

BETÆNKNING
vedrørende
KVINDERS
SUNDHEDSFORHOLD

Afgivet af det under kommissionen vedrørende
kvindernes stilling i samfundet
nedsatte udvalg om sundhedsforholdene



ex. 2

BETÆNKNING NR. 594
KØBENHAVN 1971

ISBN 87 503 1022 4

S. L. MØLLERS BOGTRYKKERI, KØBENHAVN

Indholdsfortegnelse

Side

Kapitel 1. <i>Udvalgets kommissorium og sammensætning</i>	7
Kapitel 2. <i>Oversigt over kapitlerne 3-8</i>	9
Kapitel 3. <i>Befolkningens fordeling efter køn, alder og civilstand</i>	10
Kapitel 4. <i>Metoder til belysning af dødelighed og sygelighed</i>	11
Kapitel 5. <i>Dødeligheden for kvinder og mænd</i>	13
5.1. Generelle oplysninger	13
5.1.1. Summarisk dødelighed	13
5.1.2. Aldersspecifik dødelighed	13
5.1.3. Spædbørnsdødelighed	14
5.2. Dødsårsagerne	15
5.2.1. Fordeling på dødsårsagsgrupper	15
Kapitel 6. <i>Sygeligheden for kvinder og mænd</i>	17
6.1. Sygdomsundersøgelsen i Danmark 1951-54	17
6.1.1. Forbehold i henseende til undersøgelsens validitet	17
6.1.2. Sygdomsforekomsten	17
6.2. Den amerikanske helbredsundersøgelse	18
6.3. Særlige gruppeundersøgelser	20
6.3.1. Helbredet hos ældre	20
6.3.2. Fysisk handicappede	21
6.3.3. Invalidepensionister	21
6.4. Sygehusindlæggelser	22
6.4.1. Almindelige sygehuse	22
6.4.2. Speciel undersøgelse for Svendborg og Odense 1965/66	23
6.4.3. Sygehusundersøgelsen i Danmark 1952/53	24
6.4.4. Psykiatriske institutioner	26
6.5. Anmeldte sygdomme	28
6.5.1. Infektionssygdomme	28
6.5.2. Kønssygdomme	28
6.5.3. Tuberkulose	29
6.5.4. Kræft	29
6.6. Særlige undersøgelser	29
6.6.1. Lægeforeningens hygiejnekomité's kliniske undersøgelse 1946-48	29
6.6.2. Lægeydelse i almen praksis	30
6.6.3. Jens Vilh. Dahlerups undersøgelse	30
6.6.4. Mogens Milfeldts undersøgelse	32
6.7. Lægemiddelforbrug	32

6.7.1.	Generelle oplysninger	32
6.7.2.	Undersøgelse af sovemiddelforbruget 1952/53	33
6.7.3.	Lægemiddelforbrugsundersøgelse, Sverige 1963	33
6.7.4.	Lægemiddelforbrug i USA	34
6.7.5.	Lægemiddelbivirkninger	34
Kapitel 7. <i>Beskrivelse af udearbejdende kvinders sygelighed sammenlignet med mænds</i>		
7.1.	Generelle betragtninger	35
7.2.	Populationsundersøgelser	35
7.2.1.	Sygdomsundersøgelsen i Danmark 1951-54	35
7.2.2.	National Health Survey i USA 1965/66	36
7.2.3.	Det engelske sygeforsikringssystem	36
7.3.	Sygdomsfravær for specielle grupper	36
7.3.1.	Løbende fraværstatistik for kontorfunktionærer	36
7.3.2.	Fraværstatistik for Københavns kommunes tjenestemænd og lønarbejdere 1964	37
7.3.3.	Dansk Arbejdsgiverforenings fraværundersøgelse	38
7.3.4.	Sygefraværundersøgelse i svensk industriforetagende	39
7.4.	Sygdomsfravær for kvinder efter civilstand	40
7.4.1.	Kvindelige kontorfunktionærer i Danmark 1964	40
7.4.2.	Arbetsmarknadskommitténs kvinnoutrednings fraværundersøgelse 1948-49	40
7.4.3.	Svenske forsikringsfunktionærers sygefravær 1950	40
7.5.	Sygdomsfravær for kvinder med og uden børn	40
7.5.1.	Undersøgelse af sygdomsfraværet i svensk industriforetagende	40
7.5.2.	Arbetsmarknadskommitténs kvinnoutrednings fraværundersøgelse 1949	41
7.5.3.	Sygdomsfravær blandt kvindelige arbejdere og funktionærer med og uden børn, Wien 1959-61	42
7.6.	Fravær på grund af særlige kvindesygdomme, svangerskab og barsel	42
7.6.1.	Dysmenorrhoeundersøgelse, Malmø 1955-57	42
7.6.2.	Barselfravær blandt kvindelige svenske forsikringsfunktionærer 1950	43
Kapitel 8. <i>Særlige kvindesygdomme</i>		
8.1.	Dødsårsager	44
8.2.	Sygehusindlæggelser	44
8.3.	Diagnoser	44
8.4.	Undersøgelse for livmoderkræft	45
8.5.	Svangerskab, abort og barsel	45
8.5.1.	Generelle betragtninger	45
8.5.2.	Dødsfald	45
8.5.3.	Sygehusindlæggelser	45
8.5.4.	Sygdom i forbindelse med svangerskab, abort og barsel	46
8.6.	Udvikling i fødselshyppighed	46
8.7.	Psykisk almentilstand	46
8.7.1.	Den kroniske belastningsneurose	46
8.7.2.	Husmødres psykiske almentilstand	48
8.7.3.	Social-psykiatrisk undersøgelse af 330 kvinder i Stor-København	49
Kapitel 9. <i>Sammenfattende betragtninger vedrørende forskellen i dødelighed og sygelighed for kvinder og mænd</i>		
		50

Kapitel 10. <i>Vurdering af eksisterende foranstaltninger af særlig betydning med henblik på bekæmpelse af sygdomme hos kvinder</i>	52
10.1. Den institutionsmæssige indsats	52
10.1.1. Svangerskab og fødsel	52
10.1.2. Gynækologiske lidelser	53
10.1.3. Cancerterapi	53
10.1.4. Psykiatri	53
10.1.5. Chirurgia minor	53
10.1.6. Fysiurgi	53
10.2. Den ambulante indsats	53
10.3. Omsorg og aflastning under sygdom	54
10.3.1. Hjemmesygepleje	54
10.3.2. Husmoderafløsning og hjemmehjælp	54
10.3.3. Forsorg for børn under moderens sygdom	55
Kapitel 11. <i>Vurdering af eksisterende foranstaltninger af særlig betydning med henblik på forebyggelse af sygdom hos kvinder</i>	56
11.1. Forebyggende indsats i forbindelse med svangerskab og fødsel	56
11.2. Forebyggelse af cancer	56
11.3. Seksualvejledning	57
11.4. Rådgivning i øvrigt	57
11.5. Arbejdshygiejniske foranstaltninger ude og hjemme	57
11.6. Fysisk aktivitet ude og hjemme	58
Kapitel 12. <i>Resumé</i>	59
Bilag 1. Skrivelse af 24. juni 1967 fra udvalget til kvindekommisionen vedrørende tvungen barselhvile	63
Bilag 2. Skrivelse af 1. juni 1968 fra udvalget til kvindekommisionen vedrørende eventuel ændring af det for statens tjenestemænd gældende syge-reglement	64
Bilag 3. Skema samt vejledning fra Dansk Arbejdsgiverforening vedrørende fraværstatistik	66
Litteraturfortegnelse	72

KAPITEL 1

Udvalgets kommissorium og sammensætning

Udvalget vedrørende sundhedsproblemerne blev nedsat af kommissionen vedrørende kvindernes stilling i samfundet den 23. april 1965 med følgende *sammensætning*:

fuldmægtig, nu kontorchef Bent Jensen, Dansk Arbejdsgiverforening, *formand*,
medicinaldirektør, dr. med. Esther Ammundsen,

statsautoriseret translatør Guldborg Chemnitz, amtslæge, dr. med. Vagn Christensen,

kontorassistent Irene Claussen, Handels- og Kontorfunktionærernes Forbund i Danmark, viceslæge Inge Jespersen (særligt sagkyndig),

formand for Dansk Sygeplejeråd Maria Madsen, Fællesrådet for Danske Tjenestemand- og Funktionærorganisationer,

folketsmedlem Viola Nørlov, Danske Husmødres Forbrugerråd,

fru Helyett Simonsen, Fagligt Kvindesekretariat,

kontorchef i indenrigsministeriet K. V. Stang (tilforordnet af indenrigsministeriet).

Til sekretær i udvalget beskikkedes fuldmægtig, nu ekspeditionssekretær, i socialministeriet Tut Loft, der fungerede indtil den 1. oktober 1965. Derefter beskikkedes sekretær i indenrigsministeriet Agnete Laustsen.

Læge Erik Holst har fra den 1. september 1966 bistået udvalget med tilvejebringelse og bearbejdelse af litteratur samt med udarbejdelse af betænkningen, ligesom han har deltaget i udvalgets møder. Endvidere har kontorchef Jens Sørensen, sundhedsstyrelsen, gennemgået betænkningen og medvirket ved dens endelige udformning.

Den 7. marts 1966 afgik fru Helyett Simonsen ved døden. Da fru Simonsen var beskikket som personligt medlem af kommissionen, valgte ingen efterfølger.

Den 1. februar 1967 udtrådte medicinaldirektør Esther Ammundsen af udvalget, og viceslæge Inge Jespersen, der hidtil havde været tilknyttet kommissionen og udvalget som særligt sagkyndig, blev beskikket som ordinært medlem såvel af kommissionen som af udvalget.

Den 1. juni 1968 udtrådte formand for Dansk Sygeplejeråd Maria Madsen af udvalget, og i stedet beskikkedes sygeplejerådets nye formand Kirsten Stallknecht.

Udvalget har haft følgende *kommissorium*: »- at foretage en sammenlignende undersøgelse af kvinders og mænds sygelighed, årsagerne til eventuel speciel kvindesygelighed og mulighederne for at forbedre forholdene. Udvalget vil i denne forbindelse være opmærksom på forekomsten af neuroser, herunder belastningsneuroser. «

Da det stod klart, at kommissoriet omfattede en række problemer af sundhedsmæssig karakter, som måtte antages at blive behandlet i andre af kommissionens udvalg, f.eks. ulykker i hjemmet og sundhedsproblemer på arbejdspladsen, har udvalget med tilslutning fra kommissionens formand set det som sin opgave at afgrænse de områder, hvor kvinderne udviser en oversygelighed (eller -dødelighed) i forhold til mænd, og områder, der omfattes af de specielle kvindesygdomme, herunder belastningsneuroser; dernæst har udvalget vurderet mulighederne for at forbedre forholdene på de områder, der ikke vil blive specielt behandlet af andre udvalg under kommissionen.

Udvalget har som baggrundsmateriale benyttet alle offentliggjorte danske undersøgelser, der vedrører emnet, og et udvalg af udenlandske undersøgelser.

Derudover har udvalget fået overladt den af Københavns kommune i 1964 udarbejdede sygefraværstatistik, der i samarbejde med

udvalget er blevet bearbejdet af socialforskningsinstituttet og nu foreligger offentliggjort.

På udvalgets foranledning iværksatte Dansk Arbejdsgiverforening en arbejdsfraværsundersøgelse, hvis hovedresultater indgår i betænkningen.

Udvalget har endvidere haft en række drøf-

telser med læge Ketty Kjærbye Christensen om den af hende foretagne socialpsykiatriske undersøgelse af gifte kvinder med børn under 18 år.

Udvalget har holdt 17 møder.

Den foreliggende betænkning er tiltrådt af alle udvalgets medlemmer.

København, den 8. juli 1970.

Vagn Christensen

Irene Claussen

Bent Jensen
formand

Inge Jespersen

Viola Nørlov

Kirsten Stallknecht

K. V. Stang

Erik Holst

Agnete Laustsen

KAPITEL 2

Oversigt over kapitlerne 3-8

Gennemgangen af det indsamlede materiale er tilrettelagt således, at man starter hvert afsnit med at præsentere det foreliggende danske materiale. Udenlandsk materiale er i et vist omfang brugt som supplement hertil, men er ellers kun medtaget i mere detaljeret form, såfremt der ikke foreligger tilsvarende materiale fra Danmark.

I kapitel 3 gøres der rede for den befolkningsmæssige baggrund, herunder fordelingen efter køn, alder og civilstand.

Der gives i kapitel 4 en oversigt over en række metoder til belysning af dødelighed og sygelighed, og en vurdering af disse metoders anvendelighed og betydning.

I kapitel 5 er givet en detaljeret fremstilling af den danske dødelighedsstatistik med særlig vægt på de punkter, hvor der kan konstateres en overdødelighed for kvinder i forhold til mænd. Kapitlet er afrundet med nogle få præcisioner om udviklingen i Sverige og USA.

Sygeligheden er behandlet generelt i kapitel 6, mens sygeligheden for udearbejdende mænd og kvinder behandles i kapitel 7 og de særlige kvindesygdomme i kapitel 8.

Den generelle fremstilling af sygeligheden starter med den danske morbiditetsundersøgelse 1951-54. Selv om den er noget forældet, og i stedet for at anvende læger til interviewene og følge disse op med egentlige undersøgelser af de adspurgte personer benyttede lægmandsbedømmelse til fastlæggelse af sygeligheden, må den alligevel anses for den hidtil bedste undersøgelse her i landet. Den danske undersøgelses resultater suppleres med resultaterne af den løbende amerikanske sygelighedsundersøgelse.

Helbredet hos ældre behandles specielt på grundlag af den af socialforskningsinstituttet i 1962 foretagne undersøgelse, ligesom også de fysisk handicappede er omtalt med støtte i en lignende undersøgelse. Endelig hører omtalen af invalidepensionisterne hjemme her.

Dernæst præsenteres sygeligheden i Dan-

mark som den optælles i sygehusstatistikken, incl. statshospitalerne og andre psykiatriske behandlingsinstitutioner.

I det følgende afsnit behandles sygeligheden af visse anmeldelsespligtige sygdomme, herunder kønssygdomme og tuberkulose; også kræftsygeligheden, der registreres på frivillig basis, omtales her.

Som afslutning på kapitel 6 omtales resultatet af to undersøgelser af lægegydelser i almen praksis, der dog ikke tillader særligt vidtgående generelle konklusioner, da befolkningsgrundlagets størrelse ikke er kendt. I dette afsnit er også vist resultaterne af en undersøgelse over forbruget af visse lægemidler, suppleret med resultaterne af en svensk og en amerikansk undersøgelse.

Resultaterne af en række danske og udenlandske undersøgelser over arbejdsfravær for kvinder og mænd beskrives i kapitel 7. Først omtales de særlige forhold, man må have i erindring ved vurderingen af disse undersøgelser. Fremstillingen af undersøgelserne starter med resultater fra den danske sygdomsundersøgelse 1951-1954, der suppleres med tilsvarende tal fra den amerikanske sygelighedsundersøgelse; desuden gives der nogle hovedtal fra den engelske sygeforsikringsstatistik. Dernæst refereres undersøgelser i Danmark og i udlandet vedrørende sygdomsfravær fra arbejde for specielle grupper, herunder særlige undersøgelser over fravær for gifte og ugifte kvinder og for kvinder med og uden børn. Kapitlet slutter med den af Dansk Arbejdsgiverforening på udvalgets opfordring i 1968 foretagne fraværundersøgelse i den danske industri.

Endelig sammenfattes i kapitel 8 oplysninger om de særlige kvindesygdomme af de foran nævnte morbiditetsundersøgelser, dødeligheds- og sygelighedsstatistikken. Dernæst omtales specielle undersøgelser om disse sygdomme, og kapitlet slutter med omtale af de specielle problemer, der vedrører svangerskab, fødsler og aborter.

KAPITEL 3

Befolkningens fordeling efter køn, alder og civilstand

Den befolkningsmæssige baggrund.

Da dødsfald og sygdomme optræder med meget forskellig hyppighed i de forskellige aldersklasser for begge køn, og da desuden sygelighed og det deraf følgende omsorgsbehov har relation til befolkningens civilstand, skal der indledningsvis gives en generel beskrivelse af befolkningens fordeling efter køn, alder og ægteskabelig stilling.

Den danske befolkning består af omkring lige mange mænd og kvinder. Aldersfordelingen for den kvindelige og mandlige befolkning er imidlertid ret forskellig, hvilket skyldes dels at der fødes flere drenge end piger, dels at dødeligheden på alle alderstrin er større for den mandlige del af befolkningen end for den kvindelige. Den kvindelige andel af befolkningen er således stigende op igennem aldersklasserne. Udtrykt på en anden måde kan man sige, at mens der er 100 kvinder for hver 100 mænd i aldersgruppen 30-34 år, er der omkring 110 kvinder pr. 100 mænd i alderen 60-64 år, men omkring 150 kvinder pr. 100 mænd i aldersgruppen 90 år og derover. I denne forbindelse bør det nævnes, at middellevetiden, der defineres som den sandsynlige overlevelsestid, som resterer på hvert enkelt alderstrin beregnet på grundlag af dødelighedserfaringerne, for alle alderstrin er højere for kvinder end for mænd.

Tabel 1 viser udviklingen i beregnet middellevetid på fødselstidspunktet. Det bemærkes, at middellevetiden for mænd i de seneste år er stagneret, mens der for kvindernes vedkommende er konstateret en stigning.

Gennem den forløbne del af indeværende århundrede har kvindernes andel af den samle-

Tabel 1. Beregnet middellevetid for mænd og kvinder 1895-1900 (1961-65).

	Mænd	Kvinder	Kvinder i % af mænd
1895-1900	50.2 år	53.2 år	106
1936-1940	63.5 -	65.8 -	104
1941-1945	65.6 -	67.7 -	103
1946-1950	67.8 -	70.1 -	103
1951-1955	69.8 -	72.6 -	104
1956-1960	70.4 -	73.8 -	105
1961-1965	70.3 -	74.5 -	106

de befolkning udvist et jævnt fald, der har gjort sig stærkest gældende i de højere aldersklasser; i de sidste tiår er denne tendens dog standset, idet andelen af kvinder i alderen 60 år og derover gennemgående har været stigende siden 1950.

I henseende til det med sygeligheden følgende omsorgsbehov er befolkningens fordeling efter ægteskabelig stilling navnlig af betydning for de ældre aldersklasser, idet det viser sig, at i aldersgruppen 70-74 år er ca. 60 pct. af kvinderne uden ægtefælle, mens dette kun gælder ca. 28 pct. af mændene; selv i aldersklassen 90 år og derover er der en betydelig forskel mellem kønnene i denne henseende, idet 95 pct. af kvinderne er uden ægtefælle mod 79 pct. af mændene. I betragtning af det ovenfor omtalte langt større antal kvinder end mænd i de høje aldersklasser er problemet »enlige ældre« langt større blandt kvinder end blandt mænd, selv om den omstændighed, at en person er uden ægtefælle, naturligvis ikke nødvendigvis betyder, at personen er enig i boligmæssig henseende.

KAPITEL 4

Metoder til belysning af dødelighed og sygelighed

4.1. Der findes flere forskellige metoder til belysning af en befolknings dødelighed og sygelighed, metoder, der ikke uden videre er sammenlignelige.

Dødeligheden belyses traditionelt ved at udregne *den summariske dødelighed* eller dødssandsynlighed, der er antal døde pr. år sat i forhold til middelfolketallet. Denne summariske dødelighed, der kan udregnes for mænd og kvinder hver for sig, er i høj grad påvirket af befolkningens aldersfordeling, fordi *den aldersspecifikke dødelighed* svinger meget et menneskeliv igennem. Endelig fordeler man dødsfaldene efter dødsårsag, hvilket afslører betydelige forskelle både mellem kønnene og mellem aldersgrupperne. Den danske dødsstatistik er som i de fleste vesteuropæiske lande ret godt udbygget, men det skal bemærkes, at dødsårsagerne kun kan fastslås med en vis usikkerhed.

4.2. Den danske *sygelighedsstatistik* lader på en række punkter meget tilbage at ønske med hensyn til at fastlægge det fulde omfang af sygeligheden, omfanget af den sygelighed, der efter objektive kriterier kræver lægehjælp og endelig omfanget af den sygelighed, der har betydning for individets aktiviteter af arbejdsmæssig art. Det er klart, at disse mangler vil manifestere sig, når man forsøger at belyse forskellen mellem mænds og kvinders sygelighed.

To afgørende forskellige metoder kan anvendes til belysning af sygeligheden. Den ene, der må anses for at være den bedste med hensyn til fuldstændighed, består i at (lade læger) undersøge et i henseende til køn, alder, erhverv, bopæl og evt. flere kriterier repræsentativt udsnit af befolkningen for sygdomsforekomster. Den anden metode består i at optælle de personer, der på grund af sygdom henvender sig

om hjælp til sundhedsvæsenets forskellige led. Såfremt den første af disse to metoder blev rigtigt anvendt, kunne man få belyst det totale omfang af sygeligheden og dermed også den sygelighed, der kræver lægehjælp, og den sygelighed, der har betydning for den arbejdsmæssige indsats.

Derimod vil den anden metode kun give et usikkert indtryk af sygeligheden. Dette hænger blandt andet sammen med, at hyppigheden af henvendelse til læge, indlæggelse på hospital, køb af medikamenter m.m. varierer fra den ene periode til den anden, fra sted til sted og mellem kønnene på grund af forhold, der ikke har nogen relation til sygeligheden. Den registrerede sygelighed i en befolkningsgruppe vil da blive påvirket af f.eks. eksistensen af en sygelønsordning, forskellige former for sygeforsikringsordninger, husmoderafløsning m.v. samt individets egen bedømmelse af sin sygelige tilstand, alt sammen forhold, der intet har at gøre med en objektivt konstaterbar sygelighed. Når denne metode alligevel er den mest anvendte i den danske såvel som den udenlandske medicinalstatistik, hænger det sammen med, at den er økonomisk overkommelig, og at en hel del af den tilvejebragte statistik tjener flere formål.

Det bør slås fast, at man ved at anvende den sidstnævnte metode nok får optalt størsteparten af den sygelighed, der kræver umiddelbar lægehjælp, mens en hel del sygelighed, der uden tvivl spiller en rolle for den arbejdsmæssige indsats og alene derfor burde afhjælpes, ikke bliver registreret.

4.3. Som supplement til ovenstående metoder bør nævnes en lang række *specialundersøgelser* af enkelte sygdomme, udvalgte befolkningsgrupper m.v., der selv om de ofte giver oplysninger af stor betydning for lægevidenskaben

kun i mindre omfang egner sig til at belyse forskelle mellem mænds og kvinders sygelighed, da de fundne resultater kun med væsentlige modifikationer lader sig anvende på andre (hele) befolkningsgrupper. En meget vigtig side af problemet om forskellen mellem kvinders og mænds sygelighed, nemlig fravær fra (erhvervsmæssigt) arbejde på grund af sygdom, må naturligvis - i mangel af den ovenfor nævnte ideale metode - belyses ved en simpel fraværstatistik for erhvervsmæssigt beskæftigede personer. Men resultaterne af sådanne undersøgelser skal anvendes med forsigtighed, da meget taler for, at det traditionelle familiemønster og institutionelle forhold, der jo begge intet har med sygeligheden at gøre, giver forklaring på en del af den ved disse undersøgelser fundne forskel mellem kvinder og mænd med hensyn til registreret fravær på grund af sygdom.

4.4. Det følger af det ovenfor sagte, at sygeligheden i en befolkning, som den kan findes ved de to typer af undersøgelser, der er nævnt i 4.2., kun vanskeligt lader sig sammenligne. Fordelingen på diagnoser er naturligvis helt forskellig for de sygdomme, befolkningen (subjektivt) registrerer, og de sygdomme befolkningen mener at burde søge læge for, ligesom fordelingen på diagnoser af syge, der efter lægeligt skøn kræver hospitalsindlæggelse, afviger betydeligt fra de to førstnævnte; endelig kan det tilføjes, at fordelingen af de døde efter dødsårsager igen frembyder sine helt særlige træk.

Selv om sygdomshyppighederne målt på disse forskellige »niveauer« derfor giver forskellige billeder af befolkningens sygelighed og ikke umiddelbart lader sig sammenligne, er det væsentligt at slå fast, at de hver for sig frembyder sundhedsproblemer, som samfundet må tage stilling til.

KAPITEL 5

Dødeligheden for kvinder og mænd

5.1. Generelle oplysninger

5.1.1. Den summariske dødelighed er forholdet mellem antal døde i et kalenderår og midelfolketallet. Af tabel 2 fremgår det, at den summariske dødelighed i perioden 1961-65 var 9,8 pr. 1000 indbyggere, hvilket betyder en halvering af dødeligheden i løbet af et hundrede år.

Tabel 2. Summarisk dødelighed for mænd og kvinder og hele befolkningen 1921-30 til 1961-65, 1966 og 1967. Pr. 1000 indbyggere.

	Mænd	Kvinder	I alt
1921-30.	11,1	11,2	11,2
1931-40.	10,7	10,6	10,7
1941-50.	9,9	9,6	9,7
1951-55.	9,2	8,6	8,9
1956-60.	9,8	8,7	9,2
1961-65.	10,6	9,0	9,8
1966.	11,2	9,4	10,3
1967.	10,8	9,0	9,9

Det ses, at den summariske dødelighed var af samme størrelse for de to køn i de første to tiår, men at det efterfølgende fald i dødeligheden har været kraftigst for kvinderne, og at stigningen i dødeligheden i de seneste år har været stærkest for mændene.

Dødshyppigheden er meget forskellig i de forskellige aldersklasser, og ændringer i den summariske dødelighed som vist i tabel 2 kan derfor skyldes forskydninger i befolkningens aldersfordeling. Foretages der en korrektion for ændringerne i de to køns aldersfordeling, kan det konstateres, at dødeligheden i løbet af de sidste 30 år for mændenes vedkommende er dalet med godt 20 pct., mens den for kvinder er dalet med knap 40 pct.

Af nedenstående tabel 3 fremgår det klart, at

Tabel 3. Dødelighed efter køn og alder 1961-65. Dødsfald pr. 1000 indbyggere pr. år.

Aldersgrupper	Mænd	Kvinder	Dødelighed for kvinder i % af mænd
Under 1 år.	23,2	16,9	73
1- 4	0,9	0,8	89
5- 9	0,5	0,3	60
10-14	0,4	0,2	50
15-19	0,8	0,4	50
20-24	1,1	0,4	36
25-34	1,1	0,8	73
35-44	2,2	1,8	82
45-54	6,0	4,0	67
55-64	16,9	9,7	57
65-74	40,9	28,3	69
75-84	101,5	85,0	84
85 år og derover ..	237,7	214,4	90
Alle aldre	10,6	9,0	85

dødeligheden for kvinder i alle aldersklasser er væsentlig lavere end for mænd.

5.1.2. For begge køn er den aldersspecifikke dødelighed meget høj i 1. leveår og er allerede på dette tidspunkt væsentlig større for mænd end for kvinder. Den holder sig derefter på et meget lavt niveau op til 35-44 års alderen, og fra denne aldersgruppe er der en stadig kraftigere (næsten exponentiel) stigning i dødeligheden op igennem aldersgrupperne.

Den største forskel mellem kønnene findes i 10-24 års alderen og i aldersgruppen 55-64 år, hvor dødeligheden for kvinder udgør henholdsvis knap 50 og godt 50 pct. af mændenes dødelighed.

Den aldersspecifikke dødelighed har været faldende for begge køn siden begyndelsen af tyverne og frem til midten af halvtredserne,

dog mest udtalt for aldersklasserne under 35 år. Denne tendens er fortsat for kvinderne til allernyeste tid og for de yngre aldersklasser. For mændene over 55 år har der derimod i det sidste 10-år været en stigning, der i den senere tid er fulgt af en lignende udvikling for mænd ned til 45 års alderen. I de sidste par år ser det imidlertid ud til, at der er en stigende tendens for kvinder i 35-44 års alderen.

5.1.3. Ofte gives der i denne forbindelse tal for *spædbørnsdødeligheden*, der er et udtryk for dødeligheden i det første leveår. Spædbørnsdødeligheden hænger nøje sammen med

for tidlig fødsel (præmaturitet), der igen afhænger af moderens fysiske og mentale sundhedstilstand og ydre levevilkår under svangerskabet, og spædbørnsdødeligheden kan derfor anvendes som en indikation for mødrenes sundhedstilstand og levestandard (medens den formentlig i langt mindre grad afspejler standarden eller omfanget af den fødselshjælp, samfundet yder).

Spædbørnsdødeligheden har været stærkt faldende i indeværende århundrede; fra fem-året 1931-35 til 1961-65 alene er spædbørnsdødeligheden for begge køn faldet til under 1/3, og i de sidste år har spædbørnsdødeligheden ligget omkring 2 pct. for drenge og 1,5 pct.

*Tabel 4. Dødsårsagernes fordeling på dødsårsagsgrupper efter køn og alder. 1966.
Pr. 100.000 indb.*

		Under 28 dg.	28 dage - 1 år	1-4 år	5-14 år	15-24 år	25-34 år	35-44 år	45-64 år	65-84 år	85 år og derov.	I alt
Hjertesygdomme	M	-	2	1	1	1	6	45	441	2674	10400	425
	K	-	2	1	0	1	4	15	143	1830	9290	320
Kræft	M	1	15	12	7	10	20	49	305	1286	2552	223
	K	-	16	10	5	7	20	82	290	929	2083	210
Apopleksi og alderdomssvaghed ...	M	-	5	2	-	1	2	7	64	946	5992	141
	K	-	-	1	0	1	1	9	48	848	6355	158
Sygdomme i åndedrætsorganerne ...	M	-	94	12	1	1	3	6	58	379	2200	66
	K	-	47	9	1	1	1	3	17	188	1580	39
Ulykkestilfælde	M	4	44	31	29	55	40	31	60	176	728	61
	K	2	34	22	12	13	5	7	22	151	1355	40
Sygdomme i fordøjelsesorganerne ..	M	29	37	3	1	1	2	11	40	206	664	37
	K	23	44	3	1	1	3	7	27	202	568	37
Sygdomme i urin- og kønsorganer ..	M	2	-	-	0	3	4	7	22	214	1200	35
	K	-	-	-	1	1	3	14	27	123	426	26
Sygd. hos nyfødte og hos spædbørn	M	1231	10	-	-	-	-	-	-	-	-	24
	K	883	2	-	-	-	-	-	-	-	-	16
Selvmord	M	-	-	-	1	9	24	27	46	46	72	23
	K	-	-	-	-	7	10	16	25	18	-	12
Medfødte misdannelser	M	249	156	6	4	2	3	3	3	3	-	11
	K	189	125	12	2	2	2	1	2	2	-	8
Infektionssygd. (undt. tuberkulose) .	M	-	25	2	1	2	1	1	5	17	24	4
	K	-	26	5	2	1	-	1	4	13	35	4
Tuberculosis	M	-	-	1	-	-	-	1	4	12	40	2
	K	-	-	1	-	-	-	1	1	6	6	1
Drab	M	7	-	1	-	0	-	-	1	-	-	0
	K	7	-	1	-	0	1	0	0	1	-	1
Alle øvrige dødsårsager	M	18	86	12	4	7	14	28	77	333	936	65
	K	5	39	10	3	7	14	27	61	312	876	66
Antal dødsfald ialt pr. 100.000 indb	M	1541	474	83	49	92	119	216	1126	6292	24808	1120
	K	1109	335	75	27	42	64	183	667	4623	22574	938

for piger. Faldet i spædbørnsdødeligheden har fundet sted både for børn født i ægteskab og for børn født uden for ægteskab, således at forskellen i spædbørnsdødeligheden, der har kunnet konstateres i en årrække mellem børn født i og uden for ægteskab først og fremmest i børnenes første leveage er opretholdt.

5.2. Dødsårsagerne

En nøjere analyse af forskellen i dødeligheden mellem mænd og kvinder kræver imidlertid også en gennemgang af *dødsårsagerne*, således som disse er anført på dødsattesterne. I nedenstående tabel 4 er vist en relativ fordeling af dødsårsagerne i 1966 på dødsårsagsgrupper, køn og alder, d.v.s. at det absolute antal af døde i året af den pågældende årsag og en bestemt køns- og aldersgruppe er sat i forhold til den totale befolkning i den samme køns- og aldersgruppe, således at man kan sammenligne tallene mellem kønnene og mellem de forskellige aldersgrupper.

De hyppigst forekommende dødsårsager er for begge køn hjertesygdomme, kræft, apopleksi m.v., sygdomme i åndedrætsorganerne og ulykkestilfælde, og mere end 4/5 af alle dødsfald i begge køn sker af disse årsager. For alle disse dødsårsager med undtagelse af apopleksi m.v. gælder det, at hyppigheden er lavere for kvinder end for mænd, når man betragter alle aldersgrupper under et, og det samme er bortset fra ganske få undtagelser jfr. nedenfor også tilfældet for de enkelte aldersgrupper. I tabel 5 nedenfor er for de nævnte fem hyppigste dødsårsager vist, hvor stor kvindernes dødelighed er i forhold til mændenes for aldersgrupperne fra 35 år og opefter, hvor mellem 90 og 95 pct. af samtlige dødsfald finder sted.

For *hjertesygdommenes* vedkommende, der optræder relativt hyppigt for mænd allerede fra 35 års alderen, ses det, at kvindernes døde-

lighed kun udgør en tredjedel af mændenes i alderen 35 til 64 år, men to tredjedele fra 65 til 84 års alderen, mens forskellen svinder yderligere ind for den ældste aldersgruppe. I den næststørste gruppe, *kræftdødsfaldene*, er dødeligheden for kvinder større end for mænd i aldersgruppen 35-44 år først og fremmest på grund af det store antal livmoder-, bryst- og ovariekræft, der først for aldersklassen 55 år og derover opvejes af mændenes overdødelighed af andre kræftformer, nemlig lunge- og mavekræft. Dødeligheden af *apopleksi og alderdomssvaghed* viser, hvis man ser bort fra aldersgruppen 35-44 år, hvor forholdstallet er baseret på meget lave hyppigheder, en udjævning af forskellen mellem kønnene op gennem alderen for at slutte med overdødelighed for kvinderne i den ældste aldersgruppe. Dødsfald som følge af *sygdomme i åndedrætsorganerne* viser for alle de anførte aldersgrupper en ganske betydeligt lavere dødelighed for kvinder end for mænd. Endelig ses det, at dødelighed i forbindelse med *ulykkestilfælde* er betydeligt højere for mænd end for kvinder i alle aldersklasser bortset fra den ældste, hvor kvindedødeligheden til gengæld er næsten dobbelt så stor som mændenes. Forskellen mellem kvinders og mænds dødelighed i de yngre aldersgrupper kan i øvrigt næsten udelukkende forklares ved forskellen i hyppigheden af død ved ulykker, se tabel 4, idet mænd i alderen 15-44 år udviser omkring 5 gange større dødelighed end kvinder i samme alder. Den tiltagende hyppighed af død efter *ulykkestilfælde* blandt kvinder med stigende alder skyldes fortrinsvis et stigende antal fald med deraf følgende benbrud, specielt lårbensbrud, der efter 65 års alderen er en 3 gange så hyppig dødsårsag for kvinder som for mænd. Motorkøretøjsulykkerne medfører omkring 1100 dødsfald om året mod 335 i 1950 og kvindernes andel af disse har været stigende, fra omkring

Tabel 5. Kvindedødelighed i procent af mænds for de fem vigtigste dødsårsagsgrupper for aldersgrupperne 35 år og derover. 1966

	35-44 år	45-64 år	65-84 år	85 år og derover	Alle aldersgrupper
Hjertesygdomme	33	32	69	89	75
Kræft	167	95	72	82	94
Apopleksi m. v.	129	75	90	106	112
Sygdomme i åndedrætsorganerne	50	29	50	72	59
Ulykkestilfælde	23	37	86	186	66

20 pet. til mellem 25 og 30 pet. i midten af 60'erne.

Der kan desuden være grund til at nævne, at *selvmordshyppigheden* er omkring dobbelt så stor for mænd som for kvinder i de enkelte aldersklasser, hvor denne dødsårsag optræder. Tallene synes desuden at vise, at forskellen mellem kønnene på dette område mindskes, idet selvmordshyppigheden fra det høje niveau under og efter anden verdenskrig er dalet hurtigere for mænd end for kvinder. Specielt m.h.t. *selvmordsforsøg* synes en undersøgelse af et københavnsk materiale at vise langt større hyp-

pighed blandt kvinder end blandt mænd; det skal dog bemærkes, at de i øvrigt usikre oplysninger herom kun omfatter forgiftningstilfælde, der også blandt selvmord forekommer med noget større hyppighed for kvinder end for mænd.

Det skal endvidere nævnes, at dødsfald i forbindelse med svangerskab og fødsel i en lang periode har været meget kraftigt dalende og nu ligger på 10-15 dødsfald om året eller omkring 1 pr. 100.000 kvinder i fødedygtig alder.

KAPITEL 6

Sygeligheden for kvinder og mænd

6.1. Sygdomsundersøgelsen 1951-1954

6.1.1. Før resultaterne af sygdomsundersøgelsen m.h.t. forskellen mellem kønnene bringes, er det på sin plads kort at nævne de forbehold, som man kan anføre i henseende til validiteten af tallene.

For det første må det huskes, at undersøgelsen dækker forholdene for 15-20 år siden, og det er ikke muligt, bortset fra helt specielle områder, at sige meget sikkert om, hvorvidt en evt. forskel mellem kønnene ville være større eller mindre i dag end for 15 år siden.

Dernæst må det som tidligere nævnt understreges, at tallene giver udtryk for den sygelighed, befolkningen selv følte eller registrerede, uden at befolkningen eller interviewerne kunne siges at have nogle specielle (lægelige) forudsætninger for at kunne foretage en sådan bedømmelse. På forskellig måde er oplysningernes validitet blevet kontrolleret ved lægeundersøgelser og på anden måde, og der er her ved ikke fundet sådanne uoverensstemmelser, at man kunne sige, at undersøgelsens resultater var misvisende. Selv om man måske tør antage, at niveauet af sygeligheden er blevet placeret for lavt, så skulle dette formentlig ikke have nogen konsekvens for en sammenligning mellem kønnene.

Det bør for det tredje fremhæves, at selv om der konstateredes et ret højt frafald (17 pct.) blandt de statistisk udvalgte svarpersoner, hvilket kan have forrykket undersøgelsens resultater, hvis nægterne i sygdomsmæssig henseende adskilte sig fra den øvrige befolkning, så var der en meget nøje overensstemmelse mellem undersøgelsens materiale og den samlede befolkning i henseende til køn, alder, ægteskabelig stilling og landsdele.

6.1.2. Sygdomsundersøgelsen fastslog sygdomsforekomsten i befolkningen på 15 år og

derover på flere måder, dels som den procentdel af svarpersonerne, der angav at have været syge inden for de sidste 30 dage, dels som antallet af sygdomme, de pågældende angav at have haft i denne periode, og endelig ved at optælle antal sygedage, de pågældende havde haft inden for samme periode.

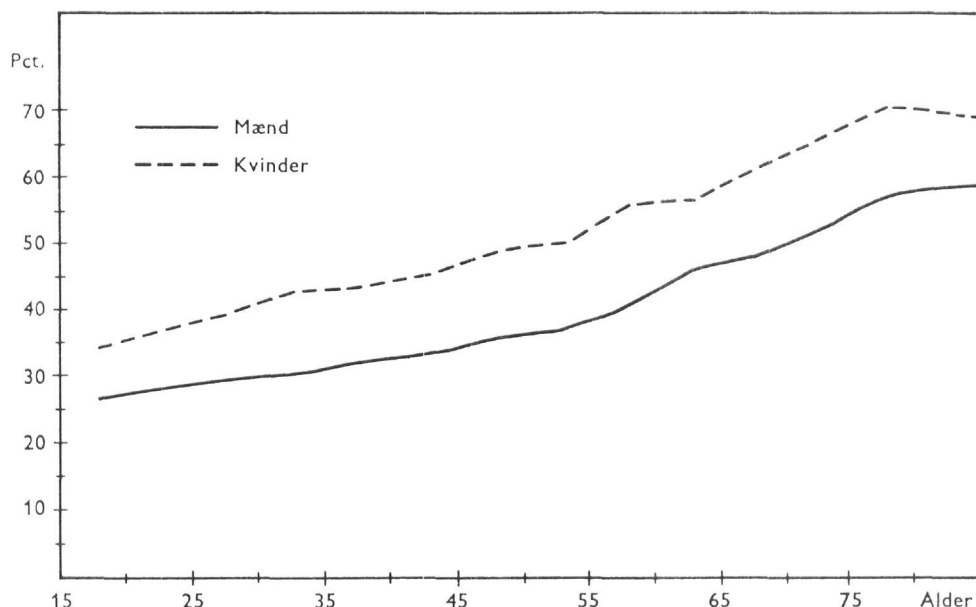
Hvad angår antallet af syge inden for den sidste måned fremgår tallene af tabel 6.

Tabel 6. Antal personer med sygdom i procent af samtlige svarpersoner, fordelt efter køn og alder. Sygdomsundersøgelsen 1951—1954.

Alder	Mænd	Kvinder	Kvindesygelighed i % af mænds
15-19 år	26,9	34,0	126
20-24 "	28,3	37,1	131
25-29 "	28,6	39,5	138
30-34 "	30,4	42,6	140
35-39 "	32,3	43,2	134
40-44 "	33,1	45,3	137
45-49 "	36,2	48,8	135
50-54 "	37,5	50,4	134
55-59 "	40,6	55,8	137
60-64 "	46,2	56,2	122
65-69 "	48,4	61,8	128
70-74 "	52,4	65,8	126
75-79 "	57,1	70,4	123
80 år og derover . . .	58,5	68,0	116
I alt	35,6	46,9	132

Det ses, at der for alle aldersgrupper konstateredes betydelig højere sygelighed for kvinder end for mænd, hvilket også klart fremgår af figur 1 nedenfor.

Det kan desuden nævnes, at der er en ret ringe forskel i sygeligheden (optalt på denne måde) for begge køn mellem de forskellige



Figur 1. Sygeligheden efter køn og alder i hele landet 1951-54. Syge personer i pct. af samtlige svarpersoner.

landsdele, således at forskellen mellem kønne, som vist i tabel 6 for hele landet, også gør sig gældende for hver hovedlandsdel, dog at der generelt blandt hovedstadens kvindelige befolkning findes en udtalt over sygelighed af nerve-sindslidelser og en vis oversygelighed af kvindesygdomme.

Oversygeligheden blandt hovedstadens kvinder med hensyn til nerve-sindslidelser er mest udtalt i aldersgrupperne under 60 år, mens oversygeligheden med hensyn til kvindesygdomme alene findes i aldersgrupper under 40 år.

Ser man dernæst på antallet af sygdomstilfælde registreret inden for den sidste måned før interviewet, viser tallene i tabel 7 ligeledes en betydelig oversygelighed for kvinder for alle diagnoser undtagen forkølelse m.v., mavesår m.v. og ulykkestilfælde og selvmord, og viser for alle diagnoser under ét godt 50 procent større sygelighed for kvinder end for mænd.

De største forskelle konstateres for sygdomme af relativt mindre talmæssig betydning, såsom svulster og blodsygdomme; dog er der også for den ret betydningsfulde gruppe nerve-sindslidelser en betydelig oversygelighed hos kvinder; man må understrege, at kvindesygdommene alene tegner sig for noget over 10 pct. af

samtlige sygdomstilfælde hos kvinder. Med hensyn til de mest dominerende sygdomme er der kun ubetydelig forskel mellem kvinder og mænd for sygdomme i åndedrætsorganerne (nr. 9 og 10) og sygdomme i fordøjelseskanaalen (nr. 11 og 12), medens der er en ganske betydelig oversygelighed for kvinder med hensyn til sygdomme i bevægeapparatet (nr. 16 og 17).

Hvad endelig angår antallet af sygedage optalt i de sidste 30 dage før interviewene, giver sygdomsundersøgelsen kun tal for helt eller delvist erhvervsmæssigt beskæftigede personer, og resultaterne må derfor søges i kapitel 7.

6.2. Den amerikanske helbredsundersøgelse

I USA opretholder man en *kontinuerlig kontrol af sundhedstilstanden* gennem tilbagevendende interviewundersøgelser.

Den løbende amerikanske undersøgelse af sygdomshyppigheden i den civile amerikanske befolkning uden for institutioner omfattede i 1965-66 42.000 husholdninger med ca. 134.000 personer. Undersøgelsen gennemførtes ved interview fordelt over hele året, og omfatter spørgsmål om helbredstilstanden for samtlige familiemedlemmer i de to uger, der er gået forud for interviewet. Ved at fordele interviewundersøgelsen over hele året kompenserer man

Tabel 7. Antal sygdomstilfælde pr. måned pr. 1000 svarpersoner, fordelt efter køn og diagnose. Sygdomsundersøgelsen 1951—1954

Diagnose	Mænd 15 år og derover	Kvinder 15 år og derover	Kvinders sygdoms- hyppighed i % af mænds
1. Infektionssygdomme	5,0	6,5	130
2. Svulster	1,6	5,1	319
3. Allergiske sygdomme, stofskiftesygdomme m. v.	14,0	22,5	161
4. Blodsygdomme	1,5	6,9	460
5. Nerve-sindslidelser	17,1	44,8	262
6. Organiske nervelidelser (herunder apopleksi)	7,5	11,3	151
7. Hjertesygdomme og forhøjet blodtryk	23,0	36,3	158
8. Sygdomme i arterier og vener	15,3	32,5	212
9. Forkølelse og influenza	94,7	90,7	96
10. Andre sygdomme i åndedrætsorganerne	49,8	56,9	1 14
11. Mavesår og andre sygdomme i mave og tolvfingertarm	37,5	21,0	56
12. Andre sygdomme i fordøjelsesorganerne	37,2	59,8	161
13. Sygdomme i urinorganer (og mandlige kønsorganer)	10,8	17,1	158
14. Kvindesygdomme	-	99,3	-
15. Hudsygdomme	23,2	25,0	108
16. Gigtssygdomme	58,2	83,1	143
17. Andre sygdomme i knogler, led og muskler	25,0	45,0	180
18. Alle andre sygdomme	53,1	72,0	136
19. Ulykkestilfælde og selvmord	16,8	9,7	58
I alt	491,3	745,5	152

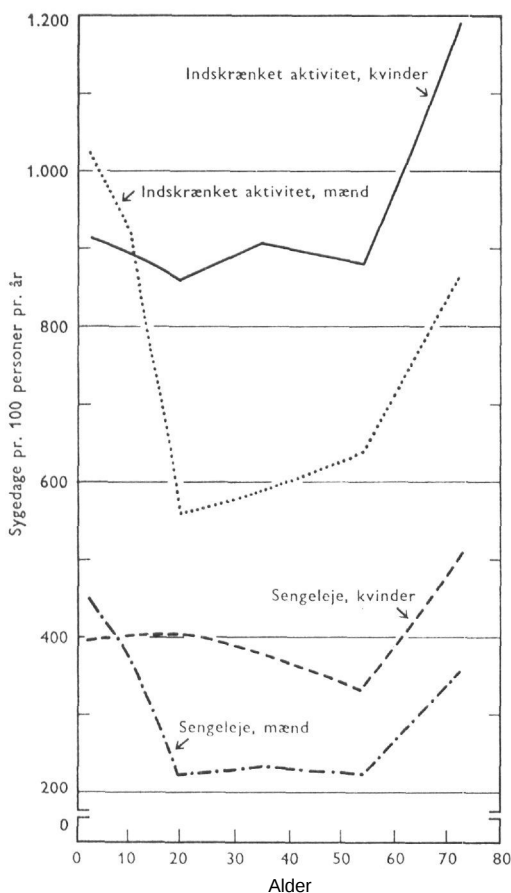
for sæsonvariationer. Ved undersøgelsen søges fastslået dels det antal sygdomstilfælde, som har givet anledning til indskrænkning i den daglige aktivitet, eller som har givet anledning til henvendelse til læge, dels det samlede antal dage med indskrænket aktivitet, og det samlede antal dage, hvor patienterne har været sengeliggende. Endelig søges for aldersgruppen 6—16 år fastslået, hvor mange dages forsømmelse fra skole sygdommen har været årsag til, og for aldersgruppen 17 år og opefter søges fastslået det antal dage, som er tabt i form af fravær fra arbejde på grund af sygdom.

Hyppigheden af de forskellige fænomener registreres for hvert køn for sig og for forskellige geografiske og bebyggelsesmæssige områder. Desuden fordeles resultaterne inden for de forskellige aldersgrupper.

De anvendte diagnosegrupper er, da det drejer sig om lægmænds interview, nødvendigvis relativt grove, men giver dog mulighed for at klassificere en række af de mere almindelige lidelser med nogenlunde stor sikkerhed. Resultaterne publiceres årligt i form af rapporter dels vedrørende akutte lidelser, og dels vedrørende kroniske lidelser.

I perioden juli 1965 til juni 1966 forekom der 212 akutte lidelser pr. 100 personer pr. år, som medførte indskrænkning af den daglige aktivitet eller henvendelse til læge. Antallet af akutte tilfælde var faldende med stigende alder og var efter 15 års alderen højere for kvinder end for mænd. Gennemsnitlig var der 220 tilfælde af akutte lidelser pr. 100 kvinder pr. år sammenlignet med 203 tilfælde blandt 100 mænd. Denne kønsforskel var særlig udtalt for luftvejsinfektionernes vedkommende og for den gruppe, der hedder »alle andre akutte tilstande«, hvilket specielt skyldes, at denne sidste gruppe omfatter lidelser i urinveje og kønsorganer, fødsler, graviditetskomplikationer og barselsengskomplikationer. Kun i en af grupperne, nemlig for ulykkernes vedkommende, var sygdomshyppigheden større blandt mænd end blandt kvinder.

Akutte tilstande medførte efter beretningerne 8,2 dages indskrænket aktivitet pr. person pr. år inclusive 3,7 dages sengeleje (figur 2). Luftvejsinfektioner forårsagede omkring halvdelen af dage med indskrænket aktivitet og sengeleje. Ulykker var den næststørste årsag til nedsat aktivitet, mens infektiøse og parasitære



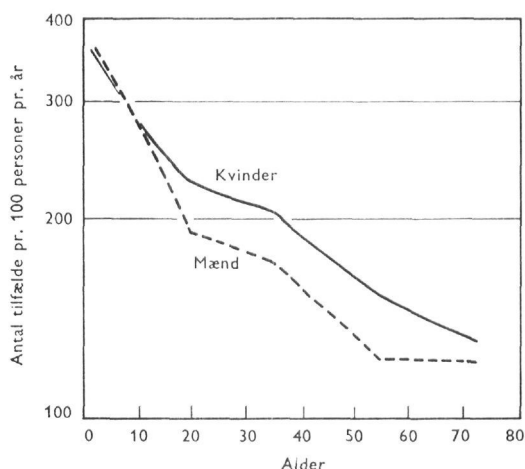
Figur 2. Antal dage med aktivitetsindskrænkning og sengeleje på grund af akutte sygdomstilfælde blandt 100 personer pr. år, fordelt efter alder og køn.

lidelser var den næststørste årsag til sengeleje.

27,8 pct. af de akutte sygdomstilfælde førte til henvendelse til læge, mens 34,9 pct. alene indebar indskrænket aktivitet. De resterende 37,3 pct. af tilfældene krævede både lægehjælp og indskrænkning af aktiviteten.

Den aldersspecifikke hyppighed af akutte sygdomstilfælde faldt for mændenes vedkommende med stigende alder for alle sygdomskategorier bortset fra ulykkestilfælde, hvor hyppigheden var størst i aldersgruppen 17-44 år (figur 3). Blandt kvinder var den eneste afvigelse herfra, at der blandt »alle andre akutte tilstande« inklusive kønsspecifikke tilstande i den fertile alder, fandtes størst hyppighed i aldersgruppen 17-34 år.

I øvrigt viser både figur 2 og 3 den betydelige overvægt af kvindesygelighed i alle aldersklasser bortset fra de alleryngste.



Figur 3. Antal akutte sygdomstilfælde blandt 100 personer pr. år, fordelt efter køn og alder.

6.3. Særlige gruppeundersøgelser

6.3.1. Helbredet hos ældre.

Til brug for socialforskningsinstituttets undersøgelse af de ældres levevilkår udspurgtes i 1962 over 3.000 privatboende personer over 62 år med personligt interview blandt andet om deres helbred.

Svaret på spørgsmålet: Hvordan er Deres helbred? fremgår af tabel 8, der angiver den procentdel af henholdsvis mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper, som har besvaret dette spørgsmål med »godt« eller »godt for min alder«.

Procentdelen af kvinder, der angiver at være ved godt helbred, er således dalende med stigende alder, mens det omvendte gør sig gældende for mændene. Mens således en større andel af kvinderne end af mændene synes at have et godt helbred i alderen 62-64 år, svinger dette forhold gradvis til det modsatte op igen med alderdommen til det 75. år.

Tabel 8. Andelen af ældre, der angiver at være ved godt helbred, fordelt efter køn og alder.

Alder	Mænd pct.	Kvinder pct.	Kvinder i % af mænd
62-64 år .	50,6	53,1	105
65-69 -	53,5	51,8	97
70-74 -	56,1	48,4	86
75 år —	58,2	46,8	80
I alt .	54,7	50,0	91

En samlet vurdering af de udspurgtes førighed viste, at kvinderne i alle aldersgrupper lå lavere end mændene, d.v.s. at en mindre andel af kvinder end af mænd angav at have fuld førighed, jfr. tabel 9.

Tabel 9. Andelen af ældre, der angiver fuld førighed fordelt efter køn og alder.

Alder	Mænd pct.	Kvinder pct.	Kvinder i % af mænd
62-64 år.	70,1	65,3	93
65-66 -	64,5	58,5	91
67-69 *.	64,7	57,8	89
70-74 -	59,2	51,1	86
75-79 -	54,5	38,2	70
80 år.	39,0	24,4	63
I alt	60,7	51,6	85

6.3.2. Fysisk handicappede.

Som grundlag for en af socialforskningsinstituttet iværksat undersøgelse af fysisk handicappede i Danmark blev der i tiden oktober 1961 til april 1962 søgt optaget interviews med ca. 10.000 repræsentativt udvalgte private husstande. Helbredsoplysninger blev ved denne lejlighed indsamlet for personer i aldersklassen 15-61 år. Ved et fysisk handicap forstod man i denne undersøgelse en længerevarende fysisk sygdom eller defekt af en sådan art og grad, at den for en ugift, ufaglært arbejder uden videre støtte fra omgivelserne og med begavel-

se, energi og stabilitet på det jævne (under gennemsnittet), i almindelighed vil medføre betydelige vanskeligheder ved at klare sig i tilværelsen på lige fod med raske.

Ifølge handicapundersøgelsen fandtes der i Danmark 176.000 personer i alderen 15 til 61 år med fysiske handicap, heraf 50 pct. mænd og 50 pct. kvinder.

Fordelt på handicapgrupper eller på hoveddiagnosegrupper er der imidlertid iøjnefaldende forskel, som det ses af tabel 10. Det samlede antal tilfælde af gangbesvær og andre bevægelsesvanskeligheder er større blandt kvinder end blandt mænd; det samme gælder cerebrale anfaldsfænomener, symptomer fra urinveje og kønsorganer., gruppen sukkersyge og andre stofskiftevanskeligheder samt blodsygdomme.

6.3.3. Invalidepensionister.

Til supplerung af oplysningerne om fysiske handicaps skal endelig nævnes tildeling af invalidepension. En sammenligning mellem kønnene med hensyn til tilkendelse af invalidepension må imidlertid tages med det forbehold, at kun en mindre del af kvinderne deltager i det egentlige erhvervsliv, hvorfor man umiddelbart kunne vente, at antallet af tildelte invalidepensioner til kvinder ville være betydeligt mindre end antallet af invalidepensioner tildelt mænd.

Erfaringerne fra invalideforsikringsretten gennem en længere årrække har imidlertid vist, at kvinderne i tiden 1921 til 1958 fik tildelt

Tabel 10. Fysiske handicaps hos personer i alderen 15-61 år, bosat uden for fælles-husholdninger, fordelt på handicapgrupper (hver person kan have flere samtidige handicaps)

Handicapgrupper	Mænd	Kvinder	Kvinder i % af mænd
Gangbesvær.	20400	26000	127
Ryginsufficiens.	26000	21000	81
Andre bevægelsesvanskeligheder.	11000	20100	183
Forstyrrelser i sansefunktion og tale.	7800	7600	97
Anfaldsfæn.bet. af lidelser i centralnervesystemet.	4400	6800	155
Lunge-hjerte-kredsløbsklager.	23500	23100	98
Mave-tarmbesvær.	7100	4700	66
Symptomer fra urinveje og kønsorganer.	2100	5000	238
Sukkersyge o. a. stofsk.vansk. samt blodsygdomme.	2800	12600	450
Andre handicap.	7200	7600	106
Ikke placeret.	11000	7000	64
I alt handicaps.	123300	141500	115

ca. 55 pct. af samtlige invalidepensioner. Dette tal har været faldende gennem en årrække og var i 1960 kun på 45 pct. af det samlede antal tildelte invalidepensioner. Dette er bemærkelsesværdigt, i betragtning af at der samtidig er sket en relativ stigning i antallet af kvinder på arbejdsmarkedet.

Tabel 11. Invalidepensionister pr. 31. marts 1964, fordelt efter køn og alder.

Alder	Mænd	Kvinder	Kvinder i % af mænd
Under 25 år.	874	837	96
25-34 år.	2157	2645	123
35-44	4825	6318	131
45-54	10391	12441	120
55-64	27953	25360	91
I alt	46207	47613	103

Det ses, at hyppigheden af invalidepension i aldersklasserne 25 til 54 år er størst blandt kvinder med et toppunkt i aldersklassen 35 til 44 år. Efter 55 års alderen er der en overvægt af mænd blandt invalidepensionisterne.

Ser man på hovedinvaliditetsårsagerne for de

personer, som har fået tildelt invalidepension i et enkelt år (1960), kan det yderligere konstateres, at der er betydelige forskelle mellem kønnene på dette punkt (se tabel 12). For kvindernes vedkommende ses en udtalt overvægt af sygdomme i urin- og kønsorganer, sindssygdomme og neuroser, sygdomme i stofskiftet og den interne sekretion og endelig ondartede svulster som hovedinvaliditetsårsag. På den anden side ses for en række andre hovedinvaliditetsårsager en klar overvægt for mændenes vedkommende.

6.4. Sygehusindlæggelser

6.4.1. På landets *almindelige sygehuse* skete der i finansåret 1965/66 ca. 588.000 indlæggelser, hvoraf 343.000 eller 58 pct. var kvinder.

Af nedenstående tabel 13 fremgår indlæggelseshyppigheden for hvert køn og for grove aldersgrupper.

Det ses, at kvinderne totalt har en langt højere indlæggelseshyppighed end mænd, ca. 40 pct., men samtidig at denne højere hospitalsgrad for kvinderne udelukkende findes i aldersklassen 15—69 år. Og for denne store aldersklasses vedkommende kan knap halvde-

Tabel 12. Tilkendte invalidepensioner i 1960 fordelt efter køn og hovedinvaliditetsårsag

Hovedinvaliditetsårsag	Kvinder	Kvinder i % af mænd
1. Sygdomme i stofsk. og den int. sekretion	150	250
2. Blodsygdomme	57	31
3. Kroniske intoksikationer og infektioner	444	565
4. Tuberkulose	154	171
5. Ondartede svulster (cancer).	537	767
6. Sindssygdomme og neuroser	541	910
7. Sygdomme i hjerne, rygmarg og perif. nerver.	1013	671
8. Sygdomme i hjerte og blodkarsystem	1301	640
9. Sygdomme i åndedrætsorganer (undt. tuberk.).	693	187
10. Sygdomme i urin- og kønsorganer (undt. tuberk.).	101	212
11. Sygdomme i fordøjelsesorganer m. v.	138	1 15
12. Sygdomme i sanseorganer	99	100
13. Hudsygdomme	36	35
14. Lidelser efter ulykkestilfælde	212	90
15. Deformiteter	434	263
16. Amputationer	74	13
17. Almen svækkelse	333	306
18. Andre invaliditetsårsager	16	60
I alt	6383	5386
		84

Tabel 13. Antal patienter (udskrevne og døde) pr. 100.000 af den pågældende befolkningsgruppe efter køn og alder samt visse diagnoser. 1965/66

Alder	Mænd		Kvinder	
	Heraf ulykkes-tilfælde	I alt	Heraf ulykkes-tilfælde	Heraf kvindesygdomme
	Pr. 100.000			
Under 15 år	180	643	112	3
15-69 år	195	1599	105	732
70 år og derover	183	2162	291	129
I alt	191	1424	121	516

len af indlæggelserne tilskrives kvindesygdomme, jfr. sidste kol. i tabel 13, herunder ondartede og godartede svulster i bryst og kønsorganer, andre sygdomme i de kvindelige kønsorganer, svangerskab og fødselskomplikationer. Disse sygdomme vil blive behandlet nærmere i kapitel 8; det skal blot understreges her, at hospitaliseringsfrekvensen for kvinder er lavere end for mænd, hvis man ser bort fra de nævnte kvindesygdomme. Den anden udskilte diagnosegruppe, ulykkestilfældene, viser, at mændene ligger 50-80 pct. højere end kvinderne i de to aldersgrupper op til 70 år, mens det modsatte er tilfældet i den ældste aldersgruppe 70 år og derover.

6.4.2. Udover det ovenfor nævnte må det slås fast, at den officielle statistik fra de somatiske sygehuse for øjeblikket ikke giver nogen opdeling i øvrigt af indlæggelserne efter diagnose, køn og alder. En *speciel undersøgelse for Svendborg og Odense 1965/66* af indlæggelseshyppigheden for visse diagnosegrupper efter køn og grove aldersgrupper (tabel 14 og 15) viser, at kvinderne har godt 40 pct. større indlæggelseshyppighed end mændene, for voksne oven i købet 60 pct. mere; men ser man bort fra kvindesygdommene, der udgør knap halvdelen af diagnoserne (for kvinderne) i aldersgruppen 15-69 år og over en tredjedel for alle aldersklasser under et, har kvinderne ca.

Tabel 14. Antal sygehusindlæggelser pr. måned pr. 100.000 af den pågældende befolkningsgruppe efter køn, alder og hoveddiagnose. Svendborg og Odense amter 1965/66

Hoveddiagnoser	0-14 år		15-69 år		70 år og derover		I alt	
	Md.	Kv.	Md.	Kv.	Md.	Kv.	Md.	Kv.
	Pr. 100.000							
1. Infektionssygdomme	11	7	11	11	13	9	11	10
2. Svulster	10	6	71	52	262	163	70	51
3. Allerg. og stofskiftesygdomme	22	18	30	106	76	89	32	85
4. Blodsygdomme	8	2	4	5	19	22	6	6
5. Nervøse forstyrrelser m. v.	20	18	19	30	11	20	18	26
6. Organiske nervesygdomme	49	39	55	46	180	152	62	53
7-8. Hjertesygdomme m. v.	6	3	83	77	348	302	84	79
9-10. Influenza m. v.	119	110	46	35	121	74	69	56
11-12. Ulcus og andre sygd. i fordøj.org.	82	47	118	99	225	225	117	97
13. Sygdomme i urinorganer m. v.	27	9	48	27	201	42	54	24
14. Kvindesygdomme		1	-	602	-	137	-	425
15. Hudsygdomme	9	11	13	14	19	18	12	13
16-17. Gigtssygdomme m. v.	9	10	47	45	42	61	38	38
18. Andre sygdomme	156	126	41	54	87	54	72	71
19. Ulykker	137	90	141	76	157	199	142	90
I alt	665	497	727	1279	1761	1567	787	1124
I alt uden kvindesygdomme	665	496	727	677	1761	1430	787	700

*Tabel 15. Indlæggelseshyppighed for kvinder i procent af mænd
(beregnet på grundlag af tabel 14)*

Hoveddiagnoser	0-14 år	15-69 år	70 år og derover	I alt	I alt 15 år og derover
1. Infektionssygdomme	65	99	68	89	96
2. Svulster	61	73	62	72	71
3. Allerg. og stofskiftesygdomme	81	352	117	268	302
4. Blodsygdomme	29	144	113	103	137
5. Nervøse forstyrrelser m. v.	87	162	190	143	163
6. Organiske nervesygdomme	80	83	84	85	86
7- 8. Hjertesygdomme m. v.	50	92	87	94	93
9-10. Influenza m. v.	92	76	61	80	74
11-12. Ulcus og andre sygd. i fordøj.org	57	84	100	83	88
13. Sygdomme i urinorganer m. v.	36	57	21	45	46
14. Kvindesygdomme					
15. Hudsygdomme	127	109	91	111	107
16-17. Gigtssygdomme m. v.	107	94	140	101	99
18. Andre sygdomme	81	133	63	98	120
19. Ulykker	65	54	127	63	63
I alt	75	176	89	143	159
I alt uden kvindesygdomme	75	93	81	89	92

10 pct. lavere indlæggelseshyppighed end mændene. De diagnoser, hvor indlæggelseshyppigheden for kvinder dominerer stærkt, er allergiske sygdomme og stofskiftesygdomme (gruppe 3) samt nervøse forstyrrelser m.v., og disse diagnoser udgør kun omkring 10 pct. af samtlige indlæggelser. Ser man udelukkende på den voksne befolkning (sidste kolonne i tabel 15), ses det, at kvindernes indlæggelseshyppighed er betydeligt større end mændenes også for blodsygdomme og gruppen andre sygdomme. For alle andre diagnosegrupper er mændenes indlæggelseshyppighed højere end kvindernes; størst betydning for det samlede billede har her sygdomme i åndedrætsorganerne, fordøjelsesorganerne og ulykker, der for mændenes vedkommende er årsag til omkring 40 pct. af indlæggelserne, men for kvinderne kun omkring 20 pct.

6.4.3. Udover denne statistik må man indtil videre med hensyn til alders-, køns- og diagnoseopdeling søge oplysning i *Sygehusundersøgelsen i Danmark 1952-53*, der dog kun omfatter patienter over 15 år på kirurgiske og medicinske afdelinger.

Tabel 16 viser fordelingen af indlagte patienter over 15 år efter køn og alder på 19 hoveddiagnosegrupper, og i tabel 17 er vist indlæggelseshyppigheden for kvinder i forhold

til mænd beregnet på grundlag af hyppighederne i tabel 16.

Efter denne opstilling ses for aldersgruppen 15-39 år en langt hyppigere forekomst af svulster, allergiske sygdomme og stofskiftesygdomme og nervøse lidelser blandt kvinder. Sygdomme i fordøjelseskanalen (grupperne 11 og 12) er lige store for de to køn, men med en overvægt af ulcussygdom (mavesår og sår på tolvfingertarmen) blandt mænd. Ulykker forekommer 2,5 gange hyppigere blandt mændene. Kvindesygdommene udgør i denne aldersgruppe halvdelen af samtlige hoveddiagnoser for kvindernes vedkommende, og ser man bort fra disse, er der kun en ubetydelig større indlæggelsesfrekvens for kvinder end for mænd i denne aldersgruppe.

I aldersgruppen 40-59 år findes på de fleste punkter tilsvarende forskelle mellem de to køn, men antallet af indlæggelser i gruppen kvindesygdomme er reduceret til omkring 1/5 af samtlige, hvilket svarer til 3/4 af forskellen mellem den totale indlæggelseshyppighed for mænd og kvinder.

I aldersgruppen 60 år og derover ses en overvægt af svulster for mændenes vedkommende, medens kvindernes overvægt med hensyn til nervøse lidelser er reduceret.

Indlæggelseshyppigheden på grund af hjertesygdomme og hypertension (forhøjet blodtryk)

Tabel 16. Gennemsnitligt antal sygehusindlæggelser pr. måned efter køn, alder og hoveddiagnose 1952/53 pr. 100.000 indbyggere af den pågældende befolkningsgruppe

Hoveddiagnoser	15-39 år		40-59 år		60 år og derover		I alt	
	Md.	Kv.	Md.	Kv.	Md.	Kv.	Md.	Kv.
	Pr. 100.000							
1. Infektionssygdomme	18	18	13	12	11	12	15	15
2. Svulster	9	41	36	95	130	112	40	73
3. Allerg. og stofskiftesygdomme	5	39	15	58	29	64	14	50
4. Blodsygdomme	2	3	3	5	8	9	3	5
5. Nervøse forstyrrelser m. v.	10	30	17	31	8	14	12	27
6. Organiske nervesygdomme	6	5	13	15	46	49	16	18
7. Hjertesygdomme m. v.	7	10	35	34	120	145	37	44
8. Karsygdomme	15	20	31	27	48	32	26	25
9. Forkølelsessygdomme og influenza	6	7	3	4	3	4	4	5
10. Andre sygdomme i åndedrætsorganerne ..	14	14	24	17	47	34	24	19
11. Ulcus o. a. sygd. i mave og tolvfingertarm	36	17	69	34	60	23	51	24
12. Andre sygdomme i fordøjelsesorganerne..	89	108	103	122	141	139	103	119
13. Sygdomme i urinorganer m. v.	28	17	49	24	154	31	58	22
14. Kvindesygdomme	-	441	-	151	-	23	-	261
15. Hudsygdomme	16	99	13	13	11	15	14	11
16. Gigtsygdomme	9	12	19	35	32	49	17	27
17. Andre sygdomme i knogler, led og muskler	21	13	22	15	15	12	20	13
18. Andre sygdomme	18	37	24	32	39	35	24	35
19. Ulykker	117	45	85	56	84	108	100	61
I alt	426	888	572	778	983	909	577	854
I alt uden kvindesygdomme	426	447	572	627	983	886	577	593

Tabel 17. Indlæggelseshyppigheden for kvinder i forhold til mænd (beregnet på grundlag af tabel 16)

Hoveddiagnoser	15-39 år	40-59 år	60 år og derover	I alt
1. Infektionssygdomme	104	89	110	99
2. Svulster	452	261	86	182
3. Allerg. og stofskiftesygdomme	471	377	292	350
4. Blodsygdomme	206	268	110	175
5. Nervøse forstyrrelser m. v.	306	183	183	230
6. Organiske nervesygdomme	136	118	107	118
7. Hjertesygdomme m. v.	150	97	121	120
8. Karsygdomme	133	89	66	94
9. Forkølelsessygdomme og influenza	120	109	134	120
10. Andre sygdomme i åndedrætsorganerne ..	100	71	73	81
11. Ulcus o. a. sygd. i mave og tolvfingertarm	48	49	38	46
12. Andre sygdomme i fordøjelsesorganerne..	121	118	99	115
13. Sygdomme i urinorganer m. v.	58	48	20	38
14. Kvindesygdomme				
15. Hudsygdomme	56	102	137	83
16. Gigtsygdomme	134	182	156	163
17. Andre sygdomme i knogler, led og muskler	60	71	81	67
18. Andre sygdomme	203	134	90	146
19. Ulykker	39	66	128	61
I alt	208	136	92	148
I alt uden kvindesygdomme	105	110	90	103

er i denne aldersgruppe størst for kvinder, medens der er endnu mere udtalt overvægt af mænd med hensyn til indlæggelseshyppigheden for ulcussygdomme (gruppe 11). Sygdomme i de mandlige kønsorganer gør sig stærkt gældende i denne aldersgruppe, medens på den anden side kvindesygdomme er blevet en relativt sjælden indlæggelsesårsag. Ulykkestilfælde er hyppigere blandt kvinder end blandt mænd. Den samlede indlæggelseshyppighed er i denne aldersgruppe lidt større for mænd end for kvinder.

Ser man på alle diagnoser under et, fremgår det, at forskellen mellem kønnene, der for alle aldersgrupper over 15 år under et resulterede i 48 pct. større indlæggelseshyppighed for kvinder end for mænd, næsten udelukkende kunne tilskrives kvindesygdommene.

En sammenligning af sidste kolonne i tabel 15 med sidste kolonne i tabel 17 viser ret afgørende forskelle i forholdet mellem indlæggelseshyppighederne for de to køn ved de to undersøgelser. Årsagerne hertil kan være mange, regionale forhold kan således spille en rolle, ligesom den tidsmæssige forskel mellem undersøgelserne kan have betydning.

Generelt kan det siges, at kvindernes overhygelighed (højere indlæggelseshyppighed) for alle diagnoser under et er lidt højere i det nye materiale end i det gamle fra sygdomsundersøgelsen; men den modsatte tendens har gjort sig gældende, når man ser bort fra kvindesygdommene, idet indlæggelseshyppigheden i så fald for kvinder var 8 pct. lavere end for mænd i det nye materiale mod 3 pct. højere i det gamle. For de enkelte diagnosegrupper er der tilsyneladende kun sket en stigning for kvinder i forhold til mænd for hudsygdomme og ulykker.

6.4.4. Der er ikke med hensyn til *indlæggelser for psykiatriske lidelser* adgang til en landsdækkende, ensartet statistik som for de somatiske sygehuse; på den anden side giver den udarbejdede statistik i visse henseender et mere detaljeret billede af sygeligheden, først og fremmest med hensyn til aldersfordelingen.

I 1957, 1962 og 1967 er der foretaget en såkaldt tværsnitsundersøgelse af de patienter, der på en bestemt dag var indlagt på samtlige psykiatriske institutioner. Et sådant tal giver kun et usikkert skøn over den totale sygelighedsniveau, men er udmærket egnet til at vise forskelle mellem kønnene. I tabel 18 vises re-

Tabel 18. Indlagte psykiatriske patienter 30. september 1967 efter køn og alder pr. 100.000 af den pågældende befolkningsgruppe.

Alder	Mænd pr. 100.000	Kvinder pr. 100.000	Kvinder i % af mænd
15-24 år	77	66	86
25-34 -	131	142	108
35-44 -	203	199	98
45-54 -	294	295	100
55-64 -	382	406	106
65 år og derover . .	749	972	130
15 år og derover i alt	279	338	121

sultaterne af den seneste tværsnitsundersøgelse, der bortset fra den ældste aldersgruppe afslører ret stor ensartethed for de to køn og i øvrigt viser stærkt stigende indlæggelseshyppighed med alderen.

Fra den samme undersøgelse vises i tabel 19 en fordeling efter køn, alder og visse diagnosegrupper.

Det fremgår af tabel 19 sidste afsnit, at der for alle fem diagnosegrupper er en overvægt af kvindesygelighed i den ældste aldersgruppe, størst for de manio-depressive psykoser. For de yngre aldersgrupper viser det sig, at mændene i almindelighed er i overvægt for grupperne schizofreni og organiske forstyrrelser, mens der findes en større indlæggelsesrate af yngre kvinder for manio-depressive psykoser og reaktive tilstande.

Ved en sammenligning af den totale sygelighed af psykiatriske lidelser mellem kvinder og mænd må man imidlertid også tage hensyn til det samlede antal patienter over et bestemt tidsrum og gennemsnitlig liggetid. Den officielle medicinalstatistik tillader ikke en opdeling af det totale patientantal på samtlige psykiatriske institutioner efter køn og liggetid, idet den ikke omfatter psykiatriske afdelinger på almindelige sygehuse, der i 1965/66 behandlede i alt godt 18.000 patienter eller omkring 43 pct. af samtlige psykiatriske patienter (indlæggelser). I tabel 20 er vist aldersfordelingen af samtlige indlagte på statshospitaler og nervesanatorier i 1965/66 (inclusive genindlæggelser).

Det ses, at kvinderne har en overvægt i antallet af indlæggelser pr. 100.000 fra 20 års alderen og op til de ældste aldersgrupper, og for alle aldersgrupper udgør den godt 30 pct.

Tabel 19. Indlagte psykiatriske patienter 30. september 1967 efter køn, alder og diagnoser pr. 100.000 af den pågældende befolkningsgruppe

Alder	Schizofreni	Manio-depressive psykoser	Organiske forstyrrelser	Reaktive tilstande	Andre diagnoser	I alt
Mænd pr. 100.000						
0-14 år	0	0	0	1	1	2
15-24 -	34	6	5	26	6	77
25-44 -	84	9	10	55	8	166
45-64 -	188	27	47	63	11	335
65 år og derover	301	48	338	44	17	749
I alt	101	14	50	37	7	211
Kvinder pr. 100.000						
0-14 år	0	0	0	1	1	2
15-24 -	14	6	4	38	5	66
25-44 -	45	22	10	85	8	170
45-64 -	160	47	35	91	15	348
65 år og derover	347	101	447	46	32	972
I alt	96	30	69	54	10	260
Kvinder i % af mænd						
0-14 år	-	-	-	100	100	100
15-24 -	41	100	80	146	83	86
25-44 -	54	244	100	155	100	102
45-64 -	85	174	74	144	136	104
65 år og derover	115	210	132	105	188	130
I alt	95	214	138	146	143	123

Tabel 20. Indlagte patienter (samlet antal indlæggelser) på psykiatriske hospitaler og nervesanatorier 1965/66 pr. 100.000 af den pågældende befolkningsgruppe.

Alder	Mænd pr. 100.000	Kvinder pr. 100.000	Kvinder i % af mænd
Under 15 år	23	12	52
15-19 år	180	190	106
20-24 -	308	367	119
25-29 -	414	576	139
30-34 -	460	665	145
35-39 -	558	770	138
40-44 -	584	810	139
45-49 -	559	706	126
50-54 -	483	696	144
55-59 -	448	572	128
60-64 -	368	506	137
65-69 -	351	468	133
70-74 -	362	416	115
75-79 -	532	633	119
80 år og derover . .	816	622	76
I alt	329	433	132

For begge køn gælder det i øvrigt, at der er et maksimum omkring 40 års alderen, et maksimum der kun for mændenes vedkommende overskrides af hyppigheden i de ældste aldersgrupper. Da andelen af førstegangsendlæggelser er næsten ens for de to køn, giver tallene i tabel 20 et udmærket sammenligningsgrundlag mellem kønnene. En undersøgelse af patienterne indlagt på de amtskommunale psykiatriske afdelinger i 1966 viser, at godt 60 pct. var kvinder (*knap* 60 pct. kvinder på statshospitalet og nervesanatorierne), og at kvindernes indlæggeshyppighed var lavere end mændenes i 45-59 års alderen, men højere end mændenes i aldersgrupperne 15-44 år.

Hvad angår fordelingen på diagnoser viser tabel 21 en meget betydelig forskel mellem kønnene. Den største indlæggeshyppighed for kvinderne skyldes således således neuroser, manio-depressive psykoser og psykogene psykoser, for hvilke indlæggeshyppigheden er mere end dobbelt så stor som for mænd. Det kan endelig nævnes, at indlæggelserne på nervesanatorierne for *knap* 70 pct.'s vedkommende er kvinder.

**Tabel 21. Indlagte patienter (samlet antal indlæggelser)
på psykiatiske hospitaler og
nervesanatorier 1965/66 pr. 100.000 af den pågældende befolkningsgruppe**

Diagnoser	Mænd pr. 100.000	Kvinder pr. 100.000	Kvinder i % af mænd
1. Schizofreni	42,2	35,1	83
2. Manio-depressive psykoser	40,2	83,6	208
3. Præsenile og senile psykoser	19,2	21,2	110
4. Psyk. v. vaskul. lidelser i centralnervesystemet	17,4	12,1	70
5. Syfilitiske centralnervesystemsygdomme	1,0	0,5	50
6. Epilepsi	3,0	3,8	127
7. Andre organiske lidelser	5,6	2,5	45
8. Psykogene psykoser	29,2	57,0	195
9. Neuroser	54,6	127,5	234
10. Psykopati	49,6	48,0	97
11. Oligofreni	3,8	4,8	126
12. Alkoholisme	22,9	1,3	6
13. Narkomani	2,6	4,7	181
14. Ikke-klassificerbare psykoser	8,6	9,2	107
15. Andre diagnoser	29,0	21,8	75
I alt	329,0	433,0	132

Hvad endelig gennemsnitlige liggetider angår, skal det anføres, at disse er meget påvirket af patienter, der ligger permanent på de psykiatiske hospitaler. En summarisk beregning på de døde og udskrevne fra statshospitalerne i 1965/66 viser en gennemsnitlig liggetid for mænd på 190 dage og 185 dage for kvinder, hvilket altså ikke tyder på nogen forskel mellem de to køn.

6.5. Anmeldte sygdomme

6.5.1. Infektionssygdomme.

For en række infektioner er der anmeldelsespligt for den behandlende læge. Antallet af således anmeldte sygdomstilfælde giver et indtryk af, i hvilket omfang patienter har søgt læge for de pågældende infektioner. Tallene må for en del lettere infektionssygdommes vedkommende af flere grunde opfattes som minimumstal, især fordi henvendelse til læge i mange tilfælde sker under hensyn til, om der skal præsteres lægeattest over for arbejdsgivere eller forsikring.

Bortset fra det første leveår, hvor der anmeldes flere infektionssygdomme for pigernes vedkommende, anmeldes infektionssygdomme (kønssygdomme ikke medregnet) næsten lige hyppigt for de to køn, jfr. tabel 22.

Tabel 22. Anmeldte tilfælde af infektionssygdomme 1966 pr. 1000 af den pågældende befolkningsgruppe.

Alder	Mænd pr. 1000	Kvinder pr. 1000	Kvinder i % af mænd
Under 1 år	738	1029	139
1- 6 år	4,56	476	104
7-14 -	291	287	99
15-44 -	1 17	1 15	98
45-64 -	93	90	97
65 år og derover	98	87	89
I alt	177	176	99

Med hensyn til fordelingen på diagnoser er der også kun ubetydelig forskel mellem kønene.

6.5.2. Kønssygdomme.

Kønssygdommene anmeldes for aldersgruppen 16-19 år lidt hyppigere for kvinder end for mænd, mens aldersgrupperne 20 år og derover viser mere end dobbelt så stor hyppighed for mændene, jfr. tabel 23.

Næsten samtlige anmeldte tilfælde af kønssygdomme drejer sig om gonorrhoea, der i aldersgruppen 16-19 år forekommer noget hyppigere hos kvinder end hos mænd, men ellers - jfr. ovenstående - forekommer dobbelt så

Tabel 23. Anmeldte tilfælde af kønssygdomme 1966 pr. 1000 af den pågældende befolkningsgruppe.

Alder	Mænd pr. 1000	Kvinder pr. 1000	Kvinder i% af mænd
Under 13 år	0,0	0,0	
13-15 år	0,0	0,5	
16-19 -	3,7	6,0	162
20-44 -	4,9	2,3	47
45 år og derover	0,2	0,1	50
I alt	2,0	1,2	60

hyppigt hos mænd som hos kvinder; det samme gælder for de 300-400 årlige tilfælde af syfilis, idet dog hyppigheden i 16-19 års alderen er ens for de to køn.

6.5.3. Tuberkulose.

Udover de akutte infektionssygdomme, som er omtalt i det foregående, har lægerne pligt til at indberette alle tilfælde af *tuberkulose*. Antallet af nyanmeldte tilfælde har været stadigt faldende, men reduktionen har ikke været helt så kraftig som for antallet af dødsfald på grund af tuberkulose. Faldet i nyanmeldte tilfælde har været kraftigst for kvindernes vedkommende, blandt hvilke der i perioden 1921-40 anmeldtes flere tilfælde end for mændenes vedkommende. Siden 1940 har antallet af nyanmeldte tilfælde af lungetuberkulose været størst blandt mænd.

Tabel 24. Nyanmeldte tilfælde af tuberkulose i luftvejene pr. 100.000 af den pågældende befolkningsgruppe.

År	Mænd pr. 100.000	Kvinder pr. 100.000	Kvinder i% af mænd
1921-30	114	144	126
1931-40	85	95	112
1941-45	86	83	97
1946-50	80	76	95
1951-55	43	40	93
1956-60	27	20	74
1961	24	16	67
1962	21	14	67
1963	20	12	60
1964	18	13	72
1965	17	11	65
1966	16	11	69

Betragter man aldersfordelingen for nyanmeldte tilfælde for lungetuberkulose ses, at mændenes større tuberkulosesygelighed starter i 30 års alderen og bliver meget udtalt efter 45 års alderen.

På grund af tuberkulosens ofte langvarige forløb er man foruden antallet af nye tilfælde også interesseret i det samlede antal personer, som lider af tuberkulose på et givet tidspunkt, d.v.s. såvel de nyopdagede som de tidligere diagnosticerede, men endnu ikke helbredte patienter.

Pr. 31. december 1966 fandtes således 4.334 kendte tilfælde af tuberkulose i luftvejene, hvoraf 1.882 eller ca. 43 pct. var kvinder, svarende til 102 tilfælde pr. 100.000 mænd mod kun 78 tilfælde pr. 100.000 kvinder.

6.5.4. Kræft.

Også for nyopdagede tilfælde af kræft finder der en løbende registrering sted. I 1962 registreredes således 14.560 nye tilfælde af kræft, hvoraf 7.599 eller ca. 52 pct. diagnosticeredes hos kvinder.

Den ret ensartede anmeldelseshyppighed for de to køn dækker imidlertid over meget store kønsforskelle med hensyn til kræftsygdommens lokalisation, jfr. foran om kræftdødsfald.

De hyppigste kræftlokaliseringer blandt kvinder var bryst (19,9 pct. af samtlige tilfælde), livmoderhals og livmoder (17,0 pct.), mavesæk (7,6 pct.), tyktarm (8,1 pct.) og æggestok og -leder (5,7 pct.), medens lungekræft kun udgjorde 2,5 pct. Blandt mænd dominerede lungekræft (14,4 pct. af samtlige tilfælde), mavekræft (12,1 pct.) og blærehalskirtelkræft (9,7 pct.).

6.6. Særlige undersøgelser

6.6.1. Lægeforeningens hygiejnekomités kliniske undersøgelse 1946-48.

Som et værdifuldt supplement til oplysningerne om behandlede og »beklagede« tilfælde kan anføres resultaterne fra den i 1946-48 af Lægeforeningens Hygiejnekomiteé foranstaltede togangsundersøgelse af 2.000 mænd og 750 kvinder over 40 år i København, udført med 1 års mellemrum af deres faste læge efter et særligt skema; ca. 60 pct. var i 40'erne og 35 pct. i 50'erne, og alle var erhvervsarbejdende.

Som det ses af tabel 25, påvist overvejende kroniske lidelser, der i mange tilfælde acceptere-

Tabel 25. Patologiske fund hos et udvalg af erhvervsarbejdere (jfr. teksten); procent af samtlige undersøgte med de pågældende fund.

Patologiske fund	Mænd pct.	Kvinder pct.
Defekte tandsæt	30	22
Partiel protese	27	24
Total protese	19	23
Caries	16	16
Paradentose	8	6
Foddeformiteter	23	37
Fedme	18	28
Forhøjet blodtryk	17	24
Areknuder	15	21
Muskelinfiltrationer	8	17
Klimakterium	0	15
Dårlige nerver	10	13
Kronisk forstoppelse	—	13
Blodmangel	—	11
Nærsynethed	7	10
Kronisk halsbetændelse	10	—
Kronisk snue	7	—
Døvhed	9	—
Brøk	9	—
Hæmorrhoider	—	7
Livmoderfibrom	0	6
Rygøjledeformitet	6	—

(— betyder 5 % eller mindre)

res og derfor hverken figurerer i praksis-statistikken eller opgives ved interview.

Listen domineres af tandsygdomme og fodlidelser samt af fedme, forhøjet blodtryk, åreknuder, ømme muskler og »dårlige nerver«. Alle disse lidelser, bortset fra tandsygdomme, findes hos en større procentdel af kvinderne end af mændene.

Overvægt er bedømt som 20 pct. over den på basis af dødschancerne for 350.000 livsforsikrede i USA opstillede idealvægt = gennemsnittet for raske 30-årige. Fra 40 til 60 års alderen steg hyppigheden af overvægt hos mænd fra 13 pct. til 25 pct., medens hyppigheden hos kvinder lå næsten konstant på 28 pct. I alle aldre var hyppigheden af overvægt dobbelt så stor for industrielt beskæftigede kvinder som for kontorbeskæftigede og lærerinder. Antallet af overvægtige efter almindeligt lægeligt skøn svarede ret nøje til denne bedømmelse.

Sukkersyge fandtes hos ca. 8 promille og Basedows sygdom fandtes hos ca. 20 promille af kvinderne og 2 promille af mændene. Cancer

opdagedes hos kvinderne i 7 promille ved begge undersøgelser, hos mændene i henholdsvis 1,5 og 6 promille.

Hos kvinderne fandtes dernæst klimakterium, forstoppelse, hæmorrhoider og anæmi samt livmoderfibromer. Hyppigere hos mænd end hos kvinder fandtes kroniske næse-svælgelidelser, tunghørighed og brok samt kronisk bronchitis, udvidede lunger, fordøjelsesbesvær og ulcussygdom.

6.6.2. Lægeydelser i almen praksis.

Den foreliggende sygeforsikringsstatistik indeholder ikke nogen differentiering mellem kønnene med hensyn til ydelse af lægehjælp og medicintilskud.

En sådan differentiering ville være af interesse, og ville for medicinydelsems vedkommende kunne gennemføres over hele landet, mens den for lægehjælpens vedkommende efter de nugældende regler alene vil være gennemførlig uden for København, hvor de enkelte lægeydelser specificeres af hensyn til honorarberegningen, mens man i København anvender faste årshonorarer pr. tilmeldt sygekassemedlem.

Skal man vurdere eventuelle kønsforskelle med hensyn til benyttelse af lægehjælp i almen praksis, er man derfor henvist til at benytte de specielle studier af dette problem, som foreligger.

Det drejer sig her dels om Jens Vilh. Dahlerups »Arbejdet i en almen praksis« (1962), som redegør for erfaringerne fra forfatterens praksis i Sønderborg i kalenderåret 1956, dels om Mogens Milfeldts »En oversigt over 10.000 natlægebesøg« (1960), som redegør for forfatterens erfaringer som natlæge i Århus og forstæder i årene 1947-1956.

6.6.3. Jens Vilh. Dahlerups materiale vedrørende patienter over 14 år omfattede 8.082 konsultationer, hvoraf 5.306 eller 65,7 pct. vedrørte kvinder, 861 sygebesøg, hvoraf 584 eller 67,8 pct. vedrørte kvinder, samt 589 telefonkonsultationer, hvoraf 410 eller 69,6 pct. vedrørte kvinder. De nævnte tal omfatter alene henvendelser i anledning af sygdomme.

Antallet af konsultationer og det samlede antal ydelser pr. fremmødt patient blandt den del af patienterne, for hvilke der ydes fast årligt honorar uanset ydelsesantallet, fremgår af tabel 26.

Tabel 26. Antal konsultationer og samlet antal ydelser pr. patient for 3.139 patienter (jfr. teksten)

Alder	Antal konsultationer pr. patient			Samlet antal ydelser pr. patient		
	Mænd	Kvinder	Kvinder i $\frac{0}{10}$ af mænd	Mænd	Kvinder	Kvinder i $\frac{0}{10}$ af mænd
15-24 år	4,1	5,6	137	4,6	6,2	135
25-34 -	4,9	7,1	145	5,2	8,1	156
35-44 -	6,8	7,5	110	7,4	9,0	122
45-54 -	6,8	7,0	103	7,9	9,5	120
55-64 -	2,4	6,7	279	5,1	8,8	173
65-74 -	6,0	9,5	158	8,6	11,6	135
75 år og derover	10,1	17,3	171	14,3	22,1	155
I alt	5,0	7,0	140	5,9	8,3	141

Såvel med hensyn til konsultationer som med hensyn til samlet ydelses tal ligger kvinderne med de højeste tal: omkring 140 pct. af tallene for mænd; det er endvidere karakteristisk, at den mindste forskel mellem kønnene konstateredes i alderen 35-54 år.

Diagnosefordelingen fremgår af tabel 27 for 2.250 patienter. Det bemærkes, at hver

patient kan have flere diagnoser. Det skal understreges, at patienter fra de yngre aldersgrupper dominerede i den beskrevne praksis, og at der var meget få patienter over 55 år. I øvrigt var der omtrent lige mange mænd og kvinder i de enkelte aldersgrupper.

I flertallet af de anvendte hoveddiagnosegrupper er kvinderne repræsenteret hyppigere

Tabel 27. Samtlige diagnoser vedrørende 2.250 patienter efter køn og alder (jfr. teksten)

Hoveddiagnoser	15-44 år		45-64 år		65 år og derover		15 år og derover		I alt Kvinder i $\frac{0}{10}$ af mænd
	Md.	Kv.	Md.	Kv.	Md.	Kv.	Md.	Kv.	
1. Infektions- og parasitære sygdomme	68	75	17	5	2	2	87	82	94
2. Svulster, ondartede og godartede ..	9	28	12	22	2	1	23	51	222
3- 4. Endokr., stofsk., allerg., ernær.-sygd., og sygd. i blod og lymf.org.	30	130	13	44	8	10	51	184	361
5. Psykoser, psykoneuroser, karakter- og intelligensdefekt	76	167	30	31	2	9	108	207	192
6. Sygdomme i nervesyst. og sanseorg.	123	125	6	41	11	30	140	196	140
7. Sygdomme i hjerte og blodkar ...	41	44	31	42	21	55	93	141	152
8. Sygdomme i åndedrætsorganer ...	189	221	51	57	17	12	257	290	113
9. Sygdomme i fordøjelsesorganer ..	103	138	36	55	13	19	152	212	140
10. Sygdomme i urin- og kønsorganer.	34	276	11	50	10	0	55	326	593
11. Kompl. ved svangersk., fødsel og i barselseng (incl. normal fødsel) ..	-	228	-	0	-	0	-	228	-
12-13. Sygd. i hud- og underhudsvæv samt i knogler og muskler	219	305	74	71	10	24	303	400	132
14-15. Medfødte misdannelser og forskellige spædbørnssygdomme	6	5	3	0	0	1	9	6	67
16. Alderdomssvækkelse og mindre veldefinerede sygdomstilstande	48	63	9	12	2	6	59	81	137
17. Ulykker, forgiftninger o. l.	220	122	42	38	7	12	269	172	64
I alt	1173	1973	355	468	105	194	1633	2635	161

end mændene. En undtagelse danner diagnosegruppe 17: ulykker, forgiftninger o.l., hvor hyppigheden er knap 40 pct. lavere for kvinder end for mænd.

De største forskelle mellem kønnene skyldes:

- 1) i gruppe 2 forekomsten af en række godartede brystkirtelsvulster hos kvinderne,
- 2) i gruppe 3 og 4 først og fremmest hyppigere blodsygdomme, specielt blodmangel, blandt kvinderne,
- 3) i gruppe 5 den betydelige oversygelighed på grund af psykiatriske lidelser blandt kvinder,
- 4) i gruppe 10 i første række et antal gynækologiske lidelser blandt kvinderne (d.v.s. kvindesygdomme, bortset fra svangerskab m.v.).

6.6.4. Af Mogens Milfeldts oversigt over de 10.000 natlægebesøg (tabel 28) fremgår, at kvinderne tegner sig for 5.479 eller 68,9 pct. af de 7.947 natlægebesøg der er aflagt hos patienter over 14 år.

Det ses af tabel 28, at det først og fremmest er det store antal kvindelige patienter under gruppe 6, fordøjelsesorganernes sygdomme, som betinger forskellen mellem mænd og kvinder. I denne gruppe er det først og fremmest de kvindelige galdestenspatienter, som dominerer, idet ikke mindre end 990 af besøgene i denne gruppe gjaldt disse patienter.

Kvindernes overvægt med hensyn til psykiatriske lidelser (gruppe 14) spiller også en stor rolle for den samlede overvægt af kvinder blandt natlægepatienter.

Endelig spiller normale fødsler (gruppe 18), svangerskabs- og fødselskomplikationer (gruppe 17) samt gynækologiske lidelser (under gruppe 11) en væsentlig rolle for samtlige diagnoser under ét.

6.7. Lægemiddelforbrug

6.7.1. Generelle oplysninger.

En sammenligning mellem mænds og kvinders lægemiddelforbrug vil ligesom de tidligere beskrevne undersøgelser kunne bidrage til en

Tabel 28. Hoveddiagnoser for 7.947 natlægepatienter efter køn (jfr. teksten)

Hoveddiagnoser	Mænd	Kvinder	Kvinder af mænd
1. Åndedrætsorganernes sygdomme	252	331	131
2. Alderdomssvaghed	0	1	-
3. Bevægelses- og støtteapparatets sygdomme	40	48	120
4. Blodets og de bloddann. org. sygdomme	1	4	400
5. Endokr. sygdomme, stofskiftesygdomme og avitaminoser	14	15	107
6. Fordøjelsesorganernes sygdomme	575	1607	290
7. Forgiftninger, akutte og kroniske	61	54	89
8. Hudsygdomme og sygdomme i det subcutane væv	103	91	88
9. Infektionssygdomme og parasitære sygdomme	180	248	138
10. Kredsløbsorganernes sygdomme	325	595	183
11. Kønsorganernes sygdomme (excl. venerea)	74	222	300
12. Misdannelser, medmødte	0	0	-
13. Nervesystemets org. sygdomme (excl. svulst.)	126	128	102
14. Nervesystemets funktionelle sygdomme	264	660	250
15. Nyfødtes sygdomme	0	1	-
16. Nyre- og urinvejssygdomme	189	241	128
17. Svangerskabets, fødsels og barselsengens sygdomme ...	0	359	-
18. Svangerskab og fødsel med normalt forløb	0	525	-
19. Svulster	41	90	220
20. Ulykkestilfælde	15	133	116
21. Øjensygdomme	18	12	67
22. Øresygdomme	15	24	160
23. Observationer og andre usikre tilfælde	77	90	117
I alt	2468	5479	222

opfattelse af hyppigheden af sygdom blandt henholdsvis mænd og kvinder, hvis man tør antage, at lægemiddelforbruget i alle tilfælde har været velmotiveret. Denne usikkerhed vil naturligvis være størst, for så vidt angår lægemidler, der kan købes i håndkøb, mens der for lægemidler, der er belagt med recepttvang, må forudsættes at foreligge en lægelig vurdering af det pågældende lægemiddels nødvendighed.

Der gennemføres her i landet ikke nogen løbende registrering af lægemiddelforbruget, som vil muliggøre en analyse af dette forbrugsfordeling med hensyn til køn og alder. Der foreligger alene opgørelser over apotekernes samlede salg af henholdsvis håndkøbsmedicin og receptmedicin. Derudover kan man af sygekassernes regnskaber aflæse, hvor stor en del af sygekassernes udgifter der er medgået til lægemiddeltilskud.

Ved sygdomsundersøgelsen 1951-54 blev der dog gennemført en undersøgelse af befolkningens forbrug af sovemidler.

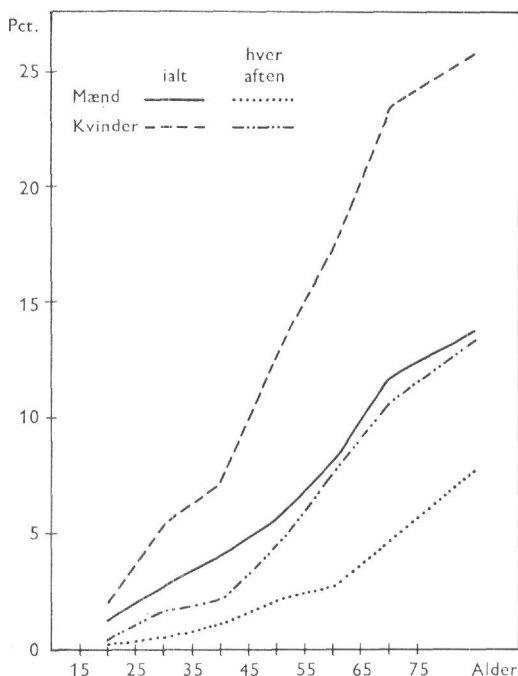
6.7.2. Undersøgelse af sovemiddelforbruget 1952/53.

I perioden september 1952 til maj 1953 blev samtlige svarpersoner, der indgik i den generelle sygdomsundersøgelse spurgt om deres forbrug af sovemidler inden for en måned. Spørgsmålet blev besvaret af ca. 11.000 mænd og godt 10.000 kvinder over 15 år.

Det fremgik af besvarelserne, at 5,1 pct. af samtlige mænd mod 10,3 pct. af kvinderne havde anvendt sovemidler i den pågældende måned. Blandt de personer, som angav at have lidt af en eller flere sygdomme i den pågældende måned, var procenten af sovemiddelbrugere noget højere, nemlig 9,2 pct for mændenes vedkommende og 16,3 pct. for kvindernes vedkommende.

Procentdelen af de adspurgte, som angav et dagligt forbrug af sovemidler, var 1,7 for mændenes vedkommende og 3,9 for kvindernes og denne procent lå for både mænd og kvinder 6-7 gange højere for dem, der havde haft sygdomme, end for dem der ikke havde.

Figur 4 er en grafisk fordeling af forbrugere af sovemidler fordelt efter køn og alder. Figuren fremstiller dels antallet af *forbrugere*, (som en procentdel af samtlige adspurgte) blandt mænd og kvinder i de forskellige aldersklasser., dels antallet af *forbrugere, der anvender sovemidler hver aften*.



Figur 4. Forbrugere af sovemidler efter køn og alder.

Det fremgår af figuren, at brugen af sovemidler er stigende med alderen, således at forbrugernes antal 10-dobles fra 20 til 75 års alderen for både mænd og kvinder. Det største forbrug findes blandt ældre kvinder, der samtidig har angivet en eller flere sygdomme inden for den sidste måned. Blandt kvinder over 65 år inden for denne gruppe bruger ca. 30 pct. sovemidler. Blandt samtlige kvinder over 65 år bruger ca. hver fjerde sovemidler, mens kun ca. hver ottende blandt samtlige mænd over 65 bruger sovemidler.

Det skal bemærkes, at undersøgelsen som nævnt ikke omfattede de egentlige sommer-måneder, og at der er en tendens til et lidt større sovemiddelforbrug i vintertiden.

6.7.3. Lægemiddel forbrugsundersøgelse. Sverige 1963.

I Sverige er der af dr. Bjørn Smedby, Upsala, i 1963 gennemført en undersøgelse af forbruget af receptpligtig medicin for samtlige personer over 16 år med fødselsdato 15. februar. Denne population omfattede i alt 16.500 personer og foretoges på grundlag af samtlige recepter, der i 1963 ekspederedes ved svenske apoteker til

Tabel 29. Procentdel af personer, der har modtaget medicin, efter køn og alder. Sverige 1963.

Alder	Mænd ret.	Kvinder pct.	Kvinder i % af mænd
16-19 år.	33,5	51,9	155
20-29 -	34,6	59,0	171
30-39 -	41,1	57,9	141
40-49 -	45,1	58,8	130
50-59 -	48,3	60,8	126
60-69 -	56,4	61,1	108
70-79 -	53,7	68,1	127
80 år og derover ..	63,5	69,4	109
I alt	44,8	59,9	134

personer med fødselsdato 15. februar. Det drejede sig i alt om knapt 39.000 ekspeditioner.

Tabel 29 viser procentdelen af samtlige personer, som har modtaget vederlagsfri og/eller tilskudsberettiget medicin fordelt efter køn og alder. Det fremgår, at 44,8 pct. af samtlige mænd og 59,9 pct. af samtlige kvinder har modtaget tilskudsberettiget eller vederlagsfri medicin i løbet af 1963.

Procentdelen af personer, der har modtaget sådan medicin er stigende med alderen for både mænd og kvinder, idet dog kvinderne på alle alderstrin optræder med en højere procentdel end mændene.

En undersøgelse af forbrugerne af tilskudsberettiget og vederlagsfri medicin fordelt på socio-økonomiske grupper viser, at hjemmearbejdende husmødre har en lavere procentdel lægemiddelforbrugere end andre kvinder. Procenten af forbrugere er både for mænd og kvinder stigende med stigende indtægt.

6.7.4. Lægemiddelforbrug i USA.

Den tidligere omtalte løbende undersøgelse af helbredstilstanden i den amerikanske befolkning gennem interviewundersøgelsen omfatter også undersøgelse af befolkningens forbrug af lægeordineret og anden medicin.

I året 1964/65 viser undersøgelsen, at udgiften til lægemidler steg jævnt med alderen fra 6,40 \$ for personer under 15 år og 41,40 \$ for personer over 65 år.

Kvinder anvendte mere på lægeordineret medicin end mænd; deres gennemsnitlige lægemiddeldgift var 18,60 \$ mod 12,00 \$ for mændenes vedkommende. Der var kun ringe forskel i lægemiddelforbruget for så vidt angik håndkøbsmedicin.

Udgiften til lægeordineret medicin steg med stigende familieindkomst, mens der kun var ringe stigning i håndkøbsmedicinudgiften med en stigende indkomst.

Indbyggerne i storbyer havde større lægemiddeldgifter end landbobefolkningen.

6.7.5. Lægemiddelbivirkninger.

I forbindelse med spørgsmålet om lægemiddelforbruget er det rimeligt at overveje, om kvinders åbenbart større lægemiddelforbrug har konsekvenser i uheldig retning. Man kan her pege på den tidligere nævnte større hyppighed af selvmordsforsøg blandt kvinder - forsøg som netop oftest gøres ved hjælp af overdosering af lægemidler (specielt barbiturater). Men man må derudover henlede opmærksomheden på, at et stort forbrug af fenacetin, som blandt andet findes i det tidligere meget anvendte codyl, kan give nyreskader.

Kvinder synes at have et større forbrug af kodeinkombinationspræparater end mænd.

Imidlertid har man nu fjernet fenacetin-komponenten fra det i øjeblikket mest anvendte kodeinkombinationspræparat (codimagnyl) - hvorefter denne bivirkning skulle være imødegået.

Om der foreligger et større misbrug af lægemidler d.v.s. brug uden lægelig indikation blandt kvinder, er det svært at udtale sig om, da man alene er henvist til opgørelser over de tilfælde, der fører til indlæggelse på sygehus eller hvor dette forhold tilfældigt konstateres i forbindelse med en sygehusindlæggelse. Ønsker man dette problem nærmere belyst, må man analysere den enkeltes forbrug - eventuelt gennem en receptundersøgelse eller interviewundersøgelse. Hvor pålidelige sådanne undersøgelser kan tænkes at blive er vanskelig at afgøre, da der ofte vil være en naturlig tilbageholdenhed hos misbrugere med hensyn til oplysninger om det konkrete forbrug.

KAPITEL 7

Beskrivelse af udearbejdende kvinders sygelighed sammenlignet med mænds

7.1. Generelle betragtninger

I det foregående kapitel har man søgt at beskrive forskelle i mænds og kvinders sygelighed. Man har i denne forbindelse ikke medtaget registreringen af sygefravær fra arbejdspladser. Dette skyldes for det første, at arbejdsmarkedet kun beskæftiger en mindre del af den kvindelige del af befolkningen, således at der på forhånd må formodes at være foregået en vis udvælgelse, som også har helbredsmæssige årsager. Man må således gå ud fra, at en række personer af begge køn er uden for arbejdsmarkedet netop på grund af svigtende helbred. For det andet er det, der registreres som sygefravær på arbejdsmarkedet, en blandet gruppe af sociale situationer, som ikke nødvendigvis kun er betinget af helbredet hos de pågældende personer.

I dette kapitel vil dette problem blive analyseret ud fra det grundsynspunkt, at funktionen i arbejdsmarkedet - herunder sygefraværet - er et udtryk for såvel arbejdsmæssig belastning som helbredsmæssig og social resistens hos arbejdstagerne.

Den kvindelige andel af arbejdskraften er her som i andre industrilande jævnt stigende, og det er karakteristisk, at gifte kvinder udgør en stadig stigende del af den kvindelige arbejdskraft, selv om dette forhold naturligvis er afhængigt af tradition i familien og på arbejdsmarkedet.

Denne udvikling er betydningsfuld i relation til spørgsmålet om sygefravær, da gifte kvinder i erhvervslivet, som har mindreårige børn, formentlig står overfor arbejdsmæssige belastninger, der stiller særlige krav til kvindernes helbred.

Ved vurderingen af sygefravær for mænd og kvinder må man tage hensyn til, at en meget stor del af den kvindelige arbejdskraft befinder sig i de yngre aldersgrupper (under 25), me-

dens en anden stor del befinder sig i aldersgruppen 40 år og derover. Derimod er mange kvinder borte fra arbejdsmarkedet i kortere eller længere perioder mellem 20-40 år. Dette forhold medvirker, sammen med et gennemsnitligt lavt uddannelsesniveau, til, at størstedelen af den kvindelige arbejdskraft aldrig når ud over mere rutinemæssige funktioner, idet selvstændige opgaver og karriere hidtil har krævet en mere stabil og kontinuerlig indsats på arbejdsmarkedet.

For at få et ensartet vurderingsgrundlag til sammenligning af mænds og kvinders sygefravær er det nødvendigt at kræve standardisering af materialet både med hensyn til alder og uddannelse, arbejdets art og varighed, den økonomiske sikring under sygefravær og familiesituationen. Disse krav er sjældent eller aldrig opfyldt i de foreliggende undersøgelser.

7.2. Populationsundersøgelser

7.2.1. Sygdomsundersøgelsen i Danmark 1951—54 søgte bl.a. at nå frem til antallet af tabte arbejdsdage blandt de beskæftigede.

Tabel 30 viser resultatet af denne undersøgelse, som er baseret på registrering af tabte arbejdsdage pr. måned. Det samlede antal tabte arbejdsdage svarede til 7,40 dage pr. år for mænd og 7,93 dage pr. år for kvinder. Opdelingen på aldersklasser viser derudover, at kvindernes oversygelighed (målt som sygefravær) er størst i alderen 15-39 år, medens der kun er små forskelle mellem kønnene med hensyn til sygefravær i aldergrupperne 40-59 og 60 år og derover.

I alle aldersgrupper er imidlertid antallet af tabte arbejdsdage pr. sygemeldt person størst blandt mænd, som det fremgår af tabel 31.

På tidspunktet for sygdomsundersøgelsen syntes antallet af personer med sygefravær ikke

Tabel 30. Antal tabte arbejdsdage pr. beskæftiget person pr. år fordelt efter køn og alder. Sygdomsundersøgelsen 1952-54.

Alder	Mænd	Kvinder	Kvinder i % af mænd
15-39 år	6,24	7,38	118
40-59 -	8,04	8,44	105
60 år og derover	10,21	10,97	107
I alt	7,40	7,93	107

Tabel 31. Antal tabte arbejdsdage pr. måned pr. sygemeldt person fordelt efter køn og alder. Sygdomsundersøgelsen 1952-54.

Alder	Mænd	Kvinder	Kvinder i % af mænd
15-39 år	7,8	6,9	88
40-59 -	10,1	8,9	88
60 år og derover	12,0	9,8	82
I alt	9,2	7,7	84

påvirket af den økonomiske sikring i tilfælde af sygdom. Tabel 32 viser tværtimod, at sygefraværshyppigheden er mindst hos de sygeforsikringsmæssigt bedst dækkede; kvinder er i alle tre grupper optalt med ca. 20 pct. højere sygemeldingshyppighed end mændene.

7.2.2. *National Health Survey i USA for 1965-66* viser et noget andet forhold mellem kønnene med hensyn til tabte arbejdsdage (tabel 33). Undersøgelsen viser et større antal sygedage for mænd end for kvinder, totalt og for alle aldersgrupper bortset fra 25-44 år. Den mandlige oversygelighed gør sig stadigt mere gældende med stigende alder.

Nogen umiddelbar forklaring på dette forhold er det ikke muligt at give.

Blandt de akutte lidelser, er det i første række luftvejsinfektioner og i anden række

Tabel 33. Antal tabte arbejdsdage pr. år og pr. beskæftiget person. USA 1965-66.

Alder	Mænd	Kvinder	Kvinder i % af mænd
17-24 år	4,2	4,1	98
25-44 -	5,1	6,2	122
45-64 -	7,3	5,9	81
65 år og derover	9,8	5,1	52
I alt	5,9	5,6	95

ulykkestilfælde, som giver anledning til sygefravær for begge køn.

7.2.3. *Det engelske syge forsikringssystem* muliggør en registrering af tabte arbejdsdage efter køn og alder.

Det viser sig her, at der for kvindernes vedkommende sker en jævn stigning i antallet af tabte arbejdsdage pr. år fra 9 til 38 gennem aldersgrupperne 15-54 år, hvorefter der registreres et fald. For mændenes vedkommende ses en svag stigning fra 7 til 12 tabte arbejdsdage pr. år i aldersgrupperne 15-44 år, hvorefter der ses en stærk stigning til 41 dage pr. år i 60 års alderen. Efter 60 års alderen konstateres et fald i antallet af tabte arbejdsdage, også for mænd.

Disse tal er altså væsentligt højere end de tal, der findes ved populationsundersøgelser i befolkningen i Danmark og USA, hvilket delvis kan forklares ved, at populationsundersøgelserne ikke omfatter personer, som er på institution.

7.3. Sygdomsfravær for specielle grupper

7.3.1. Løbende fraværstatistik for kontorfunktionærer.

Foreningen Engageringskontoret for handel og industri gennemfører en løbende fraværstatistik vedrørende funktionærer på basis af

Tabel 32. Sygefraværshyppighed blandt beskæftigede fordelt efter økonomisk sikring i sygdomstilfælde og efter køn og alder. Sygdomsundersøgelsen 1952-54

Økonomisk sikring i sygdomstilfælde	Sygemeldte i % af samtlige beskæftigede i de pågældende grupper		Kvinder af mænd
	Mænd	Kvinder	
Fuld løn under sygdom	27,4	32,9	120
Delvis løn under sygdom	32,5	38,0	117
Ingen løn under sygdom	32,4	40,9	124

årlige indberetninger fra omkring 30 firmaer med omkring 6.500 funktionærer af begge køn.

Denne statistik viser for 1967, at det gennemsnitlige antal sygedage pr. person var blandt mænd 5,6 dage og blandt kvinder 10,4 dage. Fravær på 6 dage og derunder udgjorde 54 pct. af mændenes sygedage og 62 pct. af kvindernes. For mændenes vedkommende var det største sygefravær i aldersgrupperne 15-20 år og 56 år og derover, og det mindste sygefravær i aldersgruppen 31-35 år. For kvindernes vedkommende ses ligeledes største sygefravær i aldersgrupperne 15-20 og 56 år og derover, mens det mindste fravær her ses i 41-45 års alderen.

I tabel 34 er foretaget en analyse af kønsforskellene med hensyn til sygefravær. Det fremgår heraf, at den kvindelige oversygelighed, registreret som *antal sygedage pr. person*, er størst i alderen 21-35 år, hvor kvinder er sygemeldt i dobbelt så mange dage som mænd.

Hyppigheden af sygemeldinger aftager med stigende alder for begge køn. Kvinder sygemeldes ca. dobbelt så hyppigt som mænd i alle aldersklasser.

Varigheden af de enkelte sygdomsfraværsperioder er stigende med stigende alder og er bortset fra aldersgrupperne 21-35 år størst for mænd.

7.3.2. *Fraværstatistik for*

Københavns kommunes tjenestemænd og lønarbejdere 1964.

På kvindekommisionens initiativ har socialforskningsinstituttet foretaget en analyse af den

i 1964 indsamlede fraværstatistik for ca. 14.000 tjenestemænd og ca. 11.000 lønarbejdere ansat i Københavns kommunes tjeneste. For de knap 15.000 mænd, som indgik i undersøgelsen, fandtes et samlet fravær svarende til 17,9 dage pr. person, medens de godt 10.000 kvinder i undersøgelsen havde et samlet fravær svarende til 19,4 dage pr. person.

De vigtigste resultater af analysen er i øvrigt.

1. Den procentdel af de tre ansættelsesgrupper for lønarbejdere, der har været væk fra arbejde på grund af sygdom i løbet af 1964, er stigende med stigende sikring mod tab af indkomst i sygdomstilfælde. Dette gælder både for mænd og kvinder.
2. Antal sygedage pr. person og antal sygedage pr. syg person varierer kun lidt mellem de tre lønarbejdergrupper for aldersgrupperne under 40 år. For personer over 40 år er sygefraværet meget højere blandt ansatte arbejdere med tjenestemandslignende ansættelsesforhold end blandt andre arbejdere.
3. Det større sygefravær blandt lønarbejdere med løn under sygdom er et resultat af en generel forøgelse i sygefraværet såvel af de korte som af de lange sygdomsperioder.
4. Tjenestemændenes sygefravær er mindre end fraværet blandt lønarbejdere med fuld løn under sygdom og større end fraværet blandt lønarbejdere med 80 pct. løndækning. Den store variation mellem tjenestemandskategorierne tyder på, at sygefraværet påvirkes af andre faktorer end dem, der er gjort til genstand for undersøgelse her.
5. På basis af en sammenligning af to arbejds-

Tabel 34. Sygefravær for funktionærer efter køn og alder (jfr. teksten)

Alder	Antal fraværsdage pr. person			Antal sygdomstilfælde pr. person			Varigheden af de enkelte sygdomsfravær		
	Mænd	Kvinder	Kvinder i % af mænd	Mænd	Kvinder	Kvinder i % af mænd	Mænd	Kvinder	Kvinder i % af mænd
15-20 år	8,2	13,3	162	2,9	5,3	183	2,9	2,5	86
21-25 -	5,7	11,7	205	2,2	4,2	191	2,6	2,8	108
26-30 -	4,7	10,6	226	1,7	3,3	194	2,7	3,2	119
31-35 -	4,3	9,3	216	1,4	3,0	214	3,0	3,1	103
36-40 -	4,8	9,1	190	1,4	2,8	200	3,4	3,3	97
41-45 -	4,6	9,0	196	1,1	2,5	227	4,0	3,6	90
46-55 -	5,8	10,1	174	1,1	2,4	218	5,2	4,2	81
56 år og derover	8,4	10,2	121	1,2	2,1	175	6,9	4,9	71
Gennemsnit for alle aldersgr.	5,6	10,4	185	1,5	3,2	213	3,8	3,1	81

og ansættelsesmæssigt ensartede tjenestemandsgrepper har man konstateret, at kvinders fravær har et større omfang end mænds. Dette gælder alle aldersklasser, men kvindernes oversygelighed er størst i de yngre aldersklasser. Det må i denne forbindelse erindres, at fravær i forbindelse med graviditet og fødsel medregnes i kvindernes sygefravær.

6. Andelen af sygdomsramte personer stiger ikke med alderen. Antal sygedage pr. person og pr. syg person stiger derimod med alderen, navnlig for mænds vedkommende. Ligeledes er sygdomsperiodernes gennemsnitlige længde stærkt stigende jo ældre personer, det drejer sig om.
7. Af det samlede antal fraværsdage falder langt den største del på de lange sygeperioder.

7.3.3. Dansk Arbejdsgiverforenings fraværsundersøgelse juli 1967 — juni 1968.

Fraværsundersøgelsen omfatter i gennemsnit for de 4 kvartaler godt 141.000 arbejdere og godt 64.000 funktionærer. I undersøgelsen er registreret antallet af fraværende personer på hver enkelt arbejdsdag, og dette er sammenholdt med antallet af beskæftigede ved udgangen af hver måned. Fraværet er opgjort i hele arbejdsdage, og deltidsansattes fulde fravær på

en arbejdsdag er medregnet som en hel arbejdsdag.

Det samlede fravær kan opdeles efter fravær sårsag i sygefravær, barselfravær og »rest«-fravær. Fravær på søn- og helligdage er ikke medtaget i statistikken.

Resultatet af undersøgelsen fremgår af tabel 35. Det totale antal fraværende personer er sat i forhold til gennemsnittet af antal beskæftigede ved udgangen af de 4 kvartaler. Tabellen viser således det procentiske sygefravær, barselfravær og restfravær. Under sygefravær medregnes forlænget barselfravær, som skyldes sygdom. Restfraværet omfatter fravær på grund af genindkaldelse til militærtjeneste, fravær på grund af sygdom i hjemmet samt andet fravær, f.eks. enkelte fridage. I restfraværet er ikke medregnet ferie, ordinær militærtjeneste, orlov og fravær på grund af uddannelse.

Det fremgår af tabellen, at *sygefraværet er større i hovedstaden end i provinsen, større blandt arbejdere end blandt funktionærer og større blandt kvinder end blandt mænd.* Det fremgår ligeledes, at *barselfraværet kun spiller en mindre rolle i det samlede fravær, og ikke kan forklare forskellen mellem fraværshyppigheden for mænd og kvinder.* Det samme gælder for restfraværet, der som nævnt blandt andet omfatter fravær på grund af sygdom hos familiemedlem.

En nærmere analyse af fraværets industrivise

Tabel 35. Gennemsnitlig sygefraværspct., barselfraværspct. og samlet fraværspct. 1967/68 for 141.000 arbejdere og 64.000 funktionærer ansat hos medlemmer af DAF

		Syge- fravær pct.	Barsel- fravær pct.	Rest- fravær pct.	Samlet fravær pct.
mandlige arbejdere	hovedstad	4,2	—	1,3	5,5
	n = 41.078				
	provins.	3,1	-	0,7	3,8
	n = 69.720				
kvindelige arbejdere	hovedstad	6,8	0,4	2,1	9,3
	n = 13.799				
	provins.	5,3	0,5	1,2	7,0
	n = 16.848				
mandlige funktionærer	hovedstad	2,3	-	0,1	2,4
	n = 20.939				
	provins.	1,4	-	0,1	1,5
	n = 21.499				
kvindelige funktionærer	hovedstad	4,3	0,4	0,3	5,0
	n = 11.989				
	provins.	2,5	0,6	0,2	3,3
	n = 9.699				

fordeling viste, at kvindelige arbejdere i hovedstadens drikkevareindustri og provinsens metalvareindustri havde det højeste samlede fravær. De kvindelige funktionærers fraværsprocent var størst i hovedstadens offentlige værker samt i provinsens gummiiindustri.

Det gennemsnitlige antal fraværsdage for kvindelige funktionærer med 6-dages uge (knap 10 dage) pr. år viser god overensstemmelse med sygefraværstatistikken for kontorfunktionærer som er refereret ovenfor (7.3.1.). En direkte sammenligning med fraværstatistikken for Københavns kommunes tjenestemænd og lønarbejdere (7.3.2.) vanskeliggøres af, at opgørelsen af fraværsdage er sket efter forskellige principper, specielt for så vidt angår søn- og helligdage, der falder i en sygeperiode eller grænser op til en sygeperiode. Sådanne søn- og helligdage indgår med en vis vægt i arbejdsstatistikken for Københavns kommune. Under alle omstændigheder er sammenligninger mellem Arbejdsgiverforeningens fraværstatistik og de to ovennævnte fraværstatistikker kompliceret af, at der ikke findes nogen aldersfordeling i arbejds-giverforeningens materiale.

7.3.4. Sygefraværundersøgelse i svensk industriforetagende.

I 1959 gennemførtes en undersøgelse af sygefraværet blandt funktionærer og arbejdere ved ASEA i Västerås.

Tabel 36 viser antallet af tabte arbejdsdage pr. person på grund af sygefravær for mandlige og kvindelige funktionærer fordelt efter alder. Der ses for mændenes vedkommende et stigende antal fraværsdage med stigende alder, men sygefraværet er for alle aldersgrupper, hvor materialet tillader en sammenligning, større for

Tabel 36. Antal sygedage pr. person (bortset fra barselfravær) blandt funktionærer beskæftiget i ASEA, Västerås året 1959, fordelt efter køn og alder.

Alder	Mænd	Kvinder	Kvinder i % af mænd
15-24 år	4,4	7,8	177
25-34 -	5,3	13,0	245
35-44 -	5,9	19,6	332
45-54 -	8,6	10,9	127
55-64 -	8,9	(34,0)	(382)
65 år og derover	16,1	(14,8)	(92)

kvinder end for mænd. Kvindernes oversygelighed er størst i aldersgruppen 35-44 år, der også har et større antal sygedage pr. person end både yngre og ældre aldersgrupper.

Tabel 37 viser, at kvindelige funktionærer også havde et betydeligt hyppigere fravær end mandlige; det skal tilføjes, at gravide funktionærer havde lavere sygefravær (bortset fra barselfravær) end gennemsnittet i den pågældende aldersgruppe.

Sygefraværet blandt arbejderne på ASEA er i undersøgelsen opgjort som antal tabte arbejdstimer og yderligere opgjort som procent af den samlede arbejdsindsats, der er tabt på grund af sygdom. Tallene er derfor ikke umiddelbart sammenlignelige med funktionærtallene.

Det fremgår af tabel 38, at tabet i arbejdstimer på grund af sygdom stiger med alderen for mændenes vedkommende, medens den modsatte tendens gør sig gældende for kvinderne i de aldersgrupper, hvor materialet muliggør en sammenligning. På samme måde er den kvindelige oversygelighed målt i tabte arbejdstimer faldende med stigende alder.

Blandt gravide kvindelige arbejdere registre-

Tabel 37. Antal sygdommeldinger pr. person blandt funktionærer beskæftiget i ASEA, Västerås året 1959, fordelt efter køn og alder.

Alder	Mænd	Kvinder	Kvinder i % af mænd
15-24 år	1,3	2,4	185
25-34 -	1,6	3,5	219
35-44 -	1,5	3,3	220
45-54 -	1,6	2,0	125
55-64 -	1,5	(4,7)	(313)
65 år og derover	2,1	(1,5)	(71)

Tabel 38. Procent af arbejdstiden tabt på grund af sygefravær (bortset fra barselfravær) blandt arbejdere beskæftiget i ASEA, Västerås året 1959, fordelt efter køn og alder.

Alder	Mænd	Kvinder	Kvinder i % af mænd
15-24 år	2,3	(7,3)	(317)
25-34 -	3,0	10,5	350
35-44 -	3,5	8,5	243
45-54 -	3,9	7,9	203
55-64 -	6,0	(9,3)	(155)
65 år og derover	11,4	(0)	-

redes større sygefravær (bortset fra barselfravær) end gennemsnittet for kvinder i den pågældende aldersgruppe.

7.4. Sygdomsfravær for kvinder efter civilstand

7.4.1. Kvindelige kontorfunktionærer i Danmark 1964.

I den tidligere omtalte løbende statistik vedrørende kontorfunktionærer i Danmark (se side 36) foretoges også en analyse af sygefraværet for ugifte og gifte kvinder.

Tabel 39 viser fordelingen af sygefraværet for kvindelige kontorfunktionærer efter alder og civilstand. Det fremgår, at gifte kvinder i aldersgruppen mellem 21—55 år har 37 pct. større sygefravær end ugifte. Over sygeligheden svinger mellem 30 og 50 pct. og synes ikke at være korreleret med alderen.

Tabel 39. Antal sygedage pr. person pr. år for ugifte og gifte kvindelige kontorfunktionærer 1964 fordelt efter alder.

Alder	Ugifte	Gifte	Gifte i % af ugifte
21—25 år	11,6	14,8	128
26—30 -	10,3	13,5	131
31—35 -	11,0	16,0	145
36—40 -	8,6	11,4	133
41—45 -	9,8	14,5	148
46—55 -	10,2	14,0	137
Gennemsnit	10,3	14,0	137

7.4.2. Arbetsmarknadskommitténs kvinnoutrednings fraværsundersøgelse 1948-49.

Denne undersøgelse omfattede ca. 30.000 arbejdstagere - i første række »kroppsarbejdere« - heraf 19.500 mænd, 4.800 gifte og 6.000 ugifte kvinder. Sygefraværet er registreret i fire perioder af hver én uges varighed med tre måneders mellemrum, henholdsvis november 1948, februar 1949, maj 1949 og august 1949. Fraværet er opgjort i procent af den ordinære arbejdstid.

Tabel 40 viser stigende sygdomsfravær med stigende alder for ugifte kvinder, men ret uforandret højt fravær for gifte kvinder i alle aldersgrupper under 60 år. I overensstemmelse hermed falder gifte kvinders oversygelighed med stigende alder, og er næsten forsvundet efter 50 års alderen.

Tabel 40. Procent af arbejdstiden tabt ved sygefravær for ugifte og gifte kvindelige lønarbejdere i Sverige 1948—49.

Alder	Ugifte	Gifte	Gifte i % af ugifte
-19 år	5,46	-	-
20—29 -	6,76	9,60	142
30—39 -	6,81	9,14	134
40—49 -	6,91	8,20	119
50—59 -	8,66	9,18	106
60—69 -	7,14	7,39	104

Der er i denne tabelopstilling set bort fra barselfravær, arbejdsfritagelse motiveret med pasning af børn eller andre pårørende samt fravær uden angivelse af grund, alt sammen fraværsårsager der bidrager til at øge gifte kvinders totale fravær i forhold til ugiftes.

7.4.3. Svenske forsikringsfunktionærers sygefravær 1950.

En undersøgelse af sygefraværet i 1950 blandt 6.300 funktionærer ved svenske forsikringsselskaber muliggjorde også en sammenligning mellem sygefraværet for ugifte, gifte, fraskilte og enker.

Tabel 41 viser antallet af fraværsdage i de forskellige civilstandskategorier og i forskellige aldersgrupper. Gifte kvinder har i denne undersøgelse gennemsnitlig 35 pct. højere sygdomsfravær end ugifte og oversygeligheden er størst i aldersgruppen 35-44 år. Fraskilte kvinder udviser lidt højere sygdomsfravær end gifte.

7.5. Sygdomsfravær for kvinder med og uden børn

7.5.1. Undersøgelse af sygdomsfraværet i svensk industriforetagende for kvinder med og uden børn.

På basis af observationer af sygefravær blandt 200 kvindelige arbejdere beskæftiget hos ASEA, Vesterås, hele første halvår af 1964, har man søgt at vurdere betydningen af børnetal for kvinders sygdomsfravær.

Det fremgår af tabel 42, at såvel antallet af sygdomsperioder som antallet af tabte arbejdstimer er størst blandt kvinder med børn mellem 0-7 år. Generelt synes stigende børnetal imidlertid ikke at medføre øget sygefravær - snarere tværtimod. Undersøgelsen angiver imid-

Tabel 41. Antal sygedage pr. person pr. år for kvindelige svenske forsikringsfunktionærer efter alder og civilstand, 1950

Alder	Ugifte (2369)	Gifte (846)	Fraskilte (206)	Enker (87)	Gifte i ⁰ / ₀ af ugifte
-17 år	12,5	—	—	—	—
18-19 -	15,1	20,3	—	—	134
20-24 -	15,6	20,2	25,3	—	129
25-29 -	17,2	22,2	26,5	—	129
30-34 -	15,6	17,7	20,6	—	113
35-39 -	14,5	24,1	19,5	35,3	166
40-44 -	20,5	32,7	31,5	17,3	160
45-49 -	19,2	20,4	22,2	23,0	106
50-54 -	19,6	16,5	22,7	8,4	84
55-59 -	25,5	34,3	12,8	11,5	135
60 år og derover	15,4	3,5	—	—	23
Alle aldre	16,1	21,7	23,4	17,9	135

*Tabel 42. Sygdomsfravær hos kvinder med og uden børn fordelt efter børnetal
ASEA, Västerås 1/1-30/6 1964*

Antal børn	Antal kvinder	Antal sygdoms- tilfælde pr. person	Antal fraværstimer pr. person	Procent kvinder uden sygefravær
0	79	3,0	114	23
1	63	2,0	145	29
2	34	1,6	88	35
3 eller flere	21	1,6	87	19
Heraf med børn i alderen 0-7 år	22	3,4	149	5

lertid ikke aldersfordelingen for de pågældende kvinder eller for de børn, der er over 7 år, hvorfor man ikke tør drage videregående konklusioner ud fra dette materiale.

7.5.2. Arbetsmarknadskommitténs kvinnoutredningsfraværundersøgelse 1949.

Den allerede omtalte undersøgelse af fraværet blandt kvindelige arbejdere i Sverige 1948-49 (se side 40) omfattede også et forsøg på at vurdere betydningen af børnetal for kvinders

fravær. I redegørelsen for undersøgelsen er dog på dette punkt kun præsenteret tal for det totale arbejdsfravær, d.v.s. omfattende både sygefravær, arbejdsfritagelse af anden grund samt fravær uden årsangivelse.

Tabel 43 viser den samlede fraværprocent for ugifte og gifte kvinder med og uden børn. Det fremgår, at kvinder med børn under skolealderen har den største fraværprocent (lidt højere for kvinder der samtidig har skolebørn d.v.s. flere børn). *Det er bemærkelsesværdigt, at gifte kvinder har større fraværprocent end ugifte,*

*Tabel 43. Fraværprocent for svenske kvindelige arbejdere med og uden børn
fordelt efter civilstand*

	Ugifte	Gifte	Gifte af ugifte
Uden børn	9,72	14,35	148
Med børn under skolealderen	17,37	21,17	122
Med skolebørn	13,37	15,47	116
Med børn under skolealderen og skolebørn	24,14	21,75	90

selv i de tilfælde hvor den ugifte har et barn at forsørge. Ugifte kvinder med både småbørn og skolebørn (d.v.s. med flere børn) har dog større fraværsprocent end gifte kvinder i samme situation. I denne opstilling kendes børnenes alder, men ikke deres antal og man savner en fordeling af kvinderne på aldersgrupper.

7.5.3. Sygdomsfravær blandt østrigske kvindelige arbejdere og funktionærer med og uden børn. Wien 1959-61.

En undersøgelse af sygdomsfravær blandt 7.500 kvindelige arbejdere og 3.500 kvindelige funktionærer i Wien gennemførtes i årene 1959-61 med henblik på at fastslå betydningen af børnetallet for sygdomsfraværets omfang.

For kvindelige arbejdere fremgik det, at 1 barn generelt forøger antallet af tabte arbejdsdage med 12 pct., 2 børn forøger antallet af tabte arbejdsdage med 28 pct. og 3 eller flere børn forøger antallet med 55 pct. Alderen synes i forhold hertil at spille en mindre rolle, men viser dog for kvindelige arbejdere med børn et maksimum i aldersgruppen 30-39 år.

De kvindelige funktionærer havde generelt langt færre tabte arbejdsdage end kvindelige arbejdere, men betydningen af børn for fraværets omfang var relativt større - i hvert tilfælde for kvinder med 1 eller 2 børn. Det maksimale fravær konstateredes også her for kvinder i aldersgruppen 30-39 år med børn.

7.6. Fravær på grund af særlige kvindesygdomme, svangerskab og barsel

Problemet omkring fravær fra arbejdet på grund af særlige kvindesygdomme, svangerskab og barsel har naturligvis særlig interesse i forbindelse med vurderingen af mænds og kvinders sygdomsfravær.

Det er meget sparsomt, hvad der foreligger af oplysninger på dette område, og forskelle i registrering af sygdomsfravær - respektive barselfravær - gør det yderligere vanskeligt at sammenligne materialerne.

7.6.1. Dysmenorrhoeundersøgelse (undersøgelse af menstruationslidelser) Malmö 1955-57.

890 kvinder indgik i undersøgelsen, heraf 120 kontorfunktionærer, 644 fabriksarbejdere, 34 ansatte ved stadsteatret og 92 elever

ved gymnastikinstituttet. 62 pct. af disse kvinder angav ingen dysmenorrhoe, medens resten angav nuværende eller tidligere dysmenorrhoe af forskellig sværhedsgrad.

Dysmenorrhoe var hyppigst i aldersgruppen 20-24 år, hvor 46,2 pct. angav dysmenorrhoe, heraf 23,9 pct. i sværere grad. Dysmenorrhoe fandtes hyppigere blandt ugifte end blandt gifte kvinder i aldersgrupperne 25-34 år.

Tabel 44 viser betydningen af dysmenorrhoe for sygefraværet blandt kvindelige fabriksarbejdere i forskellige aldersgrupper. Det fremgår, at fraværet på grund af dysmenorrhoe er faldende med stigende alder, og at denne fraværsårsag aftager i relativ betydning med stigende alder.

Tabel 45 viser tilsvarende forholdene for kvindelige kontorfunktionærer. Her har dysmenorrhoe som fraværsårsag størst omfang og størst betydning i aldersgrupperne 20-29 år.

Alt i alt er dysmenorrhoe efter denne undersøgelse en relativ hyppig gene specielt i alders-

Tabel 44. Samlet sygefravær og sygefravær på grund af dysmenorrhoe blandt kvindelige fabriksarbejdere. Malmö 1955-57.

Alder	Antal fraværsdage pr. person i alt	Antal fraværsdage pr. person på gr. af dysmenorrhoe	Fravær på grund af dysmenorrhoe i % af samlet fravær
14-19 år	20,5	1,8	9
20-24 -	34,0	2,0	6
25-29 -	34,3	1,1	3
30-34 -	36,6	0,9	3
35-39 -	30,0	0,6	2
40-44 -	22,4	0,04	0
14-44 år.	28,8	1,1	4

Tabel 45. Samlet sygefravær og sygefravær på grund af dysmenorrhoe blandt kvindelige funktionærer. Malmö 1955-57.

Alder	Antal fraværsdage pr. person i alt	Antal fraværsdage pr. person på gr. af dysmenorrhoe	Fravær på grund af dysmenorrhoe i % af samlet fravær
14-19 år _____	9,9	0,0	0
20-24 - _____	12,2	0,5	4
25-29 - _____	7,7	0,5	7
30-34 - _____	11,3	0,2	2
35-39 - _____	9,6	0,0	-
40-44 -	9,6	0,0	-
14-44 år _____	10,6	0,3	2,8

gruppen 20-24 år, men den udgør kun en meget beskeden del i årsagerne til kvinders sygdomsfravær.

7.6.2. Barselfravær blandt kvindelige svenske forsikringsfunktionærer 1950.

I den tidligere nævnte undersøgelse af kvindelige svenske forsikringsfunktionærer blev det påvist, at det gennemsnitlige barselfravær for kvindelige funktionærer i forskellige aldre var

4,8 dage pr. år med et højdepunkt i aldersgruppen 25-29 år, hvor det gennemsnitlige fravær var 11,3 dage pr. år.

Ved at sammenholde disse tal med det samlede gennemsnit for sygdomsfravær blandt disse kvinder, som udgjorde 17,9 arbejdsdage pr. år, og som i aldersgruppen 25-29 år udgjorde 19,8 arbejdsdage pr. år, viste det sig, at barselfravær udgjorde omkring 25 pct. af det samlede - og i aldersgruppen 25-29 år knap 60 pct. af det samlede fravær.

KAPITEL 8

Særlige kvindesygdomme

En analyse af de særlige kvindesygdomme, der har været nævnt hyppigt i det foregående, er påkrævet for at beskrive deres relative og absolutte betydning. Selv om kvindesygdommene må formodes i høj grad at have forbindelse med kvindens rolle som mor, vil analysen her af praktiske grunde blive delt i to dele, således at sygdomme i forbindelse med svangerskab, abort og fødsel behandles for sig.

8.1. Blandt *dødsårsagerne* drejer det sig i første række om kræftlidelser i brystkirtler samt i kønsorganer. Den detaljerede klassifikation af dødsårsager for disse sygdomme fremgår af tabel 46. Det ses, at kræft i brystkirtlerne er hyppigste dødsårsag i denne gruppe, fulgt af kræft i livmoderen med forskellig lokalisaton og af kræft i æggestokke, æggeledere m.v.

Infektioner, der ved deres lokalisaton kan betegnes som kvindesygdomme, spiller næsten ingen rolle som dødsårsag, medens visse kirurgiske lidelser som f.eks. livmoderfremfald er dødsårsag i et mindre antal tilfælde.

Af det samlede antal dødsfald blandt kvinder, som i 1967 udgjorde 21.895, skyldtes 8,5 pct. ovennævnte særlige kvindesygdomme.

8.2. Ser man dernæst på *sygehusindlæggelser* på grund af sygdomme i denne kategori, frem-

går det, at omkring 15 pct. af samtlige kunne henføres til de særlige kvindesygdomme (hvis man ser bort fra diagnoser vedrørende svangerskab, fødsel m.v., bliver procenten 20). Det fremgår i øvrigt (se tabel 47), at af disse særlige kvindesygdomme faldt ca. 35 pct. på menstruationsforstyrrelser, ca. 14 pct. på kræftlidelser, og fra 11-12 pct. på hver af grupperne »godartede svulster i kønsorganer«, »sygdomme i brystkirtel, æggestok m.m.« og »lejeforandring og nedsynkning af livmoder« samt ca. 15 pct. på »andre kvindesygdomme«.

Tabel 47. Udskrivninger og døde fra almindelige sygehuse af patienter med særlige kvindesygdomme 1965/66 (bortset fra svangerskab og fødsel).

Kræft i brystkirtel.	3611
Kræft i livmoder.	4229
Godartede svulster i livmoder.	4420
Godartede svulster i andre kvdl. kønsorganer	2231
Sygdomme i brystkirtel, æggestok m.m. . . .	6254
Lejeforandring og nedsynkning af livmoder	6259
Menstruationsforstyrrelser og klimakter. gener.	19154
Andre kvindesygdomme.	8443
I alt	54601

Endelig kan det tilføjes, at af det samlede antal indlæggelser behandles omkring 40 pct. på gynækologiske afdelinger, en lignende andel på alment kirurgiske samt 12 pct. på blandet medicinsk-kirurgiske sygehuse.

8.3. Sygdomsundersøgelsen i Danmark 1951-54

En række diagnoser inden for gruppen særlige kvindesygdomme registreredes i *sygdomsundersøgelsen i Danmark 1951-54*, se tabel 48.

Tabel 46. Dødsfald med særlige kvindesygdomme som dødsårsag. 1967.

Kræft i brystkirtel.	866
Kræft i livmoderhals.	359
Kræft i livmoderkorpus.	115
Kræft i livmoderen uden lok.	83
Kræft i æggestokke.	399
Kræft i genitalia i øvrigt.	25
Andre dødsårsager.	21
I alt	1868

Tabel 48. Forekomst af kvindesygdomme pr. måned blandt 1.000 kvindelige svarpersoner over 15 år, Sygdomsundersøgelsen i Danmark 1951—54

Diagnosegruppe	15-39 år	40-59 år	60 år og derover	1 alt
Svulster ¹⁾	3,1	7,3	6,3	5,1
Sygdomme i brystkirtlerne	0,6	0,3	-	0,4
Underlivsbetændelse m. m.	33,4	16,2	18,4	24,9
Menstruationsforstyrrelser .	78,9	19,9	0,1	45,2
Besvær ved overgangsalder	1,0	65,4	0,5	23,1
I alt	117,0	109,1	25,6	98,7

¹⁾ Omfatter alle former for kræft samt godartede svulster.

Sådanne diagnoser forekommer hyppigst i aldersgruppen 15-39 år, hvor menstruationsforstyrrelser dominerer. I aldersgruppen 40-59 år registreres sygdom i denne gruppe næsten lige så hyppigt, men med besvær ved overgangsalderen som dominerende sygdomskategori. Efter 60 års alderen forekommer kun få sygdomstilfælde i denne gruppe. For de kvindelige svarpersoner som helhed ses, at menstruationsforstyrrelser er hyppigst angivne sygdom fulgt af nogenlunde lige hyppige angivelser af underlivsbetændelse og besvær ved overgangsalderen.

8.4. *Undersøgelsen for livmoderkræft* ved hjælp af cytopipette, som gennemførtes i *Frederiiksberg kommune* i 1962 og som omfattede 9.200 eller 84,7 pct. af samtlige kvinder mellem 30-45 år, gav som resultat 1) at 3 pct. af de undersøgte kvinder havde abnorme cellefund, som krævede yderligere undersøgelse, og 2) at 1,3 pct. af de undersøgte havde carcinoma in situ (afgrænset proces, der formentlig repræsenterer et tidligt forstadium til invasiv livmoderkræft) eller tidligt invasivt carcinom (begyndende indvækst i omgivende væv).

En undersøgelse af samtlige gravide henvist til Set. Josephs hospital 1962-64, i alt 8.646 patienter, viste at der pr. 1.000 kvinder fandtes 6,4 tilfælde af stadium I cancer i livmoderhalsen (tidligt invasivt carcinom). Kun 0,2 pct. af kvinderne under 25 år havde carcinoma in situ eller tidligt invasivt carcinom mod 1,5 pct. af kvinderne over 25 år.

8.5. Svangerskab, abort og barsel

8.5.1. Generelle betragtninger.

Hyppigheden af levende fødsler pr. kvinde i fødedygtig alder har været dalende gennem dette århundrede, fra omkring 4,1 i 1901 til

2,4 i 1967. Den nuværende fødselshyppighed svarer således til en gennemsnitlig graviditetsperiode på knap to år. Dette tal må dog korrigeres nedefter på grund af flerfødsler (tvillingefødsler etc.), og må korrigeres opad, hvis man også vil tage hensyn til graviditeter, der ender i abort eller dødfødsel. Den samlede vægt af disse korrektioner vil dog næppe ændre den gennemsnitlige graviditetsperiode mere end fra knap 24 måneder til godt 24 måneder pr. kvinde.

I det følgende gennemgås kort de virkninger på dødelighed og sygehusindlæggelser, som denne særlige kvindefunktion har, og til slut diskuteres, hvilke virkninger det nyligt indtrufne og stadig fortsatte fald i fødselshyppigheden kan formodes at få.

8.5.2. Som nævnt er der sket et betydeligt fald i hyppigheden af dødsfald i forbindelse med svangerskab og barsel. Tabel 49 viser antallet af dødsfald i året 1967 af denne art fordelt efter de forskellige dødsårsager. Disse 8 dødsfald udgjorde kun 0,04 pct. af det samlede antal dødsfald blandt kvinder i 1967.

Tabel 49. Dødsfald og dødsårsager i forbindelse med svangerskab og fødsel.

Svangerskabskomplikationer	4
Abort	2
Fødselskomplikationer	2
I alt	8

8.5.3. Sygehusindlæggelser på grund af svangerskab og fødsel udgør derimod en betydelig del af samtlige sygehusindlæggelser for kvinder. For finansåret 1965/66 fremgår tallene af tabel 50.

Tabel 50. Hoveddiagnoser i relation til svangerskab og fødsel for udskrevne og døde fra almindelige sygehuse 1965/66.

Svangerskabskomplikationer	11771
Aborter uden komplikationer	15590
Aborter med komplikationer	652
Normale fødsler	25204
Fødsler med komplikationer	17383
Komplikationer i barselseng	1699
I alt	72299
Samtlige udskrevne og døde	343239
heraf i alderen 15-69 år	266081

Disse hoveddiagnoser udgjorde 21 pct. af samtlige (og 27 pct. af samtlige i aldersgruppen 15-69 år). De ca. 72.000 udskrevne og døde fordelte sig med ca. 35 pct. på normale fødsler, 24 pct. på komplicerede fødsler, 22 pct. på aborter (hvoraf 4 pct. med komplikationer) og endelig 16 pct. på svangerskabskomplikationer. Med hensyn til *fødslerne* kan det oplyses, at af de komplicerede fødsler foregår omkring 3/4 på specialafdelinger og yderligere 1/5 på alment kirurgiske afdelinger, mens de normale fødsler stort set er delt mellem alment kirurgiske afdelinger, fødeafdelinger og blandede medicinsk-kirurgiske sygehuse.

Som det ses, blev der i finansåret 1965/66 udskrevet 16.242 kvinder med hoveddiagnosen *abort*. Det drejer sig om såvel ukomplicerede som komplicerede tilfælde og inkluderer både spontane og legalt eller illegalt fremkaldte aborter, som har ført til sygehusindlæggelse (4 pct. af samtlige aborter var som nævnt kompliceret af infektioner og/eller svangerskabsforgiftning). Det kan nævnes, at der i 1966 var i alt 5.746 legale aborter.

Vedrørende *svangerskabs- og barselkomplikationer* i øvrigt, der tilsammen udgjorde 18-19 pct. af udskrivningerne inden for denne sygdomskategori, kan det endelig oplyses, at ca. 90 pct. af samtlige tilfælde behandles på specialafdelinger eller kirurgiske afdelinger.

8.5.4. Sygdomsundersøgelsen i Danmark 1951-54 registrerede, at der pr. måned blandt 1.000 kvindelige svarpersoner forekom 5,7 tilfælde af *sygdom i forbindelse med svangerskab, abort, fødsel*, i barselseng eller i forbindelse med følger heraf.

Den aldersmæssige fordeling af den angivne sygdomshyppighed fremgår af tabel 51.

Tabel 51. Forekomst af sygdomme pr. måned blandt 1.000 kvindelige svarpersoner ved svangerskab, abort eller fødsel eller i barselseng samt ved følger heraf, Sygdomsundersøgelsen i Danmark 1951-54.

15-39 år	11,1
40-59 år	0,8
60 år og derover	0,1
I alt	5,7

Disse sygdomstilfælde udgør kun 0,8 pct. af samtlige registrerede sygdomstilfælde blandt kvinder. I aldersgruppen 15-39 år udgør de dog 1,9 pct. af de registrerede sygdomstilfælde.

8.6. Udvikling i fødselshyppighed

Den faldende frugtbarhed vil, hvis den forbliver på det lave niveau, den er nede på i 1968 (ca. 2 fødsler pr. kvinde i løbet af den fødedygtige alder), have visse konsekvenser for de netop omtalte sygdomsforhold, mens dødeligheden i denne forbindelse sikkert ikke påvirkes.

Hvis man tør formode, at det dalende fødselstal hænger sammen med en forøget evne hos kvinderne til at begrænse antallet af svangerskaber, må man antage, at en væsentlig del af de svangerskaber, der i dag fører til abort (legal eller illegal) udebliver. Samtidig er også antallet af fødsler gået ned, så man tør formode, at en fjerdedel eller mere af de i tabel 50 nævnte sygehusindlæggelser kan spares. Det kan nævnes til støtte for denne antagelse, at antallet af spontane og illegale aborter, der har ført til indlæggelse, er dalet med mere end 15 pct. fra 1966 til 1967, altså et dobbelt så stort fald som i fødselstallet.

8.7. Psykisk almentilstand

Til slut skal der gives en oversigt over tre undersøgelser vedrørende den psykiske almentilstand hos kvinder. De undersøgte fænomener kan naturligvis kun i en vis forstand betragtes som særlige kvindesygdomme, men de anses alligevel for at være så kønstypiske, at de bør omtales her.

8.7.1. Den kroniske belastningsneurose.

En række kvinder reagerer på arbejdsmæssigt belastende situationer med en tilstand, der har fået navnet kronisk belastningsneurose eller

kronisk belastningssyndrom. I en artikel, der fremkom i 1953, har Teit Kærn beskrevet denne tilstand på følgende måde:

»Belastningsneurosen - eller som det også mere beskrivende kaldes nervosismus-neurastheniformis-syndromet - er en funktionsforstyrrelse af den samlede psykisk-somatiske helhed i form af en funktionsnedsættelse, men med primær vægt på de almene psykiske funktioner. Kardinalsymptomet er træthed, og derom grupperer sig i vekslende styrke og omfang: irritabilitet, rastløshed, søvnforstyrrelser, nedsat initiativ og virketrang, nedsat koncentrationsevne og manglende evne til normal planlægning, ukarakteristisk hovedpine, støj- og lysoverfølsomhed, nedsat indprentningsevne, affektreaktioner, seksuelle forstyrrelser. Hertil slutter sig i reglen et ændret stemningsleje, oftest med depressivt eller opgivende præg. Yderligere er det karakteristisk, at der findes en række varierende somatiske symptomer - der ofte tilmed i patientens bevidsthed er stærkt dominerende - og som enten er en forværring af i forvejen tilstedeværende, lettere sygdomme eller rene funktionsforstyrrelser.«

Kærn har undersøgt og bedømt 500 tilfælde med denne diagnose, som har henvendt sig til Mødrehjælpen i tiden 1/1-31/7 1952.

Det drejer sig i alle tilfælde om patienter, hvor hoveddiagnosen er den kroniske belastningsneurose, og hvor prognosen er bedømt så alvorlig, at man har anbefalet abortus provocatus.

I dette materiale var frekvensen af de forskellige symptomer, som det fremgår af tabel 52.

Det understreges, at de fleste symptomer er stærkt subjektivt præget og ikke direkte tilgængelig for måling. Træthed er det mest fremtrædende symptom, der især ytrer sig ved vanskelighed ved at komme i gang med dagens arbejde. Det næsthyppest symptom er en forøget irritabilitet, der først og fremmest er karakteristisk ved at optræde som reaktion på ydre påvirkninger, som normalt ikke — heller ikke hos patienten selv - har ført til irritabilitetsreaktioner. Også søvnforstyrrelser er meget hyppige, især i form af urolig ikke hvilegivende søvn. Derudover er tilstanden i første række karakteristisk ved svigtende initiativ over for både små og store opgaver.

Slutstadiet af den kroniske belastningsneurose er præget af opgivende symptomfattet sygdomsbillede med inaktivitet som dominerende

Tabel 52. Symptomer på kronisk belastningsneurose. Procentdel af det samlede materiale med de pågældende symptomer.

	Pct.
Træthed	99
Øget irritabilitet	93
Rastløshed	60
Søvnforstyrrelser	44
Svigtende initiativ	40
Svigtende koncentration	33
Støj- og lysoverfølsomhed	30
Seksuelle forstyrrelser	10
Hukommelsessvækkelse	2
Hovedpine	33
Svimmelhed	9
Gynækologiske symptomer	14
Hjertesymptomer	11
Karsymptomer	10
Myotiske symptomer	8
Mave-tarmsymptomer	8
Lungesympptomer	2
Undervægt	20
Overvægt	16
Stemningsleje:	
Neutralt	4
Dysforisk	29
Depressivt	33
Opgivende	35

symptom. I det af Kærn fremlagte materiale forekommer dette slutstadium kun hos 3 pct. af patienterne.

Patienterne vil ud over de psykiske klager ofte præsentere fysiske sygdomsklager, som dog ofte er karakteriseret ved, at de sjældent svarer til, hvad man vil forvente på grundlag af de objektive sygdomsfund. Disse fysiske sygdomsklager er således ofte baseret på mindre lidelser med en betydelig psykisk overbygning.

Sygdommen (belastningsneurosen) viser sig ofte første gang i tilslutning til en akut belastning. Tilstanden normaliseres, men efter en række tilfælde glider patienten over i en mere kronisk tilstand med stadige symptomer. Knap halvdelen (45 pct.) af det af Kærn beskrevne materiale var udviklet på denne måde. 13 pct. havde en gradvis udvikling uden større påviselige udsving, mens endelig 17 pct. befandt sig undervejs i en etapevis udvikling.

Med hensyn til baggrunden for den kroniske belastningsneuroses opståen anfører Kærn, at ca. 1/4 af patienterne har givet oplysninger om disharmoniske arbejdsforhold. 1/4 af pati-

enterne tilhører søskendeflokke på 6 eller derover. 1/4 af patienterne har været igennem tidligere dårlige, stærkt belastende, nu ophævede ægteskaber, mens 32 pct. levede i stærkt belastende ægteskaber. Enligt stillede kvinder udgør 15 pct. af materialet.

Over halvdelen af patienterne lever under, hvad man må betegne som dårlige økonomiske forhold. 40 pct. af disse boede i overbefolkede boliger og 28 pct. i slette boliger. I ca. 1/4 af tilfældene var familiens økonomi stærkt afhængig af patientens indtægt.

Tilstanden kan i de fleste tilfælde have bestået i fra 2 til 5 år. Med hensyn til behandlingen understreger Kærn, at denne ikke er mulig alene ved rent lægelige metoder, men kræver sociale og økonomiske foranstaltninger samt gennem længere tid jævnlig personlig, psykologisk og social vejledning.

8.7.2. *Husmødres psykiske almentilstand.*

For at få et indtryk af hyppigheden af psykiske lidelser blandt husmødre med børn, har Agnete Bræstrup og medarbejdere indsamlet et materiale vedrørende københavnske husmødre i 1952 og 1953. Materialet omfatter udelukkende husmødre med børn, heraf 203 udtaget fra 9 børnehaver i Københavns kommune, og 430 udtaget blandt mødre til børn i 9 københavnske kommuneskoler. Materialet omfattede såvel hjemmearbejdende som heltids- og deltidsudarbejdende husmødre. Man undersøgte patientens subjektive almentilstand, idet husmødrene måtte tage stilling til, om de følte sig raske, udkørte eller syge. Resultatet af denne undersøgelse fremgår af tabel 53, hvor husmødrene er inddelt efter deres erhvervsmæssige placering. *Antallet af husmødre, som erklærer, at de føler sig raske, er størst i gruppen deltidsarbejdende (63 pct.) og mindst i gruppen hjemmearbejdende (51 pct.).* Den største gruppe udkørte findes i den heltidsudarbejdende, mens den største gruppe syge findes blandt hjemmearbejdende.

Godt halvdelen af alle husmødre i denne undersøgelse mener, at de har »dårlige nerver«. Procentdelen af husmødre med »dårlige nerver« er størst blandt hjemmearbejdende kvinder, der også i størst omfang søger lægebehandling herfor. Institutionsbehandling af »dårlige nerver« findes hyppigst blandt udearbejdende, se tabel 54.

Den lægelige bedømmelse af patienternes

Tabel 53. Procentfordeling efter den subjektive almentilstand og erhvervsmæssig placering.

Almentilstanden subjektivt	Hjemmeværende	Husmoderen heltidsarbejdende	Deltidsarbejdende
	pct.	pct.	pct.
Rask	51	53	63
Udkørt	19	24	19
Syg	24	13	7
Uoplyst	6	10	11
I alt	100	100	100

Tabel 54. Procentfordeling efter forekomst og behandling af »dårlige nerver« og erhvervsmæssig placering.

Dårlige nerver	Hjemmeværende	Husmoderen heltidsarbejdende	Deltidsarbejdende
	pct.	pct.	pct.
Nej	47	50	48
Ja, ikke beh.	22	32	29
Ja, beh. af egen læge ..	29	15	19
Ja, beh. på hospital	2,8	3,4	4,0
I alt	100,8	100,4	100,0

Tabel 55. Procentfordeling efter den objektive almentilstand og alder.

Almentilstanden objektivt	Husmoderens aldersfordeling			
	25-29 år pct.	30-34 år pct.	35-39 år pct.	40-44 år pct.
Rask	76	75	70	58
Neurotisk	8	14	19	18
Neurotisk udkørt ..	6	6	6	14
Syg	10	5	5	10
I alt	100	100	100	100

psykiske almentilstand fremgår af tabel 55, hvor patienterne er opdelt i 5-års aldersgrupper. Det fremgår af denne undersøgelse, at 3/4 af patienterne under 35 år karakteriseres som raske. Antallet af neurotiske og neurotisk udkørte stiger med alderen, især over 40 år.

Ser man på børnetallet i relation til husmoderens subjektive psykiske almentilstand, viser det sig, at procenten af psykisk raske mødre falder med stigende antal børn ud over det tredje. Dette fremgår af tabel 56.

I øvrigt tyder undersøgelsen på, at *personlige konflikter spiller den største rolle for husmød-*

Tabel 56. Procentfordeling efter subjektiv almentilstand og børnetal.

Almentilstanden subjektivt	Husmoderens antal børn				
	1 pct.	2 pct.	3 pct.	4 pct.	5 og derover pct.
Rask	66	65	61	44	42
Udkørt	15	18	23	53	42
Syg	18	17	16	3	16
I alt	99	100	100	100	100

renes subjektive almentilstand, en større betydning end både alder, børnetal eller boligforhold. 25 pct. af husmødrene i dette materiale angav at leve i angst for uønsket graviditet.

8.7.3. Social-psykiatrisk undersøgelse af 330 kvinder i Stor-København.

På basis af et materiale på 3.000 gifte kvinder fra by- og landdistrikter, udtaget af socialforskningsinstituttet til en undersøgelse af gifte kvinders forhold, der gennemførtes i 1965, gennemføres i øjeblikket en social-psykiatrisk undersøgelse af 330 kvinder i dette materiale, som alle falder inden for den fertile alder (20-49 år), og som alle bor i Stor-København, og som havde mindst 1 barn under 18 år i hjemmet på tidspunktet for det første interview. Undersøgelsen gennemføres af Ketty Kjærbye Kristensen, afdelingen for socialmedicin ved Københavns universitet, som personlig interviewer og undersøger samtlige patienter.

Undersøgelsen er endnu ikke afsluttet, men der er fra undersøgelsen offentliggjort et foreløbigt materiale omfattende en vurdering af første patientinterview. Materialet er inddelt i 4 grupper efter psykisk sufficiens:

- 1) problemgruppen med alvorlige symptomer for insufficiens,
- 2) en labil gruppe med moderate insufficienssymptomer,
- 3) normalgruppe, som klarer sig selv trods lette symptomer på insufficiens,
- 4) idealgruppen uden insufficienssymptomer.

Fordelingen af de første 100 undersøgte i de nævnte grupper fremgår af tabel 57. Patienterne er inddelt i 3 aldersgrupper. Undersøgelsens foreløbige resultater peger som tidligere undersøgelser på, at der findes et betydeligt antal husmødre med moderate og alvorlige psykiske insufficienssymptomer.

De foreløbige resultater tillader ingen slutning til eventuelle forskelle mellem hjemmearbejdende og udearbejdende husmødre. Derimod peger resultaterne allerede på, at den psykisk insufficiente husmor findes, hvor der er et ustabilt familiemilieu, og hvor ægtefælle og børn lider af psykiske insufficienssymptomer.

Denne undersøgelse er det første forsøg på at redegøre for den psykiske tilstand hos et repræsentativt udsnit af den befolkningsgruppe og de endelige resultater af undersøgelsen må imødeses med megen interesse.

Tabel 57. 100 probander fordelt efter alder og insufficienssymptomer

Insufficienssymptomer	Gruppe 1 alvorlige	Gruppe 2 moderate	Gruppe 3 lette	Gruppe 4 ingen
20-29 år	2	6	11	5
30-39 -	2	15	13	5
40-51 -	3	18	16	4
I alt	7	39	40	14

KAPITEL 9

Sammenfattende betragtninger vedrørende forskellen i dødeligheden og sygeligheden for kvinder og mænd

I det foregående har man - på basis af en række forskellige undersøgelser - forsøgt at give et billede af kvinders sygdomsforhold. Det billede, der herved tegnes, forekommer måske komplekst, men giver dog på en række områder værdifulde træk til beskrivelse af kvinders livsforhold.

1 forskellige undersøgelser over kvinders fravær fra arbejde er gennemgående registreret, at kvinder har ca. 50 pct. større sygdomsfravær end mænd, og at sygdomsfraværet er størst hos gifte kvinder, især hos gifte kvinder med små børn.

Et lignende billede giver de refererede undersøgelser vedrørende sygelighed hos kvinder, således som bl.a. registreret i den store sygdomsundersøgelse i begyndelsen af 50-erne (p. 17), ved natlægebesøg (p. 32) og ved lægeforeningens hygiejnekomites undersøgelse i slutningen af 40-erne (p. 29). Disse undersøgelser giver endvidere oplysning om, hvilke sygdomme man med påfaldende stor hyppighed finder hos kvinder, nemlig sygdomme i bevægesystemet, især muskelinfiltrationer, åreknuder, foddeformiteter, gigtlidelser m.v., blodmangel, psykiske lidelser, overvægt, forhøjet blodtryk samt egentlige kvindesygdomme.

Undersøgelser af hospitalsindlæggelser giver et noget andet billede (tabel 14, 15, 16, 17).

I aldersgruppen fra 15-70 år ser man næsten dobbelt så mange hospitalsindlæggelser hos kvinder som hos mænd. Men når de egentlige kvindesygdomme fratrækkes, er der kun små forskelle på den samlede hospitalsindlæggelse.

Medens resultaterne af de her nævnte undersøgelser harmonerer ganske godt, er det påfaldende, at undersøgelser vedrørende dødelighed giver et ganske andet billede. Kvinder har således i næsten samtlige aldersklasser lavere dødelighed end mænd, hvortil kommer, at det er kvinder, navnlig i de mellemste aldersklasser,

der har haft det største fald i dødelighed i løbet af de sidste 50 år. Rent umiddelbart synes dette at indicere, at den gennemsnitlige levetid for kvinder, som fødes i dag, formentlig vil blive længere end den beregnede, og at forskellen mellem mænds og kvinders middellevetid fortsat vil øges. Denne betragtning må dog underkastes det forbehold, at det ikke kan forudses, om en ændring af samfundsstruktur og livsmønstre, herunder kvinders rolle i erhvervs- og familielivet, vil skabe ændrede leveforhold, hvorfor *forudsigelse om middellevetid må vurderes med forsigtighed*.

Når kvinder stort set synes at være mere syge end mænd, kan der være forskellige forklaringer herpå. *Kvinder reagerer måske hyppigere end mænd på lettere sygdomme*, de opsøger måske hyppigere læge, når der viser sig sygdomssymptomer, i særdeleshed hjemmearbejdende husmødre, der ikke har hensyn at tage til arbejdsforsømmelse og eventuelt løntab, og de er måske *mere tilbøjelige til at pleje deres sygdomme*, idet det stadig synes mere naturligt for kvinder end for mænd at tage fysiske og psykiske plager alvorligt.

På en række områder må man derfor formode, at livsforholdene og den herskende kønsrollestruktur er af væsentlig betydning for adskillige sygdomsproblemer hos kvinder, således at statistiske oplysninger ikke giver et helt sandfærdigt indtryk af sundhedsforholdene, men måske snarere om reaktionen på symptomer.

Kvindes større *sygefravær i erhvervslivet* må også tages med det forbehold, at det som statistikken angiver som sygdom hos kvinder, formentlig hyppigt dækker over sygdom hos børnene, som moderen forventes at blive hjemme for at passe.

Det er muligt, at det nuværende livsmønster danner baggrund for den øgede forekomst af psykiske lidelser hos kvinder, herunder den

større hyppighed af fysiurgiske lidelser, hvoraf formentlig en del har psykisk baggrund.

Der kan ligeledes være *anledning til at overveje, om samfundets traditionelle kønsroller danner baggrund for de varierende sygdomsreaktioner hos mænd og kvinder*, f.eks. således at kvinders tendens til at reagere med sygdom er større end mænds, hvilket til gengæld sparer kvinder for de stressfyldte situationer, der formentlig spiller en rolle for mændenes dødsrisiko.

Man kan i denne forbindelse pege på det tilsyneladende paradoks, at kvinder hyppigere end mænd registreres som lidende af hjertesygdomme og forhøjet blodtryk, mens mænd hyppigere end kvinder dør af disse lidelser (tabel 4 og 7).

Resultaterne af de i nærværende betænkning refererede undersøgelser kan måske også give anledning til at overveje kvindens placering i arbejdslivet, dels på baggrund af de ofte konstaterede belastningsreaktioner hos udearbejdende kvinder, dels på baggrund af de konstaterede eller formodede neurotiske reaktioner hos hjemmearbejdende husmødre, der ofte føler, de mangler kontaktmuligheder. Det kan således ikke undgå at falde i øjnene, at det af Agnete Bræstrups undersøgelse (p. 48) fremgår, at 24 pct. hjemmearbejdende husmødre angiver at være syge, mens procenttallene for heltidsudearbejdende og deltidsudearbejdende er henholdsvis 13 og 7.

I relation til den ofte førte debat om forskellen mellem mænds og kvinders reaktionsmåde er biologisk eller kulturelt betinget, bør det nævnes, at det foreliggende materiale måske kunne give anledning til visse overvejelser.

Det er almindeligt kendt (jfr. tabel 3), at *dødeligheden i 1. leveår er lavere hos piger end hos drenge*. Langt de fleste af disse dødsfald sker i de første leveuger og har deres årsag i graviditetens forløb. Man har næppe nogen videnskabelig forklaring på denne forskel. *Fødes drenge biologisk svagere?*

I barne- og ungdomsalderen har kvinder ca. halvt så stor dødelighed som mænd, især på grund af den store hyppighed af ulykkestilfælde hos disse. Det er kendt, at drenge har flere nervøse symptomer og tilpasningsvanskeligheder end piger. Er det kulturelt betinget, som det ofte formodes?

Eller er der også her tale om en biologisk svaghed

I den voksne alder har kvinder langt større sygefravær fra arbejde, de søger hyppigere læge, og de har flere hospitalsindlæggelser især på grund af egentlige kvindesygdomme.

Men kvinders dødelighed er livet igennem lavere end mænds, således at i aldersgruppen 70–74 år er ca. 60 pct. af kvinderne uden ægtefælle mod 28 pct. af mændene (jfr. p. 10). Til gengæld er i alderen over 62 år 60,7 pct. af mændene fuldt førlige mod 51,6 pct. af kvinderne (jfr. tabel 9).

Det kunne således se ud, som om der er væsentlige forskelle på de to køns betingelser og reaktioner livet igennem, og de større frekvenser, der registreres for kvinders sygelighed og sygehusindlæggelse, rejser derfor spørgsmålet, om man her står over for et egentligt sundhedsproblem eller over for et reaktionsmønster, der reelt er mere hensigtsmæssigt set i relation til livets opretholdelse.

Udvalget ville finde det i høj grad ønskeligt, om man kunne trænge til bunds i, om de påviste frekvensforskelle kan forklares ved forskellig reaktion.

Man må også på denne baggrund gøre sig klart, at de foranstaltninger, der kan træffes af sundheds- eller socialvæsenet kun til en vis grad kan afbøde symptomerne, og at en rationel behandling lige så meget må bestå i en påvirkning af de livsforhold, der danner baggrund for symptomerne. Mange af de her rejste spørgsmål indgår derfor formentlig i det udvalgsarbejde, som i øvrigt finder sted i kvindekommissionen.

KAPITEL 10

Vurdering af eksisterende foranstaltninger af særlig betydning med henblik på bekæmpelse af sygdomme hos kvinder

Mens der i den beskrivende del er redegjort for sygdomshyppigheden og dødshyppigheden i den danske befolkning, med specielt henblik på sygdomme, hvor kvinder har en større sygelighed eller dødelighed end mænd, eller hvor det drejer sig om sygdomme, der alene forekommer i den kvindelige del af befolkningen, vil man i dette afsnit koncentrere sig om, hvilke foranstaltninger, der kan være egnede til at forebygge den registrerede store sygelighed blandt kvinder, samt vurdere, på hvilke punkter den til rådighed værende diagnostiske, terapeutiske og plejemæssige kapacitet bør udvides med henblik på at sikre en mere effektiv imødekommelse af eksisterende behov.

Sådanne foranstaltninger kan rettes imod

- 1) Dækning af det registrerede større behandlings- og plejebehov.
- 2) Forebyggelse af specielle sygdomsfremkaldende faktorer.
- 3) Konstruktive forbedringer af kvinders fysiske, mentale og uddannelsesmæssige kapacitet.

Udvalget har ikke fundet det rimeligt at foretage en detaljeret gennemgang af alle de områder, hvor der ydes en institutionel, ambulant eller plejemæssig indsats i sygdomstilfælde. En sådan opgave mener udvalget sig ikke i stand til at gennemføre, og den ville være u hensigtsmæssig under hensyn til, at der på en lang række områder er nedsat særlige kommissioner og udvalg med en specialekspertise, som sundhedsudvalget ikke råder over.

Dertil kommer at en lang række af disse problemer har relation til den samlede kapacitet af landets sundhedsvæsen, såvel institutionelt som ambulant, uden at der kan siges at være et særligt problem for kvindernes vedkommen-

Udvalget har derfor besluttet at indskrænke

sine vurderinger til områder, hvor der synes at være brug for en særlig indsats, som specielt må anses for ønskelig under hensyn til det særlige behov hos den kvindelige del af befolkningen. Også på disse områder vil man i første række stille mod at pege på de principielle retningslinier for en sådan forøget indsats, medens man må overlade en nærmere udformning af problemstillingen til mere specielle udredninger.

I det følgende har man foretaget en opdeling af sådanne problemer i 3 kategorier:

- 1) Institutionsproblemer.
- 2) Problemer i relation til ambulant behandling.
- 3) Problemer i relation til omsorg og aflastning i forbindelse med sygdom i hjemmet.

10.1. Den institutionsmæssige indsats

10.1.1 Svangerskab og fødsel.

Som nævnt (side 46) havde ca. 21 pct. af udskrivningerne fra de almindelige sygehuse relation til svangerskab eller fødsel. I kalenderåret 1967 fandt 59527 fødsler sted på danske sygehuse og klinikker svarende til 72,3 pct. af samtlige fødsler. Af samtlige fødsler på sygehuse fandt 3/4 af de komplicerede fødsler sted på specialafdelinger og yderligere 1/5 på alment kirurgiske afdelinger.

Udvalget er af den opfattelse, at det bør tilstræbes, at en endnu større del af de komplicerede fødsler finder sted på specialafdelinger (egentlige fødeafdelinger), hvorfor en udbygning af sådanne afdelinger overalt i landet er meget ønskelig.

Udvalget mener ikke at kunne tage stilling til, om en større del af det samlede antal fødsler bør finde sted på sygehuse, men er dog af den opfattelse, at fødsel på en institution med sufficient læge- og jordemoderbetjening bør

kunne tilbydes samtlige kvinder, der ønsker at føde uden for hjemmet.

Udvalget er af den opfattelse, at udbygning af visitationsordninger for gravide kvinder og i forbindelse hermed udbygning af specialafdelinger over hele landet vil bidrage stærkt til at løse problemet med hensyn til de komplicerede fødslers optimale behandling. Den bykommuner og amter pålagte pligt til at tilvejebringe institutionspladser for samtlige kvinder, som ønsker at føde uden for hjemmet, vil bidrage til at løse dette problem, som har været rejst i udvalget. Det bør dog i denne forbindelse overvejes, om man har sikret en optimal lægebetjening af de fødeklিনikker, som drives uden for de egentlige sygehuse.

10.1.2. *Gynækologiske lidelser.*

Også for de gynækologiske lidelsers vedkommende er det udvalgets opfattelse, at disse fortrinsvis bør behandles ved gynækologiske specialafdelinger. Da sådanne specialafdelinger stadig ikke findes i tilstrækkeligt omfang i særdeleshed ude i landet, bør det i forbindelse med dannelsen af de nye mere bæredygtige amtskommuner være en nærliggende opgave at udbygge disse specialafdelinger. Udvalget ser sig ikke i stand til at vurdere, om den igangværende kapacitetsudvidelse på dette område vil være tilstrækkeligt til at dække behovet.

10.1.3. *Cancerterapi.*

Under hensyn til den særlige rolle, som kræftlidelser spiller især i de yngre aldersgrupper blandt kvinder, finder udvalget grund til at understrege ønskeligheden af en tilstrækkeligt udbygget og højt specialiseret koordineret behandlingsindsats over for alle tilfælde af mistænkt eller manifest cancer. Der henvises i denne forbindelse til udvalgets udtalelser under kap. 11.2.

10.1.4. *Psykatri.*

Den større hyppighed af psykiske lidelser blandt kvinder, som er registreret ved populationsundersøgelser, afspejler sig i en større hospitalisering af kvinder for psykiske lidelser. Udvalget er af den opfattelse, at der specielt for så vidt angår lettere psykiske lidelser ikke i dag er en tilstrækkelig kapacitet ved vore institutioner, specielt ikke i relation til de lokale centralsygehuse, og at udvidelse af denne kapa-

citet formentlig vil afsløre et latent behov, som ikke kommer til overfladen med den nuværende generelle organisation af den psykiatriske service (de forholdsvis få og meget spredte psykiatriske statsinstitutioner). En del af kapacitetsudvidelsen på dette område vil formentlig med fordel kunne udbygges i form af dag- og nat-hospitaler i tilslutning til centralsygehuse, ligesom pensionater for udskrevne patienter, der fortsat har behov for et vist tilsyn og omsorg, bør indrettes i større omfang.

10.1.5. *Chirurgia minor.*

Udvalget er af den opfattelse, at en række relativt mindre kirurgiske og gynækologiske indgreb, som uden at vedrøre livstruende tilstande dog er af væsentlig betydning for kvinders aktuelle og måske især fremtidige fertilitet (f.eks. åreknudeoperationer) med det nuværende pres på kirurgiske og gynækologiske specialafdelinger, mange steder først udføres efter uhensigtsmæssigt lange ventetider. En udbygning af det ambulante behandlingsapparat herunder skadeafdelinger samt en udvidelse af institutionskapaciteten er derfor af største betydning.

10.1.6. *Fysiurgi.*

Også vedrørende fysiurgiske lidelser må det understreges, at det kan være af væsentlig betydning for den fremtidige fertilitet hos patienterne, at der kan tilbydes en sufficient fysiurgisk behandling ved institutionerne. En række af disse lidelser kan med fordel behandles ambulant, men såfremt det ikke lykkes at skabe en tilstrækkelig kapacitet for behandling af fysiurgiske lidelser uden for institutionerne, må det overvejes at udbygge institutionernes kapacitet i så henseende.

Ved vurdering af dette og det foregående spørgsmål har udvalget lagt vægt på, at kvinders levetid er længere end mænds, samtidig med at det er konstateret, at der er en større procentdel af ældre kvinder med mobilitetsproblemer end man finder blandt ældre mænd. Det må derfor være en fælles menneskelig og samfundsmæssig interesse at søge at forebygge immobilitet hos kvinder på et tidligt tidspunkt.

10.2. Den ambulante indsats

I forbindelse med den ambulante sygdomsbehandling, d.v.s. den del af sygdomsbehandlin-

gen som foregår uden for institutionerne, eller som foregår på institutionerne uden egentlig indlæggelse, finder udvalget grund til at understrege ønskeligheden af, at mulighederne for udvidelse af kirurgisk behandling overvejes, samt at der skabes nye muligheder for psykiatrisk behandling uden for institutionerne, f.eks. i form af en psykiatrisk konsulenthjælp til de praktiserende læger.

Udvalget er i denne forbindelse opmærksom på, at der på begge disse områder eksisterer begrænsninger i de gældende sygeforsikringsordningers støtte til disse former for ambulant aktivitet. Udvalget kender ikke den nærmere begrundelse for sygeforsikringsordningernes tilbageholdenhed over for at yde støtte til psykiatrisk terapi og anæstesiologisk assistance ved ambulant kirurgi, men er af den opfattelse, at tilbageholdenhed på disse områder reelt betyder en begrænsning i tilbudet af psykiatrisk og kirurgisk behandling i forhold til et eksisterende eller latent behov.

10.3. Omsorg og aflastning under sygdom

Mens man i de foregående afsnit har forsøgt at vurdere de foranstaltninger til bekæmpelse af sygdom hos kvinder, som samfundet kan tilbyde eksternt, vil man i dette afsnit søge at vurdere de behandlingsmuligheder, som samfundet tilbyder internt, det vil her sige i selve hjemmet.

Indledningsvis må det fastslås, at en række love af forsorgs- og sundhedsmæssig karakter danner en ramme for disse foranstaltninger, om end det må erkendes, at rammerne på en række områder endnu ikke er udfyldt, evt. ikke udfyldt på en for kvinder tilfredsstillende måde.

10.3.1. Hjemmesygepleje.

Mens lovgivningen vedrørende hjemmesygepleje i sig selv ikke har givet udvalget anledning til bemærkninger, har man drøftet spørgsmålet om koordination mellem denne hjælpeform - i lovens forstand pleje af syge i hjemmet - og husmoderafløsning og hjemmehjælp. Det er udvalget bekendt, at der af indenrigsministeriet er peget på det ønskelige i, at der skabes kontakt mellem hjemmesygeplejen og husmoderafløsningen. Udvalget er imidlertid af den opfattelse, at der de færreste steder eksisterer et tilfredsstillende samarbejde, hvorfor man finder det påtrængende nødvendigt, at der gen-

nem en fælles sagkyndig administration skabes koordination mellem disse hjælpeforanstaltninger, ligesom større koordination til sygehuse og læger er af central betydning.

10.3.2. Husmoderafløsning og hjemmehjælp.

Ifølge lov nr. 230 af 6. juni 1968 om husmoderafløsning og hjemmehjælp forstås ved disse 2 former for hjælp henholdsvis en *midlertidig hjælp* til et hjem i forbindelse med sygdom eller fødsel og en *mere varig* bistand til folke- og invalidepensionister.

Udvalget har i forbindelse med drøftelsen vedrørende denne lovgivning rejst det spørgsmål, om der »vikarmæssigt« set ydes hjemmearbejdende kvinder lige så megen hjælp som udearbejdende og medhjælpende i tilfælde af sygdom.

Man finder ikke, at dette er tilfældet, dels fordi husmoderafløsning normalt kun ydes i 14 dage, dels fordi der fortsat skal ydes betaling for husmoderafløsning, hvorfor det hyppigt ses, at en kvinde, trods sygdom, fortsat påtager sig det huslige arbejde i større eller mindre omfang. Ydermere har hjemmearbejdende husmødre kun i ganske ringe omfang benyttet sig af muligheden for at tegne frivillig dagpengeforsikring i henhold til sygeforsikringsloven, således at deres sygdom vil kunne komme til at betyde en økonomisk belastning, og derved vanskeliggøre evt. forsinke helbredelse. Udvalget har overvejet, om betaling for husmoderafløsning må ses som udtryk for den gennem tiderne nedfældede opfattelse, at husligt arbejde ikke er udtryk for en arbejdspræstation på samme måde som en udearbejdende kvindes arbejde, idet det i høj grad er vævet sammen med privatlivet og derfor vanskeligere kan underkastes en økonomisk vurdering. Dette sidste er formentlig også en del af begrundelsen for at hjemmearbejdende husmødre kun kan tegne frivillig dagpengeforsikring med de to laveste satser, for tiden 15 og 30 kr. daglig.

Man vil derfor i udvalget betone, at helbredelsesprocessen, under hvilken form den end måtte finde sted, principielt ikke bør påvirkes af økonomiske forhold, men alene gennemføres under hensyntagen til den lægeligt set mest hensigtsmæssige behandling.

Man finder det derfor af betydning, at der, hvor sundhedsmæssige forhold gør det påkrævet, gives mulighed for vederlagsfri husmoderafløsning. Hjælpen bør endvidere kunne ydes i

længere perioder, idet en række sygdomstilfælde, i særdeleshed sygdomme af psykisk art, kræver langvarig aflastning af kvinden.

Udvalget har endvidere fundet det ønskeligt, at alle kvinder, der ikke på anden vis er dækket gennem sygeløn, bliver dækket gennem dagpengeforsikring, i første række medhjælpende hustruer. Så længe ordningen er frivillig finder man det vigtigt, at der »reklameres« mere for denne forsikringsform, f.eks. gennem sygekassernes og sygeforsikringernes medlemsblade.

10.33. *Forsorg for børn under moderens sygdom.*

I tilfælde, hvor husmoderafløsning ikke medfører tilstrækkelig aflastning for kvinder med børn, bør der gives mulighed for anbringelse af børnene uden for hjemmet i kortere eller længere perioder.

Da kun få kommuner har oprettet børnepen-

sioner, som under moderens sygdom kan modtage børn, der ikke kan passes i hjemmet uden at være til gene for den syge moder, ønsker udvalget at fremhæve behovet for hjælpeforanstaltninger på dette område.

Problemet vedrørende pasning af børn under disses sygdom har, om end det ikke direkte vedrører kvinders sundhedsforhold, ligeledes været berørt, idet en del af udearbejdende kvinders fravær fra arbejdspladsen utvivlsomt skyldes, at moderen bliver hjemme, hvis et barn er sygt. Udvalget finder ikke, at husmoderafløsning er tilstrækkelig hjælp i mange af disse tilfælde, og peger derfor dels på muligheden af oprettelse af eventuelle »børnepensioner«, der kunne tilbyde pasning af børn med lettere sygdomme, herunder børnesygdomme, dels på etablering af en »vagtordning«, hvorigennem der med ganske kort varsel kunne stilles en hjælp til rådighed til blot at være i hjemmet og se efter det syge barn.

Vurdering af eksisterende foranstaltninger af særlig betydning med henblik på forebyggelse af sygdom hos kvinder

1 kapitel 10 har man drøftet eksisterende foranstaltninger af særlig betydning med henblik på *bekæmpelse* af sygdomme hos kvinder. I nærværende kapitel vil man koncentrere sig om den *forebyggende* medicinske og socialmedicinske indsats, som kan bidrage til at reducere behovet for sygdomsbekæmpelse.

11.1. Forebyggende indsats i forbindelse med svangerskab og fødsel

Svangerskabshygieneloven har her i landet skabt basis for et værdifuldt forebyggende arbejde blandt alle kvinder under og efter fødslen. Denne indsats gøres dels af hensyn til kvindens helbred, dels for at nedsætte spædbørnsdødeligheden. Som omtalt er dødeligheden i forbindelse med svangerskab og fødsel meget beskedent, mens på den anden side spædbørnsdødeligheden fortsat udgør et problem. Spædbørnsdødeligheden står i første række i forbindelse med hyppigheden af for tidlig fødsel, og dette understreger betydningen af det forebyggende arbejde under graviditetsperioden.

Udvalget har på et tidligere tidspunkt afgivet udtalelse med hensyn til betydningen af tvungen barselhvile og skal henviser til denne udtalelse*). Det er udvalgets opfattelse, at en optimal situation vil kunne opnås, såfremt barselhvile i høj grad individualiseres under hensyn til den enkelte kvindes fysiske, mentale og sociale situation under svangerskabet. Udvalget er derfor af den opfattelse, at barselhvileordninger i første række bør gøres tilstrækkeligt elastiske **til**, at alle kvinder kan tage den barselhvile, som er medicinsk indiceret, uanset varigheden af denne.

Udvalget finder i øvrigt grund til at understrege det ønskelige i, at man i større omfang end i øjeblikket bliver i stand til at imødegå

belastninger blandt gravide kvinder ved udstrakt anvendelse af rekreation og hushjælp. Også på dette punkt vil det være nødvendigt at etablere ordninger, som tillader aflastning af længere varighed. De allerede eksisterende profylaktiske undersøgelser såvel som Mødrehjælpens kontakt med mødre, der har særlig hjælp behov, skulle muliggøre, at man på et tidligt tidspunkt af graviditeten kan registrere behovet for en sådan aflastning og etablere den i tilstrækkeligt omfang. Også i denne forbindelse vil det være af betydning, at der skabes større mulighed for at aflaste mødre for pasning af børn gennem etablering af børnepensioner.

11.2. Forebyggelse af cancer

Som det fremgår, er der for kvinders vedkommende en særlig interesse i at diagnosticere cancer i de kvindelige kønsorganer på det tidligst mulige tidspunkt i sygdomsforløbet. Dette er af speciel interesse, dels fordi cancer rammer kvinder i en meget tidlig alder, dels fordi en tidlig diagnosticering af cancer hos kvinder indebærer mulighed for fuldstændig helbredelse.

Der har i udlandet og i den senere tid også her i landet været gennemført forebyggende undersøgelser af kvinder, dels på forsøgsbasis, dels rutinemæssigt. De hidtidige erfaringer fra sådanne forsøg understreger værdien af sådanne undersøgelser, og man kan forvente, at gennemførelse generelt af forebyggende undersøgelser for cancer i brystkirtler og livmoder vil betyde, at en række tilfælde kan diagnosticeres på et tidligt tidspunkt, hvilket kan muliggøre helbredelse.

Uanset det er et betydeligt apparat, der må organiseres for tilbagevendende at gennemføre disse undersøgelser, er det udvalgets opfattelse, at sådanne forebyggende undersøgelser for cancer bør tilbydes alle kvinder i de udsatte alders-

*) (bilag 1.)

grupper. Udvalget er opmærksom på, at en sådan ordning vil kræve en udbygning af den patologiske service ved sygehusene og vil betyde en ekstra belastning af den almen praktiserende læge, men mener, at begge dele ligger inden for mulighedernes grænser, og at ordningerne snarest bør etableres, så snart det af sundhedsstyrelsen nedsatte udvalg har stillet forslag om generelle retningslinier for sådanne undersøgelser.

11.3. Seksualvejledning

Svangerskabshygiejneloven giver adgang til to svangerskabsundersøgelser efter fødslen med henblik på vejledning i antikonception. Det er udvalgets opfattelse, at der derudover snarest bør skabes grundlag for gratis vejledning i antikonception for kvinder på et tidspunkt, der individuelt må afgøres efter tidspunktet for påbegyndelse af egentlig seksuel aktivitet.

Der er i udvalget principiel enighed om, at økonomiske grunde ikke må forhindre befolkningen i at få adgang til at anvende den form for antikonception, som findes mest hensigtsmæssig.

Udvalgets flertal mener, at dette kun sikres ved, at antikonceptionelle midler stilles vederlagsfrit til rådighed for befolkningen, f.eks. over sygeforsikringen. Man henviser i øvrigt til betænkning II fra seksualudvalget (betænkning nr. 532, 1969).

Udvalget skal anbefale forslaget om en udbygning af seksualvejledning i folkeskolen, således som det er fremsat i betænkning I fra seksualoplysningsudvalget (betænkning nr. 484, 1968).

11.4. Rådgivning i øvrigt

På en række områder er det udvalgets opfattelse, at en videregående rådgivning i spørgsmålet vedrørende varetagelse af en række opgaver, som traditionelt falder på kvinder i hjemmet med fordel vil kunne udbygges.

Det drejer sig i første række om rådgivning vedrørende benyttelse af forskellige potentielt farlige apparater i hjem og husholdning, idet alle tilgængelige oplysninger tyder på, at en betydelig del af ulykker både med og uden dødelig udgang finder sted i hjemmet. Forebyggelse af disse ulykker må efter udvalgets opfattelse omfatte både en forbedring af sikkerhedsregulativer, i særdeleshed for elektrisk udstyr, og større oplysningsvirksomhed over for såvel

mænd som kvinder i forsvarlig anvendelse af disse, ligesom børn i hjem og skole, såvel i de almindelige skolefag som i sundheds- og familiele lære bør oplæres til at forstå betydningen af sikkerhedsregler.

11.5. Arbejdshygiejniske foranstaltninger ude og hjemme

Kvinder på arbejdspladserne repræsenterer en række særlige arbejdshygiejniske problemer, specielt har man gennem tiderne trukket problemerne frem vedrørende gravide kvinder, som er udsat for en særlig risiko. Man må imidlertid gøre sig klart, at størstedelen af kvinder i erhvervslivet har en arbejdsbyrde, som går ud over den tid, de tilbringer i erhvervet. Dette er naturligvis særlig udtalt for kvinder, som både har hjem og børn, som de må passe ved siden af erhvervet. Nogen forbedring i dette forhold vil naturligvis kunne opnås ved en bedre byrdefordeling mellem mand og kvinde i hjemmet, men under de herskende vilkår må det ses i øjnene, at den særlige arbejdsbelastning, som den normale heldagsbeskæftigelse af kvinder i udeerhverv, specielt gifte kvinder med børn har, i længden repræsenterer en forøget risiko for sygdom. Det må nemlig stå klart, at arbejdsmarkedet, således som det er organiseret i dag, ikke er tilpasset kvinders behov. Tendensen mod fortsat generel arbejdstidsnedsættelse vil dog formentlig skabe bedre arbejdsforhold for kvinder, men udvalget er af den opfattelse, at man i særdeleshed under de nuværende forhold såvel generelt, som specielt i forbindelse med særlige belastninger (graviditet, pasning af mindreårige børn m.v.) bør overveje at skabe sådanne vilkår, at kvinder ikke tvinges til en ekstraordinær lang arbejdsdag som pris for at deltage i udeerhverv.

Spørgsmålet om ergonomisk forskning bør også gøres til genstand for nærmere overvejelser. Denne forskning, der har til opgave at undersøge, hvorledes arbejdsprocessen, arbejdsredskaberne og arbejdsforholdene bedst tilpasses den menneskelige fysik og psyke, har i særdeleshed i Sverige været af stor betydning og er blevet et naturligt led i den moderne arbejdsforskning.

En tilsvarende forskning herhjemme samt udnyttelse af allerede foreliggende viden om ergonomi med henblik på forebyggelse af erhvervs sygdomme, bl.a. inden for kontorområdet, ville være meget værdifuld og kunne bl.a. ved nærmere undersøgelser af arbejdsmiljø og arbejds-

tilrettelæggelse sikkert medvirke til at nedsætte fravær fra arbejdspladsen.

11.6. Fysisk aktivitet ude og hjemme

Som tidligere påvist, jfr. p. 19 og p. 30, er der en større tendens til overvægt hos kvinder end hos mænd, ligesom gangbesvær og andre bevægelsesvanskeligheder hyppigst rammer kvinder.

I denne forbindelse bør betydningen af fysisk aktivitet fremhæves, idet det moderne samfund i stadig højere grad tilbyder sig med arbejde, transport og beskæftigelsesmuligheder af fysisk inaktiv karakter, og dermed skaber øget risiko for sygdomme i fordøjelses- og bevægeorganer.

Udvalget finder, at det initiativ en række virksomheder har taget med tilbud om nogle minutters gymnastik daglig på arbejdspladsen bør følges op, og man ville finde det betydningsfuldt, om der også på andre undervisningsanstalter end skoler tilbydes de studerende muligheder for at drive sport af forskellig art.

Gymnastikundervisningen i skolerne, som

mange steder stadig finder sted med hovedvægt på konkurrencemomentet, hvorved netop de elever, som har mest behov for undervisningen sættes udenfor og mister interessen, bør formentlig gøres mere motionspræget, således at de deciderede sportspræstationer henlægges til sportspladser uden for skoletiden. Ligeledes bør det tilstræbes at variere motionsundervisningen med mere lystbetonede gymnastikformer f.eks. jazzballet, således at interessen for motion bevares også op i årene.

Man har endvidere i udvalget drøftet ønskeligheden af, at der i nybebyggelser som led i kollektive faciliteter, således som de findes i dag i form af vaske- og tørrerum, hobbyrum og lignende, indrettes en motionssal, eventuelt i forbindelse med en sauna, hvor familien - og i første række den hjemmearbejdende husmor - kunne have mulighed for på en nem måde at få daglig motion. Herudover lægger udvalget vægt på, at radio og fjernsyn daglig har gymnastik, som i enkel form kan udføres i selve hjemmet, ligesom der i så høj grad som det er muligt, bør propaganderes for og oplyses om betydningen af daglig motion.

KAPITEL 12

Resumé

Udvalget har haft til opgave at foretage en sammenlignende undersøgelse af kvinders og mænds sygelighed. Endvidere har man undersøgt særlig kvindesygelighed, idet man i denne forbindelse har behandlet problemerne omkring neuroser, herunder belastningsneuroser.

Udvalget har ment at måtte afgrænse sin opgave således, at man fortrinsvis har beskæftiget sig med de områder, hvor kvinder har - eller er udsat for — en større sygelighed eller dødelighed end mænd, eller hvor der er tale om sygdomme, som udelukkende rammer kvinder. Man har endvidere behandlet og tilvejebragt et materiale, der belyser udearbejdende kvinders sygefravær.

Det har ikke været muligt for udvalget at fremskaffe et ensartet grundlag for undersøgelserne, hvilket må tages i betragtning ved vurdering af konklusionerne. Endvidere har man på en lang række områder måttet benytte sig af ældre materiale, f.eks. sygdomsundersøgelsen i Danmark 1951-54, simpelt hen fordi nyere undersøgelser ikke foreligger. *Man må derfor først og fremmest understrege betydningen af, at der iværksættes større — såvel generelle som specielle — undersøgelser vedrørende befolkningens helbredstilstand, der også giver mulighed for vurdering efter køn.*

Ved baggrund for undersøgelsen fastslås det indledningsvis, at allerede *den befolkningsmæssige fordeling* efter køn, alder og civilstand viser forskelle mellem kvinder og mænd. Den kvindelige andel af befolkningen er stigende op igennem aldersklasserne, især i de højere aldersklasser, hvorfor problemet »enlige ældre« er større blandt kvinder end blandt mænd.

Middellevetiden er på alle alderstrin højere for kvinder end for mænd, og mens der i de senere år er konstateret stagnation i middellevetiden for mænd, er der for kvindernes vedkommende konstateret en stigning.

Med hensyn til *dødeligheden* bemærkes, at dødeligheden i alle aldersklasser er størst for den mandlige del af befolkningen, og mens dødeligheden i løbet af de sidste 30 år for mændenes vedkommende er dalet med godt 20 pct., er den for kvindernes vedkommende dalet med knap 40 pct.

En undersøgelse af *dødsårsagerne* har vist, at hjertesygdomme, kræft, apopleksi og alderdomssvagthed, sygdomme i åndedrætsorganerne samt ulykker er de hyppigste i den nævnte rækkefølge, og dækker mere end 4/5 af alle dødsfald for begge køns vedkommende. For alle disse dødsårsager med undtagelse af apopleksi m.v. gælder det dog, at hyppigheden er lavere for kvinder end for mænd. Det kan desuden nævnes, at selvmordshyppigheden er omkring dobbelt så stor for mænd som for kvinder.

Ved undersøgelsen af *sygeligheden* for kvinder og mænd har udvalget måttet benytte ret forskelligartet materiale. Med hensyn til sygdomsundersøgelsen 1951-54, som bl.a. på grund af sit omfattende indhold har været meget anvendt af udvalget, må det tages i betragtning, at undersøgelsen dækker forholdene for 15-20 år siden, og at det ikke er muligt med sikkerhed at sige noget om, hvorvidt en eventuel forskel mellem kønnene ville være større eller mindre i dag. Endvidere må det understreges, at undersøgelsens tal giver udtryk for den sygelighed, befolkningen selv følte eller registrerede, uden forudsætninger for lægelig bedømmelse.

Med hensyn til statistisk materiale til belysning af sygehusindlæggelser findes der ikke officiel statistik, der giver opdeling af indlæggelser efter diagnose, køn og alder. Udvalget har derfor måttet benytte sygehusundersøgelsen fra 1952-53, der dog kun omfatter patienter over 15 år på kirurgiske og medicinske afdelinger, samt en specialundersøgelse for Svendborg og Odense 1965-66, om hvilken man ikke uden

videre kan slutte, at resultaterne er udtryk for en landsomfattende tendens.

Med hensyn til indlæggelser for psykiatriske lidelser findes ingen landsdækkende, ensartet statistik, kun tværnsnitundersøgelser senest fra 1967 af patienter, der på en bestemt dag var indlagt på samtlige psykiatriske afdelinger og sygehuse.

Til belysning af sygeligheden for specielle grupper, f.eks. ældre er benyttet undersøgelser fra socialforskningsinstituttet. Endvidere er en række sygdomme anmeldelsespligtige, således at antallet af anmeldte tilfælde giver et indtryk af, i hvilket omfang patienter har søgt læge for de pågældende lidelser. Endelig har udvalget benyttet sig af en række specialundersøgelser.

Udvalget har sammenfattende måttet konstatere, at der registreres større sygelighed for kvinder end for mænd, samt større hospitalisering. Oversygeligheden for kvinder andrager efter sygdomsundersøgelsen for alle diagnoser under ét godt 50 pct., idet de største forskelle konstateres for sygdomme af relativt mindre talmæssig betydning, såsom svulster og blodsygdomme. Af den ret betydningsfulde gruppe nerve-sindslidelser er der dog en betydelig oversygelighed for kvinder, mens der for de andre dominerende sygdomme kun er ubetydelig forskel mellem kvinder og mænd. Mens der kun synes at være ringe forskel i sygeligheden for begge køn mellem de forskellige landsdele, er der for hovedstadens kvinder konstateret en udtalt oversygelighed af nerve-sindslidelser og en vis oversygelighed af kvindesygdomme.

Med hensyn til sygdomme, som anmeldes, er der ikke konstateret større forskelle mellem kvinder og mænd, men det gælder bl.a. for kræftsygdommes vedkommende, at anmeldeshyppigheden dækker over meget store kønsforskelle med hensyn til kræftsygdommenes lokalisation. Blandt kvinder er således bryst, samt livmoder- og livmoderhalskræft fremherskende, mens lunge- og mavekræft er dominerende hos mænd.

Særlige *gruppeundersøgelser*, bl.a. af helbredet hos ældre, af fysisk handicappede og invalidepensionister, bekræfter det generelle indtryk af kvinders sundhedstilstand, nemlig at helbredet hos kvinder gennemgående er ringere end hos mænd.

Også *hospitaliseringsfrekvensen* er såvel på de somatiske sygehuse som på psykiatriske institutioner større for kvinder end for mænd. For de somatiske sygehuses vedkommende er der så-

ledes konstateret ca. 40 pct. højere indlæggelshyppighed for kvinder, og for de psykiatriske ca. 30 pct.; for nervesanatoriernes vedkommende kan det nævnes, at 70 pct. af indlæggelserne vedrører kvinder.

Forskellige »private« *undersøgelser* har givet et værdifuldt supplement til de officielle undersøgelser og statistikker. Udvalget har bl.a. bemærket sig, at kvinder såvel med hensyn til antal af lægekonsultationer som med hensyn til samlet ydelsestal ligger med de højeste tal, nemlig omkring 140 pct. af tallene for mænd. En undersøgelse af et udvalg af erhvervsarbejdende har overvejende påvist kroniske lidelser hos såvel kvinder som mænd dog således, at fodlidelser, fedme, forhøjet blodtryk, åreknuder, muskelinfiltrationer og »dårlige nerver« fandtes hos en større procentdel af kvinder end af mænd, mens mænd hyppigere end kvinder led af kroniske næse- og svælg-lidelser, tunghørighed og brok.

Der gennemføres her i landet ikke nogen løbende registrering af *lægemiddelforbruget*, som har muliggjort en analyse af dette forbrugs fordeling med hensyn til køn og alder. *Udvalget anser derfor iværksættelse af en undersøgelse og registrering for meget ønskelig.* En undersøgelse fra 1952-53 af sovemiddelforbruget har vist, at brugen af sovemidler er stigende med alderen, således at forbrugernes antal 10-dobles fra 20-75 års alderen både for kvinder og mænd. Procentdelen af adspurgte, der angav at anvende sovemidler, var dog på alle alderstrin højere for kvinder end for mænd. Også det øvrige lægemiddelforbrug synes ifølge en svensk undersøgelse at være større hos kvinder end hos mænd.

Udvalget har beskæftiget sig med *udearbejdende kvinders sygelighed* sammenlignet med mænds.

Det må i denne forbindelse bemærkes, at det, der registreres som sygefravær på arbejdsmarkedet, dækker over en blandet gruppe af sociale situationer, som ikke nødvendigvis kun er betinget af helbredet hos de pågældende personer.

Det er karakteristisk, at gifte kvinder udgør en stadigt stigende del af den kvindelige arbejdskraft; denne udvikling er betydningsfuld i relation til spørgsmålet om sygefravær, da gifte kvinder i erhvervslivet, som har mindreårige børn, formentlig står over for arbejdsmæssige belastninger, der stiller særlige krav til kvindernes helbred.

Ved bedømmelse af de foreliggende undersø-

gelser må man endvidere tage i betragtning, at materialet ikke er standardiseret med hensyn til alder og uddannelse, arbejdets art og varighed, den økonomiske sikring under sygefravær og familiesituationen. Et ensartet vurderingsgrundlag til sammenligning af kvinders og mænds sygefravær findes derfor kun i de færreste undersøgelser.

For samtlige undersøgelser vedkommende kan der konstateres større sygefravær for kvinder end for mænd. Dette gælder også udenlandske undersøgelser. Det fremgår således af en fraværstatistik for kontorfunktionærer omfattende 6.500 funktionærer af begge køn, at kvinder sygemeldes gennemgående dobbelt så hyppigt som mænd i alle aldersklasser, idet over-sygeligheden - registreret som antal sygedage pr. person - kulminerer i alderen 21-35 år.

Fraværstatistikken for Københavns kommunes tjenestemænd og lønarbejdere fra 1964 viser for de knap 15.000 mænd, som indgik i undersøgelsen, et samlet fravær svarende til 17,9 dage pr. person, mens de godt 10.000 kvinder i undersøgelsen havde et samlet fravær svarende til 19,4 dage pr. person.

Dansk Arbejdsgiverforenings fraværundersøgelse fra 1967-68 omfattende godt 141.000 arbejdere og 64.000 funktionærer viser for kvinder et samlet fravær, der ligger fra 70 til 120 pct. højere end mænds. Det samlede fravær andrager for kvindelige arbejdere 9,3 pct. i hovedstaden og 7,0 pct. i provinsen, mens de tilsvarende tal for mandlige arbejdere er 5,5 pct. og 3,8 pct. For funktionærer er tallene for kvinder 5,0 pct. og 3,3 pct. og for mænd 2,4 pct. og 1,5 pct. Det bemærkes, at der under samlet sygefravær er medregnet barselfravær samt fravær på grund af sygdom i hjemmet. Kvinders fravær på grund af barsel andrager omkring 1/2 pct. på årsbasis.

Såvel danske som svenske undersøgelser vedrørende *civilstandens betydning* viser større sygefravær for gifte end for ugifte kvinder. Oversygeligheden svinger mellem 30 og 50 pct. uden sikker tendens til at stige eller falde med stigende alder.

Betydningen af *børn* for fraværets omfang er belyst ved en række udenlandske undersøgelser og synes at vise, at kvinder med børn under skolealderen har størst fraværsporcet, men at stigende børnetal generelt ikke medfører øget sygefravær. Gifte kvinder har større fraværsporcet end ugifte, selv i de tilfælde, hvor den ugifte har et barn at forsørge.

Udvalget har behandlet forekomsten af *særlige kvindesygdomme*. Det er konstateret, at 8,5 pct. af dødsfald blandt kvinder skyldes særlige kvindesygdomme, og at 15 pct. sygehusindlæggelser kan henføres til denne kategori sygdomme. Af diagnoser er menstruationsforstyrrelser den mest dominerende; dernæst underlivsbetændelse m.m. og besvær ved overgangsalderen. Undersøgelser for livmoderkræft i Frederiksberg kommune har givet til resultat, at 3 pct. af de undersøgte kvinder havde abnorme cellefund, mens en undersøgelse af gravide på Set. Josephs hospital har vist, at der pr. 1.000 kvinder fandtes 6,4 tilfælde af stadium 1 cancer i livmoderhalsen.

Svangerskab udgør med den nuværende fødselshyppighed gennemsnitlig knap 2 år pr. kvinde. Dødsfald i forbindelse med svangerskab og barsel udgør kun 0,04 pct. af det samlede antal dødsfald blandt kvinder, og sygdom i forbindelse med svangerskab, abort og barsel kun 0,8 pct. af samtlige registrerede sygdomstilfælde blandt kvinder. Sygehusindlæggelser på grund af svangerskab og fødsel udgør derimod 21 pct. af samtlige indlæggelser for kvinder.

Sluttelig har udvalget behandlet nogle undersøgelser vedrørende den *psykiske almentilstand hos kvinder*. Disse har bl.a. vist, at den største gruppe »udkørte« findes blandt heltidsudarbejdende, mens den største gruppe syge findes blandt hjemmearbejdende. Procentdelen af husmødre med »dårlige nerver« er endvidere størst blandt hjemmearbejdende. Der synes i det hele taget at være tegn på et betydeligt antal husmødre med moderate og alvorlige psykiske insufficienssymptomer; personlige konflikter angives at spille den største rolle for husmødrenes subjektive almentilstand, en større betydning end både alder, børnetal eller boligforhold.

Udvalget har på baggrund af den registrerede større sygelighed blandt kvinder behandlet spørgsmålet om, hvilke foranstaltninger der kan være egnet til at forebygge og bekæmpe denne større sygelighed, samt vurdere en eventuel udvidelse af den for øjeblikket tilstedeværende diagnostiske, terapeutiske og plejemæssige kapacitet.

Vedrørende *forebyggende foranstaltninger* foreslår udvalget i forbindelse med *svangerskab og fødsel*, at barselshvile individualiseres under hensyn til den enkelte kvindes fysiske, mentale og sociale situation under svangerskabet, og at belastninger blandt gravide kvinder i større om-

fang imødegås ved udstrakt anvendelse af rekreation og hushjælp. Vedrørende *cancer* foreslås det, at forebyggende undersøgelser tilbydes alle kvinder i de udsatte aldersgrupper, således at gratis undersøgelse for bryst- og livmoderkræft tilbydes hvert andet år. Med hensyn til rådgivning i øvrigt foreslås gratis vejledning i *antikonception* på et tidspunkt, der individuelt må afgøres efter tidspunktet for påbegyndelse af egentlig seksuel aktivitet, og et udvalgsflertal foreslår, at antikonceptionelle midler stilles vederlagsfrit til rådighed for befolkningen. Endvidere foreslås udbygget seksualvejledning i skolen.

Med henblik på forebyggelse af *ulykker i hjemmet* bør der ske større oplysning om brug af potentielt farlige apparater og betydningen af overholdelse af sikkerhedsregler.

Udvalget foreslår bl.a. med henblik på nedsettelse af hyppigheden af *arbejdsbetingede sygdomme*, at der iværksættes ergonomisk forskning.

Man fremhæver for at forebygge *overvægt, og bevægelsesvanskeligheder* betydningen af, at der propaganderes for og tilbydes udvidet fysisk aktivitet, bl.a. på undervisningsanstalter, arbejdspladser og som led i kollektive faciliteter ved boligen.

Med henblik på *bekæmpelse* af sygdom hos kvinder foreslår udvalget *institutionsmæssigt*, at der finder en udbygning sted af egentlige *fødefdelinger*, således at en endnu større del af de komplicerede fødsler kan henvises dertil, samt at der, når en kvinde ønsker at føde uden for hjemmet, tilbydes fødsel ved en institution med sufficient læge- og jordemoderbetjening. Også for så vidt angår *gynækologiske specialafdelinger* bør der ske en udbygning, ligesom udvalget ønsker at understrege betydningen af en tilstrækkeligt udbygget og højt specialiseret koordineret behandlingsindsats over for alle tilfælde af mistænkt eller manifest *cancer* i yngre aldersgrupper.

Udvalget er af den opfattelse, at der, specielt for så vidt angår lettere *psykiske lidelser* ikke i dag er tilstrækkelig institutionskapacitet, og foreslår derfor en udbygning af denne f.eks. i form af dag- og nathospitaler i tilslutning til

centralsygehuse, samt indretning af pensionater for udskrevne patienter med tilsyns- og omsorgsbehov.

Udvalget foreslår også udbygning af institutionskapaciteten for foretagelse af *mindre kirurgiske indgreb* herunder *fysiurgisk behandling*.

I henseende til *ambulant indsats*, ønsker udvalget at understrege ønskeligheden af, at mulighederne for udvidelse af kirurgisk behandling overvejes, samt at der skabes nye muligheder for psykiatrisk behandling uden for institutionerne, f.eks. i form af psykiatrisk konsulenthjælp til de praktiserende læger.

Vedrørende *omsorg og aflastning under sygdom* påpeger udvalget endelig betydningen af gennem en fælles sagkyndig administration at skabe koordination mellem hjemmesygepleje, husmoderafløsning og hjemmehjælp, ligesom koordination til sygehuse og læger er betydningsfuld. Det er udvalgets opfattelse, at helbredelsesprocessen, under hvilken form den end må finde sted, principielt ikke bør påvirkes af økonomiske forhold, hvorfor betalingsforholdene i forbindelse med de ovennævnte hjælpeforanstaltninger bør overvejes.

Som det vil være fremgået af foranstående, har udvalget, omend man har forsøgt at fremsætte en række betragtninger over de konstaterede forskelle i sygelighed og dødelighed for kvinder og mænd (p. 50-51) ikke set sig i stand til at foretage en virkelig undersøgelse og vurdering af årsagerne til disse forskelle.

Udvalget har rejst det spørgsmål, om kvinder reagerer anderledes end mænd over for sygdom og derved opnår en længere levetid. Ligeledes har man spurgt, om denne reaktionsmåde er biologisk eller kulturelt betinget. Hvor meget betyder placering i arbejdslivet og det nuværende livsmønster?

En videnskabelig undersøgelse bl.a. af disse spørgsmål ville utvivlsomt skabe grundlag for en helt ny vurdering af sygelighed og dødelighed hos kvinder og mænd, og udvalget skal derfor opfordre til, at en sådan undersøgelse iværksættes.

Udvalget vedr. sundhedsproblemerne.

København, den 24. juni 1967.

Med skrivelse af 10. marts 1967 (j.nr. K. 6—46—67) har kommissionen fremsendt en fra ministeriet for familiens anliggender modtagen henstilling om, at kvindekommisionen i sine overvejelser optager spørgsmålet om, hvorvidt det kan anses for nødvendigt i lovgivningen at opretholde regler om tvungen barselhvile, og at afgive en udtalelse herom.

Kommissionen har i denne forbindelse forespurgt, om udvalget vedrørende sundhedsproblemerne måtte være i stand til at afgive en udtalelse som ønsket af familieministeriet.

I denne anledning skal man meddele, at det omhandlede spørgsmål har været behandlet på sundhedsudvalgets møde den 14. juni 1967.

Der var i udvalget enighed om, at det af hensyn til kvindens sundhedstilstand var af

betydning, at der eksisterede mulighed for barselhvile, men at krav om tvungen barselhvile næppe mere var realistisk.

Barselhvile burde dekretes individuelt og den sociale sikring under barselhvileperioden være af et sådant omfang, at økonomiske hensyn ikke influerede på kvindens beslutning om, hvornår hun ønskede at forlade, henholdsvis genoptage sit arbejde.

Man skal forinden der af kommissionen afgives en redegørelse over for familieministeriet, henstille, at spørgsmålet forelægges for lægeforeningens hygiejniske komite.

Det bemærkes, at udvalgene vedrørende de sociale forhold og arbejdsforholdene samt udvalget vedrørende familiens tilpasning har modtaget kopi af nærværende skrivelse.

P. U. V.

sign. Bent Jensen

/Agnete Laustsen

KOMMISSIONEN VEDRØRENDE
KVINDERNES STILLING I SAMFUNDET

Udvalget vedr. sundhedsproblemerne.

Under dags dato har man tilskrevet sekretariatet for kommissionen vedrørende kvindernes stilling i samfundet således:

»Med skrivelse af 15. december 1967 (j.nr. K. 6-62-67) har sekretariatet fremsendt en fra

modtagen skrivelse af 31. oktober 1967, idet sekretariatet har anmodet sundhedsudvalget om i samråd med udvalget vedrørende kvindernes deltagelse i det offentlige liv at ville overveje de i skrivelsernes slutning anførte generelle betragtninger over udformningen af sygereglementet for statens tjenestemænd.

I denne anledning skal man meddele, at skrivelserne har været drøftet ved et den 20. maj 1968 afholdt møde i sundhedsudvalget.

Det var medlemmernes opfattelse, at sundhedsudvalgets opgave måtte være at beskæftige sig med sygelighedsproblemet - *er kvinder sidst i 40'erne mere syge end mænd, og er mænd sidst i 50'erne mere syge end kvinder* — medens det, på grundlag af det i denne forbindelse tilvejebragte materiale, måtte tilkomme udvalget vedrørende kvindernes stilling i det offentlige liv at tage stilling til, om en ændring af det nugældende sygereglement var påkrævet.

Udvalget gennemgik til brug ved sine overvejelser en række undersøgelser og tabeller.

Det må dog betones, at selve begrebet »klimakteriet« ikke er veldefineret og ikke i sig selv kan belyses gennem statistisk materiale, idet dette kun giver et indtryk af den totale sygelighed i de omhandlede aldersgrupper.

I Sygdomsundersøgelsen i Danmark 1951-54, der omfattede 87.000 personer, findes bl.a. oplysning om procenten af personer, der angav at have været syge inden for de sidste 30 dage før det foretagne interview. Det fremgår heraf, at sygdomsprocenten for *kvinder* i alderen 45-49 år var 48,8 pct., i alderen 50-54, 50,4 pct. og i alderen 55-59, 55,8 pct., medens de til-

svarende tal for *mænd* var 36,2 pct., 37,5 pct. og 40,6 pct. altså i alle de nævnte aldersgrupper en lavere sygelighed for mænd.

Vedrørende indlæggelser på statshospitaler og nervesanatorier viser en tabel fra 1961-62 en indlæggelseshyppighed hos kvinder i alderen 44-49 år på 131,2 pct. af mænds og i alderen 49-54 år på 138 pct. Oversygelighedstendensen hos kvinder - som gør sig gældende i samtlige aldersgrupper - viser sig her snarere for kvinder i 50'erne.

En tabel over antal sygehusindlæggelser pr. måned pr. 100.000 indbyggere af det pågældende køn i den pågældende aldersgruppe (1952-53) viser - (det bemærkes at aldersintervallerne er på 20 år) - en overvægt af kvinder i alderen 40-59 år, idet indlæggelsestallet for *kvinder* er 777,6 og for *mænd* 571,8.

En undersøgelse fra 1956 over antallet af konsultationer på grund af sygdom og antal ydelser pr. patient (3139 patienter) viser i alderen 45-54 år 7 konsultationer og 9,5 ydelser for *kvinder*, medens tallene for *mænd* er 6,8 og 7,9. I alderen 55-64 er tallet for *kvinder* 6,7 og 8,8 og for *mænd* 2,4 og 5,1, altså en overvægt for kvinder i begge aldersgrupper.

Med hensyn til tildeling af invalidepension viser en tabel fra 1964, at hyppigheden af invalidepension i aldersklasserne 25-54 er størst for kvinder med et toppunkt i aldersklasserne 35-44 år (kvindelige invalidepensionister udgør således 130,9 pct. af mandlige), medens der efter 55 års alderen er en overvægt af mænd blandt invalidepensionisterne, (kvindelige invalidepensionister udgør 90,7 pct. af mandlige).

Undersøgelser fra USA (National Health Survey 1959-66) bl.a. vedrørende tabte arbejdsdage pr. år viser i aldersgruppen 45-64 år et større fravær for mænd end for kvinder - 7,3 tabte arbejdsdage mod 5,9, ligesom en opgørelse over den aktivitetsindskrænkning, kroniske li-

deiser medfører, viser, at mænd i højere grad end kvinder bliver ude af stand til at varetage deres hovedbeskæftigelse - 4,4 pet. mænd mod 1,5 pet. kvinder. Akutte lidelser viser for såvel mænd som kvinder først stigning i den indskrænkede aktivitet fra 55 års alderen.

En analyse foretaget af socialforskningsinstituttet over Københavns kommunes sygefraværstatistik viser for samtlige aldersgrupper større fravær for kvinder end for mænd.

Fraværet synes dog størst i aldersgruppen 35-39 år, således viser en tabel over sygefraværet blandt tjenestemænd i Københavns kommunes administration i aldersgruppen 35-39 år 22 fraværsdage for *kvinder* mod 5 for *mænd*. Tilsvarende tal for aldersgruppen 45-49 år er 20 dage og 13 dage og for aldersgruppen 50-54 år 23 dage og 13 dage.

Sygefraværet blandt lærerpersonalet ved de københavnske kommuneskoler viser ligeledes for alle aldersklasser større fravær hos kvinder, i aldersgruppen 45-49 år 28 fraværsdage mod mændenes 18 og i aldersgruppen 50-54 år 26 dage mod 15.

Det indsamlede materiale synes i det hele ta-

get at vise, at der ikke er nogen udpræget sammenhæng mellem alder og fravær, en tendens der er mest udtalt for mændenes vedkommende, medens der for kvindernes vedkommende nærmest synes at være tendens til, at andelen af sygemeldte falder lidt med alderen.

Sammenfattende mente udvalget at måtte konkludere, at der ikke synes at være grundlag for at antage, at der findes en relativ oversygelighed hos kvinder sidst i 40'erne, hvilket støttes såvel af opgørelserne over arbejdsfravær som over almindelig sygdom i befolkningen.

En ændring af sygereglementet som foreslået kunne derfor næppe anbefales.

Derimod kunne det måske overvejes, om den absolutte større sygelighed og det deraf følgende større fravær hos kvinder kan motivere en ændring af sygereglementet, idet der dog formentlig i denne forbindelse bør ske en undersøgelse af, om der er visse aldersgrupper af kvinder - og i positivt fald hvilke - der rammes særlig hårdt af sygereglementets bestemmelser, jfr. dettes punkt 3.« Hvilket herved meddeles.

P. U.V.

sign. **Bent Jensen**

/Agnete Laustsen

Til medlemmerne.

Oktober kvartal 1967

Besvarelsene indsendes inden **1. februar 1968** til:

Dansk Arbejdsgiverforening, Vester Voldgade 113, København V.

Forespørgsler vedrørende skemaet besvares af:

Fuldmægtig H. H. Egeblad Christoffersen, telefon: (01) 12 33 11, lokal 243

ARBEJDERE

MÆND

Fravær i alt

[illegible]

Sygefravær

Tabte arbejds- dage i alt	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037	2038	2039	2040	2041	2042	2043	2044	2045	2046	2047	2048	2049	2050	2051	2052	2053	2054	2055	2056	2057	2058	2059	2060	2061	2062	2063	2064	2065	2066	2067	2068	2069	2070	2071	2072	2073	2074	2075	2076	2077	2078	2079	2080	2081	2082	2083	2084	2085	2086	2087	2088	2089	2090	2091	2092	2093	2094	2095	2096	2097	2098	2099	2100
------------------------------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------

[illegible]**KVINDER**

Fravær i alt

[illegible]

Sygefravær

Tabte arbejds-
dage i alt

[illegible]

Barselfravær

Tabte arbejds-
dage i alt

[illegible]

Bemærkninger: _____

.....

[illegible]

Funktionærer næste side - vend

DANSK ARBEJDSGIVERFORENING

Statistisk økonomisk afdeling

FUNKTIONÆRER

MÆND

Fravær i alt

		Antal fraværende i alt på nedennævnte datoer														
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Okt.	(160)															
Nov.	(161)															
Dec.	(162)															

Sygefravær

		Antal sygefraværende på nedennævnte datoer														
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Okt.	(260)															
Nov.	(261)															
Dec.	(262)															

KVINDER

Fravær i alt

		Antal fraværende i alt på nedennævnte datoer														
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Okt.	(180)															
Nov.	(181)															
Dec.	(182)															

Sygefravær

		Antal sygefraværende på nedennævnte datoer														
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Okt.	(280)															
Nov.	(281)															
Dec.	(282)															

Barselfravær

		Antal fraværende på nedennævnte datoer på grund af barsel														
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Okt.	(380)															
Nov.	(381)															
Dec.	(382)															

PERSONALEOMSÆTNING

		Mandlige funktionærer			Kvindelige funktionærer			Tilsammen		
		Okt.	Nov.	Dec.	Okt.	Nov.	Dec.	Okt.	Nov.	Dec.
		(60)	(61)	(62)	(60)	(61)	(62)			
Tilgang	(4)									
Afgang	(5)									
Besk. funkt. ult.	(6)									

Henvisninger til Deres virksomhed vedr. udfyldningen rettes til:

Oktober kvartal 1967

Bemærkninger: _____

Virksomhedens stempel eller underskrift:

DANSK ARBEJDSGIVERFORENING

Statistisk-økonomisk afdeling

--

ARBEJDERE

MÆND

Fravær i alt

		Antal fraværende i alt på nedennævnte datoer														
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Okt.	(110)															
Nov.	(111)															
Dec.	(112)															

Sygefravær

		Antal sygefraværende på nedennævnte datoer														
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Okt.	(210)															
Nov.	(211)															
Dec.	(212)															

KVINDER

Fravær i alt

		Antal fraværende i alt på nedennævnte datoer														
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Okt.	(130)															
Nov.	(131)															
Dec.	(132)															

Sygefravær

		Antal sygefraværende på nedennævnte datoer														
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Okt.	(230)															
Nov.	(231)															
Dec.	(232)															

Barselfravær

		Antal fraværende på nedennævnte datoer på grund af barsel														
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Okt.	(330)															
Nov.	(331)															
Dec.	(332)															

PERSONALEOMSÆTNING

		Mandlige arbejdere			Kvindelige arbejdere			Tilsammen		
		Okt.	Nov.	Dec.	Okt.	Nov.	Dec.	Okt.	Nov.	Dec.
		(10)	(11)	(12)	(30)	(31)	(32)			
Tilgang	(4)									
Afgang	(5)									
Besk. arb. ult.	(6)									



**STATISTISK-ØKONOMISK
AFDELING**

København V., september 1967

Vester Voldgade 113

Telefon (01) 12 3311

Vedrørende fravær og personaleomsætning på arbejdspladserne

I juni måned d. å. udsendte Dansk Arbejdsgiverforening til et antal virksomheder - herunder Deres virksomhed - en statistikblanket vedrørende ovennævnte emner, og i et følgebrev redegjordes for baggrunden for statistikens etablering. Endvidere fremgik det af følgebrevet, at de deltagende virksomheder hvert kvartal ville få tilsendt en tilsvarende statistikblanket indtil der foreligger oplysninger for et helt år, hvorefter der vil blive taget stilling til, om og hvordan statistikken eventuelt skal fortsættes.

Vi skal herved tillade os at fremsende statistikblanketten for oktober kvartal 1967, idet det bemærkes, at blankettens opbygning er uændret i forhold til blanketten for juli kvartal.

Idet vi i øvrigt henviser til omstående vejledning, skal vi gøre opmærksom på, at såfremt en virksomhed af praktiske grunde ønsker at udelade enkelte grupper af ansatte, f. eks. lærlinge, elever eller ungarbejdere, bedes dette anført på blanketten. Det er i så fald af afgørende betydning, at de grupper, der omfattes af fraværstatistikken, er de samme grupper, som indgår i oplysningerne under personaleomsætningen.

De i statistikken deltagende virksomheder vil få tilstillet den rapport, der bliver udarbejdet på grundlag af de indsendte statistikblanketter, og det er en selvfølge, at den enkelte virksomheds oplysninger vil blive behandlet som fortrolige.

Sluttelig skal vi henlede Deres opmærksomhed på, at statistikblanketten for juli kvartal 1967 skal indsendes inden 1. november 1967 til Dansk Arbejdsgiverforening, statistisk-økonomisk afdeling, Vester Voldgade 113, København V.

Med venlig hilsen

DANSK ARBEJDSGIVERFORENING

STATISTISK-ØKONOMISK AFDELING

C. J. CLEMMENSEN

A. H. Dahl

Vejledning – se bagsiden.

Vejledning

Fraværstatistik

I datorubrikkerne angives, hvor mange ansatte der på de pågældende datoer er fraværende fra arbejdet, og hvor mange der heraf er fraværende på grund af sygdom samt for kvinders vedkommende, hvor mange der er fraværende p.g.a. barsel. Fravær p.g.a. ferie skal *ikke* medregnes som fravær. På forsiden af spørgeskemaet ønskes oplysninger om arbejderne og på bagsiden om funktionærerne. Der er begge steder opdelt på mænd og kvinder.

Der regnes af praktiske grunde kun i hele arbejdsdage, og deltidsansattes fulde fravær på en arbejdsdag regnes også som en hel fraværsdag. Fravær under 1 arbejdsdag for heltidsansatte medregnes således *ikke*. Søndage og helligdage medregnes kun som fraværsdage, hvis sådanne dage er normale arbejdsdage (ved hold-driftsarbejde o. lign.). Hvis en ansat **har** fri om lørdagen (eller en anden ugedag), og en sådan fridag falder i en fraværperiode, skal denne dag *ikke* medregnes som fravær. Sygedage under ferie medtages *heller ikke* som fravær, medmindre der gives erstatning i form af andre feriedage.

Alt fravær på grund af ulykkestilfælde og tilskadekomst medtages såvel **under fravær** i alt som under sygefravær.

Kvinders normale barselfravær medtages under fravær i alt og under **barselfravær**, men *ikke* under sygefravær. Forlænget barselfravær, der skyldes sygdom, betragtes som sygefravær, og medtages derfor under fravær i alt og under sygefravær.

Mænds fravær på grund af genindkaldelse til militærtjeneste, civilforsvar o. lign. medtages under fravær ialt. Derimod medtages *ikke* den ordinære militærtjeneste. Orlov og fravær på grund af uddannelse skal *ikke* medtages som fravær.

Fridage—**uanset** hvem der betaler disse-medtage!» under fravær i alt, medmindre der **er** tale om afspadsering. Fravær på grund af sygdom i hjemmet-et barns sygdom eller lignende-medtages **under** fravær i alt, men *ikke* under sygefravær.

Det bemærkes, at kolonnen-tabte arbejdsdage i alt-er en sammentælling pr. måned af de enkelte datoers fraværstal.

Personaleomsætning

Under personaleomsætning ønskes oplyst tilgang og afgang pr. måned samt totalbeskæftigelsen ved månedens udgang. Hvis det er lettere for en virksomhed at angive en måneds forskydninger som en sum af fire **lønnings**-ugers forskydninger, er dette naturligvis tilfredsstillende, ligesom det er tilstrækkeligt at angive **total** I beskæftigelsens størrelse i den sidste lønningsuge i en måned.

Forespørgsler vedrørende statistikblankettens udfyldning besvares af fuldmægtig H. H. Egeblad Christoffersen, telefon (01) 12 33 11, lokal 243.

Statistikblanketten indsendes inden 1. februar 1958 i medfølgende frankeret kuvert til Dansk Arbejdsgiverforening, statistisk-økonomisk afdeling, Vester Voldgade 113, København V.

Litteraturfortegnelse

- Ahlmark, A. & Gerhardsson, G. (red.): Aktuell arbetsforskning resurser och önskemål. Statens medicinska forskningsråd, Statens tekniska forskningsråd og Jordbrukets forskningsråd. Stockholm 1964.
- Arbetsmarknadens Kvinnonämnd: Utredning angående Industriarbetande Kvinnors Deltidsarbete. Stockholm 1957.
- Arbetsmarknadskommitténs Kvinnoutredning. Betänkande avgivet av —. Sveriges arbetsgivare förening og Landsorganisation. Stockholm 1950.
- Baetjer, Anna M.: Woman in Industry Their Health and Efficiency. Philadelphia and London, W. B. Saunders Co. 1946.
- Banke, Lars: Mavesårssygdommens epidemiologi. Ugeskr. Læg. 1967: 129: 1705.
- Bentsen, P. V.: Pasning af gifte kvinders småbørn. Anvendelse og efterspørgsel af forskellige pasningsformer. Socialforskningsinstituttet. Studie nr. 10. København 1968.
- Biörck, G.: Socialmedicinska aspekter på hjärtsjukdomarna. Läkartidningen (Sv.) 1957. 54: 3801.
- Boeck, W., Friedrichs, H., Haack, R. & Seevogel, M.: Die Ursachen von Fehlzeiten im Betrieb, Mögliche Massnahmen zu ihrer Minderung. Sozial-Archiv, Essen, 1965.
- Bonnevie, Poul: Hygiejne. Præventiv og social medicin. Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, København 1965.
- Bræstrup, Agnete og Løvgreen, Agnete: Københavnske husmødres miljø og almentilstand I. Ugeskr. Læg. 1954: 116: 1333.
- Bræstrup, Agnete og Madsen, Ane: Københavnske husmødres miljø og almentilstand II. Ugeskr. Læg. 1954: 116: 1373.
- Collins, Selwyn D., Trantham, Katharine S. & Lehmann, Josephines: Sickness Experience in Selected Areas of the United States. Public Health Reports, Monograph 25: 1955.
- Council of occupational Health, American Medical Association: Occupational Health Services for Women Employees. Arch. Environmental Health 1961: 3: 433-437.
- Dahlerup, Jens Vilh.: Arbejdet i en almen praksis. Bibliotek for læger 1962: 154: 265.
- Dahlström, E., Holter, H., Brun-Gulbrandsen, S., Tiller, P. O., Dahlström, G., Thyberg, S.: Kvinnors liv och arbete. Kvinnors liv og arbeid. Svenska och norska studier av ett aktuellt samhällsproblem. Studieförbundet Näringsliv och Samhälle, 1962. P. A. Norstedt & Söner.
- Dignam, William J.: Work Limitations of the Pregnant Employee. J. occup. med. 1962: 4: 423-425.
- Disability days. United States July 1957 -- June 1958. Health Statistics from the U.S. National Health Survey, Public Health Service Publication no. 584: B 10. Washington 1959.
- Enterline, Ph. E.: Sick Absence in Certain Western Countries. Ind. medicine oktober 1964: 33: 738-741.
- Forslund, Rune: Kvinnors frånvaro är dubbelt så lång som männens — arbetarnas dubbelt så lång som tjänstemännens. Arbetsgivaren nr. 20 19/11 1965.
- Forssman, S.: Kvinnlig arbetskraft. Företagshälsovård och arbetshygien. Tiden. Stockholm 1965.
- Forssman, S.: Ergebnisse schwedischer Untersuchungen auf dem Gebiete der Arbeitswissenschaft. Industrielle Organisation 1957: 26: 217-230.
- Forssman, S.: Kvinnan i arbetslivet - tillgång eller problem? I serie om medicinska synpunkter på kvinnan i arbetslivet. Stockholm, Affärsökonomi 4: 1961.
- Forssman, S.: Women at work. Health and social medical problems related to the employment of women. International Congress Series nr. 62: I: 19. Excerpta med. Found. Amst. 1963.
- Forssman, S.: A Study on Absence in Swedish Industry. Svenska Arbetsgiverföreningen SAF. 1965.
- Forssman, S.: The present International Situation and the probable future development of occupational medicine. International Congress Wien 19-24 september 1966.
- Friberg, K. E. & Ragnå, N.: Undersökningen av sjukledighetsfrekvensen för mannlige och kvinnlige statstjänstemänn. SOU 18: bilag 14, 1953: 450-485.
- Gardell, B., Banaryd, K., Gombrii, B., Lundqvist, L.: Arbetsupplevelse och könsroller. Socialpsykologisk studie av kvinnlig arbetskraft i en process-industri med kontinuerlig drift.

- Personaladministrativa Rådet. Meddelande nr. 55, Stockholm 1968.
- Hagerup, L. & Hansen, P. From: 50-års undersøgelsen i Glostrup 1964-65. Ugeskr. Læg. 1968: 130: 1145.
- Heiss, H.: Die berufstätige Frau in ärztlicher Sicht. Urban & Schwarzenberg, Wien 1960.
- Henriksson, E.: Frånvaro från arbete. Försäkringsbolagens Företagsekonomiska Forskningsnämnds Skrift. P. A. Norstedt & Söners Förlag, Stockholm 1954.
- Hinkle, L. E., Redmont, R., Plumer, N. & Wolff, H. G.: Women in Industry. II. An examination of the relation between symptoms, disability and serious illness, in two homogeneous groups of men and women. Amer J Public Health 1960, 50: 1327-1336.
- Hofstätter, Robert: Die Frau im Berufsleben. Handbuch der gesamten Arbeitsmedizin. Urban & Schwarzenberg, Berlin-München-Wien 1962.
- Hospital Survey of Denmark. The -: A statistical analysis of the utilization of medical-surgical Hospitals in 1952-53 and 1930. Munksgaard 1959.
- International Labour Office: Revision of the maternity protection convention 1919 (No. 3). Report VI, International Conference Thirty-Fifth Session. Geneva 1952.
- Jespersen, Inge E., Meierhofer, Marie, Odium, Doris & Serin, Suzanne: The Problems of the married Woman working outside the home and their effects on the physical and mental wellbeing of the family group. Medical Women's International Association. Bürgenstock, Switzerland 1956.
- Kampmann, V.: Sygdommes forekomst og varighed, en statistisk undersøgelse. Forsikringselskabet »Hånd i Hånd«. København, 24.2. 1940.
- Karvonen, M. J.: The two roles of Woman. WHO, special feature COP/3. August 1966.
- Klein, V.: Women Workers. Working Hours and Services, Organization for economic Co-Operation and Development. Paris 1965.
- Klein, V.: Working Wives. The Institute of Personnel Management. Occasional papers 15. London 1958.
- Kvindens placering i og uden for erhverv. Kommissionen vedrørende kvindernes stilling i samfundet. København 28. 7. 1965.
- Kvinnliga Industritjänstemän sjuka mer än manliga. Industrins utredningsinstitut kartlägger skillnader i sjukfrånvaro mellan män och kvinnor. Tidsskrift för allmän försäkring 1966, 59: 416—420.
- Kvinnorna som arbetskraftsresurs. Conference, Saltsjöbaden 17. 12. 1964. Arbetsmarknadens Yrkesråd och Arbetsmarknadens Kvinnonämnd och Arbetarskyddsnämnden. vSAF Arbetsmarknadens Yrkesråd LO. Stockholm april 1965.
- Kærn, Teit: Den perinatale dødelighed. Munksgaard, København 1960.
- Lehmann, G.: Arbeitsphysiologische Gesichtspunkte zur Berufstätigkeit der Frau. Arb Med 1963, 4: 113-118. München.
- Lokander, S.: Sick absence in a Swedish Company. Acta. med. scand. 1962: 171: suppl. 377.
- Masreliez, Niels: Medicinska och socialmedicinska synpunkter i anslutning till kvinnlig arbetskraft. Kvinnorna som Arbetskraftsresurs pa. 12—19. Arbetsmarknadens Yrkesråd, Stockholm 1965.
- McKiever, M. F.: The Health of Women who work. Public Health Service Pub no. 1314. Washington 1965.
- Medical Care. The Costs of -. Office of Health Economics, March 1964. London.
- Mental Care. The Costs of -. Office of Health Economics. February 1965. London.
- Michel, A.: Needs and Aspirations of Married Women Workers in France. Internat Labour Review 1966: 94: 39-53.
- Milfeldt, M.: En oversigt over 10.000 natlægebesøg aflagt i årene 1947-56 i Århus og forstæder. Munksgaard., København 1960.
- Muntendam, P.: The Influence of Sickness Absenteeism on Labor Productivity in the Netherlands. Netherlands Ministry of Social Affairs and Public Health. The Hague nov. 1955.
- Mushlin, Harry R.: Control of Absenteeism _ A cooperative Effort. J. occup. med. 1962: 4: 265.
- Nadelhoffer, L. E.: Women in Work. III. Gynecological problems - their effect on the working woman. Amer J Public Health 1950: 50/ 1337-1341.
- Olsson, Bertil: Sjukfrånvaro bland Tjänstemän. Stockholm. Industrins Utredningsinstitut 1965.
- Pedersen, E.: Om hjemmeulykker. Ugeskr. Læg. 1964: 126: 130-134.
- Perman, E.: Differenser i morbiditet och mortalitet mellan män och kvinnor. Läkartidningen (Sv.) 1952, 49 årg., nor. 43: 2628-2651.
- Petz, B. & Vidacek, S.: Analiza Izostanaka S Posla U Jednom Zagrebackom Produzecu. (Analyses of Absenteeism in a Zagreb Factory). Arh. Hig. Rada 1960, 11: 289.
- Popper, L.: Krankmeldungen und Kinderzahl. XIVth International Congress of Occupational Health. Excerpta med. Vol. III. 1963: 1646-1648. International Congress series no. 62.
- Renker, U.: Zur effektiven Leistung der Frau in Beruf und Haushalt. Veb Verlag Volk und Gesundheit. Berlin 1965.
- Rosier, A.: Le Travail des Femmes. L'evolution Medicale 1966, 3: 223—231, Paris.
- Smedby, B.: Receptundersökningen 1963. SOU 1966, 28.
- Smedby, B.: Tandvårdsvanor och tandvårdskostnader. SOU 1965, 5.
- Spiro, E. S.: Women in Industry, I. Patterns of

- women's work and occupational health and safety.
 Arner J Public Health 1960: 50: 1318-1326.
- Statistisk Årbog 1967. Danmark. Danmarks Statistik, København 1967.
- Sundhedsstyrelsen: Dødsårsagerne i Danmark Året 1966.
 København 1968.
- Sundhedsstyrelsen: Medicinalberetning I. Kalender-årene 1963 og 1967. Sygdomme og hygiejniske forhold.
 København 1967.
- Sundhedsstyrelsen: Medicinalberetning II. Finans-året 1964/65.
 Beretning om sygehuse og andre helbredsinstitutioner i Danmark. København 1967.
- Svennerud. S.: Dysmenorrhoea and Absenteeism. Acta obst. gyn. scand. 1959, 38, supplement 2.
- Sygdommens fordeling på køn og alder.
 Socialforskningsinstituttet 1966.
- Sygdomsundersøgelsen i Danmark. Morbiditetsundersøgelsen af 1950. Udgivet af komiteen til undersøgelse af den danske befolknings sundhedstilstand.
 Munksgaard 1960.
- Sygehusundersøgelsen i Danmark. Morbiditetsundersøgelsen af 1950. Udgivet af komiteen til undersøgelse af den danske befolknings sundhedstilstand.
 Munksgaard 1958.
- Trier, E.: Om værdien af helbreds kontrol hos voksne. Resultater fra hygiejnekomiteens forsøg 1945-48.
 Ugeskr. Læg. 1950: 112: 1.
- Westergård, Kaj: Sygefravær og dagpengeerstatning. En analyse af Københavns kommunes sygefraværstatistik.
 Socialforskningsinstituttet. Form. D 2701.
- Williams, Lady: Big battalions of qualified women occupy the lower rungs of every profession.
 Lancet 1966, 12/11: 1067.
- Work lost through sickness.
 Office of Health Economics. London 1965.
- Yllner, Sven (red.): Arbetsvetenskap. Informationskonferens anordnad av Forskningsrådets nämnd för arbetsvetenskap.
 Statens institut för folkhälsan. Wenner-Gren center, Svenska symposier 4. P. A. Nordstedt & Söner Förlag 1965. Stockholm.
- Åstrand, Irma: Kartläggning av husmoderarbete i hemmet.
 Läkartidningen 1966, 63: 3672-3680.
- Åstrand, Irma: Aerobic Work Capacity in Men and Woman with special reference to Age (diss.). Acta Physiologica Scand. vol. 49, supplement 169. Stockholm 1960.

