

GÖTEBORGS HANDIKAPPADE

Av redaktör ERLAND DAHM



Göteborgs stad har föranställt om en vittgående undersökning av de handikappade i staden. Redaktör Erland Dahm skildrar i denna artikel uppläggnings och resultatet av den unika undersökningen, som torde mana till efterföljd på många andra håll.

Den medicinska rehabiliteringen och den sociala arbetsvården utvecklades var för sig med skarpa gränser emellan. En handikappad kunde slussas mellan olika instanser utan effektiv samverkan. En huvudtanke i Centrala Rehabiliteringsberedningen (1962) är: bättre samordning, teamwork.

Bl. a. för att verka såsom påtryckningsgrupp på stadens styresmän inom handikapplanering, konstituerades 1962 en expertkommitté i Göteborg under ledning av dåv. professorn i socialmedicin, Gunnar Inghe. Denna fann bristfällig registrering och otillfredsställande beräkningar hos uppskattningarna av antalet handikappade.

1960 tillsatte Göteborgs stadsfullmäktige en beredning med direktiv att utreda rehabiliteringsbehovet. I en kompletterande undersökning av civilekonom K. E. Westlund, formulerade denne problematiken: För välplanerat utnyttjande av resurserna på lång sikt, måste efterfrågeanalyser och -prognoser först konstatera behovet för att någon generalplan överhuvud skall fungera rationellt. 1963 beviljade stadskollegiet medel till en undersökning av frekvensen somatiskt handikappade i Göteborg. Uppdraget gick till Göteborgs stads statistiska kontor. Som undersökningsledare fungerade byråchefen, riksdagsman Kurt Hugosson och under denne: 1:e aktuarie Rune Gustafsson och sociolog Barbro Jansson. För läkarbedömningen svarade professor Tore Broman, dr Annmari Lindberg-Broman, dr Jan Hansson och dr Lars Wilhelmsen. Undersökningen framlade sin första rapport "Hälsa—Yrke—Bostad i Göteborg 1964" i juni 1965, delarna II och III utkom i oktober 1966.

Urvalet

Eftersom flera av de faktorer som påverkar en handikappad, beror av

den närmaste miljön, valdes hushållet såsom primär urvalsenhet. 1964—1965 utsattes 1 200 hushåll, motsvarande ca 3 400 individer, födda år 1900 och senare, samt 400 förtidspensionärer, för mångsidiga frågor av intervjuare från statistiska kontoret, om de utvalda personernas egen uppfattning av sitt hälsotillstånd, sjukhusvistelser, förekomst av olycksfall och sjukdomssymptom, rörelsebesvär, möjlighet till förflyttning med olika kommunikationsmedel, skol- och yrkesutbildning, sysselsättning m. m. Undersökningens första sonderande del genomfördes i tre led: 1. intervjuer, 2. medicinsk bedömning av läkarexpertis och 3. registergenomgång i olika sociala register: mot de subjektiva hälsouppgifterna ställdes alltså medicinsk sakkunskap samt registrerade fakta.

Denna första rapport gav en uppsjö intervjudata, ägnad fördjupad analys av medicinsk expertis. De datamaskinbehandlade siffrorna visade bl. a. att av ett befolkningsunderlag på 277 500 personer i åldern 16—24 år, uppskattades frekvensen "icke friska" till 46 200, eller 17 %. Mer än hälften ansåg sig lida av allvarlig sjukdom. 13 % led enligt egna uppgifter av rörelsehinder av något slag. De chockerande resultaten stimulerade till en fördjupad vetenskaplig bearbetning av materialet.

Metodik

Del II ger en presentation av resul-

tatet av läkarundersökningar och registergenomgångar samt jämförande studier från de olika källorna. Ur intervjumaterialet ansåg läkarna att 820 fall närmare borde undersökas, och valde att kategorisera dessa enligt egenskaper som faktiskt kunde mätas och registreras, bl. a. efter WHO-klassifikationer av diagnoser. Dessutom mätbar fysisk funktionsförmåga, inkomstnivå i förhållande till utbildningsstatus m. m.

Den följande sammanfattningen kommer att uteslutande behandla vuxna personer (16—64 år). Av de 820 läkarundersökta från det ursprungliga materialets 2 817 intervjuade, bedömdes 725 kunna åsättas diagnosen "icke friska". 684 personer, eller 32 % av samtliga vuxna blev det slutgiltiga material som undersökningen och dess uppräkningsar grundas på. Det bör observeras att detta ej är ett mått på populationens sjuklighet totalt, utan endast mäter de sjukdomar undersökningen avser. Det kan alltså finnas avsevärt större morbiditet genom här icke diagnosticerade sjukdomar.

Medicinsk analys av sjukdomsförekomst m. m.

Totalt konstaterades alltså att 32 % av samtliga vuxna icke var friska enligt denna undersöknings definitioner, motsvarande 88 500 personer av stadens befolkning i nämnd åldersgrupp. Fysisk funktionsnedsättning konstaterades hos 10 %

(27 600 personer). 45 % av samtliga diagnoser finns inom grupperna "ryggsjukdomar", "psykiska sjukdomar" och "astma-bronkit m. m.". (Den höga frekvensen astma-bronkit, motsv. 4,9 % av populationen, är ett viktigt memento i debatten om luftförorening.) 17 % av de "icke-friska" (motsv. 14 900 personer) befanns vara rörelsehindrade, och 14 % (12 400) ha "övrigt handikapp". Sjukdom och funktionsnedsättning var starkt korrelerad till kön och ålder; 27 % av männen (36 600) hade diagnosticerad sjukdom, och 36 % av kvinnorna med stark stegring i åldrarna över 35 år för båda könen. Funktionsnedsättningen gällde främst "tyngre hushållsarbete", dvs. kvinnor var mest drabbade; (något för kök-arkitekter, även för normalhushåll att beakta) därnäst "snabb gång utomhus", vidare förmåga att klara spårvagn/buss. "Gång i trappor" var bekymmer för dubbelt så många kvinnor som män (40, resp. 20 %). En variabel som är svårtolkad, men ofta återkommande i olika sammanhang, utgår från sjukdomsgrupperna: psykiska sjukdomar—rygg—astma—bronkit—högt blodtryck—hjärtsjukdom, vilka har hög frekvens. Det står i samband med påsättochvis självvårdad invaliditet — fetma — men i en del fall synes också kunna misstänkas alkoholism, speciellt bland män. (Privat reflexion: varför diagnosticeras inte över huvud fetma av läkare såsom form av psykisk sjukdom?) Högsta

antalet personer med svårigheter för "snabb gång utomhus" återfinns i gruppen astma—bronkit. (Var går gränsen för s. k. "dålig kondition"?)

Av de beräknat 27 000 personerna med nedsatt funktionsförmåga befanns uppräknat, 15 800 totalt oförmögna att klara sig själva. (6 % av samtliga.)

Bostadsförhållanden

Sjuka och handikappade visade sig bo i äldre bostäder än friska personer — 75 % mot friska 58 %. De bodde i högre grad i starkt kuperade områden än friska. Bostäderna var avsevärt mer omoderna för sjuka och handikappade: av friska bodde 75 % fullt modernt, mot 62 % av de handikappade. 15 %, eller uppräknat 4 000, saknade centralvärme och svarade själva för uppvärmning — generellt kan sägas att ju äldre handikappade, dess sämre bostäder. 6 000 icke friska hade torrklosett utomhus. 10 800 bedömdes vara i behov av annan bostad, av vilka 8 200 hade nedsättning i rörelsefunktionerna. 2 800 personer ansågs behöva invalidbostad! Antalet invalidbost. i Göteborg jan. 1966: 110 st. Den mest "belastade" gruppen hade de lägsta hyrorna (oftast: omodernaste bostaden). 8 400 personer med funktionsnedsättning stod i kö för ny bostad. I tabellerna framgår klart beroende mellan sjukdomsförekomst och bostadens ålder. Korrelerande siffror torde även kunna sökas i tabeller

för sysselsättningsgrad, inkomst och utbildning — till nackdel för allt tal om lyckosamt genomförd välfärd i folkhemmet.

Arbete och ekonomi, sociala problem, utbildning

I samtliga åldersgrupper uppvisades samband mellan sjukdom och handikapp och grad av utbildning, på så sätt att personer med högre utbildning var mindre sjuka eller handikappade än personer med lägre utbildning. 37 % hade diagnos i gruppen med enbart folkskola, medan bara 19 % bland studenter eller personer med högre utbildning. Speciellt illa utsatt grupp här är kvinnor, i synnerhet i ålder över 45 år. Av personer med kompenserade handikapp hade 28 % högre utbildning än enbart folkskola, mot 17 % av dem som ej kompenserat handikappet. (Ett förhållande som redan Sonja Risinger-Calais undersökning om poliopatienters återanpassning antydde 1960.)

33 % av samtliga vuxna personer var i mars 1964 utan arbete och 57 % av dessa hade primär diagnos inom grupperna psykisk sjukdom—ryggsjukdom—astma—bronkit och rörelseorganens sjukdomar. Av de svårast handikappade var 77 % utan sysselsättning. De förvärvsarbetande "icke friska" respektive handikappade hade lägre inkomstnivå än friska, i en sjunkande skala i takt med funktionsnedsättning: kvinnor genomsnittligt mer än hälften så

hög medianinkomst som män. (Anmärkas bör att en del av dem som saknade arbete var hemmafruar och studerande.) För rättvisare bedömning bör även försörjningsbördan in i bilden; de svårast belastade ifråga om inkomst bland dem med funktionsnedsättningar är även här kvinnor. En annan bidragande faktor till sjunkande inkomst var åldern.

Kontakter med olika sociala organ var vanligare bland icke friska personer än bland friska. Största andelen "icke friska" personer återfanns bland de ej förvärvsarbetande gifta, samboende kvinnorna. Av dem som haft kontakt med socialnämnd var 3 600 handikappade. 2 % (4 400 personer) hade varit i kontakt med barnavårdsnämnd och 3 % (7 800) med nykterhetsnämnd, majoriteten män. Civilståndsfördelningen bland dem som varit i kontakt med socialnämnd, visar övervikt för frånskilda, icke friska kvinnor. 5 200 personer hade mottagit socialhjälp under den aktuella tiden utan grund i dålig ekonomi, sjukdom/handikapp e. dyl. — rapporten förmodar oupptäckta psykiska sjukdomar.

54 % av samtliga vuxna hade varit i kontakt med — övervägande — privatpraktiserande läkare under intervjuåret. Ungefär lika många av dem, som läkarundersökningen kunde diagnosticera, som dem som befanns friska, hade varit sjuk-skrivna.

Kommunikationsproblem

Stadens kommunikationsmedel utnyttjades av icke friska personer i högre grad än av friska. Majoriteten är kvinnor i åldern 45—64 år. Av en total resevolym på 215 300 resor med spårvagn/buss pr dygn, görs ca 73 100 av icke friska personer av vilka 10 % har nedsatt funktionsförmåga. Proportionellt fler friska personer färdas med egen bil än icke friska.

På grundval av beräkningar tillsammans med Göteborgs handikapporganisationer sammanställdes ett planerat behov av handikapptransporter i augusti 1966 och spårvägen förberedde sådan transport för 525 personer.

”Hälsa — Yrke — Bostad”-undersökningen kommer fram till att nio gånger så många personer behöver transporthjälp, eller 4 700 personer!

Behov av sjukvård och rehabilitering

Undersökningen ger utförliga besked om graden av sjukhusvård, former av sjukdom och vårdtidens längd m. m. som borde vara av värde för en av intressenterna i undersökningen — sjukvårdsstyrelsen. 73 000 ur den vuxna populationen vårdades på sjukhus vid 94 900 tillfällen, därav 18 400 personer med funktionsnedsättning; den vanligaste orsaken var ryggsjukdomar och psykiska sjukdomar samt astma-bronkit.

Behov av rehabilitering, arbetsvård etc. uppskattas med ledning

av uppräknade siffror enligt följande: (Tabell 10.3.1.)

Sluten rehabilitering	(800)
Poliklin. ”	2 500 ¹
Arbetsvård	7 500
Transporthjälp	4 700
Tekn. hjälpmedel	9 700

Det numerärt största antal som behövde rehabilitering fanns inom grupperna ”neurologiska sjukdomar”. GHT anmärker på ledarplats i kommentar till undersökningen 31/10 -65: ”Mot den bakgrunden ter det sig närmast obegripligt att Göteborgs stad ännu inte har reserverat en enda sjukhusplats, ännu mindre en klinik för reumatiker-vård.”

Pensionsbehov

Läkarteamet använde sig vid denna bedömning av samma grunder som Försäkringskassan. Det numerärt största pensionsbehovet bedömdes föreligga i gruppen ”psykiska sjukdomar”. Räknat på personer med funktionsnedsättning, var ca 40 % bland både män och kvinnor i behov av någon grad av pension. Av dessa var dock pensionsbehovet icke tillgodosett hos nära 10 % av männen och ända till 22 % hos kvinnorna. Totalt beräknades pensionsbehovet bland vuxna uppgå till 12 600 personer, men endast 6 900 hade förtidspension vid undersök-

¹ Doc. Einar Helanders utredning för Gbg sjukvårdsstyrelse år 1963 sammanfattar (s. 13) behovet år 1970 till ”drygt 2 000 nya patienter årligen”.

ningstillfället; av dem som var pensionsberättigade enligt läkarbedömningen, men ej hade pension hade 1 700 fall minst $\frac{5}{6}$ arbetsförmåga.

Specialstudier

En av dessa sökte utröna i vilken grad intervjupersonerna ansåg att deras livsföring, yrkesval m. m. påverkats bestående av sjukdom/handikapp. Samtliga icke friska ansåg sig varaktigt påverkade i någon grad beträffande skolgång, yrkesval, förmåga klara sitt arbete, förmåga sköta hushåll och att klara den dagliga tillvaron — negativt. Den största gruppen som ansett sig haft begränsade valmöjligheter vid val av yrke, faller inom gruppen som saknar fysiska funktionsnedsättningar, och rapporten tolkar detta överraskande faktum så att flertalet personer med handikapp ådragit sig det sedan de skaffat sig utbildning resp. anställning. Funktionsnedsättning uppgavs ge svårighet inte bara med förflyttningar inom arbete utan också besvär med att hänga med i hetsigt och jäktigt tempo. Rapporten påpekar att det inte behöver innebära sämre arbetsprestation.

Undersökningen avslutas med några andra jämförelser med undersökningar inom liknande områden. En i USA "Chronic conditions and activity limitation" 1961—63 på 259 000 personer; en på 10 000 danska hushåll 1961—62; vidare "En socialmedicinsk analys av

sjukförsäkringens 90-dagarsfall" 1962. Jämförelserna visade vissa skillnader beroende på olika grupperingsgrunder och sociala faktorer i USA och Danmark, men i centrala avseenden överensstämde resultatet med Göteborgs stads statistiska kontors rapport.

Utöver del II föreligger även tabellbilagan, del III.

Kommentar

Den höga frekvensen handikappade och personer med funktionsrubbling enligt denna undersökningens definitioner borde stimulera till åtskilligt nytänkande. Ställt i relation till dessa kategoriers konstaterade svårigheter med hushållsarbete, trappor, offentliga kommunikationsmedel m. m. kräver resultatet av undersökningen att man vid vidare samhällsplanering tar hänsyn till uppenbara fakta. Vid den allmänna intervjun förekom detaljerade frågor om vad som upplevdes som svårigheter, på vilket sätt, och vad vederbörande har att föreslå till ändring — t. ex. ifråga om en spårvagns trappstänger, dörrar, steg m. m. och svaren finns nedskrivna. (Då undersökningen aviserades 1964 offentligt, sades bl. a. att resultatet skulle ligga till grund för att projektera Göteborgs nya stadsdelar Angered-Bergum till ett "handikappvänligare samhälle.") Undersökningen gällde alltså för personer under 65 år — givna besked gäller till stor del också för äldre personer i detta avseende.

Fakta om relationer mellan handikapp—låg inkomst—dålig bostad, liksom mellan sjukdom—låg status, liksom mellan handikapp—ålder—kön—och låg inkomst *indikerar att frånvaro av sjukdom/handikapp privilegierar en frisk person och diskriminerar den sjuke*. Detsamma utsäger variablerna om sjukdom/handikapp och arbetslöshet — *i själva verket döljer de en utbredd dold arbetslöshet*. Sambanden mellan låg utbildning — handikapp — 45-årsålder och låg status skulle kunna stimulera reflexioner om vuxenutbildning och omskolning i helt annan utsträckning än för närvarande.

I flera avseenden framstår *kvinnor* som de mest utsatta, i denna undersökning, liksom i den näm-

da av Sonja Risinger-Calais. Ju äldre och dess mer sjuka, desto sämre bor de, ofta har de låg utbildning, ju äldre årsgrupp de tillhör, saknar ofta yrkesutbildning och frekventerar vid skilsmässa socialnämnd mer än män. Den dubbelt så stora andel av handikappade kvinnor, jämfört med dito män, som ansetts vara berättigade till förtidspension, men saknar sådan, antyder en stor kategori icke-friska kvinnor som för sin försörjning är beroende av annan person.

Undersökningen bjuder, som redan antytts, även i fortsättningen rika möjligheter till nya undersökningar och slutsatser om skillnader mellan i ett eller annat avseende handikappade och icke handikappade människor.

OM Asien

Men vilka vägar diplomaten än kommer att vandra vid den förestående avvecklingen av Västerlandets privilegier i den Fjärran Östern, så kan i varje fall det slutliga resultatet redan nu skönjas. Den Fjärran Östern ingår i en ny världshistorisk epok, där Kina, liksom tidigare Japan, kommer att på den fulla folkrättsliga jämlikhetens basis inträda i en ny och aktiv roll av världsomfattande betydelse.