	18	29	63	20	30	128	38	59
Infekt. o. inflamm.	93	3	61	115	17	54	208	20	115
Demyelin. sjd.	43	7	23	35	10	22	78	17	45
Degen. o. hered.	49	14	21	58	14	33	107	28	54
Utv. rubbn., förlossn.skad.	34	0	27	35	3	18	69	3	45
Traumat. skad.	15	2	4	52	3	13	67	5	17
Tumörer	17	3	6	21	6	7	38	9	13
Ofullst. klass. sjd., (topografisk diagnos)	70	6	39	63	6	28	133	12	67
Sjd. i perif. NS.	8	2	4	7	2	2	15	4	6
Symtom-diagn.	103	11	9	118	13	11	226	24	20
Muskel-sjd.	11	1	8	15	0	10	26	1	18
Samtliga	513	67	231	582	94	228	1095	161	459

1) = Undersökningsmaterialet

2) = Avlidna

3) = Intervjumaterialet

TABELL 7. *Personer i Göteborg 1 januari 1957, vilka sökt invalidpension på grund av organisk nervsjukdom. Civilståndsfördelning inom undersöknings- och intervjumaterialet.*

Huvuddiagnosgrupper	Kvinnor										Män					
	Undersökningsmaterialet					Intervjumaterialet					Undersökningsmaterialet					
	Död	Gift	Ogift	Skild	Änka	Gift	Ogift	Skild	Änka		Död	Gift	Ogift	Skild	Änka	
Vask. les. o. sjd. . .	18	22	17	2	6	16	9	—	4		20	32	6	2	3	
Infekt. o. inflamm. .	3	36	46	5	3	25	31	3	2		17	38	48	12	—	
Demyelin. sjd. . . .	7	18	14	2	2	15	6	1	1		10	17	7	1	—	
Degen. o. hered. . .	14	12	13	2	8	8	6	1	6		14	22	20	—	2	
Utvänd. rubbn. o. förlossn.-skad. . . .	—	1	31	—	3	1	23	—	3		3	2	28	1	1	
Traumat. skad. . . .	2	2	6	4	1	1	2	—	1		3	32	8	6	3	
Tumörer	3	6	6	1	1	3	2	—	1		6	12	1	—	2	
Ofullst. klass. sjd. (topogr. diagnos) . .	6	15	32	8	9	11	21	5	2		6	33	14	4	6	
Sjd. i perif. N.S. . .	2	—	3	2	1	—	3	1	—		2	2	2	1	—	
Symtom-sjd.	11	15	65	10	6	2	4	1	2		13	24	68	7	6	
Muskelsjd.	1	—	8	2	—	3	4	1	—		—	6	8	1	—	
Samtliga	67	127	241	38	40	85	111	13	22		94	220	210	35	23	
% (av nu levande) .	—	28	53	8	11	37	48	5	9		—	45	43	7	5	

TABELL 8. *Personer i Göteborg 1 januari 1957, vilka sökt invalidpension på grund av organisk nervsjukdom. Aldersfördelning av undersökningsmaterialet (u) och intervjumaterialet (i).*

Huvuddiagnosgrupper	Aldersgrupper		—24		25—29		30—34		35—39		40—44		45—49		50—54		55—59		60—64		65—66		67—69		70—74		75—	
			u	i	u	i	u	i	u	i	u	i	u	i	u	i	u	i	u	i	u	i	u	i	u	i	u	i
Vask. les. o. sjd. . .	128	59	1	—	2	1	—	—	—	—	2	2	2	1	5	3	10	6	17	8	13	5	18	6	43	23	14	4
Infekt. o. inflamm. .	208	105	3	2	6	3	11	7	14	9	15	9	12	9	39	26	25	15	23	10	12	7	13	4	22	8	14	4
Demyelin. sjd. . . .	78	45	—	—	1	—	4	1	11	5	4	2	8	5	18	15	15	7	9	6	1	1	4	2	1	—	2	1
Degen. o. hered. . .	107	54	1	1	—	—	3	2	1	—	6	6	3	1	4	1	15	6	15	9	11	5	20	8	22	10	6	5
Utvänd. rubbn. o. förlossn.-skad. . . .	69	45	7	6	7	6	8	4	3	2	8	6	6	4	3	1	10	6	5	3	3	2	1	1	5	3	3	—
Traumat. skad. . . .	67	17	—	—	1	1	—	—	2	2	—	—	4	1	6	1	13	3	7	2	7	1	3	1	12	4	12	2
Tumörer	38	13	—	—	—	—	—	—	2	2	3	1	2	1	3	1	5	1	7	4	1	1	1	—	4	1	8	1
Ofullst. klass. sjd. (topogr. diagnos) . .	133	67	3	1	—	—	3	1	2	2	7	4	9	4	6	3	21	13	27	9	5	4	17	9	19	11	14	7
Sjd. i perif. N.S. . .	15	6	1	—	—	—	—	—	1	1	17	1	25	2	—	—	2	1	1	—	1	1	3	1	3	1	3	1
Symtom-diagn. . . .	226	20	7	—	8	—	16	—	12	1	17	1	—	—	25	2	30	4	26	3	10	—	13	3	23	4	14	3
Muskelsjd.	26	18	2	1	—	—	1	1	1	—	2	1	1	1	7	5	3	3	3	2	2	—	3	3	3	1	—	—
Samtliga	1095	459	25	11	25	11	46	16	49	24	64	31	72	29	116	57	149	65	140	56	66	27	96	38	157	66	90	28

ger en svarsandel av ca 95 % för hela materialet med mycket nära lika resultat för kvinnor och män. Av dessa 494 svar var drygt 93 % eller 459 — 231 från kvinnor och 228 från män — så fullständiga att de kunde brukas för analys. De personer, som tillställdes frågeformulär och ej lämnade svar är tämligen jämnt spridda över hela materialet. Detta gäller också de fall där intervjuaren var ofullständiga. Det för närmare analys använda materialet benämnes *intervjumaterialet*. Intervjumaterialets fördelning på huvuddiagnosgrupper och andel av undersökningsmaterialet inom dessa grupper framgår av tabell 6.

I tabellen redovisas också diagnosgruppsvis de fall, som under undersökningsperioden avlidit. Mortaliteten ligger sålunda för hela den genomförda serien på 141 promille. Den är lägre för kvinnor, 127 promille, än för män, 153 promille. Den växlar också starkt med diagnosgrupper.

För en invalidpensionerad, som är hänvisad att vistas i sin bostad i betydligt större omfattning än andra, är bostadens storlek, våningsplan, utrustning och geografiska läge av väsentlig betydelse. Anpassningen till och trivseln i en bostad hänger naturligtvis också samman med hur många personer, som bor i lägenheten och vilka dessa personer är. Detta är starkt korrelerat till civilstånd och ålder. Tabell 7 upptar fördelningen av hela undersökningsmaterialet samt intervju-materialet på civilstånd.

Tabell 8 innehåller en motsvarande åldersredovisning.

I tabell 9 redovisas relativa fördelningen på bostadstyper för patienterna i intervjumaterialet. Som jämförelsesiffror har i tabellen upptagits relativa fördelningen av bostadstyper för pensionärer i Göteborg redovisade i en undersökning av Roos 1953. Då pensionärernas bostadstyp i Göteborg sannolikt ej försämrats sedan 1953 utan snarare tvärtom, kan man konstatera att invalidpensionärer med rörelsehinder bor i mindre och sämre lägenheter än andra pensionärer i Göteborg. Invalidbostad innehades endast av 16 av de här intervjuade invalidpensionärerna, 8 män och 8 kvinnor, eller av ca 3 % av fallen.

71 kvinnor och 56 män uppgav sig ej kunna komma ut ur och in i sin nuvarande bostad utan hjälp. För blott 12 av kvinnorna och 9 av männen hade anordningar anbragts för att vara patienten till hjälp att komma ut ur och in i lägenheten. I 3 av fallen uppgavs att denna anordning ej var till någon nytta på grund av bristande anpassning till patientens speciella behov. Det visade sig att 31 kvinnor och 18 män praktiskt taget aldrig kom ut trots att de ej var sängliggande. 7 kvinnor och 9 män trodde att hjälparrangemang (landgång, ledstänger m. m.) för att komma ut och in skulle kunna vara en tillgång medan 65 kvinnor och 52 män ej ansåg att hjälpanordning kunde vara till någon nytta. Inne i själva lägenheten hade endast för 19 kvinnor och 14

TABELL 9. Bostadstyper för ett neurologiskt pensionsklientel (*intervjumaterialet*) i jämförelse med ålderspensionärer i Göteborg.

Bostadstyp	Invalidpensionärer						Pensionärer i Göteborg
	Kvinnor		Män		Samtliga		%
	Antal	%	Antal	%	%	Antal	
Spisrum och sämre	14	6,1	11	4,4	25	5,4	2,6
1 rum och kök	97	43,1	107	46,5	204	44,4	38,4
2 rum och kök	62	22,5	73	32,0	135	29,6	44,0
Invalidbostad	8	3,4	8	3,5	16	3,5	—
Övriga	50	—	29	—	79	—	—
Samtliga	231	—	228	—	459	—	—

TABELL 10. Boendesätt för ett neurologiskt pensionsklientel i jämförelse med ålderspensionärer i Göteborg.

Boendesätt	Invalidpensionärer			Ålderspensionärer		
	Kvinnor %	Män %	Samtliga %	Kvinnor %	Män %	Samtliga %
Ensamboende	25,9	19,1	22,4	31,8	19,0	26,5
Sammanboende med släktingar	68,3	76,2	72,3	44,5	73,2	55,9
Sammanboende med andra personer	5,9	4,8	5,3	23,7	7,8	17,6

män praktiska förändringar eller arrangemang till deras hjälp genomförts, antingen genom den sjuke själv eller husvärden. Trots stora brister ansåg sig patienterna i stort sett trivas gott i sina nuvarande bostäder. Endast 17 kvinnor och 27 män uppgav sig trivas dåligt och 45 kvinnor och 47 män sade sig trivas någorlunda medan de övriga var förnöjda på denna punkt. Den angivna vantrivseln med bostadsförhållandena kan i vissa fall hänga samman med att inte mindre än 22 patienter sedan de sjuknade måst flytta till en lägenhet, som de i alla avseenden bedömde som sämre.

I tabell 10 har boendesättet för patienterna i intervjumaterialet granskats med hänsyn till 3 faktorer. 1) ensamboende, 2) sammanboende med släktingar, 3) sammanboende med andra personer.

Om jämförelse göres med den tidigare relaterade undersökningen i Göteborg (Roos 1953), finner vi att genom rörelsehinder invalidiserade personer i praktiskt taget lika stor omfattning är ensamboende som andra pensionärer. Kvinnorna i intervjuerien är i mindre omfattning sammanboende med släktingar än männen. Men tydligt är att de studerade invalidpensionärerna totalt är mera hänvisade till släktingar än ålderspensionärer är. Samtidigt föreligger i hela intervjumaterialet ett relativt mindre antal patienter, som delar bostad med andra personer än släktingar än det utgör bland ålderspensionärer i Göteborg.

Med utgångspunkt från patienternas familje- och bostadsförhållande har vi bedömt patientens bostad med hänsyn till trångboddhet. Med trång-

boddhet förstås enligt "ideal minimibostadsstandard" att i varje lägenhet bor mera än 1½ person per rum, varvid köket ej räknas. Enligt en annan bedömningsgrund betecknad "tillfällig minimibostadsstandard" föreligger trångboddhet om mer än 2 personer bor per rum, då även köket räknas som rum. Enligt den ideala minimibostadsstandardens är av intervjumaterialet 148 kvinnor och 130 män trångbodda och enligt den tillfälliga minimibostadsstandardens 59 kvinnor och 75 män.

I tabell 11 har sammanställts uppgifter i intervjumaterialet om personligt hjälpbehov och om hjälp i hemmet.

Av tabellen framgår att denna grupp långtids-sjuka i stort sett uppgiver sig gott klara sina ADL. Detta trots att 30 kvinnor och 43 män uppgav sig ej ha en tillfredsställande blåskontroll och att 23 kvinnor och 40 män uppgav bristande tarm-

TABELL 11. Personligt hjälpbehov och behov av hjälp i hemmet hos ett neurologiskt pensionsklientel (intervjumaterialet).

	Kvinnor	Män
Samtliga med personligt hjälpbehov	60	78
Behöver hjälp att stiga upp ..	41	40
Behöver hjälp att gå till sängs	42	39
Behöver hjälp med klädsel ..	45	62
Behöver hjälp vid toalettbesök	36	43
Behöver hjälp med att tvätta sig	34	39
Behöver hjälp med att äta	17	21
Samtliga med behov av hjälp i hemmet	175	92
Behöver hjälp med matlagning	71	65
Behöver hjälp med städning ..	162	79
Behöver hjälp med tvätt	160	81
Behöver hjälp med inköp	131	66

TABELL 12. *Presentation av de personer som hjälper ett neurologiskt pensionsklientel med personliga hjälpbehov och behov av hjälp för hemmets skötsel (231 kvinnor och 228 män).*

	Kvinnor	Män
Någon som bor i samma lägenhet, släkting	88	80
Någon som bor i samma lägenhet, annan person	15	13
Någon som inte bor i samma lägenhet, släkting	26	10
Någon som inte bor i samma lägenhet, granne	2	3
Någon som inte bor i samma lägenhet, god vän	5	1
Någon som inte bor i samma lägenhet, hemsamarit etc. ..	39	16

kontroll. Det relativt ringa personliga hjälpbehov dessa patienter visar, kan ställas emot det betydligt större behov av hjälp i hemmet med matlagning, städning, tvätt, inköp och liknande, som här framkommer vid undersökningen. Denna hjälp är ju ofta förutsättningen för att patienterna över huvud taget skall kunna vistas hemma. I tabell 12 redovisas vem som hjälper patienterna.

Vi finner, att släktingar eller andra personer,

TABELL 13. *Patienter med rörelsehinder i ett neurologiskt pensionsklientel.*

	Kvinnor (231)	Män (228)
<i>Rörelsehinder i nedre extremiteterna</i>		
<i>Rullstolsburna</i>		
Kan köra sin rullstol själv ..	31	21
Behöver hjälp med att köra sin rullstol	13	11
<i>Patienter som för sitt rörelsehinder behöver hjälpmedel vid gång</i>		
Går med käpp	36	50
Går med käppar	6	9
Går med kryckkäpp	9	9
Går med kryckkäppar	15	18
Går med levande stöd	24	15
<i>Dålig funktion i armar och händer</i>	108	112

som bor tillsammans med patienterna i stor omfattning fyller detta hjälpbehov. Men hjälp erhålles också genom släktingar, som ej bor tillsammans med de sjuka, för 26 kvinnor och 10 män i materialet. 39 kvinnor och 16 män får hjälp av hemsamarit medan i mycket få fall, sammanlagt 5 i hela intervjuerien, grannar i samma "farstu" är patienterna till mera regelbunden hjälp. För många är hjälpbehovet dagligt.

Dessa patienters hjälpbehov står naturligtvis i viss relation till arten av deras rörelsehinder. Deras huvudsakliga rörelsehinder framgår av tabell 13.

Fördelning har skett på rörelsehinder i nedre och/eller övre extremiteterna. 90 av kvinnorna och 101 av männen i intervjumaterialet refererade till väsentligt rörelsehinder i nedre extremiteterna men kunde trots detta gå med stöd av olika slag. Olika typer av dessa framgår av tabellen. 44 av kvinnorna och 32 av männen är rullstolsburna. 31 av kvinnorna och 21 av männen kunde köra sin rullstol själva medan de övriga behövde hjälp med detta. Endast 8 kvinnor och 12 män var vid undersökningen sedan en tid ständigt sängliggande i sina hem. 108 kvinnor och 112 män hade olika typer av besvärande nedsatt funktion i armar och händer. Med detta kan det konstaterandet sammanhånga att endast 48 av kvinnorna och 30 av männen angivit att de i hemmet har någon form av sysselsättning utöver den dagliga rutinen.

Här upptagna data om patienternas socialmedicinska förutsättningar utgör trots storleksordningen av de konstaterade negativa förhållandena på goda grunder minimisiffror.

Sammanfattning och diskussion

I denna rapport har presenterats några data ur en follow-up-undersökning gällande en grupp patienter i Göteborg, vilka på grund av neurologisk sjukdom den 1 januari 1957 var, hade varit eller sökt bli invalidpensionerade. Detta material omfattande 1.095 fall, 513 kvinnor och 582 män, beskrives diagnostiskt och uppföljes under 4 år. Därvid framkommer, mortalitetens storlek och omfattningen av tillfrisknandet till arbets-

förhet. 166 patienter därav 69 kvinnor och 97 män avled under undersökningsperioden. Fram till 1957 hade 67 personer i Göteborg, vilka varit invalidpensionerade på grund av neurologisk sjukdom och fortfarande levde, förbättrats till försörjningsmässig arbetsförmåga. Ytterligare 4 tillfrisknade under den 4-åriga observationstiden i den grad att de blev förmögna till förvärvsarbete och därvid hade möjlighet avstå från pensionen.

På basen av en intervjuundersökning med svar från 459 av de i serien ingående rörelsehindrade patienterna kan följande socialmedicinska data framhållas:

Invalidpensionärer bor sämre och i mindre lägenheter än ålderspensionärer i Göteborg och är ensamboende i lika stor omfattning. De är i hög grad rörelsehindrade och behöver relativt omfattande hjälp i hemmet men de uppger sig i påfallande stor omfattning klara det dagliga livets krav beträffande klädsel, personlig hygien etc. (Activities of Daily Living.) I mycket ringa utsträckning finnes egentliga invalidbostäder. Ej heller finns adekvata hjälpanordningar eller hjälpanordningar över huvud taget i trappuppgångar till huset där de bor eller lämpliga dörrar och trösklar till deras lägenheter, wc, källare. Inne i lägenheterna finns endast i mycket få fall adekvat utrustning för denna grupp sjuka med rörelsehinder. I mycket ringa omfattning har patienterna funnit vägen till positiva aktiviteter i form av sysselsättning vid sidan av den dagliga rutinen.

Det behövs flera invalidbostäder och ändringar eller hjälparrangemang i tillgängliga bostäder. Berörda parter, arkitekter, stadsplanerare, byggmästare, fastighetsägare, vice värdar, patienter och anhöriga behöver information och demonstration. Det behövs också rehabiliterande åtgärder syftande till bättre förmåga att klara det dagliga livets krav trots handikapp och till meningsfylld sysselsättning.

Det förtjänar framhållas, att dessa konklusioner bygger på erfarenheter angående den intervjuade delen av det neurologiska invalidpensionsklientelet, vilken utgjordes av icke sjukhus-

intagna, psykiskt klara och välbevarade, rörelsehindrade patienter. Det kan på goda grunder förutsättas, att problemen och vårdbehoven för den återstående delen ingalunda är mindre. Det skall också poängteras, att undersökningen berör endast en viss kategori av långtidssjuka, nämligen de genom neurologisk sjukdom invaliderade. Dessa utgör endast ca en sjättedel av totalantalet invalidpensionärer i Göteborg, som den 1/1 1957 uppgick till 6.246. Det är rimligt att antaga, att analoga problem föreligger hos andra långtidssjuka, i första hand hos patienter med rörelsehinder. Att de problem, som här diskuteras berör ett angeläget och aktuellt samhällsbehov framgår av det betydande spontana intresse, som kommer till uttryck i den höga svarsprocenten vid intervjuundersökningen (ca 95 %).

Förbättrad hemsjukvård, rehabiliteringsresurser och information är de viktigaste förutsättningarna för att en lösning skall kunna nås. De långtidssjuka utgör en minoritetsgrupp, men tillgodoseendet av deras behov kan i dagens samhälle knappast ens betecknas som sociala välfärdsåtgärder, utan är snarare en rimlig elementär rättighet. WHO:s Expert Committee on Medical Rehabilitation hävdar också "that the dignity and the right to security of the disabled person is no less than that of a normal individual and that everything possible must be done to rehabilitate the disabled in order to restore them to as normal life as possible in the society in which they live".

Summary

Altogether 1,095 persons pensioned for neurologic disability in Gothenburg were grouped according to their main diagnosis and symptoms, age when they became ill and age when they received their pension.

The 520 of these persons who were well preserved mentally, who were not hospitalized and who had restricted freedom of movement were questioned about sociomedical data: type of domicile, amount of help they had access to in the district where they lived, amount of help they had access to in their homes, and how they oc-

cupied themselves. About 95 per cent of these 263 women and 257 men answered.

The answers revealed that these invalids lived in worse social conditions than the old age pensioners in Gothenburg, and that they lived just as often alone, though they were greatly handicapped physically. They had rarely any kind of equipment to help them at home or any possibility of getting it. Apart from their daily chores, very few of them had any possibility of occupying themselves in a way that would give them satisfaction.

The study makes it clear that there is a great need of rehabilitation services at home and of supplying these invalids with useful information and giving them greater possibilities of rehabilitation.

LITTERATUR:

- Berfenstam, R. & Hedqvist, H.: Åldringarnas livsvillkor och vårdbehov. Uppsala 1960.
Broman, T. & Müller, R.: Personligt meddelande.
Johnsson, E. & Widén, L.: Invalidpensioner och sjukbidrag i statistisk belysning. Sv. läkartidning, 1958, 56, 919.
Roos, B.: Trångboddhetsbegreppet med särskild hänsyn till barnfamiljer. Nordisk Hygienisk Tidskrift, 1949, 30, 12.
—: Hur bor våra gamla? Nordisk Hygienisk Tidskrift 1953, 34, 206.
Rusk, H. A.: Rehabilitation Medicine. St Louis 1958.
Scott, Allan W.: Rehabilitation, a Community Challenge, New York 1958.
WHO: Expert Committee on Medical Rehabilitation: Technical Report Series. 158 (1948).

PSYKISKA SJUKDOMAR OCH BRISTER...

Forts. fr. sid. 269

något nedsatt arbetsförmåga av psykiatriska skäl, företedde båda neurotiska symtom.

Det var således vanligt och förekom i närmare hälften av fallen, att de arbetare, som uttagits av arbetsledningen på grund av dåliga arbetsprestationer, hade nedsatt arbetsförmåga av psykiatriska skäl. Detta förekom hos sex av de sju personer i undersökningsgruppen, som icke fyllt 50 år. Det visar vikten av att industriläkare har psykiatrisk utbildning, så att dessa tillstånd blir diagnosticerade och riktigt behandlade samt arbetarna vid behov blir remitterade till psykiater.

Undersökningen visar även, att man vid fältundersökningar av hela grupper av industriarbetare inom mindre företag med av arbetsledningen väl känd personal icke torde vinna något med en individuell psykiatrisk undersökning av hela arbetsstyrkan, utan att det torde vara tillräckligt med psykiatrisk undersökning av dem, som av arbetsledningen uttagits på grund av otillfredsställande arbetsprestationer eller arbetssvårigheter.

Föreningen Hemtjänst för gamla, Göteborg. Verksamhetsberättelser för åren 1957, 1958, 1959, 1960.
Socialnämnden i Göteborg. Årsberättelser 1957, 1958, 1959, 1960.

Värt att veta om Göteborgs pensionärshem (Broschyr). Åldringsvårdsutredningen SOU 1956:1.

300 METER ÖVER HAVET

ligger kurorten MÖSSEBERG i Västergötland på bergets sydöstra sluttning mycket vackert och vindskyddat. Moderna behandlingsresurser jämsides med behaglig komfort och vila.

Patienter lidande av tuberkulos eller svårartad psykisk sjukdom kunna ej mottagas. Snabba direkta förbindelser med Stockholm 4,5 tim. Göteborg 1,5 tim.

Läkararvoden och kostnaderna för fysikalisk terapi ersättes till en del av sjukkassan.

Inga kurplats- eller inskrivningsavgifter.

Överläkare: Rune Wikström.

Modern medicinsk undersökningsavd. Alla brukliga badformer serveras. Individuell dietmat.

Helpension från 27:— pr dag.

*Unna Er
en hälsobringande
vila på*

Mösseberg

Tel. Falköping 100 46 för upplysningar Vx.
sanatoriet Falköping 132 20