HS 90

HÄLSO- OCH SJUKVÅRD INFÖR 90 TALET

Ohälsa och vårdutnyttjande

Ur KB:s samlingar
Digitaliserad år 2013

KUNGL. BIBLIOTEKET
National Library of Sweden

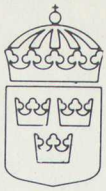
SOU
1981:2

HS 90

HÄLSO- OCH SJUKVÅRD INFÖR 90 TALET

Ohälsa och vårdutnyttjande

SOU
1981:2



Statens offentliga utredningar
1981:2
Socialdepartementet

Ohälsa och vårdutnyttjande

Hälso- och sjukvård inför 90-talet (Hs 90)
Stockholm 1981

Omslag Jan Bohman
Jernström Offsettryck AB

ISBN 91-38-05901-0
ISSN 0375-250X

Gotab, Kungälv 1981

Förord

Hälso- och sjukvården svarar för betydande delar av samhällsekonomin. Hälso- och sjukvårdens vidgade ansvar för befolkningens hälsa, möjligheterna att aktivt påverka orsaker till ohälsa samt kravet på samhällsekonomiska och sysselsättningspolitiska avvägningar har ökat behovet av en samlad planering för hälso- och sjukvården.

Denna kunskapsöversikt avseende Ohälsa och vårdutnyttjande utgör en underlagsstudie inom ramen för ett projekt om "Hälso- och sjukvård inför 90-talet" (HS 90), som genomförs inom socialdepartementets sjukvårdsdelegation. Kunskapsöversikten är avsedd att bl. a. ge underlag för sjukvårdshuvudmännens framtida planering.

HS 90-arbetet leds av en styrgrupp, som för närvarande har följande sammansättning: statssekreteraren Åke Pettersson, ordförande, (ersättare expeditionschefen Bengt Söderqvist) och generaldirektören Barbro Westerholm (ersättare avdelningschefen Sven Alsén) samt landstingsrådet Solveig Agnevik, landstingsledamoten Ruth Kärnek och landstingsrådet Bertil Göransson (ersättare landstingsledamoten Carl-Johan Ihrfors och landstingsrådet Evert Eriksson).

Som experter ingår andre förbundsordföranden Margareta Svensson, Svenska kommunalarbetareförbundet, f. förbundsordföranden Gerd Zetterström-Lagervall, Svenska hälso- och sjukvårdens tjänstemannaförbund, docenten Olle Westerborn, Sveriges läkarförbund, förbundsdirektören Rune Carlsson, landstingsförbundet, direktören Thorsten Thor, Spri, sakkunnige Björn Tibell, socialdepartementet samt avdelningschefen Gunnar Wennström, socialstyrelsen.

Utredningsarbetet bedrivs inom socialstyrelsen. Det leds av avdelningschefen Gunnar Wennström och byråchefen Göran Dahlgren.

I denna kunskapsöversikt redovisas resultaten av fyra studier, inom vilka man utifrån olika hälso- och sjukvårdsdata försöker belysa både ohälsans och vårdens omfattning och fördelning inom befolkningen.

Den första studien innehåller en redogörelse av vissa funktionsnedsättningar i befolkningen samt av sjukskrivningar och dödlighet. För denna studie svarar byråchefen Göran Dahlgren, socialstyrelsen, sekr. Mari Ann Regen, Stockholm, och byrådirektören Curt-Lennart Spetz, socialstyrelsen.

Den andra studien behandlar behov av hälso- och sjukvård inom befolkningen samt faktorer som påverkar benägenheten att efterfråga hälso- och sjukvård. Den har utförts av Göran Dahlgren och byrådirektören Liisa Ehrnström, socialstyrelsen.

I den tredje studien redovisas ett försök att relatera utbudet av hälso- och sjukvårdens resurser till bl a vårdutnyttjande. Avsnittet är hämtat från en förstudie inom projektet "Studier över sjukvårdskonsumtion" som genomförts under ledning av en grupp med företrädare för socialstyrelsen och socialmedicinska institutionen vid universitetet i Uppsala. Huvudförfattare till avsnittet "Sjukvårdsresurser och vårdutnyttjande – med tonvikt på somatisk korttidsvård" har varit byrådirektören Gunnar Holmberg och till "Allmän psykiatri" byråchefen Olle Östman, socialstyrelsen.

I den avslutande fjärde studien beskrivs i diagnosrelaterade termer sjukdomspanoramat i första hand såsom det avspeglas i vårdutnyttjande. För detta arbete svarar Göran Dahlgren och Curt-Lennart Spetz, socialstyrelsen samt för fördjupningsstudien om cancer professorn Jerzy Einhorn (bilaga 1).

Deluppsatserna är självständiga arbeten. Författarna ansvarar därmed själva för innehållet. Detta innebär att de uppfattningar, som framförs i rapporten, inte i alla delar behöver överensstämma med styrgruppens uppfattning. En publicering är dock enligt styrgruppen ett viktigt led i diskussionen om inriktningen av den framtida hälso- och sjukvården.

Stockholm den 30 oktober 1980

Åke Pettersson
Ordförande i styrgruppen för HS 90

Underlagsstudier

Denna publikation ingår bland de rapporter, som framtagits inom ramen för den första etappen av projektet *"Hälso- och sjukvård inför 90-talet"* (HS 90-projektet). Dessa s. k. underlagsstudier är:

Hälsorisker – en kunskapssammanställning (SOU 1981:1)

- Miljön och hälsoprocessen (Lennart Rinder)
- Arbetsmiljö – ohälsa (Anders Englund)
- Arbetslöshet – ohälsa (Urban Janlert)
- Psyko-social miljö och hälsa (Lennart Levi)
- Alkohol – ohälsa (Jakob Lindberg, Gunnar Ågren, Eva Bergström)
- Tobak – ohälsa (Paul Nordgren)
- Kost, motion och hälsa (Ingrid Lindvall) samt
- Hälsoupplysning (Nils Östby)

Ohälsa och vårdutnyttjande (SOU 1981:2)

- Allmänna hälsoindikatorer (Göran Dahlgren, Mari Ann Regen, Curt-Lennart Spetz)
- Vårdbehov och vårdefterfrågan (Göran Dahlgren, Liisa Ehrnström)
- Vårdresurser och vårdutnyttjande (Gunnar Holmberg, Olle Östman) samt
- Sjukdomspanorama (Göran Dahlgren, Curt-Lennart Spetz, Jerzy Einhorn /avsnittet om cancer/)

Hälso- och sjukvård i internationellt perspektiv (SOU 1981:3)

- Svensk sjukvård i internationellt perspektiv (Björn Smedby)
- Hälso- och sjukvårdsplanering – några internationella jämförelser (Göran Dahlgren, Göran Härne, Johan Millin) samt
- Primärvård – en internationell utblick (Göran Dahlgren

Vidare redovisas följande rapporter i fyra sekretariatspromemorior.

- Planerad och faktisk utveckling (Bengt Larsson)
- Sammanställning och analys av aktuella utredningar (Einar Fredriksson, Christer Lindmark, Marianne Rambro)
- Personalförsörjning och utbildning (Christer Lindmark, Gunnar Wennström) samt
- Demografiska och socio-ekonomiska förhållanden inom befolkningen (Curt-Lennart Spetz)

Inom ramen för HS 90-projektets första etapp har slutligen följande skrifter utgivits i serien "Socialstyrelsen redovisar":

- Sjukdomsbegreppet i ett socialantropologiskt perspektiv (Lisbeth Sachs) samt
- Sjukfrånvaron i Sverige (Mari Ann Regen)

Samtliga dessa rapporter publiceras i respektive författares namn.

En *sammanfattning av det hittillsvarande arbetet* inom HS 90 *samt riktlinjer för det fortsatta arbetet* redovisas i skriften

Hälso- och sjukvård inför 90-talet – utgångspunkter och riktlinjer för det fortsatta arbetet (SOU 1981:4)

Innehåll

Inledning 13

Sammanfattning 17

Allmänna hälsoindikatorer

1 *Funktionsnedsättningar* 33
1.1 Rörelseförmåga 33
1.2 Syn 36
1.3 Hörsel 37
1.4 Psykiska besvär 39
1.5 Sammanfattande kommentar 40

2 *Sjukskrivning* 41
2.1 Sjukskrivningen – en bild av hälsoförhållanden inom befolkningen? 41
2.1.1 Ett helhetsperspektiv 41
2.1.2 Tolkning av sjukskrivningsstatistik 41
2.1.3 Sjukskrivning – några begrepp 42
2.2 Total sjukskrivning 42
2.2.1 Sjuktal – riket 42
2.2.2 Regionala variationer 44
2.3 Sjukdomspanorama 44
2.4 Ålder – sjukskrivning 46
2.5 Kön – sjukskrivning 47
2.6 Familjesituation – sjukskrivning 50
2.7 Socio-ekonomiska förhållanden – sjukskrivning 50
2.7.1 Inkomst 50
2.7.2 Socialgrupp 53
2.7.3 Utbildning 53
2.8 Arbetsmiljö – sjukskrivning 54
2.8.1 Fysisk arbetsmiljö 54
2.8.2 Buller 55
2.8.3 Psykosocial miljö 55
2.8.4 Skiftarbete 56
2.8.5 Heltids – deltidsanställda 57
2.9 Sjukskrivning inom olika yrkesgrupper 57

2.10 Sjukskrivning – boendemiljö 57
2.11 Sammanfattande kommentar 58

3 *Dödlighet* 60
3.1 Ålder och kön 60
3.2 Social bakgrund/yrke 65

Referenslista 70

Vårdbehov och vårdefterfrågan

4 *Vårdbehov inom befolkningen* 75
4.1 Tillgodosedda och icke tillgodosedda vårdbehov i Stockholms län 75
4.1.1 Studiens uppläggning 75
4.1.2 Förekomst av icke tillgodosedda vårdbehov 76
4.1.3 Art och svårighetsgrad 76
4.1.4 Vårdbehov i olika socialgrupper 77
4.2 Psykiatriska vårdbehov i Stockholms län 78
4.2.1 Studiens uppläggning 78
4.2.2 Tillgodosedda och icke tillgodosedda psykiatriska vårdbehov 79
4.2.3 Typ av icke tillgodosedda vårdbehov 79
4.2.4 Psykiatriska vårdbehov i olika socialgrupper 79
4.3 Andra studier om psykiatriska vårdbehov 80
4.4 Icke tillgodosedda vårdbehov enligt SCB:s levnadsnivå undersökning 81
4.5 Analyser av icke tillgodosedda vårdbehov i Finland . . . 82
4.6 Sammanfattande kommentar 85

5 *Några faktorer som påverkar vårdefterfrågan* 86
5.1 Vård och omsorg i informella relationer 86
5.1.1 En åldrande befolkning 88
5.1.2 Många ensamboende 89
5.1.3 Flera kvinnor förvärvsarbetar 91
5.1.4 Sammanfattande kommentar 93
5.2 Boendemiljö 94
5.2.1 Institutionalisering 94
5.2.2 Bostadens standard 95
5.2.3 Bostadens yttre miljö 98
5.2.4 Sammanfattande kommentar 99
5.3 Socioekonomisk bakgrund 99
5.3.1 Utbildning 99
5.3.2 Inkomst 103
5.3.3 Regionala variationer 111
5.3.4 Sammanfattande kommentar 111
5.4 Geografiska faktorer 112
5.4.1 Avstånd till närmaste läkare 113
5.4.2 Tätortsgrad 114
5.4.3 Sammanfattande kommentar 118

Referenslista 119

Vårdresurser och vårdutnyttjande

6 *Sjukvårdsresurser och vårdutnyttjande – med tonvikt på somatisk korttidsvård* 123
6.1 Inledning 123
6.2 Sjukvårdens resurser 124
6.3 Sjukvårdsutnyttjande 137
6.4 Sjukvårdsstrukturens effekt på konsumtionen av sluten korttidsvård 142
6.5 Sammanfattande kommentar 152

7 *Allmän psykiatri* 154
7.1 Bakgrund 154
7.2 Resurser 156
7.3 Omfattning och fördelning av psykiatrisk vård 161
7.4 Den slutna vårdens utveckling och fördelning på diagnoser 166
7.5 Skillnader mellan olika sjukvårdshuvudmän 168
7.6 Andra regionala skillnader av betydelse 171
7.7 Sammanfattande kommentar 172

Sjukdomspanorama

8 *Inledning* 179

9 *Infektionssjukdomar och parasitära sjukdomar* 181
9.1 Ohälsoprofil 181
9.2 Sluten sjukvård 182

10 *Tumörer* 183
10.1 Ohälsoprofil 183
10.2 Cancerförekomst 184
10.3 Sluten sjukvård 184
10.4 Dödlighet 186

11 *Endokrina systemets sjukdomar, nutritionsrubbningar och ämnesomsättningssjukdomar* 189
11.1 Ohälsoprofil 189
11.2 Sluten sjukvård 189

12 *Blodbildande organens och blodets sjukdomar* 190
12.1 Ohälsoprofil 190
12.2 Sluten sjukvård 190

13 *Mentala rubbningar* 191
13.1 Ohälsoprofil 191
13.2 Förtidspensionering 192
13.3 Sluten sjukvård 192

14 *Nervsystemets och sinnesorganens sjukdomar* 193
14.1 Ohälsoprofil 193
14.2 SCB:s levnadsnivåundersökning (ULF) 193
14.3 Sluten sjukvård 194

15 *Cirkulationsorganens sjukdomar* 195
15.1 Ohälsoprofil 195
15.2 SOFI:s levnadsnivåundersökning 196
15.3 SCB:s levnadsnivåundersökning (ULF) 197
15.4 Sluten sjukvård 197
15.5 Dödlighet 198

16 *Andningsorganens sjukdomar* 201
16.1 Ohälsoprofil 201
16.2 Sjukskrivning 202
16.3 Sluten sjukvård 202
16.4 Dödlighet 203

17 *Matsmältningsorganens sjukdomar* 204
17.1 Ohälsoprofil 204
17.2 SCB:s levnadsnivåundersökning (ULF) 204
17.3 Sjukskrivning 204
17.4 Sluten sjukvård 205
17.5 Dödlighet 205

18 *Uro-genitalorganens sjukdomar* 206
18.1 Ohälsoprofil 206
18.2 Sluten sjukvård 206

19 *Komplikationer vid graviditet, förlossning och under barnsängstiden* 208
19.1 Ohälsoprofil 208
19.2 Sluten sjukvård 208

20 *Hudens och underhudens sjukdomar* 210
20.1 Ohälsoprofil 210
20.2 Sluten sjukvård 210

21 *Sjukdomar i muskler, skelett och bindväv* 211
21.1 Ohälsoprofil 211
21.2 SCB:s levnadsnivåundersökning (ULF) 212
21.3 Sjukskrivning 212
21.4 Förtidspensionering 212
21.5 Sluten sjukvård 212

22 *Medfödda missbildningar* 213
22.1 Ohälsoprofil 213
22.2 Sluten sjukvård 213

23 *Vissa orsaker till perinatal sjuklighet och dödlighet* 214
23.1 Ohälsoprofil 214
23.2 Sluten sjukvård 214

24 *Symtom och ofullständigt preciserade fall* 215
24.1 Ohälsoprofil 215
24.2 Sluten sjukvård 215

25 *Skador genom yttre våld och förgiftning* 216
25.1 Ohälsoprofil 216
25.2 SCB:s levnadsnivåundersökning (ULF) 217
25.3 Sjukskrivning 217
25.4 Sluten sjukvård 217
25.5 Dödlighet 218

26 *Sjukdomar efter ålder och kön* 220
26.1 Spädbarn 220
26.2 1–14 år 220
26.3 15–24 år 221
26.4 25–44 år 221
26.5 45–64 år 222
26.6 65–74 år 222
26.7 75–84 år 222
26.8 85 år och äldre 223

27 *Utveckling* 224
27.1 Kroppssjukvård 224
27.2 Psykiatrisk vård 229
27.3 Dödsorsaker 230

28 *Läkemedelskonsumtion* 232
28.1 Läkemedelsgrupper 232
28.2 Ålder och kön 233
28.3 Samband mellan försäljning och användning 233
28.4 Socialgrupper 233
28.5 Yrkesgrupper 234
28.6 Hemmafruar 236
28.7 Pensionärer 236

Referenslista 238

Bilagor

Bilaga 1 *Cancer – en fördjupningsstudie av Jerzy Einhorn* 243

Bilaga 2 *Perinatal dödlighet och medfödda missbildningar – en fördjupningsstudie* 251

Bilaga 3 *Yttre orsaker till skador* 258

Bilaga 4 *Dödlighet och dödsorsaker i olika yrkesgrupper och socio-ekonomiska grupper i Finland, Danmark och Norge* 266

Bilaga 5 *Sjukdomar efter ålder och kön* 282

Bilaga 6 *Geografiska jämförelser* 296

Bilaga 7 *Patientstatistik – teknisk beskrivning* 327

Bilaga 8 *Vårdplatser 1977 per 1 000 invånare efter justering för vård enligt avtal/överenskommelse* 331

Bilaga 9 *Utskrivningar och inneliggande patienter inom psykiatrisk vård per sjukvårdsområde* 333

Inledning

Tre perspektiv på hälsa och sjukdom

Det finns ingen allmänt accepterad definition av "hälsa" respektive "sjukdom" som kan tjäna som en entydig indelningsgrund av befolkningen i "friska" och "sjuka".

Beskrivningen av hälsotillståndet varierar med valet av perspektiv. Man kan därvid särskilja tre huvudperspektiv:

En individs egen beskrivning och bedömning av sitt hälsotillstånd. Denna upplevda hälsa/ohälsa utgör en av de viktigaste förklaringsfaktorerna till befolkningens efterfrågan på hälso- sjukvård.

Beskrivningen av upplevt hälsotillstånd har ofta följande karakteristiska:

- är inriktad på symtom som trötthet, smärta eller nedsatt rörelseförmåga
- ger en helhetssyn av individens upplevelse utan definierade gränser mellan medicinska, sociala och psykologiska aspekter
- förmedlar en upplevelse av ett visst sjukdomstillstånd, vilken varierar mellan olika individer och även mellan olika kulturer.

En professionell medicinsk beskrivning av hälso/ohälsa utgår från en ofta naturvetenskapligt baserad bedömning. Karakteristiskt för denna bedömning och den diagnos man på grund av den ställer är bl. a.:

- en inriktning på enskilda organ/organsystem och en strävan att klassificera tillstånd i enlighet med en standardiserad medicinsk terminologi. Denna strävan mot en långtgående uppdelning av individen och nedbrytning av dess funktioner kan beskrivas som en reduktionistisk hälsobeskrivning
- svårigheterna att avgöra vad som är normalt och patologiskt. Detta bidrar till att diagnoserna varierar över tiden och mellan olika läkare. Läkarens erfarenhet och utbildning är viktiga faktorer vid klassificering av olika sjukdomstillstånd i diagnostermer.

En hälsobeskrivning som utgår från sociala aspekter utgör ett tredje huvudperspektiv. Vid en bedömning av sjukdom på sociala kriterier utgör individen och individens sociala och fysiska miljö en enhet. Konsekvenserna av sjukdom och funktionsnedsättning är olika beroende bl. a. på den fysiska miljöns utformning och på de krav och förväntningar som ställs på individen i hennes olika sociala roller i arbetslivet, i familjen osv. Denna koppling mellan individ och miljö aktualiserar behov av insatser även utanför hälso- och

sjukvården, dels för att mildra sjukdomens konsekvenser dels för att förebygga eller minska vård- och omvårdnadsbehov.

De tre olika typerna av hälsobeskrivningar kompletterar varandra. Det är därför ointressant att diskutera i termer av "riktiga – felaktiga"/"objektiva – subjektiva" hälsobeskrivningar. Det är genom att samtidigt belysa problemet från olika perspektiv, som man kan få den önskvärda helhetssynen på hälsoförhållanden, vård och omvårdnad.

Källor för hälsobeskrivningar

Hälsobeskrivningar bör täcka in både medborgarnas upplevda hälsoproblem och det sjukdomspanorama som växer fram ur läkarnas diagnoser. Begränsas perspektivet till den senare gruppen – patienternas ohälsa – utesluter man en nödvändig del av det beslutsunderlag sjukvårdens huvudmän behöver för att ta sitt ansvar för hela befolkningens hälsa. Samtidigt ökar risken att hälso- och sjukvårdsplaneringen fokuseras på sjukvårdsapparaten snarare än ohälsan.

Befolkningens hälsotillstånd kan i Sverige för närvarande belysas främst genom följande källor:

- Låginkomstutredningens levnadsnivåundersökningar 1968 och Institutets för Social Forskning (SOFI) motsvarande undersökning 1974
- Statistiska centralbyråns (SCB:s) levnadsnivåundersökningar (de s. k. ULF-studierna) som periodiskt genomförts sedan mitten av 70-talet samt pensionärsundersökningen 1975
- Sjukförsäkrings- och pensionsförsäkringsstatistiken
- Specialstudier av hälsoförhållanden inom olika befolkningsgrupper samt relativt heltäckande hälsokontroller
- Vissa rikstäckande register som cancerregistret och missbildningsregistret
- Dödlighetsstatistik

SOFI:s och SCB:s levnadsnivåundersökningar liksom vissa specialstudier utgår helt från upplevt hälsotillstånd. De avser befolkningen i yrkesverksam ålder.

Sjukskrivningsstatistiken bygger under de första sju sjukskrivningsdagarna på upplevt – av den enskilde inrapporterat – hälsotillstånd. Vid längre sjukskrivning krävs vanligen läkarintyg, varför sjukskrivningar över sju dagar blir relaterade till professionella medicinska bedömningar, vilket också alltid gäller för förtidspensioneringar. Också sjukförsäkringsstatistiken omfattar endast personer i yrkesverksam ålder.

Dödlighetsstatistiken liksom hälsoregister och många specialstudier av hälsoförhållandena inom en viss befolkningsgrupp och hälsokontroller utgår från medicinskt professionella beskrivningar.

Patienternas hälsotillstånd kan också beskrivas utifrån hälso- och sjukvårdssystemets registreringar av vårdutnyttjandet i öppen och sluten vård. Vårdutnyttjandet uttrycks vanligen i vårdtillfällen och för sluten vård även i vårddagar. Dessa relateras antingen till den organisatoriska nivå/enhet där vården bedrivits eller fördelas på olika diagnoser och diagnosgrupper.

Förutom de ovannämnda källorna kan data om läkemedelsförbrukning ge en bild av hälsoförhållanden.

Rapportens uppläggning

Syftet med underlagsstudien "ohälsa och vårdutnyttjande" är att söka belysa ohälsans och vårdens omfattning och fördelning inom befolkningen.

Redovisningen sker i följande fyra avsnitt:

Allmänna hälsoindikatorer

Detta avsnitt innehåller beskrivningar av funktionsnedsättningar inom befolkningen samt sjukskrivnings- och dödlighetsstatistik.

Vårdbehov och vårdefterfrågan

I detta avsnitt fokuseras intresset på den del av befolkningen som enligt medicinsk praxis har behov av professionell vård. Speciell uppmärksamhet ägnas studier som belyser huruvida de som har behov av vård faktiskt erhåller vård.

Vidare belyses faktorer som påverkar benägenheten att efterfråga vård. Förutom av hälsotillståndet påverkas efterfrågan av en rad faktorer såsom utbildning, inkomst, familjeförhållande samt sjukvårdsutbudets lokalisering. Fakta redovisas om hur dessa icke hälsorelaterade bakgrundsfaktorer kan påverka enskilda individers vårdefterfrågan.

Vårdresurser och vårdutnyttjande

I detta avsnitt redovisas några försök att relatera utbudet av hälso- och sjukvård till bl. a. vårdutnyttjandet.

Sjukdomspanorama

Hälso- och vårddata redovisas i detta avsnitt efter diagnosgrupp. Skillnaden mellan olika åldersgrupper och vissa långsiktiga utvecklingstrender presenteras.

Inom respektive avsnitt redovisas hälsans/ohälsans fördelning med avseende bl. a. på ålder, kön, socioekonomisk bakgrund och bosättningsort.

Rapporten inleds med en sammanfattning. Visst underlagsmaterial till den relativt översiktliga rapporten presenteras i bilagor.

Sammanfattning

Funktionsnedsättningar

SOFI och SCB har genom intervjuer undersökt bl. a. förekomsten av funktionsnedsättningar som nedsatt rörelseförmåga, syn och hörsel hos representativa urval av den vuxna befolkningen. Undersökningarna visar att dessa funktionsnedsättningar förutom till ålder är starkt relaterade till social bakgrund.

1974 var enligt SOFI andelen personer, som inte kunde springa men klarade trappor och kunde gå obehindrat, nio procent i socialgrupp I. Motsvarande andel var i socialgrupp II dubbelt och i socialgrupp III tre gånger så stor. Förekomsten av denna funktionsnedsättning har minskat mellan 1968 och 1974. Mest har den minskat i socialgrupp I.

Enligt SCB kunde 1975 en procent av befolkningen i åldern 15–74 år inte ens med glasögon läsa vanlig text i en dagstidning. Andelen personer med upplevda synbesvär var enligt SOFI 1974 högst i socialgrupp III och lägst i socialgrupp I.

Åtta procent av den vuxna befolkningen uppgav sig 1975 inte ens med hjälp av hörapparat kunna höra vad som sägs i ett samtal mellan flera personer. Enligt SOFI har andelen personer med upplevda hörselnedsättningar ökat under perioden 1968–1974. Klarast är denna ökning i socialgrupp III, som också har den största andelen personer med hörselnedsättningar.

Sjukskrivning

Av riksförsäkringsverkets statistik framgår att cirka 40 procent av befolkningen i förvärvsarbetande åldrar inte har någon sjukskrivningsdag under ett år. Enligt en studie från Stockholms län har hälften av den sjukpenningförsäkrade befolkningen 4 eller färre sjukdagar per år.

Det genomsnittliga antalet sjukdagar per sjukpenningförsäkrad har ökat under perioden 1967–1976. För den övervägande delen av denna ökning svarar de långa sjukfallen på 30 dagar eller mer.

Korttidsfrånvaron är ganska slumpmässigt fördelad inom befolkningen. Statistiska centralbyråns analyser av arbetsförhållanden och sjukfrånvaro visar t. ex. att småbarnsföräldrar inte är mer korttidsfrånvarande än andra och att arbetsmiljön endast tycks ha marginell betydelse för de korta sjukskrivningsperioderna.

Mot denna bakgrund kan bl. a. konstateras att det är utvecklingen och fördelningen av de långa – läkarkontrollerade – sjukfallen som i ett hälsopolitiskt perspektiv är av central betydelse. Speciellt måste därvid uppmärksammas de stora skillnaderna i sjukfrånvaron som finns mellan olika social- och yrkesgrupper.

Det finns ett starkt samband mellan låg inkomst och många sjukdagar respektive sjukfall per år. Inkomsten i sig torde inte förklara detta fenomen, utan olika inkomster torde avspegla olikheter i förhållanden på arbetsplatsen. Analyser bl. a. av SCB vad avser samband mellan sjukskrivning och arbetsförhållanden (1975/76) visade t. ex. cirka tre gånger fler sjukpenningdagar per år bland dem som har arbeten med tunga lyft, ensidiga arbetsrörelser samt olämpliga arbetsställningar och vibrationer än bland dem som inte utsätts för dessa "belastningsfaktorer".

Vidare har de yrkesgrupper som besväras av gas, damm, rök eller dimma avsevärt högre antal sjukpenningdagar jämfört med dem som inte berörs av dessa luftföroreningar. De yrkesgrupper som speciellt drabbas av dessa besvär återfinns inom järn, stål- och metallverken.

Beaktar man den psyko-sociala miljön finns det en tydlig samvariation mellan bl. a. inflytande över det egna arbetet och sjukfrånvaron.

En förbättring av hälsan som leder till minskad sjukskrivning är av statsfinansiell betydelse. En minskning av den genomsnittliga sjukfrånvaron i riket från exempelvis 23 till 22 dagar per år skulle innebära en minskning av sjukpenningbetalningarna på drygt 500 miljoner kr/år.

Dödlighet

Den största förändringen av dödligheten under 1900-talet gäller barnadödligheten. Spädbarnsdödligheten har t. ex. sjunkit från 75 per 1 000 levande födda år 1915 till 7,8 år 1978.

För många åldersgrupper har en tidigare successiv reduktion av dödligheten stagnerat under 1960- och 70-talen. Bland män i åldern 30–49 år har t. o. m. dödligheten ökat under de senaste analyserade åren. Också för kvinnor i några åldersgrupper har den tidigare minskningen i dödlighet i stort sett avstannat. Även om observationstiderna är för korta, för att man skall kunna dra några säkra slutsatser, finns dock anledning att i ett hälsopolitiskt perspektiv uppmärksamma detta trendbrott.

En samvariation mellan dödsrisk och social bakgrund har konstaterats i en rad utländska studier. En genomgående tendens är, att högre socialgrupper har avsevärt mindre dödsrisk i olika åldersgrupper än lägre socialgrupper. I Finland har dödligheten i de yrkesverksamma åldrarna funnits vara högst bland arbetare utan yrkesutbildning. I Danmark är motsvarande dödlighet högre bland arbetare än bland tjänstemän och företagare. I Norge har den högsta dödligheten bland yrkesverksamma konstaterats för yrken med lägst social status. Den svenska dödlighetsstatistiken har hittills ej redovisats med hänsyn till social bakgrund/yrke. Detta är i ett hälsopolitiskt perspektiv en brist som begränsar möjligheterna att identifiera riskgrupper och analysera förändringar över tiden vad avser dödsriskerna inom olika medborgargrupper.

Vårdbehov och vårdefterfrågan

Alla hälsoproblem leder inte till att alla som behöver tar kontakt med hälso- och sjukvården. Många hälsoproblem klarar människorna på egen hand. Andra förblir okända för sjukvårdssystemet därför att man av olika andra anledningar avstår från att söka vård. Resultaten från en del specialstudier visar att sjukvården når bara hälften av dem som enligt medicinsk praxis skulle behöva vård.

En förändring av hälsotillståndet, med en upplevelse av ohälsa, är naturligtvis den primära men inte den enda faktorn som påverkar vårdefterfrågan. Benägenheten att söka vård varierar med individens ålder, kön och utbildning. Vidare har vårdresursernas tillgänglighet och möjligheterna till vård i hemmet betydelse för vårdefterfrågan. Kunskap om dessa faktorer utgör ett viktigt underlag för hälso- och sjukvårdsplaneringen, dels för att undanröja de hinder som kan finnas för vård, dels för prognoser avseende den framtida efterfrågeutvecklingen.

Vårdresursernas tillgänglighet spelar stor roll för vårdefterfrågan. Under gynnsamma förutsättningar – korta avstånd tillräckligt utbud av resurser – söker man vård även om vårdbehovet är mindre allvarligt. När möjligheterna är mindre gynnsamma avhåller man sig från att söka vård tills vårdbehovet upplevs som mycket stort. Resultaten från flera studier visar att när avståndet till närmaste vårdenhet ökar minskar dels andelen i befolkningen som sökt vård dels genomsnittliga antalet läkarbesök per individ. Andra resultat visar att långa avstånd ofta leder till flera intagningar och längre vårdtider i sluten sjukvård.

Skillnaderna i vårdutnyttjande är påtagliga även mellan olika orter och regioner beroende på tätortsgrad och därmed ofta sammanhängande variationer i tillgänglighet. I mer tätbebyggda områden söker man inte bara läkare oftare, utan det är även vanligare, att man har en bestämd läkare att vända sig till och man besöker mera sällan akutmottagningar än befolkningen i glesbygden.

Ett samband mellan högre utbildning och större benägenhet att söka vård är väl dokumenterat genom ett flertal studier. De skillnader mellan olika socioekonomiska grupper ifråga om utnyttjande av hälso- och sjukvårdens tjänster som fortfarande finns torde till stor del förklaras av olikheter i utbildningsbakgrund. Med nuvarande avgifts- och försäkringssystem är vårdmöjligheterna sällan beroende av individens ekonomiska resurser. I fråga om tandvård, där patientavgiften är betydligt högre än för övrig vård, samvarierar dock utnyttjande med inkomsten.

Genom att utbildningsnivån allmänt höjs kommer kraven på hälso- och sjukvård sannolikt att öka. Dock finns det och kommer det att finnas grupper för vilka särskilda insatser krävs för att göra hälso- och sjukvården mera tillgänglig för dem och öka deras benägenhet att söka vård tidigare.

Familjen och andra närstående svarar fortfarande för stor del av vårdinsatserna. Möjligheterna till vård av anhöriga har dock minskat under senaste tiden. Orsaker till detta har varit bl. a. förändringar i befolkningens ålderssammansättning, förvärvsfrekvens och hushållsstruktur.

Andelen äldre i befolkningen har ökat snabbt och de allra äldsta åldersgrupperna har ökat mest. Enligt prognoserna kommer denna utveckling

att fortsätta resten av 1900-talet. Samtidigt som andelen äldre i befolkningen ökar har allt flera kvinnor börjat arbeta utanför hemmen. Deras möjligheter att engagera sig i vården och omsorgen av gamla och sjuka anhöriga har minskat. Antalet förvärvsarbetande kvinnor väntas öka tills kvinnorna inom en tioårsperiod beräknas uppnå samma förvärvsfrekvens som männen.

Hushållen har blivit mindre. Antalet ensamboende har ökat. När familjekretsen blir mindre, minskar samtidigt tillgången på hjälp och stöd. Det gäller både i praktiska frågor och i situationer, då andras kunskaper och erfarenheter kan vara till nytta. Man blir hänvisad till hjälp från andra utanför den egna familjen. Denna utveckling kan väntas fortsätta.

Bostadsstandarden är hög i landet, men äldre och framför allt rörelsehandikappade, som mest behöver en modern och välutrustad bostad, bor i genomsnitt sämre än befolkningen i övrigt. Detta ökar behovet av hjälp av andra, gör hemvårdsarbetet tungt och tidskrävande och sannolikt ökar behovet av institutionell vård.

Möjligheterna att bo kvar i den egna bostaden påverkas även av bostadens yttre miljö, t. ex. fastighetens tillgänglighet, närhet till service av olika slag och sociala kontakter i bostadsområdet.

Vårdresurser och vårdutnyttjande

Det finns betydande skillnader mellan olika sjukvårdsområden när det gäller sjukvårdens innehåll och resursernas omfattning. Som exempel kan nämnas att det totala antalet vårdplatser 1977 varierade mellan 14 och 20 per 1 000 invånare bland i övrigt jämförbara sjukvårdsområden. Inom det psykiatriska vårdområdet finns de största skillnaderna – mellan 2,5 och 5,4 vårdplatser per 1 000 invånare. Även beträffande tillgång på läkare och andra personalgrupper är skillnaderna stora mellan olika sjukvårdsområden. Detsamma gäller kostnaderna för sjukvården som år 1977 varierade mellan 2 600 kr och 3 900 kr per år och invånare.

Ett samarbetsprojekt mellan socialstyrelsen och socialmedicinska institutionen vid universitetet i Uppsala har visat att de stora skillnaderna i resurser för i första hand sluten vård inte motsvaras av direkta skillnader beträffande demografiska eller geografiska förhållanden. Olikheter i antal sjukpenningfall, tumörfrekvens och dödlighet ger enligt studien inte heller rimlig förklaring till uppmärksammade skillnader i vårdutnyttjande.

Studien har vidare visat att jämförelsevis mindre resurser hos en sjukvårdshuvudman inom en vårdform t. ex. somatisk korttidsvårt inte uppvägs av större resurser inom alternativa vårdformer t. ex. långtidsvård. Relationerna mellan resurser för sluten vård och resurser inom distriktsvården eller den primärkommunala sektorn har inte närmare undersökts.

Utvecklingen mot alternativa vårdformer är särskilt påtaglig inom psykiatrin. Där har man också klarast lyckats belysa, att en väl utbyggd öppen vård kan minska behovet av sluten vård och institutionsboende. Mycket tyder på, att intagning till sluten vård i områden med ett stort antal vårdplatser innebär en större risk för långvarig institutionsvård än intagning i områden med litet antal vårdplatser. En sådan form av övervård kan ha negativa konsekvenser såväl ekonomiskt som humanitärt.

Den hittillsvarande utbyggnaden av alternativa vårdformer inom kroppssjukvården har som regel inte skett som en ersättning för traditionell sluten korttidsvård. Det är således ingen nämnvärd skillnad ifråga om den öppna vårdens omfattning mellan de sjukvårdsområden, som har en jämförelsevis stor tillgång på vårdplatser inom korttidsvården och de, som har en lägre vårdplatstillgång.

Oberoende av den totala tillgången på vårdplatser kan en reell över- respektive underkonsumtion av sjukvård förekomma. Av betydelse är här platsernas fördelning mellan olika vårdformer och medicinska verksamhetsområden inom den totala ramen och hur de tillgängliga resurserna används. Variationerna härvidlag är stora.

Befintliga resurser står inte oanvända, utan de utnyttjas. Resultaten blir att sjukvårdshuvudmän med relativt sett stora resurser inom t. ex. psykiatri får en större andel av beolkningen, som bedöms vara i behov av sluten vård inom den psykiatriska vården, än andra jämförbara sjukvårdsområden.

För att möta de sannolikt växande anspråken på hälso- och sjukvården, som bl. a. är en följd av den pågående förskjutningen av befolkningens ålderssammansättning, krävs förmodligen en omfördelning av resurserna mellan vårdområdena. Jämförelser mellan olika sjukvårdsområden tyder på att detta är möjligt.

Sjukdomspanorama

Sjukdomspanoramat kan beskrivas på många olika sätt. Dess utseende kan därvid variera avsevärt beroende på vilka källor som utnyttjas. Detta är en följd av att källorna mäter sjukdomsyttringar, som kan vara avsevärt olika. Dessutom har andra faktorer än själva sjukdomen betydelse för om ohälsan skall bli registrerad.

Diagrammet nedan visar den procentuella fördelningen på de sex vanligaste sjukdomsgrupperna (inklusiva skador) enligt sex olika källor. Den indelning av sjukdomsgrupperna som använts överensstämmer med WHO:s sjukdomsklassifikations 17 huvudgrupper. De sex grupperna svarar enligt samtliga sex källor för tillsammans minst hälften av de registrerade sjukdomarna.

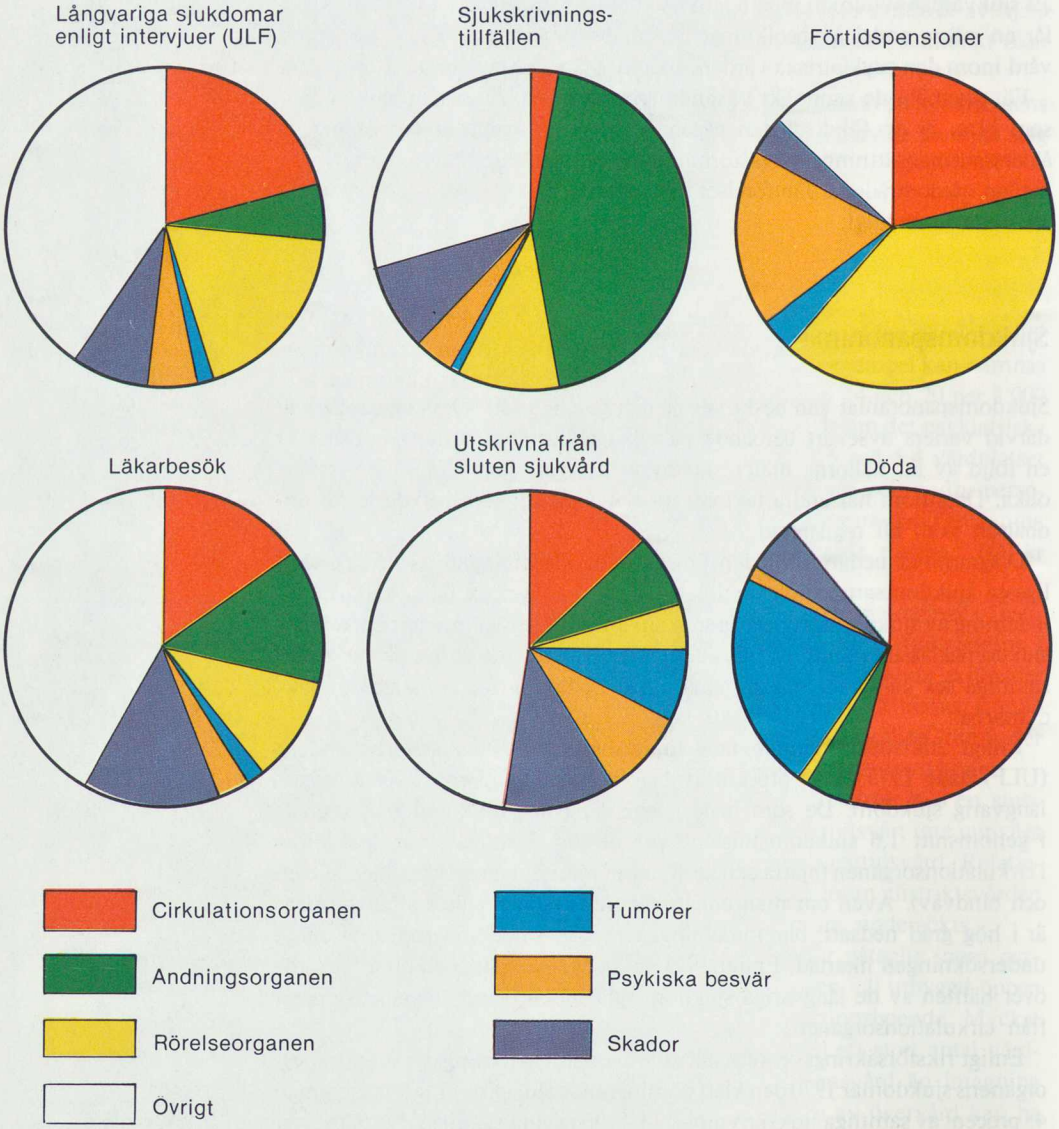
Enligt statistiska centralbyråns undersökning av levnadsförhållandena (ULF) hade 1975 ca 40 procent av befolkningen i åldern 16–74 år någon långvarig sjukdom. De som hade någon långvarig sjukdom rapporterade i genomsnitt 1,6 sjukdomstillstånd per person. Vanligast var sjukdomar i cirkulationsorganen (hjärta och kärl) samt i rörelseorganen (muskler, skelett och bindväv). Även om man enbart ser till personer vilkas arbetsförmåga är i hög grad nedsatt, blir fördelningen mellan sjukdomsgrupperna enligt undersökningen likartad. Enligt 1975 års pensionärsundersökning härrörde över hälften av de långvariga sjukdomstillstånden bland ålderspensionärer från cirkulationsorganen.

Enligt riksförsäkringsverkets statistik över sjukskrivningar var andningsorganens sjukdomar 1970 den klart dominerande sjukskrivningsorsaken med 45 procent av samtliga sjukskrivningsfall. Största antalet sjukskrivningsdagar

orsakade sjukdomar i rörelseorganen. Andra vanliga sjukskrivningsorsaker var sjukdomar i cirkulationsorganen och matsmältningsorganen samt mentala rubbningar och skador. Också för sjukskrivningsfall med en varaktighet av minst sju dagar är andningsorganens sjukdomar den vanligaste sjukskrivningsorsaken. Skillnaden gentemot sjukdomar i rörelseorganen samt skador är dock betydligt mindre än vad som gäller för sjukskrivningsfall oavsett varaktighet.

Mentala rubbningar samt sjukdomar i cirkulationsorganen och i rörelseorganen var enligt riksförsäkringsverkets statistik i mitten av 1970-talet de tre dominerande orsakerna till förtidspensionering.

Diagram 1 Våra vanligaste sjukdomsgrupper.



Enligt en rikstäckande stickprovsundersökning hösten 1978 – hösten 1979 var den vanligaste diagnosen vid läkarbesök sjukdomar i andningsorganen (bortsett från gruppen symtom och ofullständigt preciserade fall). En undersökning från Tierp 1978 (diagram 1) visar att hjärt- och kärlsjukdomar och skador är ungefär lika vanliga orsaker till läkarbesök som andningsorganens sjukdomar.

Om man ser till antalet utskrivna personer från sluten sjukvård är spridningen mellan sjukdomsgrupperna relativt liten. Vanligaste huvudorsaken till vården är sjukdomar i cirkulationsorganen. Denna sjukdomsgrupp får en klarare dominans om man i stället ser till antalet vårddagar.

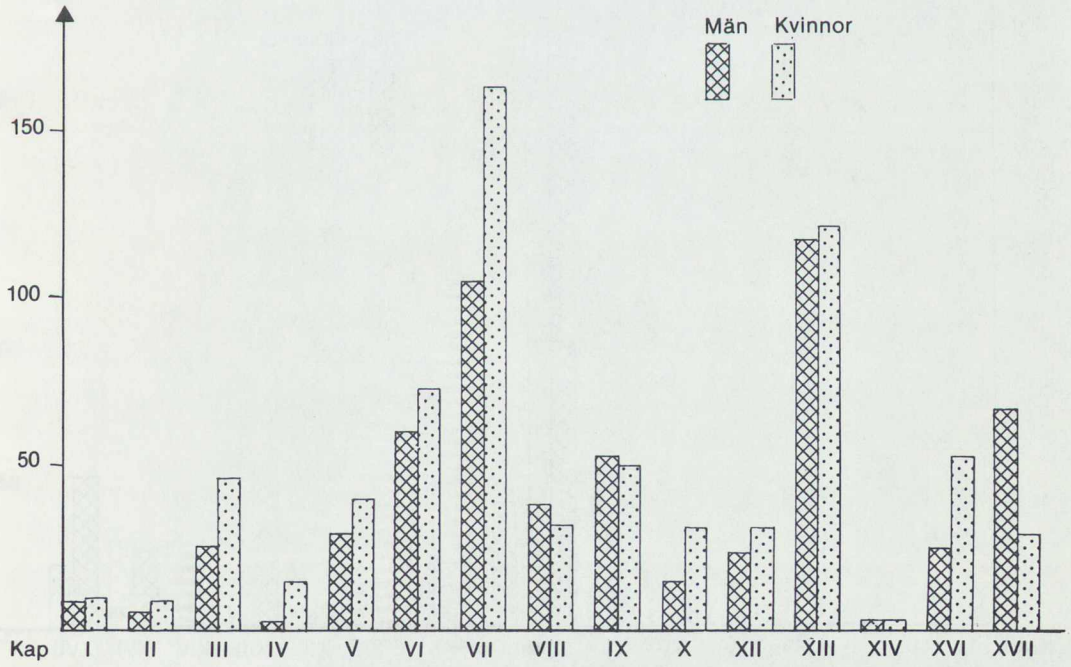
Dödsorsaksstatistiken visar att över hälften av alla dödsfall beror på hjärt- och kärlsjukdomar. Övriga dödsorsaker med hög frekvens är tumörer och skador.

Enligt Apoteksbolagets försäljningsstatistik är de vanligaste läkemedelsgrupperna hjärt- och kärlmedel och diuretika samt medel mot psykiska rubbningar och organiska nervsjukdomar.

Kön och ålder

Enligt ULF är långvariga sjukdomar vanligare bland kvinnor än bland män. Dessutom uppger kvinnor i genomsnitt flera olika sjukdomstillstånd än män. Andelen kvinnor som uppgivit sig lida av långvariga sjukdomar i cirkulationsorganen är omkring 50 procent högre än motsvarande andel män. Särskilt stor är skillnaden för högt blodtryck. Bland män är sjukdomar i rörelseorganen något vanligare än cirkulationsorganens sjukdomar.

Diagram 2 Långvariga sjukdomar per 1 000 personer i åldern 16–74 år 1975.

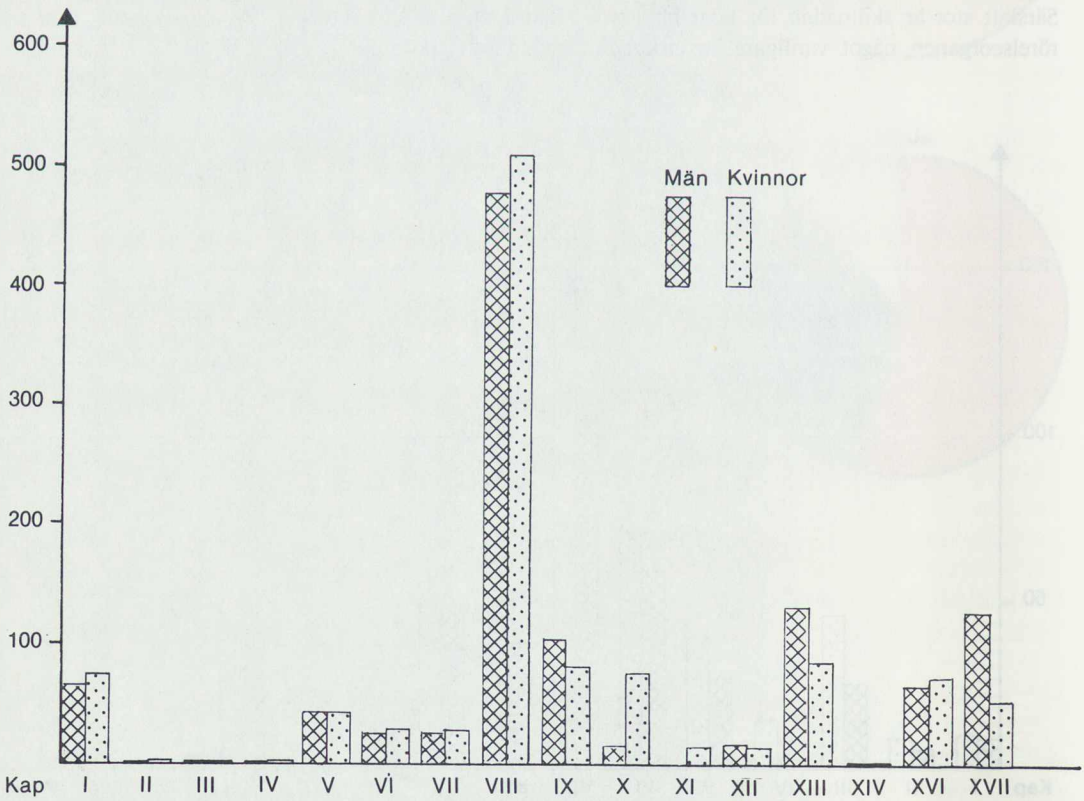


Förklaring till diagram 2

I Infektionssjukdomar och parasitära sjukdomar
II Tumörer
III Endokrina systemets sjukdomar, nutritionsrubbningar och ämnesomsättningssjukdomar
IV Blodbildande organens och blodets sjukdomar
V Mentala rubbningar
VI Nervsystemets och sinnesorganens sjukdomar
VII Cirkulationsorganens sjukdomar
VIII Andningsorganens sjukdomar
IX Matsmältningsorganens sjukdomar
X Uro-genitalorganens sjukdomar
XI Komplikationer vid graviditet, förlossning m. m.
XII Hudens och underhudens sjukdomar
XIII Sjukdomar i muskler, skelett och bindväv
XIV Medfödda missbildningar
XV Vissa orsaker till perinatal sjuklighet och dödlighet
XVI Symtom och ofullständigt preciserade fall
XVII Skador genom yttre våld och förgiftning

Bland personer i åldrarna 16–54 år är långvariga sjukdomar i muskler, skelett och bindväv vanligast, medan hjärt- och kärlsjukdomar har en relativt låg förekomst upp till 45-årslåldern. Vanliga sjukdomsgrupper i den yngre delen av den vuxna befolkningen är också nervsystemets och sinnesorganens samt andningsorganens sjukdomar liksom skador.

Diagram 3 Sjukskrivningsfall per 1 000 försäkrade 1970.



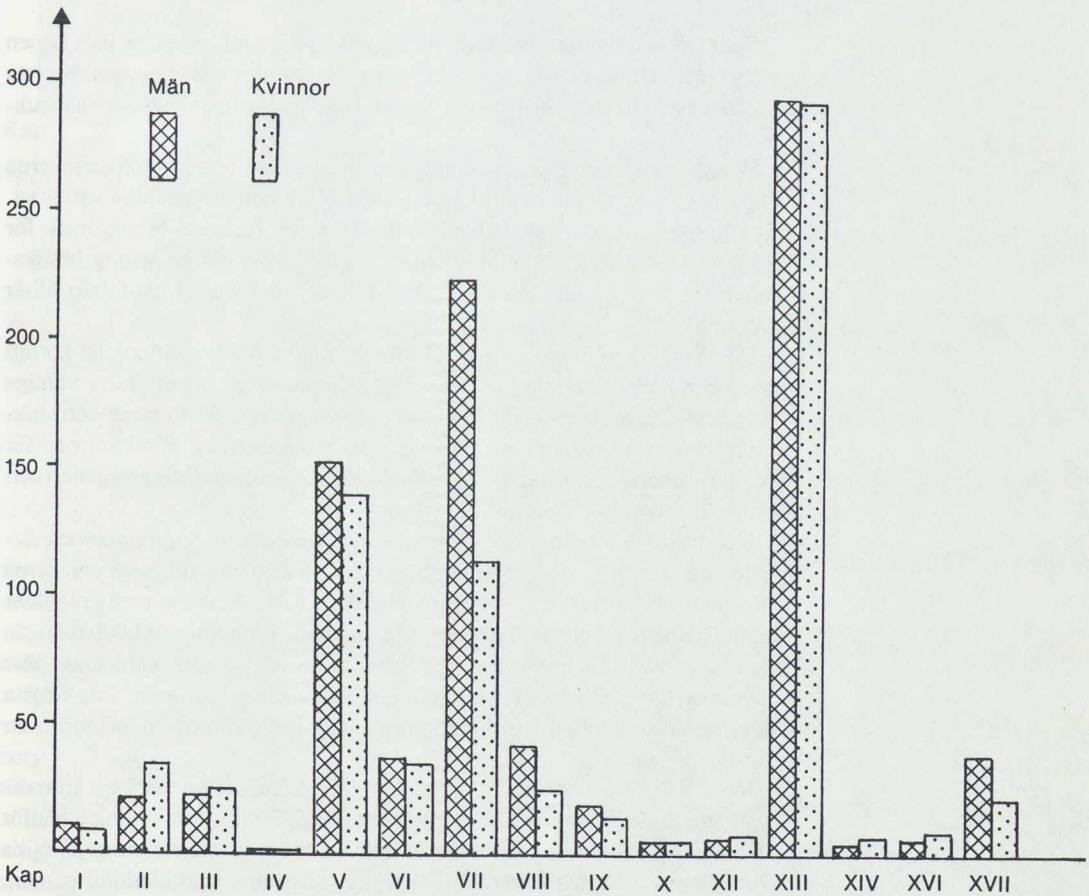
Enligt pensionärsundersökningen är sjukdomar i cirkulationsorganen den vanligaste sjukdomsgruppen bland ålderspensionärer från 60 år och uppåt. Förekomsten ökar med stigande ålder. Andra vanliga sjukdomsgrupper bland de äldre är sjukdomar i rörelseorganen samt ögonsjukdomar.

Enligt sjukskrivningsstatistiken är skador samt sjukdomar i rörelseorganen och i matsmältningsorganen vanligare bland män medan kvinnor något oftare är sjukskrivna på grund av sjukdomar i andningsorganen. Om man också ser till sjukskrivningstiden slår även cirkulationsorganens sjukdomar hårdare mot män än mot kvinnor.

Skillnaden mellan män och kvinnor vad avser orsaker till förtidspensionering är störst för cirkulationsorganens sjukdomar. Männen är klart överrepresenterade inom denna pensioneringsorsak. Den sjukdomsgrupp som relativt sett drabbas hårdast i yngre år är mentala rubbningar.

Antalet nybeviljade förtidspensioner har i stort sett fördubblats under perioden 1966–76. Bland de tre vanligaste pensioneringsanledningarna har rörelseorganens sjukdomar ökat mer än genomsnittet och mentala rubbningar mindre medan hjärt- och kärlsjukdomarna i stort sett följt den genomsnittliga förändringen.

Diagram 4 Nybeviljade förtidspensioner per 100 000 invånare 1976.



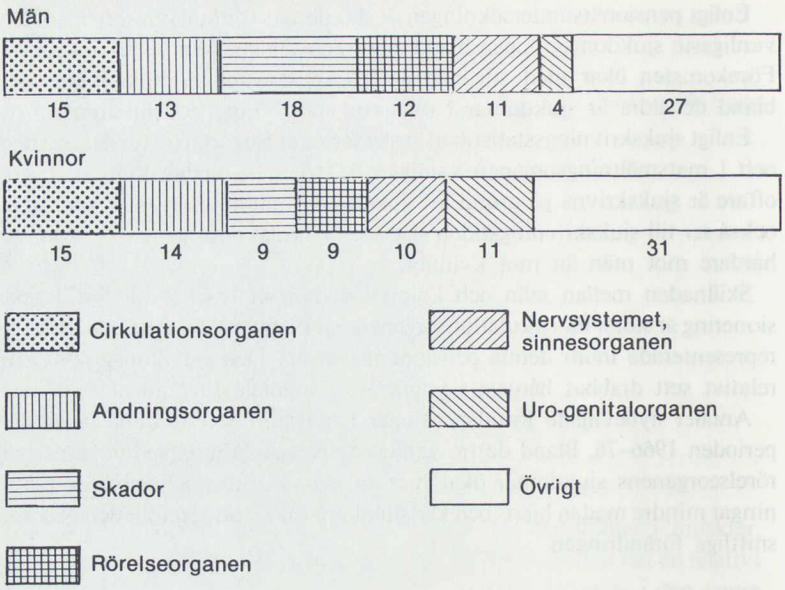


Diagram 5 Orsaker till läkarbesök, Tierp 1978. Procentuell fördelning.

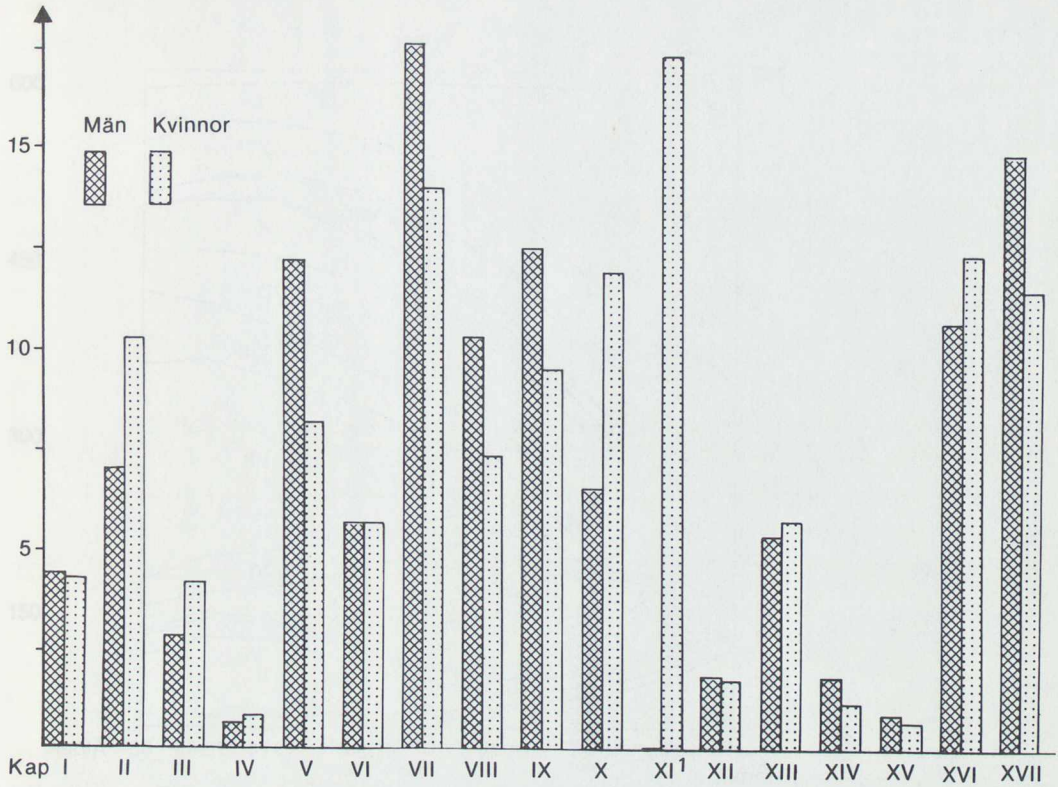
Bland de vanligaste orsakerna till läkarbesök är skillnaden mellan könen störst beträffande skador. Dessa är betydligt vanligare bland män. Största överrepresentationen för kvinnor finner man hos uro-genitalorganens sjukdomar.

Skador och sjukdomar i andningsorganen är de vanligaste besöksorsakerna i åldern 0–44 år. Bland barn i åldern 0–14 år är öronsjukdomar allra vanligast. Sjukdomar i muskler, skelett och bindväv är en frekvent besöksorsak för åldrarna 15–64 år. Cirkulationsorganens sjukdomar blir en vanlig besöksanledning fr. o. m. åldersgruppen 45–64 år och dominerar klart från 65 år och uppåt.

Den vanligaste anledningen till sluten sjukvård för kvinnor är komplikationer i samband med graviditet och förlossning. Bland andra vanliga sjukdomsgrupper finns en kvinnlig överrepresentation för tumörer och sjukdomar i uro-genitalorganen. Manlig överrepresentation förekommer för mentala rubbningar, sjukdomar i cirkulationsorganen, andningsorganen och matsmältningsorganen samt för skador.

Bland barn är infektionssjukdomar, andningsorganens sjukdomar och särskilda orsaker till perinatal sjukdom (endast spädbarn) vanligaste orsakerna till sluten vård. I åldern 15–44 år är komplikationer i samband med graviditet m. m. bland kvinnor och skador och mentala rubbningar bland män de vanligaste vårdanledningarna. Tumörernas betydelse som vårdorsak ökar i den yngre medelåldern för kvinnor och något senare för män. I de högsta åldrarna är sjukdomar i cirkulationsorganen helt dominerande inom den slutna vården.

Inom den slutna vården har andelen vårdade män ökat starkare än motsvarande andel kvinnor under perioden 1965–77. Denna skillnad hänför sig i stort sett till åldrarna 45–84 år och beror i hög utsträckning på olika utvecklingar beträffande vård föranledd av sjukdomar i cirkulationsorganen.



[1] Exklusive normala förlossningar

Diagram 6 Utskrivna personer per 1 000 invånare 1977.

En allmän överdödlighet för män förekommer i alla åldersgrupper. Den gäller för samtliga dödsorsaker av större omfattning och är allra störst i åldrarna kring 20 år. Den dominerande dödsorsaken, cirkulationsorganens sjukdomar, drabbar framför allt äldre människor. Detta är mest uttalat för kvinnor. Skador är en vanligare dödsorsak bland unga än i befolkningen som helhet. De drabbar framför allt unga män. Tumörer är den vanligaste dödsorsaken hos yngre kvinnor.

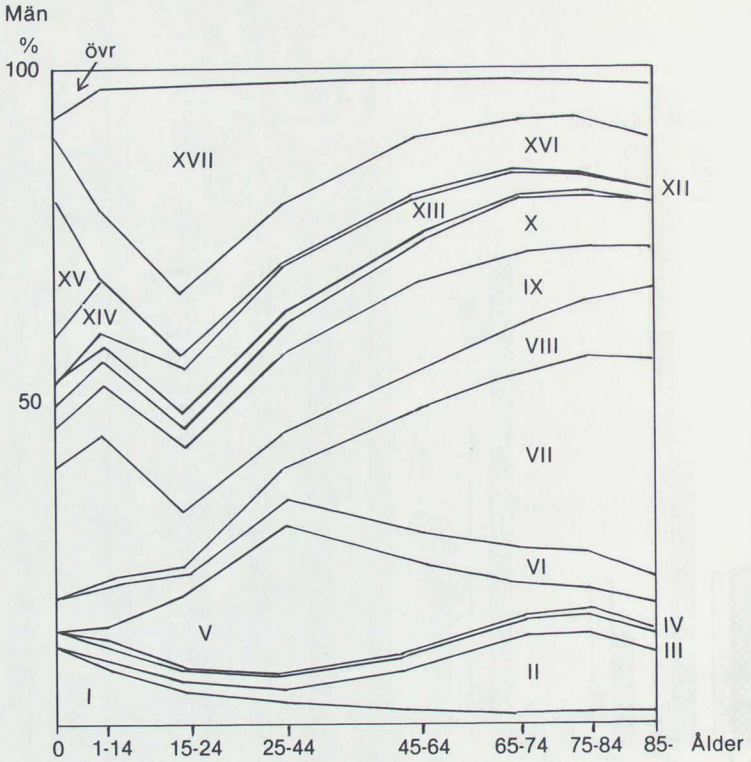
De helt dominerande dödsorsakerna bland spädbarn är medfödda missbildningar och "vissa orsaker till perinatal dödlighet".

Under perioden 1969–77 har dödligheten i cirkulationsorganens sjukdomar minskat bland kvinnor i åldern 65 år och äldre. En annan tendens är att dödligheten i tumörer bland män över 65 år ökar.

Som framgått ovan är förekomsten av olika sjukdomar enligt tillgängliga källor ofta olika hos män och kvinnor.

Kvinnor uppger i intervju-undersökningar oftare än män att de har långvariga sjukdomar i cirkulationsorganen. Däremot orsakar sådana sjukdomar betydligt fler sjukskrivningar bland män. De är också oftare orsak till förtidspensioneringar, till sluten sjukvård och till dödsfall bland män.

Kvinnor uppger också oftare än män att de har långvariga mentala rubbningar. Däremot förekommer mentala rubbningar oftare som orsak till sluten sjukvård bland män än bland kvinnor.



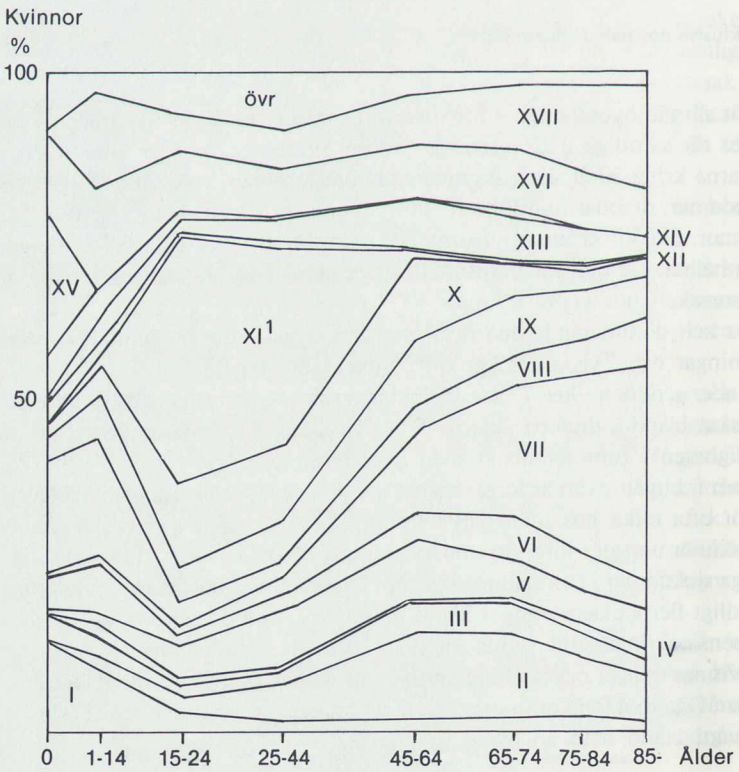


Diagram 7 Utskrivna personer i olika åldrar 1977. Procentuell fördelning.

[1] Exklusive normala förlossningar

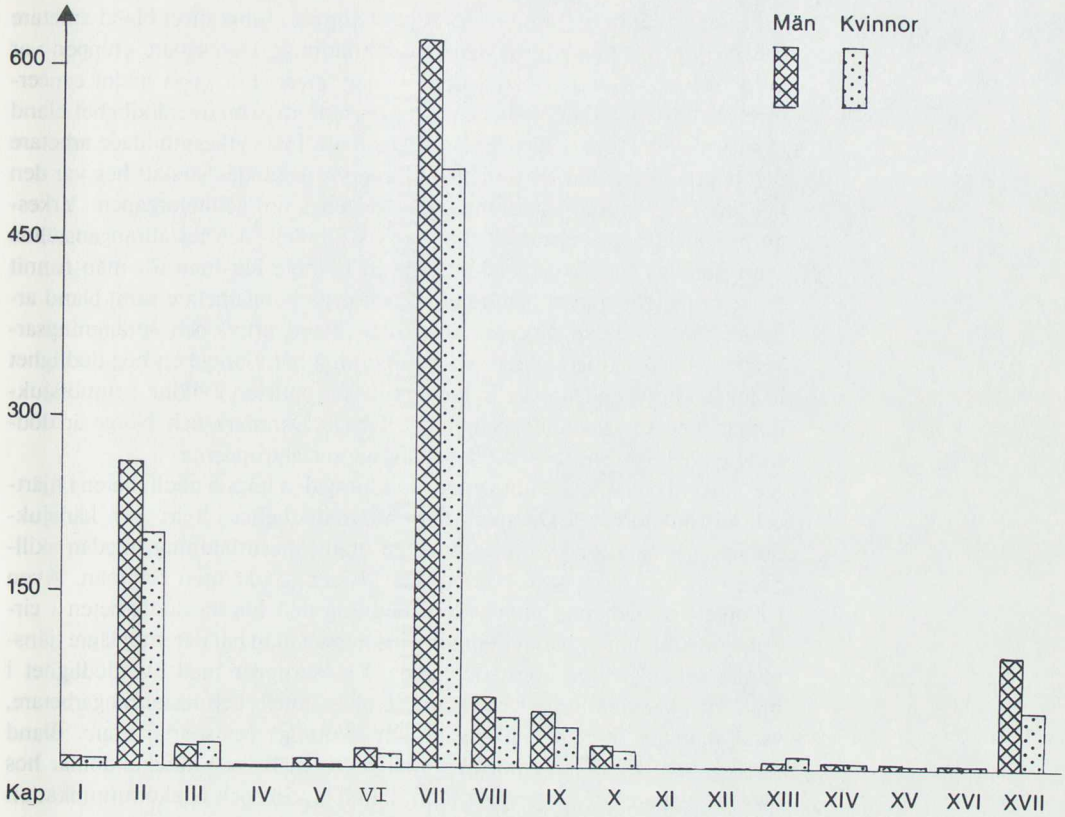


Diagram 8 Döda per 100 000 invånare 1977.

Tumörer är liksom sjukdomar i uro-genitalorganen enligt alla i denna studie utnyttjade källor vanligare bland kvinnor än bland män – utom enligt dödsorsaksstatistiken.

Sjukdomar i rörelseorganen förekommer något oftare bland kvinnor än bland män enligt undersökningarna om levnadsförhållanden och enligt statistiken från sluten sjukvård. Däremot orsakar sjukdomsgruppen betydligt fler sjukdagar bland män. Endokrina sjukdomar m. m. samt symtom och ofullständigt preciserade fall är genomgående vanligast bland kvinnor.

Inom den slutna sjukvården är skillnaden mellan män och kvinnor relativt stor för alla de större sjukdomsgrupperna. För dödsorsakerna slår den manliga överdödligheten igenom för alla de mer vanliga sjukdomsgrupperna.

Socioekonomiska grupper

Som tidigare nämnts är vissa funktionsnedsättningar som nedsatt rörelseförmåga samt syn- och hörselnedsättningar vanligare i lägre socialgrupper. Även t. ex. cirkulationsbesvär och vissa psykiska besvär har visats förekomma oftare i lägre socialgrupper.

Dödligheten i olika socioekonomiska grupper har undersökts i Norge, Danmark och Finland.

I Finland har man funnit en förhöjd dödlighet i lungcancer bland arbetare och särskilt manliga arbetar utan yrkesutbildning. Den senare gruppen var även överrepresenterad bland döda i magcancer. För vissa andra cancerformer – i tarm, bröstkörtel och prostata – fann man en överdödlighet bland akademiker och högre tjänstemän. I Danmark hade yrkesutbildade arbetare den högsta cancerdödligheten bland förvärvsarbetande. Särskilt hög var den hos män för cancer i andningsorganen och i uro-genitalorganen. Yrkesgrupper med hög cancerdödlighet har vissa hotell- och restauranganställda samt manliga bagare och slaktare. Även i Norge har man för män funnit en hög cancerdödlighet bland hotell- och restaurangarbetare samt bland arbetare inom kemisk processindustri och bland gruv- och sprängningsarbetare. Manliga arbetare utan yrkesutbildning har i Norge en hög dödlighet i lungcancer. Bland norska kvinnor minskar andelen avlidna i tumörsjukdomar med minskande social status. I både Danmark och Norge är dödligheten i bröstcancer störst i de högsta socialgrupperna.

I Finland har arbetare utan yrkesutbildning den högsta dödligheten i hjärt- och kärlsjukdomar. I Danmark har en överdödlighet i hjärt- och kärlsjukdomar påvisats för kvinnliga arbetare utan yrkesutbildning, medan skillnaden mellan olika socioekonomiska klasser där är liten för män. Även i Norge visar arbetare utan yrkesutbildning den högsta dödligheten i cirkulationssjukdomar bland kvinnor. Hos norska män har däremot lägre tjänstemän och likställda högst dödlighet. Yrkesgrupper med överdödlighet i hjärt- och kärlsjukdomar är i Danmark bl. a. hotell- och restaurangarbetare, samt manliga sjömän och bagare och kvinnliga transportarbetare. Bland norska män har man funnit hög dödlighet i hjärt- och kärlsjukdomar hos bl. a. konstnärer, olika grupper inom handel, post- och telekommunikation samt hotell- och restauranganställda.

Hög dödlighet i motor-, fall- och drunkningsolyckor samt i självmord har manliga arbetare utan yrkesutbildning i Finland. I Danmark har motsvarande grupp män en överdödlighet för hela gruppen skador och särskilt för motorfordonsolyckor. För kvinnor noteras i Danmark en hög självmordsfrekvens bland företagare. I Norge har såväl kvinnliga som manliga arbetare utan yrkesutbildning en förhöjd dödlighet i skador. Särskilt höga dödsrisker i skador har i både Norge och Danmark konstaterats för manliga sjömän, fiskare och hotell- och restauranganställda (i Danmark även för kvinnliga hotell- och restauranganställda).

Allmänna hälsoindikatorer

Av Göran Dahlgren, Curt-Lennart Spetz, Mari Ann Regen

1 Funktionsnedsättningar

Funktionsnedsättningar inom totalbefolkningen vad avser rörelseförmåga, syn och hörsel finns redovisade i Institutets för social forskning (SOFI) och statistiska centralbyråns (SCB) levnadsnivåundersökningar. Vidare finns vissa specialundersökningar som omfattar hela befolkningen i Stockholms län. I detta kapitel ges en kortfattad sammanfattning av dessa studier, som således inte är begränsade till de personer som sökt medicinsk vård (blivit patienter) utan speglar hälsoförhållanden inom totalbefolkningar.

1.1 Rörelseförmåga

Inom åldersgruppen 16–74 år var 1975 enligt SCB 6 procent, motsvarande cirka 400 000 personer, rörelsehindrade i den bemärkelsen att de varken kan springa kortare sträckor eller kliva på en buss obehindrat och/eller ta en kortare promenad i rask takt.

Av dessa rörelsehindrade använder en tredjedel hjälpmedel vid förflyttning utomhus, och knappt 20 procent hjälpmedel även vid förflyttning inomhus. 5 procent är beroende av hjälp av annan person vid förflyttning inomhus (1).

Ålder

Andelen rörelsehindrade ökar med stigande ålder och utgör i åldersgruppen 65–74 år drygt 25 procent (2).

Kön

Kvinnorna är något oftare rörelsehindrade än männen, vilket delvis kan bero på den större andelen äldre bland kvinnorna (1).

Regionala variationer

Andelen personer med rörelsehinder inom samtliga åldersklasser (16–44, 45–64, 65–74 år) är högre i mellersta och övre Norrland än i övriga Sverige (3).

Den högsta respektive lägsta andelen (antal per 1 000 personer) med rörelsehinder finns i:

Västernorrlands län	100
Gävleborgs län	82
Malmö kommun	38
Hallands län	27

I SOFI:s levnadsnivåundersökning 1974 (4) är andelen kraftigt rörelsehindrade i Västernorrland och Gävleborg avsevärt större än i riket i sin helhet. Dessa regionala skillnader reduceras dock betydligt om man jämför med jämnåriga inom samma yrkesgrupper i övriga landet.

Kommuner med hög genomsnittsålder bland befolkningen har procentuellt fler med rörelsehinder än övriga kommuner. Dessa kommuner har således både en hög andel äldre och en hög andel rörelsehindrade äldre.

Beaktar man kommunernas ekonomiska resurser före skatteutjämning kan konstateras, att kommuner med lågt skatteunderlag (max 175 skattekronor per invånare) har den högsta andelen personer med rörelsehinder. Detta gäller såväl totalt som inom åldersgrupperna 45–64 respektive 65–74 år.

Socialgrupp

Förekomsten av nedsatt rörelseförmåga är starkt relaterad till individens sociala bakgrund.

I SOFI:s levnadsnivåundersökning 1974, där nedsatt rörelseförmåga innebär att man "inte kan springa men klarar trappor och kan gå obehindrat" framkom följande skillnader mellan socialgrupperna.

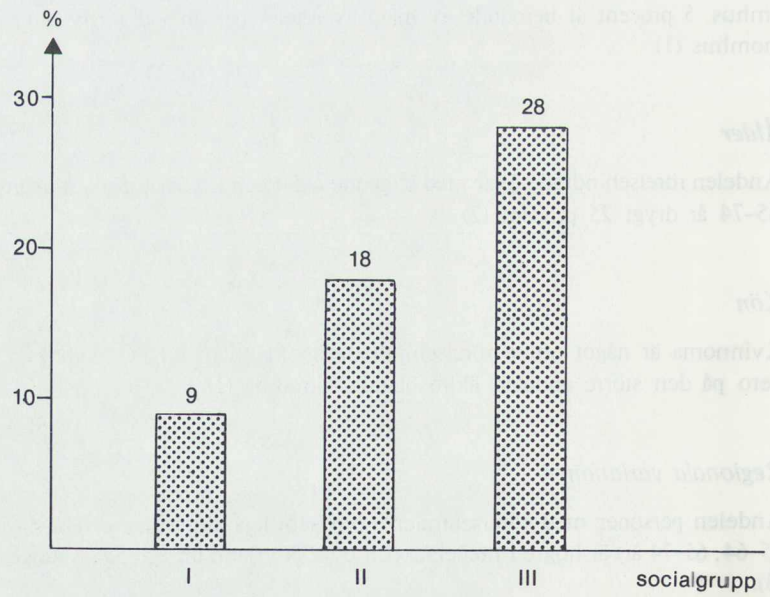


Diagram 1.1 Andel med nedsatt rörelseförmåga i olika socialgrupper 1974.

SOFI:s levnadsnivåundersökningar gör det också möjligt att bedöma förändringar mellan åren 1968 och 1974.

Härav framgår att andelen med nedsatt rörelseförmåga minskat inom samtliga socialgrupper mellan 1968 och 1974. Den största minskningen skedde inom socialgrupp I. Detta innebär en tendens mot ökande skillnader mellan socialgrupperna.

Bland pensionärerna har många nedsatt rörelseförmåga. De är därför av speciellt intresse att studera också vad avser fördelningen mellan socialgrupper.

SOFI:s undersökning (1974) visar att andelen med nedsatt rörelseförmåga bland pensionärer (i studien ingår ej personer över 75 års ålder) i socialgrupp I var drygt 35 procent. Motsvarande andel för pensionärer i socialgrupp III var drygt 75 procent.

Även inom pensionärsgrupperna har andelen med nedsatt rörelseförmåga minskat mellan 1968 och 1974. Inom socialgrupp I och II minskade andelen därvid avsevärt mer (8 resp 13 procent) är inom socialgrupp III (2 procent). Även bland pensionärerna ökade således skillnaderna mellan socialgrupperna, vad avser andel med nedsatt rörelseförmåga (4).

Yrke

Produktions- och distributionsanställda, vilket i stort sett motsvarar socialgrupp III, i åldern 45–64 år har enligt SCB:s levnadsnivåundersökning en större andel rörelsehindrade än kontorister, assistenter, ingenjörer, specialister m. fl. (2).

En specialbearbetning av SOFI:s levnadsnivådata 1974 för Stockholms län visar att andelen med nedsatt rörelseförmåga bland förvärvsarbetande i socialgrupp I (företagsledare, offentligt anställda, högre tjänstemän m. fl.) var 7 procent. För förvärvsarbetande i socialgrupp II (småföretagare, förmän, tekniker, kontorspersonal och offentligt anställda lägre tjänstemän) var motsvarande andel drygt 11 procent. Inom gruppen förvärvsarbetande i socialgrupp III (tillverkningsarbetare, privatanställda servicearbetare, kommunalarbetare, statligt anställda arbetare) var andelen med nedsatt rörelseförmåga drygt 17 procent.

Andelen med rörelsehinder i Stockholms län har minskat bland förvärvsarbetande i alla socialgrupper under perioden 1968–74. Den största minskningen återfinns i socialgrupp I. Förändringarna är dock inte signifikanta. Minskningstakten bland olika yrkesgrupper i socialgrupp III är vidare mycket olika. Inom gruppen tillverkningsarbetare med sin stora andel rörelsehindrade är minskningen marginell, medan en statistiskt säkerställd minskning kan konstateras för kommunalarbetarna i länet. En minskning av andelen 55–75-åringar bland kommunalarbetarna mellan 1968 och 1974 i undersökningsgrupperna kan ha påverkat minskningen av andelen med rörelsehinder bland kommunalarbetarna.

Jämför man dessa utvecklingstrender med rikstal finner man i riket ingen signifikant minskning för kommunalarbetarna. Däremot föreligger i riket signifikanta minskningar av andelen med rörelsehinder i gruppen företagsledare och fria yrken (–11,0 procent) samt för socialgrupp I i sin helhet (–5,0 procent).

Vidare har signifikanta minskningar av andelen rörelsehindrade framkommit för tillverkningsarbetare (–4,0 procent) och anställda inom servicenäringar (–6,0 procent) (4).

Etnisk bakgrund

Utländska medborgare i åldern 45–64 år har dubbelt så hög andel personer med rörelsehinder som svenska medborgare i samma åldersgrupp. Motsvarande skillnad finns ej i åldersgruppen 16–44 år (2).

1.2 Syn

Synbesvär inom totalbefolkningen

Andelen med synbesvär i åldersgruppen 15–74 år, dvs. personer som uppger att de ej ens med glasögon kan läsa vanlig text i en dagstidning, var 1975 enligt ULF-studien 1 procent (1).

I en omfattande medicinsk undersökning, representativ för totalbefolkningen i Stockholms län av M. Hauffman, redovisas följande resultat:

Knappt hälften av befolkningen (18–65 år) i Stockholms län har normal synskärpa, dvs. kan se fullt tillfredsställande utan glasögon. 86 procent har normal korrigerad synskärpa, dvs. kan se fullt tillfredsställande (inklusive dem som ser normalt med hjälp av glasögon). Omkring 15 procent av befolkningen har även vid optimal korrektion synnedsättning. Hälften av dessa kan funktionellt betecknas som betydelselösa. Synhandikapp som innebär en påtaglig inskränkning av individens vardagliga aktiviteter finns hos en procent av befolkningen i länet. Betydande synhandikapp/blindhet kan påvisas hos en promille (5).

Regionala variationer

Andelen som uppger att de har nedsatt syn är enligt SCB högre i storstäder än i glesbygden (3).

Socialgrupp

Den högsta andelen personer med upplevda synbesvär finns enligt SOFI:s undersökning för 1974 inom socialgrupp III (knappt 10 procent) och den lägsta inom socialgrupp I (knappt 5 procent).

Mellan 1968 och 1974 tycks andelen med synbesvär ha minskat något inom socialgrupp I, medan den ökat inom socialgrupp II (signifikant) och III. Skillnaderna mellan socialgrupp I och II/III, vad avser andel personer med upplevda synbesvär, tycks således öka.

Skillnaderna mellan socialgrupperna är större bland pensionärerna än inom den vuxna befolkningen i sin helhet. I riket hade (1974) 9 procent av pensionärerna i socialgrupp I synbesvär, medan motsvarande andel för pensionärer i socialgrupp II och III var 21 respektive 20 procent.

Skillnaden mellan socialgrupperna, vad avser andelen personer med synnedsättningar, har också redovisats i den tidigare nämnda specialstudien av Hauffman. Enligt denna forskningsrapport har 3 procent av männen i socialgrupp I i Stockholms län synnedsättningar, som är märkbara för individen. Motsvarande andel för män i socialgrupp III anges vara 20 procent.

I samma studie konstateras att försämringen av befolkningens synskärpa i åldersklassen 46–85 år går snabbare för personer inom socialgrupp III än för dem som tillhör socialgrupp I. Samma förhållande konstaterades också i 1968 års låginkomstutredning för åldersgruppen 55–75 år (4).

Yrke

Andelen med synbesvär inom olika yrkesgrupper (1974) är lägst för typiska socialgrupp I yrken (företagsledare, fria yrken, högre tjänstemän m. fl.) och högst inom socialgrupp III yrken (tillverkningsarbetare och statligt anställda arbetare) (4).

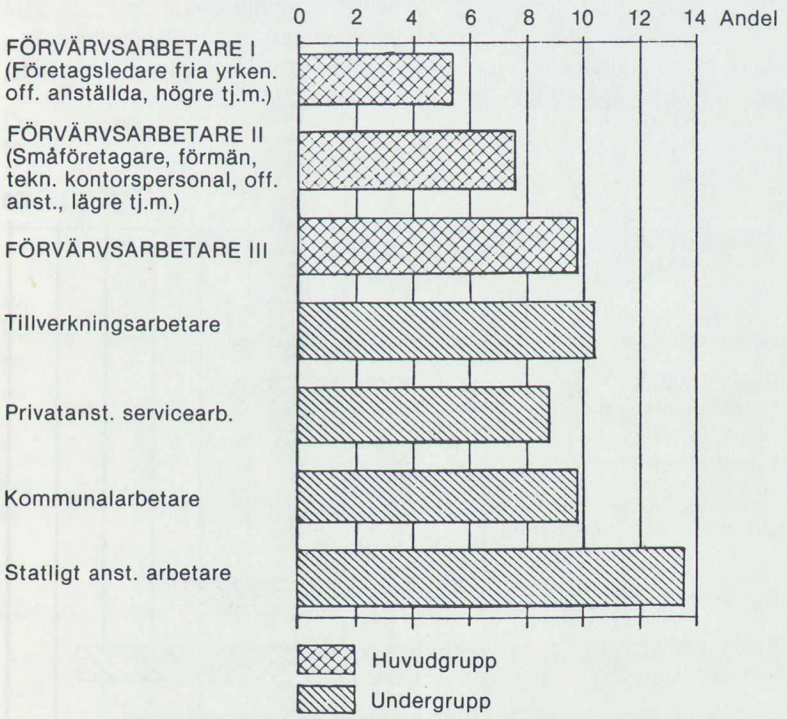


Diagram 1.2 Andel med synbesvär i olika yrkesgrupper i riket 1974.

1.3 Hörsel

Hörselnedsättningar inom totalbefolkningen

Enligt SCB:s levnadsnivåundersökning (1975) uppger 8 procent av befolkningen (450 000 individer) i åldern 15–74 år att de har hörselnedsättning, varmed menas att de även om de använder hörapparat inte kan höra vad som sägs i ett samtal mellan flera personer (1).

Socialgrupp

Enligt SOFI:s undersökning för 1974 har 13 procent under senaste året lidit av hörselnedsättning.

Socialgrupp III har en högre andel med hörselnedsättning (15 procent) än socialgrupp I (9 procent) och II (10 procent).

Under perioden 1968 till 1974 har i riket andelen personer, som uppger sig har hörselnedsättningar, ökat med 1,6 procent vilket är en statistisk signifikant skillnad. Ser man på ökningen inom respektive socialgrupp är ökningen endast statistiskt signifikant i socialgrupp III, där andelen med hörselnedsättningar ökat med 2,2 procent.

Bland pensionärerna är andelarna med hörselnedsättningar inom olika socialgrupper ungefär lika stora (31–33 procent) (4).

Yrke

Hörselnedsättningar varierar starkt med yrkestillhörighet.

Under perioden 1968 och 1974 har andelen personer med hörselnedsättningar ökat signifikant för vissa yrkesgrupper inom socialgrupp III (anställda inom tillverkningsarbeten och kommunalanställda).

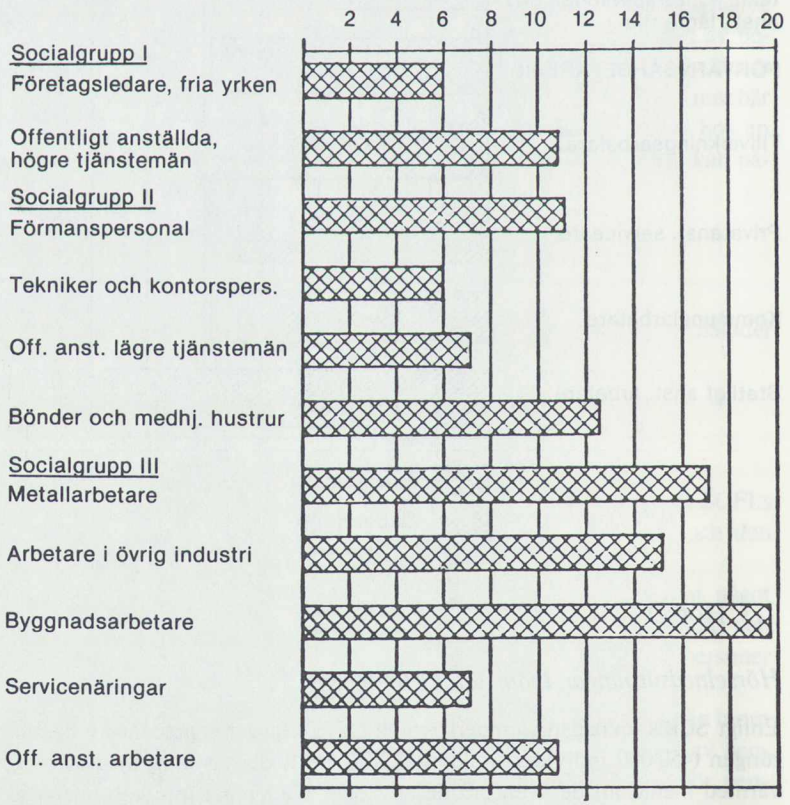


Diagram 1.3 Andel med hörselnedsättningar i olika yrkesgrupper i riket 1974.

Samtidigt kan konstateras en icke signifikant minskning av andelen med hörselnedsättningar för företagsledare och personer i fria yrken inom socialgrupp I. Även vad avser andelen personer med hörselnedsättningar tycks således skillnaderna öka mellan socialgrupperna (4).

1.4 Psykiska besvär

Psykiska besvär i totalbefolkningen

Resultat från lekmannaintervjuer, där upplevda psykiska besvär hos de intervjuade registreras, är givetvis ett mycket osäkert underlag för att bedöma omfattningen och inriktningen av den psykiska ohälsan inom befolkningen. De stora problem som föreligger när det gäller att avgränsa vad som är "friskt" och "sjukt" i avseende på psykiska besvär är en annan osäkerhetsfaktor.

I låginkomstutredningen 1968 uppskattades omfattningen av några psykiska besvär hos befolkningen i riket (15–75 år) enligt följande:

Besvär	Andel %
Depression, djup nedstämdhet	4
Sömnbesvär	10
Nervösa besvär	21
Allmän trötthet	31

Sömnbesvären har studerats i socialstyrelsens miljöinventering SOMI (6) som uppskattar att ungefär 20 procent av den vuxna befolkningen i Stockholms län har problem med sömnen minst några gånger per månad. Sex procent har uppgett att de har sömnproblem varje natt och fem procent att de har problem nästan varje natt.

I SOMI-undersökningen frågades också om orsakerna till sömnbesvären. Två tredjedelar angav, att orsaken till sömnproblemen var värk, stress och bekymmer. Trafikbuller och dåligt ljudisolerade hus uppgavs som orsak till sömnbesvären av en sjundedel i den aktuella gruppen.

Socialgrupp och psykiska besvär

Andelen personer inom olika socialgrupper som uppgivit någon form av nedsatt psykiskt välbefinnande i SOFI:s undersökning 1974 är cirka 22 procent i socialgrupp I, omkring 26 procent i socialgrupp II och cirka 34 procent i socialgrupp III.

Nervösa besvär svarar enligt denna undersökning för två tredjedelar av samtliga psykiska besvär. I socialgrupp I har drygt tio procent uppgett att de har nervösa besvär, medan motsvarande andel inom socialgrupp III är drygt 20 procent.

Motsvarande stark överrepresentation för individer som tillhör socialgrupp III finns även för sömnbesvär. Sömnbesvär är dubbelt så vanligt i socialgrupp III som i socialgrupp II.

"Depressioner" utgör den tredje undergruppen av nedsatt psykiskt välbefinnande som studerats i SOFI:s undersökning 1974. Andelen personer med depressioner var enligt denna studie många gånger större inom socialgrupp III än i socialgrupp I och II.

Studerar man förändringar under perioden 1968 till 1974 framkommer en statistiskt signifikant minskning i riket av andelen personer med nedsatt psykiskt välbefinnande i socialgrupp II.

Inga signifikanta skillnader fanns för förändringar i de övriga socialgrupperna. Andelen personer med nedsatt psykiskt välbefinnande tenderar dock att minska i socialgrupp I. I socialgrupp III ökade denna andel, vilket således innebär en tendens till ökande skillnader mellan de olika socialgruppernas "psykiska hälsa" (4).

I Socialstyrelsens miljöinventering (6) uppskattades – med hänsyn till disponibel hushållsinkomst – andelen med sömnbesvär i Stockholms län i början av 1970-talet. Den högsta andelen (12 procent) med sömnproblem minst en gång/vecka återfanns hos dem med den lägsta inkomsten (1 251–2 500 kr/månad).

En jämförelse mellan hemmafruar i hela riket i olika socialgrupper (baserad på SOFI:s levnadsnivåundersökning 1974) visar, att andelen personer som under de senaste 12 månaderna haft nedsatt psykiskt välbefinnande var dubbelt så hög i socialgrupp III som i socialgrupp I.

Under perioden 1968 till 1974 ökade dessa skillnader genom att andelen hemmafruar med psykiska problem inom socialgrupp I och II minskat, samtidigt som denna andel ökat i socialgrupp III.

Också bland pensionärer är andelen med psykiska problem större i socialgrupp III än i övriga socialgrupper.

1.5 Sammanfattande kommentar

Hur många som uppger sig ha en viss typ av funktionsnedsättning beror i hög grad av hur frågan ställs. Det kan därför vara svårt att tolka den faktiska nivån vad avser en viss typ av funktionsnedsättning. Dessutom är det mycket svårt att jämföra resultat från olika hälsoundersökningar. Denna begränsning vidlåter inte jämförelser över tiden eller mellan olika befolkningsgrupper inom samma studie.

För samtliga ovan redovisade typer av funktionsnedsättningar gäller, att de i hög grad samvarierar med social bakgrund och yrke. Socialgrupp III och yrken relaterade till socialgrupp III har därvid en avsevärt högre andel med olika funktionsnedsättningar än socialgrupp I och II. Även om den allmänna tendensen är att ovan redovisade funktionsnedsättningar minskar inom befolkningen, tycks samtidigt skillnaderna öka mellan socialgrupperna.

Fördjupade och mer omfattande analyser av ovan redovisat slag pågår inom såväl SCB, SOFI som SPRI. Det framstår som mycket väsentligt att också dessa resultat utnyttjas i det fortsatta HS-90 arbetet bl a som underlag för inriktningen av individ- och samhällsinriktade förebyggande verksamheter.

2 Sjukskrivning[1]

2.1 Sjukskrivningen – en bild av hälsoförhållanden inom befolkningen?

2.1.1 *Ett helhetsperspektiv*

Uppgifter om sjukskrivning utgör en viktig informationskälla för beskrivning och analys av hälsotillståndet för de förvärvsarbetande eller hemarbetande i åldrarna över 16 år.

Varje år registreras i Sverige drygt 100 miljoner sjukskrivningsdagar. Sex procent av dessa utgörs av vårddagar i sluten vård.

Om man i stället ser till antalet sjukfall kan konstateras att det totala antalet sjukfall 1976 var cirka sju miljoner. Av dessa var drygt 30 procent (motsvarande nära 90 procent av samtliga sjukskrivningsdagar) kontrollerade av läkare. Drygt sex procent av samtliga sjukfall var inlagda på sjukhus.

Sjukskrivningsstatistikens betydelse är framför allt att den ger information om sjukdomsfall, som ej återfinns i hälso- och sjukvårdens slutenvårdsstatistik.

Riksförsäkringsverkets sjukförsäkringsstatistik borde mot denna bakgrund vara en självklar källa för information om omfattning, inriktning och förändringar i folkhälsan.

I dag fyller den inte denna funktion varken nationellt, regionalt eller lokalt. Orsakerna härför är att statistiken är svårtolkad samt att man alltför sällan försökt bearbeta den närmare.

Syftet med detta avsnitt är att redovisa de försök som trots allt gjorts att utnyttja sjukskrivningsstatistiken för att belysa orsaker till och fördelning av hälsa och ohälsa inom olika befolkningsgrupper.

2.1.2 *Tolkning av sjukskrivningsstatistik*

Sjukskrivningsstatistiken speglar, vad avser korttidsfrånvaron, den enskildes bedömning av behovet av att vara sjukskriven.

I den offentliga debatten antyds ofta att "sociala skäl" snarare än ohälsa ofta är en orsak till sjukskrivning. I SCB:s studie av sjukfrånvaron (7) har man studerat frånvaron för dem som varit anställda på samma arbetsplats i ett år eller mer (ca 75 procent av samtliga förvärvsarbetande). För denna grupp förvärvsarbetande har man bedömt att frånvaron av andra skäl än ohälsa är låg. Huvudskälet till denna bedömning är, att av de i genomsnitt 18,3 sjukfrånvarodagar per år som man registrerat i denna undersökning,

[1] Avsnittet om sjukskrivning bygger i huvudsak på en underlagsrapport som sammställts av sekreteraren Mari Ann Regen för HS-90 projektets räkning.

svarar frånvaron i korttidsfall endast för 3,1 dagar. Denna omfattning av korttidsfrånvaron "förefaller rimlig med hänsyn till tillfälliga hälsobrister p. g. a. förkylningar, infektioner, menstruationsbesvär, migrän, enklare olycksfall etc. Något missbruk av sjukförsäkringen i nämnvärd omfattning tycks således inte föreligga".

Underutnyttjande av möjligheterna till sjukskrivning är ett inte lika omdiskuterat men från hälsosynpunkt väl så viktigt problem. Omfattningen av underutnyttjandet – dvs. att man ej sjukskriver sig trots att man av hälsoskäl borde göra det – är ej känd. Vissa specialstudier av grupper som har avsevärt mindre korttidssjukskrivning än genomsnittet antyder, att det inom denna kategori kan finnas speciella riskgrupper som exempelvis personer med hjärtsjukdomar, magsår och neuroser (8).

För sjukfrånvaro över sju dagar krävs läkarintyg. Den sjukfrånvaro som sker på basis av läkarintyg borde inte i högre grad än korttidsfrånvaron präglas av missbruk. Även här bör man således kunna konstatera att sjukfrånvaron i stora drag speglar sjukligheten inom befolkningen.

Läkarnas diagnoser på sjukfrånvarointygen har ofta bl. a. av läkarna själva betecknats som missvisande. Orsaken till detta är bl. a. att läkaren skulle ersätta socialt belastade diagnoser, t. ex. alkoholmissbruk med neutralare diagnoser, t. ex. ryggbesvär.

Omfattningen av medvetet missvisande diagnoser är ej känd. Det förefaller dock rimligt att utgå från att huvuddelen av diagnoserna enligt läkarintygen avser åkommor som patienten enligt läkarnas uppfattning lider av. Specialstudier, (9) har visat på en god överensstämmelse mellan de diagnoser som redovisas i sjukförsäkringsstatistiken och resultat från andra från försäkringen fristående läkarundersökningar.

2.1.3 *Sjukskrivning – några begrepp*

Riksförsäkringsverkets sjukförsäkringsregister utgör en viktig informationskälla för beskrivning och analys av upplevt hälsotillstånd inom befolkningen.

Sjukpenningsförsäkrade är alla bosatta i Sverige som fyllt 16 år och har en sjukpenningsgrundande inkomst på minst 4 500 kr eller är så kallad hemmamake (nära 60 procent av befolkningen).

De mått som används inom sjukskrivningsstatistiken är:

- *Sjuktal* som anger antalet ersatta sjukdagar per sjukpenningförsäkrad och år
- *Sjukfallsfrekvens* som anger genomsnittligt antal avslutade sjukfall per 100 sjukpenningsförsäkrade och år
- *Varaktighetstal* som anger genomsnittligt antal ersatta sjukdagar per avslutat sjukfall under året.

2.2 Total sjukskrivning

2.2.1 *Sjuktal – riket*

Sjuktalet – dvs. antalet sjukdagar per sjukpenningförsäkrad – har under perioden 1920–1970 kontinuerligt ökat. (10) Under senare delen av 1970-talet har denna stegring tills vidare avstannat.

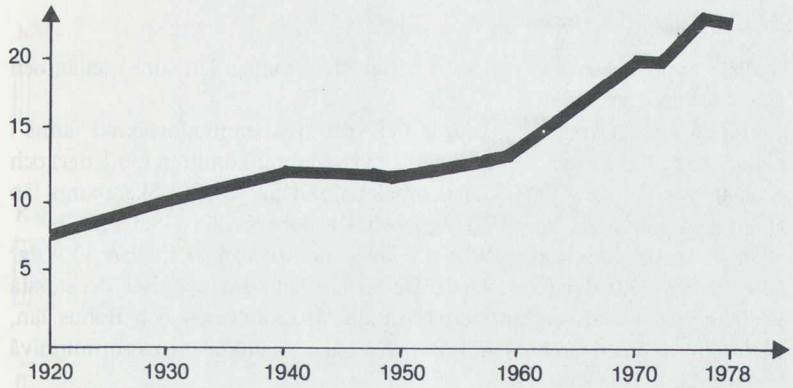


Diagram 2.1 Sjukdagar per sjukpenningsförsäkrad.

De successiva reformerna av socialförsäkringen förklarar till en del denna förändring. Sjukförsäkringen blev obligatorisk 1955. Fr. o. m. 1967 tillämpas i regel endast en karensdag vid sjukskrivning. Samtidigt har ersättningsnivån höjts vilket skapat ekonomisk trygghet vid sjukfrånvaro. Detta torde förklara en del av ökningen mellan 1966 och 1968. Dessa förbättringar av sjukförsäkringen beräknades leda till en ökning av sjuktalet från 15 till ungefär 20 sjukpenningdagar per försäkrad och år. Denna nivå nåddes i verkligheten inte förrän 1973/74.

I den offentliga debatten redovisas ofta ett genomsnittligt sjuktal utan närmare kommentarer. Detta leder till att de ofta ges en felaktig tolkning: "folk brukar vara sjukskrivna över 20 dagar om året". Denna tolkning föder i sin tur ofta intensiva diskussioner om missbruk respektive inte missbruk av i första hand korttidssjukskrivningarna.

Debatten skulle sannolikt få en delvis annan karaktär om man i stället för ett grovt medelvärde utgick från den faktiska fördelningen av sjukperioder och sjukdagar inom befolkningen.

Följande uppgifter är av speciellt intresse.

- En stor del (1976:39 procent) av alla sjukpenningförsäkrade har inte haft någon sjukpenningdag registrerad under året. Ser man enbart på dem som förvärvsarbetade och tar hänsyn till dem med pågående sjukfall över årsskiftet måste procenttalet räknas ned med ett par procentenheter. Totalt får man då att ca en tredjedel, av de förvärvsarbetande inte varit sjukskriven en enda dag under året. Detta tyder på goda hälsoförhållanden för vissa grupper av förvärvsarbetande eller åtminstone på låg benägenhet att sjukskriva sig.
- Medianvärdet var i Stockholms län 1974 cirka 4 frånvarodagar dvs. hälften av den sjukpenningförsäkrade befolkningen hade en sjukfrånvaro per år som var 4 dagar eller mindre.
- Det i jämförelse med medianvärdet höga medelvärdet på 23 sjukskrivningsdagar per år förklaras av de långa sjukfallen. Den del av befolkningen (en procent) som haft en sjukskrivningsperiod över 180 dagar svarar för 35 procent av samtliga sjukdagar.
- De långa sjukfallen på 30 dagar och mer svarar för den övervägande delen av ökningen i sjuktalen under perioden 1967–1976 (11).

2.2.2 *Regionala variationer*

Sjukskrivningen varierar mycket kraftigt såväl mellan län som mellan och inom kommuner (12).

Högsta antalet ersatta sjukdagar 1977 per sjukpenningförsäkrad fanns i storstäderna Göteborgs kommun (30,2 dgr), Malmö kommun (30,1 dgr) och Stockholms län (26,2 dgr). Lägsta antalet sjukdagar fanns i Skaraborgs län (17,1 dgr), Gotlands län (19,0 dgr) och Kronobergs län (19,3 dgr).

Inom kommunerna i Stockholms län varierar *sjuktalet* mellan 13,9 dgr (Ekerö) och 32,0 dgr (Södertälje). De övriga län som uppvisar de största skillnaderna mellan kommunernas sjuktal är Göteborgs- och Bohus län, Malmöhus län och Örebro län. I dessa län varierar sjuktalet på kommunnivå mellan 13,0 och 30,5.

I riksförsäkringsverkets analys av de kommunala variationerna konstateras bl. a. att det genomsnittliga sjuktalet är ganska konstant för kommuner med upp till 50 000 invånare. För större kommuner är sjuktalet högre. Det finns dock även mycket små kommuner med högt sjuktal, t. ex. Ljusnarsberg i Örebro län (30,5) och Sorsele i Västerbottens län (28,1).

Sjukskrivningsvariationerna inom de större kommunerna är dock också stora. Uppgifter om den ersatta sjukfrånvarons variationer bör därför brytas ned på försäkringskassornas lokalkontorsområden för att ge en nyanserad bild av geografiska variationer.

Den genomsnittliga *sjukfallsfrekvensen* för hela landet är 145 sjukfall per 100 försäkrade. De högsta sjukfallsfrekvenserna för kommuner återfinns i Botkyrka (208), Sundbyberg (202), Haninge (198), Huddinge (197) och Södertälje (195).

Det är uppenbart att kommunernas socioekonomiska karaktär måste tillmätas en avgörande betydelse när man skall tolka dessa variationer mellan kommuner i sjuktal och sjukfall.

En konsekvens av vad som här anförts är att den förvärvsarbetande befolkningen i områden med höga sjuktal och hög sjukfallsfrekvens sannolikt har ett avsevärt större behov av sjukvård än förvärvsarbetande i områden med mycket låg sjukskrivning. Detta bör beaktas vid planering av exempelvis primärvårdsinsatser i områden med olika socioekonomisk karaktär.

2.3 Sjukdomspanorama

I den officiella försäkringsstatistiken redovisas inte sjukfallen efter diagnos.

Vid en stickprovsundersökning 1970 kartlades för riket diagnoser för sjukfallen (13). Därvid framkom att andningsorganens sjukdomar (förkylningar m. m.) svarade för närmare hälften av alla sjukfall. Fördelningen av de sju vanligaste sjukdomsorsakerna – vad avser antal fall – framgår av diagram 2.2 a.

Uttryckt i antal dagar per 100 sjukpenningförsäkrade minskar andningsorganens sjukdomar avsevärt i betydelse. Den tyngsta sjukdomsorsaken med detta mått är för män sjukdomar i "muskler, skelett och bindvävnad". För kvinnorna kvarstår andningsorganens sjukdomar som den tyngsta sjukdomsorsaken.

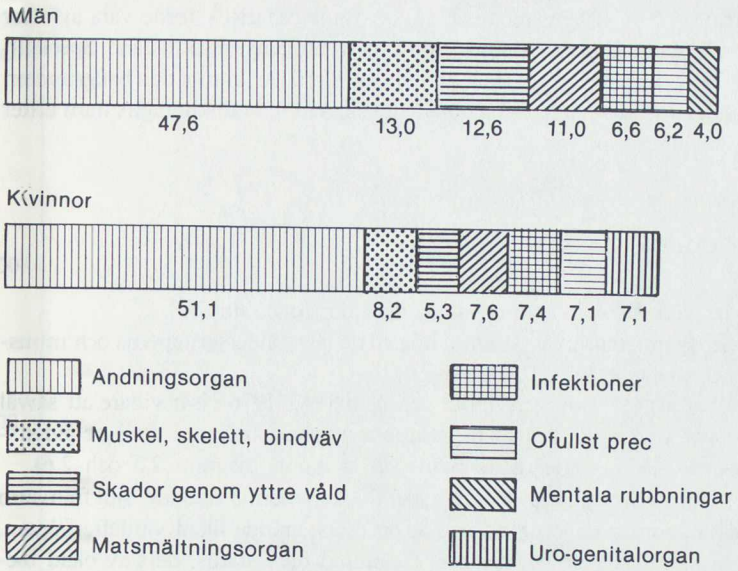


Diagram 2.2 a Sjukfall per 100 sjukpenningsförsäkrade.

En jämförelse mellan 1970 års stickprovsundersökning och motsvarande analyser avseende diagnosmönstret 1966 (14) visar bl. a. att de korta sjukskrivningsfallen – till följd av karenstidsreformen[1] – ökade kraftigt och att hälften av denna ökning föll inom diagnosgruppen andningsorganens sjukdomar. Även sjukskrivningsfallen p. g. a. sjukdomar i rörelseorganen har ökat kraftigt.

Överensstämmelsen mellan de båda årens sjukdomspanoramor är – trots karenstidsreformen 1967 – mycket hög, oberoende av om sjukfrånvaron uttrycks i fall eller dagar.

[1] Karenstidsreformen innebar ungefär +2 dagar i ersatt sjukfrånvaro och påverkade framför allt korttidssjukskrivningen.

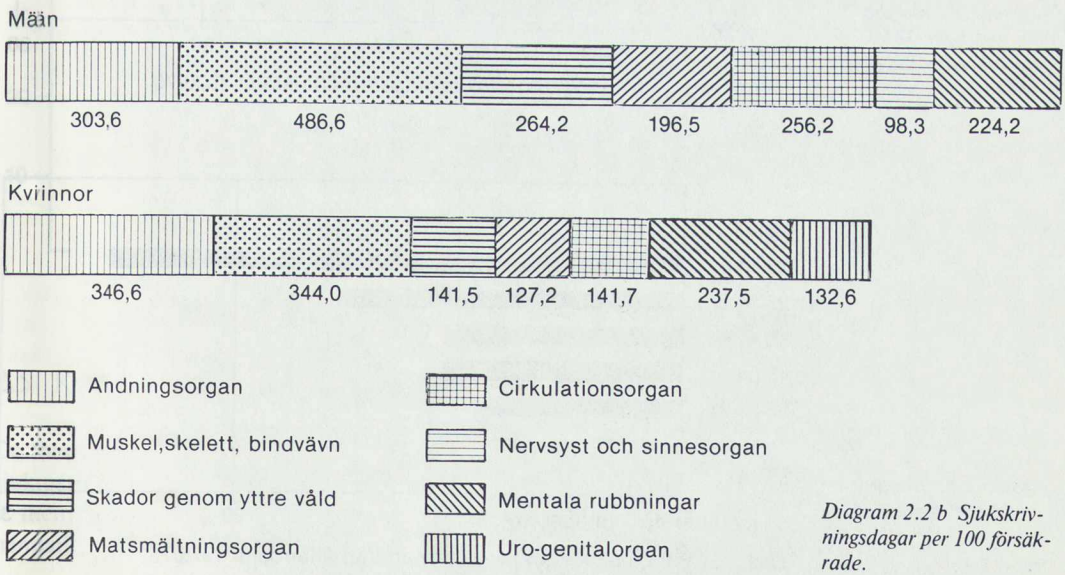


Diagram 2.2 b Sjukskrivningsdagar per 100 försäkrade.

Denna typ av diagnosrelaterad sjukskrivningsstatistik torde vara av stor betydelse för analyser av förändringar i befolkningens hälsotillstånd. Speciellt gäller detta när jämförelser skall göras över tiden. Det är mot den bakgrunden beklagligt att ingen diagnosrelaterad sjukskrivningsstatistik tagits fram efter 1970 års undersökning.

2.4 Ålder – sjukskrivning

Antalet sjukdagar ökar med stigande ålder (diagram 2.3).

Sjukfallsfrekvensen är däremot högst i de lägre åldersgrupperna och minskar vid stigande ålder (diagram 2.4).

Studier av utvecklingen under perioden 1973–1976 visar vidare att såväl sjukdagar som sjukfall ökat procentuellt mycket starkare i de lägre åldersgrupperna. Detta gäller både män och kvinnor (diagram 2.5 och 2.6).

Ur hälso- och sjukvårdens perspektiv kan denna ökande sjukfrånvaro inom ungdomsgrupperna peka mot en motsvarande ökad vårdefterfrågan. Denna kan dels vara betingad av förändrad hälsostatus, dels av ökad benägenhet att söka vård.

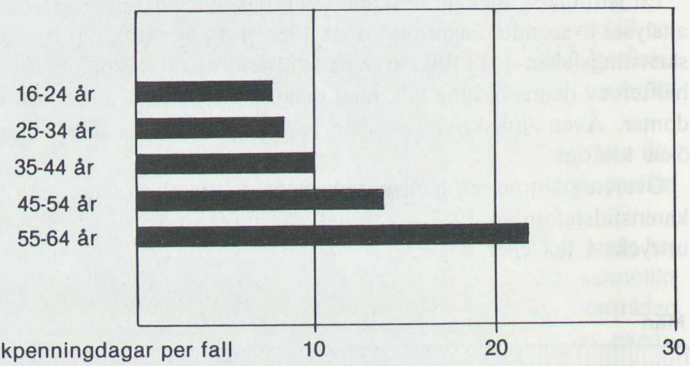


Diagram 2.3 Frånvaro från arbetet efter ålder. Antal sjukpenningdagar per sjukfall.

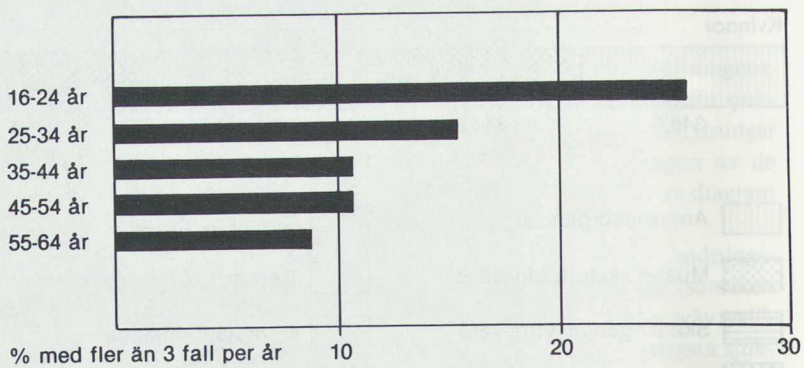
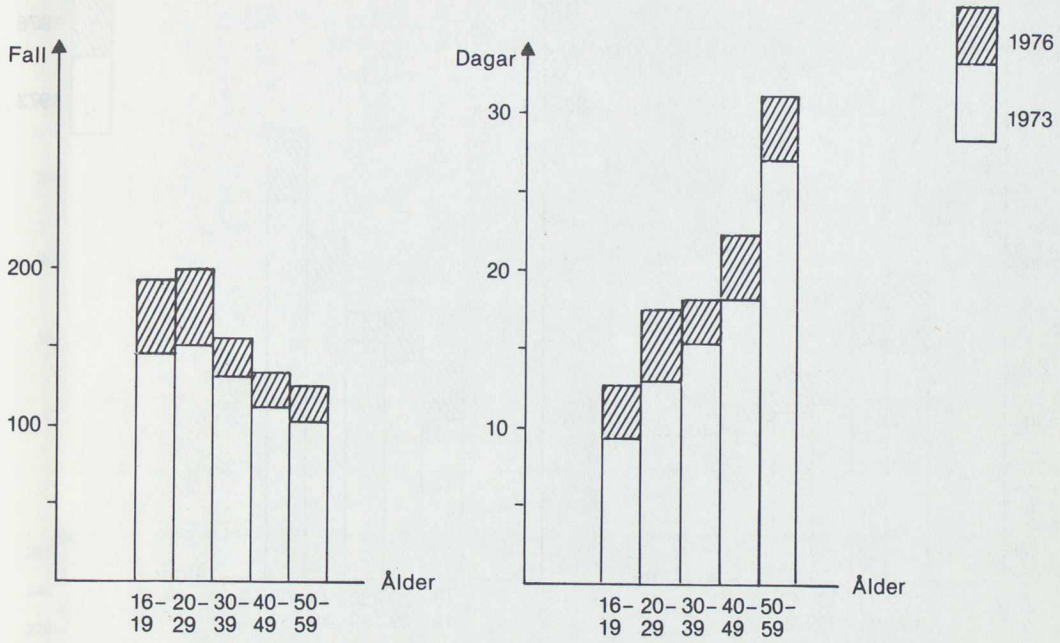
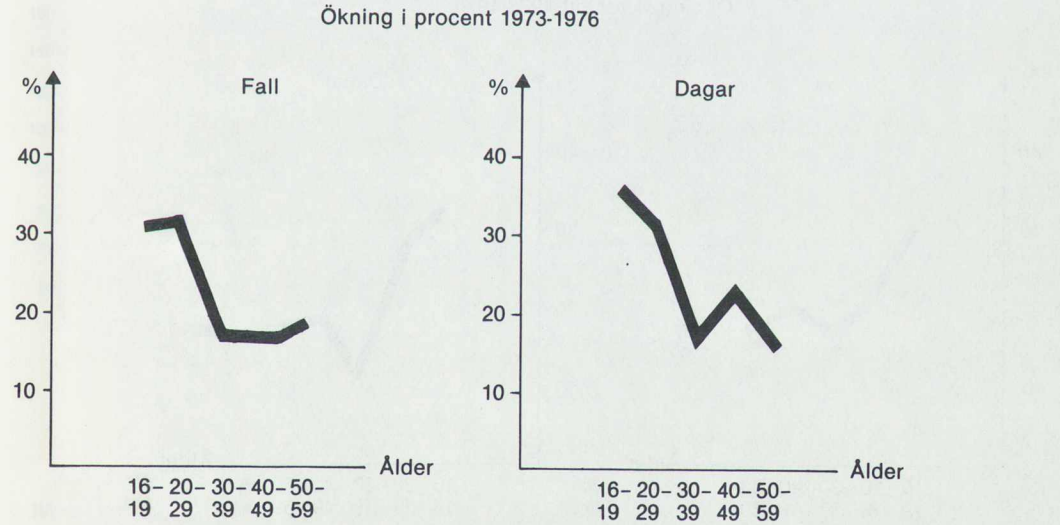


Diagram 2.4 Frånvaro från arbetet efter ålder. Procent med fler än 3 sjukfall per år.





2.5 Kön – sjukskrivning

De hemarbetande kvinnorna utgör fortfarande en relativt stor grupp av de sjukpenningförsäkrade kvinnorna. 450 000 eller 20 procent av kvinnorna är hemmamakar. Däremot är endast 30 000 eller ca 1 procent av männen hemarbetande.

Diagram 2.5 Sjukfallsfrekvensens per 100 försäkrade 1976 respektive 1973 och antal ersatta sjukdagar för avslutade fall 1976 respektive 1973 (11).

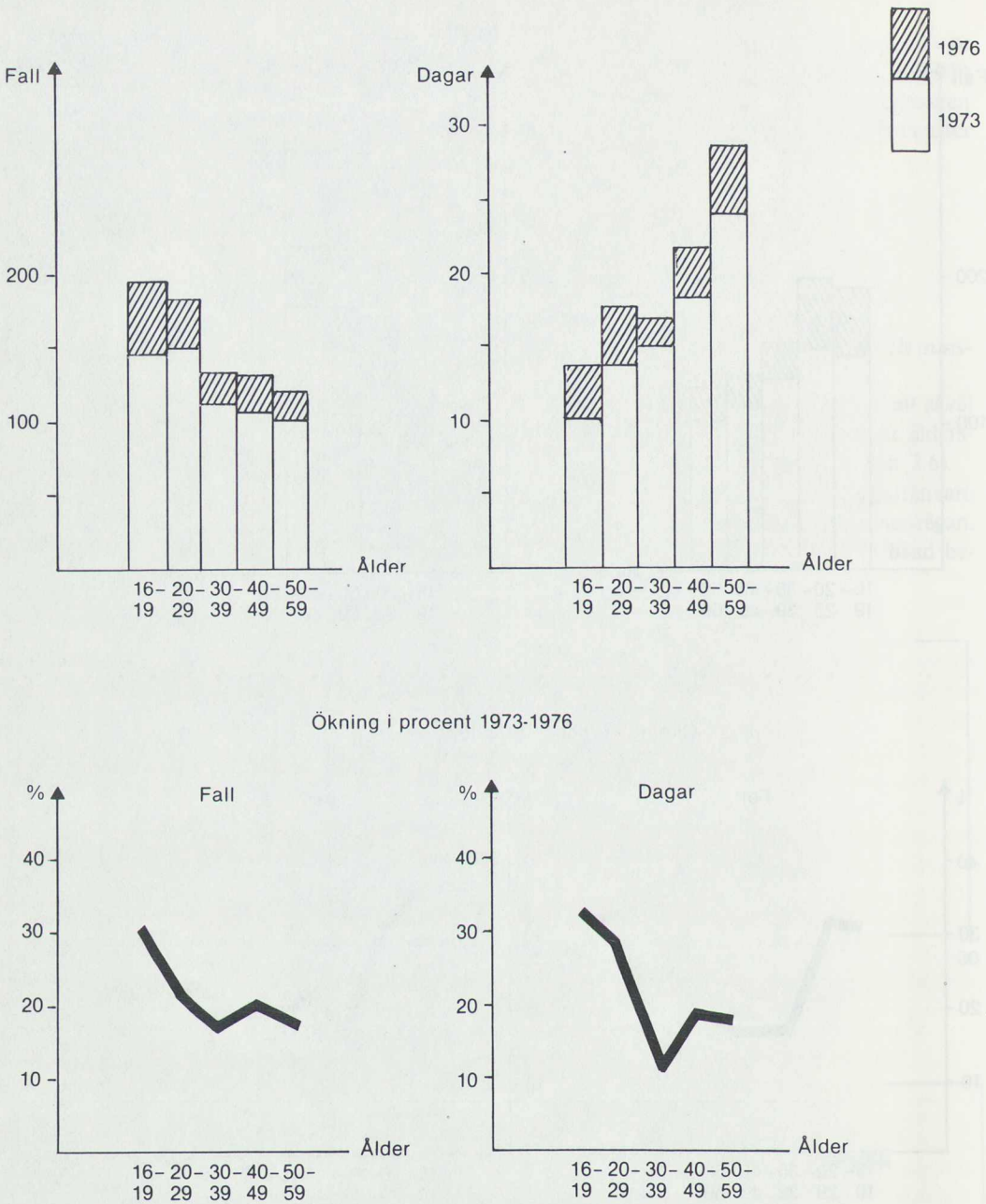


Diagram 2.6 Sjukfallsfrekvensens per 100 försäkrade 1976 respektive 1973 och antal ersatta sjukdagar för avslutade fall 1976 respektive 1973 (11).

Jämförelse mellan samtliga sjukpenningsförsäkrade män och kvinnor blir missvisande, eftersom den stora skillnaden snarare går mellan hemmamakar och förvärvsarbetande än mellan män och kvinnor. Detta framgår av diagram 2.7 (15).

Såväl bland hemarbetande som förvärvsarbetande gäller i allmänhet att kvinnor har något fler sjukfall och fler sjukdagar per år än männen. Mönstret blir dock inte entydigt om det bryts ned på mindre grupper av förvärvsarbetande.

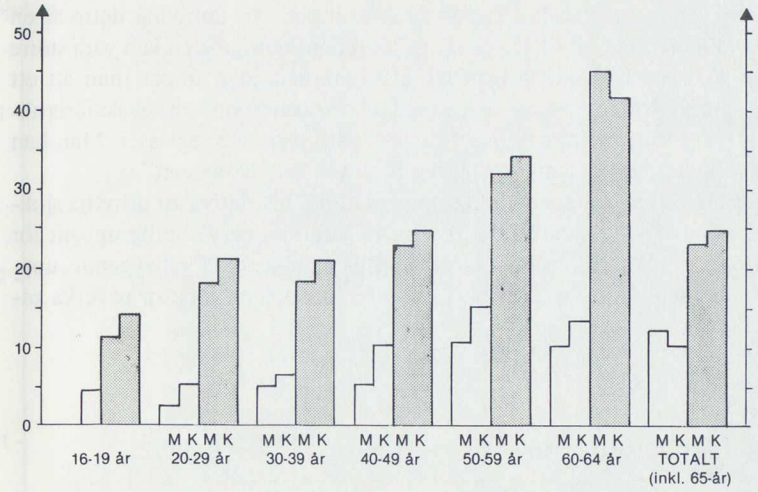


Diagram 2.7 a Sjukpenningdagar per försäkrad 1978, fördelade på hemarbetande – förvärvsarbetande.

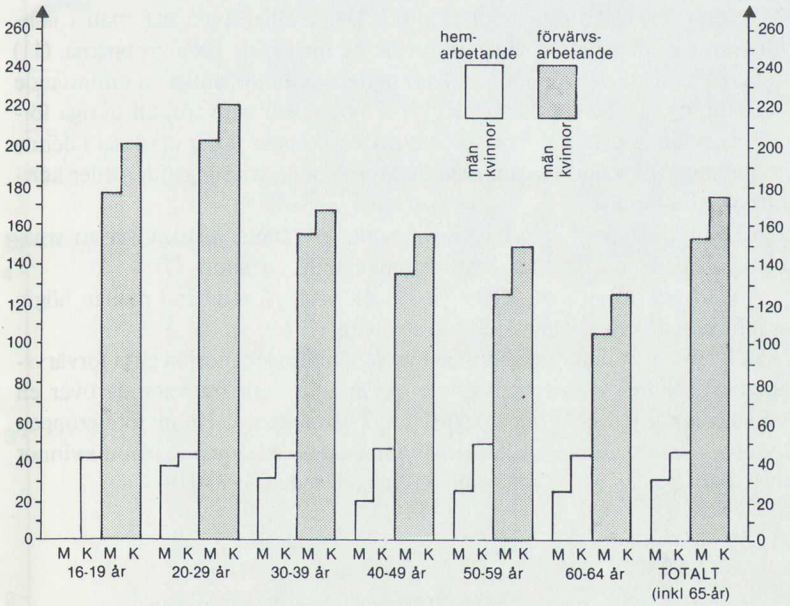


Diagram 2.7 b Sjukfall per 100 försäkrade 1978, fördelade på hemarbetande – förvärvsarbetande i riket.

Kvinnornas högre sjukfallsfrekvens gäller främst – enligt SCB:s levnadsnivåstudier – sjukfall över sex dagar. Några skillnader mellan män och kvinnor vad gäller de korta, icke läkarkontrollerade sjukfallen har ej framkommit (7).

Under perioden 1967–1976 har de förvärvsarbetande männens sjukfall och sjuktal ökat snabbare än de förvärvsarbetande kvinnornas. En viss utjämning av skillnaderna mellan könen har således skett under den aktuella tioårsperioden.

I en frånvaroundersökning för Göteborg (16) kommenterar man de högre sjukfallsfrekvenserna för de unga på följande sätt:

"Det problem man här har att ta ställning till är, huruvida detta är en generationsfråga eller en tidstendens. Infektionskänsligheten kan vara större i de lägre åldersklasserna (generationsfråga). Samtidigt finner man att ett konsumtionsmönster med en högre alkoholkonsumtion och tobaksförbrukning samt felaktig kost är överrepresenterat i lägre åldersklasser. Man kan också tänka sig att det föreligger en annan syn på arbetet".

De äldre är ur hälsosynpunkt sannolikt alltför restriktiva att utnyttja sjukförsäkringen. Det framstår därför än tydligare som en väsentlig uppgift för hälso- och sjukvårdshuvudmännen att följa samt genom förebyggande, uppsökande och andra insatser bl. a. på utbildningssidan försöka påverka utvecklingen av självvård.

2.6 Familjesituation – sjukskrivning

Tidigare gifta (skilda, änkor, änklingar) har en klart högre sjukfrånvaro än övriga civilståndsgrupper (ogifta, gifta). Detta gäller även när man i jämförelsen tagit hänsyn till åldersskillnaderna mellan de båda grupperna. (11)

Förvärvsarbetande kvinnor med barn under sex år har, enligt en omfattande bearbetning av 1974 års statistik (17) ej högre sjukfrånvaro, än övriga förvärvsarbetande kvinnor. Förekomsten av barn under sex år uppvisar i denna studie inget samband varken med den totala sjukskrivningstiden eller korttidssjukskrivningar.

SCB:s analys av 1975 och 1976 års sjukskrivningsstatistik visar att småbarnsföräldrar inte är mer korttidsfrånvarande än andra (7).

Andra mer begränsade studier har dock visat på samband mellan högre sjukfrånvaro och förekomsten av småbarn (18).

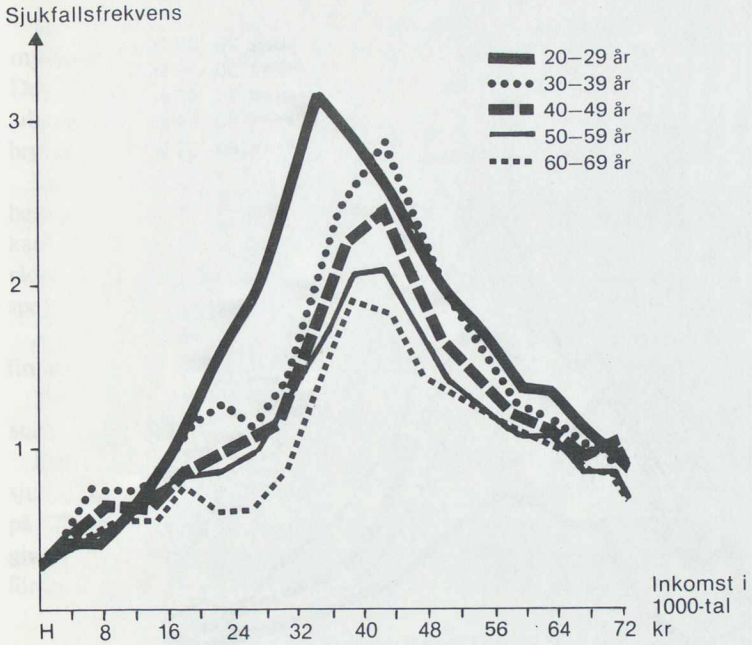
SCB:s arbetskraftsundersökningar visar däremot att andelen gifta förvärvsarbetande kvinnor med barn under sju år som varit frånvarande över en vecka p. g. a. egen sjukdom är lägre än motsvarande andel inom totalgruppen kvinnor. Vidare visar dessa undersökningar att sjukfrånvaron bland kvinnor med barn under sju år har minskat något sedan 1973 (19).

2.7 Socioekonomiska förhållanden – sjukskrivning

2.7.1 *Inkomst*

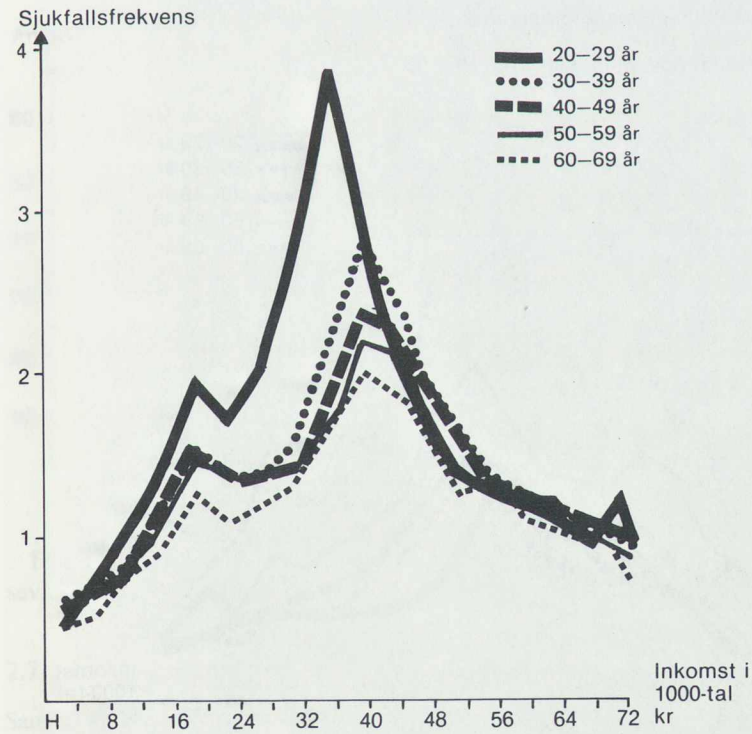
Sjukförsäkringsstatistiken med sin direkta koppling till de försäkrades inkomst ger – i jämförelse med övrig löpande hälso- och sjukvårdsstatistik – en unik möjlighet att göra jämförelser mellan olika inkomstgrupper. Försäkringskassornas inkomstuppgifter torde vidare höra till de mer tillförlitliga, eftersom det vanligen ligger i den sjukförsäkrades eget intresse att ange en riktig inkomst.

Mot denna bakgrund är det av stort intresse att konstatera den ovanligt entydiga samvariation som föreligger mellan inkomst och sjukfall för såväl män som kvinnor i samtliga åldersgrupper.



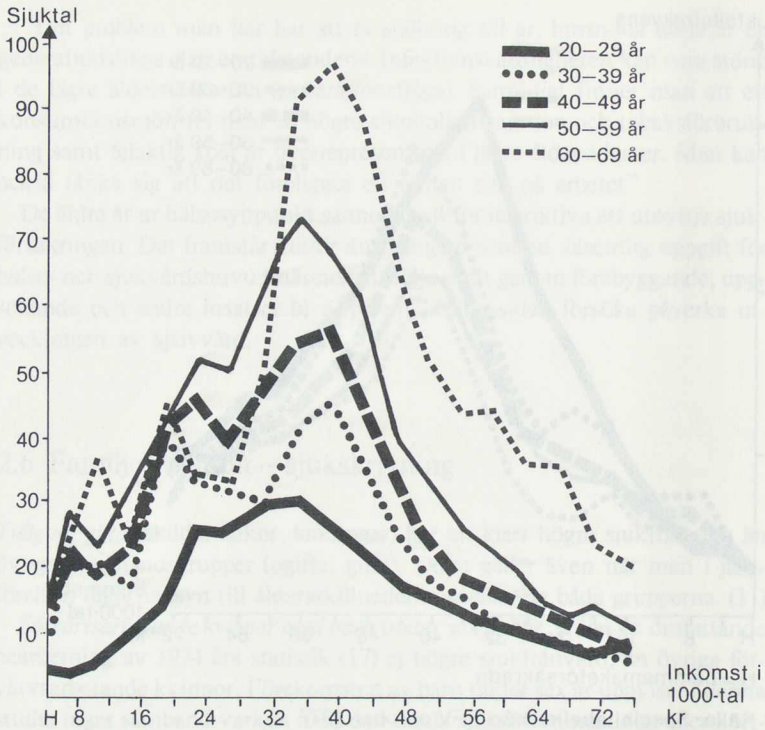
H = hemmamakeförsäkrade

Källa: Specialtabeller från RFV oktober 1977



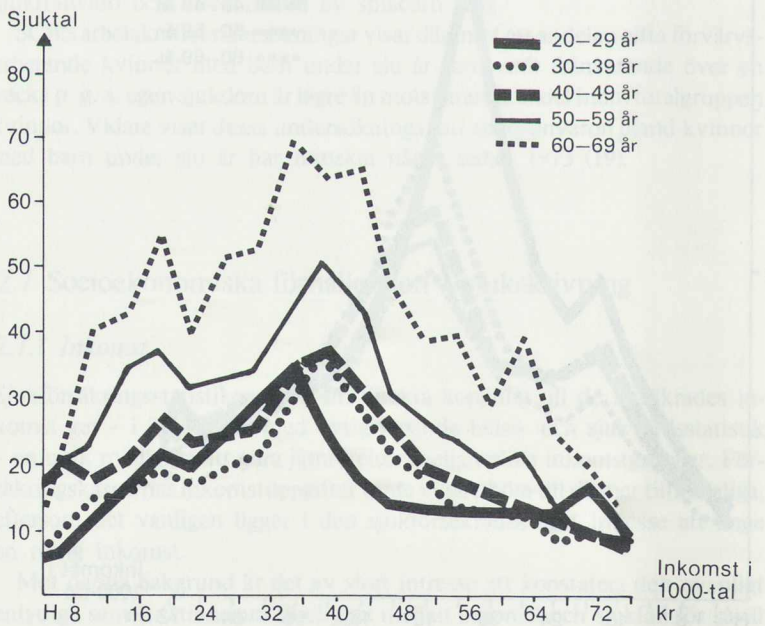
H = hemmamakeförsäkrade

Diagram 2.8 Antal avslutade sjukfall per sjukpenningförsäkrad (män t. v., kvinnor t. h.) med fördelning efter ålder och inkomst 1976.



H = hemmamakeförsäkrade

Källa: Specialtabeller från RFV 1977



H = hemmamakeförsäkrade

Diagram 2.9 Antal sjukdagar per sjukpenningförsäkrad (män t. v., kvinnor t. h.) med fördelning efter ålder och inkomst. Avslutade fall 1976.

En tolkning av samvariationen upp till 32–36 000 kronor är emellertid mycket svår att göra med hänsyn till att denna grupp är mycket heterogen. Den består huvudsakligen av personer som inte arbetar hela året, deltidsarbetande och extremt lågavlönade. Denna del av diagrammet måste därför brytas ner i mer homogena grupper för att en analys skall bli möjlig.

Den andra delen av kurvan speglar däremot i huvudsak de heltidsarbetandes och trekvartidsarbetandes situation. Det torde inte råda någon tvekan om, att det i denna stora grupp av den förvärvsarbetande befolkningen råder en entydig samvariation mellan låg lön och högt antal sjukfall respektive hög lön och lågt antal sjukfall.

Även mellan inkomst och antal sjukdagar per sjukpenningsförsäkrad återfinner man motsvarande samband.

Det råder således – oberoende av ålder och kön – en anmärkningsvärt stark samvariation mellan inkomst och sjukskrivning.

Det finns emellertid ingen anledning att anta att inkomsten i sig förklarar sjukskrivningarna utan att denna samvariation återspeglar bl. a. förhållanden på arbetsplatsen. Samvariationen mellan inkomst och sjukskrivning utgör givetvis, oberoende av orsak, en allvarlig varningssignal vad avser ohälsans fördelning mellan olika inkomstgrupper.

2.7.2 *Socialgrupp*

Fördelningen av olika sjukskrivningsperioder mellan socialgrupper har bl. a. studerats i Malmö (20). Resultaten av dessa studier visas i diagram 2.10.

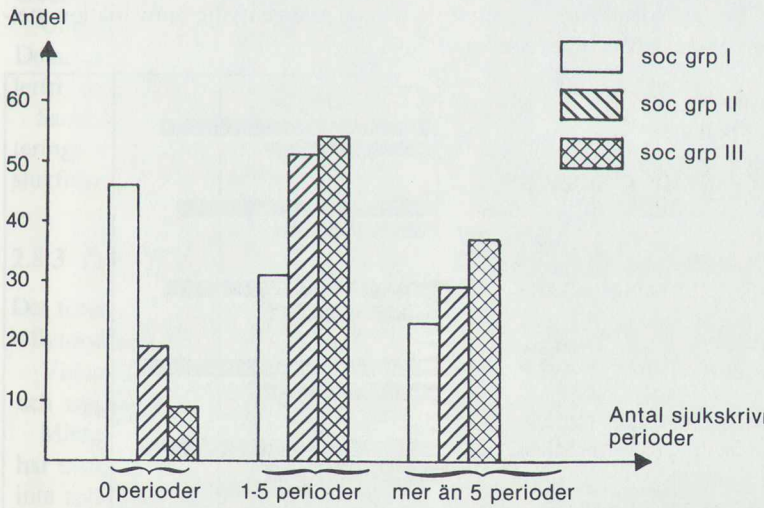


Diagram 2.10 Fördelning på sjukskrivningsperioder för olika socialgrupper.

Diagrammet ger en klar bild av att antalet sjukskrivningsperioder är avsevärt färre i socialgrupp I än i socialgrupp III.

2.7.3 *Utbildning*

Sambandet mellan utbildning och inkomst är erfarenhetsmässigt relativt starkt. Det är mot den bakgrunden naturligt att samma typ av samvariation

finns mellan utbildning och sjukskrivning som mellan de i föregående avsnitt redovisade samvariationerna mellan inkomst och sjukfrånvaro.

Några aktuella exempel ur riksförsäkringsverkets analyser får illustrera dessa samvariationer: (21, 22)

- Sjukfrånvaron bland privatanställda tjänstemän i "chefsbefattningar" var lägre än för "övriga handläggare". Handläggarna har samtidigt en lägre sjukfrånvaro än "övriga befattningshavare". Vid dessa jämförelser har man tagit hänsyn till skillnader mellan grupperna vad avser andra variabler som ålder och kön.
- Statsanställda med högre utbildning har lägre frånvaro än de med lägre utbildning. Detta samband var stabilt över de två studerade åren 1973 och 1976.

I socialstyrelsens miljöinventering (23) framkom att utbildning "förklarade" 14 procent av skillnaderna i sjukfrånvaro mellan män men endast sex procent av skillnaderna bland kvinnor.

Utbildning är för männen t. o. m. en viktigare förklaringsfaktor för variationer i sjukfrånvaron – mätt i sjukdagar – än ålder, som ändå "förklarar" 12 procent av variationerna.

2.8 Arbetsmiljö – sjukskrivning

2.8.1 *Fysisk arbetsmiljö*

SCB:s levnadsnivåundersökningar (7) visar på en entydig samvariation mellan fysisk arbetsmiljö och sjukfrånvaro.

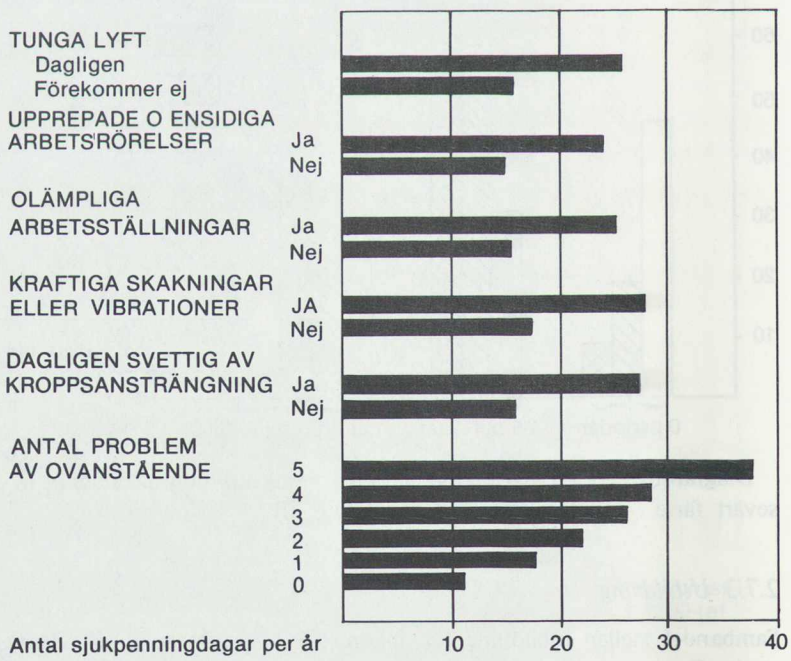


Diagram 2.11 Frånvaro från arbetet och olika mått på fysisk belastning i arbetet.

Källa: SCB:s undersökningar av levnadsförhållandena 1975–76.

Antalet sjukpenningdagar är exempelvis tre–fyra gånger fler bland dem, som utsatts för belastningsfaktorerna tunga lyft, upprepade ensidiga arbetsrörelser, olämplig arbetsställningar, skakningar och vibrationer, samt daglig svettning, än hos dem som inte utsätts för någon av dessa faktorer (exempelvis kvalificerade tjänstemannagrupper). Multivariat analys av dessa resultat har utförts, där man konstanthållit bl. a. ålder och kön. Därvid framkom att de, som hade de mest "belastade" arbetena, hade en 22 dagar längre långtidsfrånvaro än de, som hade arbeten helt utan dessa belastningsfaktorer.

Vidare är frånvaro från arbetet högre (+11 dagar/år) bland grupper som i arbetet besväras av gas, damm, rök eller dimma.

Dessa resultat gäller sjukfrånvaron bland dem som 1975/76 varit i arbete inom respektive yrke. Om man vill betrakta sjukfrånvaron som ett mått på arbetsmiljöns hälsorisker, bör man härutöver också ta hänsyn till dem som lämnat arbetet p. g. a. miljörisker (t. ex. förtidspensionerade, omskolade och avlidna) och som inte finns med i statistiken. Vidare är en del nyanställda. För dessa personer kanske miljöeffekterna ännu inte hunnit visa sig i form av ökad frånvaro. Sammantaget leder detta till en "underskattning" av samvariationen mellan miljö och sjukfrånvaro.

2.8.2 *Buller*

Personer som arbetar i bullriga miljöer har påtagligt högre sjukfrånvaro. Detta gäller i synnerhet dem som utsätts för "öronbedövande buller". (Dessa arbeten präglas ofta även av andra belastningsfaktorer.)

Ungefär var åttonde intervjuad arbetar för jämnan i öronbedövande buller. Dessa personer har cirka 29 sjukpenningdagar per år medan personer i bullerfri miljö endast har ca 15 dagar.

Sambandsanalyser som utförts inom SOMI (socialstyrelsens miljöinventering) visar att buller i arbetet "förklarar" 12 procent av skillnaderna i sjukfrånvaron bland män.

2.8.3 *Psykosocial miljö*

Det föreligger som framgår av diagram 2.12 en tydlig samvariation mellan inflytande över det egna arbetet och sjukfrånvaro.

Vidare har konstaterats en klar samvariation mellan hög sjukfrånvaro och upplevt jäkt och enformighet i arbetet.

Många av dem som uppger en relativt sett sämre psykosocial arbetsmiljö, har samtidigt en mer påfrestande fysisk arbetsmiljö. Resultaten kan därför inte tolkas, så att den sämre psykosociala miljön ensam orsakar de högre frånvarotalen. Vidare finns ofta ett direkt samband mellan fysiska hälsorisker samt stress och oro.

Genom den multivariata analys, som SCB gjort på detta material för att söka se vad varje enskild variabel har för betydelse, framkom att de som har ett både jäktigt och enformigt arbete i genomsnitt hade sju sjukdagar mer än övriga i långtidsfrånvaro (över 7 dagar).

I en specialstudie från Bofors (24) har man visat på intressanta samband mellan problem i arbetet och relativ sjukfrånvaro. Resultaten pekar mot

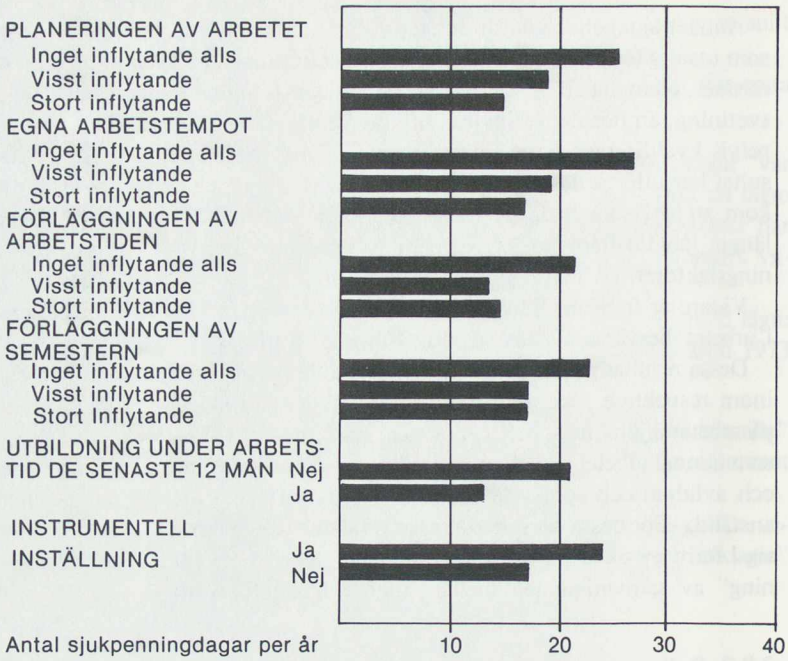


Diagram 2.12 Antal ersatta sjukdagar per person och år efter inflytandefaktorer, utbildning under arbetstid m. m.

Källa: SCB:s undersökningar av levnadsförhållandena 1975/76

olika samvariationsmönster för män och kvinnor. Problem i arbetet och attityder till arbetet tycks spela en större roll för männen än för kvinnorna. Ett undantag är dock gruppen yngre kvinnor, där problem i arbetet väger lika tungt som för männen vad gäller korttidsfrånvaron.

2.8.4 *Skiftarbete*

Skillnaden mellan sjukfrånvaron för skiftarbetare och övriga var 1976 enligt riksförsäkringsverkets studie i medeltal 7 dagar när man konstanthållit andra faktorer. (25)

Liknande resultat framkom i SCB:s ULF-studie. (7) De, som arbetar i 2- eller 3-skift i kontinuerlig drift, har minst en halv gång fler sjukpenningdagar än övriga anställda. Ur tillgängliga data kan ej klarläggas i vilken utsträckning dessa skillnader beror på skiftarbetet eller andra faktorer t. ex. den arbetsmiljö som ofta präglar skiftarbeten.

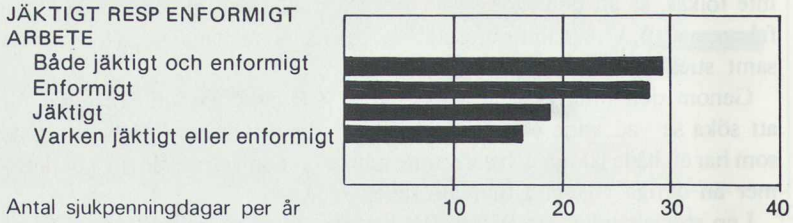


Diagram 2.13 Antalet ersatta sjukdagar per person och år efter olika typer av psykisk belastning i arbetet.

Källa: SCB:s undersökningar av levnadsförhållandena 1975/76

2.8.5 *Heltids – deltidsanställda*

Deltidsarbetande har enligt riksförsäkringsverkets analyser lägre sjukfrånvaro än heltidsarbetande. Detta gäller såväl primär- och landstingskommunalt anställda, statsanställda som privatanställda tjänstemän. Vid dessa jämförelser har man konstanthållit andra faktorer av betydelse för frånvarofrekvensen såsom ålder och kön (11).

2.9 Sjukskrivning inom olika yrkesgrupper

Tidigare i detta avsnitt har belysts olika arbetsmiljöfaktorers samvariation med sjukskrivningen. Det kan ofta vara svårt, ibland omöjligt att isolera en belastningsfaktor, eftersom det är den sammanlagda effekten av olika faktorer som leder till olikheter i sjukskrivning. En redovisning av olika yrkesgruppers sjukfrånvaro kan mot denna bakgrund ge ytterligare information om samvariationen mellan arbetsmiljö och ohälsa.

Antalet ersatta sjukdagar per person och år var (1976) störst (25,7 dgr) bland arbetare inom LO-SAF-området och landstingsanställda exklusive tjänstemän. (25) Tjänstemän inom SAF-området hade lägst antal sjukdagar (10,4 dgr). Landstingsanställda tjänstemän hade det näst lägsta antalet ersatta sjukdagar (12,8 dgr). Ökningen i såväl "dagar" som "fall" under perioden 1973–76 är störst för LO-anslutna arbetare.

Utöver dessa skillnader, mellan arbetare och tjänstemän, finns betydande skillnader mellan arbetare inom olika branscher och tjänstemän i olika personalkategorier.

Branscher med hög sjukskrivning för arbetare inom LO-SAF-området är järn- och stålverk, gruvor och massafabriker samt verkstads- och livsmedelsindustrin dvs. branscher som präglas av tunga arbeten och ofta svåra arbetsmiljöer.

Inom tjänstemannagruppen kan konstateras att chefstjänstemän 1976 hade 5,1 ersatta sjukdagar/år, handläggare 9,4 medan de tjänstemän som hade det mest rutinbetonade arbetet hade 14 sjukdagar/år (11).

2.10 Sjukskrivning – boendemiljö

Sjukskrivningen varierar mellan olika geografiska områden med olika socioekonomisk status.

Betydelsen av bostadsområdets kvalitet för sjukskrivningsmönstret är svår, kanske omöjlig att isolera från sociala och andra karaktäristiska drag hos de boende.

Ett försök att se på olika boendekvaliteters samband med sjukskrivningen har dock gjorts i socialstyrelsens möljöinventering (23). Därvid framkom bl. a. att graden av luftföroreningar i bostadsområdet "förklarar" tio procent av skillnaderna i sjukdagar för kvinnorna. Motsvarande värde för intensiteten i motortrafiken var sju procent (ju högre grad av luftförorening och intensitet i motortrafiken ju fler sjukdagar).

För männen kunde inget samband mellan sjukdagar och bostadsområdets luftföroreningar respektive motortrafik konstateras.

"Resultaten som rör trafikförhållandena innebär större skillnader mellan män och kvinnor än i något annat sammanhang . . . Denna skillnad skulle kunna bero på att en högre andel av kvinnorna än av männen vistas i hemmet och det egna bostadsområdet under hela dygnet".

2.11 Sammanfattande kommentar

En stor andel, cirka 40 procent, av alla sjukpenningförsäkrade har inte varit sjukskriven en enda dag under hela året. Detta tyder generellt sett på goda hälsoförhållanden eller åtminstone en låg benägenhet att sjukskriva sig.

Hälften av den sjukpenningförsäkrade befolkningen har fyra eller färre sjukdagar per år.

Den ökning av antalet sjukdagar per sjukpenningförsäkrad, som skett under perioden 1920–1976 kan delvis förklaras av förbättringar i sjukförsäkringssystemet. Begränsas perspektivet till ökningen av sjuktiden 1967–1976, visar riksförsäkringsverkets analyser, att de långa sjukfallen på 30 dagar och mer stått för den övervägande delen av denna ökning.

Korttidssjukskrivningen är ganska slumpmässigt fördelad inom befolkningen. Statistiska centralbyråns analyser av arbetsförhållanden och sjukfrånvaro visar t. ex., att småbarnsföräldrar inte är mer korttidsfrånvarande än andra. Arbetsmiljön tycks endast ha marginell betydelse för de korta sjukskrivningsperioderna.

Mot denna bakgrund kan bl. a. konstateras, att det i första hand är utvecklingen och fördelningen av de långa – läkarkontrollerade – sjukfallen som i ett hälsopolitiskt perspektiv ha den största betydelsen. Speciellt måste därvid uppmärksammas de stora skillnaderna i sjukskrivning som finns mellan olika social- och yrkesgrupper.

De registrerade skillnaderna utgör i sig en alarmerande bild av att ohälsan är mycket ojämn fördelad inom befolkningen. Låginkomsttagare drabbas i avsevärt högre grad av sjukdom än höginkomsttagare.

Om de i detta kapitel redovisade skillnaderna i sjukskrivning mellan olika yrken och branscher analyseras, framstår det som rimligt att anta, att den fysiska och psykosociala arbetsmiljö har stor betydelse för sjukskrivningen och därmed för ohälsan.

Riskgrupper finns, vad avser den fysiska arbetsmiljön, inom arbeten som präglas av tunga lyft, ensidiga arbetsrörelser, olämpliga arbetsställningar och vibrationer. I SCB:s rapport om arbetsförhållanden och sjukfrånvaro 1975/76 framgår att antalet sjukpenningdagar per år är cirka tre gånger fler bland dem som utsatts för dessa belastningsfaktorer än bland dem som inte utsätts för dessa faktorer. En analys av dessa resultat har gjorts, där man konstanthållit bl. a. ålder och kön. Därvid framkom att de, som hade de mest "belastade" arbetena, hade en 22 dagar längre långtidsfrånvaro än de, som hade arbeten utan någon av dessa belastningsfaktorer.

De yrkesgrupper som besväras av gas, damm, rök eller dimma har avsevärt högre antal sjukpenningdagar (28 dagar/år) jämfört med dem som inte berörs

av dessa luftföroreningar (17 dagar/år). De yrkesgrupper som speciellt drabbas av dessa besvär återfinns inom järn, stål- och metallverken.

Beaktar man den psyko-sociala miljön finns det vidare en tydlig samvariation mellan bl. a. inflytande över det egna arbetet och sjukskrivning. I konsekvens härmed bör en förbättrad arbetsmiljö på de arbetsplatser, där de anställda i hög grad drabbas av långvarig sjukfrånvaro, ge en lägre sjukskrivning.

Att genomföra förebyggande åtgärder för att påverka sjukskrivningen inom olika "riskmiljöer", framstår som en mycket angelägen hälsopolitisk uppgift. En minskad sjukskrivning är också av stor finansiell betydelse för den offentliga sektorn. En minskning av den genomsnittliga sjukfrånvaron i riket från 23 till 22 dagar per år skulle t. ex. innebära att sjukpenningutbetalningarna minskade med drygt 500 miljoner kronor per år.

3 Dödlighet

3.1 Ålder och kön

Ett sammanfattande mått på dödligheten är medellivslängden (egentligen: återstående medellivslängd vid födelsen). Dess utveckling under 1900-talet framgår av diagram 3.1. Förutom att medellivslängden ökat under hela perioden har skillnaden mellan män och kvinnor vuxit under de senaste årtiondena. Under de senaste tio åren har männen ökat sin medellivslängd med endast ett halvt år medan kvinnorna under samma tid har ökat sin medellivslängd med två år. Skillnaden mellan män och kvinnor är nu större än den var i början av 1800-talet.

Den återstående medellivslängden kan beräknas för vilken ålder som helst. Diagram 3.2 visar utvecklingen de senaste tvåhundra åren för några olika åldersgrupper. Som synes har den återstående medellivslängden sedan början av 1800-talet ökat mycket stabilt i alla åldrar, om än av naturliga skäl svagt i den äldsta åldersgruppen. Ökningen av medellivslängden är mest framträdande för de nyfödda. Medan den som omkring år 1800 hade uppnått 15 resp 50 års ålder i genomsnitt blev cirka 15 respektive 25 år äldre än de nyfödda, har dessa skillnader nu i det närmaste försvunnit.

Om man studerar dödsfallens fördelning på olika åldersgrupper finner man en kraftig förändring sedan början av seklet. Som framgår av diagram

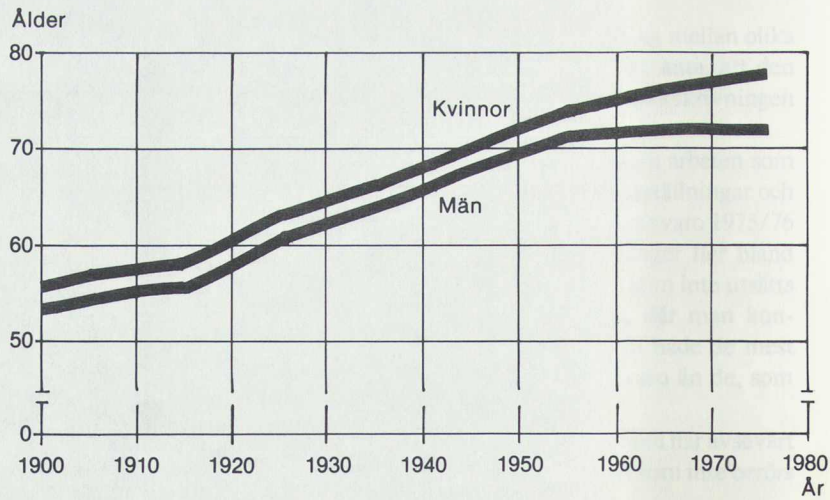


Diagram 3.1 Återstående medellivslängd vid födelsen under 1900-talet i Sverige.

Källa: SCB (26).

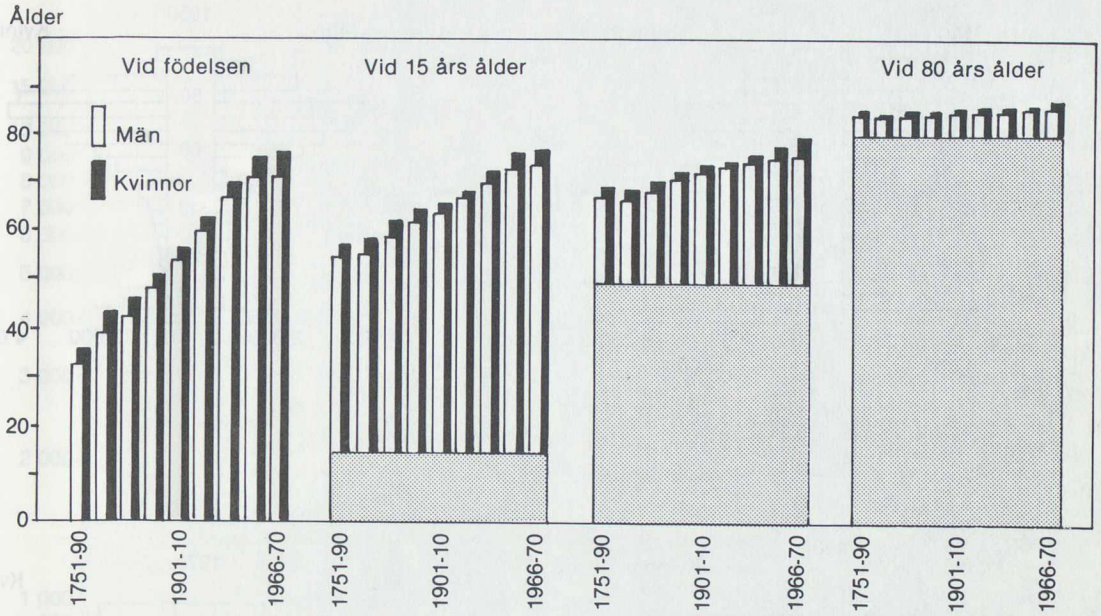


Diagram 3.2 Återstående medellivslängd i olika åldrar i Sverige åren 1751–1970. Enligt Historisk statistik för Sverige I med kompletteringar.

3.3 har den mest dramatiska förändringen skett i den allra yngsta åldersklassen – en följd av den minskade spädbarnsdödligheten. För övrigt ser man att dödsfallen har förskjutits mot allt högre åldrar.

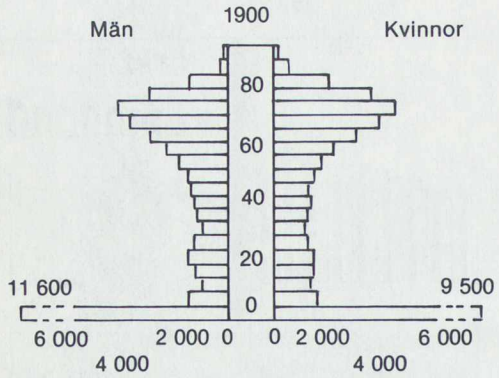
Utvecklingen av dödligheten för olika åldersklasser under perioden 1947–75 framgår av diagram 3.4 och 3.5. (Tidsserierna är utjämnade med hjälp av glidande medelvärden.)

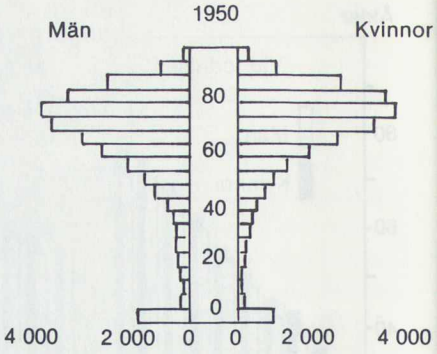
De största förändringarna har skett beträffande barnadödligheten. För samtliga åldrar upp till 19 år visar diagrammen en minskad dödlighet under hela perioden för båda könen. Minskningen är kraftigast för åldersgrupperna 0–4 år.

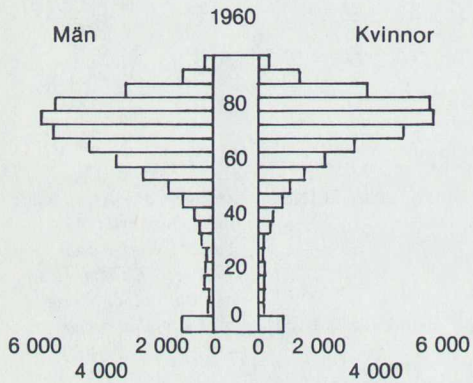
För många åldersgrupper har den tidigare minskningen av dödligheten stagnerat. För män i medelåldern kan man t. o. m. konstatera en ökad dödlighet under den senaste studerade 15-årsperioden. Denna ökning framgår klarast för män i 40–49 års åldern.

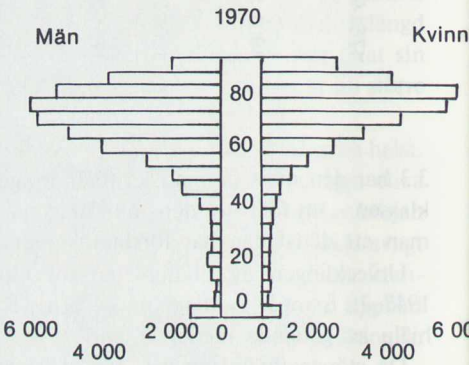
En klar skillnad i dödlighetsutveckling mellan könen föreligger för de äldsta åldersgrupperna. Medan förändringarna för män i åldrarna 55–79 år varit mycket små uppvisar kvinnorna stadigt sjunkande dödlighet i alla åldersgrupper över 55 år.

Allra mest har spädbarnsdödligheten minskat. Av diagram 3.6 framgår att spädbarnsdödligheten sjunkit från 75 per 1 000 levande födda barn år 1915 till 7,8 år 1978. (8,9 för pojkar och 6,7 för flickor.) Den perinatala dödligheten (dödfödda och döda under den första levnadsveckan) är relativt konstant under den första delen av 1900-talet. Först på 1940-talet sker en förändring. Den perinatala dödligheten uppgick 1978 till 9,5 per tusen födda. Av den totala spädbarnsdödligheten inträffar mer än 60 procent under den första levnadsveckan.









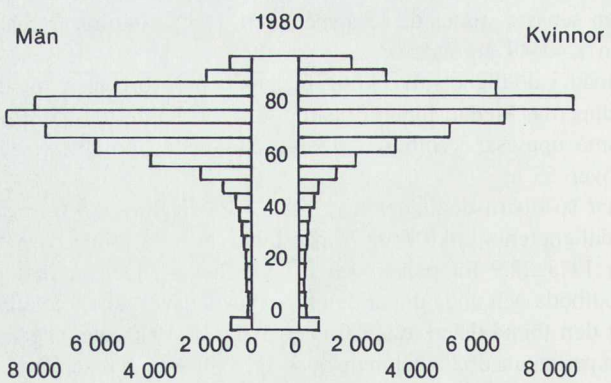


Diagram 3.3 Profiler av dödsfall i Sverige efter kön och ålder.

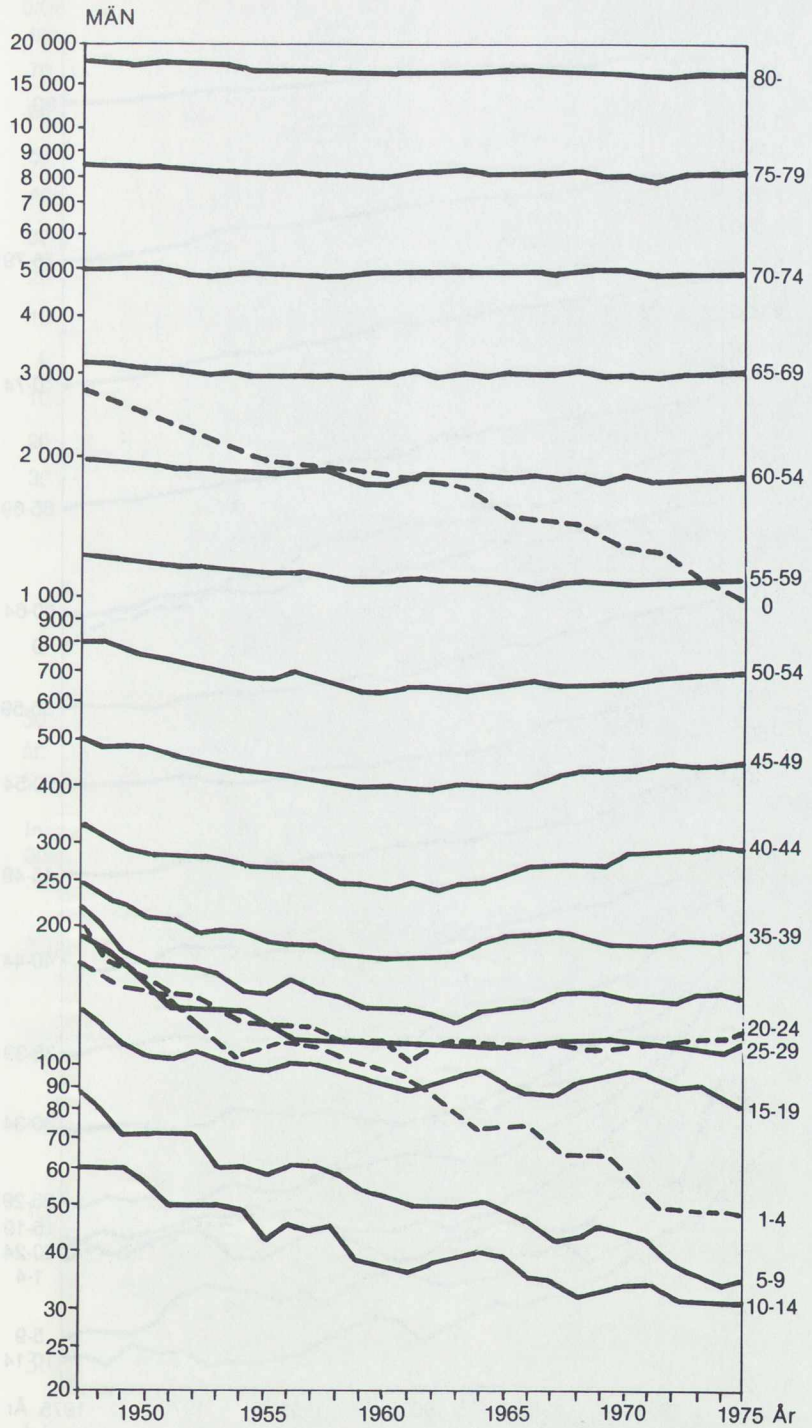


Diagram 3.4 Dödligheten i olika åldrar 1947–1975. Döda per 100 000 av medelfolkmängden. Logaritmisk skala.

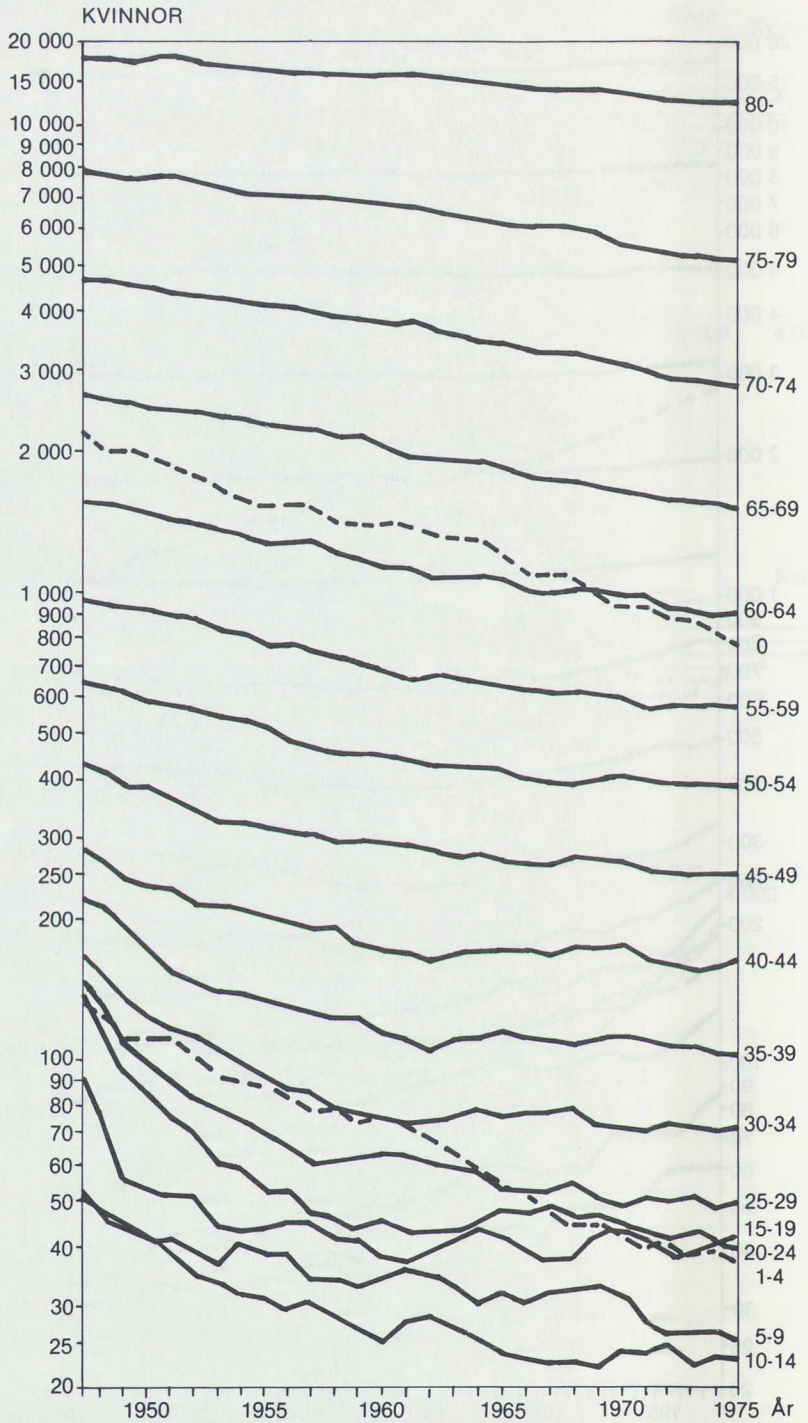


Diagram 3.5 Dödligheten i olika åldrar 1947–1975. Döda per 100 000 av medelfolkmängden. Logaritmisk skala.

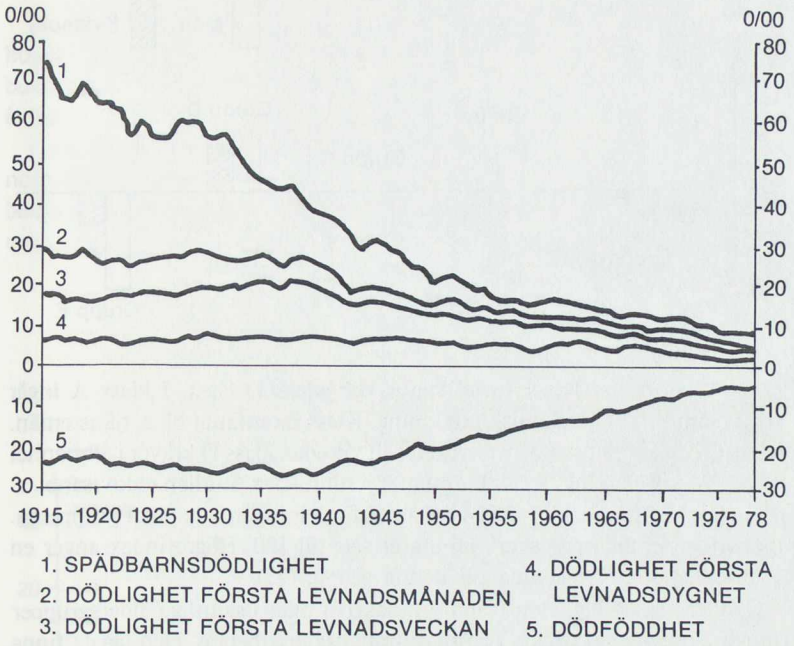


Diagram 3.6 Spädbarnsdödlighet och perinatal dödlighet i Sverige under åren 1915–1978.

Männen har en högre dödlighet än kvinnorna i alla åldrar. De har minst 50 procent högre dödlighet än kvinnorna i alla åldrar mellan 15 och 80 år. Den manliga överdödligheten är allra störst mellan 15 och 29 års ålder. Se diagram 3.7.

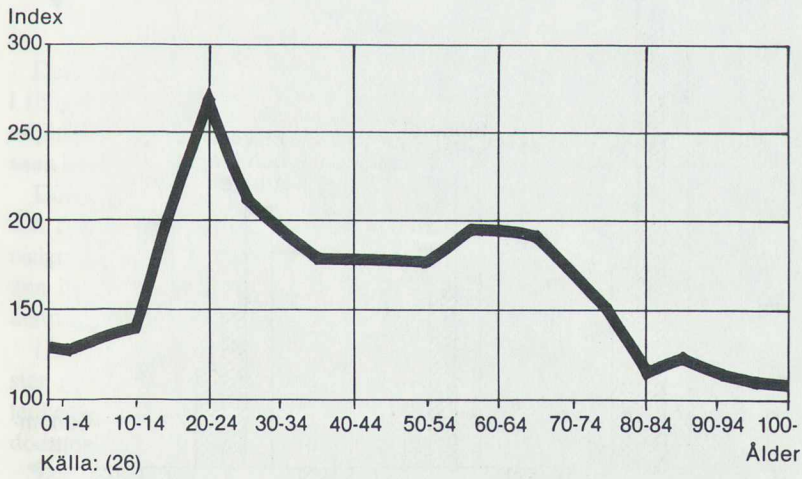


Diagram 3.7 Manlig överdödlighet. Männens dödsrisk i relation till kvinnornas dödsrisk i olika åldrar 1972–76. Kvinnornas dödsrisk = 100.
Källa: SCB (26).

3.2 Social bakgrund/yrke

I Norge har man undersökt dödligheten i åldern 20–69 år för olika yrkesgrupper under perioden 1970–73. En gruppering efter yrken på fem olika socio-ekonomiska klasser har gjorts. Klass A–D har en social rangordning

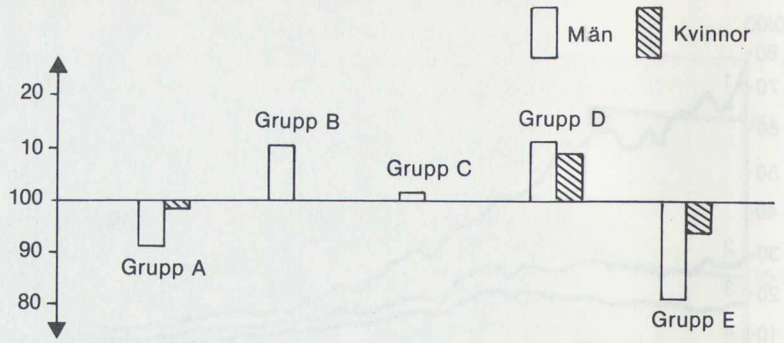


Diagram 3.8 Åldersstandardiserade dödlighetsindex i socioekonomiska grupper, Norge 1970–73.

Källa: (27).

så att klass A har högst social status och klass D lägst. I klass A ingår yrken som kräver akademisk utbildning. Klass B omfattar bl. a. tjänstemän. Klass C och D består av arbetaryrken och yrkena i klass D kräver i allmänhet ingen yrkesutbildning. Klass E omfattar jordbrukare. Studien redovisar bl. a. ett index, där man tagit hänsyn till åldersfördelningen i de olika grupperna. Index för samtliga yrkesverksamma är satt till 100. Högre index anger en överdödlighet i förhållande till denna grupp. (27)

Den högsta dödligheten bland yrkesaktiva män i samtliga åldersgrupper finns i Norge bland däcks- och maskinmanskapsarbetare. Den lägsta finns i yrkesklasser med pedagogiskt arbete.

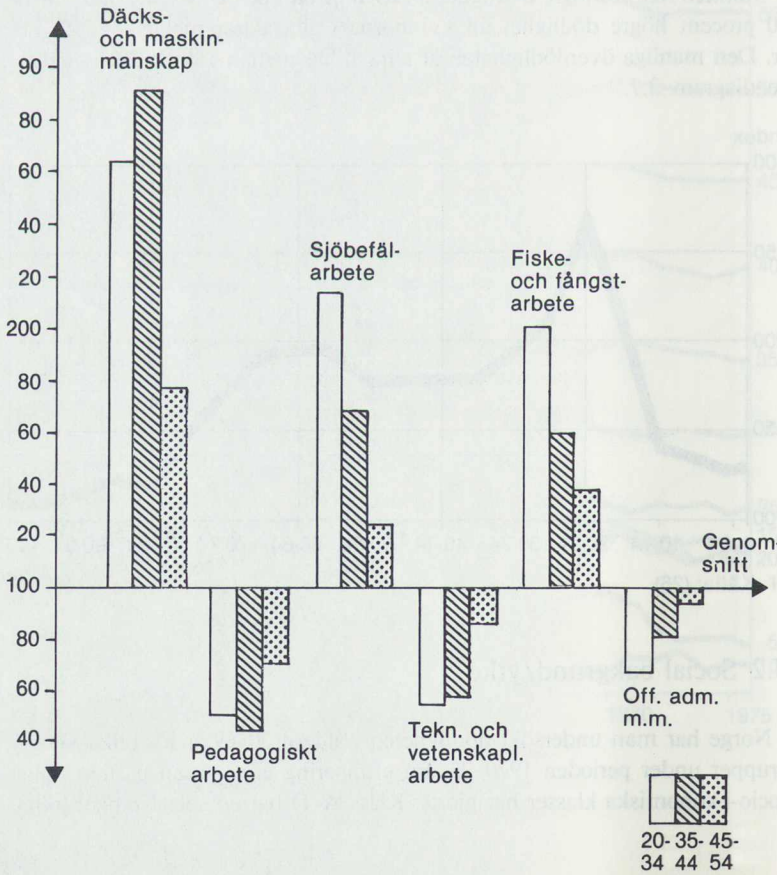


Diagram 3.9 Dödligheten för män 20–34, 35–44, 45–54 år i olika yrkesklasser i förhållande till dödligheten för alla yrkesarbetande (3 högsta respektive lägsta), Norge 1970–73.

Källa: (27).

Bland kvinnliga förvärvsarbetande finns den högsta dödligheten inom hotell- och restaurangarbete, vaktmästeri- och rengöringsarbete samt postalt budarbete. Dessa yrkesgrupper ligger även för män över genomsnittet i alla åldrar.

I en finsk undersökning för åren 1969–72 har använts fem socioekonomiska klasser, som i stort överensstämmer med de norska. I studien betonas speciellt den anmärkningsvärt höga dödrisken för manliga arbetare utan yrkesutbildning (28).

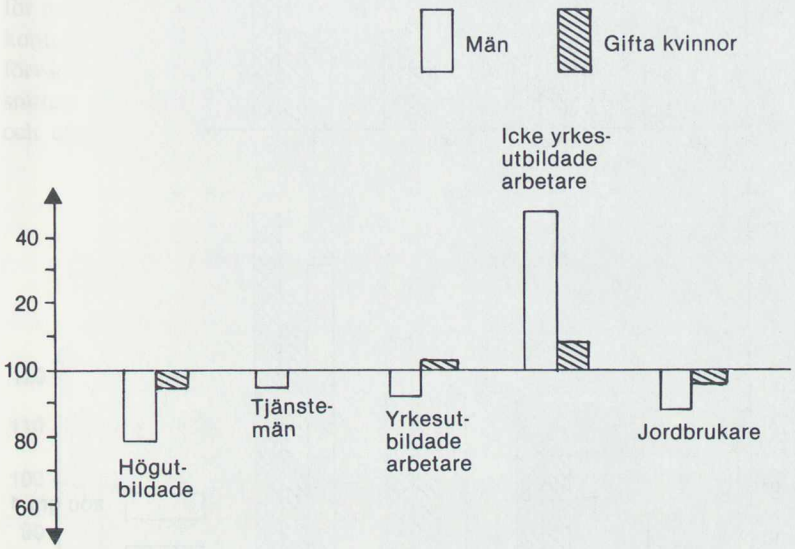


Diagram 3.10 Åldersstandardiserat dödlighetsindex för åldern 15–64 år i socio-ekonomiska grupper. Finland 1969–72.

Källa: (28).

Den genomsnittliga, årliga dödsrisken per 1 000 personer i socialgrupp I (högre tjänstemän och personer med akademisk utbildning), III (yrkesutbildade eller specialiserade arbetare) respektive socialgrupp IV arbetare utan krav på yrkesutbildning redovisas i diagram 3.11 för olika åldersgrupper.

Dödsriskerna i det finska materialet i åldern 1–24 år ligger mellan 0,27 och 2,86. I åldersgrupperna 1–4, 5–9, 10–14 är dödsrisken något lägre i socialgrupp I än i socialgrupp IV. I åldersgruppen 15–24 har socialgrupp I den högsta dödsrisken. Detta förklaras av en högre andel trafikolyckor i denna åldersgrupp.

Huvuddelen av de enskilda dödsorsakerna följer samma fördelningsmönster mellan socialgrupp I, III och IV som ovan redovisats. Undantag är leukemi samt cancer i prostata och tarmar, för vilka socialgrupp I har höga dödsrisker.

Den förväntade återstående livslängden för den manliga befolkningen i Finland är vid födseln 67,5 år i socialgrupp I och 60,3 år i socialgrupp IV. Differensen är alltså 7,2 år.

Sammanfattningsvis konstateras, att "resultaten visar att trots ett väl utbyggt hälso- och sjukvårdssystem i Finland, är det avsevärda skillnader i dödlighet mellan olika socialgrupper. De genomgående höga riskerna för outbildad arbetskraft visar, att livet för dessa grupper präglas av riskfaktorer som kräver speciell uppmärksamhet".

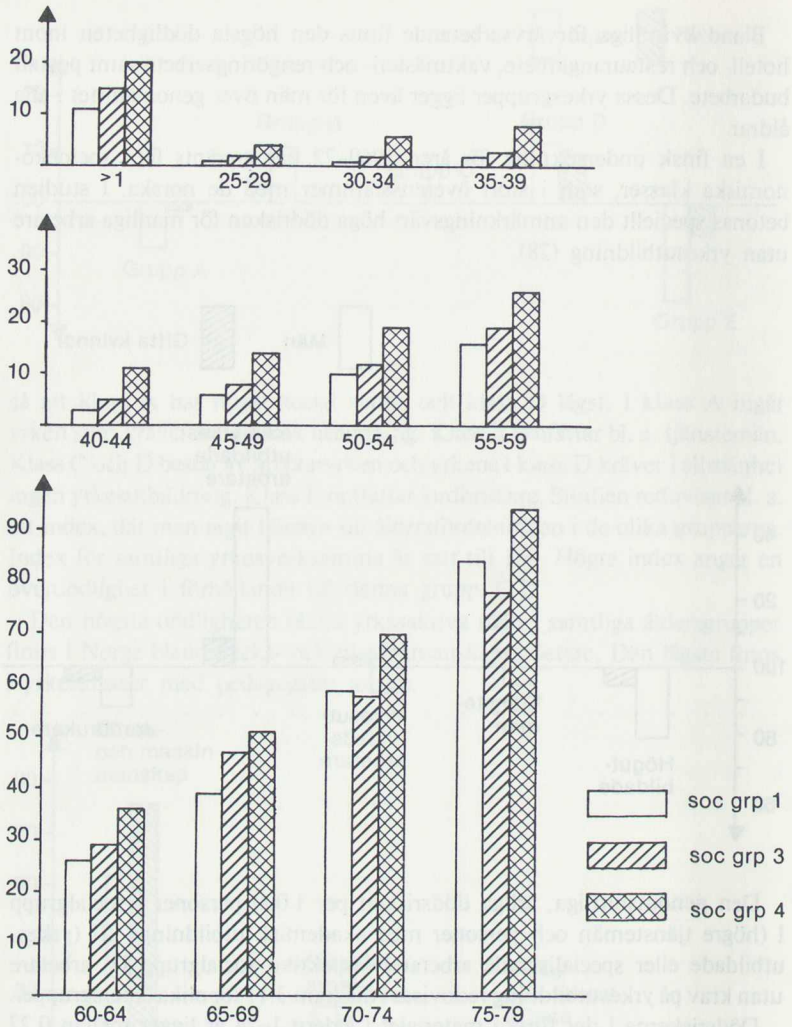


Diagram 3.11 Årlig genomsnittlig dödsrisk för män (per 1 000 i respektive socialgrupp). Finland 1969–72.

Källa: (28).

Skillnaderna i dödsrisk mellan olika socialgrupper i Finland visas också i en studie av Koskenvou m. fl. Denna studie visar bl. a., att om alla män i åldern 25–64 år hade samma dödsrisk som män i socialgrupp I, skulle det innebära en minskning av dödsrisken med 40 procent i dödsfall p. g. a. skador och 21 procent i dödsfall p. g. a. sjukdomar (29).

För kvinnor i samma åldersgrupp skulle motsvarande förändring innebära en minskning av dödligheten med 12 procent i olika sjukdomar.

För hela befolkningen i åldern 25–64 år skulle en dylik eliminering av klassskillnaderna vad avser dödsrisk innebära en minskning av dödligheten med 21 procent.

I Danmark har dödligheten under perioden 1970–75 undersökts. Även i denna studie har en socioekonomisk gruppering gjorts. Denna avviker något från den norska och finska. Klass I består av företagare inklusive

jordbrukare, klass II av medhjälpande makar, klass III av tjänstemän och akademiker, klass IV av yrkesutbildade arbetare och klass V av övriga arbetare. Även i denna studie har ett åldersstandardiserat dödlighetsindex beräknats. Kalkylen omfattar åldersgrupperna 20–64 år. Index har satts till 100 för samtliga förvärvsarbetande tillsammantagna. De olika socioekonomiska klassernas index framgår av diagram 3.12 (30).

Bland företagare hade jordbrukare betydligt lägre dödlighetsindex (67) än övriga (108). Motsvarande skillnad fanns också bland medhjälpande hustrur (74 resp 100). Bland förvärvsarbetande män noterades höga dödlighetsindex, för matroser (218), kypare och kockar (195), bagare (143), slaktare (127) och kontorister (124). Servitriser och kallskänkor (156) hade högst index bland förvärvsarbetande kvinnor. Även husmödrar (140) låg betydligt över genomsnittet. Låga dödlighetsindex uppvisade olika lärarkategorier, jordbrukare och deras medhjälpande makor, officerare och arkitekter.

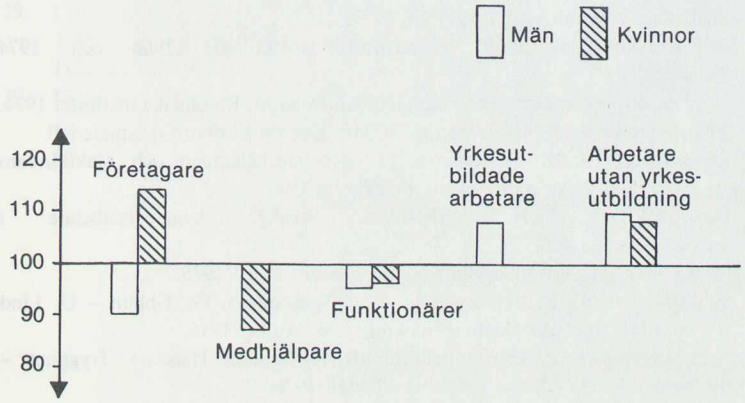


Diagram 3.12 Åldersstandardiserat dödlighetsindex i socioekonomiska grupper, Danmark 1970–75.

Källa: (30).

Referenslista

1. Levnadsförhållanden – Rapport 11. Hälsa och sjukvårdskonsumtion 1975. Statistiska centralbyrån. Stockholm 1978.
2. Levnadsförhållanden – Rapport 8. Översikt över välfärdens fördelning 1975. Statistiska centralbyrån. Stockholm 1977.
3. Levnadsförhållanden – Rapport 19. Regionala levnadsnivåvariationer 75/76. Statistiska centralbyrån. Stockholm 1979.
4. Socialforskningsinstitutets levnadsnivåundersökningar 1968 och 1974 (basmaterial).
5. Synnedsättningar inom befolkningen. Hauffman M. Karolinska institutet 1974.
6. Socialstyrelsens miljövinventering (SOMI). Kerstin Elmhorn (basmaterial).
7. Levnadsförhållanden – Rapport 15. Arbetsförhållanden och sjukfrånvaro 1975/76. Statistiska centralbyrån. Stockholm 1979.
8. Arbetsfrånvaro hos medelålders manliga byggnadsarbetare i Stockholmsregionen.
   T. Theorell – E. Lind. Socialmedicinsk tidskrift nr 10/1975.
9. Sjukfrånvaro bland 1913 års män – en lägesrapport. G. Tibblin – U. Lind Johansson. Arbetarskyddsfondens konferens oktober 1976.
10. Göteborgsregionens kommunalförbunds regionplan. Hälsa – Trygghet – Hälsopåverkande faktorer och dess effekter. 1976.
11. Sjukfrånvaron bland arbetare inom SAF/LO-området 1972 och 1976. T. Eriksen. Riksförsäkringsverket 1979.
12. Kommunvis redovisning av den ersatta sjukfrånvaron 1977. Riksförsäkringsverket 1979.
13. Sjukdomsorsaker inom den allmänna försäkringen 1970. Riksförsäkringsverket 1974.
14. Sjukdomsorsaker inom den allmänna försäkringen år 1966. Riksförsäkringsverket 1968.
15. Allmän försäkring. Årlig. Riksförsäkringsverket.
16. Sjukfrånvaroundersökning i Göteborg. Å. E. Andersson, I. Holmberg. Göteborgs universitet. Preliminärt resultat 1978-05-23.
17. Sjukfrånvaron och dess orsaker. Statistisk analys. Y. Åberg. Stockholms universitet. Arbetarskyddsfondens konferens 1976.
18. Arbetsfrånvaro. Tidigare empirisk forskning. Bilaga till slutrapport del I över studier särskilt inriktade på kvinnans situation i arbetet. S. Ander – B. Edgren m. fl. Laboratoriet för klinisk stressforskning. Rapport nr 75/1978.
19. Övergripande statistik om frånvaro. Några utvecklingslinjer. S. Wahlström – D. Witkowsky-Johansson. SCB. Arbetarskyddsfondens konferens 1976.
20. Levnadsnivå och hälsotillstånd. Utnyttjande av social och medicinsk service i tre Malmö-distrikt. L. Dahlin 1975.

21. Sjukfrånvaron bland tjänstemän anställda inom SAF-området 1973 och 1976. B. Jonsson. Statistiska institutionen. Stockholms universitet och Riksförsäkringsverket 1979.
22. Sjukfrånvaron bland primärkommunalt och statligt anställda 1973 och 1976. B. Jonsson. Statistiska institutionen Stockholms universitet och Riksförsäkringsverket 1979.
23. Socialstyrelsens miljöinventering. Slutrapport 1979.
24. Arbetsfrånvaro med särskild inriktning på kvinnors situation i arbetet. Rapport nr 70. (Multivariata samband mellan å ena sidan sjukskrivning och å andra sidan hälso- och andra förhållanden i och utanför arbetet.) S. Ander, B. Edgren m. fl. 1978.
25. Sjukfrånvaron bland landstingsanställda 1973 och 1976. B. Jonsson. Statistiska institutionen. Stockholms universitet och Riksförsäkringsverket 1979.
26. Befolkningsprognos för riket 1978–2000 – med utblick mot 2025. Information i prognosfrågor 1978:5. Sveriges officiella statistik. Statistiska centralbyrån.
27. Yrke och dödlighet 1970–1973. Statistisk Centralbyrå. Oslo 1976.
28. Social Group and Mortality in Finland. Näyhä S. British Journal of Preventive and Social Medicine 1977 vol 31 231–237.
29. Cause-specific mortality by marital status and social class in Finland during 1969–1971. Markko Koskenvou, Seppo Sarna, Jaako Kaprio och Juoko Lönnqvist.
30. Dödelighed og erhverv 1970–75. Danmarks Statistik. Köpenhamn 1979.

Vårdbehov och vårdefterfrågan

Av Göran Dahlgren, Liisa Ehrnström

4 Vårdbehov inom befolkningen

De uppgifter om vårdbehov som används som planeringsunderlag är vanligen begränsade till den del av befolkningen som aktivt efterfrågat vård.

De som av olika skäl inte efterfrågar den vård de enligt medicinsk praxis behöver förblir okända för dem som arbetar inom hälso- och sjukvårdssystemet.

Det finns dock ett antal studier som inriktats mot att söka belysa såväl de totala vårdbehoven inom befolkningen som att klarlägga hur stor andel av dessa vårdbehov som är otillfredställda dvs. inte föranlett någon kontakt med medicinskt utbildad personal.

I detta kapitel ges en kortfattad redovisning av studier med denna inriktning. Vidare redovisas några vårdbehovsbeskrivningar för totalbefolkningar som i första hand utgår från upplevda vårdbehov inom befolkningen.

4.1 Tillgodosedda och icke tillgodosedda vårdbehov i Stockholms län

4.1.1 *Studiens uppläggning*

I en socialmedicinsk studie, genomförd under åren 1969–1971, har Lars-Olof Bygren studerat andelen tillfredsställda och otillfredsställda vårdbehov bland vuxna i åldern 18–65 år i Stockholms län. (1) Undersökningsgruppen utgörs av ett urval omfattande 2 500 personer i åldern 18–65 år. Undersökningsområdet består av tätortsområden omkring Stockholm och städer i glesare delar samt jordbruksdistrikt inom Stockholms län. Den totala befolkningen i åldern 18–65 år inom det undersökta området var 750 000 vid undersökningstillfällena. Bortfallet var cirka 10 procent och bedömdes inte "påverka" de redovisade resultaten.

Det professionellt definierade vårdbehovet har bedömts som tillgodosett när man fått medicinsk behandling. Icke tillgodosett medicinskt behov har bedömts föreligga när man enligt medicinsk praxis borde ha en läkarkontroll för sin åkomma men inte fått det. Den medicinska bedömningen gjordes efter sedvanlig medicinsk undersökning.

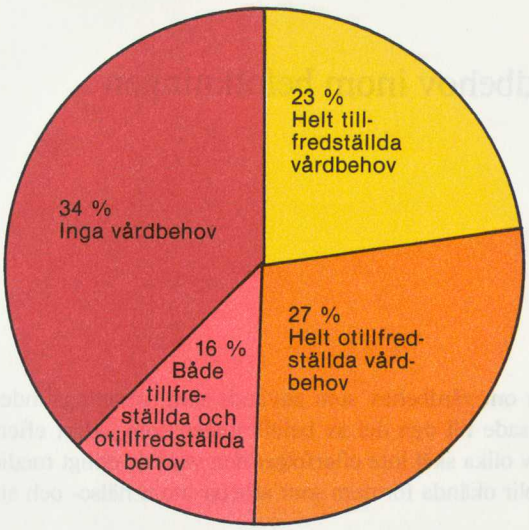


Diagram 4.1 Vårdbehov inom befolkningen i Stockholms län 18–65 år (1969–71).

4.1.2 *Förekomst av icke tillgodosedda vårdbehov*

23 procent av populationen hade under ett år helt tillfredsställda vårdbehov. 27 procent hade helt otillfredsställda behov. Slutligen utgjorde den grupp som hade både tillfredsställda och otillfredsställda behov 16 procent av populationen.

Sammanfattningsvis konstateras att det fanns lika många tillfredsställda som otillfredsställda behov. Detta innebär att endast hälften av dem som hade behov av medicinsk vård i Stockholms län fick denna vård.

4.1.3 *Art och svårighetsgrad*

Fördelningen mellan somatiska sjukdomar och psykiska sjukdomar var lika i båda grupperna. (71 procent somatiska och 29 procent psykiska sjukdomar.) Denna likhet i behov av vård i gruppen med tillfredsställda respektive otillfredsställda behov kvarstår även vid jämförelser på nivån enskilda diagnoser.

De otillfredsställda behoven dominerade dock i följande diagnoser: åderbråck, neuroser, ögonsjukdomar och alkoholism. På motsvarande sätt kan konstateras att de tillfredsställda behoven dominerade i diagnosgrupperna infektionssjukdomar, psykoser och högt blodtryck (hypertoni).

Ett intressant resultat är att personer med högt blodtryck i Bygrens studie tillhör gruppen med relativt väl tillgodosedda vårdbehov.

Nästa steg i analysen var att beskriva hur allvarliga de konstaterade somatiska sjukdomarna var inom gruppen med tillfredsställda respektive otillfredsställda behov. Graden av "allvar" fastställdes med hänsyn till sjukdomens påverkan på individens funktionella kapacitet uttryckt i bl. a. arbetsförmåga. Resultatet sammanfattas i tabell 4.1.

Andra studier (2) har visat att i större städer i Sverige är ända upp till hälften av de personer, som har högt blodtryck oupptäckta och obehandlade.

Tabell 4.1 Grad av funktionsnedsättning inom gruppen med tillfredsställda respektive otillfredsställda vårdbehov

Grad av funktionsnedsättning	Tillfredsställda behov	Otillfredsställda behov
Lätt	0,34	0,36
Medelsvår	0,07	0,06
Allvarlig	0,02	0,01
Totalt	0,44	0,44

Bygren konstaterar att de lätta funktionsnedsättningarna är ungefär lika stora i den grupp som fått sina medicinska behov tillfredsställda som i gruppen med otillfredsställda behov. För de medelsvåra och allvarliga funktionsnedsättningarna finns en tendens, att dessa i något större utsträckning finns i den gruppen som fått sina medicinska behov tillfredsställda. Vidare konstateras att en tredjedel av de allvarliga funktionsnedsättningarna inte hade erhållit någon medicinsk vård. Bygren finner dessa skillnader mellan grupperna med tillfredsställda respektive otillfredsställda behov anmärkningsvärt små.

Mot denna bakgrund var det av speciellt intresse att känna till om *sjukdomens varaktighet* var olika bland dem som hade tillfredsställda respektive otillfredsställda behov. En tänkbar tendens kunde vara att de otillfredsställda behoven hade varit av kortare varaktighet än de tillfredsställda behoven och att man "ännu inte hunnit" söka medicinsk vård. Analysen avseende sjukdomens varaktighet visade dock, att de otillfredsställda behovens varaktighet tycktes vara ungefär lika lång eller eventuellt något längre än varaktigheten hos de tillfredsställda behoven.

4.1.4 *Vårdbehov i olika socialgrupper*

Andelen som under ett år *ej* – enligt gängse medicinsk praxis – haft behov av medicinsk vård är större i socialgrupp I än i socialgrupp III. Detta framgår av diagram 4.2.

I samtliga åldersklasser är andelen män utan medicinska vårdbehov avsevärt större i socialgrupp I och II än i socialgrupp III.

För kvinnor i åldrarna 18–45 år är andelen utan vårdbehov också större i socialgrupp I än i de övriga två socialgrupperna. Anmärkningsvärt stora skillnader föreligger i åldrarna 26–45 år. Inom denna grupp har drygt 40 av kvinnorna i socialgrupp I under ett år ej haft behov av medicinsk vård. Motsvarande andel bland kvinnor i socialgrupp III var enbart 18 procent.

Andelen män med otillfredsställda vårdbehov var större i socialgrupp II och III än i socialgrupp I i samtliga åldersgrupper. Detsamma gällde för kvinnor över 25 år. I åldersgruppen 18–25 år var däremot andelen kvinnor med otillfredsställda medicinska behov större i socialgrupp I och II än i socialgrupp III.

De totala vårdbehoven liksom de otillfredsställda vårdbehoven är således större i socialgrupp III än i övriga socialgrupper. Allvarliga icke tillgodosedda vårdbehov förekom också oftare i socialgrupp III än i övriga socialgrupper.

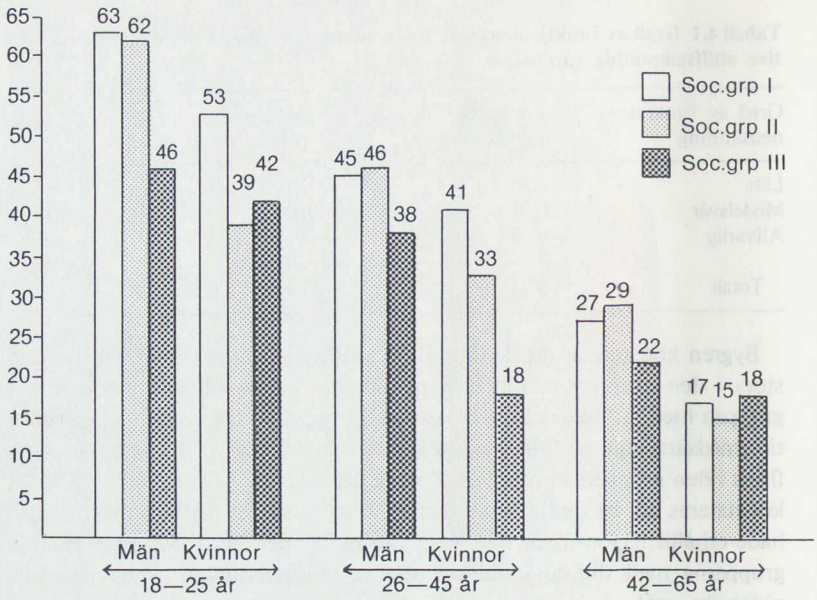


Diagram 4.2 Andel utan medicinskt vårdbehov under ett år i Stockholms län.

4.2 Psykiatriska vårdbehov i Stockholms län

Det är ont om undersökningar av psykiska vårdbehov i en totalbefolkning. I en epidemiologisk studie över psykiatriska vårdbehov i Stockholms län av Karin Björk beskrivs och analyseras de professionellt bestämda psykiatriska vårdbehovens storlek.

4.2.1 *Studiens uppläggning*

Definitionen av psykiatriska vårdbehov har i undersökningen begränsats till att "huvudsakligen gälla individer med psykiska sjukdomar, tillhörande de klassiska diagnosgrupperna, insufficiens eller symtom av viss tyngd, duration eller kvantitet". "Behov av psykisk hjälp i vidare mening såsom förebyggande åtgärder, exempelvis riktad mot speciella riskgrupper, eller rådgivning i krissituationer har däremot inte innefattats i begreppet. Det psykiska behandlingsbehov som mera generellt kan finnas vid somatiska sjukdomstillstånd, har inte heller inbegripits" (3).

Den studerade populationen består av personer mantalsskrivna i Stockholms län (exklusive Stockholms stad) 1969–1970 i åldrarna 18 till 65 år (= 450 000 personer varav 89 procent bodde i tätort).

Urvalet omfattade 2 300 personer. Bortfallet – som ej bedömts märkbart påverka de redovisade resultaten – uppgick till 11,7 procent.

Den psykiatriska undersökningen utfördes av två specialistkompetenta psykiatriker. Deras bedömningar av psykiatriska vårdbehov visar god samstämmighet.

4.2.2 *Tillgodosedda och icke tillgodosedda psykiatriska vårdbehov*

29 procent av befolkningen uppskattades ha psykiatriska vårdbehov. De tillgodosedda psykiatriska vårdbehoven i befolkningen var 12,4 procent. 15,2 procent hade psykiatriska vårdbehov som inte alls var tillgodosedda. Härutöver hade 1,5 procent av befolkningen fått vård, men hade – vilket klart framgick vid undersökningen – ytterligare behov som inte var tillgodosedda.

De icke tillgodosedda vårdbehoven var inte till övervägande del nytillkomna. Att en stor grupp inte fått sina vårdbehov tillgodosedda berodde således inte på, att de endast varat en kort tid.

Vid psykiska störningar av *måttlig till svår grad* har det stora flertalet vårdbehov. Även här har ungefär hälften inte sökt vård.

Vid psykiska störningar av *måttlig till svår grad* har det stora flertalet vårdbehov. Även här har ungefär hälften inte sökt vård.

Det är således – oberoende av de konstaterade psykiska vårdbehovens svårighetsgrad – minst lika vanligt, att man ej erhåller vård som att man efterfrågar och får vård.

4.2.3 *Typ av icke tillgodosedda vårdbehov*

De icke tillgodosedda psykiatriska vårdbehoven fördelar sig på följande sätt: drygt 11 procent i befolkningen har icke tillgodosedda behov av psykiatrisk specialistvård och cirka 5 procent av allmänläkarvård.

4.2.4 *Psykiatriska vårdbehov i olika socialgrupper*

Vid en analys (3) av de psykiska vårdbehoven i olika socialgrupper framkom bl. a. följande resultat:

- Behoven av psykiatrisk vård tenderar att bli större i lägre socialgrupper.
- Kvinnor har oftare än män tillgodosedda psykiatriska vårdbehov inom samtliga socialgrupper. I socialgrupp I är skillnaden mellan män och kvinnor dock inte signifikant.

Tabell 4.2 Andel av befolkningen i Stockholms län med tillfredsställda respektive otillfredsställda psykiatriska vårdbehov

	Tillgodosedda %	Icke tillgodosedda %
Kortvarig psykiatrisk kontakt	0,4	2,1
Långvarig psykiatrisk kontakt	0,8	0,8
Psykodynamiskt inriktad psykoterapi	0,2	1,2
Familjeterapi	0,2	2,3
Ej specificerad psykiatrisk kontakt	0,2	3,6
Terapi för sexualneurotiska besvär	0	0,7
Öppen alkoholvård	0,3	0,6
Öppen narkomanvård	0	0,2
Sluten alkoholvård	0,1	0
Sluten psykiatrisk vård	0,4	0
Sluten narkomanvård	0	0
Allmänläkare	11,1	5,1

- Icke tillgodosedda vårdbehov hos allmänläkare är vanligare i de lägre socialgrupperna. "Socialgrupp I tenderar att oftare söka specialist och mera sällan icke specialist."
- Inga skillnader mellan socialgrupperna framkom när man jämför i vilken utsträckning vårdbehov vid psykiska störningar av olika svårighetsgrad blivit tillgodosett respektive icke tillgodosett.

4.3 Andra studier om psykiatriska vårdbehov

En utgångspunkt för en bedömning av dessa resultat är att göra jämförelser med resultat i liknande studier. I "Utvecklingsplan 1975 för Stockholms läns landsting" sammanfattades ett antal studier som sökt kartlägga omfattningen av psykiska besvär/sjukdomar i en totalbefolkning.

- En norsk studie (Brehmer 1944) undersökte frekvensen av psykisk sjuklighet inom ett område under en 5-årsperiod 1939–1944. Ungefär 28 procent av befolkningen led av psykisk sjuklighet, inklusive de 5,6 procent som hänfördes till psykisk utvecklingshämning.
- Två svenska undersökningar (Essen-Möller 1956 och Hagnell 1966) visade, att inom ett befolkningsområde i södra Sverige hade 14 procent säkra psykiska åkommor 1956. I samma befolkning tio år senare var frekvensen 24 procent.
- Midtown-Manhattan-undersökningen (Srole 1962/1963) visade, att över 20 procent av befolkningen hade betydligt nedsatta funktionsmöjligheter på grund av psykisk sjukdom eller "avvikelse".
- Stirling-County-undersökningen (Leighton 1960/1963) visade, att frekvensen psykisk sjukdom som resulterade i betydligt nedsatt funktionsförmåga förekom hos över 30 procent av befolkningen.
- En undersökning av stockholmspojkar (Jonsson och Kälvesten 1965) i åldern 7–15 år visade, att 25 procent av dem var "problembarn med svår symtombelastning och klart behov av psykiatrisk hjälp". På liknande sätt som vid den vuxenundersökning som redovisats tidigare var andelen symtomfria barn liten, 21 procent.
- Mentalsjukvårdsdelegationen, 1958, redovisar en i dess regi utförd intervjuundersökning av ett slumpvis gjort urval av befolkningen i Stockholm. Där uppgick andelen personer med svåra och invalidiserande symtom till omkring 5 procent och andelen personer med lättare men dock generande störningar till omkring 20 procent av alla undersökta (4).

I ett antal studier har man också sökt klarlägga hur stor andel av de psykiska vårdbehoven som är tillfredsställda respektive otillfredställda.

- En procent av personer med avsevärda psykiska besvär – i tre Malmödistrikt – hade inte sökt läkare för nerverna under det gångna året. Motsvarande andel med lindriga psykiska besvär var 66 procent (5).
- En studie omfattande 175 000 personer i New York genomfördes i slutet på 50-talet. En hemintervjuundersökning av personer 20–59 år utförd av tränade intervjuare samt psykiaters bedömning av svaren visade, att 23 procent hade en betydligt nedsatt funktionsförmåga på grund av psy-

kiska symtom. Ungefär tre fjärdedelar av personerna i denna grupp hade aldrig fått psykiatrisk behandling av något slag. Hälften av dem var inte ens inställda på att professionell hjälp var nödvändig för psykiska problem. (6)

- Scheff har på basis av några epidemiologiska studier visat att andelen obehandlade fall av psykisk störning är mycket större än andelen psykiatriska patienter. Flertalet av dem som inte behandlats har lättare psykiska störningar (7).

Liknande resultat har också framkommit vid en omfattande finsk epidemiologisk undersökning om psykiatriska vårdbehov utförd av två psykiatriker (Väisänen och Lehtinen 1975). (8) Undersökningen, som omfattade åldrarna 15–64 år redovisar följande resultat:

En tredjedel av de undersökta var helt friska. 9 procent av de intervjuade var i påtagligt behov av psykiatrisk behandling. Ytterligare 22 procent förmodades ha uppenbar nytta av sådan behandling.

Man beräknade att motsvarande prevalenssiffror för Finlands hela befolkning mellan 15 och 64 år skulle vara 8 procent respektive 21 procent. Vid tidpunkten för undersökningen fick 4,6 procent någon form av psykiatrisk vård och 2,8 procent specialistvård. 71 procent av de påtagligt vårdbehövande ansåg sig ej behöva vård. Motsvarande andel med lättare vårdbehov var 31 procent.

25–30 procent av totalbefolkningen förefaller alltså enligt medicinsk praxis ha psykiatriska vårdbehov ofta. Personer med otillfredsställda vårdbehov utgör genomgående minst hälften av den totala gruppen med psykiatriska vårdbehov.

4.4 Icke tillgodosedda vårdbehov enligt SCB:s levnadsnivåundersökning

Enligt statistiska centralbyråns levnadsnivåundersökning 1975 (9) uppgav 6 procent, motsvarande 350 000 i den vuxna befolkningen (16–74 år), att de vid ett eller flera tillfällen under en tremånadersperiod upplevt behov av läkarvård utan att söka behandling. Hälften av dessa uppger, att detta skett vid flera tillfällen. Bland rörelsehindrade och personer med nedsatt rörelseförmåga var andelen högre, totalt 14 procent. Mer än hälften angav, att de avstått att söka vård vid flera tillfällen. Svårigheterna att få tag i läkare när det behövs eller långa väntetider var den vanligaste anledningen till att man inte sökt vård. Andra ofta uppgivna skäl var, att åkomman gått över av sig själv, att man haft svårt att komma sig för att söka läkare, att läkarna inget kunde göra samt att det varit svårt att lämna arbetet, få barnpassning eller att man i övrigt haft brist på tid.

Enligt undersökningen är det vanligare att invandrare avstått från att söka läkare än att svenskfödda gjort det.

Den största andelen icke tillgodosedda vårdbehov finns bland invandrare från sydeuropeiska länder, 15 procent mot 6 procent bland infödda svenskar. Språksvårigheter och större kulturellt avstånd mellan det tidigare hemlandet och inflyttningslandet torde göra sig gällande här. Även bland andra ge-

nerationens invandrare och naturaliserade svenskar är andelen med icke tillgodosedda behov något större. Detta tyder på att svårigheterna i det nya landet kvarstår långt efter inflyttningen och att den sociala integrationen därmed är en långvarig process.

När det gäller tandläkarvård uppgav 5 procent, motsvarande nästan 300 000 av den vuxna befolkningen 1975, att de inte sökt vård, trots att de haft besvär med tänderna. Hälften av dessa svarade att det skett vid flera tillfällen. Av de tillfrågade som upplevt behov av tandläkarvård angav 30 procent som skäl härför att det är svårt att få tag i tandläkare och att väntetiderna är långa. Närmare 5 procent av dem som inte sökt vård trots upplevt behov angav ekonomiska skäl.

Enligt 1974 års studie (10) var det ungefär lika många som upplevt behov av tandläkarvård men ändå inte sökt tandläkare. Vid detta tillfälle angav emellertid flera, 14 procent, att ekonomiska orsaker låg bakom detta. Den allmänna tandvårdsförsäkringen – som infördes 1974 – kan sannolikt delvis förklara att andelen som angav ekonomiska skäl minskat mellan 1974 och 1975.

Enligt 1975 års undersökning varierade andelen personer med icke tillgodosedda vårdbehov mellan olika regioner i landet. Tydligast och mest systematiskt framträder skillnaderna bland dem som vid flera tillfällen avstått från att söka tandläkare. I alla åldersgrupper är andelen störst i norra glesbygden.

Tabell 4.3 Upplevt men ej tillgodosett behov av tandvård vid flera tillfällen efter ålder och H-region. Procent. ULF 1975

	16–44	45–64	65–74	Alla
H 1 Stockholm	2,2	2,0	2,3	2,1
H 2 Göteborg/Malmö	2,3	1,6	1,3	1,9
H 3 Större städer	2,8	2,0	1,9	2,4
H 4 Södra mellanbygden	2,3	3,0	4,5	2,9
H 5 Norra tätbygden	1,9	3,2	3,7	2,6
H 6 Norra glesbygden	4,2	2,8	5,4	3,9
Hela riket	2,5	2,3	2,9	2,5

I ULF år 1977 ställdes frågan om de intervjuade hade kunnat få tid hos den tandläkare som de vänt sig till under de senaste tre månaderna. 5 procent av dem som hade akuta besvär hade inte fått tid hos någon tandläkare. Av dem som inte hade akuta besvär hade 11 procent inte lyckats få tid hos tandläkare. (11)

4.5 Analyser av icke tillgodosedda vårdbehov i Finland

En finsk riksomfattande undersökning (12, 13) har också belyst frågan om icke tillgodosedda vårdbehov. Undersökningen med hälsointervjuer genomfördes första gången före sjukförsäkringsreformen 1964 och har sedan upprepats 1968 och 1976. Vid varje tillfälle intervjuades närmare 17 000 vuxna personer över 15 år som inte vistades på institutioner. Urvalet representerade

landets samtliga kommuner. Bortfallet vid undersökningen var litet, under första undersökningen cirka 9 procent och vid undersökningen 1968 cirka 3 procent.

Intervjuerna gjordes av hälsocentralernas hälsovårdare motsvarande svenska distriktssköterskor. Genom att intervjuerna gjordes av medicinskt utbildad personal som dessutom hade lokal förankring, anser man att tillförlitligheten och exaktheten i uppgifterna om sjuklighet är bättre än vid lekmannaintervjuer. En annan effekt av detta är, att svaren inte enbart representerar de tillfrågades uppfattningar utan till en del även intervjuarnas och deras kunskaper om de tillfrågades hälsotillstånd. Detta har framgått bl. a. av den efteranalys som gjorts av intervjumaterialet – språket och användandet av diagnoser i svaren och i förekommande fall jämförelser med journaler.

Både i 1964 och 1968 års[1] undersökningar tillfrågades de intervjuade om de haft annat besvär eller annan sjukdom än vad som uppgivits som långvarig sjukdom eller anledning till den senaste sjukfrånvaron, eller till det senaste läkarbesöket och som de önskade få läkarundersökning eller läkarvård för. Beroende på frågans avgränsning belyser den endast en del av icke tillgodosedda vårdbehov, eftersom den uteslöt de eventuellt tidigare omnämnda sjukdomarna. Denna kallas i undersökningen "annan sjukdom".

Andelen som hade sådant besvär och önskade läkarundersökning eller läkarvård hade ökat något mellan undersökningsåren från 13 procent till 16 procent. Under båda åren var det flera på landsbygden än i tätbygden och flera män än kvinnor och mycket vanligare bland personer i medelåldern, (åldersgrupperna 45–54 och 55–64), än i de yngsta och äldsta åldersgrupperna. De huvuddiagnosgrupper, som har central ställning ifråga om långvariga sjukdomar dominerade även ifråga om de besvär som vård inte ännu sökts för. Detta framgår av tabell 4.4.

För att åskådliggöra omfattningen av dessa icke behandlade sjukdomar i befolkningen nämns bl. a att 3,4 procent (över 60 000 av landets vuxna kvinnor) 1968 uppgav sig ha sjukdomar tillhörande huvudgruppen Uro-genitalorganens sjukdomar. De ansåg sig själva behöva undersökas eller behandlas för dessa.

1968 års undersökning visade, att den allmänna sjukförsäkringen minskat den tidigare kraftiga ortsvisa och regionala skillnaden i utnyttjandet av läkartjänster i öppen vård. Den ökade benägenheten att söka vård hade framför

Tabell 4.4 Vuxna personer med annan sjukdom än sådan som angivits som långvarig, orsak till läkarbesök eller sjukskrivning i huvuddiagnosgrupper 1968

Huvuddiagnosgrupper	Andel %	Ändring 1964–1968
Skelettets och rörelseorganens sjukdomar	20,5	+1,7
Ofullständigt preciserade fall	18,1	−4,8
Matsmältningsorganens sjukdomar	17,0	+0,3
Cirkulationsorganens sjukdomar	11,7	−0,1
Uro-genitalorganens sjukdomar	10,5	+3,6
Andra sjukdomar	22,2	−0,7
	100	

[1] 1976 års undersökningsresultat ännu ej helt publicerat.

allt skett bland akut sjuka och bland dem som tidigare haft relativt låg konsumtionsnivå.

Beträffande de långvarigt sjuka konstateras dock, att möjligheterna att få läkarvård fortfarande var mera begränsad i glesbygd än i tätort (tabell 4.5). Av samtliga ca 1,1 miljon långvarigt sjuka hade hälften regelbunden läkarkontakt, 30 procent behövde inte regelbunden vård medan 20 procent hade blivit utan den vård de ansåg sig behöva. Av dessa ca 200 000 personer med icke tillgodosedda vårdbehov bodde två tredjedelar i glesbygd och en tredjedel i tätort.

Tabell 4.5 Icke tillgodosedda vårdbehov – andel av samtliga långvarigt sjuka i olika regioner efter kommuntyp 1968

Region	Landsorts-kommuner	Städer, köpingar	Alla kommuner
Norra Finland	26,5	18,3	25,1
Västra Finland	21,6	18,7	21,0
Östra Finland	24,1	12,7	21,5
Sydvästra Finland	22,5	17,8	20,6
Södra Finland	18,1	14,1	15,1
Hela landet	22,6	15,7	20,1

I tabell 4.6 redovisas huvudsakliga anledningar till utebliven vård för långvarigt sjuka. Det framgår att trots sjukförsäkringen var bristande ekonomiska resurser det vanligaste hindret för att söka vård. Var fjärde tillfrågade ansåg att de väsentligaste hindren var att komma från arbetet och att det fanns för få läkare. Man konstaterar att alla dessa orsaker var påverkbara genom hälso- och socialpolitiska åtgärder. Därigenom skulle en betydande del av de långvarigt sjuka som blivit utan vård få möjlighet till undersökning, vård och behandling.

Tabell 4.6 Huvudsakliga anledningar till utebliven vård för långvarigt sjuka 1968

	%
Brist på pengar	45,1
Svårt att komma sig för	13,4
Arbetet och andra uppgifter hindrat	13,9
Brist på läkare och långt avstånd	10,0
Sjukdom eller skada för liten	4,3
Andra orsaker	13,4

I 1976 års undersökning (14) gjorde hälsovårdarna skattningar på icke tillgodosedda vårdbehov hos samtliga ca 17 000 intervjuade. De bedömde även huruvida den intervjuade erhöll erforderlig vård för sin sjukdom och om så inte var fallet vilken form av vård/service som i första hand behövdes. Enligt bedömningen hade 13 procent av den vuxna befolkningen vårdbehov som icke var tillgodosedda. Andelen var något högre i de äldsta åldersgrupperna.

Tabell 4.7 Icke tillgodosedda vårdbehov efter ålder 1976 i procent

Ålder	Kvinnor	Män	Samtliga
15–64	10,7	10,6	10,7
65–74	13,1	14,5	13,7
75–	17,0	13,8	15,5

I åldersgrupperna under 65 år var det i första hand behovet av läkarvård som inte var tillgodosett. I de äldsta åldersgrupperna ökade behovet av socialtjänstens insatser. I åldersgruppen över 75 år ansågs 42 procent behöva i första hand hjälp från den sociala hemtjänsten mot 5 procent i gruppen under 65 år.

Tabell 4.8 Primära vårdbehov – icke tillgodosedda – procentuell fördelning efter åldern

Vårdform	15–64		65–74		Över 75	
Läkartjänster	31,4		31,2		18,3	
Tandvård	23,2	88,7	8,5	70,5	4,6	45,6
Andra hälso- och sjukvårdstjänster	34,1		30,8		22,7	
Social hemtjänst	5,0		22,1		41,5	
Andra sociala tjänster	6,3	11,3	7,4	29,5	12,9	54,4
Summa	100	100	100		100	

4.6 Sammanfattande kommentar

Samtliga redovisade studier visar på relativt höga andelar otillfredsställda vårdbehov. De professionellt definierade ligger dock avsevärt över de subjektivt upplevda otillfredsställda vårdbehoven.

Oberoende av om man utgår från upplevda eller professionellt klarlagda otillfredsställda vårdbehov tyder resultaten på en allvarlig begränsning i den typ av sjukvård som finns bl. a. i de nordiska länderna. Trots de stora resurser som satsas på en utbyggnad av hälso- och sjukvård når den bara ungefär hälften av dem som vid en professionell bedömning behöver vård.

Tar man detta som utgångspunkt för planeringen av framtidens hälso- och sjukvård, framstår det som en självklar huvudinriktning att man bör bygga ut primärvården och helt nya former av uppsökande hälsovård.

Vad är det som driver respektive hindrar en människa med behov av vård att efterfråga denna vård? Detta centrala – men i planeringssammanhang alltför sällan beaktade – sjukvårdspolitiska problem behandlas i nästa kapitel.

5 Några faktorer som påverkar vårdefterfrågan

Medicinska, sociala och ekonomiska faktorer påverkar individens efterfrågan på hälso- och sjukvårdens tjänster. En förändring av hälsotillståndet, med en upplevelse av ohälsa, är naturligtvis den primära faktorn. Genom ett flertal studier är det väl dokumenterat att benägenheten att söka vård också varierar med ålder och kön. Därutöver har vårdresursernas tillgänglighet – ekonomiskt och geografiskt – möjligheterna till vård i hemmet och individens utbildning funnits höra till de viktigaste faktorerna som påverkar vårdefterfrågan (15).

Detta kapitel belyser några av de faktorer som, förutom hälsotillståndet, påverkar den primära efterfrågan på vård. Dessa är individens sociala situation med växlande möjligheter till vård i hemmen, individens egna resurser i form av utbildning och ekonomi och vårdresursernas tillgänglighet. Den sekundära efterfrågan behandlas i avsnittet "Vårdresurser och vårdutnyttjande".

5.1 Vård och omsorg i informella relationer

Trots att samhället i ökande utsträckning tar över uppgifter inom vården och omsorgen står familjen och andra närstående fortfarande för stor del av ansvaret.

Flera undersökningar har visat att bara 10–30 procent av hälsoproblemen som finns i en befolkning är kända av vårdorganen. I en undersökning om barnfamiljernas sjukdomar i ett förortsområde till Stockholm fann man t. ex. att omkring två tredjedelar av hälsoproblemen aldrig når vårdsystemet men ändå i stor utsträckning omhändertas (16).

Omkring hälften av alla hemvårdspatienter får fortfarande vård av anhöriga.

Av de cirka 400 000 personer 16–74 år som är rörelsehindrade får drygt hälften regelbunden hjälp eller tillsyn i hemmet (tabell 5.1). Det är vanligast att denna hjälp ges av medlem i samma hushåll, annan släkting, granne eller bekant (9).

Enligt pensionärsundersökningen är det också vanligast att de ålderspensionärer (63 procent) och förtidspensionärer (75 procent) som inte själva kan klara de dagliga sysslorna (matlagning, personlig hygien, inköp av livsmedel, av- och påklädning etc.) får hjälp av någon närstående.

Tabell 5.1 Tillsynsförhållanden bland personer som är rörelsehindrade. Andel av samtliga rörelsehindrade, %

	Män	Kvinnor	Samtliga
Får ej regelbunden hjälp eller tillsyn	44	48	46
Regelbunden hjälp eller tillsyn ges av:			
Hushållsmedlem	40	25	31
Annan släkting, granne etc	5	15	11
Hemvårdare, hemsamarit	9	21	16
Personal på vårdhem etc.	5	5	5
Annan person	3	2	3
Behöver mera hjälp	3	13	9

Källa: ULF 1975:11.

År 1977 fick totalt 36 procent av ålderspensionärer hjälp av någon hushållsmedlem, granne, nära vän eller bekant. Inte mindre än 26 procent fick hjälp dagligen inklusive lördag och söndag. För förtidspensionärerna var motsvarande andelen 50 respektive 43 procent. I den äldsta åldersgruppen, 80 år och äldre, fick 44 procent hjälp av hushållsmedlem eller annan närstående, 32 procent dagligen (17).

När det gäller den informella hjälpens omfattning saknas uppgifter som möjliggör jämförelser över tiden. Hemsjukvårdens och sociala hemhjälpens tillväxt tyder dock på, att anhörighjälpen minskat väsentligt sedan en tid tillbaka. Antalet patienter inom hemsjukvården har ständigt ökat. År 1961 utgick hemsjukvårdsbidrag till ca 6 000 personer. Tio år senare hade antalet femdubblats (18). Enligt LKELP 1979 var antalet bidragstagare drygt 40 000 år 1977. I början var det endast anhöriga som svarade för den sjukvård i hemmen för vilken hemsjukvårdsbidrag utgick. Andelen anhörigvårdare har emellertid senare minskat, samtidigt som andelen offentligt anställda vårdare ökat. År 1962 vårdades 70 procent av hemsjukvårdspatienterna av anhörig mot 54 procent 1977 (19, 20).

Utvecklingen inom den sociala hemhjälpen har gått i samma riktning. Sedan 1960-talets början, då de flesta kommunerna hade etablerad hemhjälpsorganisation, har verksamheten byggts ut kraftigt.

År 1960 fick 79 000 handikappade och ålderspensionärer social hemhjälp. Tio år senare hade antalet ökat till ca 250 000 och år 1978 till 350 000. Den andel, som är hjälpta av anhöriga avlönade som samariter, har däremot krympt sedan 1970 från 9 till 4 procent år 1978. Uppgifter för tidigare år saknas. Av ålderspensionärer, 67 år och äldre, fick 6 procent social hemhjälp 1962. År 1978 var andelen hjälptagare bland pensionärer 22 procent (20, 21).

Denna utveckling beror till stor del på att andelen mycket gamla personer ökat i snabb takt. En annan väsentlig orsak till utvecklingen är vidare den ökade förvärvsfrekvensen bland kvinnorna. Deras möjligheter att ta hand om äldre och mera vårdkrävande anhöriga har därmed minskat. Hushållen har blivit mindre. Antalet ensamboende har ökat. Allt detta har medfört, att långvarigt sjuka, handikappade och pensionärer blivit mera beroende av professionell hjälp.

5.1.1 *En åldrande befolkning*

Framtiden kommer enligt prognoserna att kännetecknas av att befolkningsökningen stagnerar och antalet äldre ökar. Enligt SCB:s prognos från 1978 beräknas antalet personer i åldrarna 65 år och äldre öka med över 160 000 mellan åren 1977–1990 (22).

Efter en obetydlig minskning mot seklets slut skulle gruppen åter öka kraftigt i början av 2000-talet. År 2025 beräknas pensionärsgruppen utgöra en femtedel av befolkningen. Se diagram 5.1.

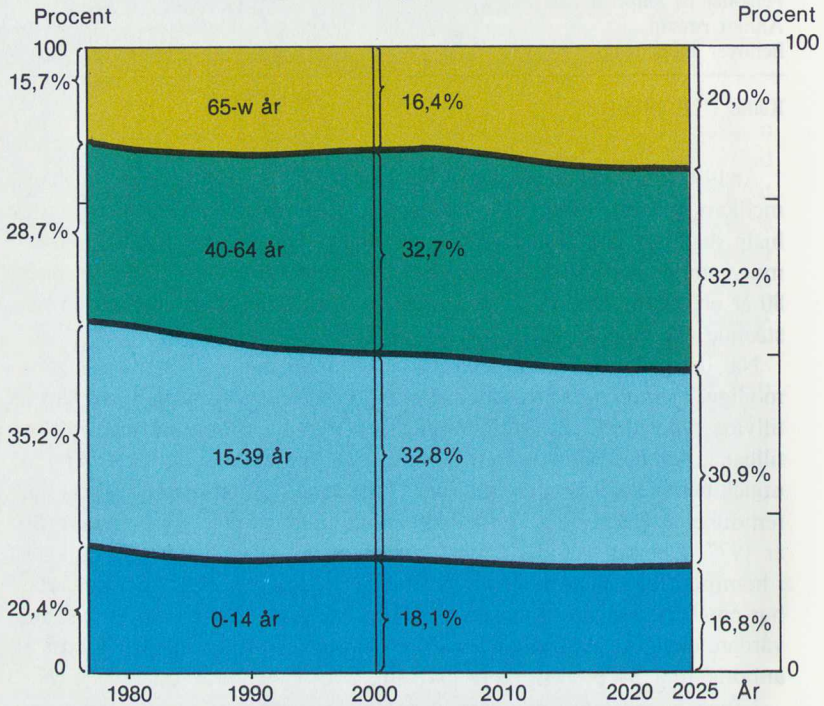


Diagram 5.1 Befolkningsutveckling i olika åldersgrupper 1977–2025. Kumulativ fördelning.

Källa: Information i prognosfrågor 1978:5.

Samtidigt som andelen äldre ökar, sker en förskjutning mot de allra högsta åldrarna. Den relativt sett största ökningen sker i de äldsta åldersgrupperna, 80 år och däröver. Gruppen 80 år och äldre skulle fram till sekelskiftet öka från 240 000 till ca 370 000 personer, en ökning på 53 procent. År 2000

Tabell 5.2 Antalet personer i åldrarna 65–w år 1977–2025

Ålder	1977		1990		2000		2025	
	Antal (1 000-tal)	%	Antal (1 000-tal)	%	Antal (1 000-tal)	%	Antal (1 000-tal)	%
65–69	448	34,4	435	29,7	358	26,3	433	27,7
70–74	358	27,5	383	26,1	334	24,6	393	25,2
75–79	257	19,7	303	20,7	298	22,0	358	23,0
80–84	149	11,5	205	14,0	206	15,2	236	15,1
85–89	66	5,1	99	6,8	111	8,2	98	6,3
90–	23	1,8	39	2,7	50	3,7	42	2,7
Totalt	1 301	100	1 464	100	1 357	100	1 560	100

beräknas det finnas 70 000 fler personer över 85 år än år 1977, vilket innebär en ökning med 80 procent. Utvecklingen inom de enskilda femårsklasserna framgår av tabell 5.2.

De äldsta är också de mest vårdbehövande. Det är först vid 80 år och däröver som merparten av de äldre får vård och omsorg i någon form. Nästan samtliga av dem som fyllt 90 år får samhällets stöd i någon form. (Tabell 5.3.)

Förskjutningar i befolkningens ålderssammansättning och dess inbördes proportioner har betydelse för tillgången på omsorg. Nedanstående relationstal mellan äldre och befolkningen i aktiva åldrar visar att tillgången på omsorgsgivare generellt minskar.

Tabell 5.3 Erhållen vård och service 65–w 1975

	Procent av samtliga i åldersgruppen						
	65–69	70–74	75–79	80–84	85–89	90–w	Samtliga
Social hemhjälp	5,8	13,4	26,4	37,6	39,7	35,1	17,6
Servicebostäder[a]	(0,2)	(0,4)	(0,7)	(1,0)	(1,2)	(1,2)	(0,5)
Ålderdomshem	0,5	1,5	4,5	12,0	23,6	39,8	4,7
Somatisk långtidssjukvård	0,6	1,3	3,0	6,0	12,1	22,2	2,8
Psykiatrisk sjukvård	0,8	1,4	1,6	2,3	2,6	2,6	1,4
Samtliga	7,6	17,5	35,5	58,0	78,1	99,8	26,4

[a] Boende i servicebostäder delvis förda också under social hemhjälp.

Källa: SOU 1977:98.

Tabell 5.4 Antalet äldre per 1 000 invånare i åldern 18–64 år

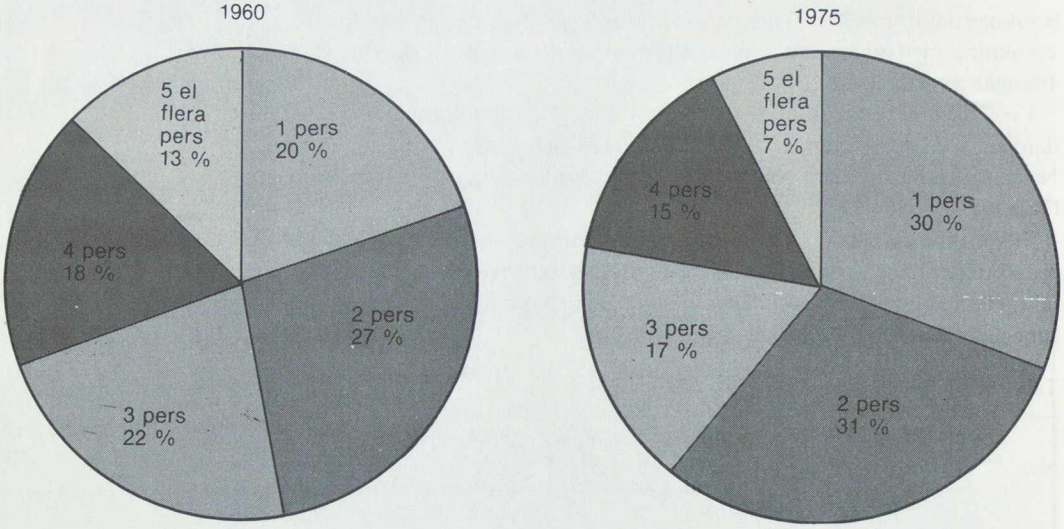
	65 år och äldre	80 år och äldre
1975	253	45
1980	275	53
1990	289	68
2000	261	71

Underlag: SOU 1977:98.

5.1.2 *Många ensamboende*

De faktiska möjligheterna till vård av anhöriga minskar genom att hushållen blivit mindre och ensamboendet ökat. År 1975 fanns i genomsnitt 2,4 boende per hushåll mot 2,9 år 1960.

De vanligaste hushållstyperna är numera en- och tvåpersonshushåll. Dessa har relativt sett ökat i andel mellan åren 1960–1975. Andelen enpersonshushåll har ökat mest, från 20 till 30 procent. Detta innebär att ca en miljon människor är ensamboende. Andelen hushåll med två personer har under samma period ökat från 27 till 31 procent.



Antal hushåll med	
en person	522 000
två personer	702 000
tre personer	566 000
fyra personer	453 000
fem personer eller flera	339 000
Summa	2 582 000

Antal hushåll med	
en personer	997 000
två personer	1 025 000
tre personer	562 000
fyra personer	504 000
fem personer eller flera	237 000
Summa	3 325 000

Diagram 5.2 Hushåll efter antal boende 1960 och 1975. Underlag: FOB 1975 2:2–3.

Samtidigt har andelen hushåll med tre eller flera boende minskat. Endast 7 procent av hushållen bestod år 1975 av fem personer eller fler mot 13 procent 1960.

Utöver ensamboende är den relativt stora gruppen ensamboende föräldrar med barn en utsatt grupp ur vård- och omsorgssynpunkt. År 1975 utgjorde den 8 procent (250 000 hushåll) av samtliga landets 3,3 miljoner hushåll. Mer än hälften, 160 000, av dessa hushåll bestod av en vuxen med ett barn under 18 år (23). (Diagram 5.3.)

När familjekretsen blir mindre minskar samtidigt tillgången på hjälp och stöd. Det gäller både i praktiska frågor och i situationer när andras kunskaper och erfarenheter kan vara till nytta. Man blir hänvisad till hjälp från andra utanför den egna familjen. Finns inga alternativa "informella resurser" måste man vända sig till samhällets vårdorganisation.

Ökad geografisk rörlighet har inte sällan medfört, att generationerna skilts åt. De yngre har svårare att vårda sina gamla eller sjuka anhöriga.

Generationsskilt boende gäller emellertid inte enbart släkten/familjen utan präglar även boendemiljön. Problemen från glesbygden är välkända.

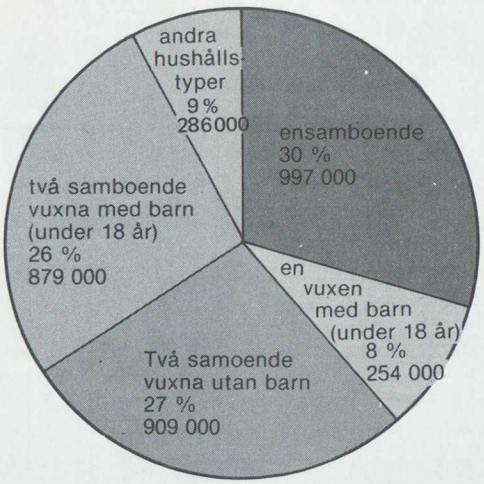


Diagram 5.3 De vanligaste hushållstyperna 1975.

Källa: Sundström G.: Omsorger oss emellan. FoB 1975.

Många nya förortsområden med ung befolkning och många ensamboende saknar också t. ex. den resurs som den äldre generationen utgör med sin livserfarenhet och kunskap.

5.1.3 *Flera kvinnor förvärvsarbetar*

Allt flera kvinnor förvärvsarbetar utanför hemmet. De har därmed mindre möjligheter att engagera sig i vården och omsorgen av gamla eller sjuka anhöriga. För de förvärvsarbetande är det fråga om både ork och tid att ställa upp när det behövs. Kvinnorna svarar fortfarande för det mesta arbetet i det egna hemmet, oavsett om de arbetar hel- eller deltid (24). Detta framgår av diagram 5.4.

Under perioden 1965–1975 har antalet kvinnor i arbetskraften ökat kontinuerligt, totalt med 380 000 personer. Ökningen har ägt rum i samtliga åldrar mellan 20–64 år. Det relativa arbetskraftstalet för samtliga kvinnor 16–74 år ökade från 49 till 59 procent. Ökningen har varit störst bland gifta kvinnor och kvinnor med barn under sju år.

År 1965 förvärvsarbetade omkring 37 procent av kvinnor med barn under sju år. Andelen hade stigit till 61 procent år 1975 (diagram 5.5).

Kvinnornas relativa arbetskraftstal väntas öka fram till 1990, när kvinnorna i de flesta åldersgrupper uppnår samma förvärvsfrekvens som männen. År 1990 beräknas 79 procent av samtliga kvinnor förvärvsarbeta. Andelen väntas bli högre bland kvinnor med småbarn nämligen 94 procent (25).

Sekretariatet för framtidsstudier har inom projektet "Omsorgen i samhället" redovisat proportionerna mellan kvinnor i åldrar 45–59 år och antalet personer 65 år och däröver. Åldersintervallet har valts, därför att det för majoriteten sammanfaller med att de egna föräldrarna börjar behöva extra omsorg, samtidigt som barnen börjat lämna boet och man fortfarande har

[1] Relativa arbetskraftstalet = befolkningen i arbetskraften i procent av totalbefolkningen i respektive åldersklass.

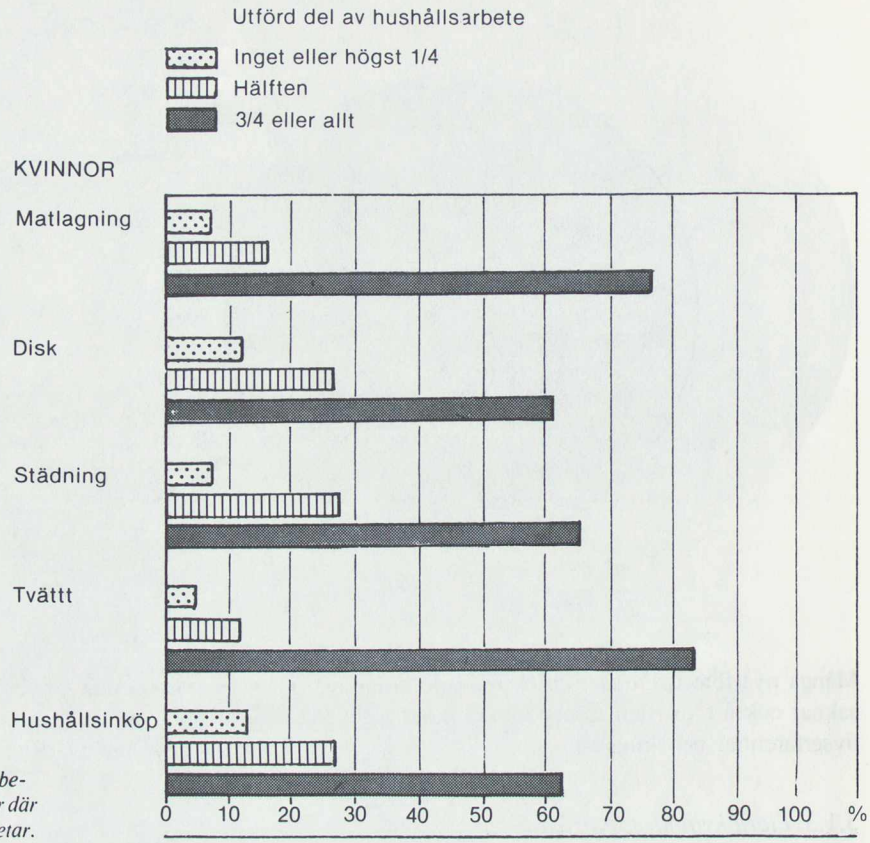


Diagram 5.4 Hushållsbetets fördelning i familjer där båda makar heltidsarbetar.

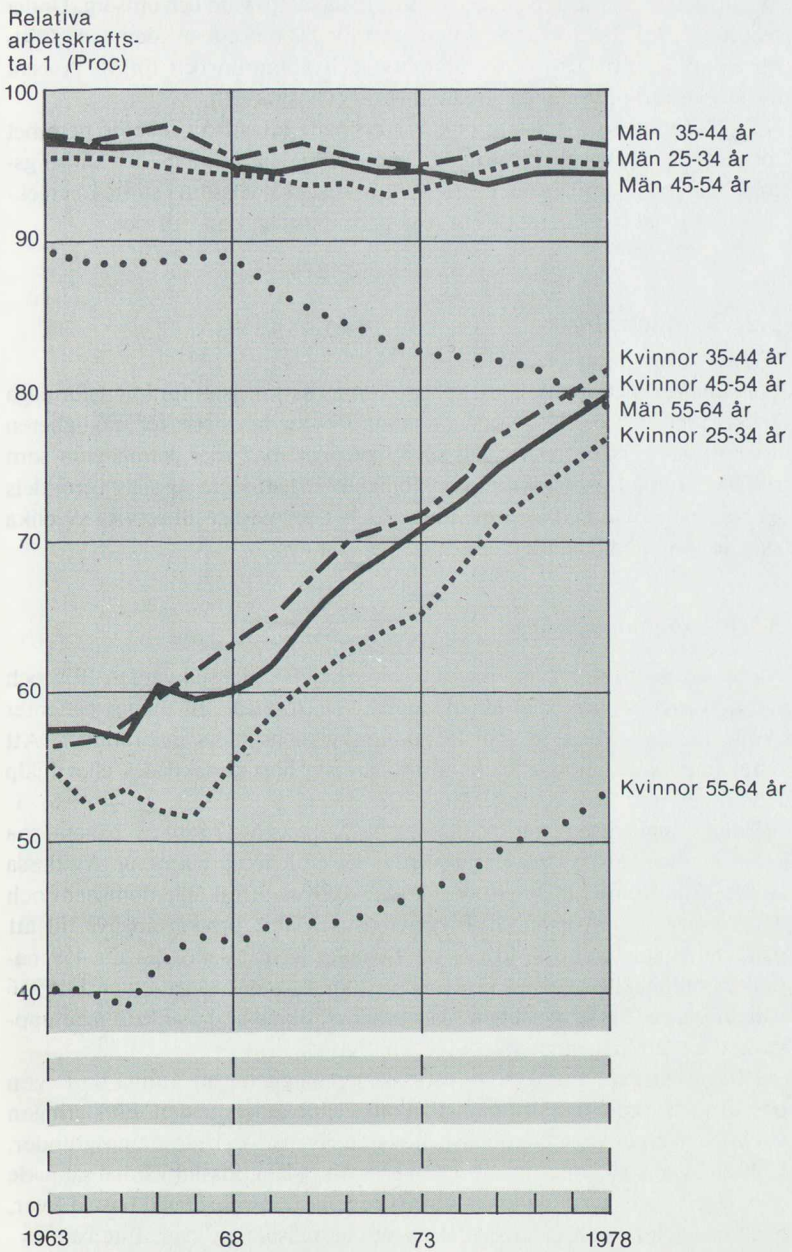
gott om krafter kvar. Inom projektet har konstaterats, att dels blir de potentiella omsorgsgivarna färre i relation till antalet äldre, dels arbetar de i stor utsträckning utanför hemmet.

Tabell 5.5 Tillgången på omsorgsgivare per omsorgsmottagare

År	Personer 65 år och äldre. % i hela befolkningen	Kvinnor 45–49 år		
		% i hela befolkningen	Per 1 000 äldre 65–	Därav ogifta
1950	10,2	9,4	780	180
1975	15,3	9,1	590	44
2000	16,2	10,2	630	47

Källa: Sundström G.: Omsorger oss emellan.

Av gifta sammanboende kvinnor i åldern 45–49 år förvärvsarbetade 74 procent år 1975. Nästan hälften av dem arbetade heltid, 37 procent lång deltid (20–34 t/v) och 18 procent kort deltid. Ett minskat omhändertagande i de informella relationerna ansågs snarare kunna förklaras med förskjutningen i befolkningens åldersstruktur och framför allt kvinnornas ökande förvärvsarbete än avtagande "vilja" (26).



1) Relativa arbetskraftstalet = befolkningen i arbetskraften i procent av totalbefolkningen i respektive åldersklass.

Diagram 5.5 Relativa arbetskraftstal med fördelning efter kön och ålder åren 1963–1978.

5.1.4 *Sammanfattande kommentar*

Utvecklingen mot minskande möjligheter till vård och omsorg i informella relationer kan väntas fortsätta. Samtidigt som möjligheterna till vård i hemmen minskat, har den ökade kvinnliga förvärvsfrekvensen möjliggjort ut-

byggnaden av samhällets gemensamma resurser för vård och omsorg. Under perioden 1965–1975 svarade kvinnorna för 80 procent av den sysselsättningsökning som ägde rum inom stat och kommun och för 90 procent av sysselsättningsökningen inom hälso- och sjukvård.

De kvinnor, som tidigare inte var tvungna att arbeta utanför hemmet för sin eller familjens försörjning, kunde ägna sig åt vård- och omsorgsuppgifter inom familjen/släkten. Dessa insatser fördelas nu i större utsträckning som tjänster i samhällets regi och kommer flera till del.

5.2 Boendemiljö

För personer med rörelsehinder eller på annat sätt nedsatt funktionsförmåga är bostaden och den yttre boendemiljön av stor betydelse för möjligheten att bo kvar hemma. Det gäller såväl personer med mer permanenta som tillfälliga funktionsnedsättningar. Möjligheterna att klara sig själv beror dels på bostadens standard och utrustning, dels t. ex. närhet till service av olika slag och möjligheter till hjälp med dagliga sysslor.

5.2.1 *Institutionalisering*

Av bl. a. undersökningarna om den somatiska långtidssjukvården 1975 och om den psykiatriska långtidssjukvården 1976 framgår, att många patienter skulle kunna skrivas ut från långtidssjukvårdens olika institutioner. Att detta inte skett berodde bl. a. på att lämplig bostad saknades eller hjälp i hemmet inte kunde erhållas (27, 28).

Enligt långvårdsenkäten bedömdes ca 22 procent (7 800) av patienterna inom den somatiska långtidssjukvården ha en felaktig placering. Av dessa skulle 23 procent (1 800 personer) kunna skrivas ut till ålderdomshem och 16 procent (1 300 personer) till egen bostad. Flera orsaker angavs till att patienterna inte kunnat skrivas ut. Lämplig bostad saknades för 459 patienter, otillräcklig hemsjukvård angavs som skäl för 348 patienter. För 316 patienter kunde inte social hemhjälp erhållas. Bland andra anledningar uppgavs t. ex. att patienten inte ville bli flyttad.

I fråga om bedömningen av patienters möjligheter att kunna bo i egen bostad var variationerna stora mellan olika sjukvårdsområden. Förklaringen var inte enbart olika omvårdnadsbehov utan även olika bedömningsgrunder. Hälften av alla patienterna inom den somatiska långtidssjukvården saknade t. ex. egen bostad. Av de drygt 15 000 personer, som hade sin bostad kvar, beräknades inte fullt en tredjedel ha sitt bostadsbidrag kvar. Inte bara avsaknad av egen bostad utan även vetskapen om avsaknaden av social förankring utanför institutionerna torde påverka bedömningarna. Långvårdsenkäten redovisar t. ex. att de flesta patienter kunnat "ha permission" i bostaden, men att det inte kunnat ordnas för drygt 10 000 patienter. Den vanligaste anledningen var, att man inte kunnat få hjälp av anhörig (8 000 personer). Omkring 700 saknade lämplig bostad. Bland andra anledningar uppgavs, att man inte ville eller vågade samt att avståndet till anhöriga var långt eller att anhöriga saknades. Totalt hade 13 procent av långvårdens patienter inga regelbundna kontakter med yttervärlden (27).

Av patienterna inom psykiatrisk långvård ansågs 8 procent (ca 1 200 personer) kunna skrivas ut till egen bostad. Av dessa saknade 20 procent lämplig bostad. För 28 procent var anledningen att hemsjukvården var otillräcklig eller att det inte var möjligt att erhålla social hemhjälp. Omkring 5 500 av de totalt 24 500 patienter, som enkäten omfattade, hade sin bostad kvar. Även här framkom, att en stor del av dem som hade bostaden kvar aldrig hade haft bostadsbidrag eller fått det indraget.

Även för ett stort antal patienter inom den psykiatriska långvården hade permissioner inte kunnat ordnas. I cirka 7 000 fall angavs, att man inte kunnat få hjälp av någon anhörig. Omkring 1 100 saknade lämplig bostad (28).

5.2.2 *Bostadens standard*

Enligt ULF-undersökningen 1975 var nästan 1,6 miljoner eller 27 procent av den vuxna befolkningen i åldrar 16–74 rörelsehindrade eller långvarigt sjuka med nedsatt arbetsförmåga. Denna siffra avser personer som bodde utanför institutionerna. Omkring en tredjedel av dessa hade sådana funktionsnedsättningar, att de behövde hjälpmedel eller hjälp av annan person för att förflytta sig, kunde inte gå i trappor etc.

Härtill kommer ca 58 000 personer i samma åldrar som bodde på institutioner, de flesta på ålderdomshem eller sjukhem för långtidsvård (29).

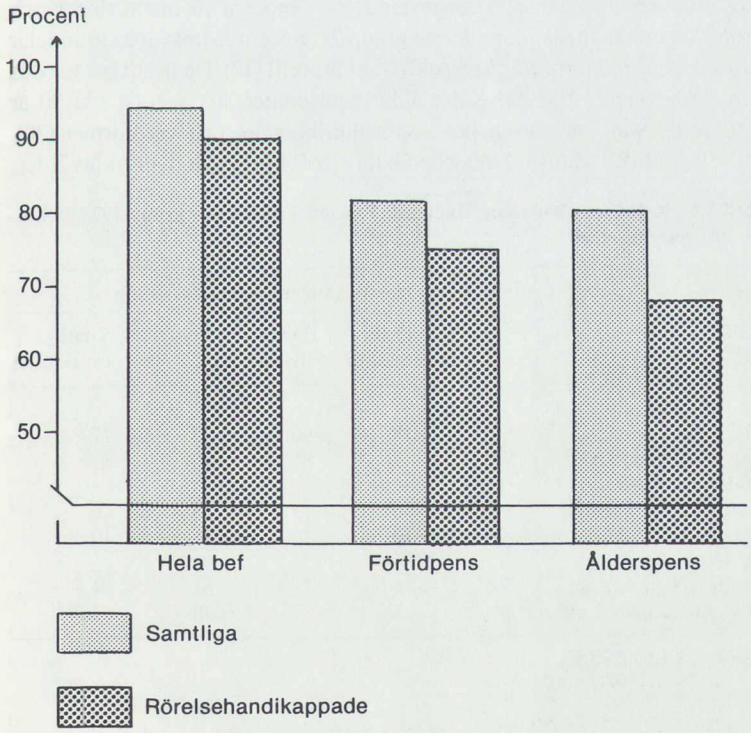


Diagram 5.6 Procentuella andelen med modern bostad i respektive grupp 1975.

Omkring 21 procent av ålderspensionärer (60 år och äldre) var enligt pensionärsundersökningen rörelsehandikappade. En femtedel av dessa vistades på institution (17).

Sedan 60-talet har bostadsstandarden höjts avsevärt. Enligt uppgifter från folk- och bostadsräkningarna bodde 1960 ungefär 58 procent av hela befolkningen modernt, hade tillgång till rinnande vatten, avlopp, centralvärme, WC och bad eller dusch. År 1975 var andelen 90 procent enligt FoB och enligt ULF-undersökningen 94 procent. Den senare undersökningen omfattar inte personer 75 år och äldre.

Det finns dock fortfarande stora skillnader i bostadsstandard för olika befolkningsgrupper. De äldre, förtidspensionärer och framför allt rörelsehindrade personer har i genomsnitt sämre bostadsstandard än övrig befolkning. (Diagram 5.6)

Enligt FoB 1975 bodde 79 procent av dem som var 65 år och äldre i moderna bostäder. Sämst bodde de äldsta, 80 år och äldre. Enligt pensionärsundersökningen hade endast 60 procent av personerna i denna senare grupp en modern bostad 1975. Inom pensionärsgrupperna är dessutom rörelsehandikappade sämst lottade. Av rörelsehandikappade ålderspensionärer bor t. ex. endast 68 procent modernt. Pensionärer med funktionsnedsättningar har också i mindre utsträckning tillgång till extra utrustning, diskmaskin, tvättmaskin och frys (tabell 5.6).

Ovanstående uppgifter om bostadsstandarden avser den del av befolkningen som inte stadigvarande vistades på institutioner. Av ålders- och förtidspensionärer utanför institutioner bodde omkring 6 procent i en handikappanpassad bostad.

Av gruppen ålderspensionärer vistades ca 7 procent på institutioner och av rörelsehandikappade inom denna grupp 21 procent. Motsvarande andelar för förtidspensionärerna var 6 respektive 12 procent (17). De flesta bor således i vanliga bostäder. När det gäller ålderspensionärer är det först vid 90 år och därefter som merparten bor i särskilda boende- och vårdformer (30).

Av diagram 5.7 framgår olika boendeformer för personer över 65 års ålder.

Tabell 5.6 Bostadens utrustningsstandard. Procent i respektive grupp 1975 (exklusive institutionsboende)

	Bor modernt	Har tillgång till extrautrustning			
		Diskmaskin	Tvättmaskin	Frys	Samtliga tre detaljer
Hela befolkningen (16–74 år)	94	18	90	77	17
därav rörelsehindrade	90	7	85	70	x
Förtidspensionärer samtliga (16–64 år)	81	6	75	58	6
därav rörelsehandikappade	75	10	75	71	10
Ålderspensionärer samtliga 60 och äldre	80	4	71	52	4
därav rörelsehandikappade	68	3	57	38	3

Underlag: ULF 1975:13.
SOU 1977:100.

x = Uppgift saknas.

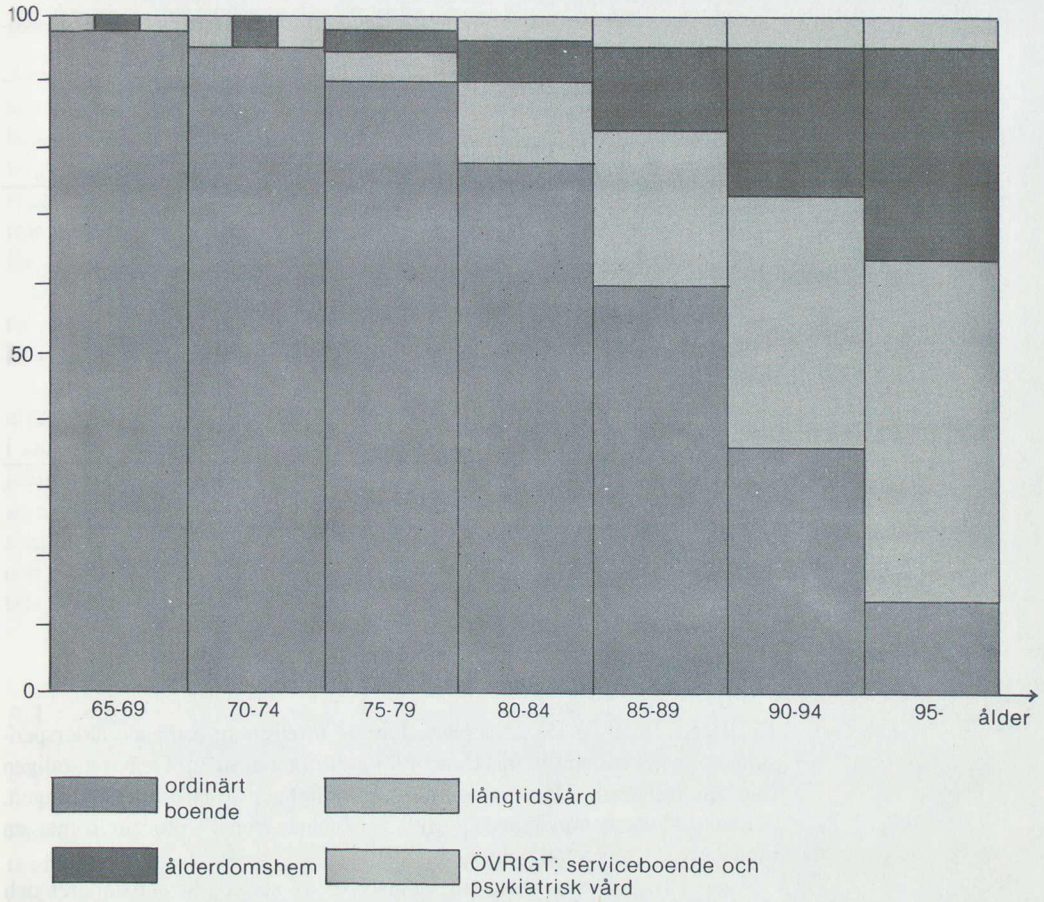


Diagram 5.7 Procentuella andelar i olika boende- och vårdformer av respektive åldersgrupp 1975.

De flesta personer med funktionsnedsättningar är i behov av hjälp i hemmet av andra för att klara livsföringen.

Av de cirka 400 000 personer som är rörelsehindrade i den vuxna befolkningen (16–74 år) får 54 procent regelbunden hjälp i hemmet. Av förtidspensionärerna klarar sig endast en fjärdedel helt utan hjälp och av ålderspensionärerna drygt en tredjedel. I den äldsta åldersgruppen 80 år och äldre är det 8 procent som klarar sig helt utan hjälp. Bland de rörelsehandikappade i bägge pensionärsgrupperna är det ännu färre, 5 procent, som klarar sig utan hjälp med de dagliga sysslorna.

Av nedanstående tabell 5.7 framgår i vilken utsträckning hjälp behövs för olika dagliga sysslor.

Många av dessa vardagliga aktiviteter skulle kunna underlättas genom en bättre utrustning i bostäderna. Det är t. ex. relativt vanligt att ålders- och förtidspensionärerna inte själva kan klara tvätt och disk. Det är emellertid mycket få som har diskmaskin. De har också i mindre utsträckning än övrig befolkning tvättmaskin.

En bättre utrustningsstandard kan dels minska behovet av hjälp av andra, dels göra hemvårdsarbetet mindre tungt och tidskrävande.

Tabell 5.7 Hjälpbehov bland rörelsehindrade, förtidspensionärer och ålderspensionärer. Procent i respektive grupp

	Rörelse-hindrade 16–74 år	Förtidspen-sionärer 16–64 år	Ålderspen-sionärer 60–
Kan ej klara själv			
inköp av livsmedel	44	35	25
matlagning	29	32	23
städning	57	53	42
av- och påklädning	13	13	10
personlig hygien	12	12	10
disk	x	25	20
småtvätt av kläder	x	39	35
stortvätt	x	65	58

Underlag: ULF 1975:11.
SOU 1977:100.
x Uppgift saknas.

5.2.3 *Bostadens yttre miljö*

15 procent (dvs. ca 35 000 personer) av de rörelsehandikappade ålderspensionärerna är tvungna att gå i trappor för att kunna ta sig ut. De bor nämligen minst en trappa upp i hus som saknar hiss, enligt pensionärsundersökningen.

Bland rörelsehandikappade förtidspensionärer bor 19 procent minst en trappa upp i hus utan hiss.

Även i fråga om avstånd till vissa typer av service är pensionärer och rörelsehindrade utsatta grupper. Av samtliga förtidspensionärer har 18 procent och av rörelsehandikappade 21 procent minst 5 km till närmaste postkontor mot 11 procent i hela befolkningen (16–74 år). Av både ålders- och förtidspensionärerna har 20–24 procent minst 1 km till närmaste livsmedelsaffär. Andelen är även här större bland rörelsehindrade förtidspensionärer, nämligen 32 procent.

Vidare har de äldsta i båda pensionärsgrupperna längsta avståndet till sjuksköterska eller distriktssköterska. Omkring 21 procent av ålderspensionärer 80 år och äldre har minst en halv mil till denna service. Bland förtidspensionärerna har 27 procent av såväl den äldsta åldersgruppen (55–64 år) som de rörelsehandikappade så långt till distriktssköterska (17).

Tillgängliga uppgifter tyder på att förtidspensionärer, äldre och rörelsehandikappade är mera isolerade inom bostadsområdet än övriga befolkningen när det gäller mänskliga kontakter.

Enligt ULF-75 hade 35 procent av de rörelsehindrade (16–74 år) mot 54 procent i hela befolkningen någon person eller familj i bostadsområdet att utbyta tjänster med. Ännu färre bland förtids- och ålderspensionärerna hade denna möjlighet, 34 respektive 30 procent (29, 17).

5.2.4 *Sammanfattande kommentar*

Av ovanstående sammanställning framgår, att personer med funktionsnedsättningar på grund av ålder eller handikapp i genomsnitt bor sämre än befolkningen i övrigt. De har i mindre utsträckning modern bostad och tillgång till extra utrustning såsom diskmaskin, tvättmaskin och frys. En relativt stor andel av de rörelsehandikappade bor vidare en eller flera trappor upp i fastigheter som saknar hiss. De är ofta i behov av hjälp av andra för att klara de dagliga sysslorna.

Det råder en politisk enighet om, att samhällets insatser för äldre, handikappade och andra människor med funktionsnedsättningar skall inriktas på att göra det möjligt för dem att bo kvar i sin bostad så länge som möjligt.

Deras möjligheter att bo kvar hemma skulle ökas om bostäder och närmiljö anpassas till olika gruppers krav. Kommunal och annan service bör finnas i anknytning till bostäderna. En satsning på bostadsanpassning och miljöförbättring borde också i viss utsträckning göra det möjligt för personer som nu vårdas på institutioner att flytta hem igen. Genom en bättre bostadsanpassning bör omvårdnadsarbetet i hemmen vidare kunna underlättas och göras mindre tidskrävande. Härigenom bör möjligheten till hjälp och tillsyn i hemmen förbättras.

5.3 Socioekonomisk bakgrund

5.3.1 *Utbildning*

Personer med hög utbildning har större benägenhet att söka vård än personer med lägre utbildning. Denna samvariation mellan utbildningsnivå och benägenhet att efterfråga vård har analyserats och klarlagts i ett stort antal studier utomlands och i Sverige.

Utländska studier

Resultaten från de nationella hälsointervjuerna i USA har visat entydiga och systematiska variationer mellan utbildningsnivå och läkarkontakter. Detta gäller såväl vuxna som barn. Personer med högre utbildning vänder sig även oftare till specialister och konsulterar oftare läkare i förebyggande syfte.

Data från dessa undersökningar har också visat, att när vårdutnyttjandet varierar med socioekonomisk bakgrund beror det i högre grad på utbildningsnivån än på inkomsterna. Detta framgår av tabell 5.8 som redovisar effekter av både inkomst och utbildning ifråga om specialistvård. Dessa data överensstämmer med data avseende läkarbesök generellt (31).

Analyser av finska hälsoundersökningars material har gett liknande resultat. Inom olika sjuklighetsgrupper fann man statistiskt signifikant samband mellan läkarbesök i öppen vård och faktorer som inte är relaterade till hälsotillståndet. I fråga om variabler som belyser social skiktning visade sig faktorerna inkomst och utbildning klart påverka vårdutnyttjandet (32).

Tabell 5.8 Andel av befolkningen – "relevanta grupper" för respektive specialitet – som under ett år besökt specialistläkare efter familjeinkomst och hushållsföreståndares utbildning. Procent

Form av kontakt inkomst i dollar	Hushållsföreståndarens utbildning		
	Under 9 år	9–12 år	13 år och högre
Barnläkare			
Lägre än 4000	4	15	30
Högre än 4000	10	20	38
Gynekolog			
Lägre än 4000	2	7	11
Högre än 4000	4	10	16
Ögonläkare			
Lägre än 4000	4	5	10
Högre än 4000	5	6	11

Studier i Sverige

I en jämförande studie mellan Sverige och USA, som avser förhållanden år 1963, redovisas sjukvårds- och tandvårdsutnyttjandet i olika grupper med olika utbildningsbakgrund (33).

Av dem som under ett år sökt läkare ingick 66 procent i gruppen med låg utbildning och 79 procent i gruppen med hög utbildning. Motsvarande andelar vad avser tandvårdsbesök var 38 respektive 61 procent.

Resultat från ULF-undersökning 1975

I SCB:s undersökning om levnadsförhållanden (1975) framkom inte någon påtaglig skillnad i fråga om läkarkontakter i öppen vård mellan olika socioekonomiska grupper. I samma undersökning konstaterades en markant högre andel långvarig sjukdom och personer med nedsatt arbetsförmåga i "lägre" än "högre" socioekonomisk grupp. (Tabell 5.9.) Därför pekar även dessa resultat på att den lägre socioekonomiska gruppen har lägre benägenhet att vid sjukdom efterfråga vård (9).

Indelningar i socioekonomiska grupper i ULF-undersökningen görs i huvudsak efter yrke och dess utbildningskrav. Högre utbildning och högre inkomst sammanfaller i regel. Med hänsyn till den kunskap, som finns om utbildningseffekten ifråga om vårdutnyttjande, torde det inte vara orimligt att utgå från, att en större del av variationerna kan förklaras med olikheter i utbildningsbakgrund än olikheter i inkomstnivå. Detta speciellt med hänsyn till det försäkrings- och avgiftssystem som finns i vårt samhälle.

Av en bearbetning av ULF-material (1975), där läkarbesöken redovisas specifikt efter utbildningsnivå, framgår att bland personer som ej varit långvarigt sjuka har större andel med högre utbildning besökt läkare än i gruppen med enbart folkskoleutbildning (34).

Det framkommer vidare mycket starka samband mellan utbildning och tandvårdsutnyttjande. Generellt gäller, att ju högre utbildning man har, desto oftare går man till tandläkare. Tandtillståndet varierade också med utbildning, men omvänt: ju högre utbildning desto bättre tandhälsa. (Tabell 5.10.)

Tabell 5.9 Personer med långvarig sjukdom, nedsatt arbetsförmåga och kontakt med läkare under en tremånadersperiod. Procent. 1975

Socioekonomisk grupp	Långvarig sjukdom[a]		I högre grad nedsatt arbetsförmåga[a]		Läkarbesök[a]	
	%	Index	%	Index	%	Index
Produktions- och distributionsanställda	34	101	6	72	46	100
Därav Biträdespersonal	37	102	6	71	46	95
Kontorsanst tekniker m. fl.	28	83	2	31	49	104
Därav Ingenjörer, specialister	25	76	2	25	43	98
Hela befolkningen	40	100	11	100	47	100

[a] Index innebär, att de effekter som är hänförbara till skillnader i köns- och åldersammansättning i de olika grupperna har neutraliserats genom standardvägning för kön och ålder.

Underlag: ULF 1975:11.

Tabell 5.10 Tandläkarbesökens fördelning efter tidpunkt för senaste besök och utbildning, 1975

Utbildning/ålder	För mindre än ett år sedan	1–2 år sedan	2–5 år sedan	5 år eller tidigare
Utbildning folkskola mindre än åtta år	45	14	15	26
16–29	53	15	23	7
50–59	47	13	15	24
60–74	30	11	15	43
Grundskola realexamen	66	17	12	6
16–29	64	19	13	3
50–59	72	13	8	8
60–74	52	11	13	22
Högre utbildning	72	18	9	2
16–29	68	20	10	1
50–59	84	11	4	2
60–74	79	9	9	3

Källa: Vem får sjukvård. Spri 1978.

Skillnaderna är störst för de äldsta åldersgrupperna. I åldrarna 60–74 år har 88 procent med gymnasium eller högre utbildning besökt tandläkare de senaste två åren, mot 41 procent av dem som ej har grundskoleutbildning.

I åldrarna 50–59 år är motsvarande andelar 95 respektive 60 procent. I denna åldersgrupp hade 2 procent av de högutbildade gjort sina senaste tandläkarbesök för fem år sedan eller tidigare mot 24 procent av dem med den lägsta utbildningen.

Även i åldrarna 16–29 år är skillnaderna stora. Bland dem som har högre utbildning, har 88 procent under senaste två åren besökt tandläkare mot 68 procent av dem i den lägst utbildade gruppen. Av de lågutbildade i denna åldersgrupp har 7 procent gjort sitt senaste tandläkarbesök för minst fem år sedan mot en procent bland dem med högre utbildning.

Enligt ULF-75 varierar även efterfrågans inriktning beroende på socioekonomisk grupp. Produktions- och distributionsanställda har besökt akutmottagningar 15 procent oftare än man skulle vänta sig med hänsyn till gruppens ålders- och könsfördelning. Däremot hade kontorsanställda och tekniker m. fl. flera telefonkonsultationer än den först nämnda gruppen (9).

Utländska medborgare hade i större utsträckning besökt akutmottagningar. Av dessa hade 14 procent besökt akutmottagningar under en tremånadersperiod jämfört med 9 procent av de svenska medborgarna. Speciellt hög var andelen bland sydeuropeiska medborgare, nämligen 19 procent. Skillnaderna kan inte förklaras av skillnader i köns- och ålderssammansättning.

Sannolika orsaker till denna högre benägenhet att söka akutvård kan vara, att invandrarna i högre grad än svenska medborgare är produktions- och distributionsanställda med i allmänhet en psykiskt och fysiskt mer krävande arbetsmiljö. Dessutom har de p. g. a. språksvårigheter sämre kunskaper om hur sjukvårdssystemet fungerar. För sydeuropéerna förstärks svårigheterna av att de har en uppenbart lägre utbildning än de flesta andra invandrargrupper.

Personer tillhörande socioekonomiska grupper med högre utbildning har också större kontinuitet i sina läkarkontakter. Av kontorsanställda och tekniker m. fl. hade 1975 enligt ULF-undersökningen 52 procent en bestämd läkare att vända sig till vid behov. Motsvarande andel bland produktions- och distributionsanställda var 42 procent (9).

Variationer i utbildningsnivån

De äldre i dagens samhälle har betydligt kortare utbildning än de yngre. Enligt SCB:s ULF-undersökning 1975 hade 54 procent av den vuxna befolkningen enbart förgymnasial utbildning medan ca 13 procent hade någon form av eftergymnasial utbildning. Av tabell 5.11 framgår att den största

Tabell 5.11 Utbildningsnivå efter ålder 1975. Procent

Ålder	Förgymnasial	Därav kortare än 9 år	Gymnasial	Eftergymnasial
20–24	31	9	53	16
25–34	34	23	43	24
35–44	48	41	37	16
45–54	55	51	34	11
55–64	68	64	26	7
65–74	77	73	19	5
Samtliga 16–74 år	54	42	33	13

Underlag: ULF 1975:14.

andelen med eftergymnasial utbildning finns i åldrarna 25–34 år. Från 24 procent i denna åldersgrupp sjunker andelen med eftergymnasial utbildning successivt med stigande ålder ner till 5 procent i undersökningens äldsta åldersgrupp 65–74 år. Andelen med kortare utbildning ökar successivt med stigande ålder från ca 9 procent i åldersgruppen 20–24 år till 73 procent i den äldsta åldersgruppen (35).

Utbildningens expansion under senare år kan illustreras med att ännu åren 1946–1950 var det bara drygt 5 procent av varje årskull 20-åringar som avlade studentexamen. I slutet av 1960-talet var motsvarande andel nära 30 procent (36). Antalet personer med genomgången universitets- och högskoleutbildning fördubblades från mitten av 1960-talet till början av 1970-talet. Under samma tidsperiod har den procentuella ökningen av läkarbesök också varit störst i åldersgruppen 15–29 år (37).

Enligt SCB:s prognoser beräknas utbildningsnivån komma att höjas ytterligare under återstoden av 1900-talet. Skillnaderna i utbildningsnivå mellan olika åldersgrupper blir markant reducerade. År 2000 beräknas mer än 80 procent av befolkningen i åldrarna 20–49 år ha minst gymnasieutbildning.

Det finns stora regionala skillnader i utbildningsnivå beroende på befolkningens sammansättning men framför allt på regionernas arbetsmarknadsstruktur. (Tabell 5.12.)

En betydligt större del av befolkningen i storstadsregionerna har gymnasial och eftergymnasial utbildning än i norra glesbygden.

Olika ålderssammansättning i regionerna förklarar inte skillnaderna i utbildningsnivå. I storstadsregionerna har t. ex. omkring 28 procent i åldrarna 25–44 år eftergymnasial utbildning, medan motsvarande andel i norra glesbygden är enbart 11 procent. Huruvida dessa skillnader i utbildningsnivån kommer att kvarstå eller t. o. m. förstärkas beror på strukturomvandlingen och hur den framtida arbetsmarknaden blir i olika regioner.

5.3.2 *Inkomst*

Utländska studier

Det amerikanska betalningssystemet inom hälso- och sjukvården skiljer sig från det svenska. Flera USA-studier visar, att benägenheten att söka vård

Tabell 5.12 Utbildningsnivå i åldrarna 16–74 år efter H-regionen 1975. Procent

	Förgymnasial	Därav kortare än 9 år	Gymnasial	Eftergymnasial
H1 Stockholm	42	29	39	19
H2 Göteborg, Malmö	51	37	33	16
H3 Större kommuner	55	43	33	12
H4 Södra mellanbygden	61	50	31	8
H5 Norra tätbygden	54	44	35	11
H6 Norra glesbygden	67	55	27	6
Hela riket	54	42	33	13

Underlag: ULF 1975:14.

ökar med familjeinkomsten. Både antalet läkarbesök per person och år och andelen som besökt läkare är större i de högre inkomstklasserna (31, 33).

I Finland har ingående belysts inkomsternas effekter på vårdutnyttjandet före och efter sjukförsäkringsreformen (12, 13). Resultatet från den första undersökningen 1964 speglar förhållanden före sjukförsäkringsreformen. Den visade att utnyttjandet av hälso- och sjukvårdens tjänster varierade med ålder, kön och bostadsort. Skillnaderna mellan åldersgrupper och kön kunde till stor del förklaras med skillnader i sjuklighet. De kraftiga ortsvisa och regionala variationerna kunde däremot inte förklaras med olikheter i vårdbehov.

Utnyttjandet av läkartjänster varierade mellan orter och regioner i annan riktning än sjukligheten. Sjukligheten mätt i antalet sjukdagar och andelen långvarigt sjuka i befolkningen var större på landsbygden än i städer och köpingar. Samtidigt var utbudet av läkarvård sämst och befolkningens inkomstnivå lägst på landsbygden. Utnyttjandet av läkartjänster var större i städer och köpingar än på landsbygden. Den genomsnittliga inkomstnivån var högst och utbudet av vård störst i tätorter. Inkomstnivå och vårdutbud visade en tämligen stark samvariation.

Det relativt låga vårdutnyttjandet – läkarbesök i öppen vård – konstaterades således regionalt och ortsvis hänga samman med låg inkomstnivå, låg läkartäthet på orten och långa avstånd.

Analys av materialet på individnivå visade, att totalt sett var läkarbesöken lika vanliga eller till och med vanligare i de lägre inkomstklasserna än i de högre. Sjukligheten ökade emellertid i de lägre inkomstgrupperna. I den lägsta inkomstklassen var både andelen långvarigt sjuka och antalet sjukdagar per person dubbelt så högt som i den högsta inkomstklassen. När man i den fortsatta analysen av inkomstnivå och vårdutnyttjande jämförde grupper med ungefär samma sjuklighet eller höll sjukligheten konstant, framträdde inkomsteffekterna tydligt. Ju högre inkomst man hade desto oftare sökte man läkare, oavsett graden av ohälsa.

Det visade sig också, att ju större sjukligheten var, desto starkare var sambandet mellan inkomst och antal läkarbesök. Bland de intervjuade, som hade haft det största antalet sjukdagar, ökade antalet läkarbesök systematiskt och nästan linjärt från den lägsta inkomstklassen till den högsta. (Tabell 5.13)

Tabell 5.13 Genomsnittliga antalet läkarbesök per 100 vuxna i befolkningen under 100 dagar efter sjuklighet och hushållsföreståndares inkomst

Hushållsföreståndares inkomst	Antalet sjukdagar under 5 mån.					Standardvägt ant. sjuk-dagar	Långvarigt sjuka
	0	1–4	5–13	14–	Samtliga		
–2 000	25	50	92	166	57	48	96
2 100–4 000	24	54	95	174	51	49	94
4 100–6 000	25	55	115	199	50	54	98
6 100–8 000	26	52	117	211	53	56	115
8 100–	29	69	121	223	53	61	120
Samtliga	26	57	107	188	53	53	102

De tre faktorer, nämligen inkomstnivå, avstånd till närmaste läkare och läkartätheten på orten, som systematiskt påverkade benägenheten att söka vård, var också kumulativa. De personer, som hade det längsta avståndet till läkare, var i genomsnitt oftare låginkomsttagare och bodde i genomsnitt oftare i kommuner med låg läkartäthet. För att separera effekten av inkomst- och avståndsfaktorn gjordes en analys, där hänsyn togs till båda variablerna samtidigt. Eftersom läkartäthet var kraftigt korrelerad till avståndet till närmaste läkare, ansågs även dess effekt kontrollerad.

Analyser omfattade endast den del av intervjuade som under undersökningsperioden har minst fem sjukdagar. Det visade sig, att i alla avståndsklasser hade gruppen med de högsta inkomsterna gjort två gånger fler läkarbesök per 100 sjukdagar än gruppen med de lägsta inkomsterna. (Diagram 5.8.)

Resultatet av den förnyade undersökningen som gjordes 1968, fyra år efter sjukförsäkringens införande, visade, att det totala antalet sjukdagar per person och 100 dagar var nästan detsamma som år 1964.

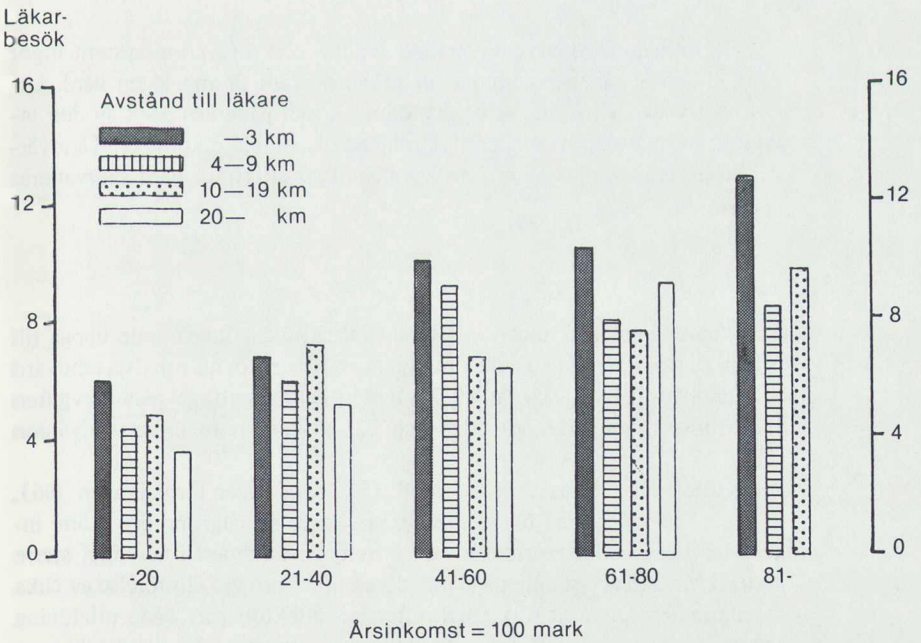
Under bägge åren ökade sjukligheten mätt i antalet sjukdagar och förekomsten av långvarig sjukdom stadigt med minskande familjeinkomster.

Det totala antalet läkarbesök per person hade inte ökat mycket. Det hade emellertid skett en väsentlig utjämning mellan olika inkomstklasser.

Antalet läkarbesök hade ökat i låg- och mellaninkomstklasserna och inom dessa mest bland dem som hade största sjukligheten. I de högre inkomstklasserna var besöksfrekvensen oförändrad eller något mindre. (Diagram 5.9.)

De kvarstående inkomsteffekterna framträdde tydligast inom gruppen med den största sjukligheten varmed menas personer, som under femmånadersperioden varit sjuka minst 14 dagar. I den lägsta inkomstklassen hade

Diagram 5.8 Antalet läkarbesök per 100 sjukdagar för person med minst 5 sjukdagar efter hushållsföreståndares inkomst och avståndet till läkare.



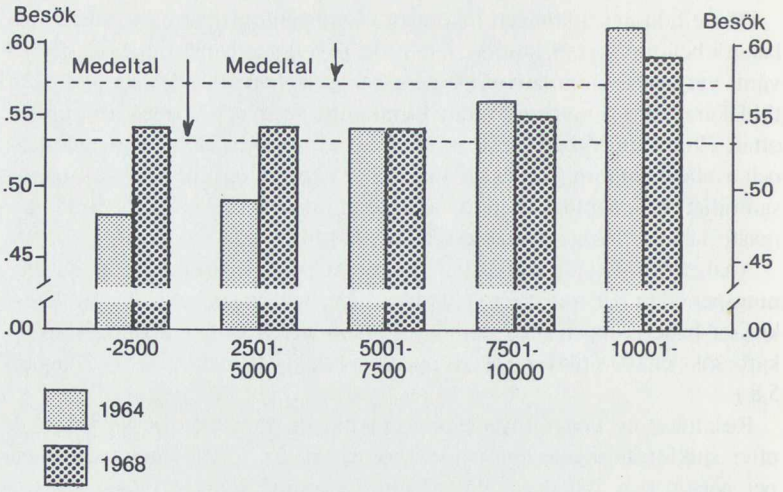


Diagram 5.9 Antalet läkarbesök per person (15 år och äldre) under 100 dagar efter hushållsföreståndares inkomst. Standardvägt för antalet sjukdagar.

gjorts 1,7 läkarbesök per person under 100 dagar mot 2,2 i den högsta inkomstklassen.

Den knappa tillgången på läkare på orter, där sjukligheten var störst, ansågs ha varit en faktor som troligen hindrat större förändringar trots minskade vårdkostnader.

Studier i Sverige

I vårt samhälle med dess nuvarande avgifts- och försäkringssystem utgör dålig ekonomi sällan ett hinder för människor att få angelägen vård. Utnyttjandet av vissa vård- och behandlingsformer påverkas dock av den individuella inkomstnivån eller av familjens disponibla inkomster. Tandvården utgör ett exempel på hur benägenheten att efterfråga vård samvarierar med inkomsten.

Tandvård

Trots tandvårdsförsäkringen kan tandläkarräkningar fortfarande uppgå till belopp som är kännbara. Detta kan utgöra ett hinder för att utnyttja tandvård när inkomstnivån är låg. År 1977 var den genomsnittliga patientavgiften 148 kronor inom folktandvården och 222 kronor inom privattandvården (11).

En undersökning av Smedby m. fl. (33), som avser förhållanden 1963, visar, att personer med bättre utbildning, högre socialgrupp och större inkomster hade bättre tandstatus och utnyttjade tandvård i betydligt större utsträckning än andra. Största skillnaderna framkom vid jämförelse av olika socialgrupper. Detta är förklarligt, eftersom effekterna av både utbildning och inkomst ger utslag då. Inkomsteffekterna var tydliga, även sedan hänsyn tagits till samtidigt föreliggande skillnader i socialgrupp.

Levnadsnivåundersökningarna från 1968 till 1974 (SOFI) visar också starka samband mellan tandvårdsutnyttjande och socioekonomiska faktorer (37). Samma mönster som fanns i början av 1960-talet kvarstod. Materialet har redovisats efter de intervjuades socialgruppstillhörighet. Denna speglar en rad förhållanden såsom utbildning, värderingar och normer som påverkar benägenheten att söka vård men även individens ekonomiska resurser. Högre socialgruppstillhörighet sammanfaller i regel med högre inkomst.

Skillnaden mellan socialgrupp I och II var både 1968 och 1974 påfallande stor, såväl ifråga om regelbundna tandvårdsvanor som tidpunkt för senaste tandläkarbesök. År 1968 hade 83 procent i socialgrupp I besökt tandläkaren under de senaste tolv månaderna mot 46 procent i socialgrupp III. (Diagram 5.11.) Motsvarande skillnad mellan grupperna fanns också ifråga om regelbundna tandvårdsvanor. (Diagram 5.10.) Därmed menas att man brukar gå till tandläkare någorlunda regelbundet med ett år eller mindre mellan varje besök. Andelen som hade besökt tandläkare under de senaste tolv månaderna hade i hela materialet från 1968 till 1974 ökat från 55 till 61 procent. Största ändringen hade skett inom socialgrupp III medan andelen i socialgrupp I sjunkit något. Trots detta kvarstod tydliga skillnader mellan de olika socialgrupperna.

Intervjuerna för 1974 års levnadsnivåundersökning genomfördes under april–juni. Av de personer, som uppgav sig ha besökt tandläkare under de senaste tolv månaderna, hade nästan hälften påbörjat sin senaste besöksomgång efter den 1 januari, dvs. efter det att tandvårdsförsäkringen

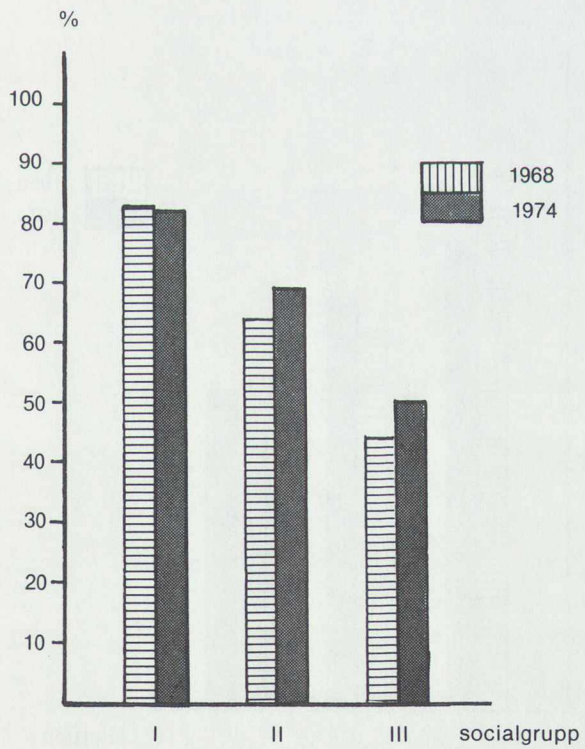


Diagram 5.10 Personer med regelbundna tandvårdsvanor. Andel i procent av respektive socialgrupp 1968 och 1974.

Källa: Virtanen P: Vårdkonsumtion och välfärd.

trätt i kraft fullständigt. Ytterligare 20 procent hade påbörjat den senaste besöksomgången under sista kvartalet 1973, då reformen delvis trätt i kraft. Sammanlagt hade två tredjedelar av de intervjuade som besökt tandläkare senaste året gjort det under perioden då reformen delvis eller helt trätt i kraft.

Att det funnits ett stort uppdämt behov av tandvård när tandvårdsförsäkringen infördes framgår också av den bearbetning av riksförsäkringsverkets patientstatistik, som socialstyrelsens tandvårdspersonalsutredning låtit göra. Under tandvårdsförsäkringens två första år har omkring hälften av tillgänglig tandläkartid tagits i anspråk av ett relativt fåtal personer, som varit i behov av omfattande tandbehandling. Gruppen utgjorde 12 procent av samtliga som fick behandling inom privattandvården och 6 procent av befolkningen 17 år och äldre (11).

Med utgångspunkt i det samlade materialet från ULF-75 och ULF-76 har en redovisning gjorts av låginkomsttagarnas levnadsförhållanden. Uppgifterna bygger på bägge årens intervjuer och omfattar ett urval av ca 23 000 personer. Låginkomsttagare är personer som ingår i familjer med så låg disponibel inkomst, att den understiger skattelagstiftningens existensminimiregler. Gruppen består totalt av 865 000 personer. Den jämförs med höginkomstgruppens omkring 1,1 milj. personer som består av de 20 procent av familjerna som har högsta disponibla inkomst inom varje familjetyp.

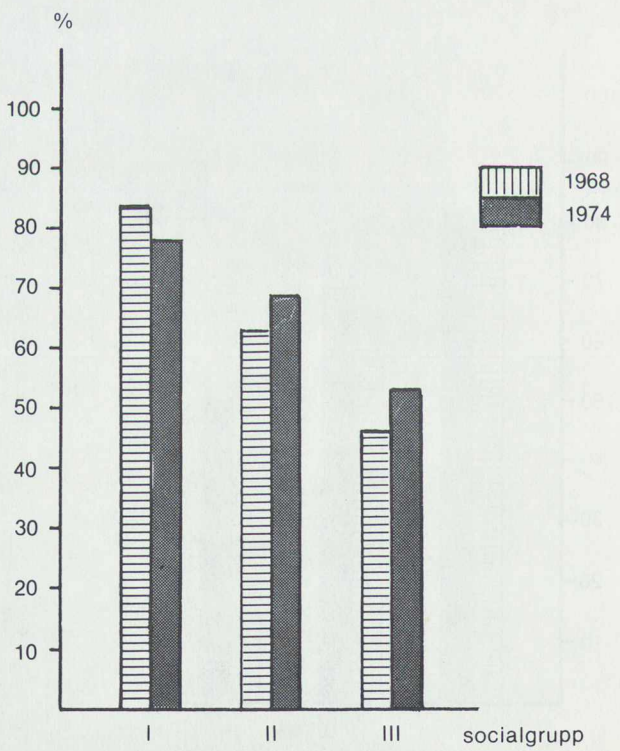


Diagram 5.11 Andel i procent som besökt tandläkare under de senaste tolv månaderna. Särredovisning efter socialgruppstillhörighet 1968 och 1974.

Källa: Virtanen, P: Vårdkonsumtion och välfärd.

Såväl tandtillstånd, andel med nedsatt tuggförmåga, andel med enbart fasta tänder som besöksfrekvens hos tandläkare varierade med inkomsten. Besök hos tandläkare under den senaste 12-månadersperioden visade det starkaste sambandet med inkomsten. (Tabell 5.14.) Bland män i åldrarna 45–65 år hade 42 procent av låginkomsttagarna besökt tandläkare, medan andelen bland höginkomsttagarna var 63 procent. Motsvarande andelar bland kvinnor i samma åldersgrupp var 44 respektive 75 procent. Skillnaderna förekommer praktiskt taget inom alla åldersgrupper. Men allra största inkomstsambandet finns dock hos ålderspensionärer (38).

När det gäller tandtillstånd växer skillnaderna mellan inkomstgrupperna med stigande ålder. I åldrarna upp till 44 år finns inga större skillnader. I åldersgruppen 45–64 år är däremot skillnaderna påtagliga. Bland männen i låginkomstgruppen hade 14 procent nedsatt tuggförmåga mot 6 procent i höginkomstgruppen. Motsvarande andelar för kvinnor i samma åldersgrupp var 17 respektive 6 procent.

En bearbetning av 1975 års ULF-material visar också tydligt sambandet mellan inkomst och tandvårdsutnyttjande. I den högsta inkomstklassen hade

Tabell 5.14 Besök hos tandläkare senaste 12 månaderna för låg- och höginkomsttagare. Procent i respektive grupp

Kön och ålder	Samtliga	Därav låg inkomst	Därav hög inkomst
Män			
Samtliga	53	57	64
16–24	63	69	60
25–44	60	54	66
45–64	49	42	62
65–74	31	25	68
Kvinnor			
Samtliga	61	62	76
16–24	70	75	81
25–44	71	63	78
45–64	56	44	75
65–74	33	30	–
Förtidspens och långvarigt arbetslösa	36	44	–
Ålderspensionärer	32	30	66
Företagare (inkl lantbrukare)	59	54	73
Personer i löntagarfamiljer			
Ensamstående utan barn	57	44	66
Ensamstående med barn	68	–	70
Samtliga ensamstående	59	48	66
Sammanboende utan barn	56	49	72
Sammanboende med barn	64	51	71
Samtliga sammanboende	61	51	71
Samtliga	60	59	70

Underlag: ULF 75/76:16.

Tabell 5.15 Tandläkarbesökens fördelning efter tidpunkt för senaste besök och inkomst 1975

Inkomst tusental kronor arb. minst 35 t/v	För mindre än ett år sedan	1–2 år sedan	2–5 år sedan	5 år eller tidigare
0–20	57	17	14	12
21–40	60	18	13	9
41–60	64	14	13	8
61–	72	13	9	5

Källa: Vem får sjukvård. SPRI 1978

72 procent gjort sitt senaste tandläkarbesök för mindre än ett år sedan mot 52 procent i den lägsta inkomstklassen. I den lägsta inkomstklassen hade däremot 12 procent gjort sitt senaste tandläkarbesök för minst fem år sedan mot 5 procent i den högsta inkomstklassen (34).

Även uppgifter från riksförsäkringsverkets patientstatistik 1977 visar, att andelen behandlade ökar med stigande sjukpenninggrundande inkomster (11).

De påtagliga inkomstsamband, som framkommit ifråga om efterfrågan på tandvård torde dock inte i sin helhet avspegla privatekonomins betydelse för möjligheten att erhålla tandvård. En del av skillnaden kan bero på, att invanda konsumtionsmönster lever kvar från tiden före tandvårdsförsäkringen. Sambandet är dock så pass tydligt att det inte är negligerbart.

Övrig hälso- och sjukvård

Ekonomiska faktorer torde tidigare ha haft en viss betydelse för läkarkontakterna i öppen vård. Enligt SOFIs levnadsnivåundersökningar var den andel som besökt läkare 1968 störst i socialgrupp I och ungefär lika stor i de två övriga grupperna. Mellan 1968 och 1974 har den andel i totalbefolkningen, som sökt läkare, ökat med 7,5 procent. Den största ökningen hade skett i socialgrupp III, som 1974 hade den största andelen läkarbesök. Läkarbesöken hade ökat också i socialgrupp II, medan en minskning skett i socialgrupp I. En bidragande orsak till förändringen mellan 1968 och 1974 har ansetts kunna vara 7-kronorsreformen 1970 (34, 37).

Effekten av patientavgifternas storlek på benägenheten att söka vård har något belysts i en enkätundersökning bland allmänheten i Stockholms län 1974. Den högsta inkomstgruppen svarade i markant högre utsträckning, att en ökning av patientavgiften (mer än 12 kr/gång) inte skulle innebära en begränsning av läkarbesöken (39).

Den nuvarande relativt låga patientavgiften torde dock inte ha någon avgörande betydelse för olika inkomstgruppers benägenhet att söka läkare. Höjs däremot avgiftsnivån betydligt minskar säkerligen benägenheten att söka vård i högre grad bland de resurssvaga, dvs. inom den grupp som idag sannolikt har de största otillfredsställda vårdbehoven.

Tabell 5.16 Hälsotillstånd och läkarkontakter under en tremånadersperiod efter kommuners skatteunderlag. Andel i procent i respektive kommungrupp

Skatteunderlag skattekronor per inv. 1976 års taxering (före skatteutj.)	Långvarig sjukdom	Kontakter med läkare				
		Samtliga	För sjukdom	För hälsokontroll el. friskintyg	för vaccination	Gynekologisk hälsokontroll
–150	41	40	31	10	3	10
151–175	41	45	36	14	4	10
176–200	37	48	36	14	6	15
201–250	39	51	39	15	7	16
251–	42	52	40	18	7	19
Hela riket	39	47	36	14	5	14

Underlag: ULF 1975/76:19.

5.3.3 *Regionala variationer*

Det finns tydliga regionala variationer ifråga om utnyttjandet av hälso- och sjukvårdens tjänster när man studerar detta inom kommuner med olika skatteunderlag och därmed olika disponibla inkomster hos befolkningen. Redovisning av det samlade materialet från ULF-75 och ULF-76 efter kommuners skatteunderlag visar inga större skillnader ifråga om sjuklighet. Skillnaderna är dock påtagliga ifråga om läkarbesök i öppen vård. Andelen med läkarbesök ökar med ökande skatteunderlag oavsett skälen till kontakten (tabell 5.16). Uppgifterna har inte standardiserats för inverkan av ålder och kön. Skillnaderna är dock tämligen systematiska i de olika åldersgrupperna. Andelen kvinnor i befolkningen är ungefär lika stor i de olika kommungrupperna.

Här samvarierar emellertid befolkningens utbildningsnivå, inkomstnivå och ortens tätortsgrad systematiskt. I kommuner med det lägsta skatteunderlaget återfinns den största andelen personer med enbart förgymnasial utbildning (63 procent) och den lägsta andelen med eftergymnasial utbildning (7 procent). Motsvarande andelar i kommuner med högsta skatteunderlag var 39 respektive 21 procent. (Diagram 5.12) En indelning av kommuner efter tätortsgrad visar variationer i samma riktning som indelningen efter skatteunderlag (40). Den individuella inkomstnivåns effekter kan därför inte särskiljas.

5.3.4 *Sammanfattande kommentar*

Det finns fortfarande skillnader mellan olika socioekonomiska grupper ifråga om utnyttjande av hälso- och sjukvårdens tjänster. Högre utbildning medför större benägenhet att efterfråga såväl läkar- som tandläkarvård. Detta sammanhänger bl. a. med individens bedömningar av vårdbehov, kännedom om behandlingsmöjligheter och sättet att skaffa sig vård. Trots att utbildningsnivån allmänt höjs och kraven på hälso- och sjukvård sannolikt ökar,

finns det fortfarande grupper med låg utbildning och därmed sammanhängande sämre individuella resurser. Det krävs särskilda insatser för att göra sjukvården mera tillgänglig för dem och öka deras benägenhet att söka vård tidigare.

Trots tandvårdsförsäkringen finns det fortfarande starka samband mellan individens ekonomiska resurser och utnyttjandet av tandvård. Ännu är det för tidigt att dra några slutsatser om reformens verkliga effekter. Men skillnaderna är så stora, att man inte kan utesluta, att avgifterna för vården begränsar låginkomsttagares möjligheter att erhålla tandvård.

5.4 Geografiska faktorer

Långa avstånd till närmaste läkare och låg läkartäthet på orten hänger samman med lägre besöksfrekvens och större sjuklighet.

Under gynnsamma förutsättningar – korta avstånd och tillräckligt utbud av tjänster – söker man läkare, även när vårdbehovet är mindre allvarligt. När möjligheterna är mindre gynnsamma, avhåller man sig från att söka vård, tills vårdbehovet upplevs som mycket stort.

Det finns påtagliga skillnader ifråga om utnyttjandet av hälso- och sjukvårdens tjänster mellan olika orter och regioner beroende på tätortsgrad.

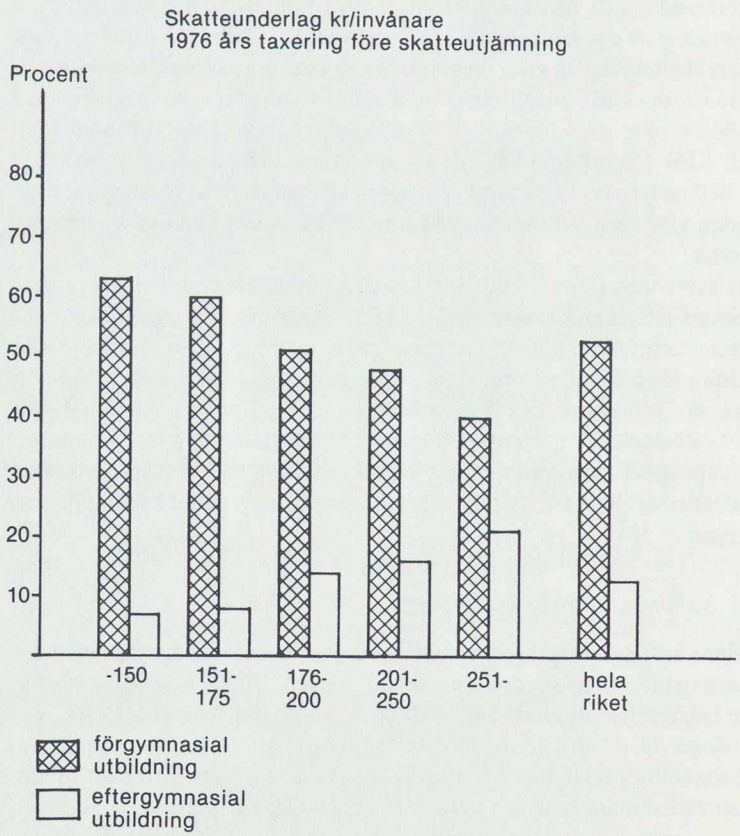


Diagram 5.12 Utbildningsnivå efter kommuners skatteunderlag. Andel i procent i respektive kommungrupp.

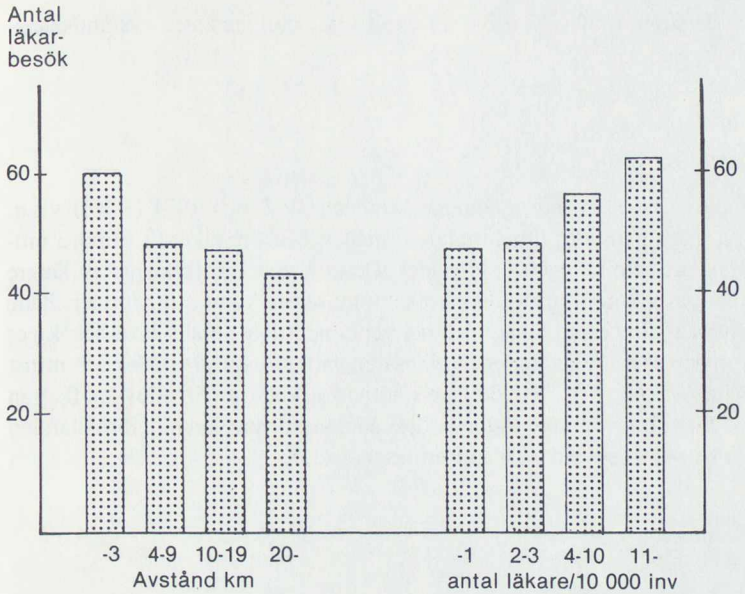


Diagram 5.13 Genomsnittliga antalet läkarbesök per 100 invånare 15 år och äldre under 100 dagar efter avstånd till närmaste läkare och läkartäthet i kommunen. Standardvägt för antalet sjukdagar.

5.4.1 *Avstånd till närmaste läkare*

Analyserna av den finska nationella hälsoundersökningens material visar hur avståndet till närmaste läkare och läkartäthet på orten systematiskt påverkar benägenheten att söka vård. Det genomsnittliga antalet läkarbesök minskade sålunda, när avståndet till närmaste läkare blev längre och ökade med större läkartäthet. (Diagram 5.13) Detta gällde oavsett hälsotillstånd. Effekterna framträdde dock tydligare när sjukligheten ökade (12).

Inom det s. k. Vilhelminaprojektet har öppenvårdskonsumtionen studerats. Denna undersökning visar att ju längre avståndet är till mottagning, desto mindre del av befolkningen besöker den öppna vården (41).

Under den aktuella undersökningsperioden, som omfattade 5 månader 1976, hade 39 procent av Vilhelmina kommuns totala befolkning besökt den öppna sjukvården. Mer än hälften av de personer som besökt sjukvården hade mindre än fem kilometer till mottagning. Ca 27 procent av besökarna bodde mellan fem och 30 km från mottagning. Ca 15 procent hade mer än 30 km till mottagning. Av befolkningen bodde 40 procent i tätorten, ca 30 procent mellan fem och 30 km från tätorten, och övriga 30 procent i den egentliga glesbygden.

En annan studie, där vårdutnyttjandet och avståndets inverkan på detta studerats på ett geografiskt avgränsat område, har gjorts i Tierps kommun. Resultatet visar ett klart samband mellan avstånd och vårdutnyttjande. Med ökande avstånd till centralorten där läkarutbudet finns, sjunker befolkningsandelen med läkarkontakt. Med hänsyn till enbart befolkningens sammansättning borde tätorterna i kommunen haft en något lägre läkarvårdskonsumtion och glesbygden en något högre än genomsnittet i kommunen. Förhållandena var dock motsatta. Av diagram 5.14 framgår, att befolkningsandelen med läkarkontakt i Tierp minskar i alla åldersgrupper, när avståndet

ökar. Personer under 45 och över 64 år visar den starkaste avståndskänsligheten (42).

5.4.2 *Tätortsgrad*

Resultaten från levnadsnivåundersökningen 1968 och 1974 (SOFI) visar, att personer i mindre urbaniserade områden besöker läkare i mindre omfattning än befolkningen i storstäder. Detta kan delvis förklaras av längre avstånd, av sämre tillgång till vård samt av sämre kommunikationer. Både den andel som besökt läkare och det genomsnittliga antalet läkarbesök per person och år har båda undersökningsåren varit störst i storstäder och minst på landsbygden (37). Den tidigare nämnda studien av Smedby m. fl. från 1963, där siffrorna är åldersstandardiserade, visar motsvarande förhållanden mellan orter med olika urbaniseringsgrad (33).

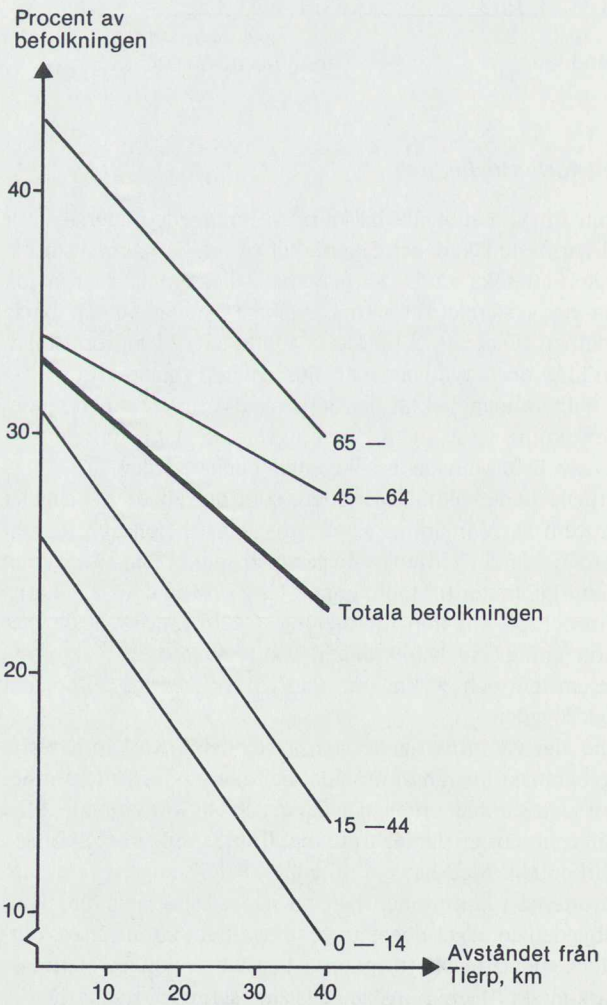


Diagram 5.14 Regressionslinjer avseende sambandet mellan avståndet från Tierps centralort och andelen personer i befolkningen med läkarkontakt i Tierp inom olika åldersgrupper.

I en undersökning i Östergötlands län 1969 påvisades bl. a. vissa skillnader i sjukvårdsutnyttjandet inom olika befolkningstäta områden. I områden med 10–30 procent av befolkningen i tätorter gjorde varje invånare 1,7 besök per år. I områden med 30–100 procent i tätorter var antalet besök ca 2,3 per invånare och år (43).

SCBs undersökningar om levnadsförhållanden

I SCBs ULF-undersökning (1975) redovisas hälso- och sjukvårdskonsumtionens fördelning mellan olika H-regioner. H-regioner, som inte är geografiskt sammanhängande, har erhållits, genom att landet indelats efter befolkningstäthet. Kommunerna har förts till de olika regionerna efter det lokala och regionala befolkningsunderlagets storlek. (Diagram 5.15) H-region är således ett mått på urbaniseringsgrad som kan spegla olikheter i bl. a. hälso- och sjukvårdens struktur och närhet till samt utbud av tjänster (9).

Läkarbesök i öppen vård

Resultaten visar, att flera personer konsulterat läkare under en tremånadersperiod i mer tätbefolkade regioner. Där är tillgången till läkare större och avstånden mindre.

Stockholm har högst andel, 53 procent, som konsulterat läkare. Av tabell 5.17 framgår, att andelarna sjunker med minskande urbaniseringsgrad ner till 41 procent i norra glesbygden. Variationerna beror inte på olikheter i befolkningens köns- och ålderssammansättning och är inte heller betingade av olikheter i vårdbehoven. Tar man hänsyn till sjukligheten blir skillnaderna ännu större. I t. ex. norra tätbygden och norra glesbygden har betydligt större andel av befolkningen långvarig sjukdom förenad med i hög grad nedsatt arbetsförmåga än i de övriga regionerna.

Dessa variationer efter H-regioner bekräftas av den redovisning, som gjorts av SCB efter kommuners tätortsgrad. (Tabell 5.18.) Resultaten bygger på 1975 och 1976 års ULF-material omfattande ca 23 000 intervjuer. Den andel inom befolkningen som besökt läkare minskar påtagligt med minskande

Tabell 5.17 Andel personer med minst en läkarkontakt under en tremånadersperiod och andel personer med långvarig sjukdom i olika H-regioner. (1975)

H-region	Läkarkontakt		Långvarig sjukdom		Med nedsatt arbetsförmåga	
	%	Index	%	Index	%	Index
H1	53	111	38	97	9	91
H 2	50	106	38	99	10	102
H 3	47	98	37	110	10	107
H 4	45	94	42	103	12	102
H 5	46	98	44	109	14	121
H 6	41	85	43	104	15	124
Samtliga	47	100	40	100	11	100

Underlag: ULF 1975:11.

Tabell 5.18 Långvariga sjukdomar och läkarbesök efter kommuners tätortsgrad. Andel i respektive tätortsgrupp. (1975/1976)

Kommuner efter tätortsgrad andel i tätorts-befolkning, %	Långvarig sjukdom	Läkarkontakter under en tremånadersperiod			
		Samtliga	För sjuk-dom	För hälso-kontroll eller friskintyg	För gyne-kologisk hälsounder-sökning
Storstadsområden	38	52	39	16	17
Övriga kommuner					
90–	39	48	35	15	16
80–89	38	46	35	13	13
70–79	41	47	38	15	14
60–69	44	45	38	13	9
50–59	40	39	29	11	11
50	41	39	29	10	10
Hela landet	39	47	36	14	14

Underlag: ULF 1975/76:19.

tätortsgrad. Detta gäller såväl läkarbesök för sjukdom som för förebyggande vård. Den relativa förändringen är dock störst beträffande förebyggande vård (40).

Formerna för läkarkontakter i samband med sjukdom visar också tydliga variationer mellan de olika H-regionerna. Avtalade besök hos läkare och telefonkonsultationer är vanligast i Stockholms H-region och minst förekommande i norra glesbygden. Här visar index tydliga skillnader mellan regionerna. Fler personer besöker dock akutmottagning i de glesbefolkade regionerna än i storstäder. (Tabell 5.19).

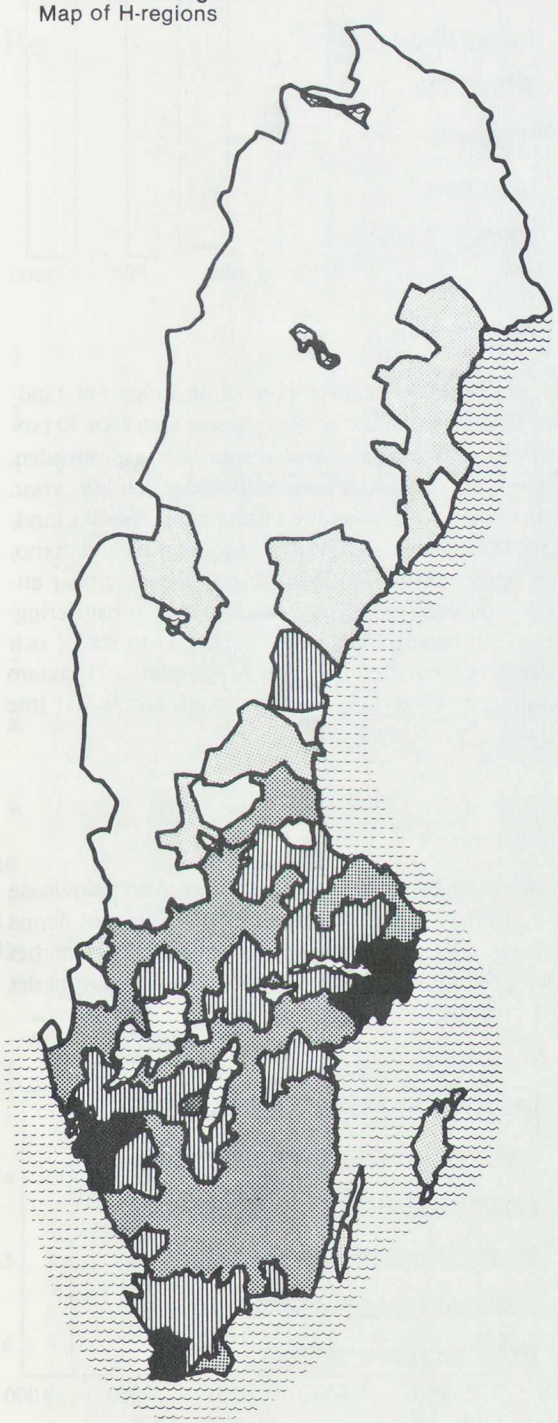
Det är också vanligare, att människor i stadsregionerna har en bestämd läkare, som de vid behov vänder sig till. Även i detta finns det markanta skillnader mellan Stockholms H-region och norra glesbygden. Det är dock överhuvudtaget vanligare med fast läkare i mer tätbebyggda regioner än i glesbebyggda regioner.

Tabell 5.19 Läkarkontakter för sjukdom under en tremånadersperiod efter kontaktform samt personer med fast läkare redovisade på H-regioner (1975)

	Läkarkontakter för sjukdom efter kontaktform Procent i resp. region						Personer som vid behov vänder sig till bestämd läkare	
	Akutbesök		Avtalade besök		Telefonkontakt			
	%	Index	%	Index	%	Index	%	Index
H 1	8	90	28	113	16	138	50	109
H 2	9	99	28	110	10	88	48	104
H 3	9	97	24	93	12	101	48	100
H 4	9	103	25	98	10	85	44	93
H 5	11	124	25	97	11	96	44	93
H 6	10	108	22	85	8	71	40	84
Samtliga	9	100	26	100	12	100	47	100

Underlag: ULF 1975:11.

Karta över H-regioner
Map of H-regions



Definitioner

H 1 Stockholm
Stockholms A-region

H 2 Göteborg och Malmö
Göteborgs och Malmö/Lund/
Trelleborgs A-regioner

H 3 Större kommuner
Kommun med mer än 90 000 invånare i en cirkel med 30 km:s radie runt kommuncentrum.

H 4 Södra mellanbygden
Kommun med mer än 27 000 och mindre än 90 000 invånare inom 30 km:s radie runt kommuncentrum samt med mer än 300 000 invånare inom 100 km:s radie med centrum i samma punkt.

H 5 Norra tätbygden
Kommun med mer än 27 000 och mindre än 90 000 invånare inom 30 km:s radie runt kommuncentrum samt med mindre än 300 000 invånare inom 100 km:s radie från kommuncentrum.

H 6 Norra glesbygden
Kommun med mindre än 27 000 invånare inom 30 km:s radie runt kommuncentrum.

Diagram 5.15 Karta över H-regioner.

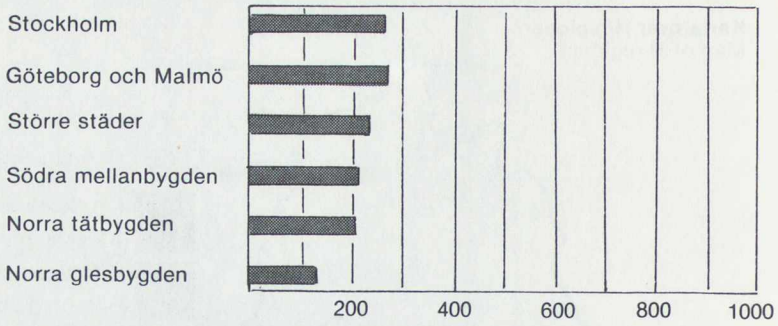


Diagram 5.16 Personer som gjort ett besök hos tandläkare under en tremånadersperiod efter H-region. Antal per 1 000 i respektive redovisningsgrupp. (1975)

Tandläkarbesök

Skillnaderna är mycket stora mellan de olika regionerna ifråga om tandvårdsutnyttjande. I storstadsregionerna har dubbelt så stor andel (ca 30 procent) besökt tandläkare under en tremånadersperiod som i norra glesbygden. (Diagram 5.16.) Index där siffrorna standardiserats för ålder och kön visar, att 42 procent färre invånare än vad man skulle kunna vänta, besökt tandläkare i norra glesbygden. I Göteborgs- och Malmö-regionen hade däremot 15 procent fler än väntat besökt tandläkare. Med något undantag ökar andelen med tandläkarbesök i alla åldersgrupper vid högre grad av urbanisering.

Tandtillståndet varierar i annan riktning. Det är bäst i storstäder och större kommuner och sämre i de mindre urbaniserade regionerna. (Diagram 5.17.) Olikheter i befolkningens köns- och ålderssammansättning har inte ansetts kunna förklara dessa variationer (9).

5.4.3 *Sammanfattande kommentar*

Benägenheten att efterfråga vård påverkas – som framgår av ovan redovisade utredningar – bl. a. av avståndet till vårdutbudet. Det framstår mot denna bakgrund som en angelägen hälsopolitisk uppgift att genom ökad närhet till vårdutbudet och/eller förbättrade kollektiva resmöjligheter reducera det hinder som avståndet kan utgöra för adekvat vård.

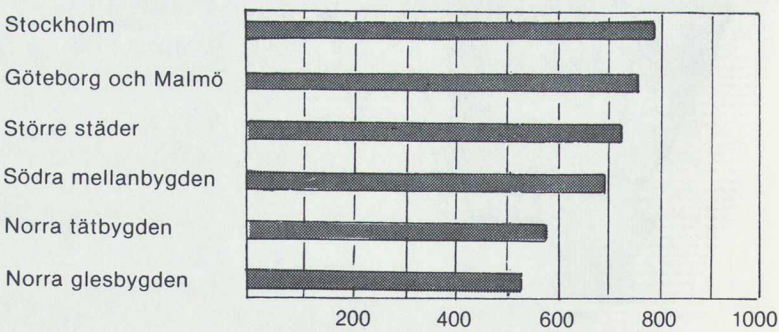


Diagram 5.17 Personer med enbart fasta tänder efter H-region. Antal per 1 000 i respektive redovisningsgrupp. (1975)

Referenslista

1. Bygren, L. O.: Met and Unmet Needs for Medical and Social Services, Stockholm 1974.
2. Berglund m. fl.: Coronary heart disease after treatment of hypertension, Lancet 1:1 1978.
3. Björk, K.: Psykiatriska vårdbehov. En epidemiologisk studie av en mellansvensk befolkning. Karolinska institutet Stockholm 1977.
4. Utvecklingsplan 1975 för Stockholms läns landsting (1976).
5. Dahlin L.: Levnadsnivå och hälsotillstånd. Utnyttjande av social och medicinsk service i tre Malmödistrikt, Malmö 1975.
6. Srole, L., Lamgner, T. S., Michel, S. T., Opler, M. K. & Rennie, T. A. C.: Mental health in the metropolis: the midtown Manhattan study, New York, 1962.
7. Scheff, T. J.: The role of the mentally ill and the dynamics of mental disorder: a research framework. Sociometry 26, 1963.
8. Psychiatric disorder in Finland, Acta Psyciatr. Scand. Suppl. 263 22–33 1975. Need of psychiatric services in the Finnish social psychiatric investigation. Acta Psyciatr. cand. Suppl 263. 34–38 1975.
9. Levnadsförhållanden Rapport 11. Hälso- och sjukvårdskonsumtion 1975, Statistiska centralbyrån, Stockholm 1978.
10. Levnadsförhållanden Rapport 1. Hälso- och sjukvårdskonsumtion 1974 Statistiska centralbyrån 1976.
11. Den framtida efterfrågan på tandvårdspersonal DsS 1979:9.
12. Purola T., Kalimo E., Sievers K. & Nyman K.: Sairastavuus ja lääkintäpalvelusten käyttö Suomessa ennen sairausvakuutusta, (Sjuklighet och utnyttjande av hälso- och sjukvårdens tjänster i Finland före sjukförsäkringen) Folkpensionsanstaltens publikationer Serie A:1, Institut för social trygghet, Helsinki 1967.
13. Purola T., Nyman K., Kalimo E. & Sievers K.: Sairausvakuutus, sairastavuus ja lääkintäpalvelusten käyttö (Sjukförsäkringen, sjuklighet och utnyttjande av hälso- och sjukvårdens tjänster) Folkpensionsanstaltens publikationer Serie A:7. Institutet för social trygghet, Helsinki 1971.
14. Kalimo E., Klaukka T. & Nyman K.: Vanhimpien ikäryhmien tervedentila ja terveyndenhuolto Suomessa, (De äldasta åldersgruppernas hälsotillstånd och hälsovård i Finland) Folkpensionsanstaltens tidskrift Sosiaalivakuutus 1979:2.
15. Kohn, R. & White K. L.: Health Care – An International Study, Report of the World Health Organization/International Collaborative Study of Medical Care Utilization, London 1976.
16. Tengvall K.: Egenvård – ett framtidsperspektiv, Landstingsförbundet, Stockholm 1977.
    Fry J.: Common Diseases, Medical and Technical Publishing CO LTD, Lancaster, Lancs, 1974.
17. SOU 1977:100 Pensionär 75, Stockholm 1977

18. SPRI rapport 2/76, Hemsjukvård – idébeskrivning av framtida innehåll och former.
19. LKELP 1979.
20. SOU 1977:98 Pensionär 75, Stockholm 1977.
21. Sveriges officiella statistik, Socialvården 1970–1978.
22. Information i prognosfrågor 1978:5. Befolkningsprognoser för riket 1978–2000 – med utblick mot 2025, Statistiska centralbyrån, Stockholm 1978.
23. Sveriges officiella statistik. Folk- och bostadsräkningen 1975, del 2:2–3 och 5:2, Stockholm 1978.
24. Levnadsförhållanden rapport 6, Utveckling och nuläge enligt tillgänglig statistik 1976, Statistiska centralbyrån, Stockholm 1977.
25. Information i prognosfrågor 1976:1, Arbetskraftsresurserna 1965–2000, Statistiska centralbyrån, Stockholm 1976.
26. Sundström G.: Omsorger oss emellan, Sekretariatet för framtidsstudier, Stockholm 1980.
27. Långvårdsenkäten, Socialstyrelsen redovisar 1977:8, Stockholm 1977.
28. Psykiatrisk långvård, Socialstyrelsen redovisar 1979:3, Stockholm 1979.
29. Levnadsförhållanden rapport 15, Boendeförhållanden 1975, Statistiska centralbyrån, Stockholm 1978.
30. Boende, service och vård för äldre, SPRI 1978.
31. Kane R. L. Kasteler J. M. & Gray R. L.: The Health Gap, New York 1976.
32. Kalimo E.: Lääkintäpalvelusten käyttöön vaikuttavat tekijät (English summary: Determinants of Medical Care Utilization) Publications of the National Pensions Institute of Finland, Series A:5, Research Institute för Social Security, Helsinki 1969.
33. Andersen R., Smedby B. & Anderson O. W.: Medical Care use in Sweden and the United States – A Comparative Analysis and Behavior, Chicago 1970.
34. SPRI-rapport S 84, Vem får sjukvård, Stockholm 1978.
35. Levnadsförhållanden, rapport 14, Utbildning, vuxenstudier och förvärvsarbete 1975, Statistiska centralbyrån, Stockholm 1978.
36. Familjeisolering i ett föränderligt samhälle, Social utvecklingsplanering i Norrbottens län, rapport 13. Luleå 1979.
37. Virtanen P.: Vårdkonsumtion och välfärd, Institut för social forskning, Stockholm 1979.
38. Levnadsförhållanden rapport 16, Låginkomstfamiljerna – vilka är de och hur de lever 1975/76, Statistiska centralbyrån, Stockholm 1979.
39. Enkätundersökning bland allmänheten om hälso- och sjukvård i Stockholms län 1974, Stockholms län landsting, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen.
40. Levnadsförhållanden rapport 19, Regionala levnadsnivåvariationer 1975/76. Statistiska centralbyrån, Stockholm 1979.
41. Bergström, B. & Tibblin, G.: Vårdmönstret i glesbygd – en delrapport från Vilheminastudien, socialmedicinska institutionen, Umeå 1978.
42. Pettersson, S.: Kartering av vårdkonsumtion. En medicinsk-geografisk undersökning i Tierps kommun, socialmedicinska institutionen, Uppsala 1977.
43. SPRI rapport 10/1971, metoder att mäta vårdefterfrågan, fältstudie av sjukvårdskonsumtion i Östergötland.

Vårdresurser och vårdutnyttjande

Av Gunnar Holmberg, Olle Östman

6 Sjukvårdsresurser och vårdutnyttjande – med tonvikt på somatisk korttidsvård[1]

6.1 Inledning

Den svenska sjukvården hade utvecklats snabbt under de senaste decennierna främst genom lasarettens utbyggnad. Denna period kan nu betraktas som avslutad, medan däremot en fortsatt kraftig utbyggnad av decentraliserad långtidssjukvård planeras. Det diskuteras t. o. m. om lasaretten blivit för stora och om vårdplatsantalet inom framförallt psykiatrin och korttidsvården är för högt.

Tillgången på vårdplatser och andra sjukvårdsresurser är emellertid inte lika stor över hela landet. I själva verket finns betydande skillnader även mellan i övrigt jämförbara sjukvårdsområden.

I detta kapitel redovisas dels sjukvårdens resurser och dess utveckling framförallt under de senaste 20 åren, dels de variationer i resursutbud som föreligger mellan olika sjukvårdsområden. Med resurser avses här vårdplatser, personal och ekonomiska medel. Vidare redovisas sjukvårdskonsumtionen i form av intagningar, vårddagar, läkarbesök på motsvarande sätt, dvs. såväl utveckling som aktuella variationer. Slutligen redovisas hur konsumtionen av sluten somatisk korttidsvård varierar med hänsyn till tillgång på alternativa vårdformer som öppen vård och somatisk långtidssjukvård. Härvid redovisas även läkemedelsförsäljningen och vissa indikatorer på befolkningens hälsoförhållanden i relation till vårdplatstillgången. En närmare beskrivning av dessa hälsoindikatorer har lämnats i avsnittet om allmänna hälsoindikatorer.

I de i kapitlet redovisade översiktliga delarna ingår den psykiatriska vården. Däremot ingår denna vårdform inte i den mer detaljerade genomgången av sjukvårdsresurserna och vårdkonsumtionen.

Vid beskrivning av den historiska utvecklingen t. ex. beträffande vårdplatser, vårddagar, intagningar m. m. har uppgifterna hämtats ur publikationerna "Allmän hälso- och sjukvård" (AHS) och "Statistisk årsbok för landsting 1979". Valet av två olika underlag för redovisningen leder i vissa fall till olikheter beträffande de totala uppgifterna för landet som helhet. Detta är en följd av bl. a. varierande definitioner och olika insamlingstidpunkter.

[1] Hämtat ur: "Sjukvårdsresurser och vårdutnyttjande – en förstudie". Socialstyrelsen redovisar 1981:1.

6.2 Sjukvårdens resurser

Vårdplatser – utvecklingen 1960–1977

Den mycket intensiva utbyggnad av den slutna vården som ägt rum under hela 1900-talet till omkring 90 000 vårdplatser år 1950, 103 000 år 1960 och 120 000 år 1970, har under 1970-talets första hälft i stort sett avstannat med undantag för den somatiska långtidssjukvården.

Under senare år har antalet vårdplatser inom såväl den somatiska korttidsvården som psykiatrin reducerats. Kvantitativt kompenseras detta emellertid mer än väl av en mycket snabb ökning av vårdplatser för den somatiska långtidssjukvården. Den senares utbyggnad har pågått kontinuerligt under de senaste två decennierna, under det att reduceringen inom somatisk korttidsvård och psykiatri genomförts först under 1970-talet (jmf tabell 1:1). Det bör dock observaras, att utbygganden inom långtidssjukvården släpar efter om man ser till ökningen av andelen äldre och landstingens planer.

Tabell 6.1 Utvecklingen av vårdplatser per vårdgren 1960–1977 (AHS)

Vårdplatser resp. år	1960	1970	1975	1977	Index 1977 1960 = 100
Somatisk korttidsvård	50 300	49 400	47 100	46 300	92
Somatisk långtidsvård	18 600	33 600	40 300	41 800	225
Psykiatrisk vård	34 500	37 000	36 300	34 500	100
Totalt	103 400	120 000	123 700	122 600	119

Vårdplatser – somatisk korttidsvård

Inom den svenska sjukvården utgör lasaretten för främst somatisk korttidsvård ett mycket dominerande inslag. Dessa lasarett kan i princip indelas i tre grupper – regionsjukhus, länssjukhus och länsdelssjukhus. Samtliga nio regionsjukhus har vardera mer än 1 000 vårdplatser för somatisk korttidsvård. De 24 länssjukhusen har mellan 500 och 1 000 vårdplatser för somatisk korttidsvård, medan de 70 länsdelssjukhusen har högst 500 vårdplatser för sådan vård.

Ett utmärkande drag för framförallt den somatiska korttidsvårdens utveckling har varit den alltmer ökande specialiseringen. Denna har resulterat i, att det för närvarande finns drygt 40 olika medicinska verksamhetsområden, varav flertalet finns representerade vid samliga regionsjukhus. För många av dessa verksamhetsområden har skapats särskilda kliniker eller specifikt avdelade resurser inom ramen för kliniker. Detta gäller särskilt för allmän internmedicin och allmänkirurgi. Så tillkom t. ex. vid regionsjukhusen bl. a. som en följd av den tidigare regionsjukvårdsutredningen i början på 1960-talet ett antal specialiteter med särskilt avdelade vårdplatser. Som exempel kan nämnas thoraxkirurgi och plastikkirurgi.

Som framgår av tabell 6.2 har en betydande omstrukturering av vårdplatserna gjorts under perioden 1960–1977. Denna har skett inom en något reducerad totalram. Drastiska nedskärningar av vårdplatsantalet har fram-

förallt genomförts inom lung- och infektionssjukvården i första hand, genom att flertalet av de tidigare sanatorierna och fristående infektionssjukhusen lagts ned eller fått ändrad vårdinriktning. Övriga icke opererande specialiteter har fått ett utökat antal vårdplatser.

Inom opererande verksamhetsområden har vårdplatsantalet reducerats inom allmän kirurgi framförallt genom en överföring av frakturkirurgi till ortopedisk kirurgi. Den största procentuella ökningen av vårdplatsantalet svarar den urologiska kirurgin för. Även plastikkirurgi, gynekologi och ortopedi har dock fått betydligt utökade resurser under perioden. Detsamma gäller radioterapi/onkologi.

I gruppen övrig somatisk korttidsvård återfinns t. ex. de odelade lasaretten. Dessa har till stor del lagts ned och omstrukturerats till sjukhem för somatisk

Tabell 6.2 Vårdplatsutveckling inom somatisk korttidsvård 1960–1977 (AHS)

Verksamhetsområde	Antal vårdplatser			Index 1977 1960 = 100
	1960	1970	1977	
Icke opererande	22 833	21 497	20 213	89
Allmän internmedicin inkl allergologi	9 105	10 537	10 701	
Medicinsk njursjukvård	48	72	115	
Endokrinologi	14	33	33	
Kardiologi		50	77	
Medicinsk barnsjukvård	2 328	2 566	2 568	
Lungsjukvård	5 528	2 732	1 696	
Infektionssjukvård	3 524	2 676	2 015	
Reumatologi[a]	1 191	1 294	1 253	
Hud och könssjukdomar	710	766	630	
Neurologi	368	463	513	
Rehabilitering	17	308	612	
Allmän och gynelokogisk radioterapi/onkologi	568	829	867	153
Opererande	20 831	23 007	22 760	109
Allmänkirurgi	10 204	10 368	9 435	
Barnkirurgi	281	339	316	
Ortopedisk kirurgi inkl. handkirurgi	1 896	2 543	2 699	
Neurokirurgi	245	316	358	
Thoraxkirurgi	274	315	320	
Plastikkirurgi	170	332	353	
Urologi	86	417	472	
Obstetrik	3 532	3 384	2 994	
Gynekologi	1 836	2 494	2 730	
Ögonsjukdomar	876	969	1 023	
Öron-, näs- och halssjukdomar	1 431	1 530	1 407	
IVA, uppvakning		271	653	
Övrig somatisk korttidsvård[b]	6 076	4 042	2 476	41
Totalt	50 308	49 375	46 316	92

[a] Inkl RFV:s sjukhus i Nynäshamn, Tranås och Åre.
[b] Avser t. ex. allmänvård viss konvalescentvård och vård vid odelade lasarett m. m.

långtidssjukvård. År 1960 fanns således 28 odelade lasarett, medan det nu återstår endast tre.

Slutligen kan noteras att en betydande omstrukturering har skett inom framförallt förlossningsvården. I början av 1960-talet var omkring 36 procent av vårdplatserna belägna vid mindre enheter utan egen läkare i ämnet t. ex. vid sjukstugor och inom kirurgiska kliniker. Motsvarande siffra nu är ca 12 procent.

Vårdplatser – somatisk långtidssjukvård

Vården av långvarigt sjuka tillgodosågs under tidigare delen av 1900-talet utanför den egentliga sjukvården. Dåvarande fattigvården skulle ta hand om dem, som på grund av bristande ekonomiska resurser vid bl. a. sjukdom, inte kunde erhålla vård på annat sätt.

Särskilda sjukvårdsenheter för vård av långvarigt sjuka är således av relativt sent datum. Vårdformen har emellertid expanderat kraftigt. Under perioden 1930–1970 ökade andelen vårdplatser för långvarigt sjuka från 9 procent till 40 procent av totala antalet platser för somatisk vård. Vårdplatsutvecklingen under perioden 1960–1977 framgår av tabell 6.3.

Tabell 6.3 Vårdplatser för somatisk långtidssjukvård (AHS)

Sjukvårdsenhet	1960	1970	1977
Lasarett	4 400	11 600	16 000
Sjukhem[a]	12 900	21 000	24 500
Enskilda vårdhem	1 300	1 900	1 900
Summa	18 600	33 600	42 400
Antal vårdplatser per 1 000 invånare 70 år och äldre	33	47	50

[a] Avser såväl landstingskommunala som primärkommunala sjukhem.

Som framgår av tabellen har framförallt en betydande utbyggnad av långtidssjukvården skett vid lasaretten, speciellt under 1960-talet. Den betydande utbyggnad som gjorts även under 1970-talet har till stor del tagits i anspråk av den fortgående ökningen av antalet personer över 70 år. Uppskattningsvis trefjärdedelar av vårdplatserna inom långtidssjukvården utnyttjas således för vård av personer över 70 år. Utöver de i tabellen redovisade vårdplatserna finns för närvarande totalt drygt 4 000 vårdplatser för konvalescentvård. Även dessa platser utnyttjas till stor del för vård av långtidssjuka.

Hemsjukvården är en annan betydelsefull vårdform för framförallt långtidssjuka patienter. Denna började bedrivas i organiserade former i slutet av 1940-talet. Hemsjukvården etablerades successivt inom de flesta sjukvårdsområden under 1950-talet, huvudsakligen som ett provisorium föranlett av platsbrist inom den slutna långtidssjukvården. Hemsjukvården omfattar fortfarande i huvudsak långtidssjuka personer, som anses vara i behov av sluten vård. Detta synsätt håller dock på att förändras och hemsjukvården börjar alltmer betraktas som en fristående vårdform.

Antalet patienter inom hemsjukvården har successivt ökat från omkring 6 000 bidragstagare i början av 1960-talet till omkring 38 500 år 1977. Totalt omfattar således den somatiska långtidssjukvården drygt 80 000 vårdtagare.

Vårdplatser – fördelning mellan olika sjukvårdsområden

Som noterades inledningsvis används en annan källa vid redovisningen per sjukvårdsområde än den som använts för beskrivning av den historiska utvecklingen. Skillnaden för år 1977 mellan de olika materialen vad gäller vårdplatstillgång framgår av tabell 6.4.

Tabell 6.4 Totala antalet vårdplatser 1977 per vårdgrensgrupp 1977

	Enl Allmän hälso- och sjukvård	Enl Lkelp
Somatisk korttidsvård	46 300	47 300
Somatisk långtidssjukvård	41 800	50 200
Psykiatrisk vård	34 500	33 500
Totalt	122 600	130 900

Det är framförallt beträffande den somatiska långtidssjukvården som det redovisas påtaglig skillnad i vårdplatstillgång. Detta förklaras bl. a. av, att i siffrorna i LKELP ingår ca 1 800 vårdplatser vid konvalescenthem och drygt 5 000 primärkommunala vårdplatser som landstinget hyr vid t. ex. ålderdomshem. I socialstyrelsens publikation "Allmän hälso- och sjukvård" medräknas endast sjukvårdsplatserna vid dess enheter.

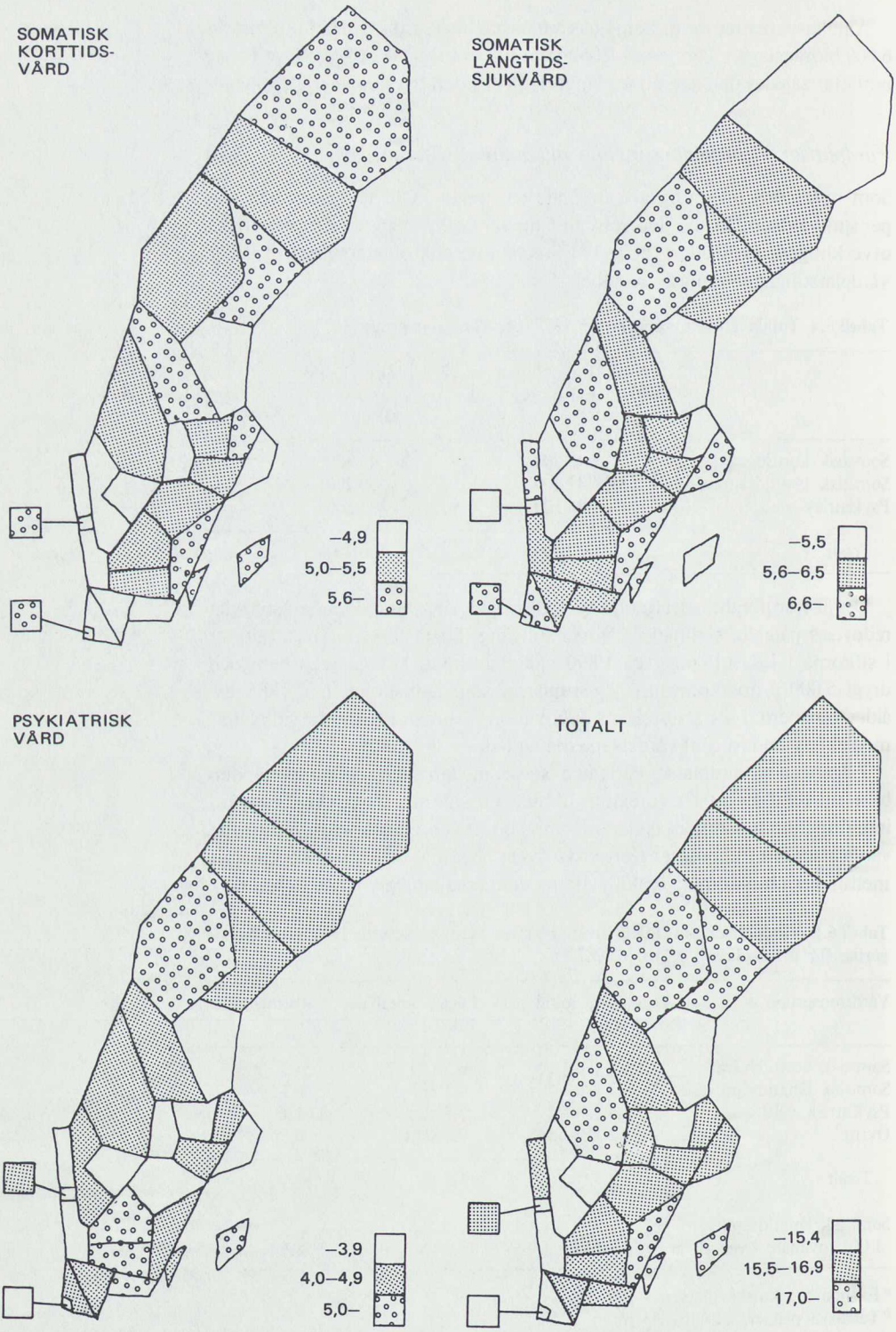
Tillgången på vårdplatser varierar avsevärt mellan olika sjukvårdsområden bl. a. till följd av att t. ex. regionsjukhus och sjukhus för psykiatrisk vård inte finns inom samtliga sjukvårdsområden. Även efter korrigering för de vårdplatser om tillkommer respektive avgår på grund av överenskommelser mellan olika huvudmän är skillnaderna dem emellan betydande (tabell 6.5).

Tabell 6.5 Vårdplatser per 1 000 invånare efter vårdgrensgrupp 1977 efter korrigering för avtalsplatser m. m. (LKELP)

Vårdgrensgrupp	Högsta antal per 1 000 inv.	Lägsta antal per 1 000 inv.	Riksmedeltal
Somatisk korttidsvård[a]	6,5 (I)	4,5 (R)	5,2
Somatisk långtidssjukvård	8,7 (Z)	4,8 (P)	6,1
Psykiatrisk vård	5,4 (Z)	2,5 (U)	4,1
Övrigt[b]	1,2 (E)	0,2 (H,O)	0,5
Totalt	20,2 (Z)	13,8 (N)	15,9
Somatisk långtidssjukvård per 1 000 invånare över 70 år	78,3 (AB)	43,8 (X)	58,8

[a] Exklusive tekniska platser.
[b] Tekniska platser, allmänvård m. m.

Anm: Inom parentes anges respektive sjukvårdsområde.



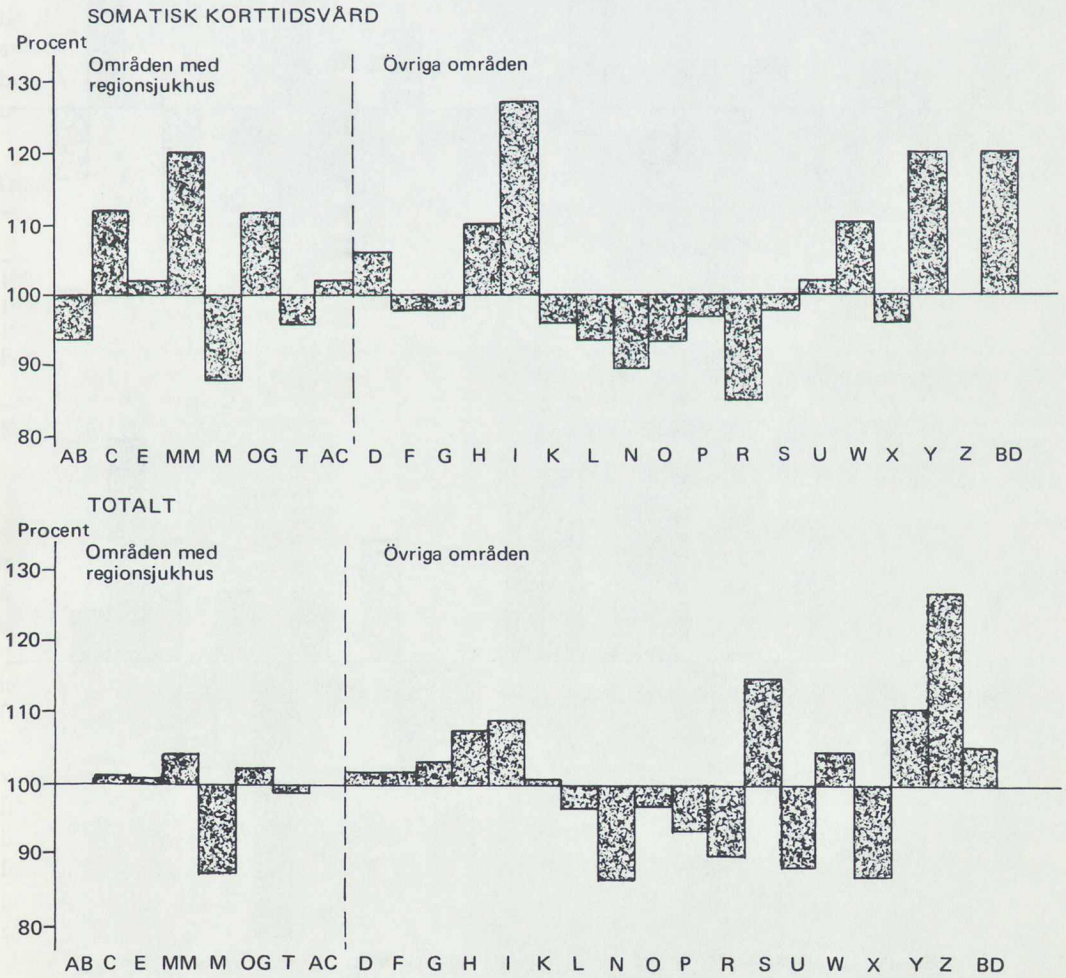
Figur 6.1 Antal vårdplatser per 1 000 inv. inom olika sjukvårdsområden år 1977 med fördelning efter vårdgren samt totalt efter korrigering för vårdplatser som tillkommer/avgår p. g. a. överenskommelse (LKELP).

En jämförelse mellan olika sjukvårdsområden ger endast en ögonblicksbild. I ett längre perspektiv sker i vissa fall betydande förskjutningar mellan områdena, exempelvis därför att ett nytt sjukhem tas i bruk eller en avdelning läggs ner. Som exempel kan nämnas, att ett sjukhem med ca 200 vårdplatser innebär att ett ordinärt sjukvårdsområde höjer sin vårdplatskvot inom somatisk långtidssjukvård med ca 7 vårdplatser per 1 000 invånare över 70 år. På motsvarande sätt innebär en reduktion med 50 vårdplatser en minskning med 0,2 vårdplatser per 1 000 invånare. En annan faktor, som också talar för att siffrorna bör tolkas med försiktighet är, att de formella vårdplatsuppgifterna inte alltid stämmer överens med det faktiska antal platser som kan disponeras för sjukvården vid varje tillfälle.

I figur 6.1 visas hur sjukvårdsområdena fördelar sig i förhållande till vårdplatstillgången inom somatisk korttidsvård, långtidssjukvård respektive psykiatrisk vård samt totalt.

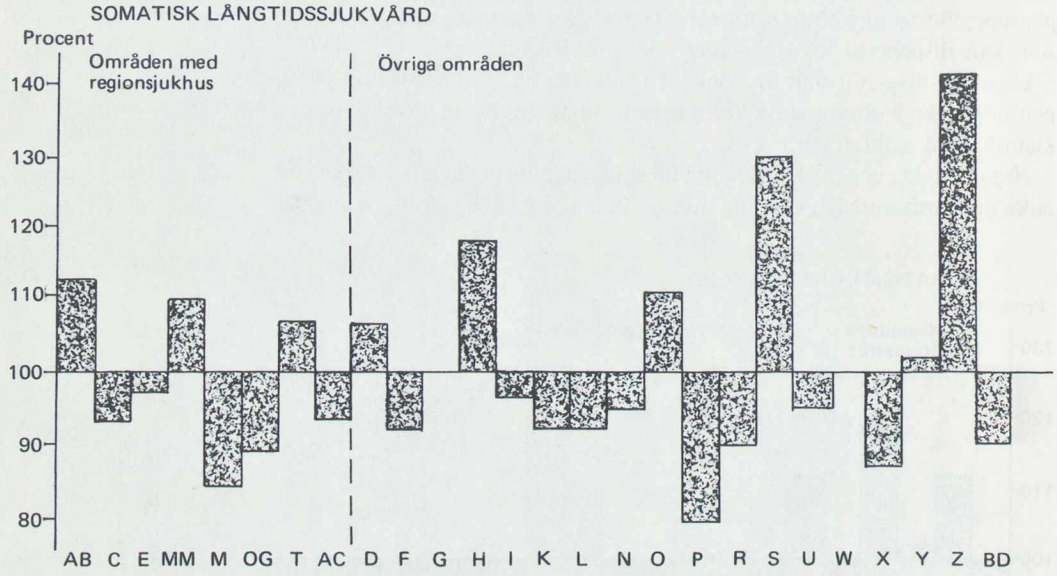
Någon direkt geografisk förklaring till skillnader i vårdplatstillgång mellan olika sjukvårdsområden kan inte utläsas. Inte heller föreligger några direkta

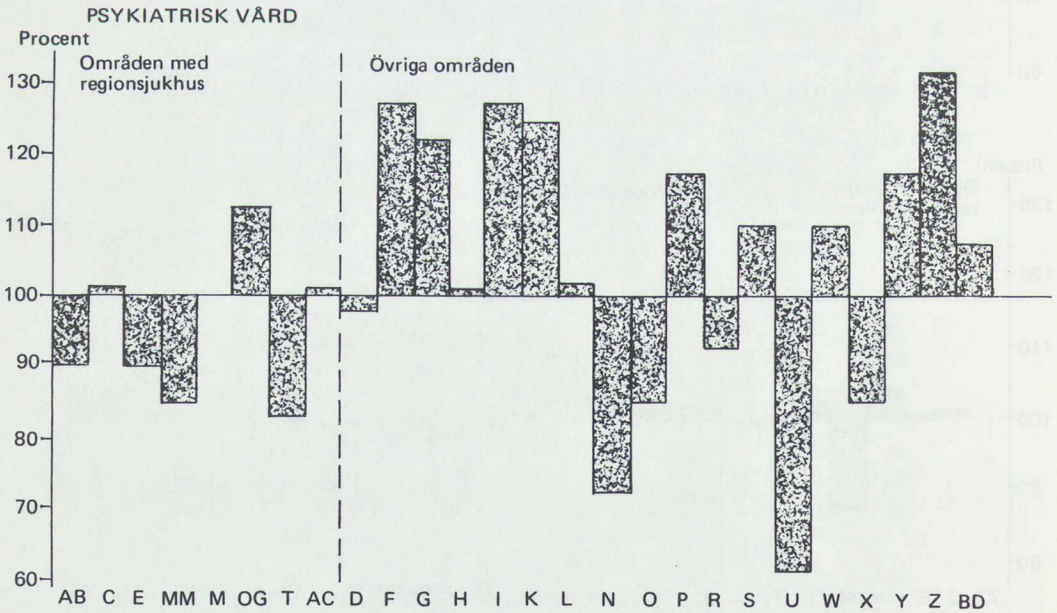
Figur 6.2 Antal vårdplatser per 1 000 invånare efter korrigering för vårdplatser som tillkommer/avgår p. g. a. avtal och överenskommelser i förhållande till riksgenomsnittet.



samband mellan t. ex. antalet vårdplatser för somatisk korttidsvård och antalet lasarett. Inte heller har områdenas fysiska storlek något samband med den relativa vårdplatstillgången.

I figur 6.2 redovisas tillgången på vårdplatser inom olika sjukvårdsområden i relation till riksgenomsnittet uttryckt som procentuell avvikelse. Underlaget till figuren redovisas i bilaga 8.





Den högsta tillgången på vårdplatser inom somatisk korttidsvård redovisas för Gotlands och Malmö kommuner samt Västernorrlands och Norrbottens läns landsting. Av dessa har Malmö kommun även en jämförelsevis hög tillgång på vårdplatser inom långtidssjukvården. Till de områden som har lägst vårdplatstillgång inom korttidsvården hör Malmöhus, Hallands och Skaraborgs läns landsting. Dessa senare områden har också en vårdplatstillgång inom långtidssjukvården som är betydligt under riksgenomsnittet. De primärkommunala resurserna för framför allt vård av äldre framgår inte av vare sig figurerna eller denna studie i övrigt.

Den öppna vården

Under den senaste tio-årsperioden har samhället satsat mycket på att tillföra den öppna vården resurser. Den öppna vården har prioriterats beträffande såväl läkartjänstfördelning som byggnadsprioritering.

Huvudmännens satsningar på den öppna vården kan bl. a. mätas i antal inrättade öppenvårdstjänster för vidareutbildade läkare. Under perioden 1970 till 1978 har antalet sådana tjänster mer än fördubblats. Den största ökningen svarar den specialiserade vården för framförallt inom verksamhetsområdena barnmedicin, kvinnosjukvård och psykiatri. En stor del av specialisttjänsterna är emellertid placerade vid lasarett.

Tabell 6.6 Tjänster för vidareutbildade läkare inom den öppna vården

	Allmänläkare	Specialister	Totalt
1970	1 058	379	1 437
1974	1 187	833	2 020
1978	1 726	1 325	3 051
Förändring i % 1970–78	163	350	212

Källa: Socialstyrelsens förteckning över medgivna läkartjänster.

Utöver de i tabellen angivna tjänsterna som är specifikt avsedda för öppen vård, bedrivs en betydande del öppen vård även på läkartjänster som främst är avsedda för slutenvård. Fördelningen av tjänster på öppen respektive sluten vård återspeglar inte helt sjukvårdsproduktionens omfattning och fördelning på vårdform.

Någon fullständig redovisning av antalet läkartimmar i öppen vård finns inte. I undersökningarna av läkares arbetstider och tjänster (LATT) efterfrågas emellertid, hur många timmar som ägnas åt olika aktiviteter under en viss vecka. En jämförelse mellan LATT-undersökningarna 1972 och 1977 visar att antalet läkartimmar för öppen vård steg med omkring 14 procent från 1972 till 1977. Största delen av ökningen svarade de lasarettsanknutna läkarna för, vilket framgår av tabell 6.7. Som en jämförelse redovisas även förhållanden i mars 1979 enligt LATT 79. Av tabellen framgår, att antalet läkartimmar som ägnas åt öppen vård fortsatt att öka. Hela ökningen under senare år härrör dock från den decentraliserade öppna vården.

Fortfarande görs mer än hälften av öppenvårdsbesöken vid lasaretten. Det framstår därför som otillfredsställande, att den öppna vårdens dimen-

Tabell 6.7 Totala antalet läkartimmar i öppen vård (1 000 timmar per vecka)

År	Vid lasarett	Utanför lasarettet	Totalt
LATT 1972	66	50	115
LATT 1977	80	53	133
LATT 1979	80	63	143

sionering inom olika sjukvårdsområden bedöms endast med utgångspunkt från antalet inrättade läkartjänster inom den öppna vården.

Personal

Antalet yrkesverksamma personer i direkt vårdarbete inom hälso- och sjukvården har mer än fördubblats under perioden 1960–1977 från omkring 76 000 till 176 000 personer (se tabell 6.8. I dessa siffror ingår inte personal inom omsorgsvården (ca 18 000), tandvården (ca 19 000 och apoteksväsendet (ca 10 000).

Tabell 6.8 Yrkesverksam personal inom hälso- och sjukvården 1960–1976 (AHS)

Personalkategori	1960	1970	1976
Läkare	7 100	10 600	14 600
Sjuksköterskor inkl. barnmorskor	23 100	34 900	51 000
Undersköterskor, sjukvårdsbiträden och skötare inom psykiatrisk vård	43 900	69 700	93 100
Sjukgymnaster och arbetsterapeuter	2 000	3 300	6 000
Summa	76 100	118 500	164 700

Källa: Matrikel över läkare och tandläkare, registren över legitimerade läkare och utländska läkare i Sverige, sjuksköterskor, barnmorskor, hälsovårdsinspektörer, undersköterskor och apotekspersonal. Landstingens planer, LKELP 77 (landstingsförbundet, socialstyrelsen).

På grund av vissa förändringar i beräkningsmetoderna, är siffrorna inte helt jämförbara för de olika åren. Dessutom har uppgifterna för undersköterskor m. fl. ändrats från personer till tjänster. Trots detta ger siffrorna ändå en god uppfattning om ökningstakten och olika personalgruppers storleksordning.

Tillgången på personal varierar påtagligt mellan olika sjukvårdsområden. Antalet läkare är t. ex. förhållandevis stort i områden med region- och undervisningssjukhus i jämförelse med andra områden. I tabell 6.9 redovisas totala antalet läkare, dvs. såväl läkare anställda i offentlig sjukvård eller företagshälsovård som privatpraktiker.

Tabell 6.9 Utveckling och fördelning av läkare inom olika sjukvårdsområden 1970–1977

Sjukvårdsområde (läns landsting)	1970		1977		Antal läkare index 1977 1970 = 100
	Totalt	Per 1 000 inv.	Totalt	Per 1 000 inv.	
Regionsjukhusområden					
Stockholms	3 102	2,2	3 877	2,6	125
Uppsala	593	2,7	740	3,2	125
Östergötlands	429	1,1	638	1,6	149
Malmö kommun	479	1,8	679	2,8	142
Malmöhus	878	1,9	1 117	2,2	127
Göteborgs kommun	1 107	2,5	1 340	3,0	121
Örebro	278	1,0	402	1,5	145
Västerbottens	320	1,4	430	1,8	134
	7 186		9 223		
Övriga områden					
Södermanlands	214	0,9	291	1,2	136
Jönköpings	232	0,8	372	1,2	160
Kronobergs	139	0,8	210	1,2	151
Kalmar	174	0,7	291	1,2	167
Gotlands kommun	48	0,9	64	1,2	133
Blekinge	124	0,8	180	1,2	145
Kristianstads	227	0,9	369	1,3	163
Hallands	169	0,9	255	1,1	151
Göteborgs o Bohus	236	0,9	398	1,5	169
Älvsborgs	336	0,8	463	1,1	138
Skaraborgs	190	0,7	296	1,1	156
Värmlands	241	0,8	361	1,3	150
Västmanlands	211	0,8	310	1,2	147
Kopparbergs	202	0,7	325	1,1	161
Gävleborgs	224	0,8	320	1,1	143
Västernorrlands	224	0,8	345	1,3	154
Jämtlands	114	0,9	156	1,2	137
Norrbottens	173	0,7	311	1,2	180
Totalt	10 664	1,3	14 540	1,8	136
Utomlands	436		954		219

Anm: Uppgifterna innefattar även ej yrkesverksamma vilka redovisas på bostadsorten. Däremot ingår inte utländska läkare.

Källa: Socialstyrelsens läkarregister.

Under perioden har tillskottet av läkare varit något högre inom områden med regionsjukhus än inom områden utan sådana. Däremot har tillskottet för övriga områden procentuellt sett i allmänhet varit större. Läkarfördelningen i förhållande till antalet invånare är relativt jämn mellan de olika regionerna med undantag för stockholmsregionen som har betydligt större läkartäthet än övriga (tabell 6.10).

Tabell 6.10 Utveckling och fördelning av läkare inom olika regioner 1970–1977

Region	1970		1977	
	Totalt	Per 1000 inv.	Totalt	Per 1000 inv.
Stockholm (AB, I)	3 150	2,1	3 941	2,5
Uppsala (C, U, W, X, Z)	1 344	1,1	1 851	1,5
Linköping (E, F, H)	835	0,9	1 301	1,4
Malmö-Lund (G, K, L, MM, M)	1 847	1,4	2 555	1,9
Göteborg (N, OG, O, P, R)	2 038	1,3	2 752	1,7
Örebro (S, T, D)	733	0,9	1 054	1,3
Umeå (Y, AC, BD)	717	0,9	1 086	1,4
Hela landet	10 644	1,3	14 540	1,8

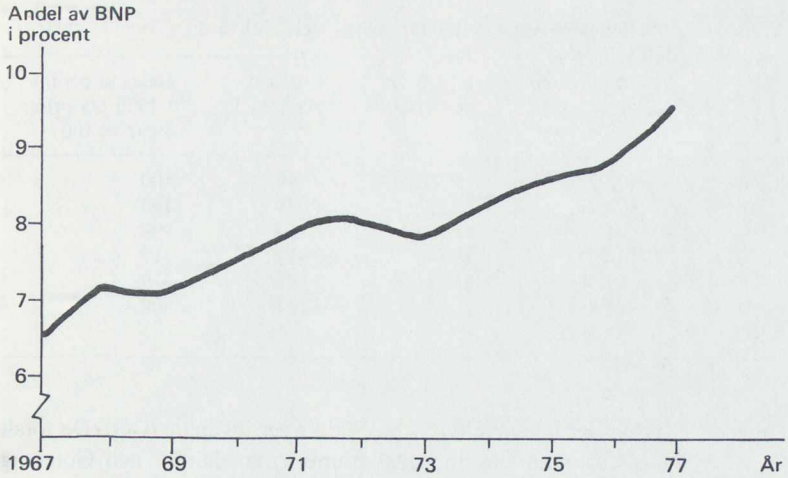
I tabell 6.11 redovisas, till skillnad från föregående tabell, endast de läkare som är under 65 år och är yrkesverksamma inom hälso- och sjukvård enligt LATT 77. I tabellen ingår till skillnad mot föregående tabeller även utländska läkare. I tabellen anges samtliga yrkesverksamma läkares huvudsakliga verksamhet liksom fördelningen av läkarkåren på områden med respektive utan eget regionsjukhus. Under rubriken forskning och undervisning samt övrigt redovisas sådana läkare som bedriver forskning och/eller undervisning. Läkare med såväl forskning och undervisningsuppgifter som sjukvård redovisas under kolumnen för sjukhus (motsv).

Tabell 6.11 Verksamma läkare 1977. Fördelning efter huvudsaklig verksamhet (LATT)

Område	Öppen och sluten offentlig vård (motsv.)	Privat praktik	Företags hälsovård	Forskn./ undervisn. övriga	Summa	Läkare per 1 000 inv.
Områden med regionsjukhus	7 480	618	361	578	9 037	2,36
Övriga områden	5 485	230	247	151	6 113	1 38
Totalt	12 965	848	608	729	15 150	1,84

Kostnader för sjukvården

Kostnader för sjukvården har ökat markant under tiden från 1960, såväl i absoluta tal som i relation till den totala samhällsekonomin. År 1960 motsvarade sjukvårdskostnaderna omkring 3,6 procent av bruttonationalprodukten (BNP), medan motsvarande siffra 1977 var över 9 procent (jfr fig 6.3).



Figur 6.3 Hälso- och sjukvårdens andel av BNP i procent.

Källa: SCB: Statistiska meddelanden N 1978:8,4.

Den klart dominerande delen av kostnaderna svarar landstingen och de landstingsfria kommunerna för. Deras andel av kostnaderna har ökat medan statens andel av kostnaderna minskat (tabell 6.12). Av de totala nettokostnaderna i tabellen svarar nyanläggning och investering 1960 för 338 milj. kr (14 procent) och 1977 för 2 216 milj. kr (7 procent).

Tabell 6.12 Nettokostnader (drift- och anläggningskostnader) för hälso- och sjukvården åren 1960–1976 milj. kr (AHS)

Finansieringskälla	1960		1970	1977	
		%			%
Staten	601	25	2 163	4 229	16
Försäkringskassor	386	16	1 425	5 005	19
Landsting[a]	1 386	58	7 526	16 517	64
Primärkommuner[b]	18	1	59	100	1
Summa	2 391	100	11 173	25 851	100

[a] Inkl. de landstingsfria kommunerna.
[b] Exkl. de landstingsfria kommunerna.

Källor: Publikationen Budgetredovisning (utg. av riksrevisionsverket) Kommunernas finanser (SOS).

I tabell 6.13 redovisas de totala nettodriftkostnaderna såväl i respektive års priser som i 1976 års priser. De senare har även beräknats per invånare. Som framgår av tabellen är kostnadsökningen under perioden 1960–1977 över 400 procent även sedan justering gjorts för penningsvärdesförsämring och befolkningsökning. Kostnadsökningen under de första åren av 1970-talet var relativt låg för att sedan åter skjuta fart efter 1973.

Av de totala driftkostnaderna avsåg 1977 omkring 22 miljarder kronor sjukhusansluten hälso- och sjukvård, 3,2 miljarder kr hälso- och sjukvård utanför sjukhus, 1,2 miljarder kr tandvård och 2,4 miljarder kr vård av psykiskt utvecklingsstörda.

Skillnaderna i kostnader för hälso- och sjukvård är mycket stor mellan olika huvudmän (tabell 6.14). Den totala kostnaden varierade 1977 mellan

Tabell 6.13 Nettokostnaderna totalt för hälso- och sjukvård

År	Nettokostnad resp. år	i 1976 års priser kr	Kostnad per inv.	Index kr per inv. i 1976 års priser 1960 = 100
1960	2 391	5 762	770	100
1965	4 752	9 552	1 235	160
1970	11 173	18 100	2 250	292
1973	14 922	19 846	2 439	317
1975	21 761	23 973	2 921	379
1976	25 851	25 851	3 144	408
1977	30 551			

ungefär 2 600 kr per invånare (U) och 3 900 kr per invånare (OG). De totalt sett högsta kostnaderna har storstadskommunerna Malmö och Göteborg samt Uppsala läns landsting och de fyra nordligaste landstingen.

Tabell 6.14 Driftkostnader per invånare år 1977 för hälso och sjukvård (exkl. tandvård m. m.) efter korrigering för vård enligt avtal/överenskommelse (LKELP)

Sjukvårdsområde (läns landsting)	Vård vid sjukhus	Vård utanför sjukhus	Totalt	Andel vård utanför sjukhus
Regionsjukhusområden				
Stockholms	2 766	410	3 176	13
Uppsala	3 299	340	3 639	9
Östergötlands	2 599	410	3 009	14
Malmö kommun	3 627	206	3 833	5
Malmöhus	2 638	298	2 936	13
Göteborgs kommun	3 407	482	3 889	12
Örebro	2 592	306	2 898	10
Västerbottens	2 863	592	3 455	17
Övriga områden				
Södermanlands	2 337	325	2 662	12
Jönköping	2 602	372	2 974	13
Kronobergs	2 656	389	3 045	13
Kalmar	2 522	426	2 948	14
Gotland kommun	2 494	375	2 869	13
Blekinge	2 483	390	2 873	14
Kristianstads	2 495	346	2 841	12
Hallands	2 322	349	2 671	13
Göteborg o Bohus	2 384	458	2 842	16
Älvsborgs	2 359	303	2 662	11
Skaraborgs	2 453	353	2 806	13
Värmlands	2 684	412	3 096	13
Västmanlands	2 219	389	2 608	15
Kopparbergs	2 487	384	2 871	13
Gävleborgs	2 531	394	2 925	13
Västernorrlands	2 952	376	3 328	11
Jämtlands	2 932	527	3 459	15
Norrbottens	2 871	462	3 333	14
Totalt	2 695	387	3 082	13

De olika huvudmännens fördelning av resurserna på olika delar av vården varierar. Medan t. ex. Malmö kommun år 1977 avsatte 5 procent av sina ekonomiska resurser för vård utanför sjukhus, är motsvarande siffra för Västerbottens och Göteborgs och Bohusläns landsting 16–17 procent. I vissa fall kan olikheterna bero på redovisningstekniska skillnader, men i huvudsak överensstämmer den ekonomiska redovisningen med den sjukvårdsorganisation som finns inom olika områden.

Sjukvårdsområden med relativt få vårdplatser som Västmanlands, Skaraborgs, Hallands och Göteborgs- och Bohus läns landsting har således låga kostnader för vård vid sjukhus. Däremot är inte sambandet påtagligt mellan ett högt antal vårdplatser för t. ex. Kalmar, Värmlands, Västernorrlands och Jämtlands läns landsting samt Gotlands kommun och en hög kostnad för den sjukhusbundna vården. Den höga kostnaden för sluten vård tycks i stället förklaras av en hög kostnad per vårddag. Detta gäller för t. ex. Uppsala läns landsting, Malmö kommun och Göteborgs kommun.

6.3 Sjukvårdsutnyttjande

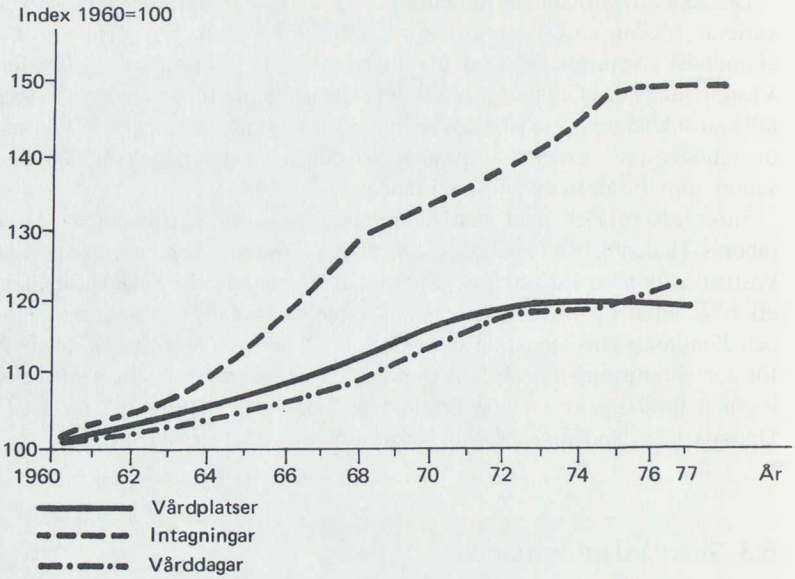
Sluten vård

Omfattningen av den totala slutna sjukvården i landet mätt i antal vårddagar ökade kontinuerligt fram till början av 1970-talet. Fr. o. m. 1972 har emellertid antalet stagnerat strax under 40 miljoner vårddagar, eller 4,8 vårddagar per invånare. En påtaglig och fortgående tendens under den senaste tjugoårsperioden är emellertid den sjunkande medelvårdtiden och den kraftigt ökande intagningsfrekvensen. Det totala antalet intagningar har således ökat från 1960 till 1977 med omkring 50 procent till knappt 1,5 miljoner intagningar. Detta framgår även av tabell 6.15.

Tabell 6.15 Översikt av den slutna vårdens omfattning 1960–1977 (AHS)

År	Intagningar		Vårddagar	
	Antal	Per 1000 inv.	Antal	Per 1000 inv.
1960	999 000	133	32 100 000	4 281
1965	1 130 000	151	33 400 000	4 297
1970	1 339 000	166	36 500 000	4 517
1975	1 480 000	180	38 200 000	4 654
1977	1 485 000	180	39 600 000	4 790

I stort sett följer utvecklingen av antalet vårddagar vårdplatsutvecklingen. Under senare år (fig. 6.4) ökade emellertid vårddagarna något snabbare än vårdplatserna. Till följd härav ökade den genomsnittliga beläggningen något. Detta förklaras till stor del av, att en allt större andel av vårdplatserna avser somatisk långtidssjukvård. Dessa har generellt sett en högre beläggningsgrad än vårdplatserna inom psykiatrisk vård och somatisk korttidsvård.



Figur 6.4 Utvecklingen av vårdplatser, vårddagar och intagningar 1960–1977.

Utvecklingen har varit mycket varierande för olika vårdgrenar och typer av institutioner som framgår av tabell 6.16. Medan intagningsfrekvensen ökat inom samtliga vårdgrenar, har antalet vårddagar ökat endast inom långtidssjukvården.

Med ledning av tabell 6.16 kan man beräkna medelvårdtiderna, vilka under perioden sjunkit markant inom somatisk korttidsvård och psykiatrisk vård. Inom den somatiska korttidsvården har medelvårdtiden sjunkit från 14,2 dagar 1960 till 9,3 dagar 1977. Motsvarande siffror för den psykiatriska vården är 298 respektive 81 dagar. Inom långtidssjukvården kan medel-

Tabell 6.16 Intagningar och vårddagar (1000-tal) fördelade efter vårdgrensgrupp 1960–1977 (AHS)

	1960	1970	1977	Index 1977 1960 = 100
Intagningar				
Somatisk korttidsvård	930 000	1 182 000	1 317 000	140
Somatisk långtidssjukvård	27 000	54 000	57 000	240
Psykiatrisk vård	42 000	103 000	134 000	320
Totalt	999 000	1 339 000	1 485 000	150
Vårddagar				
Somatisk korttidsvård	13 500	13 500	12 200	90
Somatisk långtidssjukvård	6 100	10 700	16 900	280
Psykiatrisk vård	12 400	12 300	10 500	85
Totalt	32 700	36 500	39 600	125

vårdtiden uppskattas till 8–9 månader. Stora variationer i vårdtid förekommer dock inom respektive vårdgren.

Den genomsnittliga totala sjukvårdskonsumtionen för landet som helhet motsvarade år 1977 knappt 4 800 vårddagar per 1000 invånare. Skillnaderna mellan olika sjukvårdsområden är emellertid stor (tabell 6.17).

Tabell 6.17 Vårddagar per 1 000 invånare 1977 efter justering för vård enligt avtal/-överenskommelse

Vårdgrensgrupp	Vårddagar		
	Högst	Lägst	Riks-genomsnitt
Somatisk korttidsvård	1 858 (I)	1 246 (S)	1 419
Somatisk långtidsvård	2 851 (Z)	1 591 (P)	2 043
Psykiatrisk vård	1 764 (Z)	835 (U)	1 272
Övrigt			62
Totalt	6 465 (Z)	3 951 (U)	4 793
Långtidssjukvård per 1000 invånare över 70 år	25 526 (AB)	14 597 (X)	19 801

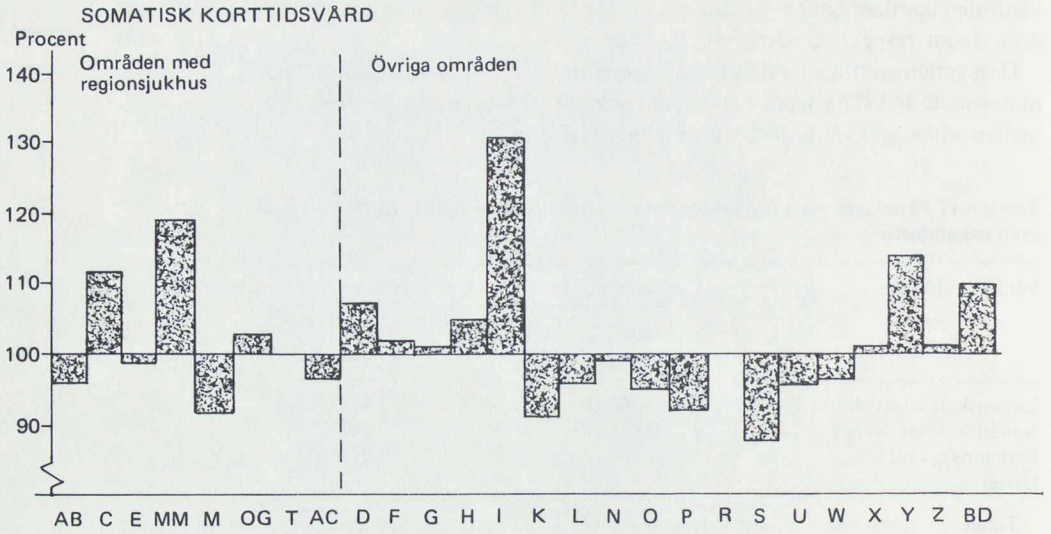
Skillnaderna i vårddagar är påtagliga och differenser på mer än 100 procent förekommer t. ex. inom den psykiatriska vården. Motsvarande förhållande gäller inom den somatiska långtidssjukvården, medan skillnaden för den somatiska korttidsvårdens del är något lägre eller ca 50 procent. I figur 6.5 redovisas respektive sjukvårdsområdes antal vårddagar per 1 000 invånare inom somatisk korttidsvård respektive långtidssjukvård i relation till riksgenomsnittet uttryckt som procentuell avvikelse. Det siffermässiga underlaget för figuren återfinns i bilaga 8.

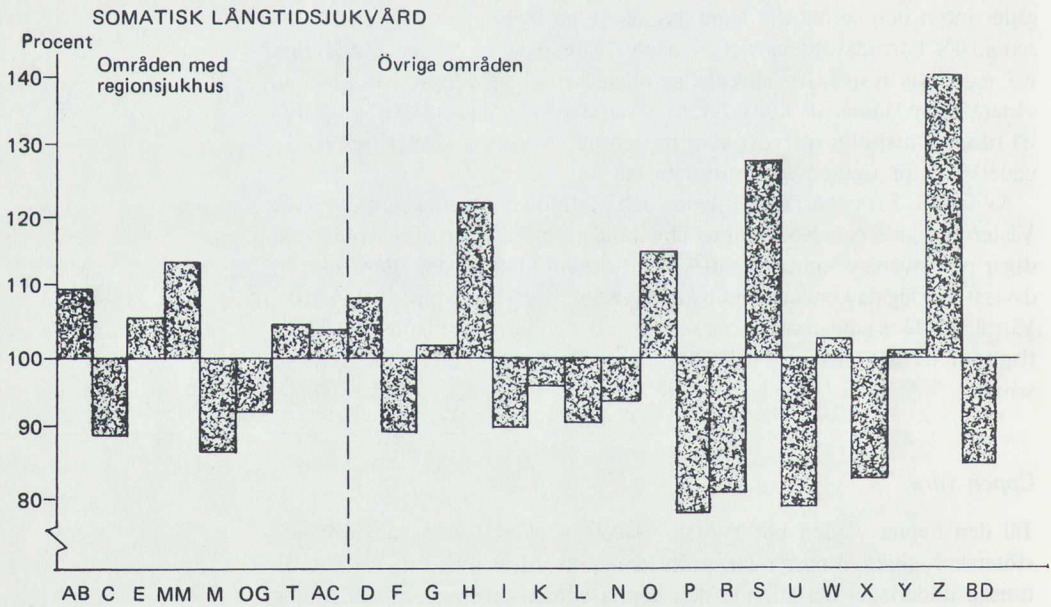
Av figur 6.5 framgår, att Gotlands och Malmö kommuner samt Uppsala, Västernorrlands och Norrbottens läns landsting redovisar flest antal vårddagar per invånare inom somatisk korttidsvård. Till de områden, som redovisat den lägsta konsumtionen korttidsvård, hör Malmöhus, Blekinge och Värmlands läns landsting. Av de senare är det endast Värmlands läns landsting som har en komsumtion av långtidssjukvård som överstiger riksgenomsnittet.

Öppen vård

Till den öppna vården bör räknas besök hos såväl läkare som distriktssköterskor, sjukgymnaster etc. samt hemsjukvård, dagvård m. m. Det statistiska underlaget beträffande den öppna vården är emellertid bristfälligt i synnerhet för tidigare år. Redovisningen av den öppna vården begränsas därför till läkarbesök.

Antalet läkarbesök i offentlig vård har ökat med över 20 procent under perioden 1970–1977. Drygt hälften av ökningen har skett vid lasarettens mottagningar, medan resten hänför sig till distriktsmottagningar och vårdcentraler etc. Samtidigt har emellertid verksamheten hos privatpraktiserande läkare reducerats betydligt. Totalt innebär detta, att antalet besök har ökat





Figur 6.5 Vårddagskonsumtion/1 000 invånare 1977 efter justering för vård enligt avtal/överenskommelse i förhållande till riksgenomsnittet.

från 2,4 till 2,6 per invånare och år eller med i genomsnitt en procent per år under perioden (tabell 6.18). I tabellen redovisas även uppgifter för år 1960. I redovisningen ingår inte läkarbesök vid t. ex. mödra- och barnavårdscentraler eller andra besök av hälsovårdskaraktär t. ex. företagshälsovård.

Tabell 6.18 Läkarbesök i öppen vård (AHS)

År	Offentlig vård (milj.)			Privat praktik	Totalt (milj.)	Per inv.
	Vid lasarett	Utanför lasarett	Totalt			
1960	5,6	*b*		*b*	15,3	2,0
1970	8,8	5,6	14,4	4,8	19,2	2,4
1973	9,3	6,3	15,7	4,3	20,0	2,5
1976	10,4	7,0	17,4	3,6	21,0	2,6
1977	10,7	7,4	18,1	3,4[a]	21,5	2,6

[a] Uppskattat antal.
[b] Uppdelning på tjänsteläkare och privatläkare finns ej för 1960. Summan uppskattas av Riksförsäkringsverket till 9,7 milj. besök.

Antalet läkartjänster, har ökat med mer än 40 procent under perioden 1970–1977 (jfr tabell 6.8). En jämförelse visar att utvecklingen av antalet besök har varit relativt långsam, även inom den offentliga vården, ca 25 procent under samma period. En del av förklaringen till att inte besöksutvecklingen hållit samma takt är, att antalet vakanser ökat betydligt. Enligt undersökningarna över läkares arbetstider och tjänster (LATT) har andelen vakanta tjänster inom den öppna vården ökat från åtta till 16 procent under perioden 1972–1977 (motsvarande siffra för 1979 är 15 procent). Dessutom har antalet frånvarodagar per läkare enligt LATT ökat något. Däremot har antalet timmar i öppen vård per läkare inte förändrats nämnvärt under åren 1972–1977. (8,5–8,7 timmar per vecka och slutenvårdläkare och 32,6–32,7 timmar per öppenvårdsläkare. För 1979: 8,3 respektive 32,1 timmar).

Av de för 1977 redovisade besöken avsåg 0,8 miljoner psykiatrisk vård, 0,2 miljoner somatisk långtidssjukvård och 6,5 miljoner allmänläkarvård. Antalet öppenvårdsbesök hos specialister utanför lasarett var 0,9 miljoner. Frånsett ett par ytterligheter som Blekinge läns landsting med 1 740 och Gotlands och Göteborgs kommuner med 2 330 respektive 2 650 besök ligger flertalet sjukvårdsområden relativt väl samlade mellan 1 900 och 2 200 besök per 1 000 invånare inom den somatiska vården (jfr fig. 6.6).

I genomsnitt utförs 41 procent av öppenvårdsbesöken utanför sjukhus. Andelen vård vid respektive utanför sjukhus skiljer sig dock betydligt mellan olika sjukvårdsområden. I Uppsala, Värmlands och Jämtlands läns landsting görs således huvuddelen av öppenvårdsbesöken eller 66, 59 respektive 58 procent av besöken utanför sjukhus. Förhållandet i Malmö kommun är extremt avvikande då endast tre procent av besöken redovisas utanför sjukhusen. Förklaringen härtill är, att sjukvården i Malmö kommun har en speciell karaktär. Vården är starkt koncentrerad till Allmänna sjukhuset. Den mycket låga siffran hänger dock även samman med, att den decentraliserade öppna vården i Malmö i ovanligt hög grad är baserad på pri-

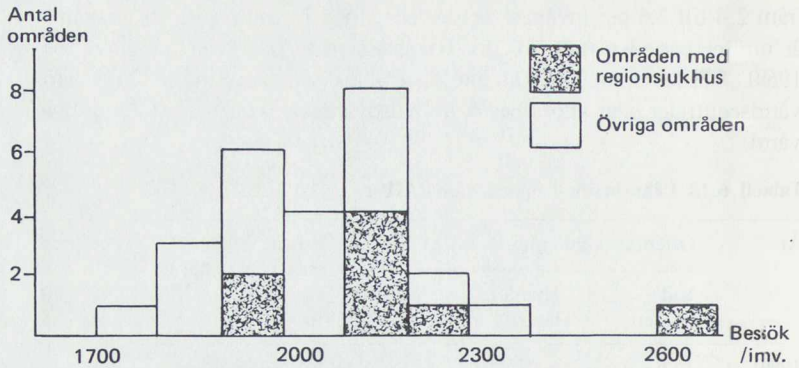


Fig. 6.6 Fördelning av läkarbesök i öppen somatisk vård. Avser besök såväl vid som utanför sjukhus år 1977.

vatpraktiker respektive sjukhusanställda specialister. Även om de senare delvis finns placerade vid vårdcentraler tillhör de sjukhuset i administrativt avseende. Bortsett från Malmö kommun understiger andelen besök i öppen vård utanför sjukhus inte 32 procent i något annat område.

6.4 Sjukvårdsstrukturens effekt på konsumtionen av sluten korttidsvård

Inledning, metod och utgångspunkter

För att studera till vilken del konsumtionen av vård beror på olika områdens sjukvårdsstruktur har i det följande de fem sjukvårdsområden som har högst antal vårdplatser per 1 000 invånare inom somatisk korttidsvård och de fem som har lägst antal vårdplatser per 1 000 invånare valts ut bland de 18 sjukvårdsområden som saknar regionsjukhus. Dessa områden benämns MAX- resp. MIN-grupp. Anledningen till att sjukvårdsområden med regionsjukhus inte tagits med är, att utomlänsvården vid vissa regionsjukhus är betydande. Detta kan, med den delvis bristfälliga statistik som finns tillgänglig för t. ex. öppenvårdsbesök, skapa problem vid denna typ av studier. Någon principiell inverkan för bedömningen, på vilket sätt sjukvårdsstrukturen har betydelse för konsumtionen av vård, har detta emellertid inte.

Men de centrala tankegångarna vid planeringen av sjukvården under 80-talet är en fortsatt utbyggnad av primärvård och decentraliserad långtidssjukvård, samtidigt som en viss reduktion av den somatiska korttidsvården på sikt planeras. Ett motiv för en begränsning av den slutna korttidsvården är, att den ansetts vara speciellt dyr och resurskrävande. Genom en begränsning av denna del av vården skulle resurser kunna göras disponibla för de övriga sektorerna av hälso- och sjukvården. Mot denna bakgrund kan det alltså finnas skäl att t. ex. belysa följande frågeställningar:

Finns det skillnader i befolkningsstruktur t. ex. beträffande ålder mellan områden med få respektive många vårdplatser?

Skiljer sig resurserna för långtidssjukvård och öppen vård mellan områden med hög respektive låg tillgång på vårdplatser inom den somatiska korttidsvården?

Konsumerar befolkningen mer läkemedel i områden med få vårdplatser än i områden med många vårdplatser?

Skiljer sig konsumtionen av vårddagar mellan områden med få respektive många vårdplatser?

Är sjukvårdskostnaderna lägre i de områden som har få vårdplatser jämfört med områden med många vårdplatser?

Kan större sjukvårdsresurser ersätta behovet av sjukskrivningar och/eller reducera antalet sjukdagar?

Medför större vårdresurser inom korttidsvården att fler sjukdomar upptäcks, t. ex. tumörer?

Leder skillnader i sjukvårdsresurser till skillnader i dödsfallsfrekvens och variationer i dödsorsaksmönstret?

I studien ingår de sjukvårdsområden som framgår av tabell 6.19.

De vårdplatser som utgör utgångspunkten för grupperingen, är de som i publikationen "Basårsstatistik 1977-verksamhet" av socialstyrelsen och landstingsförbundet klassificerats som vårdplatser för opererande och icke opererande specialiteter inklusive vårdplatser vid de odelade lasaretten och vid den allmänna avdelningen vid Mariestads sjukhus. Däremot ingår inte vårdplatser för t. ex. allmän vård vid sjukstugor, intensivvård och övriga tekniska vårdplatser.

Tabell 6.19 Områden som ingår i studien

Områden med jämförelsevis många vårdplatser inom somatisk korttidsvård = MAX-gruppen.

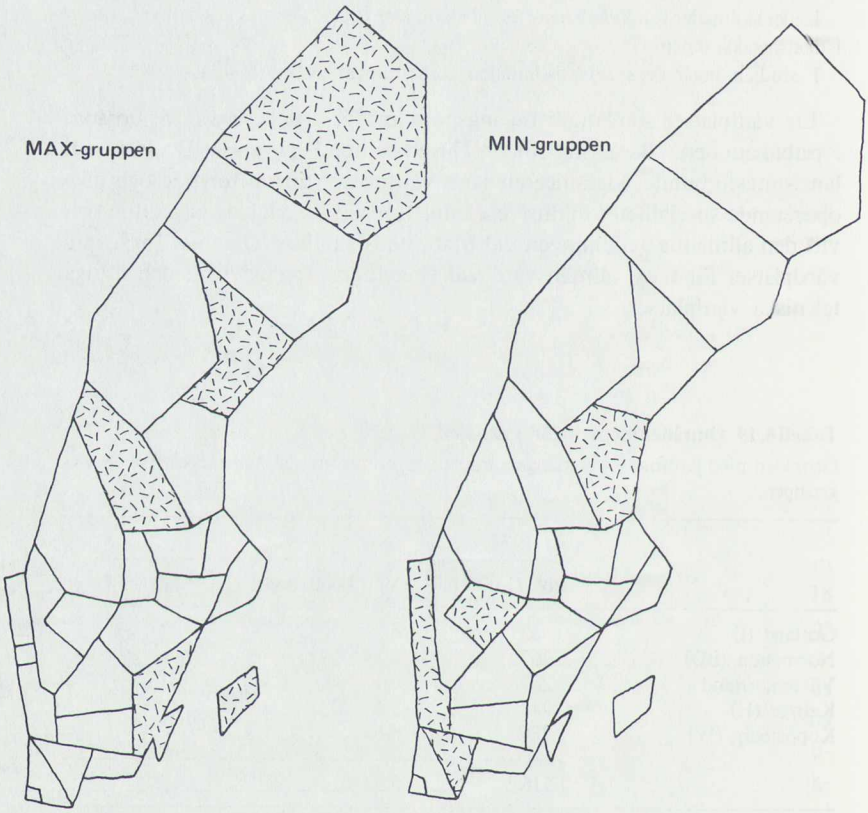
	År 1977	
	Inv. (1 000-tal)	Vpl/1 000 inv.
Gotland (I)	55	6,5
Norrbotten (BD)	267	6,1
Västernorrland (Y)	268	6,1
Kalmar (H)	242	5,6
Kopparberg (W)	284	5,6
	1 116	5,9

Områden med jämförelsevis få vårdplatser inom somatisk kortidsvård = MIN-gruppen.

	År 1977	
	Inv. (1 000-tal)	Vpl/ 1000 inv.
Gävleborg (X)	294	4,9
Kristianstad (L)	275	4,8
Göteborg o Bohus (O)	274	4,8
Halland (N)	225	4,5
Skaraborg (R)	267	4,5
	1 335	4,7

Vissa bakgrundsfaktorer

De sjukvårdsområden som upptas i tabellen 6.19 och som kommer att ingå i den fortsatta studien, har således tillsammans nära 2,5 milj. invånare och de båda grupperna är ungefär jämnstora befolkningsmässigt. Som framgår av figur 6.7 finns en viss geografisk skillnad mellan de båda grupperna. De områden som har jämförelsevis få vårdplatser är främst belägna i södra delen av landet medan de områden som har många vårdplatser till större delen är belägna norrut.



Figur 6.7 Geografisk fördelning av områden inom MAX- respektive MIN-gruppen.

Inom områdena i MAX-gruppen finns totalt 18 sjukhus för somatisk korttidsvård, dvs. ett sjukhus per 62 000 invånare och per 9 200 km^2. Inom MIN-gruppen är motsvarande siffror 19 inklusive de 2 odelade lasaretten i Lysekil och Strömstad, dvs. ett sjukhus per 70 000 invånare och per 2 200 km^2. Av siffrorna framgår alltså att befolkningstätheten är betydligt större inom MIN-gruppen och att sjukhusen ligger betydligt tätare i de områden som tillhör denna grupp. Detta gäller även om de stora fjällområdena utan befolkning i Norrbotten frånräknas. Uppgifterna ger dock inte något direkt mått på resvägsavstånd eller befolkningens närhet till sjukvårdsenheterna.

I "Studier i sjukvårdsekonomi" (Granqvist 1978) redovisas olika mått på befolkningens närhet till sjukvården dels i form av tätortsgrad, dels i form av två olika speciellt konstruerade avståndsmått för öppen respektive sluten vård. För de områden som ingår i denna studie redovisas dessa mått i tabell 1.20.

Med tätortsgrad avses tätortsbefolkningens relativa andel av hela befolkningen inom respektive område. De redovisade talen är hämtade ur 1970 års folk och bostadsräkning. Uppgifterna är således relativt gamla och vissa förändringar kan ha inträffat fram till 1977. Inflyttningen till tätorterna uppvisar ett samband med konjunkturerna. Vid mattning av konjunkturen tenderar urbaniseringen att minska. Det är troligt, att den snabba urbaniseringen under 1960-talet kan ha avtagit under 1970-talet och att därför de redovisade uppgifterna kan vara godtagbara även för 1977.

De två avståndsmåtten i tabell 6.20 kan inte jämföras med varandra. Det är variationen mellan de olika sjukvårdsområdena för varje mått som är av intresse. Ett lågt värde inom respektive grupp innebär en större närhet till sjukvårdens olika enheter. För en närmare beskrivning av de ovannämnda måtten hänvisas till nämnda "Studier i sjukvårdsekonomi".

Några större skillnader i tätortsgrad, dvs. tätortsbefolkningens andel av totala befolkningen, föreligger inte mellan de båda grupperna. Däremot är avståndsfaktorn generellt sett betydligt lägre i MIN-gruppen både för den slutna och den öppna vården. MIN-gruppens invånare har således kortare avstånd till sjukvårdsinrättningar än invånarna i MAX-grupperna.

Avståndet till en sjukvårdsinrättning kan inverka på benägenheten att söka vård. Bor man nära kan vårdkonsumtionen öka genom att sjukvårdsenheten i sig stimulerar till efterfrågan på vård. Ett längre avstånd kan på motsvarande sätt utgöra en hämmande faktor för benägenheten att söka eller att bli hänvisad till vård. Närheten skapar således möjligheter för tidig kontakt medan långa avstånd kan resultera i fördröjd vårdefterfrågan med ökad risk för otillfredsställda vårdbehov. Längre avstånd ställer å andra sidan större krav på vård genom längre vårdtider och större behov av att lägga

Tabell 6.20 Tätortsgrad respektive avståndskoefficient för öppen respektive sluten vård

MAX-område	Tätorts-grad	Avståndskoeff.		MIN-område	Tätorts-grad	Avståndskoeff.	
		Sluten vård	Öppen vård			Sluten vård	Öppen vård
I	51,7	675	2 704	X	78,1	392	1 300
BD	76,0	1 086	2 236	L	71,1	302	1 074
Y	73,2	878	1 739	O	75,6	455	1 127
H	72,2	863	1 866	N	66,2	628	991
W	80,0	692	1 449	R	66,3	692	1 449
MAX-genom-snitt	74,3	867	1 859	MIN-genom-snitt	71,8	486	1 196

in långväga patienter för sluten vård. Återbesök vid eventuella komplikationer eller för kontroll kan medföra praktiska svårigheter. Resvägsavståndet är således en svåranalyserad faktor speciellt för konsumtion av sluten korttidsvård.

Vidare har åldern ett klart samband med sjukvårdskonsumtion. Framförallt har personer över 65 år och i än högre grad personer över 75 år en betydligt större vårdkonsumtion än övriga grupper. Detta gäller framförallt beträffande sluten vård såväl korttidsvård som långtidssjukvård. Andelen äldre personer i de aktuella sjukvårdsområdena framgår av tabell 6.21.

Tabell 6.21 Andelen personer över 65 respektive 75 år 1977

MAX-område	% över 65 år	% över 75 år	MIN-område	% över 65 år	% över 75 år
I	16,6	6,4	X	17,5	6,7
BD	12,8	4,5	L	17,4	6,9
Y	17,2	6,4	O	14,2	5,5
H	18,3	7,0	N	15,5	6,0
W	17,6	6,6	R	16,9	6,8
MAX-genom-snitt	15,8	6,1	MIN-genom-snitt	16,3	6,4

Skillnaderna mellan MAX- och MIN-grupperna beträffande andelen äldre är små. Dessa talar inte för att vårdbehovet till följd av ålderssammansättningen skulle vara större i de sjukvårdsområden som har många vårdplatser för somatisk korttidsvård än de som har få.

Vissa vårdresurser

Särskilt markant är äldre personers behov av långtidssjukvård och hemsjukvård. Dessa vårdformer kan i vissa fall tjäna som alternativ eller komplement till somatisk korttidsvård. Man kan därför anta, att ett lägre vårdplatsantal inom somatisk korttidsvård kompenseras av större tillgång på resurser för långtidssjukvård. I tabell 6.22 redovisas antalet vårdplatser inom långtidssjukvården och antalet hemsjukvårdsbidrag per 1 000 invånare

Tabell 6.22 Vårdplatser inom somatisk långtidssjukvård samt antal hemsjukvårdsbidrag per 1 000 invånare år 1977

MAX-område	Långvårds-platser	Hemsjukv-bidrag	MIN-område	Långvårds-platser	Hemsjukv.-bidrag
I	5,3	4,1	X	5,3	2,5
BD	5,5	6,2	L	5,8	3,6
Y	6,2	6,0	O	6,8	4,7
H	7,2	8,2	N	5,8	5,0
W	6,1	6,9	R	5,5	5,6
MAX-genom-snitt	6,2	6,7	MIN-genom-snitt	5,8	4,2

Tabell 6.23 Tjänster för vidareutbildade läkare och antal läkare per 1 000 invånare 1977

MAX-område	Läkartjänst	Läkare	MIN-område	Läkartjänst	Läkare
I	0,84	1,16	X	1,18	1,09
BD	1,09	1,16	L	0,83	1,34
Y	0,90	1,29	O	0,82	1,45
H	0,90	1,20	N	0,77	1,13
W	0,87	1,14	R	0,95	1,11
MAX-genomsnitt	0,93	1,20	MIN-genomsnitt	0,85	1,23

Några större skillnader i vårdplatstillgång inom långtidssjukvården föreligger inte mellan de båda grupperna. Däremot är antalet hemsjukvårdsbidrag betydligt fler i MAX-gruppen. MIN-gruppens lägre vårdplatstillgång inom somatisk korttidsvård kompenseras alltså inte av en högre tillgång inom långtidssjukvården eller fler hemsjukvårdsbidrag. I sammanhanget bör också erinras om att andelen äldre personer är högre i MIN-gruppen.

Även tillgången på personal t. ex. läkare varierar mellan olika områden. Låg läkartäthet kan ställa krav på större antal vårdplatser dels genom att läkarresurserna inte medger att tid kan avsättas för inneliggande patienter i önskad omfattning, dels genom att den öppna vården likaledes saknar tillräckliga möjligheter att ta hand om patienterna. Båda faktorerna leder till förlängda vårdtider och därmed ökat behov av vårdplatser.

Någon större skillnad i läkartäthet föreligger inte mellan de båda grupperna. Däremot har MAX-gruppen något högre täthet beträffande tjänster för vidareutbildade läkare.

Såväl tillgången på vårdplatser inom somatisk korttidsvård och långtidssjukvård som antalet läkartjänster är alltså större inom MAX-gruppen än inom MIN-gruppen. Det är därför naturligt, att kostnaderna för sjukvården inom MAX-gruppen är större än inom MIN-gruppen. I tabell 6.24 redovisas driftkostnaderna för respektive områdes egen sjukvårdskonsumtion.

Skillnaderna mellan båda grupperna är omkring tio procent både för vård vid och utanför sjukhus. Däremot är kostnadsandelen för vård utanför sjukhus i stort sett lika mellan de båda grupperna, 13 procent.

Tabell 6.24 Driftkostnader i kronor för hälso- och sjukvård 1977 per invånare

MAX-område	Vid sjukhus	Utanför sjukhus	Totalt	MIN-område	Vid sjukhus	Utanför sjukhus	Totalt
I	2 494	375	2 869	X	2 531	394	2 925
BD	2 871	462	3 333	L	2 495	346	2 841
Y	2 952	376	3 328	O	2 384	458	2 842
H	2 522	426	2 948	N	2 322	249	2 671
W	2 487	384	2 871	R	2 453	353	2 806
MAX-genomsnitt	2 698	409	3 107	MIN-genomsnitt	2 443	381	2 824

Vårdkonsumtion m. m.

Under förutsättning att de inom varje område befintliga vårdresurserna utnyttjas lika mycket, bör konsumtionen av vårddagar och läkarbesök vara högre i MAX-, än i MIN-gruppen. Å andra sidan kan relativt knappa resurser tvinga fram ett effektivare utnyttjande av sjukvården, så att skillnaderna i resurstillgång motverkas. I tabell 6.25 redovisas såväl totala antalet vårddagar som antalet vårddagar inom somatisk korttidsvård och långtidssjukvård per 1 000 invånare inom de olika områdena.

Tabell 6.25 Vårddagar per 1 000 invånare inom somatisk vård

MAX-område	Korttidsvård	Långtidssjukvård	Totalt	MIN-område	Korttidsvård	Långtidssjukvård	Totalt
I	1 858	1 829	3 687	X	1 431	1 688	3 119
BD	1 565	1 744	3 309	L	1 369	1 855	3 224
Y	1 619	2 057	3 676	O	1 347	2 345	3 692
H	1 489	2 487	3 976	N	1 400	1 929	3 229
W	1 377	2 108	3 485	R	1 414	1 664	3 078
MAX-genomsnitt	1 528	2 077	3 605	MIN-genomsnitt	1 393	1 893	3 286

Antalet vårddagar är, som framgår högre inom MAX-gruppen såväl inom den somatiska korttidsvården som inom långtidssjukvården. MAX-gruppen har också 20 procent fler vårdplatser inom korttidsvården än MIN-gruppen. Det visar sig emellertid, att vårdplatserna inom korttidsvården genomsnittligt utnyttjas betydligt effektivare inom MIN- än inom MAX-gruppen, 296 resp. 259 vårddagar per vårdplats och år. Inom långtidssjukvården är däremot skillnaderna betydligt mindre och dessutom omvända, 326 resp. 335 vårddagar per vårdplats.

I sjukvårdspolitiska sammanhang har antagits, att en viss del av den slutna somatiska korttidsvården kan ersättas av en bättre utbyggd öppen vård. Då den öppna vården bedömts vara ett mindre kostnadskrävande alternativ har en ökning av denna vårdform förordats.

Med utgångspunkt från tabell 6.26 kan emellertid konstateras att någon större skillnad inte föreligger mellan de båda grupperna i fråga om läkarbesök

Tabell 6.26 Läkarbesök i offentlig somatisk korttidsvård 1977 per 1 000 invånare. Avser besök såväl vid som utanför sjukhus

MAX-område	Antal besök	MIN-område	Antal besök
I	2 334	X	1 806
BD	2 188	L	1 896
Y	2 067	O	2 148
H	2 148	N	2 190
W	1 915	R	1 991
MAX-genomsn.	2 088	MIN-genomsn.	2 078

i den öppna somatiska vården. Den lägre vårdplatstillgången inom MIN-gruppen har således inte kompenserats av fler läkarbesök. Som ett ytterligare mått på vårdkonsumtion kan det finnas anledning studera läkemedelskonsumtionen eller ytterligare läkemedelsförsörjningen. Variationerna i läkemedelsförsäljning mellan olika sjukvårdsområden är stora. Av tabell 6.27 framgår emellertid att någon skillnad mellan här studerade grupper inte finns i detta avseende.

Tabell 6.27 Läkemedelskonsumtion i kronor per invånare 1976

MAX-område		MIN-område	
I	425	X	342
BD	333	Z	378
Y	346	O	*a*
H	365	N	349
W	354	R	362
MAX-genomsn.	353	MIN-genomsn.	358

[a] Ingår ej i beräkningen då områdets siffror i statistiken samredovisas med Göteborgs kommun.

Vissa indikatorer på hälsotillstånd

Nedan redovisas vissa uppgifter om förtidspensionering, cancerfrekvens, dödsfallsfrekvens och antal sjukpenningfall och sjukpenningdagar. En närmare beskrivning av dessa variabler finns i avsnitt om sjukdomspanorama respektive allmänna hälsoindikatorer. Dessa indikatorer är naturligtvis såväl var för sig som tillsammans alltför begränsade för att beskriva hälsotillståndet hos en befolkning eller i än högre grad för att klargöra vilken effekt sjukvårdens organisation och struktur har på hälsotillståndet. Trots detta kan det finnas skäl att något belysa dessa hälsoindikatorers geografiska fördelning.

Antalet ålderspensionärer i förhållande till befolkningen är således i stort sett lika för de båda grupperna. Däremot är antalet förtidspensionärer betydligt fler i MAX-gruppen. Detta förklaras emellertid till en stor del av de ur arbetsmarknadssynpunkt utsatta länen Västernorrland och Norrbotten.

Tabell 6.28 Förtids- och ålderspensionärer per 1 000 inv. 1977

MAX-område	Förtids-pension	Ålders-pension	Totalt	MIN-område	Förtids-pension	Ålders-pension	Totalt
I	29	165	194	X	39	172	211
BD	38	125	163	L	26	162	188
Y	39	170	209	O	28	139	167
H	28	180	208	N	23	153	176
W	31	173	204	R	21	168	189
MAX-genom-snitt	34	162	195	MIN-genom-snitt	28	160	188

Det är mer sannolikt, att det är arbetsmarknaden och inte sjukvårdsorganisationen, som har betydelse för antalet förtidspensioneringar.

En annan indikator på hälsotillståndet är cancerfrekvensen, dvs. antalet nyupptäckta tumörer per 1 000 invånare.

Tabell 6.29 Antal nyupptäckta tumörer 1972 och 1973 per 1 000 invånare

MAX-område	1972	1973	MIN-område	1972	1973
I	3,6	3,4	X	3,7	3,5
BD	2,5	2,7	L	3,9	3,5
Y	4,0	4,0	O	3,3	3,8
H	3,9	3,8	N	2,9	3,3
W	3,7	3,8	R	3,4	3,5
MAX-genomsn.		3,6	MIN-genomsn.		3,4

Mellan de båda grupperna föreligger praktiskt taget ingen skillnad beträffande cancerfrekvensen. Varken i tabell 6.29 eller 6.30 har uppgifterna åldersstandardiserats. Härvid bör dock erinras om, att det i MIN-gruppen finns fler äldre invånare proportionellt sett, vilket tidigare redovisats. Med tanke på att cancersjukdomar ofta uppvisar ett positivt samband med ökande ålder kunde förväntas att siffran varit högre i MIN-gruppen.

Antalet dödsfall i förhållande till befolkningens storlek är lika stor, 11,6 per 1 000 inv., i de båda grupperna. Även de vanligaste dödsorsakerna uppvisar en god överensstämmelse (tabell 6.30). Dödsfall i cirkulationsorganens och nervsystemets sjukdomar är dock något vanligare i MAX-gruppen än i MIN-gruppen.

Tabell 6.30 Antal dödsfall per 1 000 invånare samt de vanligaste dödsorsakerna år 1976

MAX-område	Antal	Andel i % Cirkulation + nerv	Tumörer	Yttre våld o självmord	MIN-område	Antal	Andel i % Cirkulation + nerv	Tumörer	Yttre våld o självmord
I	11,7	50	23	7	X	12,6	54	22	7
BD	9,3	56	22	7	L	11,4	54	22	6
Y	12,6	58	20	6	O+OG	11,1	53	22	7
H	12,3	58	21	5	N	10,1	51	22	7
W	12,3	56	19	7	R	11,9	59	19	6
MAX-genomsnitt	11,6				MIN-genomsnitt	11,6			

Den fjärde indikatorn, slutligen är antalet sjukpenningfall och sjukpenningdagar. Rent hypotetiskt kan större sjukvårdsresurser leda till färre sjukdagar, genom att patienterna snabbare kan få vård och botas. En motsatt hypotes kan vara, att större sjukvårdsresurser medför större vårdefterfrågan och sänker toleransnivån även för enklare åkommor. Detta kan leda till fler sjukskrivningar och sjukskrivningsdagar. Som framgår av tabell 6.31 föreligger dock ingen skillnad mellan de båda grupperna vad beträffar sjukpenningfall och endast en mindre sådan i fråga om sjukpenningdagar.

Tabell 6.31 Sjukpenningfall och sjukpenningdagar per 1 000 försäkrade 1976

MAX-område	Sjuk-penning-fall	Sjuk-penning-dagar	MIN-område	Sjuk-penning-fall	Sjuk-penning-dagar
I	1,4	17,5	X	1,7	24,3
BD	1,5	22,2	L	1,4	20,1
Y	1,4	24,1	O	1,5	23,3
H	1,5	22,4	N	1,4	19,1
W	1,5	22,2	R	1,4	17,5
MAX-genomsn.	1,5	22,5	MIN-genomsn.	1,5	20,6

Beträffande de fyra studerade indikatorerna på hälsotillstånd finns således ingen uttalad skillnad mellan de båda grupperna.

Sammanfattning beträffande MAX-MIN grupperna

I fråga om bakgrundsfaktorerna skiljer sig de båda grupperna åt geografiskt. Den grupp som har många vårdplatser inom somatisk korttidsvård (Max-gruppen) har sin tyngdpunkt längre norrut i landet än MIN-gruppen. MAX-gruppens invånare har också genomsnittligt längre avstånd till såväl den öppna som den slutna vården. Däremot är andelen äldre invånare lägre i denna grupp.

Befolkningen i MAX-gruppen har i betydligt större utsträckning än MIN-gruppen tillgång till långtidssjukvård och bidrag för hemsjukvård. De ekonomiska resurserna, som ställts till sjukvårdens förfogande, är dessutom större i områden med många vårdplatser inom somatisk korttidsvård. Detta gäller framförallt resurserna för vård vid sjukhus.

Vårdkonsumtionen i form av vårddagar är större i MAX-gruppen än i MIN-gruppen. Däremot utnyttjas vårdplatserna betydligt effektivare i MIN-gruppen, vilket kan vara en följd av den knappare tillgången på vårdplatser i kombination med en äldre befolkning. Någon skillnad i antal besök i öppen vård finns inte mellan de båda grupperna.

Beträffande konsumtion av läkemedel, sjukpenningfall och tumörfrekvens finns inga skillnader mellan grupperna. Inte heller beträffande dödsfallsfrekvens eller dödsorsaker.

Antalet förtidspensionerade är emellertid betydligt större i MAX-gruppen liksom antalet sjukpenningdagar.

Tabell 6.32 Sammantattande jämförelse mellan MAX- och MIN-grupperna. (Samtliga variabler per 1 000 invånare om ej annat anges)

	MAX	MIN	Diff. i %
Utgångspunkt			
Vårdplatser inom somatisk akutsjukvård	5,9	4,7	20
Bakgrundsfaktorer			
Antal akutsjukhus (per 100 000)	1,6	1,4	
Tätortsgrad	74,3	71,8	
Avståndskoefficient: Sluten vård (x)	867	486	
Öppen vård (x)	1 859	1 196	
Andel invånare över 65 år (%)	15,8	16,3	
över 75 år (%)	6,1	6,4	
Vårdresurser			
Vårdplatser inom somatisk långtidsjukvård	6,2	5,8	6
Hemsjukvårdsbidrag	6,7	4,2	37
Legitimerade läkare	1,20	1,23	–2
Driftkostnader vid sjukhus	2 698'	2 443'	9
utanför sjukhus	409'	381'	6
Vårdkonsumtion m. m.			
Vårddagar, somatisk korttidsvård	1 528	1 393	8
somatisk långtidssjukvård	2 077	1 893	8
Vårddagar per vårdplats, korttidsvård	259	296	–14
långtidssjukvård	335	326	2
Läkarbesök, somatisk korttidsvård	2 088	2 078	0
Läkemedelsförsäljning	308'	311'	–1
Indikatorer på hälsotillstånd			
Förtidspension	34	28	17
Nyupptäckta tumörer	3,6	3,4	
Dödsfall	11,6	11,6	0
Sjukpenningfall	1,5	1,5	0
Sjukpenningdagar	22,5	20,8	7

6.5 Sammanfattande kommentarer

Med den tillämpade studietekniken visas således, att trots att det föreligger betydande skillnader mellan olika sjukvårdsområden, när det gäller resurstillgång och konsumtion av sluten vård, motsvaras inte dessa av direkta skillnader beträffande de bakgrundsfaktorer som här har studerats. Inte heller synes här studerade hälsoindikatorer ge någon förklaring till skillnader i vårdkonsumtion.

Dessa konstateranden är särskilt intressanta då skillnaderna i resurstillgång är stora mellan i övrigt till synes likartade sjukvårdsområden. Vårdplatstillgången i landet varierar således mellan 14 och 20 per 1 000 inv. i olika områden. Då det ekonomiska utrymmet för expansion av sjukvårdssektorn tenderar att minska, finns det särskilda skäl att vid planering av hälso- och sjukvården inom olika landsting beakta dessa förhållanden. Här redovisade data pekar på, att det bör finnas utrymme för omprioriteringar inom befintliga ramar. Detta är av stor betydelse och kan innebära möj-

ligheter att möta de sannolikt växande anspråken på hälso- och sjukvården, som bl. a. kan väntas som en följd av den pågående förskjutningen av befolkningens ålderssammansättning. Sannolikt är det endast genom en omfördelning inom det befintliga ekonomiska utrymmet, som resurser kan skapas för en vård anpassad till framtidens behov.

7 Allmän psykiatri

7.1 Bakgrund

Rapportens syfte och avgränsning

I det följande redovisas den utveckling som skett inom den allmänna psykiatrin under de senaste 15 åren och de skillnader som finns mellan olika delar av landet, såväl beträffande resurser som vårdens omfattning och innehåll.

Utvecklingen har på senare tid gått mot en övergång till öppen vård. Alternativa former till den slutna psykiatriska vården har skapats. Den öppna vården vid de traditionella psykiatriska vårdenheterna blir allt vanligare och ersätter delvis sluten vård. Till en del knyts denna öppna vård till olika former av vårdlag eller kontaktpersoner vid klinikerna. Utvecklingen är dock i hög grad varierande mellan landets olika sjukvårdområden. En otidsenlig vårdstruktur dominerar fortfarande i många delar av landet.

Det statistiska underlaget beträffande den öppna vårdens innehåll och omfattning är emellertid bristfälligt. Vidare är det i hög grad den slutna vårdens organisation, som fortfarande dominerar den psykiatriska vården. Framställningen koncentreras därför i huvudsak till den slutna psykiatriska vårdorganisationen. Barn- och ungdomspsykiatrin samt rättspsykiatrin behandlas inte här utan enbart den allmänna psykiatrin.

Hjälp mot psykiska besvär kan även erhållas inom ett flertal olika organisationer och institutioner utanför den specialiserade psykiatriska sjukvården. Exempel på sådana alternativ är socialvård, behandlingshem, allmänläkarvård, skolhälsovård, somatisk vård, företagshälsovård, olika frivilliga organisationer m. m. Sådan vård ingår dock inte heller i det följande.

Metod

De uppgifter om resurser och vårddata, som redovisas i detta kapitel, är hämtade framför allt ur de årliga publikationerna Allmän hälso- och sjukvård, Statistisk årsbok för landsting, de återkommande LKELP-rapporterna samt LATT-undersökningarna.

Från och med år 1962 finns dessutom för den slutna psykiatriska vården en heltäckande psykiatrisk patientstatistik vid socialstyrelsen. Vid varje utskrivningstillfälle från sluten psykiatrisk vård, vid såväl fristående psykiatriska lasarett som vid kliniker för psykiatrisk vård, inrapporteras till so-

cialstyrelsen individuella uppgifter om vårdtid, inskrivningsform, klinik, försäkringskassettillhörighet och diagnos. Dessa uppgifter utgör underlag för årliga rapporter från det psykiatriska vårdområdet.

Den under avsnitt 7.3 och 7.4 presenterade analysen av vårdtider,diagnoser m. m. bygger helt på denna patientstatistik. Detta innebär vissa skillnader mot de uppgifter som hämtats från bl. a. Allmän hälso- och sjukvård, där t. ex. förflyttningar från en klinik till en annan inom samma sjukhus redovisas som en nyintagning. Dessutom redovisas där intagningarna vid sjukhemmen med ca 5 000/år. Uppgift därom saknas i patientstatistiken. Av denna anledning blir antalet utskrivningar per år lägre i patientstatistiken än i Allmän hälso- och sjukvård. Vidare bör observeras, att antalet vårddagar under ett år i patientstatistiken inte hänförs till varje kalenderår, utan till det antal vårddagar en patient haft under varje vårdepisod fram till utskrivningstillfället. Således redovisas antalet vårddagar för de under året utskrivna patienterna. Dessa vårddagar kan ha fördelat sig över flera kalenderår. En patient som är inskriven under ett helt kalenderår dvs. vid såväl ingången som utgången av året, kommer att få vårddagarna redovisade först vid ett senare tillfälle i samband med utskrivning.

Enbart patientstatistiken ger en ofullständig bild av patientsammansättningen i sluten vård, särskilt vad gäller patienter med långa vårdtider. Den 21 mars 1979 genomförde socialstyrelsen därför en patientinventering, som även omfattade sjukhemsvård. Den presenterade fördelningen av olika patientgrupper i sluten vård har hämtats från denna inventering.

I analysen mellan olika diagnosgrupper måste tas hänsyn till bristerna i och den oenhetliga tillämpningen av nuvarande klassifikation inom psykiatrin.

Några utgångspunkter för utvecklingen inom den allmänna psykiatrin

Den psykiatriska vårdorganisationen har ända fram till de senaste decennierna haft sin tyngdpunkt vid de stora, före detta statliga och storstadskommunala mentalsjukhusen. I början av 1960-talet inrättades de sista fristående mentalsjukhusen. De var i allmänhet mindre än de tidigare men utformades under inflytande av den tidigare målsättningen, som innebar att de psykiskt sjuka ofta blev föremål för ett varaktigt omhändertagande. De långa vårdtiderna gjorde, att patienterna avskildes från samhället i övrigt. Den terapeutiska målsättningen, i form av rehabilitering med inriktning på tillfrisknande och återanpassning i samhället, var många gånger bristfälligt utvecklad. Det fanns emellertid tidigt embryon till insatser av mer aktiv behandling i öppen vård. Den särskilda organisationen med hjälpverksamhetsläkare svarade t. ex. för hembesök hos patienter som hade skrivits ut.

Vården av psykiskt sjuka reglerades tidigare av sinnessjuklagen, som började tillämpas 1931. Lagen utgick från, att den som var sinnessjuk och i behov av vård kunde tas in på sinnessjukhus för behandling och kvarhållas där mot sin egen önskan så länge vårdbehov förelåg. Lagen förändrades dels 1949, då man beslöt inrätta utskrivningsnämnder vid alla mentalsjukhus i landet, dels 1959, då personer som själva önskade vård på mentalsjukhus kunde tas in utan formaliteter och kvarhållningsrätt. För personer som visat

farlighet för andras säkerhet eller eget liv förelåg dock kvarhållningsrätt under tio dagar.

Från och med 1940-talet började psykiatriska kliniker att lokaliseras till kroppssjukhusen. Dessa psykiatriska lasarettskliniker var inte underkastade bestämmelserna i sinnessjuklagen. Tvångsintagning förekom inte, utan vården reglerades av samma lagstiftning som gällde för kroppssjukvården. Vid dessa kliniker kom öppenvård och jourverksamhet att få stor omfattning. Inriktningen kom därmed att bli mera terapeutisk med en öppnare attityd mot samhället, vilket haft betydelse för den allmänna inställningen till vården av psykiskt sjuka.

I mitten av 1950-talet kom behandlingsklimatet på mentalsjukhusen att drastiskt förändras i samband med att moderna psykofarmaka blev tillgängliga. Störande psykotiska symtom kunde dämpas eller elimineras. Avdelningarna blev lugnare och det visade sig betydligt lättare att etablera terapeutisk kontakt även till svårt psykiskt sjuka patienter. Dessa kunde i ökad utsträckning skrivas ut från sjukhusen. Därigenom uppkom vid dessa sjukhus ett naturligt behov av öppen vård för fortsatt behandling av utskrivna patienter. Detta blev grogrunden för en ökad behandlingsoptimism vid sjukhusen och målsättningen har alltmer utvecklats i terapeutisk riktning med siktet inställt på utskrivning av patienterna till ett så normalt liv som möjligt ute i samhället.

Mot bakgrund av denna förändrade målsättning har under de senaste decennierna även psykoterapeutiska metoder utvecklats. Behovet av miljöterapeutiska inslag i vården har i ökande grad uppmärksammats, vilket medför att en betydande utveckling skett av den öppna vården.

Bortsett från Stockholm, Göteborg och Malmö svarade staten för huvudmannaskapet för mentalsjukhusen t. o. m. år 1966. Därefter tog sjukvårdshuvudmännen över hela ansvaret också för denna sjukvårdsgren. Vid samma tid ersattes den gamla sinnessjuklagen av en ny lagstiftning, "lag om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall" (LSPV), vilken bl. a. innebar en betydande förenkling av intagnings- och utskrivningsformaliteterna.

Förhoppningarna med ovan nämnda förändringar var bl. a., att psykiatrin snabbare skulle omstruktureras och upprustas till samma vårdkvalitet som kännetecknar den somatiska vården. En uppbyggnad av kvalificerade öppenvårdsresurser och lokalisering av den slutna psykiatriska korttidsvården till kroppssjukhusen ingick i förväntningarna.

7.2 Resurser

Vårdplatser inom psykiatrin

Trots de förändrade förutsättningarna med ökade möjligheter till behandling i öppnare vårdformer, är den psykiatriska vården fortfarande i hög grad knuten till den slutna vården. Den avsevärda utbyggnaden av psykiatriska vårdinstitutioner, som ägde rum fram till mitten av 1960-talet, har nu emellertid avstannat. Slutenvårdens expansion med ökning av antalet vårdplatser fortgick fram till 1967. Det totala antalet vårdplatser var då 38 000, trots

att viss utglesning i de före detta mentalsjukhusen företagits genom rivning eller ombyggnad av gamla paviljonger. 1940 fanns 25 000 platser. Siffrorna omfattar det totala antalet vårdplatser inklusive såväl landstingens sjukhem som enskilda vårdhem.

Sedan landstingen tog över den psykiatriska vården, har vårdplatsantalet reducerats något till ca 34 400 år 1977. Detta har skett, trots att ett antal psykiatriska kliniker färdigställdes och togs i bruk i början av 1970-talet. Reduktionen har framförallt gjorts vid de f. d. mentalsjukhusen.

Fortfarande finns emellertid över 60 procent av vårdplatserna vid dessa och mer än en fjärdedel vid sjukhem, vilka ofta också idag kan vara funktionellt isolerade. Förändringarna från 1962 till 1977 framgår av tabell 7.1. Utöver de redovisade platserna i tabellen tillkommer platser i familjevård. Således har det inte skett några stora förändringar av den psykiatriska vårdorganisationens struktur.

Tabell 7.1 Vårdplatsernas fördelning inom den psykiatriska sjukvården

Typ av vård-inrättning	1962		1977	
	Antal vård-platser	Andel i %	Antal vård-platser	Andel i %
Landstingens sjukhem	5 500	15	5 650	16
Enskilda vårdhem	1 300	4	3 000	9
Psykiatriska kliniker vid kroppssjukhus	1 900	6	4 150	12
F. d. mentalsjukhus	27 000	75	21 600	63
Totalt	35 700	100	34 400	100

Trots de omfattande upprustningar som genomförts vid många av de psykiatriska sjukhusen, fanns år 1976 fortfarande omkring 4 500 vårdplatser i sovsalar med minst 6 sängar. (Socialstyrelsen redovisar 1979:3.) Dessa sovsalar saknar oftast godtagbara sanitära bekvämligheter och är ofta helt öppna mot avdelningens gemensamma korridor. För många av de uppskattningsvis ca 10 000 personer, som kontinuerligt vistats vid psykiatrisk vårdinrättning under mer än tio år, präglar ovannämnda förhållanden deras varaktiga boende.

Det totala antalet psykiatriska vårdplatser i landet motsvarar år 1977 ca 4,1 vårdplatser per 1 000 invånare. Skillnaderna i antalet vårdplatser är emellertid mycket stora mellan olika sjukvårdsområden även efter korrigering för de vårdplatser som tillkommer respektive avgår med hänsyn till överenskommelser mellan huvudmän (se tabell 7.2). Västmanlands läns landsting förfogar över lägsta antalet, 2,5 vårdplatser per 1 000 invånare, medan Jämtlands läns landsting har mer än dubbelt så många vårdplatser eller 5,4 per 1 000 invånare. De enskilda landstingens fördelning av vårdplatserna på olika typer av psykiatriska vårdinrättningar skiljer sig också väsentligt med varierande tillgång på sjukhemsplatser respektive platser vid de f. d. mentalsjukhusen. Familjevårdplatser finns endast hos ett mindre antal sjukvårdshuvudmän. Utöver landstingens egna vårdplatser tillkommer platser vid enskilda vårdhem. Dessa omfattar 1977 för hela landet knappt 3 000.

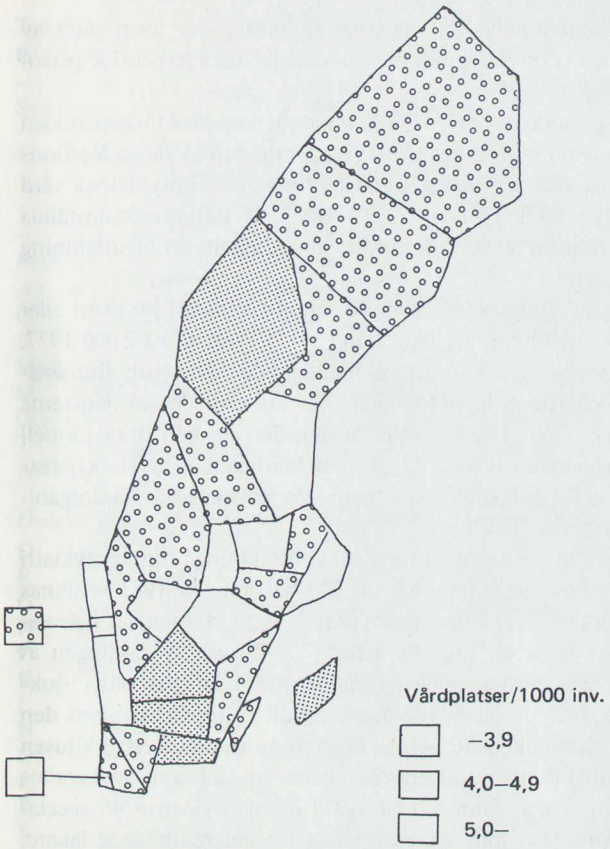
Tabell 7.2 Vårdplatsernas fördelning i psykiatrisk vård per sjukvårdsområde, år 1977

Sjukvårdsområde	Vårdplatser inom respektive sjukvårdsområde		Vårdplatser som tillkommer/ avgår p. g. a. bl. a. överens-kommelse	Totalt disponibla vårdplatser
	Antal	Per/1 000 inv.		
Områden med regionsjukhus				
AB Stockholm	4 294	2,9	+0,7	3,6
C Uppsala	1 131	5,3	−1,1	4,2
E Östergötland	1 332	3,4	+0,3	3,7
MM Malmö kommun	756	3,2	+0,4	3,6
M Malmöhus	2 328	4,6	−0,6	4,0
OG Göteborg	1 642	3,7	+0,9	4,6
T Örebro	903	3,3	+0,1	3,4
AC Västerbotten	995	4,2	+0,0	4,2
Övriga områden				
D Södermanland	1 404	5,6	−1,6	4,0
F Jönköping	1 092	3,6	+1,5	5,1
G Kronoberg	791	4,6	+0,4	5,0
H Kalmar	929	3,8	+0,3	4,1
I Gotlands kommun	228	5,3	−0,1	5,2
K Blekinge	772	5,0	+0,1	5,1
L Kristianstad	796	2,9	+1,3	4,2
N Halland	542	2,4	+0,6	3,0
O Gbg o Bohus	846	3,1	+0,4	3,5
P Älvsborg	1 880	4,5	+0,3	4,8
R Skaraborg	990	3,7	+0,0	3,7
S Värmland	1 261	4,4	+0,1	4,5
U Västmanland	343	1,3	+1,2	2,5
W Kopparberg	1 346	4,7	−0,3	4,4
X Gävleborg	982	3,3	+0,1	3,4
Y Västernorrland	1 353	5,0	−0,2	4,8
Z Jämtland	730	5,4	−0,0	5,4
BD Norrbotten	1 175	4,4	+0,0	4,4
Hela riket	31 137	3,8	+0,3[a]	4,1

[a] Vårdplatser som tillkommer/avgår på grund av avtal och överenskommelse. Dessa för hela riket tillkommande vårdplatser förklaras av utnyttjandet av enskilda vårdhem.

Källa: Statistisk årsbok för landsting –79.

Inga systematiska geografiska skillnader av betydelse i sammanhanget kan noteras mellan områden med hög respektive låg tillgång på vårdplatser (figur 7.1). Storstadsområden respektive glesbygdsområden återfinns i båda grupperna. Gemensamt för samtliga områden med hög vårdplatstillgång (F, G, P, Y, Z) är att där återfinns f. d. mentalsjukhus, som i allmänhet tidigare även svarat för vård av patienter bosatta utanför det nuvarande sjukvårdsområdet. På motsvarande sätt återfinns i områden med låg tillgång på vårdplatser de sjukvårdsområden som antingen saknar f. d. mentalsjukhus (N, U) eller fick tillgång till sådant senare (R, T, X). Det byggdes då för att svara enbart för det egna sjukvårdsområdet. Undantag utgör Blekinge



Figur 7.1 Geografisk fördelning över antalet disponibla vårdplatser per 1 000 invånare efter justering för avtal och överenskommelse mellan huvudmän år 1977.

läns landsting, som trots att det först på 60-talet tillfördes eget mentalsjukhus enbart avsett för det egna landstingets behov, har ett högt vårdplatsantal per 1 000 invånare.

Vård för särskilt vårdkrävande bedrivs vid fem vårdenheter för enbart sådana patienter. Dessa har hela riket som upptagningsområde. De totalt 412 vårdplatserna vid specialenheterna fördelas så, att vid fasta paviljongerna i Säter och Västervik finns 48, vid specialklinikerna i Sundsvall och Växjö 186 och vid Karsuddens sjukhus 193 vårdplatser.

Personal

De delvis nya förutsättningarna för psykiatrisk vård har hittills resulterat i att antalet vårdplatser reducerats något. Behovet av personal har däremot ökat markant, bl. a. genom att vårdinnehållet förändrats under de senaste tio åren. Framför allt har påbörjats en utveckling mot ökat terapeutiskt omhändertagande. Personalen deltar därvid även i öppenvård. Särskilt har efterfrågan på psykologer och kuratorer med psykiatrisk eller psykotera-

peutisk påbyggnadsutbildning ökat. Betydande ökning har även skett av antalet arbetsterapeuter, sjukgymnaster och särskild socioterpeutisk personal.

Antalet psykologer inom sjukvården har under den senaste tioårsperioden nära nog tredubblats till omkring 900 år 1977. Merparten av dessa återfinns inom den psykiatriska vården. Antalet tjänster för skötare i psykiatrisk vård har under perioden 1968–1977 ökat från 10 700 till 15 100. Av de anställda skötarna beräknas ungefär hälften för närvarande sakna tillräcklig utbildning för sina arbetsuppgifter.

Antalet tjänster för sjuksköterskor med vidareutbildning i psykiatri eller skötare med högre utbildning har ökat från ca 930 1968 till ca 2 600 1977. Tillgången på personal med kompetens för ledande tjänst och förmansbefattningar är emellertid otillfredsställande. Ca en femtedel av tjänsterna som 1:e skötare uppehålls således av befattningshavare helt utan formell behörighet för ifrågavarande tjänst. (Rapport om kartläggning av vissa tjänstgöringsförhållanden för sjuksköterskor inom den psykiatriska vårdorganisationen, Socialstyrelsen, 1977).

Antalet inrättade tjänster för läkare med vidareutbildning i allmänpsykiatri ökade under tiden 1968–1978 från 400 till 740 tjänster. År 1981 beräknas finns 840 tjänster inrättade. Under senare år har emellertid antalet helt vakanta tjänster varit omkring 120. Av tabell 7.3 framgår fördelningen av inrättade tjänster och tillgången på psykiatrer inom landets olika sjukvårdsområden. De vakanta tjänsterna återfinns till större delen inom den öppna vården. Vissa kliniker vid och i närheten av universitetssjukhusen har i vissa fall haft en större tillgång på läkare än vad som motsvarats av tjänstetillgången. Totalt fanns i mars 1979 inom psykiatrin 46 specialistkompetenta läkare som inte har egen tjänst för vidareutbildade läkare.

Till viss del förklaras skillnaderna mellan sjukvårdsområdena av, att vissa huvudmän svarar för betydande delar av den slutna vården åt andra huvudmän. Således svarar Uppsala, Södermanlands och Malmöhus läns landsting för vård av patienter från Stockholms, Västmanlands och Hallands läns landsting. Behovet av psykiatrer måste justeras med hänsyn härtill. En annan del av förklaringen till skillnaderna utgör behovet av en högre läkartillgång vid kliniker som bedriver undervisning och forskning. Även med hänsynstagande till dessa faktorer framstår emellertid skillnaderna i tillgång på psykiatrer som betydande.

Tabell 7.3 Fördelning av antal inrättade tjänster för läkare med vidareutbildning i allmän psykiatri och tillgång på psykiatrer inom offentlig vård, år 1979

Sjukvårdsområde	Inrättade tjänster 79-01-01			Antal vakanta tjänster utan innehavare	Antal specialistkompetenta vikarier	Tillgång på psykiatrer per 100 000 inv.
	Totalt	Varav för öppen	Totalt per 100 000			
Regionsjukhusområden						
AB Stockholm	153	49	10	6	19	11
C Uppsala	38	4	16	4	3	16
E Östergötland	27	3	7	6	1	6
MM Malmö kommun	27	4	11	4	1	11
M Malmöhus	60	10	12	2	6	13
OG Göteborgs kommun	68	20	15	1	5	16
T Örebro	25	5	9	7	2	7
AC Västerbotten	19	3	8	6	3	7
Övriga områden						
D Södermanland	28	5	11	14		6
F Jönköping	26	7	9	10		5
G Kronoberg	14	3	3	4		6
H Kalmar	23	6	10	7		7
I Gotland	5	2	9	1		7
K Blekinge	11	4	7	6	2	3
L Kristianstad	24	5	9	5	1	8
N Halland	15	3	7	5		5
O Gbg o Bohus	30	9	11	3		10
P Älvsborg	24	5	6	0		6
R Skaraborg	17	6	6	1		6
S Värmland	17	2	6	9	1	3
U Västmanland	17	8	7	5	1	5
W Kopparberg	22	5	8	6		6
X Gävleborg	19	6	6	11		3
Y Västernorrland	20	2	7	5		6
Z Jämtland	10	1	7	4		4
BD Norrbotten	19	7	7	10	1	4
Hela riket	758	184	9	142	46	8

Källa: Socialstyrelsen LATT –79.

7.3 Omfattning och fördelning av psykiatrisk vård

Vårdtillfällen, vårddagar m. m.

Från 1960 har antalet intagningar ökat kraftigt inom den allmänna psykiatrin medan antalet vårddagar reducerats något. Utvecklingen framgår av tabell 7.4.

Den psykiatriska vården svarar för omkring en tiondel av antalet intagningar inom den totala sjukvården och drygt en fjärdedel av dess vårddagar. Medelvårdtiderna har reducerats kraftigt under perioden. Detta har delvis möjliggjorts genom förändrade behandlingsmetoder, men har också blivit en följd av att andelen patienter med mycket korta vårdtider i sluten vård

Tabell 7.4 Intagningar och vårddagar för patienter inom psykiatrisk vård per kalenderår

År	Intagningar			Vårddagar (1 000)		
	Sjukhus	Sjukhem	Totalt	Sjukhus	Sjukhem	Totalt
1960	37 600	4 000	41 600	10 300	2 100	12 400
1970	95 700	6 000	102 700	9 400	3 000	12 300
1977	128 000	5 800	133 800	7 870	2 930	10 800

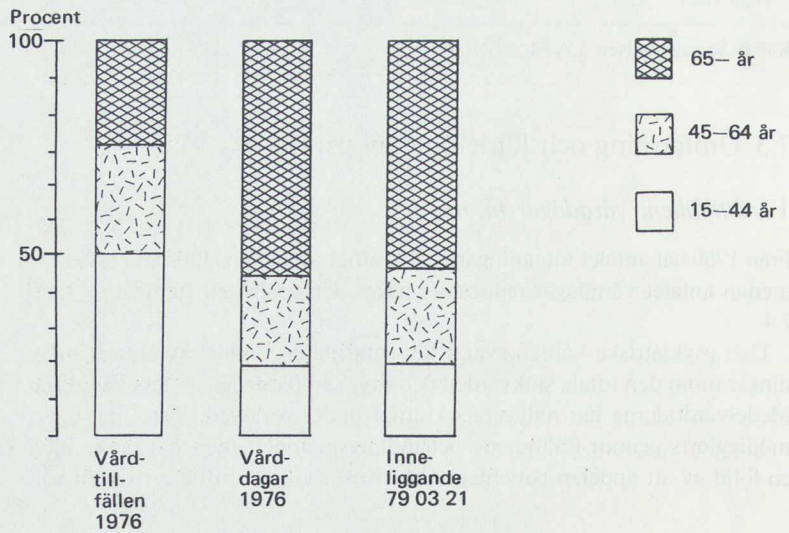
Källa: Allm. hälso- och sjukvård –77.

– t. ex. alkoholmissbrukare – ökat snabbt. Många av dessa patienter tas dock om hand mer än en gång per år.

Från socialstyrelsens patientinventering av sluten psykiatrisk vård i mars 1979 redovisades uppgifter om ca 28 200 inneliggande patienter. Detta tyder på att av de ca 33 000 vårdplatserna var närmare 5 000 icke belagda, vilket totalt för hela riket vid denna tidpunkt innebär en beläggningsgrad motsvarande ca 85 procent. Från LKELP –78 hämtas att beläggningsgraden totalt för hela riket 1973 var 87,9 procent 1977 hade en minskning skett till 84,3 procent. Variationerna mellan sjukvårdshuvudmännen är emellertid mycket stor. Kristianstads läns landsting och Gotlands kommun har således på sina egna vårdinrättningar en beläggningsgrad av endast 67 procent. Göteborgs kommun å andra sidan redovisar en beläggningsgrad av hela 104 procent.

Antalet tvångsintagningar med stöd av LSPV har varit konstant under tidsperioden 1967–77 och legat mellan 17 000 och 23 000 intagningar. Under 1970-talet har 8–9 000 av dessa utgjorts av återintagningar från försöksutskrivningar.

Av figur 7.2 framgår åldersfördelningen hos patienter i psykiatrisk vård. Personer upp till 44 år svarar för mer än hälften av antalet vårdtillfällen, ca 53 procent. De äldre åldersgrupperna har däremot längre vårdperioder och utnyttjar därför en större andel vårddagar. De utgör också största gruppen



Figur 7.2 Andel patienter i olika åldersgrupper fördelade efter antal vårdtillfällen och vårddagar från 1976, samt inneliggande vid inventeringen 79-03-21.

av patienter som är intagna i sluten vård. Av patientinventeringen 1979 framgår, att drygt hälften av alla inneliggande patienter är 65 år eller äldre.

Fördelningen på olika sjukvårdsområden

Även beträffande utnyttjandet av psykiatrisk vård finns stora skillnader mellan olika sjukvårdsområden. För hela landet utgjorde 1977 antalet läkarbesök inom den psykiatriska vården 93 per 1 000 invånare, och antalet vårddagar var 1 270 per 1 000 invånare och år (tabell 7.6).

För att närmare analysera skillnaderna har i tabell 7.5 huvudmännen indelats i tre grupper: Sjukvårdsområden med vårdplatser upp till 3,9 4,0–4,9 samt 5 eller fler per 1 000 invånare (jämför Figur 7.1). I tabell 7.5 har olika vårdvaribler samlats från olika sjukvårdshuvudmän. Det har tyvärr ej varit möjligt att samla de olika uppgifterna från samma år. Skillnaderna mellan grupperna är emellertid så entydiga, att olikheterna beträffande kalenderår sannolikt inte påverkar helhetsbilden.

Tabell 7.5 Vårdutnyttjande per 1 000 invånare i sluten och öppen vård efter vårdplatstillgång

Sjukvårds-områden med vårdplatser	Vårdtillfällen per 1 000 inv. 1976	Vårddagar per 1 000 inv. 1977	Inneliggande per 1 000 inv. 79-03-21	Läkarbesök i öppen vård per 1 000 inv.1977
–3,9	13,4	1 076	2,8	96
4,0–4,9	14,6	1 247	3,6	71
5,0–	14,3	1 609	4,4	64
Hela riket	14,1	1 270	3,4	93

Gruppen sjukvårdsområden med relativt sett många vårdplatser har många vårddagar och många inneliggande men få läkarbesök i förhållande till befolkningsstorleken. Gruppen sjukvårdsområden med få vårdplatser har få vårddagar och litet antal inneliggande men i genomsnitt förhållandevis många läkarbesök. Antal vårddagar och läkarbesök fördelade på sjukvårdsområden visas närmare av tabell 7.6, varav framgår, att vårddagskonsumtion och frekvensen läkarbesök samvarierar mer komplicerat än vad tabell 7.5 anger.

Att beskriva psykiatrisk öppenvård enbart i antal läkarbesök ger ett mycket otillfredsställande mått på verksamheten. I samband med att de psykiatriska arbetsformerna förnyats och teamarbetet utvecklats, har en allt större andel öppenvårdsbesök kommit att ske hos andra personalgrupper. Psykologer, kuratorer, sjuksköterskor, arbetsterapeuter och vårdpersonal på avdelningar erbjuder en form av kontaktmannaskap, som bibehålles även efter patienternas utskrivning från sluten vård. Denna typ av öppenvårdinsatser har setts som en förutsättning för att dygnetruntvård ska kunna minska. Det saknas tillfredsställande statistik på omfattningen av denna öppenvård. På många håll har den dock betydligt större omfattning än antalet läkarbesök. Malmö östra sjukhus är ett exempel på hur annan personal än läkare kan

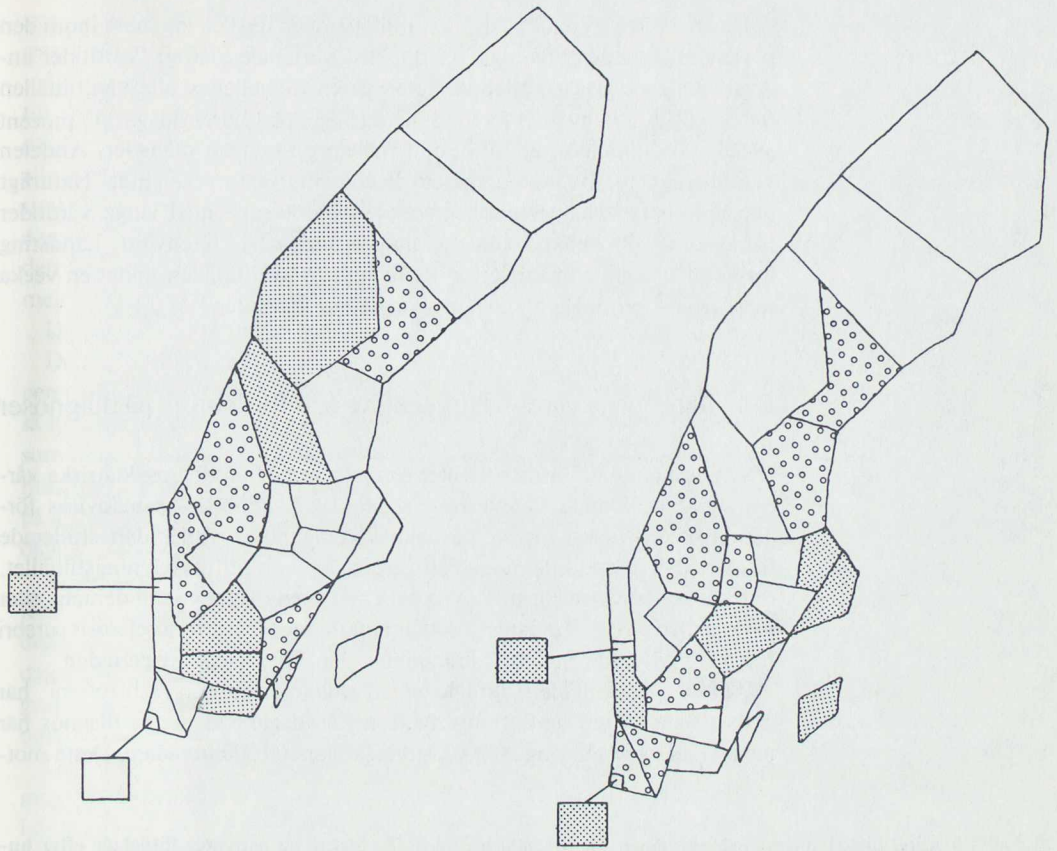
Tabell 7.6 Vårddagar och läkarbesök per 1 000 invånare 1977 inom psykiatrisk vård inklusive barn- och ungdomspsykiatri, sjukhem m. m.

Sjukvårdsområde		Vårddagar			Läkarbesök
		Egen	%avtal	Totalt	
AB	Stockholm	863	+260	1 123	134
C	Uppsala	1 690	−307	1 293	124
D	Södermanland	1 626	−517	1 109	60
E	Östergötland	1 084	+104	1 188	163
F	Jönköping	1 180	+560	1 740	84
G	Kronoberg	1 568	+137	1 705	65
H	Kalmar	1 204	+117	1 321	62
I	Gotlands kommun	1 276	−15	1 261	105
K	Blekinge	1 542	+34	1 576	25
L	Kristianstad	773	+455	1 238	90
MM	Malmö kommun	996	+142	1 138	112
M	Malmöhus	1 451	−211	1 240	78
N	Halland	664	+217	881	102
OG	Göteborgs kommun	1 405	+334	1 739	223
O	Gbg o Bohus	978	+140	1 118	65
P	Älvsborg	1 286	+126	1 421	35
R	Skaraborg	1 207	+12	1 219	41
S	Värmland	1 335	+20	1 355	45
T	Örebro	1 004	+28	1 032	90
U	Västmanland	409	+425	834	53
W	Kopparberg	1 679	−95	1 584	75
X	Gävleborg	1 110	+41	1 151	95
Y	Västernorrland	1 458	−82	1 376	72
Z	Jämtland	1 780	−19	1 761	42
AC	Västerbotten	1 284	−1	1 283	35
BD	Norrbotten	1 257	+6	1 263	28
Hela riket		1 167	+105	1 272	93

ta emot patienten i öppen vård. Mellan 1972 och 1978 minskade antalet slutenvårdsplatser inom psykiatri från 788 till 545. Under denna period ökade antalet sjukvårdande behandlingar, dvs. öppenvårdsbesök hos annan än läkare, från en mycket låg nivå till närmare 35 000 besök/år, medan antalet läkarbesök legat ungefär konstant kring cirka 3 000/år.

I figur 7.3 har vårddagar respektive läkarbesök grupperats i olika intervall och fördelats på de olika sjukvårdsområdena. Av figuren framgår, att en hög vårddagskonsumtion är korrelerad till en stor tillgång på vårdplatser (jämför figur 7.1). Frekvensen läkarbesök är korrelerad till läkartillgången (jämför tabell 7.3). Undantag är Hallands läns landsting och Gotlands kommun, där läkartillgången är förhållandevis låg men antalet läkarbesök ändå relativt högt. Däremot ger tabell 7.6 inget påtagligt stöd för, att en lägre konsumtion av vårddagar i någon större omfattning skulle kompenseras av en högre konsumtion läkarbesök.

Huvudmän med olika tillgång på vårdplatser synes utnyttja slutenvården på olika sätt. I tabell 7.7 har antal vårdtillfällen med olika vårdlängd fördelats på sjukvårdsområden indelade i de tre tidigare redovisade grupperna.



Figur 7.3 Fördelning av vårddagar respektive läkarbesök inom psykiatrin per 1 000 invånare 1977 på sjukvårdsområden.

Tabell 7.7 Antal vårdtillfällen[a] per 100 000 inv. år 1976 fördelade med hänsyn till vårdtidernas längd och tillgång per 1 000 inv.

Antal vårdplatser per 1 000 inv.	Vårdtid					
	–7 d	7–30 d	30–90 d	90–360 d	1 år–	Totalt
–3,9	490	536	252	84	46	1 408
4,0–4,9	450	633	270	88	51	1 492
5,0–	330	639	312	90	61	1 432
Hela riket	457	590	266	87	50	1 451

[a] Inklusive barn- och ungdomspsykiatri.

Under 1976 avslutades 1 411 vårdtillfällen per 100 000 invånare inom den psykiatriska vården i Sverige. Vårdtiderna varierade kraftigt. Vårdtider understigande sju dagar omfattade totalt ca en tredjedel av alla vårdtillfällen (tabell 7.7). Medianvärdet för vårdtiderna ligger på 13,6 vårddagar. 17 procent av alla vårdtillfällen har en vårdtid mellan en och tre månader. Andelen vårdtillfällen med vårdtider på ett år eller mer är mycket litet. Naturligt nog dominerar dock denna begränsade patientgrupp med långa vårdtider bland dem som vid en viss tidpunkt är intagna i slutenvård. Landsting med stor tillgång på vårdplatser har relativt få vårdtillfällen under en vecka men flest vårdtillfällen med mycket långa vårdtider.

7.4 Den slutna vårdens utveckling och fördelning på diagnoser

Diagnospanoramat för de patienter som skrivs ut från den psykiatriska vården visar betydande förändringar sedan 1962. I tabell 7.8 redovisas fördelningen av utskrivningar på olika vårddiagnoser under den studerade tidsperioden samt fördelningen av vårddagar fram till utskrivningstillfället.

Antalet vårddagar för utskrivna patienter med diagnos senil demens eller psykos med påvisbar organisk orsak innefattande bl. a. arteriosclerosis cerebri har varit väsentligen oförändrat under den studerade tidsperioden.

Antalet vårdtillfällen för patienten med diagnosen schizofreni har endast ökat i liten omfattning. Antalet vårddagar vid denna diagnos har reducerats med omkring 20 000 vårddagar per 100 000 invånare. Detta mot-

Tabell 7.8 Antal utskrivningar och vårddagar per 100 000 invånare för utskrivna patienter fördelade efter huvuddiagnos och år vid samtliga psykiatriska kliniker och sjukhus (ej sjukhem)

Diagnos[a]		Utskrivningar			Index 1976	Vårddagar		
		1962	1970	1976	1962 = 100	1962[b]	1976	
290	Senil o presenil demens	27	29	44	163	18 400	17 800	19 200
291	Alkoholpsykos	17	21	20	112	1 000	1 200	1 500
292–294	Psykos av annan påvisbar orsak	25	20	22	88	7 100	7 600	7 300
295	Schizofreni	88	109	114	129	77 600	83 900	59 600
296	Affektiv psykos	84	88	86	102	8 700	6 900	6 100
297–299	Övriga psykoser	19	66	83	463	2 000	5 100	5 800
300	Neuros	174	284	284	163	8 500	10 900	9 400
301–302	Patologisk personlighet	35	58	43	123	5 000	4 700	2 700
303	Alkoholism	61	231	532	872	2 200	5 900	8 800
304	Narkomani		33	42			1 300	1 000
	Övriga diagnoser	46	74	142	309	7 000	9 400	10 700
Totalt		576	1 013	1 417	246	137 500	154 700	132 100

[a]Som underlag för grupperingen har utnyttjats socialstyrelsens klassifikation av sjukdomar 1968.
[b]1962 räknat per kalenderår.

svarar för ett landsting med ca 300 000 invånare att vårdplatsbehovet minskat med omkring 170 platser.

Diagnosen affektiv psykos har minskat, vilket kunde väntas med hänsyn till tillkomsten av effektiva behandlingsmetoder. Vid denna sjukdom har dessutom en förebyggande behandling tillkommit, lithiumprofylax, vilken allmänt tillämpas i klinisk praxis. Om denna metod har effekt, bör detta rimligen märkas även i minskad vårddagskonsumtion. Emellertid har vårddagarna för patienten med diagnosen "ej specificerad psykos" ökat under den aktuella tidsperioden. Detta kan bero på förändrad praxis i diagnostik mellan grupperna.

Diagnosen neuros ökar något och diagnos patologisk personlighet minskar.

Den mest påtagliga förändringen är den kraftiga ökningen av patientgruppen med alkoholism som huvuddiagnos. Den orsakar närmare nio gånger så många utskrivningstillfällen och ca fyra gånger så många vårddagar 1976 som 1962. Däremot har ökningen för diagnosen alkoholpsykos varit betydligt mindre. Andelen vårdtillfällen inom psykiatrin med huvuddiagnos tydande på alkoholproblem ökade från 14 procent ill 39 procent. Andelen vårddagar ökade från drygt två procent till knappt åtta procent av samtliga.

År 1976 utgjorde antalet individer som vårdats med alkoholdiagnos ungefär hälften av antalet vårdtillfällen med denna diagnos. För hela riket innebär detta att ca 22 000 personer med alkoholdiagnos detta år varit föremål för dygnetruntvård inom psykiatrin. Vårdtiderna varierar starkt men för en stor grupp är de korta. Närmare hälften av vårdtillfällen med alkoholdiagnos omfattade 1976 vårdtider under en vecka.

Den kraftiga ökningen av vårddagar under gruppen övriga diagnoser kan möjligen förklaras av, att diagnos "psykisk krisreaktion" har börjat användas i ökande utsträckning och hänförts hit. Tidigare redovisades sannolikt flertalet av dessa patienter under diagnoserna neuros eller patologisk personlighet.

Under åren 1970 och 1976 redovisades betydligt fler vårddagar för de under dessa år utskrivna patienterna än de vårddagar som under samma år producerades vid de lasarett och kliniker som berörs av patientstatistiken. Denna differens beror på, att en del patienter har vårdtider, som omfattar flera kalenderår bakom sig vid utskrivningstillfället. Under år 1970 svarade de utskrivna patienterna för 12,4 miljoner vårddagar, medan totala antalet vårddagar under året vid de före detta mentalsjukhusen och klinikerna för allmänpsykiatrisk vård var 9,4 miljoner. År 1976 var motsvarande tal 11 respektive 8,5 miljoner. Minskningen i vårddagar förklaras med att man kunnat tillgodogöra sig effekterna av nya behandlingsmetoder framför allt för sjukdomsgruppen schizofreni. Denna diagnosgrupp svarar främst för det minskande antalet vårddagar. Ett antal patienter med mycket långa vårdtider har troligen kunnat skrivas ut under de två senaste decennierna.

Av tabell 7.9 framgår fördelningen av patienter i sluten vård på åldrar och diagnosgrupper vid inventeringen den 21 mars. De diagnosgrupper där demenstillstånden återfinns (290 samt 292–294) omfattar tillsammans cirka 75 patienter per 100 000 invånare, dvs. för hela riket cirka 6 000 intagna personer. Fortfarande dominerar diagnosen schizofreni, som utgör huvuddiagnos för cirka 40 procent av samtliga inneliggande. För hela riket motsvarar detta drygt 11 200. Cirka 2 500 av de intagna patienterna eller drygt

Tabell 7.9 Patienter fördelade på åldersgrupper från patientinventering 79-03-21

Huvuddiagnos		15–44	15–64	65–	Totalt	Per 100 000
290	Senil o presenil psykos	2	241	4 439	4 742	57
291	Alkoholpsykol	39	263	334	626	8
292–294	Psykos av påvisbar organisk orsak	102	173	1 159	1 434	17
295	Schizofreni	2 231	3 769	5 246	11 246	135
296	Affektiv psykos	332	521	684	1 537	18
297–299	Övriga psykoser	583	524	612	1 519	18
300	Neuros	827	732	584	1 143	26
301–302	Patologisk personlighet	409	140	112	661	8
303	Alkoholism	774	857	326	1 957	24
304	Narkomani	168	20	10	198	2
	Övriga diagnoser	445	674	1 012	2 131	26
Totalt		5 912	7 704	14 578	28 194	339

30 patienter per 100 000 invånare hade alkoholism eller alkoholpsykos som huvuddiagnos.

7.5 Skillnader mellan olika sjukhuvudmän

Antal vårdtillfällen och antal inneliggande patienter

Fördelningen av utskrivningstillfällen och antal vårddagar på de olika diagnosgrupperna visar stora skillnader mellan olika sjukvårdsområden. Dessa redovisas i detalj i bilaga 8 och 9. I tabell 7.10 redovisas områden med lägsta och högsta antal vårdtillfällen och inneliggande per 100 000 invånare. Vårdtillfällen med demensdiagnos är t. ex. sju gånger så vanliga i Jämtland som i Västmanlands läns landsting. Jämtlands läns landsting hör till de områden, som utnyttjar stort antal vårdplatser för demensvård inom psykiatrin. Även Hallands läns landsting med fortsatt lågt vårdplatsutnyttjande har högt antal vårdtillfällen med demensdiagnos.

Schizofrena sjukdomstillstånd utgör en av psykiatrins viktigaste behandlingsuppgifter. Även här är skillnaderna betydande. Kronobergs läns landsting har 47 vårdtillfällen per 100 000 invånare medan Blekinge läns landsting har mer än tre gånger så många. För gruppen manodepressiva psykoser liksom för gruppen övriga psykoser är också skillnaderna betydande.

Även inom gruppen neuroser föreligger stora skillnader. Malmö kommun ligger lägst, medan Göteborgs kommun har högsta antalet vårdtillfällen.

För diagnosgruppen alkoholsjukdomar ligger storstadskommunerna Göteborg och Malmö högst med tre-fyra gånger så många vårdtillfällen som flertalet landsting i mer glesbygdsbetonade områden. Även Stockholms läns landsting ligger på en låg nivå. Detta kan till en del förklaras med att behandling av alkoholister även i sluten vård sker vid Mariapoliklinikerna. Siffror därifrån ingår inte i patientstatistiken.

Tabell 7.10 Vårdtillfällen 1976 och antal inneliggande patienter 1979 per 100 000 invånare med fördelning på diagnoser[a]

Diagnos		Vårdtillfällen 1976		Inneliggande patienter 1976	
		Lägsta	Högsta	Lägsta	Högsta
290	Senil o presenil psykos	15 (U)	103 (Z)	11 (U)	127 (Z)
291	Alkoholpsykos	5 (H, N)	42 (S)	1 (G)	22 (OG)
292–294	Psykos av annan påvisbar orsak	8 (R)	39 (Y)	4 (N)	37 (OG)
295	Schizofreni	47 (G)	170 (K)	107 (O)	202 (K)
296	Affektiv psykos	56 (AC)	137 (Y)	9 (BD)	32 (G)
297–299	Övriga psykoser	46 (K)	121 (AC)	9 (X)	30 (OG)
300	Neuros	167 (MM)	445 (OG)	9 (I)	45 (F)
301–302	Patologiskt personlighetstyp m. m.	14 (O)	72 (Z)	2 (N)	23 (G)
303	Alkoholism	333 (W)	1 234 (OG)	12 (X)	1 (OG)
304	Narkomani	6 (AC)	93 (MM)	1 (E, G, K, T, U, Y)	6 (MM)
	Övriga diagnoser	56 (E)	437 (MM)	12 (Y)	46 (I)
Totalt		1 014 (AC)	2 295 (MM)	230 (U)	473 (F)

[a] Inom parentes anges respektive sjukvårdsområde.

I sjukvårdsområden med de större städerna Stockholm, Uppsala, Göteborg, Malmö, Lund och Helsingborg ställs narkomandiagnos ca fyra gånger så ofta som i landet i övrigt.

Vid bedömningen av dessa skillnader i fördelningen mellan diagnosgrupper måste man vara medveten om den oenhetliga tillämpningen av klassifikation inom psykiatrin.

Från patientinventeringen bekräftas förekomsten av stora skillnader i patientsammansättningen i sluten vård mellan olika sjukvårdsområden, (tabell 7.10).

Fördelning av LSPV-vård mellan sjukvårdshuvudmännen

Antal vårdtillfällen med utnyttjande av LSPV (lagen om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall) visar betydande variationer mellan olika sjukvårdshuvudmän. Detta framgår närmare av bilaga 9.

Rapporteringen från Stockholms läns landsting och Malmöhus läns landsting har varit bristfällig. Därför kan dessa landsting och övriga sjukvårdshuvudmän i Skåne samt Hallands läns landsting, som utnyttjat vårdplatser i Malmöhus läns landsting, ej omfattas av jämförelsen. Även i övrigt föreligger viss osäkerhet i uppgifterna, vilka därför bör tolkas med stor försiktighet.

I Blekinge, Jämtlands, Kalmar och Skaraborgs läns landsting förekommer tre till fyra gånger så många vårdtillfällen med utnyttjande av LSPV som i Västmanlands och Örebro läns landsting.

Inom gruppen senil demens har bl. a. Blekinge, Kalmar och Skaraborgs läns landsting 50–60 utskrivna patienter som vårdats med LSPV per 100 000

invånare medan Västmanlands, Örebro och Södermanlands landsting endast har tre–fyra vårdtillfällen per 100 000 invånare med utnyttjande av LSPV. För neurosdiagnos finns skillnader från tre till 36 vårdtillfällen. Alkoholismdiagnos har i Västermanlands och Örebro läns landsting förekommit med utnyttjande av LSPV vid fem–tio vårdtillfällen med stöd av LSPV per 100 000 invånare LSPV, medan i Jämtlands och Blekinge läns landsting motsvarande förekommit vid ca 150 vårdtillfällen per 100 000 invånare.

Skillnader i vårdutnyttjande mellan grupper av sjukvårdshuvudmän med olika tillgång på vårdplatser

Antalet vårdtillfällen och inneliggande patienter vid inventeringen fördelade på olika diagnosgrupper redovisas i tabell 7.11 och 7.12, där sjukvårdshuvudmännen indelats i tidigare nämnda tre grupper efter vårdplatstillgång.

Antalet vårdtillfällen visar ganska små skillnader mellan de tre grupperna sjukvårdshuvudmän. Något fler vårdtillfällen föreligger vid demens- och schizofrenidiagnos i områden med många vårdplatser.

Tabell 7.11 Vårdtillfällen per diagnosgrupp per 100 000 invånare efter vårdplatstillgång, år 1976

Antal vårdplatser per 1 000 inv	290	291	292–294	295	296	297–299	300	201 302	303	304	Övriga	Totalt
–3,9	39	19	20	110	77	86	286	36	462	47	157	1 337
4,0–4,9	43	20	22	112	90	86	279	45	592	36	132	1 458
5,0–	66	15	22	131	91	83	289	52	557	27	93	1 430
Hela riket	44	19	21	114	85	86	284	42	532	42	142	1 411

Fördelningen av inneliggande patienter vid inventeringen visar framför allt skillnader vid senil- och presenildemens och schizofreni. Således har gruppen med högt vårdplatsantal dubbelt så många demenspatienter intagna som gruppen med minsta antalet vårdplatser. Patienter med schizofrenidiagnos svarar som enskild diagnos för största skillnaden. Gruppen med flest vårdplatser har 70 fler intagna patienter per 100 000 invånare än gruppen med lägst vårdplatsresurser. Just patienter med diagnoserna senildemens och schizofreni torde oftast återfinnas inom den lilla andel vårdtillfällen med vårdtider som överstiger ett år (jämför tabell 7.7).

Tabell 7.12 Inneliggande patienter per diagnos per 100 000 invånare, mars 1979

Antal vårdplatser per 1 000 inv.	290	291	292–294	295	296	297–299	300	301–302	303	304	Övriga	Totalt
–3,9	46	9	15	109	15	17	23	8	18	3	22	284
4,0–4,9	58	7	20	147	20	19	25	8	27	2	28	359
5,0–	95	3	14	179	26	18	31	11	27	1	34	440
Hela riket	57	8	17	135	18	18	26	8	24	2	26	339

7.6 Andra regionala skillnader av betydelse

I tabell 7.13 redovisas försäljningsstatistik för olika grupper av psykofarmaka. Även om konsumtionen förmodligen avsevärt understiger försäljningen, kan antas att de betydande regionala skillnaderna i försäljningen även återspeglas i konsumtionen av dessa läkemedel. Observeras bör, att denna försäljningsstatistik härrör sig till indelningen i län och därigenom avviker något från indelningen i sjukvårdsområden.

Tabell 7.13 Försäljningen av medel vid psykiska rubbningar, organiska nervsjukdomar m. m. (farmakologisk grupp II) i antal DDD/1 000 invånare dag 1977. (DDD=definierad dygnsdos)

Län	Farmakologisk grupp			Totalt
	11 A	11 B	11C	
AB	66,2	9,5	4,0	79,8
C	74,6	13,3	6,5	94,4
D	57,5	11,7	5,5	74,4
E	64,2	10,2	6,8	81,2
F	66,6	12,6	6,4	85,6
G	57,2	13,1	7,7	70,3
H	54,0	11,7	7,0	72,7
I	6,8	17,4	4,3	88,5
K	61,6	14,4	6,9	82,9
L	66,3	11,2	7,2	84,7
M	82,0	15,2	8,3	105,5
N	58,8	10,1	5,9	74,8
O	73,6	18,6	10,8	103,0
P	51,3	12,1	5,9	69,3
R	63,0	13,0	7,8	83,8
S	60,4	10,7	4,9	75,7
T	66,7	12,7	5,6	84,0
U	44,0	8,4	5,0	57,4
W	62,3	12,0	6,5	80,8
X	58,8	12,4	5,0	76,2
Y	58,9	13,0	4,4	76,3
Z	51,8	13,7	5,2	70,7
AC	50,6	12,7	3,8	67,0
BD	32,5	12,9	2,6	48,0
Totalt hela riket	63,6	12,7	6,2	82,5

11 A = Hypnotika, sedativa, ataraktika
11 B = Neuroleptika, antipsykotiska medel
11 C = Antidepressiva medel

Källa: Apoteksbolagets inleveransstatistik år 1977.

Malmöhus län inklusive Malmö kommun och Göteborgs och Bohus län inklusive Göteborgs kommun har landets högsta försäljning. Försäljningen av samtliga grupper ligger högt i båda länen. Sedativa säljs dock mest i Malmöhus län och neuroleptika och antidepressiva mest i Göteborgs och Bohus län. Norrbottens län ligger totalt sett på endast halva försäljningsvolymen vad gäller psykofarmaka jämfört med Malmöhus län och Göteborgs och Bohus län.

Olikheter i sjukdomsfrekvens förklarar inte skillnaderna. Snarare torde olika behandlingstraditioner ha betydelse. Den låga försäljningen av neuroleptika, som noteras för Västmanlands län, kan till en del troligen förklaras av, att där inte finns något psykiatriskt lasarett. Vid närmare analys av siffrorna bör möjligheter av såväl överförskrivning som underförskrivning beaktas.

Frekvensen av nybeviljade förtidspensioner/sjukbidrag på grund av mentala rubbningar också visar stora skillnader mellan olika län. År 1977 förekom detta som mest i 47 fall per 100 000 invånare i Göteborgs län och som minst i elva fall per 100 000 invånare i Älvsborgs län (Riksförsäkringsverket: Allmän försäkring). Även frekvensen rapporterade genomförda självmord varierar starkt. De är ca tre gånger så många i Stockholms län som i Västerbottens län (SCB: Dödsorsaker).

7.7 Sammanfattande kommentar

Utvecklingstendenser

Utvecklingen av resurser och vårdutnyttjande inom psykiatrin har i detta kapitel närmare beskrivits för tidsperioden från 1962 och framåt. Före denna tidsperiod förelåg en expansiv period med ständigt ökat antal vårdplatser. Antalet patienter som bereddes vård ökade och ändå syntes icke tillgodosedd vårdefterfrågan finnas kvar ute i samhället.

Under de senaste decennierna har nya behandlingsmetoder blivit tillgängliga inom psykiatrin. En utveckling har skett mot alltmera terapeutisk och rehabiliterande målsättning. Långvarig vistelse på institution ses numera som negativ. Den kan leda till passivisering av de intagna patienterna och anpassning av dem till institutionerna snarare än till samhället. Den förändrade inriktningen av psykiatrin har också resulterat i, att antalet slutenvårdsplatser kunnat minskas inom psykiatrin. Samtidigt har beläggningsgraden vid dessa minskat. Patientinventeringen från mars 1979 visar, att möjligheter nu finns att snabbt anpassa antalet vårdplatser till en storleksordning under 30 000. Drygt 10 år tidigare fanns 38 000 vårdplatser.

Denna utveckling har framför allt möjliggjorts genom förbättrad behandling av schizofrena patienter. Insjuknande i schizofreni innebar tidigare ofta, att sjukhuset i praktiken blev dessa patienters hem. Numera kan de ofta utskrivas efter behandling i sluten vård.

Det kan även konstateras förändringar i den andra riktningen. Således har antalet patienter med alkoholproblem ökat kraftigt under denna tid. Detta kan till en del ses som ett uttryck för att alkoholskadorna ökar i samhället. Det kan emellertid också bero på, att attityderna till att behandla alkoholister inom psykiatrin under denna tidsperiod förändrats. Det kan ha skett en förskjutning från andra vårdinstanser till psykiatrin.

En vanligt uppfattning synes vara, att vård av åldersdemenser har ökat inom psykiatrin. Denna uppfattning får inget stöd i denna undersökning. Omfattningen av vård av åldersdemenser inom psykiatrin har totalt sett inte förändrats nämnvärt under tidsperioden 1962–1979. Däremot har den relativa andelen åldersdemenser på de före detta mentalsjukhusen ökat i

och med att det totala antalet intagna vid dessa kunnat reduceras. Denna uteblivna ökning torde bero på, att antalet vårdade åldersdemenser inom somatisk långvård ökat under den studerade tidsperioden. Dessutom kan tänkas, att den del som finns kvar inom psykiatrin har ökat i vårdtyngd. Andra inom psykiatrin intagna psykiatriska patientgrupper, främst schizofrent långtidssjuka, är i stor utsträckning över 65 år. Detta kan ge upphov till missuppfattningen att åldersdemenspatienterna har ökat i antal.

Skillnader mellan sjukvårdshuvudmännen samt behov av fördjupningsstudier

Tillgången på resurser för psykiatrisk vård varierar avsevärt mellan olika sjukvårdshuvudmän. Antal vårdplatser och tillgång på läkare varierar starkt. Antalet vårdtillfällen, vårddagar, inneliggande patienter och öppenvårdsbesök skiftar på motsvarande sätt. Det har även redovisats skillnader när det gäller olika diagnosgrupper och vårdtider. Även frekvensen av utnyttjandet av LSPV uppvisar stora olikheter. Det kan knappast vara olikheter i sjukdomsmönstret som är huvudorsak till allt detta. Snarare betingas variationerna av att psykiatrin är organiserad olika och att tillgänglighet och attityder varierar. Missbrukssjukdomarna har dock sannolikt högre frekvens inom storstadsområdena.

Tidigare förekom generellt stor icke tillgodosedd vårdefterfrågan. Det fanns då behov av expansion, som dock kom att begränsas av ekonomiska faktorer. I Sverige hade staten huvudansvaret för den psykiatriska vården fram till 1967 och därigenom förelåg likartade ekonomiska förutsättningar för hela riket. Emellertid var verksamheten koncentrerad till stora mentalsjukhus, vars upptagningsområden ofta omfattade delar av flera sjukvårdsområden. De olika sjukvårdshuvudmännen har efter huvudmannaskapsförändringen därigenom kommit att disponera olika antal slutenvårdsplatser för sin psykiatriska verksamhet beroende på var de f. d. mentalsjukhusen var lokaliserade.

Vårdapparatens storlek och antal vårdplatser kan också tänkas ha påverkats av skilda vårdideologier. En mera samhällsorienterad psykiatri kan tänkas leda till satsning på öppenvård och vara mindre beroende av slutenvårdsplatser. Skilda uppfattningar i vårdideologiska frågor kan därför ha resulterat i olika omfattning av slutenvården.

Avgränsningen av psykiatrins ansvarsområde är inte alltid klar. Olika gränsområden finns. Långtidsvård av åldersdementa patienter planeras i framtiden ske samordnas med somatisk långvård. Sedan tidigare finns emellertid troligen olikheter i avgränsningen vad gäller denna patientgrupp. Motsvarande oklarhet kan på vissa håll ha funnits vad gäller fördelningen av vårdansvar för missbrukare mellan psykiatrin och nykterhetsvården. För långtidsvården av psykiskt handikappade, t. ex. schizofrena patienter med lätta restsymtom, kan motsvarande oklarheter ha funnits i ansvarsfördelningen gentemot socialvården. Variationer i lokal praxis kan här tänkas ha påverkat omfattningen av slutenvårdsresurserna.

Oavsett vad skillnaderna i vårdplatstillgång beror på är det uppenbart att där slutenvårdsplatser finns, används de. Stor tillgång på slutenvårds-

platser förklaras oftast av att inom området funnits ett f. d. mentalsjukhus, som tidigare haft vårdansvar för patienter även från andra sjukvårdsområden. Det verkar alltså som om själva existensen av en vårdinstitution i sig åstadkommer ett vårdutnyttjande.

För att kunna studera systematiska skillnader hos sjukvårdshuvudmän med olika tillgång på slutenvårdsplatser har huvudmännen indelats i tre grupper. I gruppen med flest vårdplatser fördelar sig vårdtiderna på inneliggande patienter på ett annat sätt än i övriga grupper. Antalet patienter med mycket korta vårdtider under en vecka är mindre, medan däremot antalet med mycket långa vårdtider över ett år är klart större. Intagning i sluten vård hos sjukvårdshuvudmän med högt antal vårdplatser tycks alltså innebära att sannolikheten för att långvarigt bli kvar på institution, är betydligt större än hos övriga grupper sjukvårdshuvudmän. Alternativa åtgärder till fortsatt slutenvård efter en akutintagning saknas troligen i större utsträckning än hos övriga sjukvårdshuvudmän.

Även i patientsammansättningen finns systematiska skillnader. Gruppen demenspatienter är dubbelt så stor hos sjukvårdshuvudmän med flest vårdplatser. Likaså är antalet intagna schizofrena betydligt större hos dessa huvudmän. Det kan misstänkas, att det sker en viss övervård med negativa effekter som följd. Det finns emellertid även skäl att överväga om det sker undervård av vissa andra patientgrupper. Detta kan gälla äldre patienter med demenstillstånd, där det redovisade antalet inom vissa landsting är mycket litet. Motsvarande gäller även vården av alkoholmissbrukare. För att närmare klarlägga dessa förhållanden krävs analyser av hur vårdsituationen ser ut utanför psykiatrin inom bl. a. den somatiska långtidssjukvården och nykterhetsvården.

Västmanlands läns landsting intar en viss särställning med landets minsta omfattning av psykiatrisk vård. I Västmanlands har aldrig funnits något f. d. mentalsjukhus. Det kan därför ses som särskilt angeläget, att där närmare analysera den psykiatriska vården i relation till angränsande vårdområden.

Från bl. a. USA har rapporterats, att om vårdplatserna för schizofrena patienter underskrider en viss gräns, uppkommer risk för att dessa patienter hamnar i social misär. Då skillnaderna inom denna grupp även i Sverige är betydande, kan finnas anledning att närmare studera långtidssjuka schizofrenas sociala förhållanden, när de inte vårdas på institution.

Psykiatrin har utvecklats olika hos skilda sjukvårdshuvudmän. Därvid har en mångfald nya modeller att förnya psykiatrin vuxit fram. Erfarenheterna från Nackaprojektet har utförligt redovisats i en rad SPRI-rapporter. Rapporterna har visat ett minskat behov av att utnyttja slutenvård i samband med att kvalificerade psykiatriska öppenvårdsresurser tillkommit. På andra håll har vuxit fram modeller med sektoriserad organisation och psykiatriska öppenvårdsteam som givit liknande erfarenheter. Det bedöms angeläget att systematiskt kartlägga effekterna på den slutna vården i samband med att sådana och andra former av nya verksamheter etableras. Det är också viktigt att se hur de psykiatriska patienternas livsförhållanden förändras.

I studien pekas också på de stora regionala skillnader som kan noteras avseende försäljningen av psykofarmaka, skillnader i förtidspensionering på grund av psykiska orsaker samt frekvensen av självmord. Här finns ett behov av fortsatta undersökningar.

Den alkoholbetingade vården inom psykiatrin har ökat mycket kraftigt. Stora regionala skillnader i vårdens omfattning kan också noteras. Sjukvårdsutnyttjande betingad av alkoholkonsumtion, såväl inom den psykiatriska som den somatiska sjukvården ter sig som mycket angeläget att närmare kartlägga.

Sjukdomspanorama

Av Göran Dahlgren, Curt-Lennart Spetz,
Jerzy Einhorn

8 Inledning

I detta avsnitt sammanställs hälsodata från ett antal olika källor. I kapitel 9–25 presenteras olika sjukdomsgruppers betydelse som den framstår i tillgänglig statistik rörande långvariga sjukdomstillstånd, sjukskrivning, förtidspensionering, sjukvård och dödlighet. I kapitel 26 visar diagnosfördelningen i olika åldrar enligt ett mer begränsat antal källor. Kapitel 27 beskriver utvecklingen inom den slutna sjukvården och dödlighetsutvecklingen. I kapitel 28 redovisas försäljning och användning av läkemedel.

Huvuddelen av diagnosrelaterade data från hälso- och sjukvården avser patienter inom den slutna vården. Tillgången på diagnosrelaterad statistik inom den öppna vården är begränsad. Detta innebär att "sjukvårdens sjukdomspanorama" oftast enbart kan relateras till den slutna sjukvården.

I riksförsäkringsverkets statistik över sjukskrivningar ingår inte diagnos som en del av de centrala redovisningarna. 1966 och 1970 gjordes dock specialstudier (se också avsnittet "Allmänna hälsoindikatorer"). Riksförsäkringsverket gör årliga sammanställningar över nybeviljade förtidspensioner.

I de levnadsnivåundersökningar, som utförs inom Statistiska centralbyrån, sätts diagnos på grundval av uppgifter som är insamlade vid lekmannaintervjuer.

I föreliggande avsnitt redovisas översiktligt dessa olika sjuklighetsdata tillsammans med dödlighetsdata från SCB:s dödsorsaksstatistik per sjukdomsgrupp (= kapitel enligt WHO:s sjukdomsklassifikation).

Även diagnoser som satts av läkare efter en medicinsk undersökning kan vara ett relativt osäkert underlag för att beskriva omfattning och förändringar i sjukligheten. Specialister har en benägenhet att finna sjukdomar inom den egna specialiteten. Därför ökar t. ex. en reumatologs ankomst till ett område med stor sannolikhet antalet reumatiska diagnoser. Läkarnas utbildning – och därmed förändringar i denna utbildning – påverkar alltså beskrivningar av sjukvårdens sjukdomspanorama.

Behandlingen av samma sjukdom kan också variera mellan olika läkare och sjukhus. Det finns oftast ingen helt enhetlig vårdpraxis. Detta kan t. ex. innebära, att antalet vårddagar varierar för jämförbara grupper av patienter med samma sjukdom.

Vårdorganisationens resurstillgång och effektivitet har självklart betydelse för hur många personer, som under en viss tidsperiod kan vårdas inom en organisation. Särskilt brukar tillgången på läkare och vårdplatser åberopas som en förklaring till olikheter i antal vårdade och vårddagar. (Har behandlats under avsnittet "Sjukvårdsresurser och vårdutnyttjande".)

Vidare är svårigheten att diagnostisera en sjukdom olika för olika sjukdomar och beroende av den situation där diagnosen sätts. Säkerheten torde därvid vara större för flertalet diagnoser som gäller kroppsskador än för många psykiatriska diagnoser. En obduktion ger ju också möjligheter till undersökningar och bedömningar, som inte kan utföras, medan patienten är i livet.

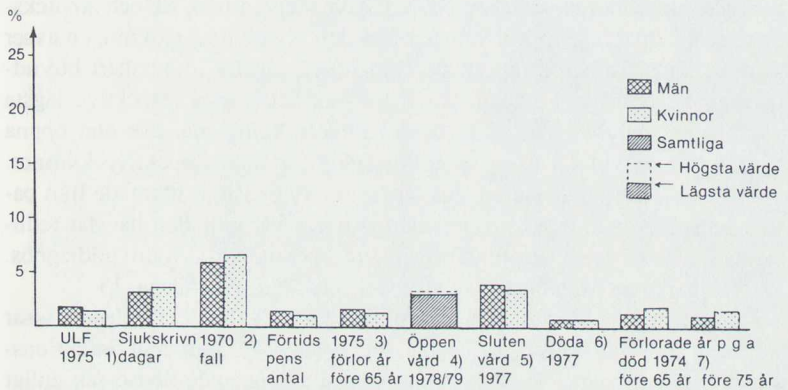
Vi har här aktualiserat den osäkerhet, som finns beträffande samband mellan diagnosstatistik och patienters faktiska sjukdomar, för att undvika "övertolkningar" av de data som redovisas. Osäkerheten är stor särskilt när man jämför olika geografiska områden och olika tidpunkter. Vi vill dock samtidigt understryka att diagnosstatistiken givetvis är den säkraste informationskällan för beskrivningar av olika patientgruppers sjukdomar.

Dödsorsaksstatistiken omfattar samtliga avlidna under ett kalenderår, vilka vid tidpunkten för döden varit kyrkobokförda i Sverige. Dödfödda ingår ej i statistiken. Statistiken grundar sig dels på dödsbevis utfärdade av läkare, dels på s. k. dödsfallsaviseringar.

1971 blev dödsbevis obligatoriskt för samtliga avlidna personer i riket. Om inte läkare vårdat den avlidne före döden, måste en undersökning av den döda kroppen ske innan läkaren kan utfärda dödsbevis.

9 Infektionssjukdomar och parasitära sjukdomar

9.1 Ohälsoprofil



1) Personer med långvarig sjukdom. SCB 1978
2) Riksförsäkringsverket 1974
3) Riksförsäkringsverket 1977
4) Tierp 1978, Diagnos/receptundersökningen 1978/79
5) 15 sjukvårdshuvudmän
6) Dödsorsaker. Sveriges officiella statistik
7) Liv och hälsa

Ovanstående diagram beskriver infektionssjukdomarnas och de parasitära sjukdomarnas andel av den totala sjukligheten och dödligheten mätt på olika sätt. Den vertikala skalan visar den procentuella andelen av respektive ohälsoindikator – upplevd långvarig sjukdom, sjukskrivningsdagar etc., som faller inom denna sjukdomsgrupp. 100 procent motsvarar således summan för de 17 sjukdomsgrupper som återfinns som kapitelrubriker i socialstyrelsens "Klassifikation av sjukdomar" 1968.

Statistiska centralbyråns undersökning om levnadsförhållanden (ULF) omfattar den vuxna befolkningen i åldern 16–74 år. I ULF förekommer frågan "Har ni någon långvarig sjukdom, besvär efter olycksfall, något handikapp eller annan svaghet? De som svarar ja på denna fråga får även beskriva aktuella sjukdomstillstånd. Den första stapeln i diagrammet visar infektionssjukdomarnas och de parasitära sjukdomarnas andel av samtliga rapporterade långvariga sjukdomstillstånd i 1975 års undersökning (1).

Staplarna som illustrerar sjukskrivningen år 1970, bygger på en sammanställning från riksförsäkringsverket 1974 (2). De vänstra staplarna anger infektionssjukdomarnas och de parasitära sjukdomarnas andel av det totala

antalet sjukskrivningsdagar och de högra deras andel av sjukskrivningsfallen. Som framgår av diagrammet är sjukskrivningsfall den indikator, som för infektionssjukdomar och parasitära sjukdomar har det högsta värdet.

Även för förtidspensioneringar år 1975 återfinns två stapelpar. Det vänstra visar sjukdomsgruppens andel av antalet under året utfärdade förtidspensioner. I den högra har hänsyn tagits till den ålder, vid vilken den enskilde individen pensionerats. En beräkning har gjorts av antalet återstående levnadsår till 65 års ålder. Uppgifterna är hämtade från riksförsäkringsverkets preliminära statistik (3) och beträffande återstående levnadsår från Liv och hälsa (4).

Stapeln över öppen sjukvård bygger på två olika undersökningar. Den ena avser läkarbesök vid hälsocentralen i Tierp 1978 och visar fördelningen på huvuddiagnoser (5). Den andra är en riksomfattande stickprovsundersökning, som utförts under perioden oktober 1978 – september 1979 av Sveriges läkarförbund, socialstyrelsen, Läkemedelsstatistik AB och Apoteksbolaget AB (6). Diagnosfördelningen från den senare undersökningen avser samtliga vid läkarbesök registrerade diagnoser, således inte enbart huvudorsaken till besöket. I stapeln har markerats det högsta respektive lägsta värde som angivits i någon av de två undersökningarna. För den öppna vården har inte gjorts någon särredovisning för män respektive kvinnor.

Värdena beträffande sluten sjukvård avser 1977 och är hämtade från patientstatistiken i 15 sjukvårdsområden. Antalet vårdtillfällen har där reducerats så att endast ett vårdtillfälle tagits med per individ och huvuddiagnos. Därvid har den treställiga diagnoskoden använts. (Se bilaga 7.)

Dödligheten är illustrerad på tre olika sätt. Det första stapelparet visar hur stor andel av samtliga dödsfall under år 1977, som haft infektionssjukdomar eller parasitära sjukdomar som underliggande dödsorsak enligt officiell statistik (7). De två övriga stapelparen är hämtade ur publikationen Liv och hälsa (4). På motsvarande sätt som beträffande förtidspensioneringar har här hänsyn tagits till den enskilde personens ålder vid dödsfallet. Antalet resterande år till en tänkt ålder av 65 respektive 75 år har därefter beräknats. Dessa beräkningar bygger på dödsfallen år 1974.

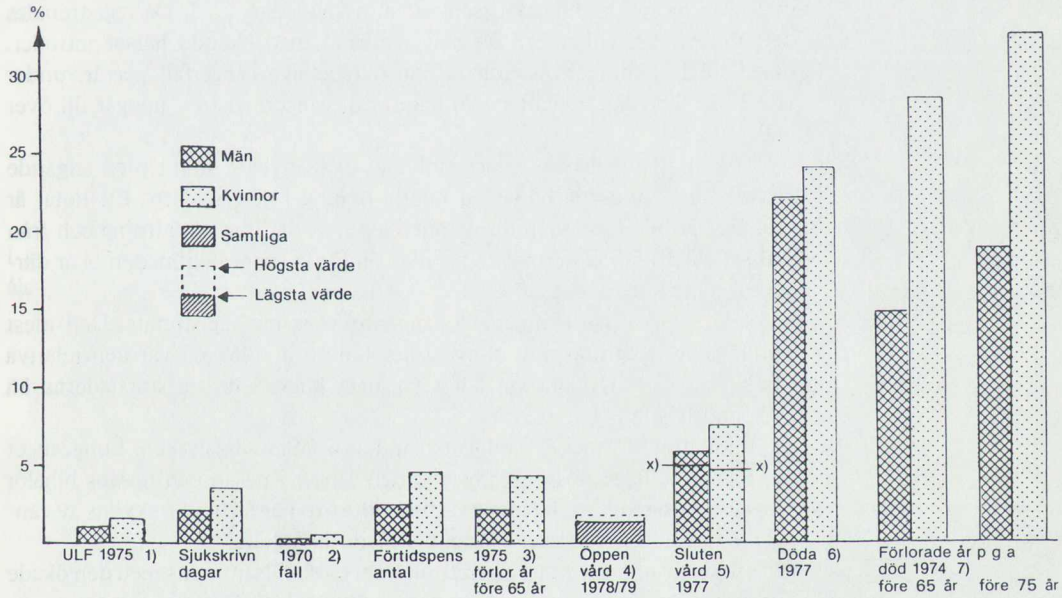
9.2 Sluten sjukvård

Infektionssjukdomar och parasitära sjukdomar är inom den slutna sjukvården vanligast bland barn – framför allt spädbarn – samt därnäst i de högsta åldersklasserna. Per 1 000 pojkar under ett års ålder vårdades 38 för någon sådan diagnos under 1977. Motsvarande tal för flickor var 35. I åldrarna över 85 år vårdades 10 män och 8 kvinnor per 1 000 invånare. För samtliga åldersklasser tillsammans uppgick antalet vårdade till 4,3 per 1 000 invånare. Skillnaden mellan män och kvinnor var liten.

Omkring hälften av dem som vårdats för infektionssjukdomar eller parasitära sjukdomar har haft diagnosen enterit eller andra diarrésjukdomar.

10 Tumörer

10.1 Ohälsoprofil



1) Personer med långvarig sjukdom. SCB 1978
2) Riksförsäkringsverket 1974
3) Riksförsäkringsverket 1977
4) Tierp 1978, Diagnos/receptundersökningen 1978/79
5) 15 sjukvårdshuvudmän
6) Dödsorsaker. Sveriges officiella statistik
7) Liv och hälsa
x) Därav maligna

Som framgår av ovanstående diagram ger de olika dödlighetsindikatorerna det största utslaget för tumörsjukdomarna. Däremot har tumörerna en liten andel framför allt i ULF:s intervjusvar och bland sjukskrivningsfallen.

De könsdifferentierade staplarna är för kvinnorna genomgående högre än för männen. Om man jämför de olika dödlighetsindikatorerna, ser man, att skillnaden mellan könen är betydligt större för antalet förlorade år än för antalet döda. Detta tyder på, att kvinnorna relativt oftare drabbas av en tidig död i någon tumörsjukdom eller att någon annan sjukdomsgrupp i större utsträckning drabbar männen i tidiga år.

10.2 Cancerförekomst

1974 registrerades i Sverige nära 32 000 nya cancerfall (8). Detta motsvarar 4,2 nya fall per 1 000 män och 3,5 per 1 000 kvinnor. Bland kvinnorna är bröstcancer den vanligaste formen av cancer med 23 procent av alla cancerfall. Därefter följer gynekologiska tumörer och cancer i tjock- och ändtarmen. Hos männen svarar prostatacancer för 21 procent av alla nya fall. Närmast i storleksordning följer lungcancer och tjocktarms- och ändtarmscancer.

Under perioden 1965–1974 har antalet nyupptäckta fall för män ökat med 1,9 procent per år och för kvinnor med 1,0 procent. Över genomsnittet har ökningen varit för t. ex. lung- och luftrörscancer, prostatacancer, levercancer, hudcancer och leukemi.

Cancer i magsäcken visar en avtagande trend. Även antalet nyupptäckta fall av cancer i livmodershalsen har minskat sedan 1965. Då registrerades ett maximum, vilket kan ha haft samband med ökande hälsokontroller. Den totala ökningen av antalet registrerade nya cancerfall per år, under de 17 år för vilka uppgifter kan hämtas ur cancerregistret, uppgår till över 60 procent.

Risken att drabbas av cancersjukdom ökar mycket starkt med stigande ålder. För kvinnorna börjar en kraftig ökning i 40-årsåldern. Ett tiotal år senare har ökningstakten för männen blivit av samma omfattning och från 60-års-åldern blir risken högre för män än för kvinnor. Skillnaden ökar därefter stadigt med stigande ålder.

Stora geografiska skillnader i cancerfrekvens har registrerats. Den mest utpräglade riskgruppen är storstadsbefolkningen. 1959–65 var den relativa frekvensen av nyupptäckta fall 1,5 gånger högre i de tre storstäderna än på landsbygden.

Vissa tumörformer är vanligare bland utövare av vissa yrken. Lungcancer är t. ex. vanligare hos gruvarbetare, och cancer i näsan och näsans bihålor hos träarbetare. Anställda inom asbestindustirn har förhöjd frekvens av cancer i lunga och lungsäck, särskilt om de är rökare.

Bruket av tobak, främst cigarettrökning, torde tillsammans med den ökade medellivslängden vara den främsta anledningen till ökningen av flera cancerformer.

En fördjupningsstudie om cancer skriven av professor Jerzy Einhorn återfinnes i bilaga 1.

10.3 Sluten sjukvård

8,6 personer per 1 000 invånare vårdades 1977 för någon tumördiagnos.

Som framgår av diagram 10.1 ökar i denna sjukdomsgrupp den relativa frekvensen av vårdade med stigande ålder. Ett litet undantag utgör de allra yngsta barnen. Bilden är likartad för samtliga tumörsjukdomar tillsammans som för undergruppen maligna tumörer.

Diagrammet visar också, att frekvensen bland kvinnorna ökar mer i relativt unga åldrar, medan den bland männen uppvisar en dramatisk ökning

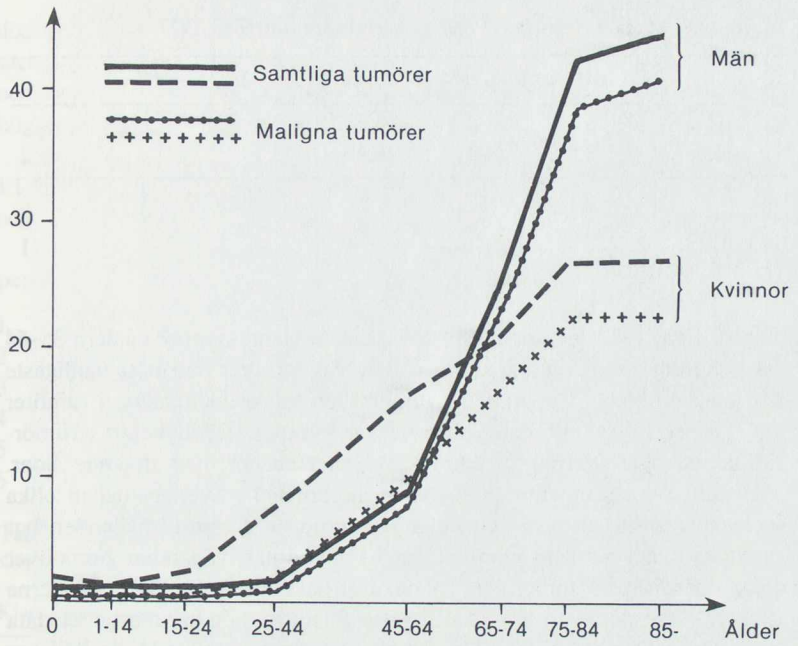


Diagram 10.1 Vårdade med tumördiagnos per 1 000 invånare i respektive ålder 1977.

i åldrarna över 50–60 år. Antalet vårdade per 1 000 invånare för samtliga åldersgrupper tillsammans uppgick för kvinnor till 10 och för män till 7,0.

I åldersgrupperna 0–14 år för kvinnor och 0–24 år för män förekommer i stort sett endast diagnosen leukemi och diagnoser som döljer sig under samlingsbeteckningen "andra tumörer" (såväl maligna som benigna).

Bland kvinnor i åldersgruppen 25–44 år har olika typer av livmoderstumörer en hög frekvens. Som framgår av tabell 10.1 är dessa tumörer till större delen benigna i åldrarna 24–64 år. De maligna tar sedan med ökande ålder allt större andel. Bröstcancer är den vanligaste tumörformen för kvinnor i alla åldrar från 45–64 och uppåt.

Tabell 10.1 Vårdade kvinnor per 1 000 i 15 sjukvårdsområden 1977

	25–44 år	45–64 år	65–74 år	75–84 år	85– år
Malign tumör i bröstkörtel	0,5	2,9	4,1	4,6	4,3
Malign livmoderstumör	0,4	1,6	1,8	1,9	1,3
Livmodersmyom	1,5	2,7	0,2	0,2	0,0

Bland kvinnor i åldrarna över 75 år är malign tumör i tunntarm och grovtarm vanligare än livmoderstumörer.

Bland män i åldern 25–44 år är leukemi den vanligaste tumördiagnosen. I åldern 45–64 år är malign tumör i luftstrupe, luftrör och lunga vanligast. I alla högre ålderklasser dominerar malign tumör i prostata. Antalet vårdade män per 1 000 invånare för de två sistnämnda diagnoserna för några åldersklasser framgår av tabell 10.2.

Tabell 10.2 Vårdade män per 1 000 i 15 sjukvårdsområden 1977

	45–64 år	65–74 år	75–84 år	85– år
Lungcancer	0,9	2,9	3,7	2,0
Prostatacancer	0,5	4,0	10,4	12,0

10.4 Dödlighet

Tumörer var 1977 den vanligaste dödsorsaken bland kvinnor i åldern 35–64 år. I samtliga övriga åldrar utom 0–4 år var tumörer den näst vanligaste dödsorsaken både för män och kvinnor. Den totala dödligheten i tumörer var 2,6 per 1 000 män och 2,2 per 1 000 kvinnor. Dödligheten i tumörsjukdomar ökar från 40–50 års ålder mycket snabbt med stigande ålder.

Uppgift saknas om hur dödligheten är fördelad i Sverige mellan olika socioekonomiska grupper och olika yrkesgrupper. Dessa förhållanden har studerats i våra nordiska grannländer. I Finland har två studier gjorts över olika dödsorsakers fördelning på olika sociala klasser under perioderna 1969–71 (9) respektive 1969–72 (10). I den första studien har mortalitetsdata inhämtats från cirka 45 000 dödsfall bland personer, som vid sin död var mellan 25 och 64 år gamla. Den andra studien omfattar nära 180 000 dödsfall. I Danmark har drygt 75 000 dödsfall bland 20–64 åringar 1970–75 studerats (11). I Norge har man undersökt ca 120 000 dödsfall under åren 1970–73 varav 45 000 avsåg personer i åldern 20–69 år (12).

Vid de *finska* beräkningarna var dödsfallen åldersstandardiserade. Materialet har indelats i följande fem socioekonomiska klasser:

1 Högre funktionärer
2 Lägre funktionärer
3 Yrkesutbildade arbetare
4 Icke yrkesutbildade arbetare
5 Jordbrukare

Tabell 10.3 Dödligheten i tumörsjukdomar per 1 000 män respektive kvinnor i åldern 25–64 år i olika socioekonomiska klasser i Finland 1969–71

Klass	Män	Kvinnor
1	1,4	1,3
2	1,7	1,2
3	2,0	1,3
4	2,5	1,2
5	1,6	1,1

Skillnaden mellan de olika klasserna är störst bland männen (tabell 10.3). Dödligheten i tumörsjukdomar är omkring 75 procent högre bland manliga arbetare utan yrkesutbildning än bland högre funktionärer (högre tjänstemän, akademiker och likställda).

I materialet för perioden 1969–72 har dödligheten i olika typer av tumörer studerats för åldersgruppen 15–64 år. Därvid fann man bland män hög över-

dödlighet för icke yrkesutbildade arbetare i lungcancer och cancer i magsäcken. Däremot hade de en låg dödlighet i leukemi och cancer i tunn- och grovtarm. För de två senare cancertyperna samt för prostatacancer hade högre funktionärer den högsta dödligheten.

Bland kvinnorna noterades höga dödlighetsindex för socioekonomisk klass 1 i bröstcancer och cancer i tunn- och grovtarmen, för klass 3 och 4 i lung- och livmoderhalscancer samt för klass 5 i magsäckscancer.

I den *danska* undersökningen användes följande socioekonomiska gruppering.

1 Företagare, inkl lantbrukare
2 Medhjälpande makar
3 Funktionärer
4 Yrkesutbildade arbetare
5 Arbetare utan yrkesutbildning
6 Icke förvärvsarbetande.

Tabell 10.4 Åldersstandardiserat dödlighetsindex för tumörsjukdomar för olika socioekonomiska grupper i åldern 20–64 år i Danmark 1970–75

Klass	Män	Kvinnor
1	88	100
2	–	90
3	99	100
4	117	120
5	106	103
6	165	119
Alla yrkesverksamma	100	100

Bortsett från gruppen icke förvärvsarbetande har de yrkesutbildade arbetarna högst indexvärde (tabell 10.4). Särskilt höga indexvärden har män i denna socioekonomiska klass för cancer i andningsorganen och i urogenitalorganen. Även icke yrkesutbildade har hög dödlighet i cancer i andningsorganen. Kvinnor i denna grupp har också höga värden för cancer i urogenitalorganen. Kvinnliga företagare och funktionärer visar högst dödlighetsindex för bröstcancer. Bland män har kypare, kockar och bagare särskilt hög cancerdödlighet liksom servitriser och kallskänkor bland kvinnor. Låg cancerdödlighet har bl. a. olika lärargrupper och jordbrukare.

I den *norska* studien har en gruppering i fem socioekonomiska klasser gjorts. Dessa klasser bygger på yrkesgrupper och omfattar endast yrkesverksamma. Klass A–D har en social rangordning så att klass A har högst status och klass D lägst. I klasserna A och B återfinns de flesta tjänstemannagrupper och företagare. Klass C och D omfattar arbetaryrken. De flesta yrken i klass D kräver ingen yrkesutbildning. Klass E står utanför rangordningen. Den omfattar arbetsledare inom jord- och skogsbruk.

Socioekonomisk klass E har låg dödlighet i tumörer både för män och kvinnor. I klass A har männen låg och kvinnorna hög cancerdödlighet (tabell 10.5).

Liksom i Finland och Danmark hade de icke yrkesutbildade manliga arbetarna i Norge (klass D) särskilt hög dödlighet i lungcancer. Klass B

har hög dödlighet i prostatacancer. En hög dödlighet för kvinnor i klass A i bröstcancer överensstämmer också med resultaten från Finland och Danmark.

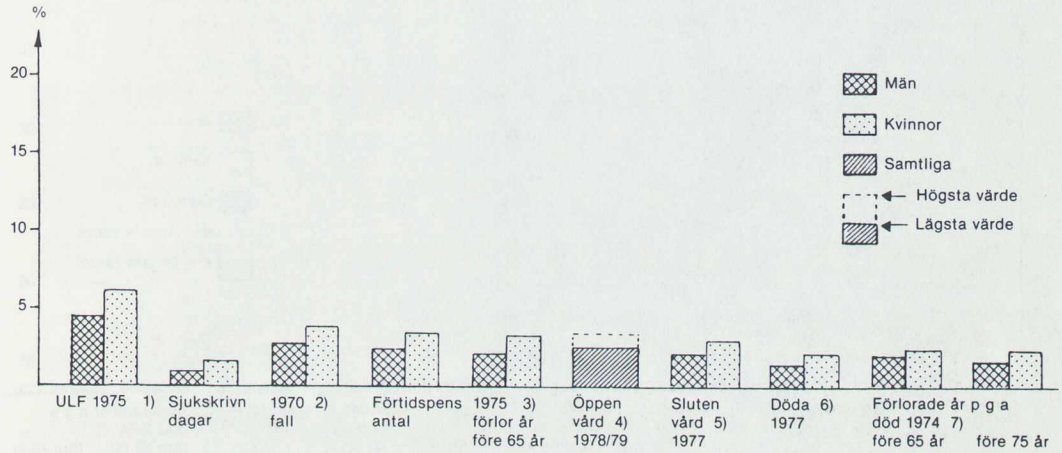
Särskilt höga dödlighetsindex för män återfanns i Norge hos verksamma inom kemisk processindustri, gruv- och sprängningsarbetare samt hotell- och restaurangarbetare. Låg dödlighet i tumörer hade liksom i Danmark bl. a. män med pedagogiskt arbete samt jordbrukare. (Se även bilaga 4.)

Tabell 10.5 Åldersstandardiserat dödlighetsindex för tumörsjukdomar för olika socioekonomiska grupper i åldern 20–69 år i Norge 1970–73

Klass	Män	Kvinnor
A	89	114
B	111	99
C	107	99
D	107	101
E	79	91
Alla yrkesverksamma	100	100

11 Endokrina systemets sjukdomar, nutritionsrubbningar och ämnesomsättningssjukdomar

11.1 Ohälsoprofil



1) Personer med långvarig sjukdom. SCB 1978
2) Riksförsäkringsverket 1974
3) Riksförsäkringsverket 1977
4) Tierp 1978, Diagnos/receptundersökningen 1978/79
5) 15 sjukvårdshuvudmän
6) Dödsrosaker. Sveriges officiella statistik
7) Liv och hälsa

Av diagrammet ovan framgår, att sjukdomsgruppen är relativt liten oberoende av studerad indikator. Det högsta värdet uppvisar ULF-studien. Enligt den är också sjukdomsgruppen betydligt vanligare bland kvinnor än bland män – 46 kvinnor och 26 män per 1 000 har uppgivit sig lida av någon av gruppens sjukdomar. För den vanligaste diagnosen (diabetes) finns ingen skillnad mellan könen.

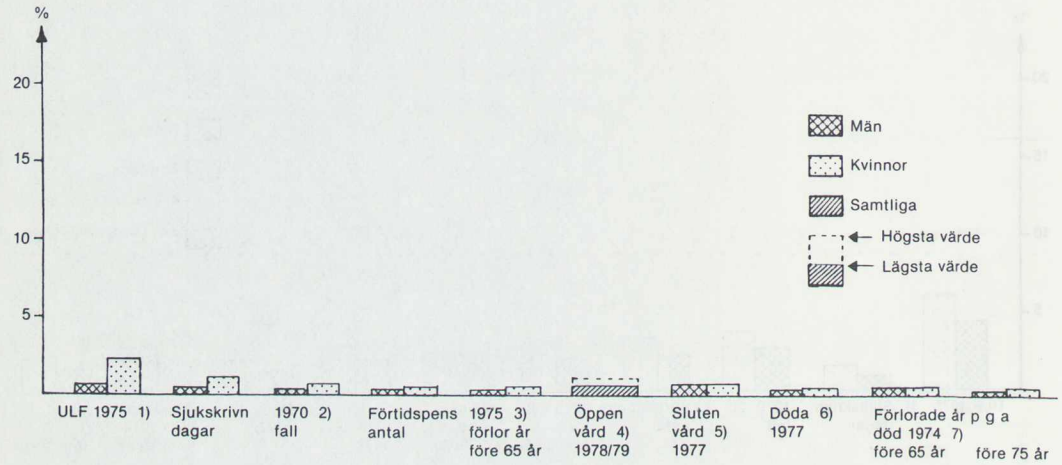
11.2 Sluten sjukvård

Totalt vårdades 3,4 personer per 1 000 med någon diagnos inom denna grupp i de 15 undersökta sjukvårdsområdena 1977.

Sjukdomsgruppen är med undantag av åldrarna över 85 år något vanligare bland kvinnor än bland män – 4,1 resp. 2,8 vårdade per 1 000 invånare. Vanligast är sjukdomarna bland spädbarn samt i åldrarna från 65 år och uppåt.

12 Blodbildande organens och blodets sjukdomar

12.1 Ohälsoprofil



1) Personer med långvarig sjukdom. SCB 1978
2) Riksförsäkringsverket 1974
3) Riksförsäkringsverket 1977
4) Tierp 1978, Diagnos/receptundersökningen 1978/79
5) 15 sjukvårdshuvudmän
6) Dödsorsaker. Sveriges officiella statistik
7) Liv och hälsa

Som framgår av diagrammet här ovan är sjukdomsgruppen kvantitativt mycket liten, oavsett vilken måttstock man väljer.

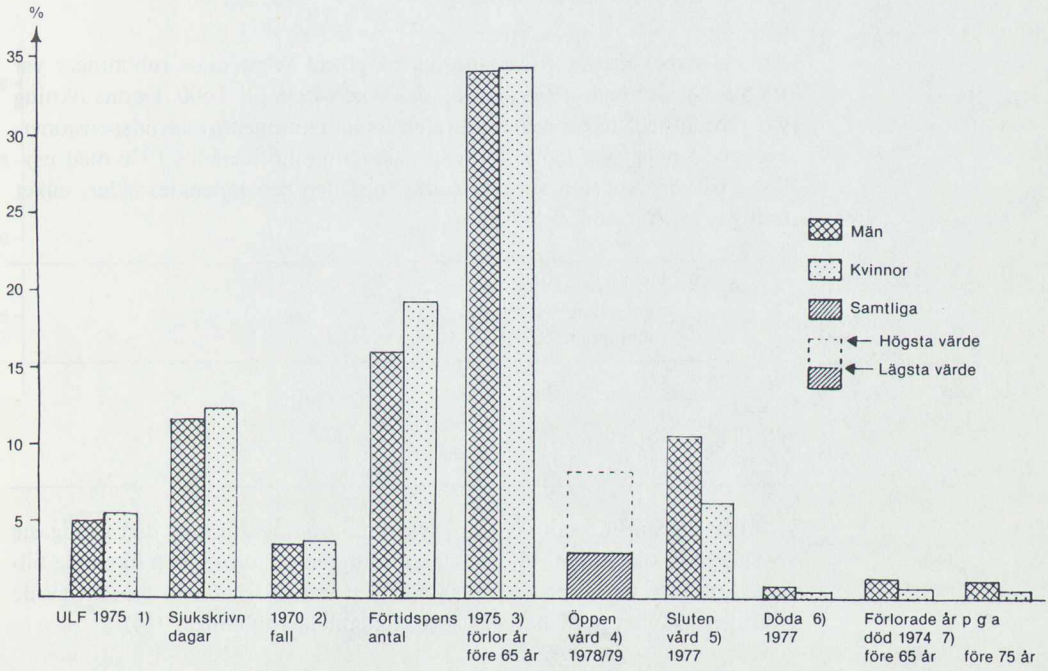
12.2 Sluten sjukvård

Totalt sett skrevs endast 0,74 personer per 1 000 invånare ut med denna diagnos 1977.

Sjukdomarna är minst förekommande i åldrarna 25–64 år och ökar därefter något med stigande ålder. Anemier är den vanligaste undergruppen av diagnoser i alla åldrar över 45 år.

13 Mentala rubbningar

13.1 Ohälsoprofil



1) Personer med långvarig sjukdom. SCB 1978
2) Riksförsäkringsverket 1974
3) Riksförsäkringsverket 1977
4) Tierp 1978, Diagnor/receptundersökningen 1978/79
5) 15 sjukvårdshuvudmän
6) Dödsorsaker. Sveriges officiella statistik
7) Liv och hälsa

Mentala rubbningar är en volymmässigt betydelsefull sjukdomsgrupp framför allt om man använder förtidspensionering som måttstock. Man får därvid ett större utslag, om man mäter i förlorade år, än om man mäter i antal pensionerade. Detta innebär, att relativt många förtidspensioneras i unga år. Även mätt i sjukskrivningsdagar och antal vårdade i sluten vård är mentala rubbningar en relativt stor sjukdomsgrupp.

Enligt Gunnar Inghe (13) är vissa psykiska sjukdomar – framför allt schizofreni – vanligare i lägre socialskikt. Beträffande neuroser föreligger inget entydigt fördelningsmönster. I ett flertal utländska studier har man dock

kunnat iaktta, att "utbredningen av neuroser minskade med stigande inkomst och steg åter i den högsta inkomstgruppen".

Inghe sammanfattar:

"Det kan därför sägas, att hittills företagna undersökningar om sambandet mellan psykisk sjukdom och social nivå delvis är motstridiga. Detta gäller särskilt utbredningen av psykiska insufficienstillstånd som i vissa undersökningar befunnits vanligare i högre, i andra däremot i lägre socialskikt, medan somliga inte visat någon nämnvärd variation i detta hänseende. Utbredningen av mano-depressiv psykos tycks, enligt något så när samstämmiga uppgifter, inte variera nämnvärt. De flesta undersökningar synes visa, att schizofreni är överrepresenterat i de lägre sociala skikten".

13.2 Förtidspensionering

Antalet nybeviljade förtidspensioner på grund av mentala rubbningar var 1966 5 200 och hade 1975 ökat till 7 300 och 1976 till 7 500. Denna ökning var procentuellt något mindre än den totala ökningen av förtidspensioneringarna. Knappt var femte förtidspensionering motiverades 1976 med psykiska besvär. Andelen varierar starkt med den pensionerades ålder, vilket framgår av följande redovisning.

Ålder, år	Förtidspensioneringar motiverade av mentala rubbningar, %
16–29	65
30–44	45
45–59	18
60–64	8

I den yngsta åldersgruppen är psykisk utvecklingsstörning den vanligaste psykiatriska diagnosen. I högre åldrar dominerar neuroser och liknande tillstånd, medan psykoser i samtliga åldrar svarar för ca 20–30 procent av de förtidspensioner, som beviljas p. g. a. mentala rubbningar (14).

13.3 Sluten sjukvård

Totalt vårdades inom undersökningsområdet 10 av 1 000 invånare i sluten vård för mentala rubbningar.

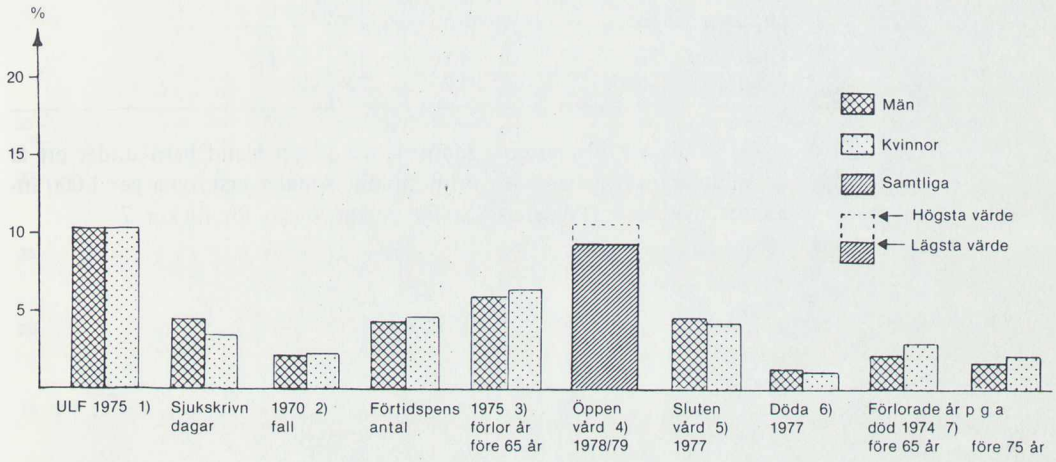
Sjukdomsgruppen är en vanligare utskrivningsdiagnos bland män än bland kvinnor. Totalt noterade männen 12 och kvinnorna 8,2 utskrivna per 1 000 invånare 1977.

Den manliga överrepresentationen hänför sig framför allt till åldrarna 25–64 år. För denna åldersgrupp uppgick antalet utskrivna män till 18 per 1 000 invånare mot 10 per 1 000 för kvinnor.

I de allra högsta åldrarna är mentala rubbningar vanligare bland kvinnor än bland män. Allra vanligast är de bland kvinnor över 84 år. För denna grupp är frekvensen 21 per 1 000 invånare.

14 Nervsystemets och sinnesorganens sjukdomar

14.1 Ohälsoprofil



1) Personer med långvarig sjukdom. SCB 1978
2) Riksförsäkringsverket 1974
3) Riksförsäkringsverket 1977
4) Tierp 1978, Diagnos/receptundersökningen 1978/79
5) 15 sjukvårdshuvudmän
6) Dödsorsaker. Sveriges officiella statistik
7) Liv och hälsa

ULF-studien och undersökningarna från den öppna sjukvården är de indikatorer som ger de högsta värdena för nervsystemets och sinnesorganens sjukdomar.

14.2 SCB:S levnadsnivåundersökningar (ULF)

Enligt ULF 1975 lider 66 av 1 000 personer i åldrarna 16–74 år av långvariga sjukdomar i nervsystemet och sinnesorganen. För kvinnor är andelen tio procent högre och för män är den tio procent lägre. Av de 66 har knappt 20 uppgivit någon ögonsjukdom och nästan lika många någon öronsjukdom. I åldrarna under 45 år är sjukdomsgruppen den näst vanligaste. I de högre åldrarna ökar visserligen förekomsten men inte lika snabbt som cirkulationsorganens och rörelseorganens sjukdomar.

14.3 Sluten sjukvård

Nervsystemets och sinnesorganens sjukdomar är vanligast i åldrarna 0 år och över 65 år. Allra vanligast är dessa sjukdomar i åldersgruppen 75–84 år (19 vårdade per 1 000 invånare 1977). Utslaget över samtliga åldersgrupper uppgick antalet vårdade till 5,6 per 1 000 invånare – lika för män och kvinnor.

I åldrarna över 65 år är grå och grön starr vanliga diagnoser. Tabell 14.1 visar antal vårdade per 1 000 invånare med dessa diagnoser.

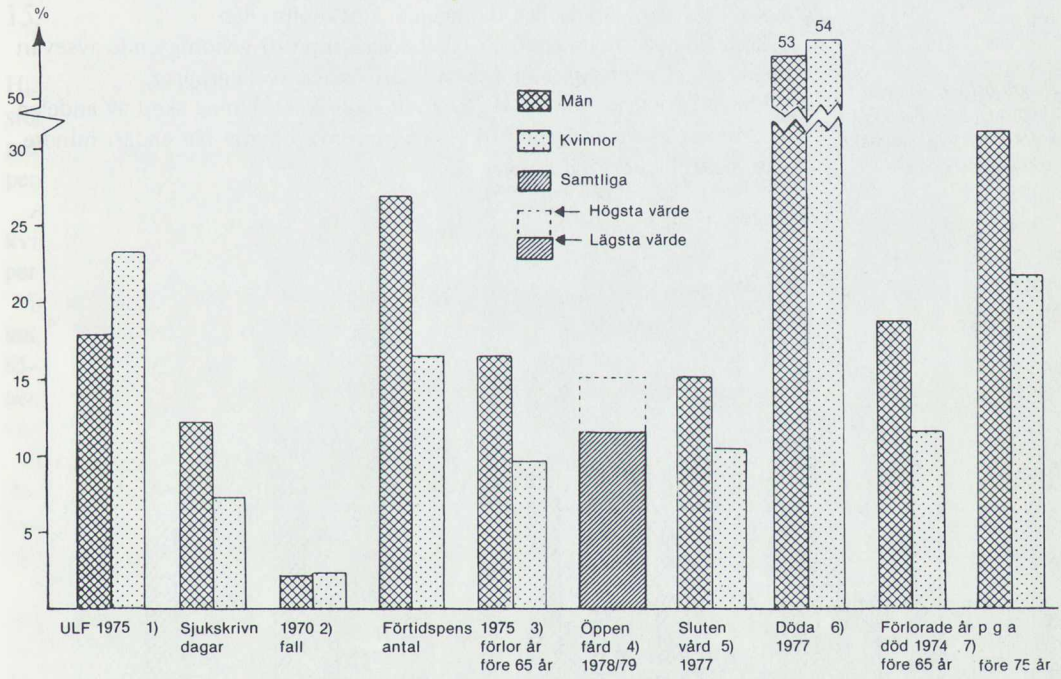
Tabell 14.1 Antal utskrivna med grå eller grön starr som huvuddiagnos per 1 000 män respektive kvinnor i vissa åldersgrupper i 15 sjukvårdsområden 1977

	65–74 år	75–84 år	85– år
Grå starr män	2,1	6,2	6,8
Grå starr kvinnor	2,6	6,5	7,5
Grön starr män	2,7	4,1	3,4
Grön starr kvinnor	2,9	4,2	2,9

De vanligaste diagnoserna inom denna grupp bland barn under ett år är inflamation i melianörat och mastoidit. Antalet utskrivna per 1 000 invånare med denna diagnos var för pojkar 9 och för flickor 7.

15 Cirkulationsorganens sjukdomar

15.1 Ohälsoprofil



1) Personer med långvarig sjukdom. SCB 1978
2) Riksförsäkringsverket 1974
3) Riksförsäkringsverket 1977
4) Tierp 1978, Diagnos/receptundersökningen 1978/79
5) 15 sjukvårdshuvudmän
6) Dödsorsaker. Sveriges officiella statistik
7) Liv och hälsa

Av diagrammet ovan framgår att hjärt- och kärlsjukdomarna är en dominerande sjukdomsgrupp i stort sett oavsett hur man mäter. Endast om man ser till antalet sjukskrivningsfall, är andelen cirkulationssjukdomar relativt liten.

Mest dominerar sjukdomsgruppen med avseende på antal döda. Cirkulationsorganens sjukdomar blir mindre dominerande, om man mäter i förlorade år på grund av död än i dödlighet oavsett ålder. Detta återspeglar, att cirkulationsorganens sjukdomar är en mycket vanlig dödsorsak i åldern

över 65 år. Även förtidspensioneringar p. g. a hjärt- och kärlsjukdomar sker i jämförelse med andra pensioneringsorsaker vid en relativt hög ålder.

Ett annat mått, som inte redovisas i denna rapport, är antalet vårddagar i sluten vård. Mätt med det måttet är cirkulationsorganens sjukdomars andel omkring dubbelt så stor som med det här använda måttet från sluten vård.

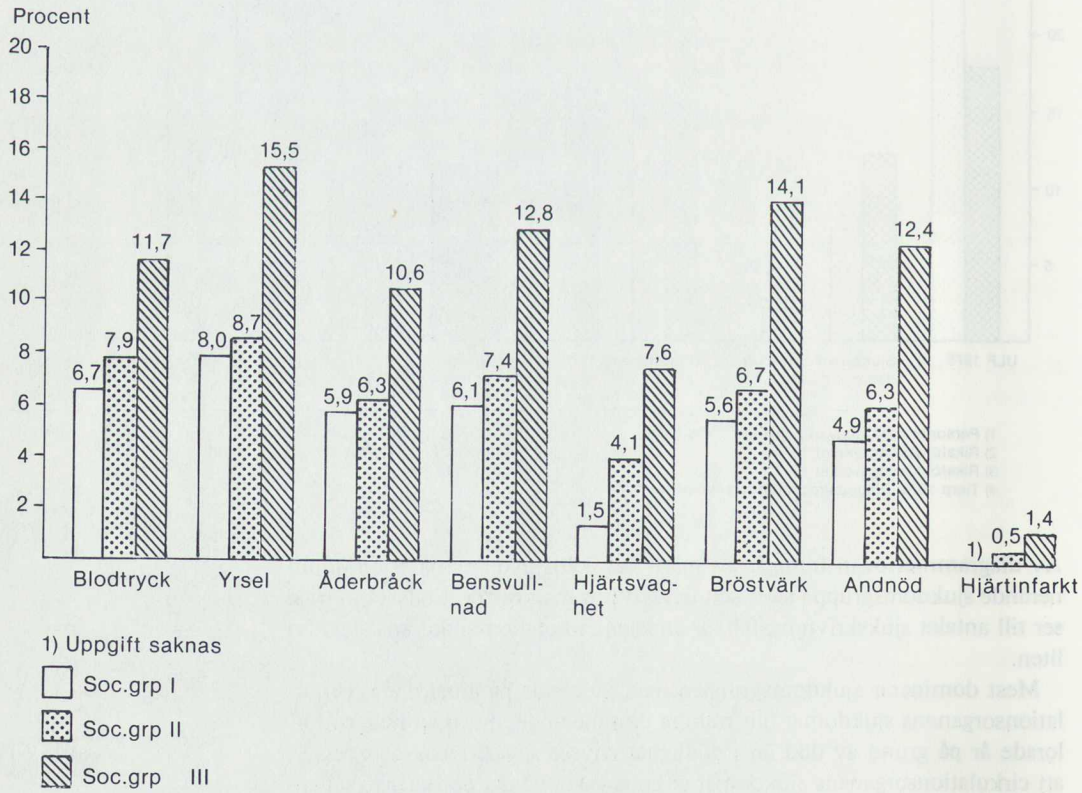
15.2 SOFI:s levnadsnivåundersökning

På basis av Institutets för Social Forskning (SOFI) levnadsnivåundersökning 1974 (15) har Stockholms läns landstings regionplanekontor studerat frekvensen av olika cirkulationsbesvär i olika socialgrupper i Stockholms län. De intervjuade personerna har fått uppge, om de under de senaste 12 månaderna haft cirkulationsbesvär. Nedan redovisas några resultat. Siffrorna avser hela den vuxna befolkningen i Stockholms län.

Som framgår av diagram 15.1 har socialgrupp III genomgående avsevärt högre andel med cirkulationsbesvär än övriga socialgrupper.

Under perioden 1968 till 1974 har en signifikant ökning skett av andelen med bröstvärk i socialgrupp III (+ 4,8 procent). I övrigt har endast mindre, icke signifikanta förändringar skett.

Diagram 15.1 Andelar i olika socialgrupper 1974 i Stockholms län med olika cirkulationsbesvär.



15.3 SCB:s levnadsnivåundersökning (ULF)

Enligt ULF-undersökningarna för åren 1975 och 1976 led 115 personer per 1 000 av cirkulationssjukdomar. För år 1975, då även en redovisning efter ålder och kön gjorts, var motsvarande siffra 134 per 1 000. Bland kvinnorna var andelen 164 per 1 000 och bland männen 105 per 1 000.

Den andel, som vid intervjuerna 1975, uppgav sig lida av hjärt- och kärlsjukdomar, ökar med stigande ålder, från 40 och därunder per 1 000 invånare i åldrarna under 45 år till drygt 100 i åldern 45–54 år, 270 i åldern 55–64 år och över 450 per 1 000 invånare i åldern 65–74 år.

Av dem som svarat, att de lider av någon sjukdom i cirkulationsorganen, har omkring hälften uppgett, att de har högt blodtryck.

15.4 Sluten sjukvård

Hjärt- och kärlsjukdomar är den grupp av diagnoser som svarar för det största antalet vårdade. Om de 15 undersökta sjukvårdsområdena är representativa för hela Sverige, vårdades i sluten sjukvård 1977, cirka 130 000 personer för sjukdomar i cirkulationsorganen.

Antal vårdade män var 18 per 1 000 invånare. Motsvarande siffra för kvinnor var 14 per 1 000, och för män och kvinnor tillsammantagna 16 per 1 000.

Inom åldrarna under 25 år förekommer hjärt- och kärlsjukdomarna i mycket låg frekvens. Fr. o. m. åldersgruppen 45–64 år för män samt i gruppen 65–74 år för kvinnor utgör dessa sjukdomar den vanligaste sjukdomsgruppen. I de allra högsta åldersklasserna hade en tredjedel av de utskrivna vårdats för någon cirkulationssjukdom.

Andelen långvarigt sjuka med cirkulationssjukdomar ökar liksom andelen döda i cirkulationssjukdomar också mycket starkt med stigande ålder. Som framgår av diagram 7.2 ligger dock ULF-kurvans stigning åldersmässigt tidigare och dödsorsakskurvans senare än slutenvårdskurvans.

De tre vanligaste diagnoserna bland cirkulationssjukdomarna är akut hjärtinfarkt, andra ischemiska hjärtsjukdomar och cerebrovaskulära sjukdomar. Akut hjärtinfarkt är vanligast bland män i åldrarna 45–74 år. För män äldre än 75 år och för kvinnor i alla åldrar är cerebrovaskulära sjukdomar vanligare (tabell 15.1).

Tabell 15.1 Antal utskrivna per 1 000 män respektive kvinnor för de vanligaste hjärt- och kärlsjukdomarna i 15 sjukvårdsområden

	45–64 år	65–74 år	75–84 år	85– år
Akut infarkt män	6	14	19	19
Akut infarkt kvinnor	1	6	11	13
Annan ischemisk sjukdom män	4	10	18	34
Annan ischemisk sjukdom kvinnor	1	4	13	27
Cerebrovaskulär sjukdom män	3	13	27	35
Cerebrovaskulär sjukdom kvinnor	2	8	22	35

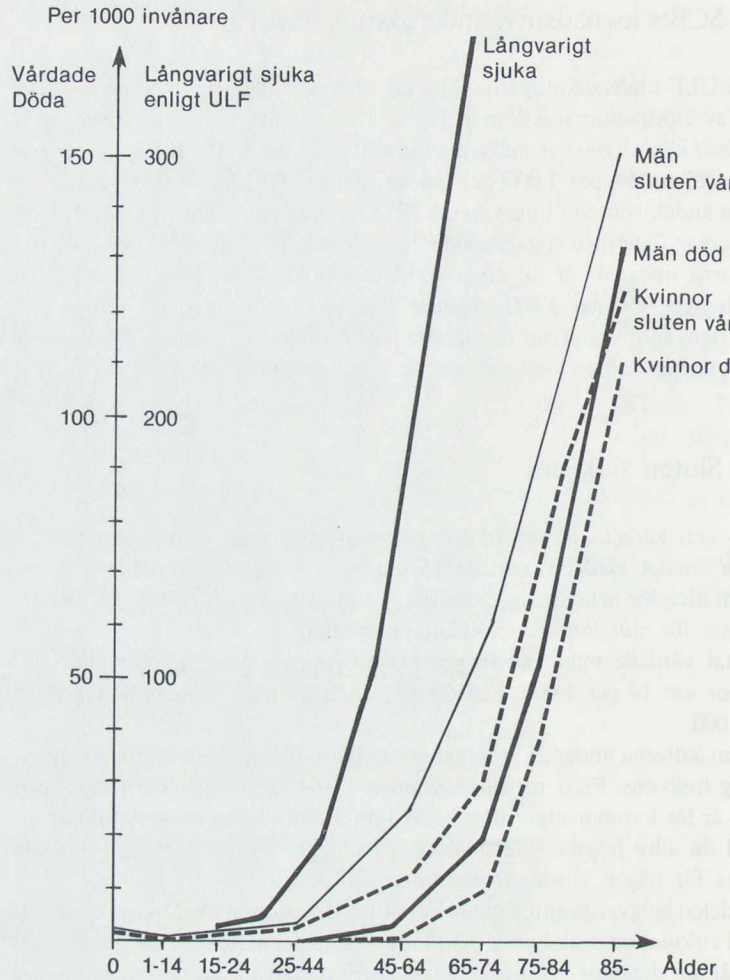


Diagram 15.2 Långvarigt sjuka 1975, utskrivna från sluten sjukvård och döda 1977 i cirkulationsorganens sjukdomar per 1 000 invånare.

Den enda större hjärt- och kärlsjukdom, som enligt statistiken från sluten vård drabbar kvinnor i en klart högre frekvens än männen, är varicer i nedre extremiterna. Relationen för denna diagnos är 1,4 vårdade per 1 000 för kvinnor mot 0,8 för män. Diagnosen är vanligast i åldern 45–64 år. Bland kvinnorna förekommer den oftare i denna åldersgrupp än cerebrovaskulära sjukdomar.

15.5 Dödlighet

Cirkulationsorganens sjukdomar är den vanligaste dödsorsaken bland män över 44 år och bland kvinnor över 64 år. För samtliga män är dödligheten 6,2 per 1 000 och för kvinnor är den 5,1 per 1 000.

Över hälften av alla dödsfall bland män över 60 år orsakas av någon hjärt- och kärlsjukdom. För kvinnor ligger motsvarande gräns cirka tio år

högre. I åldrarna över 90 år orsakas två dödsfall av tre av någon sådan sjukdom.

I avsnittet om tumörer presenterades några studier om dödlighet i olika socioekonomiska grupper och yrkesgrupper i övriga nordiska länder (sid 186). Nedan redovisas några resultat rörande dödligheten i hjärt- och kärlsjukdomar från dessa studier.

I *Finland* var dödligheten i cirkulationsorganens sjukdomar 1969–71, som framgår av tabell 15.2, drygt 50 procent högre bland arbetare utan yrkesutbildning (klass 4) än bland "högre funktionärer", dvs. akademiker, högre tjänstemän och likställda (klass 1) (9).

Tabell 15.2 Dödlighet i cirkulationsorganens sjukdomar per 1 000 män respektive kvinnor i åldern 25–64 år efter socioekonomisk klass i Finland 1969–71

Klass	Män	Kvinnor
1	4,0	1,3
2	5,2	1,4
3	4,4	1,8
4	6,1	2,1
5	4,5	1,8

För perioden 1969–72 har dödligheten studerats bland 15–64-åringar för ischemiska hjärtsjukdomar och cerebrovaskulära sjukdomar. För män visar denna studie skillnader mellan socioekonomisk klass 1 och 4, som helt överensstämmer med resultaten för hela gruppen hjärt- och kärlsjukdomar. Bland kvinnor avviker resultatet för ischemiska hjärtsjukdomar något från det tidigare mönstret. Såväl arbetare med yrkesutbildning (klass 3) som jordbrukare (klass 5) har ett högre dödlighetsindex än arbetare som saknar yrkesutbildning. Se vidare tabell 15.3 (10).

Tabell 15.3 Åldersstandardiserat dödlighetsindex efter socioekonomisk klass bland 15–64-åringar i Finland 1969–72

		Klass				
		1	2	3	4	5
Ischemisk hjärtsjukdom	Män	84	110	91	125	90
	Kvinnor	82	100	110	100	108
Cerebrovaskulär sjukdom	Män	86	105	93	129	96
	Kvinnor	80	87	96	131	105

Enligt den *danska* studien är skillnaden mellan olika socioekonomiska grupper i dödlighet på grund av hjärt- och kärlsjukdomar större bland förvärvsarbetande kvinnor än män. Största dödlighetsindex bland förvärvsarbetande kvinnor återfinns hos icke yrkesutbildade arbetare (klass 5). Kvinnliga funktionärer (klass 3) har lägst index (tabell 15.4).

Den danska studien visar på en särskilt hög dödlighet i hjärt- och kärlsjukdomar hos manliga bagare, kypare, kockar och sjömän. Höga dödlighetsindex återfanns också hos kvinnor med annat transportarbete än sjötransporter, inom järn- och metallindustrin samt inom livsmedelsindustrin (11).

Tabell 15.4 Åldersstandardiserat dödlighetsindex för cirkulationsorganens sjukdomar efter socioekonomisk klass bland 20–64 åringar i Danmark 1970–75

Klass	Män	Kvinnor
1	94	118
2	–	96
3	104	77
4	106	–
5	101	123
Samtliga förvärvsarbetande	100	100
Icke förvärvsarbetande	279	202

I *Norge* uppvisar lägre tjänstemän m. fl. (klass B) högst dödlighetsindex för cirkulationsorganens sjukdomar bland män. Bland kvinnor har arbetare utan yrkesutbildning (klass D) högst index. Lägst index har bland män jordbrukare m. fl. (klass E) och bland kvinnor akademiker, högre tjänstemän m. fl. (klass A) (tabell 15.5).

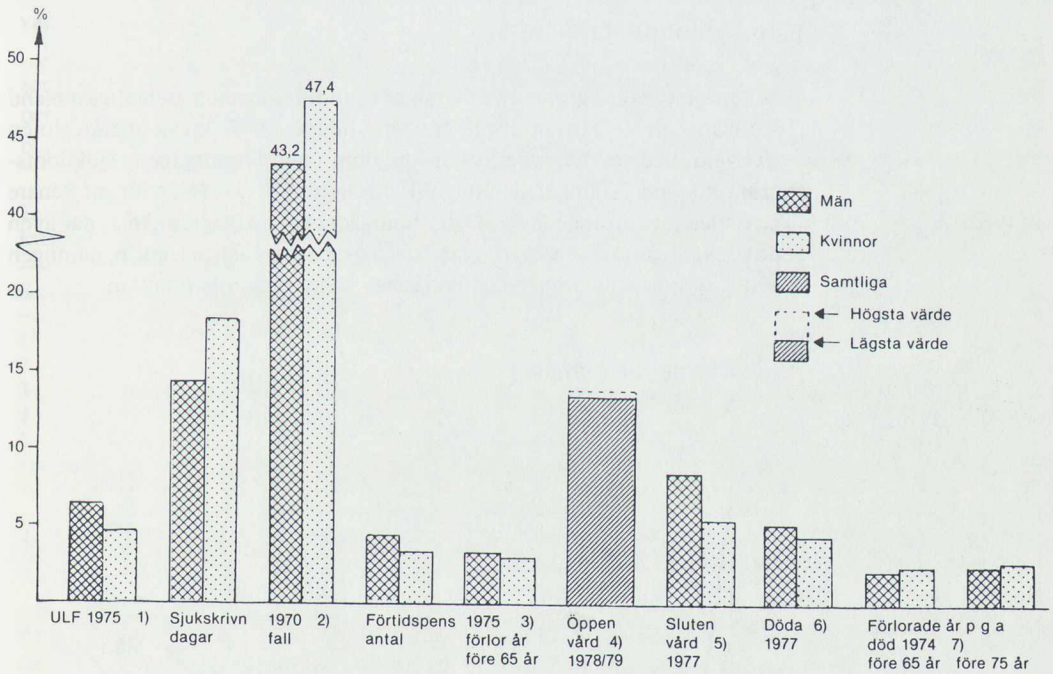
Tabell 15.5 Åldersstandardiserat dödlighetsindex för cirkulationsorganens sjukdomar efter socioekonomisk tillhörighet i åldern 20–69 år i Norge 1970–73

Klass	Män	Kvinnor
A	102	89
B	120	99
C	102	102
D	102	111
E	72	98

Bland norska män har följande yrkesgrupper högt dödlighetsindex i hjärt- och kärlsjukdomar: konstnärer och litterärt arbetande, handelsresande, grossister och detaljhandlare, anställda inom post- och telekommunikation, finmekanisk verksamhet o. dyl. samt hotell- och restauranganställda (12). (Se även bilaga 4.)

16 Andningsorganens sjukdomar

16.1 Ohälsoprofil



1) Personer med långvarig sjukdom. SCB 1978
2) Riksförsäkringsverket 1974
3) Riksförsäkringsverket 1977
4) Tierp 1978, Diagnos/receptundersökningen 1978/79
5) 15 sjukvårdshuvudmän
6) Dödsorsaker. Sveriges officiella statistik
7) Liv och hälsa

Andningsorganens sjukdomar är en dominerande sjukskrivningsorsak om man ser till antalet sjukskrivningsfall.

Andningsorganens sjukdomar är också en vanlig orsak till besök i öppen sjukvård.

Av relationen mellan staplarna för antal döda och förlorade år genom dödsfall framgår att andningsorganens sjukdomar som dödsorsak framför allt förekommer i de högre åldrarna.

16.2 Sjukskrivning

Andningsorganens sjukdomar – främst förkylning – utgör den helt dominerade orsaken för sjukskrivning.

42 procent av männens och 47 procent av kvinnornas sjukskrivningar orsakades 1970 av sjukdomar i andningsorganen. De svarade samtidigt för 14 procent av männens och 18 procent av kvinnornas samtliga sjukfrånvarodagar. Sjukdomar i andningsorganen orsakar alltså många sjukskrivningar, men antalet sjukdagar är ändå relativt litet.

Om man istället för att slå samman samtliga sjukskrivningsfall endast betraktar sjukskrivningar, som varat mer än sex dagar, är andningsorganens sjukdomar fortfarande den vanligaste orsaken. Muskel- och skelettsjukdomarna är dock nästan lika vanliga, särskilt hos män.

16.3 Sluten sjukvård

Sluten sjukvård på grund av sjukdomar i andningsorganen är vanligast bland spädbarn. Av de barn under 15 år, som under år 1977 skrevs ut från sluten sjukvård, hade en femtedel någon sjukdom i andningsorganen. Sjukdomsgruppens andel sjunker därefter till åldersgruppen 25–44 år för att senare åter stiga med ökande ålder. Detta framgår också av diagram 16.1, där även de två vanligaste diagnoserna bland de yngsta och de äldsta lagts in, nämligen akuta luftvägsinfektioner och influensa samt lunginflammation.

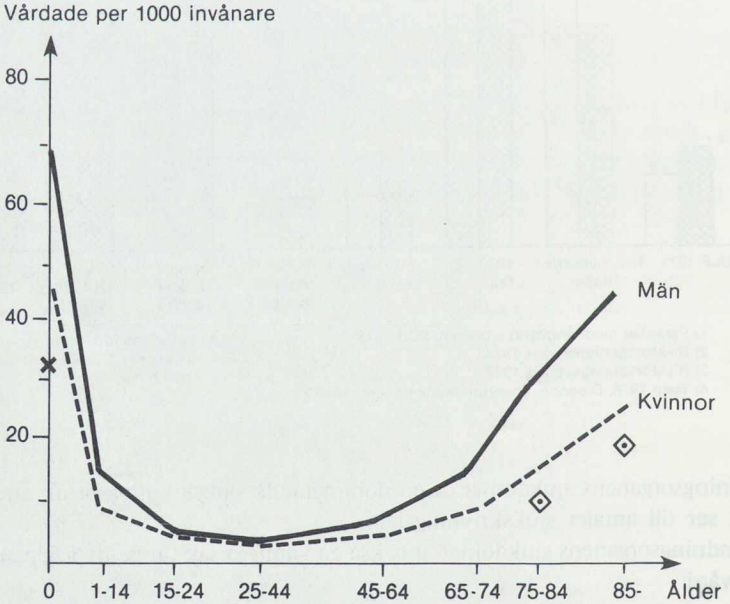


Diagram 16.1 Vårdade per 1 000 invånare i andningsorganens sjukdomar i 15 sjukvårdsområden 1977.

Den tredje stora diagnosgruppen bland andningsorganens sjukdomar omfattar bronkit, emfysem och astma. Denna grupp uppvisar en betydligt jämnare fördelning över olika åldersklasser, än vad de övriga två gör.

Av diagram 16.1 framgår även, att relativt fler män än kvinnor vårdas på grund av sjukdomar i andningsorganen. Totala antalet utskrivna per 1 000 invånare var för män 10 för kvinnor 7,3 samt för män och kvinnor tillsammans 8,8.

16.4 Dödlighet

Andningsorganens sjukdomar är landets fjärde dödsorsak i storleksordning. 1977 dog 0,62 män och 0,45 kvinnor per 1 000 invånare av denna anledning. I åldrarna över 75 år är endast cirkulationsorganens sjukdomar och tumörer vanligare som dödsorsak.

Dödligheten i andningsorganens sjukdomar var enligt den tidigare presenterade finska studien (se sid 186), som framgår av tabell 16.1 både män och kvinnor högst bland arbetare utan yrkesutbildning (klass 4) och lägst bland akademiker, högre tjänstemän m. fl. (klass 1) (9).

Tabell 16.1 Dödligheten i andningsorganens sjukdomar per 1 000 män respektive kvinnor efter socioekonomisk klass bland 25–64-åringar i Finland 1969–71

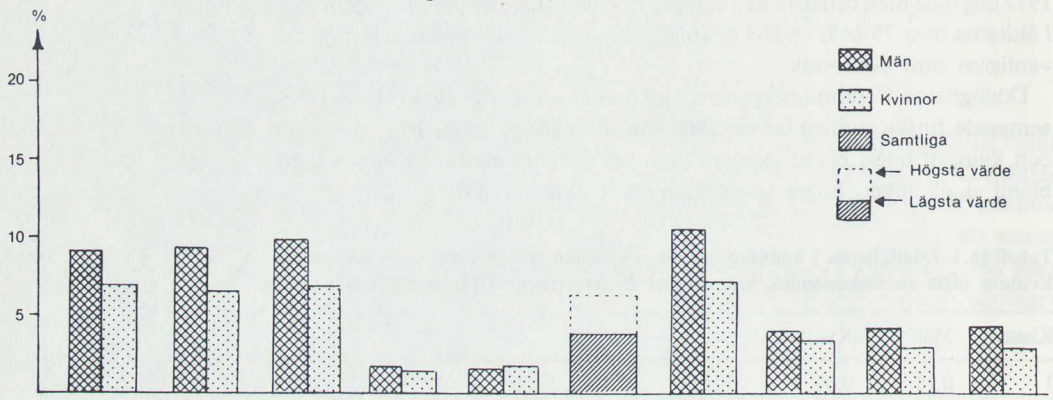
Klass	Män	Kvinnor
1	0,18	0,09
2	0,31	0,10
3	0,47	0,14
4	0,99	0,26
5	0,44	0,19

Enligt den *danska* studien var dödligheten i andningsorganens sjukdomar bland män högst för arbetare och särskilt arbetare utan yrkesutbildning. Tjänstemän och egna företagare hade den lägsta dödligheten (11).

I *Norge* har jämförelse mellan olika socioekonomiska grupper vad gäller dödlighet i andningsorganens sjukdomar endast kunnat göras för män. Även där var dödligheten högst bland icke yrkesutbildade arbetare (index = 141) medan den var lägst bland akademiker, högre tjänstemän m. fl. (index = 62) och bland jordbrukare (index = 72) (12). (Se även bilaga 4.)

17 Matsmältningsorganens sjukdomar

17.1 Ohälsoprofil



1) Personer med långvarig sjukdom. SCB 1978
2) Riksförsäkringsverket 1974
3) Riksförsäkringsverket 1977
4) Tierp 1978, Diagnos/receptundersökningen 1978/79
5) 15 sjukvårdshuvudmän
6) Dödsorsaker. Sveriges officiella statistik
7) Liv och hälsa

De indikatorer, som gör de största utslagen för matsmältningsorganens sjukdomar, är sluten sjukvård och sjukskrivningar samt ULF-undersökningarna.

För flertalet indikatorer noteras högre värden för män än för kvinnor.

17.2 SCB:s levnadsnivåundersökning (ULF)

Omkring 50 per 1 000 intervjuade personer har uppgett sig ha någon långvarig sjukdom i matsmältningsorganen. Ökningen från 25 per 1 000 i åldern 16–24 år till 91 per 1 000 i åldern 65–74 år är relativt jämn. Största ökningen sker mellan åldrarna 45–54 och 55–64 år.

17.3 Sjukskrivning

1970 var sjukdomar i matsmältningsorganen den fjärde sjukskrivningsorsaken i storleksordning för män och den tredje för kvinnor.

17.4 Sluten sjukvård

11 personer per 1 000 invånare skrevs ut med diagnos bland matsmältningsorganens sjukdomar 1977. För män var motsvarande tal 12 och för kvinnor 9,5. Männen uppvisar högre värden i samtliga åldrar.

Vanligast är sjukdomsgruppen bland män i åldern 85 år och däröver – 32 per 1 000 invånare. Fler än 20 vårdade per 1 000 invånare noteras för både män och kvinnor i åldrarna från 75 år samt dessutom för män i åldrarna 65–74 år och 0 år.

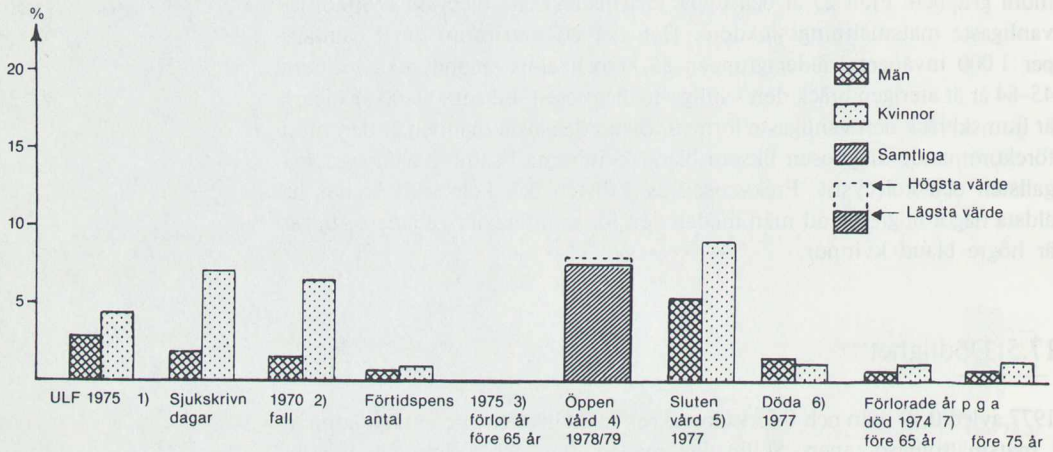
Bland barn under ett år är bråck och intestinal obstruktion utan uppgift om bråck den vanligaste diagnosen i den aktuella sjukdomsgruppen. Frekvensen 1977 var 16 per 1 000 pojkar och 5 per 1 000 flickor. I åldrarna 1–24 år för kvinnor och 1–44 för män är appendicit den vanligaste diagnosen inom gruppen. Från 25 år och uppåt är gallsten och kolecystit kvinnornas vanligaste matsmältningssjukdom. Den når ett maximum om 8 vårdade per 1 000 invånare i åldersgruppen 85 år och äldre. Bland män i åldern 45–84 år är återigen bråck den vanligaste diagnosen. Liksom bland spädbarn är ljumskbråck den vanligaste formen. Bland de äldsta männen är den mest förekommande diagnosen liksom bland kvinnorna i samma åldersgrupper gallsten och kolecystit. Frekvensen av gallsten och kolecystit är hos de äldsta något högre bland män medan den för samtliga övriga åldersgrupper är högre bland kvinnor.

17.5 Dödlighet

1977 avled 0,49 män och 0,35 kvinnor per 1 000 invånare genom sjukdomar i matsmältningsorganen. Skillnaden mellan män och kvinnor är relativt sett störst i åldrarna 25–74 år, där dödligheten för denna sjukdomsgrupp är dubbelt så hög bland män som bland kvinnor.

18 Uro-genitalorganens sjukdomar

18.1 Ohälsoprofil



1) Personer med långvarig sjukdom. SCB 1978
2) Riksförsäkringsverket 1974
3) Riksförsäkringsverket 1977
4) Tierp 1978, Diagnos/receptundersökningen 1978/79
5) 15 sjukvårdshuvudmän
6) Dödsorsaker. Sveriges officiella statistik
7) Liv och hälsa

Uro-genitalorganens sjukdomar är en vanlig sjukdomsgrupp framför allt inom öppen och sluten sjukvård samt som orsak till sjukskrivningar. Som sjukskrivningsorsak är sjukdomsgruppen betydligt vanligare bland kvinnor än bland män.

18.2 Sluten sjukvård

Uro-genitalorganens sjukdomar kan delas upp i tre undergrupper varav en endast drabbar män och en annan endast kvinnor. En jämförelse mellan kvinnor och män är därför meningsfull endast för sjukdomar i urinorganen.

Sjukdomar i urinorganen

Dessa sjukdomar är något vanligare bland män än bland kvinnor. Framför allt gäller detta stensjukdomar i urinvägarna med 1,2 utskrivna män per

1 000 mot 0,5 kvinnor 1977 samt nefrit och nefros. Den resterande diagnosgruppen, inom vilken bl. a. njurinfektion och cystit redovisas, visar i åldrarna 1–64 år en något högre frekvens bland kvinnor än bland män.

Sjukdomar i urinorganen är vanligast hos spädbarn och i åldrarna över 65 år. Relativa antalet vårdade i några åldersgrupper framgår av tabell 18.1.

Tabell 18.1 Vårdade för sjukdomar i urinorganen per 1 000 män respektive kvinnor i några åldersgrupper i 15 sjukvårdsområden 1977

	0 år	65–74 år	75–84 år	85– år	Totalt
Män	8,4	5,6	9,3	14	2,9
Kvinnor	5,2	3,8	6,1	8,6	2,6

Sjukdomar i manliga genitalia

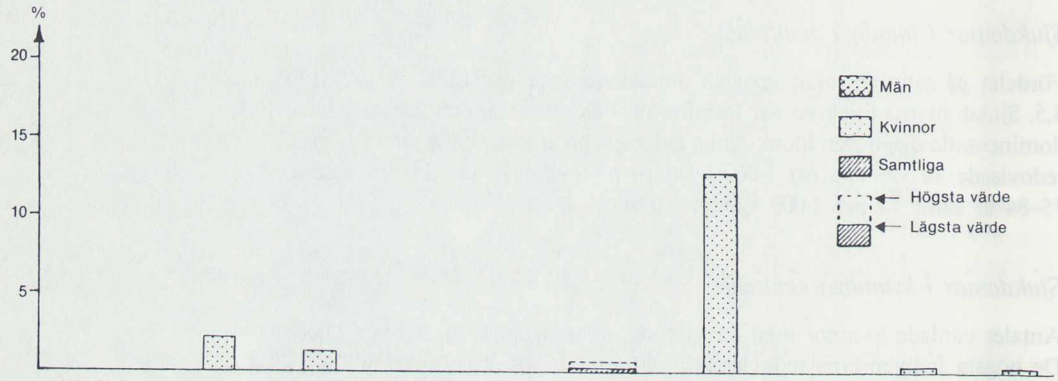
Fördelat på samtliga män uppgick antalet vårdade per 1 000 år 1977 till 3,5. Sjukdomarna förekommer framför allt i åldern 65 år och däröver. Den dominerande diagnosen inom denna åldersgrupp är prostatahyperplasi, som redovisade 10 vårdade per 1 000 i åldern 65–74 år, 16 per 1 000 i åldern 75–84 år samt 14 per 1 000 i åldern från 85 år.

Sjukdomar i kvinnliga genitalia

Antalet vårdade kvinnor med dessa sjukdomar uppgick till 9,3 per 1 000. De högsta frekvenserna redovisas för åldrarna 15–64 år – omkring 13 utskrivna per 1 000 invånare. Den vanligaste diagnosen är salpingit och ooforit, som framför allt förekommer i åldern 15–24 år.

19 Komplikationer vid graviditet, förlossning och under barnsängstiden

19.1 Ohälsoprofil



1) Personer med långvarig sjukdom. SCB 1978
2) Riksförsäkringsverket 1974
3) Riksförsäkringsverket 1977
4) Tierp 1978, Diagnos/receptundersökningen 1978/79
5) 15 sjukvårdshuvudmän
6) Dödsorsaker. Sveriges officiella statistik
7) Liv och hälsa

Komplikationer i samband med graviditet är av kvantitativ betydelse i stort sett endast inom den slutna vården.

19.2 Sluten sjukvård

Som en diagnos under kapitlet komplikationer vid graviditet, förlossning och under barnsängstiden förekommer "förlossning utan uppgift om komplikation". Kvinnor som skrivits ut med denna diagnos ingår inte i de här presenterade resultaten. (För de sjukvårdsområden som omfattas av studien uppgick antalet utskrivna med "normal" förlossning till totalt 15 per 1 000 kvinnor eller fördelat endast på åldrarna 15–44 år till 37 per 1 000.)

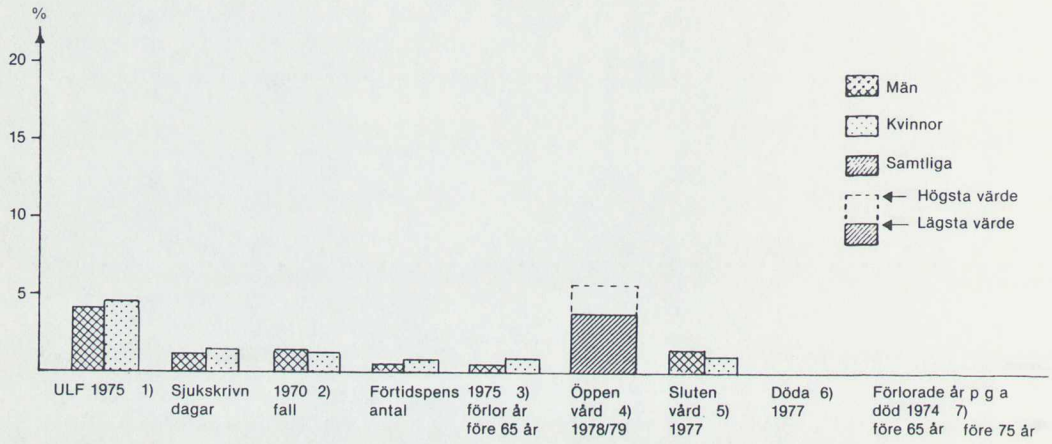
Bortsett från de normala förlossningarna uppgick antalet utskrivna kvinnor till 17 per 1 000 år 1977, vilket innebär att det är den vanligaste diagnosgruppen bland kvinnor. Nära hälften eller 8 per 1 000 hade diagnosen förlossning med komplikation. Antalet kvinnor som vårdats för abort uppgick

till 4,5 per 1 000 varav 2 per 1 000 hade diagnosen legal abort. Med graviditetskomplikationer som diagnos vårdades 4 kvinnor per 1 000.

Nästan samtliga kvinnor som vårdats för någon orsak, som faller inom gruppen var i åldern 15–44 år. Per 1 000 kvinnor var antalet vårdade i åldern 15–24 år 49 och i åldern 25–44 år 40.

20 Hudens och underhudens sjukdomar

20.1 Ohälsoprofil



1) Personer med långvarig sjukdom. SCB 1978
2) Riksförsäkringsverket 1974
3) Riksförsäkringsverket 1977
4) Tierp 1978, Diagnos/receptundersökningen 1978/79
5) 15 sjukvårdshuvudmän
6) Dödsorsaker. Sveriges officiella statistik
7) Liv och hälsa

Hudens och underhudens sjukdomar är en relativt liten sjukdomsgrupp mätt med samtliga presenterade måttstockar. Förekomsten är något högre enligt ULF-undersökningen och studierna från den öppna sjukvården än inom övriga studerade områden.

20.2 Sluten sjukvård

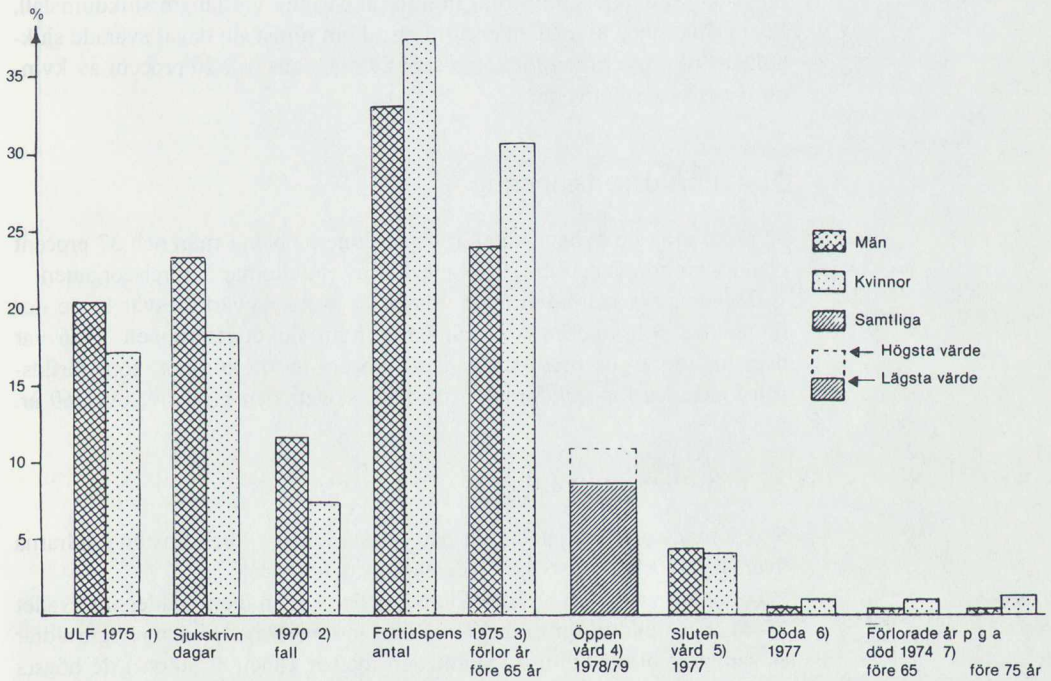
1977 behandlades i sluten sjukvård 1,8 av 1 000 invånare för hudsjukdomar.

Sjukdomsgruppen är vanligast bland barn under ett år. Frekvensen vårdade per 1 000 är 11 för pojkar och 7,8 för flickor. Detta är dubbelt så mycket som motsvarande tal för den åldersgrupp – 85 år och däröver – som redovisar de näst högsta siffrorna.

De vanligaste diagnoserna bland spädbarn är eksem och dermatit – 6,8 per 1 000 pojkar och 4,8 per 1 000 flickor – samt infektioner i hud och underhud – 3,0 per 1 000 pojkar och 2,1 per 1 000 flickor.

21 Sjukdomar i muskler, skelett och bindväv

21.1 Ohälsoprofil



1) Personer med långvarig sjukdom. SCB 1978
2) Riksförsäkringsverket 1974
3) Riksförsäkringsverket 1977
4) Tierp 1978, Diagnos/receptundersökningen 1978/79
5) 15 sjukvårdshuvudmän
6) Dödsorsaker. Sveriges officiella statistik
7) Liv och hälsa

Skelettets och rörelseorganens sjukdomar är enligt flera indikatorer av stor omfattning. Både om man mäter i antal förtidspensionerade och i antal sjukskrivningsdagar, är det vår största sjukdomsgrupp. Enligt ULF är det den näst största gruppen och inom den öppna vården en av de fem största.

21.2 SCB:s levnadsnivåundersökning (ULF)

Enligt 1975 års ULF har 120 intervjuade av 1 000 uppgett sig lida av någon långvarig sjukdom i skelett eller rörelseorgan. Andelen är lika stor bland män som bland kvinnor. I åldersgruppen 16–54 år är sjukdomsgruppen enligt intervjuerna den vanligaste av de 17 grupperna. Den högsta frekvensen 220 per 1 000 anges för åldrarna 45–54 år.

I ungefär vartannat fall har den angivna sjukdomen varit någon form av ryggvärksbesvär.

21.3 Sjukskrivning

Sjukdomar i muskler, skelett och bindväv var 1970 orsak till över 20 procent av samtliga sjukskrivningsdagar och nära tio procent av antalet sjukskrivningsfall. Sjukdomsgruppen är framför allt vanlig vid längre sjukdomsfall. Bland sjukdomsfall med en ersättningstid om minst sju dagar svarade sjukdomar i rörelseorganen för 25 procent av männens och 20 procent av kvinnornas sjukskrivningstid.

21.4 Förtidspensionering

32 procent av de nybeviljade förtidspensionerna bland män och 37 procent bland kvinnor var 1975/76 föranledda av sjukdomar i rörelseorganen.

Degenerativa ledförändringar, diskbråck och ryggvärksbesvär är de dominerande pensioneringsanledningarna inom sjukdomsgruppen. 1976 var över hälften av de män och nära 40 procent av de kvinnor, som förtidspensionerades för sjukdomar i muskler, skelett och bindväv, över 60 år.

21.5 Sluten sjukvård

Sjukdomar i rörelseorganen har den högsta relativa förekomsten i åldrarna över 45 år och främst då i åldersgruppen 65–84 år.

För åldrarna 0–14 år är skillnaderna mellan könen liten. I åldersintervallet 15–44 år är sjukdomsgruppen vanligast bland män, medan den i högre åldrar är vanligare bland kvinnor. Skillnaden mellan könen är störst i de högsta åldersgrupperna (tabell 21.1).

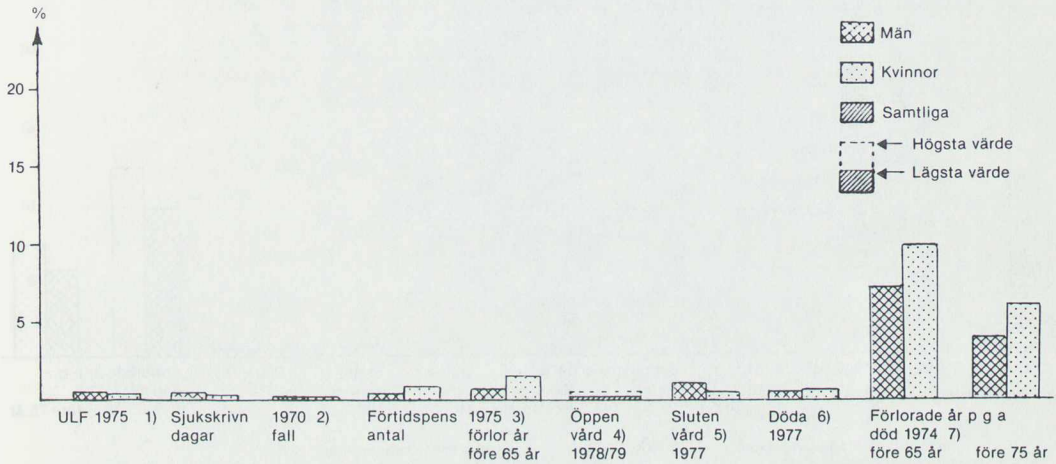
Tabell 21.1 Vårdade för sjukdomar i muskler, skelett och bindväv per 1 000 män respektive kvinnor i 15 sjukvårdsområden 1977

	45–64 år	65–74 år	74–84 år	85– år	Totalt
Män	7,7	8,3	8,9	6,4	5,3
Kvinnor	8,3	11,0	13,0	9,7	5,7

Osteoartros och liknande sjukdomar är gruppens mest förekommande diagnos – 1,2 vårdade per 1 000 kvinnor och 0,9 per 1 000 män 1977. För kvinnor noterades samma frekvens för diagnosen reumatoid artrit och liknande sjukdomar, medan den för män stannade vid 0,5 per 1 000.

22 Medfödda missbildningar

22.1 Ohälsoprofil



1) Personer med långvarig sjukdom. SCB 1978
2) Riksförsäkringsverket 1974
3) Riksförsäkringsverket 1977
4) Tierp 1978, Diagnos/receptundersökningen 1978/79
5) 15 sjukvårdshuvudmän
6) Dödsorsaker. Sveriges officiella statistik
7) Liv och hälsa

Medfödda missbildningar tillhör de mindre sjukdomsgrupperna. I diagrammet ovan är endast staplarna för antalet förlorade år på grund av död – och då främst före 65 års ålder – relativt höga. Detta förklaras av den relativt höga dödligheten bland spädbarn. 1977 dog 3,0 pojkar och 2,7 flickor per 1 000 under ett års ålder med medfödda missbildningar som dödsorsak. (Se även bilaga 2.)

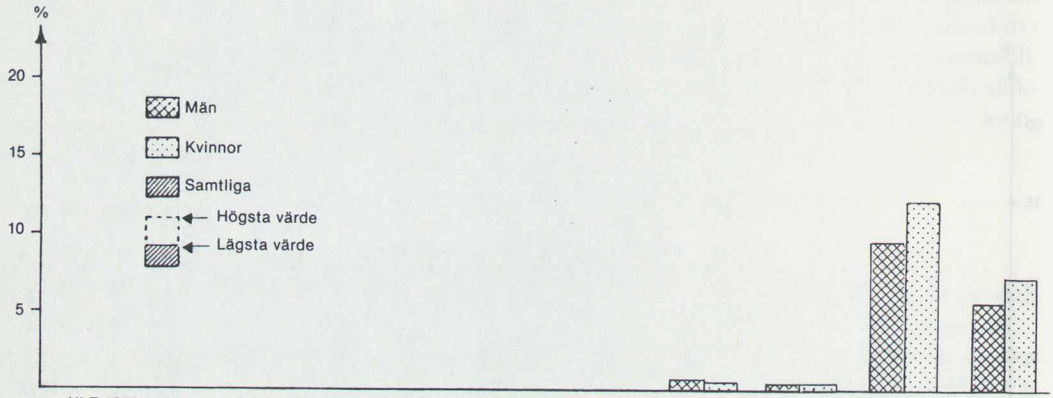
22.2 Sluten sjukvård

Två tredjedelar av dem, som vårdades för medfödda missbildningar 1977, var under 15 år. Frekvensen var bland barn under ett år 24 per 1 000 pojkar och 16 per 1 000 flickor och i åldersgruppen 1–14 år 5,2 per 1 000 pojkar och 2,4 per 1 000 flickor.

Totalt uppgick antalet utskrivna personer med medfödda missbildningar till 1,8 per 1 000 män, 1,1 per 1 000 kvinnor och 1,5 per 1 000 för båda könen tillsammans.

23 Vissa orsaker till perinatal sjuklighet och dödlighet

23.1 Ohälsoprofil



1) Personer med långvarig sjukdom. SCB 1978
2) Riksförsäkrinsverket 1974
3) Riksförsäkringsverket 1977
4) Tierp 1978, Diagnos/receptundersökningen 1978/79
5) 15 sjukvårdshuvudmän
6) Dödsorsaker. Sveriges officiella statistik
7) Liv och hälsa

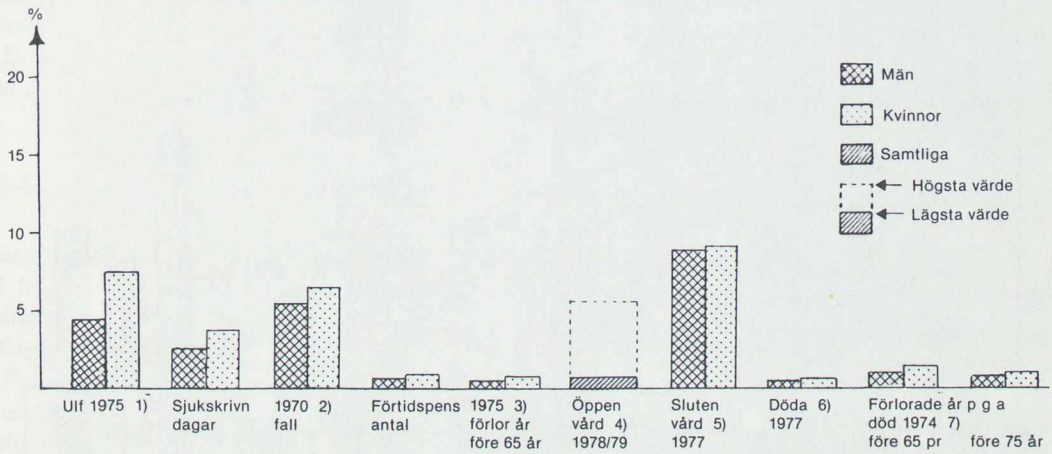
Ohälsoprofilen för "vissa orsaker till perinatal sjuklighet och död" liknar mycket den för medfödda missbildningar. I ovanstående diagram är endast staplarna för antalet förlorade år på grund av död relativt höga. 1977 dog 4,0 pojkar och 3,0 flickor per 1 000 under ett års ålder genom någon av de sjukdomar som räknas till gruppen "vissa orsaker till perinatal sjuklighet och dödlighet". (Se även bilaga 2.)

23.2 Sluten sjukvård

"Vissa orsaker till perinatal sjuklighet och dödlighet" förekommer av naturliga skäl endast bland spädbarn och är också inom denna åldersgrupp den vanligaste utskrivningsdiagnosen. Över 20 procent av de barn under ett års ålder som vårdades 1977 har noterats för en sådan diagnos. Frekvensen per 1 000 pojkar under ett års ålder uppgick till 70, medan den per 1 000 flickor stannade vid 59.

24 Symtom och ofullständigt preciserade fall

24.1 Ohälsoprofil



1) Personer med långvarig sjukdom. SCB 1978
2) Riksförsäkringsverket 1974
3) Riksförsäkringsverket 1977
4) Tierp 1978, Diagnos/receptundersökningen 1978/79
5) 15 sjukvårdshuvudmän
6) Dödsorsaker. Sveriges officiella statistik
7) Liv och hälsa

Symtom och ofullständig preciserade fall är i första hand vanliga inom sluten sjukvård.

24.2 Sluten sjukvård

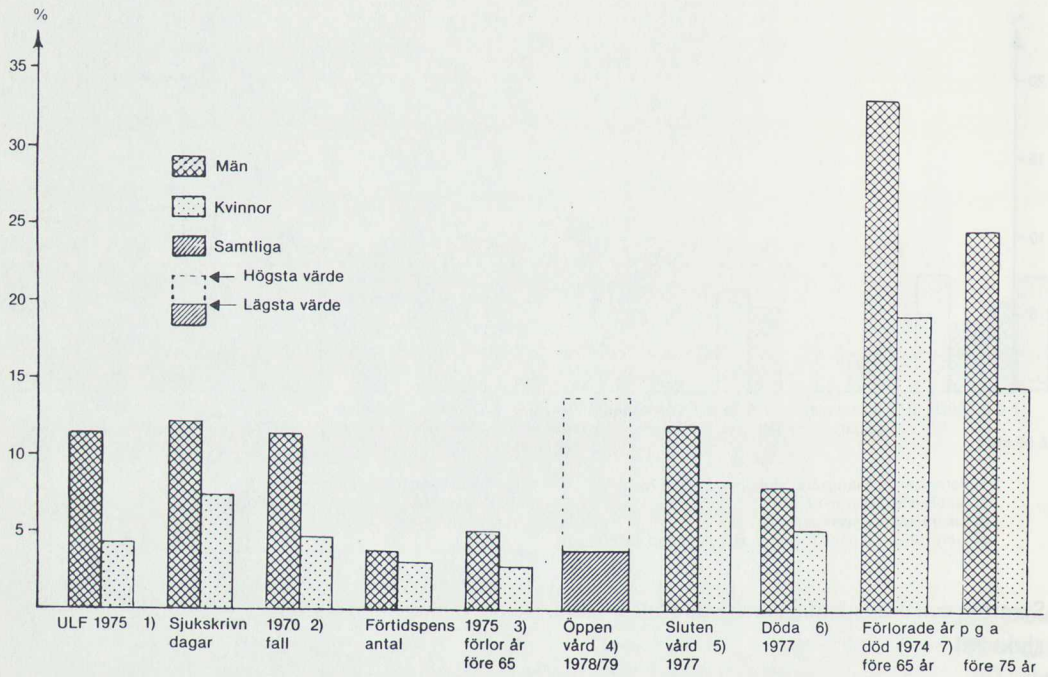
Totalt skrevs 11 män och 12 kvinnor per 1 000 ut 1977 med någon diagnos inom gruppen symtom och ofullständigt preciserade fall, dvs. nästan en på tio av samtliga vårdade. Den högre andelen kvinnor hänför sig endast till åldrarna 1–44 år. I samtliga övriga åldersgrupper redovisar männen högre siffror.

Symtom och ofullständigt preciserade fall är vanligast bland spädbarn – omkring 30 vårdade per 1 000 – och i åldersgruppen över 85 år – 44 vårdade per 1 000 män och 35 per 1 000 kvinnor.

En fjärdedel av männen och en tredjedel av kvinnorna med symtom eller ofullständigt preciserade fall hade diagnosen buksmärtor.

25 Skador genom yttre våld och förgiftning

25.1 Ohälsoprofil



1) Personer med långvarig sjukdom. SCB 1978
2) Riksförsäkringsverket 1974
3) Riksförsäkringsverket 1977
4) Tierp 1978, Diagnos/receptundersökningen 1978/79
5) 15 sjukvårdshuvudmän
6) Dödsorsaker. Sveriges officiella statistik
7) Liv och hälsa

Mätt med indikatorn förlorade år på grund av dödsfall före 65 års ålder, är skadorna bland män den till omfattningen största av de 17 huvudgrupperna i sjukdomsklassifikationen. Även enligt de flesta övriga indikatorerna är skador en av de större grupperna. Genomgående visar de på en överrepresentation för männen. Yttre orsaker till skador redovisas i bilaga 3.

25.2 SCB:s levnadsnivåundersökning (ULF)

Enligt ULF 1975 led 48 personer per 1 000 av långvariga besvär efter olycksfall. För män var motsvarande andel 67 per 1 000 och för kvinnor 29 per 1 000. Ökningen av förekomsten efter ökande ålder är relativt måttlig, från omkring 30 per 1 000 i åldern 16–44 år till omkring 90 i åldern 65–74 år.

25.3 Sjukskrivning

Skador genom yttre våld var 1970 för männen den i storleksordningen tredje största orsaksgruppen för sjukskrivning, uttryckt i antal sjukfall per 100 sjukförsäkrade. För kvinnor spelar denna sjukskrivningsorsak betydligt mindre roll. (12,6 resp. 5,3 sjukfall per 100 sjukpenningförsäkrade).

Skador genom yttre våld svarade för drygt tio procent av männens samtliga sjukpenningdagar.

25.4 Sluten sjukvård

Bland män vårdades 15 av 1 000 i sluten vård för skador medan motsvarande tal för kvinnor var 11 av 1 000. Andelen vårdade män var högre i alla åldrar under 65 år medan förhållandet var det motsatta från 75 år och uppåt. (Diagram 25.1.)

Frakturerna svarar för 40 procent av skadorna bland män och för 50 procent bland kvinnorna. Frakturerna som drabbar kvinnor är till 40 procent lårbensfrakturer mot mindre än 20 procent för männen. Bland kvinnor över 85 år var antalet vårdade med lårbensfraktur 37 per 1 000.

Bland män är skallfrakturer nästan lika vanliga som lårbensfrakturer. I åldrarna under 45 år är skallskadorna vanligare (gäller båda könen).

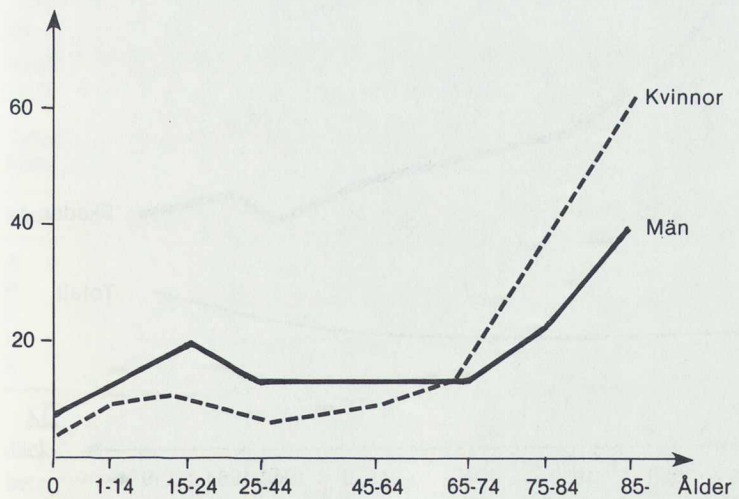


Diagram 25.1 Vårdade för skador per 1 000 män respektive kvinnor i 15 sjukvårdsområden 1977.

Bland män är hjärnskakning vanligare än både lårbensbrott och skallfrakturer. Detsamma gäller kvinnor under 45 år.

Andelarna män respektive kvinnor, som vårdas för förgiftning, är lika stora, cirka 2 per 1 000. Däremot registreras en skillnad vad avser typen av förgiftning. För kvinnorna rör det sig till drygt 80 procent om läkemedelsförgiftning att jämföras med knappt 60 procent för männen.

25.5 Dödlighet

Det relativa antalet döda genom olyckshändelse har i Sverige varit i stort sett konstant under perioden 1850–1975.

Män har totalt sett en högre dödlighet än kvinnor. Denna överdödlighet är särskilt framträdande för dödsorsaken skador genom yttre våld och förgiftning. Den har dock minskat betydligt under detta århundrade – i motsats till de övriga dominerande dödsorsakerna (diagram 25.2). Överdödligheten i skador är dock fortfarande betydligt högre än överdödligheten i andningsorganens sjukdomar, som har den näst högsta manliga överdödligheten av de större dödsorsakerna.

Skador är den vanligaste dödsorsaken bland män mellan 1 och 44 år och bland kvinnor mellan 10 och 34 år. Skadornas betydelse som dödsorsak bland yngre människor kan också illustreras på följande sätt. Den totala dödligheten är i åldern från 85 år för män över 200 gånger högre och för kvinnor 400 gånger högre än i åldern 15–24 år. För skador är däremot dödstalet i den äldsta åldersklassen endast drygt 10 gånger högre för män och 30–40 gånger högre för kvinnor än i åldern 15–24 år. Inom cirkulationsorganens sjukdomar är motsvarande relationstal omkring 4 000.

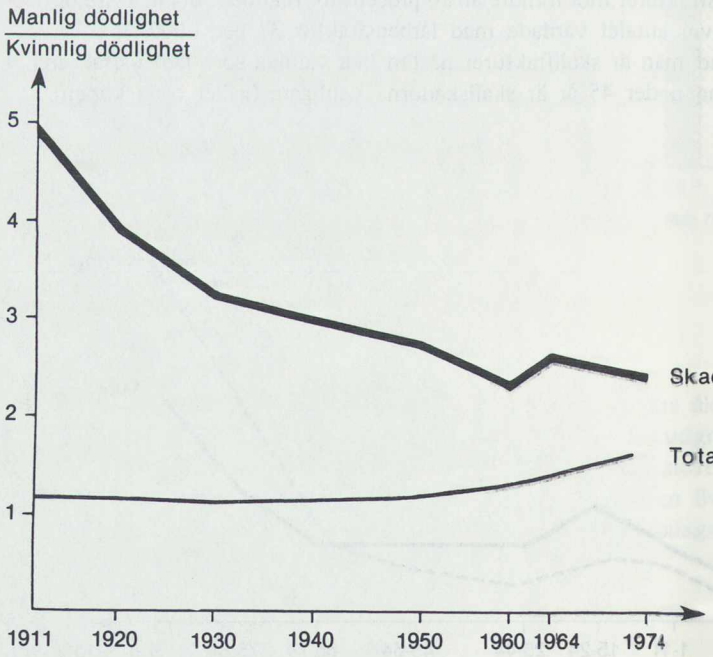


Diagram 25.2 Kvoten manlig/kvinnlig dödlighet i skador och för samtliga dödsorsaker tillsammantagna olika år 1911–1974 räknad på standardpopulation.

Källa: Liv och hälsa (4).

Dödligheten i olika socioekonomiska klasser har som nämnts tidigare (se s. 186) studerats i våra nordiska grannländer. I *Finland* är dödligheten i skador särskilt hög för män utan yrkesutbildning (klass 4). Även bland kvinnorna visar denna grupp den högsta dödligheten i skador (tabell 25.1) (9).

Tabell 25.1 Dödlighet i skador per 1 000 män respektive kvinnor efter socioekonomisk klass bland 25–64-åringar i Finland 1969–71

Klass	Män	Kvinnor
1	1,1	0,46
2	1,4	0,32
3	1,6	0,41
4	4,2	0,49
5	1,5	0,29

I *Danmark* visar manliga arbetare utan yrkesutbildning (klass 5) en hög dödlighet i skador. Även kvinnliga företagare har (klass 1) ett högt dödlighetsindex för skador (tabell 25.2).

Tabell 25.2 Åldersstandardiserat dödlighetsindex för skador efter socioekonomisk klass bland 20–64 åringar i Danmark 1970–75

Klass	Män	Kvinnor
1	87	136
2	–	69
3	72	106
4	97	–
5	140	100
Alla förvärvsarbetande	100	100
Utan förvärvsarbete	211	134

Bland danska män har särskilt sjömän, kypare och kockar höga dödlighetsindex för skador och bland danska kvinnor högre tjänstemän och vissa företagargrupper. (11)

Också i *Norge* är dödligheten genom skador högst bland arbetare utan yrkesutbildning (klass D). Detta gäller såväl män som kvinnor, men skillnaden mellan de olika socioekonomiska klasserna är tydligast för män (tabell 25.3).

Tabell 25.3 Åldersstandardiserat dödlighetsindex för skador efter socioekonomisk klass bland 20–69-åringar i Norge 1970–73

Klass	Män	Kvinnor
A	54	–
B	77	97
C	100	120
D	152	133
E	110	–

Manliga yrkesgrupper i Norge med särskilt stor dödlighet i skador är däcks- och maskinmanskap, gruv- och sprängarbetare, fiske- och fångstarbetare, skeppsbefäl samt hotell- och restauranganställda (12). (Se även bilaga 4.)

26 Sjukdomar efter ålder och kön

Enligt SCB:s undersökning om levnadsförhållandena 1975 var antalet långvariga sjukdomstillstånd per 1 000 invånare i åldern 65–74 år i stort sett dubbelt så många som i åldern 45–54 år och i åldern 45–54 år drygt dubbelt så många som i åldern 25–34 år.

Studien från sluten sjukvård i 15 sjukvårdsområden 1977 visar att andelen vårdade spädbarn är relativt hög. Minsta antalet vårdade per 1 000 invånare har barn i åldern 1–14 år (en och samma individ har räknats flera gånger endast om de registrerade huvuddiagnoserna varit olika). I relation till åldersgruppen 1–14 år är andelen vårdade i åldern 45–64 år dubbelt så hög, i åldern 75–84 år fem gånger och i åldern över 85 år sju gånger så hög.

Även dödligheten sjunker efter det första levnadsåret. Den är allra lägst i åldern 5–14 år och kommer först i 55–60-årsåldern åter upp till samma nivå som för spädbarn. Efter 60-årsåldern ökar dödligheten mycket snabbt.

Nedan följer en summarisk genomgång av de vanligaste sjukdomsgrupperna i olika åldrar. En mer detaljerad redogörelse återfinnes i bilaga 5.

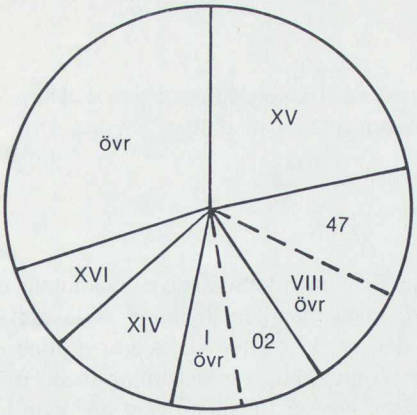
26.1 Spädbarn

De vanligaste orsakerna till att spädbarn vårdas i sluten vård är "vissa orsaker till perinatal sjuklighet och dödlighet" (XV), sjukdomar i andningsorganen (VIII), infektionssjukdomar och parasitära sjukdomar (I) medfödda missbildningar (XIV) samt symtom och ofullständigt preciserade fall (XVI). Dessa sjukdomsgruppers relativa andel bland de spädbarn som 1977 skrevs ut från sluten sjukvård framgår av diagram 26.1.

De helt dominerande dödsorsakerna bland spädbarn är "vissa orsaker till perinatal sjuklighet och dödlighet" samt medfödda missbildningar. De svarar tillsammans för ca 80 procent av åldersgruppens dödsfall.

26.2 1–14 år

Såväl utnyttjandet av sluten sjukvård som dödligheten är lägst i denna åldersgrupp. Vanligaste orsakerna till sluten vård är sjukdomar i andningsorganen, skador samt symtom och ofullständigt preciserade fall. Hälften av de utskrivna barnen i denna åldersgrupp hade någon diagnos bland dessa sjukdomsgrupper som huvudorsak till vården.



I infektions- och parasitära sjukdomar
02 enterit, diarré
VIII sjukdomar i andningsorganen
47 Influensa, akuta luftvägsinfektioner
XIV medfödda missbildningar
XV vissa orsaker till perinatal sjuklighet
XVI symtom och ofullständigt preciserade fall

Diagram 26.1 Relativ fördelning mellan sjukdomsgrupper bland spädbarn vårdade i sluten sjukvård 1977 i 15 sjukvårdsområden.

Skador, tumörer och medfödda missbildningar är åldersgruppens vanligaste dödsorsaker.

26.3 15–24 år

I denna åldersgrupp är diagnosmönstret inom den slutna sjukvården helt olika för män och för kvinnor. Skador är orsak till 30 procent av alla vårdtillfällen bland män och komplikationer i samband med graviditet och förlossning svarar för en än större andel av kvinnornas vårdtillfällen. De näst vanligaste grupperna är bland män mentala rubbningar och bland kvinnor uro-genitalorganens sjukdomar.

Även i fråga om dödlighet är skillnaden mellan män och kvinnor stor. Männens betydligt högre totala dödlighet beror på att dödligheten i skador är mer än tre gånger så hög bland män som bland kvinnor.

26.4 25–44 år

Bland kvinnor är komplikationer i samband med graviditet och förlossning samt uro-genitalorganens sjukdomar även i denna åldersgrupp de vanligaste orsakerna till sluten sjukvård. Bland män är mentala rubbningar vanligare än skador.

Beträffande den totala dödligheten är relationen mellan män och kvinnor densamma som för åldersgruppen 15–24 år och för dödligheten i skador är skillnaden mellan könen ännu kraftigare.

26.5 45–64 år

Vanligaste orsaken till såväl sluten sjukvård som död är i denna åldersgrupp hos män cirkulationsorganens sjukdomar och hos kvinnor tumörer.

26.6 65–74 år

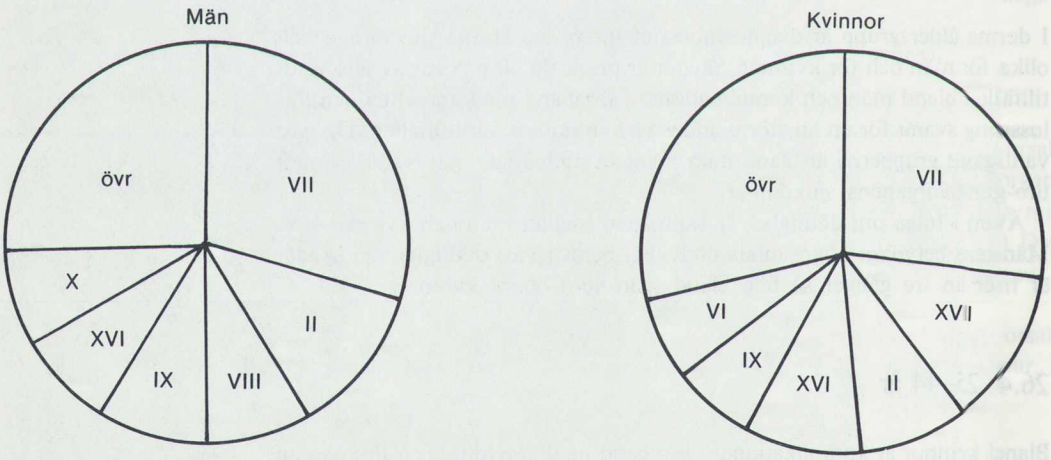
I denna åldersgrupp är cirkulationsorganens sjukdomar den största sjukdomsgruppen bland såväl män som kvinnor, både som orsak till sluten sjukvård och som dödsorsak. Näst vanligaste är tumörer. Skador som för yngre åldersgrupper är en vanlig vårdanledning bland män, är den tredje i storleksordning bland orsaker till sluten vård hos kvinnor i åldern 65–74 år. Relativt vanliga orsaker till sluten vård i åldersgruppen är också matsmältningsorganens sjukdomar, symtom och ofullständigt preciserade fall samt uro-genitalorganens sjukdomar.

Cirkulationsorganens sjukdomar är den vanligaste dödsorsaken och tumörer den näst vanligaste i åldersklassen både bland män och kvinnor.

26.7 75–84 år

Över en fjärdedel av de utskrivna i denna åldersgrupp har vårdats för någon sjukdom i cirkulationsorganen (VII). Cerebrovaskulära sjukdomar är däribland vanligare än akut hjärtinfarkt. Bland dödsfallen uppgår cirkulations-

Diagram 26.2 Relativ fördelning mellan sjukdomsgrupper bland 75–84-åringar vårdade i sluten sjukvård 1977 i 15 sjukvårdsområden.



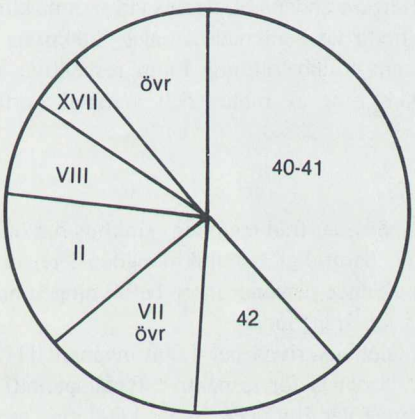
II tumörer
VI nervsystemets och sinnesorganens sjukdomar
VII cirkulationsorganens sjukdomar
VIII andningsorganens sjukdomar
IX matsmältningsorganens sjukdomar
X uro-genitalorganens sjukdomar
XVI symtom och ofullständigt preciserade fall
XVII skador

organens andel till över 60 procent och tumörernas till cirka 20 procent. Tumörer (II) är också den näst vanligaste anledningen till sluten vård bland män och den tredje i ordningen bland kvinnor. Näst vanligast bland kvinnor är skador (XVII). Andningsorganens sjukdomar (VIII), matsmältningsorganens sjukdomar (IX) samt symtom och ofullständigt preciserade fall (XVI) är andra vanliga orsaker till sluten vård (diagram 26.2).

26.8 85 år och äldre

Samma sex sjukdomsgrupper som i åldern 75–84 år är också de vanligaste orsakerna till sluten sjukvård i åldern 85 år och äldre. I alla dessa sjukdomsgrupper var den relativa andelen vårdade män större än motsvarande andel kvinnor.

De vanligaste dödsorsakerna är i denna ålder cirkulationsorganens sjukdomar (VII), tumörer (II), andningsorganens sjukdomar (VIII) och skador (XVII). Bland cirkulationsorganens sjukdomar dominerar ischemiska sjukdomar (40–41) och cerebrovaskulära sjukdomar (42) (diagram 26.3).



II tumörer
VII cirkulationsorganens sjukdomar
40-41 ischemiska hjärtsjukdomar
42 cerebrovaskulära sjukdomar
VIII andningsorganens sjukdomar
XVII skador

Diagram 26.3 Relativ fördelning mellan olika dödsorsaker i åldern 85 år och däröver 1977 i Sverige.

27 Utveckling

27.1 Kroppssjukvård

Patientstatistik från sluten kroppssjukvård infördes i Uppsala sjukvårdsregion 1964. Utvecklingen av antalet utskrivna patienter per år under en tolvårsperiod har studerats med hjälp av denna statistik.

I undersökningen ingick samtliga regionens kliniker och sjukhem för sluten kroppssjukvård. Undersökningsåren var 1965, 1969, 1973 och 1977.

Från det totala antalet har de vårdtillfällen exkluderats, där patienten enligt statistiken tidigare under året vårdats vid samma klinik och för samma sjukdom. Det på detta vis beräknade antalet "utskrivna personer" har relaterats till regionens totalbefolkning inom respektive ålders-/könsklass.

En teknisk beskrivning av metod och material återfinns i bilaga 7.

Resultat

Antalet utskrivna personer från regionens sjukhus har ökat med 27 procent från 1965 till 1977. Samtidigt har folkmängden i regionen ökat med sex procent. Andelen vårdade personer inom befolkningen har därför ökat med 19 procent under tolvårsperioden.

År 1965 var antalet utskrivna per 1 000 invånare 111. 1977 har antalet stigit med 22 (12, 5 och 5 för respektive fyraårsperiod) till 133 per 1 000 invånare. För männen var ökningen 26 per 1 000 män medan den för kvinnorna stannade vid 16 per 1 000 kvinnor.

1965 var antalet utskrivna kvinnor per 1 000 27 fler än motsvarande tal för männen. 1969 hade denna skillnad minskat till 21, 1973 till 18 och 1977 till 17. Antalet utskrivna kvinnor var då 141 per 1 000 mot 124 per 1 000 män. (Diagram 27.1.)

Om man bortser från vårdtillfällen föranledda av komplikationer vid graviditet, förlossning och under barnsängstiden (förlossning utan komplikation ingår överhuvudtaget inte i studien) hade kvinnorna 13 fler utskrivningar per 1 000 invånare än männen 1965. 1977 var motsvarande skillnad endast 1.

Ökningen under 12-årsperioden har varit störst i den högsta åldersgruppen – 85 år och äldre. Antalet utskrivna personer i denna ålder i relation till befolkningen har ökat med ca 140 procent. För de allra yngsta – barn under 1 år – har också ökningen varit relativt hög, drygt 50 procent. För dessa båda grupper var den relativa ökningen lika stor för båda könen.

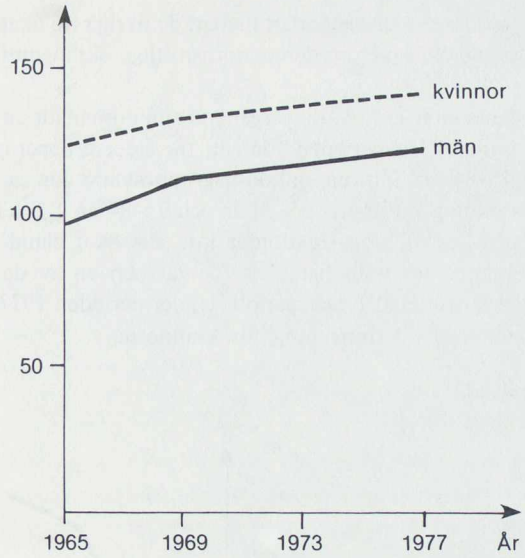


Diagram 27.1 Utskrivna patienter per 1 000 invånare i Uppsala sjukvårdsregion.

Eftersom männen redan 1965 hade fler utskrivningar per 1 000 invånare i båda grupperna har skillnaden i absoluta tal mellan könen vuxit.

Även bland barn i ålder 1–14 år har utvecklingen varit likartad för båda könen. Pojkarna har ökat med 13 procent och flickorna med 17 procent (ökningen är liten i absoluta tal).

I åldersgruppen 15–24 år stannar männens ökning vid tre procent och kvinnorna redovisar en minskning på två procent.

Den relativa ökningen för åldersgruppen 25–44 år är ca tio procent. Ökningen är liten i absoluta tal och likartad för män och kvinnor.

För hela åldersgruppen 1–44 år är förändringen under de åtta sista undersökningsåren helt obetydlig.

Skillnaden i utvecklingen 1965–1977 mellan män och kvinnor förklaras framför allt av förändringar för åldersgrupperna 45–84 år. Över hälften av de utskrivna återfinns också i dessa åldersgrupper.

I åldern 45–64 år visar männen en ökning med ca 25 procent. Kvinnornas ökning stannar vid fem procent.

För åldersgruppen 65–74 år är männens ökning drygt 30 procent och kvinnornas drygt tio procent.

Männens ökning i gruppen 75–84 år uppgår till 40 procent och kvinnornas till drygt 20 procent.

Diagram 27.2 visar utvecklingen 1965–1977 för män och kvinnor för var och en av åldersgrupperna 45–64 år, 65–74 år och 75–84 år. Som synes var skillnaderna mellan könen 1965 obetydliga. För vart och ett av de tre åren 1969, 1973 och 1977 har sedan den manliga "översjukligheten" ökat i de två högre åldersgrupperna. För gruppen 45–64 år har en kvinnlig överrepresentation ersatts av en manlig.

I de aktuella åldrarna är de fyra stora sjukdomsgrupperna cirkulationsorganens sjukdomar, tumörer, matsmältningsorganens sjukdomar samt skador och förgiftningar. Av dessa har matsmältningsorganens sjukdomar visat

en minskande tendens under perioden medan de övriga tre ökat. I de flesta åldersklasser har de ökat mer än den genomsnittliga ökningen för samtliga sjukdomar.

Bland männen svarar cirkulationsorganens sjukdomar för ca 40 procent av ökningen under 12-årsperioden för alla tre åldersgrupperna 45–64 år, 65–74 år och 75–84 år. Samma sjukdomsgrupp svarar för ca 20 procent av kvinnornas ökning i åldrarna 65–74 år och 75–84 år. I åldern 45–64 år har frekvensen av cirkulationssjukdomar inte alls ökat bland kvinnorna. Överrepresentationen för män har ökat för var och en av de tre åldersklasserna för varje studerad fyraårsperiod. Under perioden 1973–1977 syns dessutom en tendens till minskning för kvinnorna.

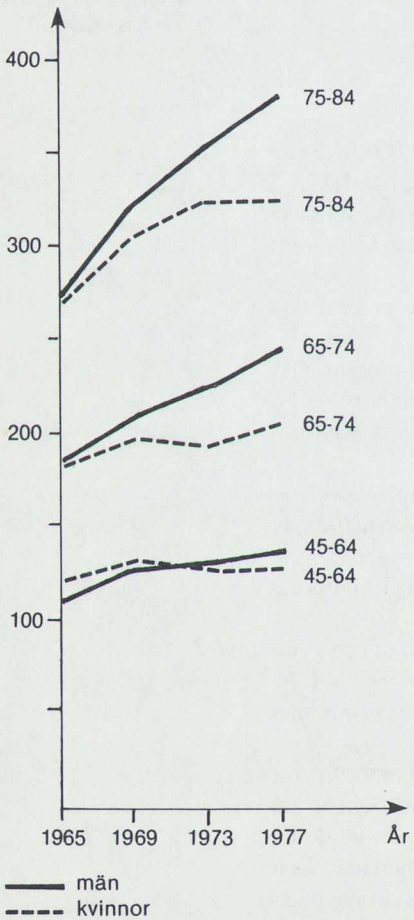


Diagram 27.2 Utskrivna patienter i vissa åldersklasser per 1 000 invånare i Uppsalaregionen.

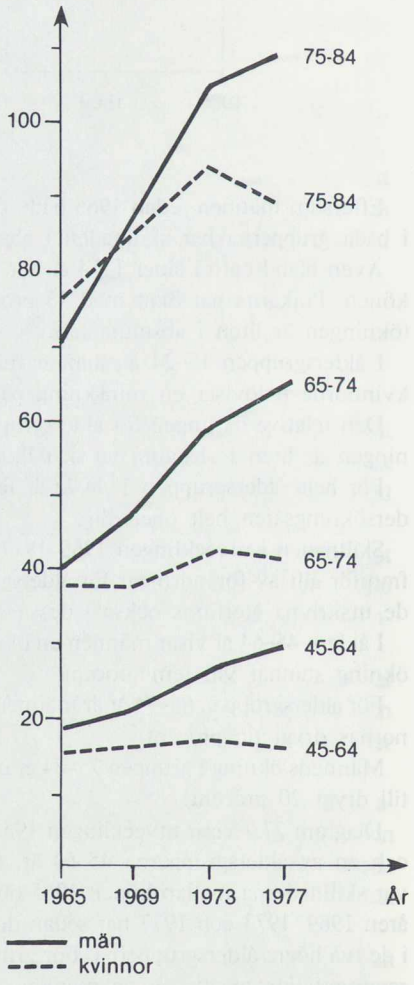


Diagram 27.3 Utskrivna patienter vårdade för sjukdomar i cirkulationsorganen i vissa åldersklasser per 1 000 invånare i Uppsalaregionen.

I åldersgruppen 45–64 år har fler kvinnor än män vårdats för tumörsjukdomar. Ökningen under perioden har i denna åldersgrupp också varit större bland kvinnorna. För de två högre åldersgrupperna visar däremot männen en större ökning än kvinnorna.

Matsmältningsorganens sjukdomar har minskat under perioden. i huvudsak har minskningen skett efter 1969. Minskningen är genomgående större för kvinnorna i de tre studerade åldersklasserna.

Andelen utskrivna med diagnosen skador genom yttre våld och förgiftningar har ökat relativt kraftigt i åldersgruppen 75–84 år. Ökningen för åldersklasserna närmast under är betydligt mindre. Genomgående har männen ökat något mera än kvinnorna i samma ålder. Denna skillnad är dock liten. Det framgår också av diagram 27.6, att andelen kvinnor är betydligt större än andelen män i de högsta åldrarna.

Symtom och ofullständigt preciserade fall är en annan grupp som ökat relativt starkt 1965–1977. Också för denna grupp har männen ökat något mera än kvinnorna. Skillnaderna mellan könen är liten, men tendensen är likartad för alla tre åldersklasserna.

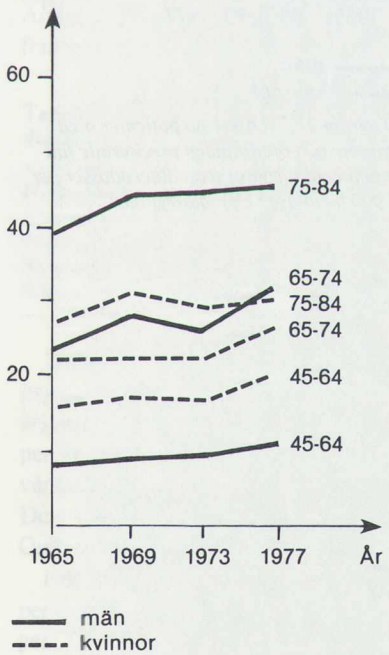


Diagram 27.4 Utskrivna patienter vårdade för tumörer i vissa åldersklasser per 1 000 invånare i Uppsalaregionen.

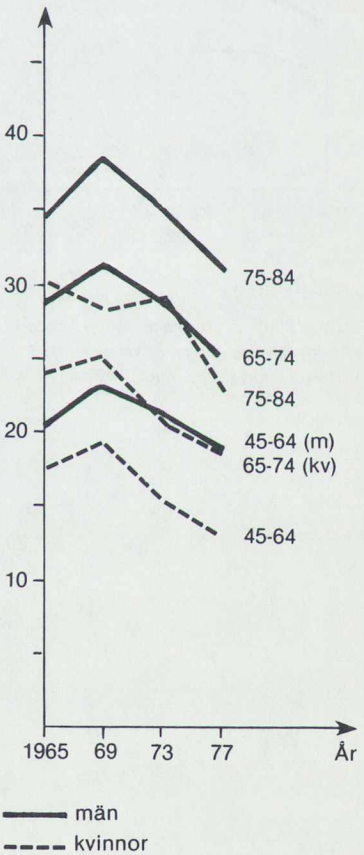


Diagram 27.5 Utskrivna patienter vårdade för matsmältningsorganens sjukdomar i vissa åldersklasser per 1 000 invånare i Uppsalaregionen.

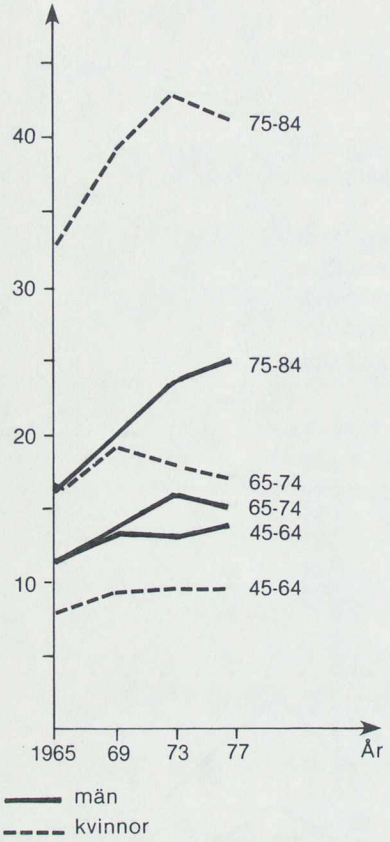


Diagram 27.6 Utskrivna patienter vårdade för skador i vissa åldersklasser per 1 000 invånare i Uppsalaregionen.

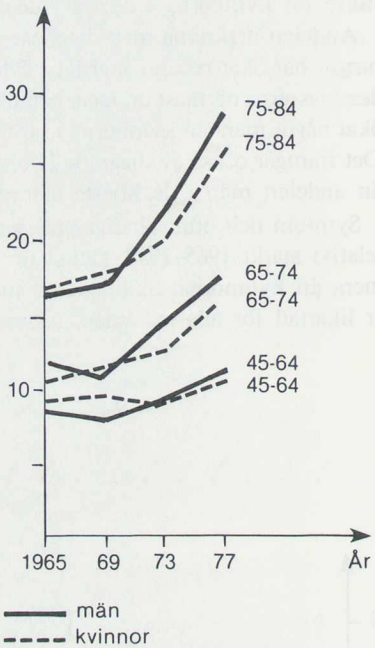


Diagram 27.7 Utskrivna patienter med symtom och ofullständigt preciserade fall som huvuddiagnos i vissa åldersklasser per 1 000 invånare i Uppsalaregionen.

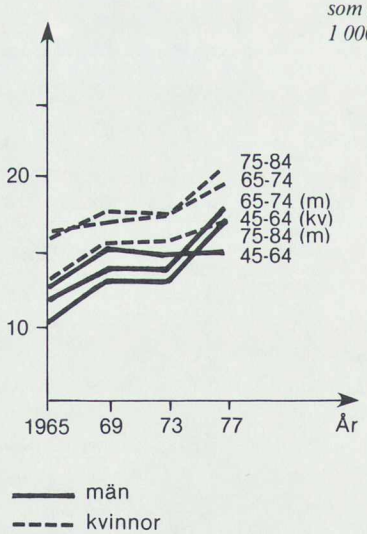


Diagram 27.8 Utskrivna patienter vårdade för sjukdomar i muskler, skelett och bindväv i vissa åldersklasser per 1 000 invånare i Uppsalaregionen.

Sjukdomar i muskler, skelett och bindväv är den enda större sjukdomsgrupp där kvinnorna visar en något kraftigare ökning än männen i åldrarna 45–84 år. Skillnaden mellan könen är dock mycket liten.

27.2 Psykiatrisk vård

Av socialstyrelsens statistik från sluten psykiatrisk vård framgår, att antalet utskrivningar per 1 000 invånare från den vuxenpsykiatriska lasarettsvården har ökat stadigt under perioden 1962 till 1976. Ökningen framgår av tabell 27.1, där man också kan se, att utskrivningarna bland män har ökat betydligt mer än bland kvinnor. I tabellen ingår inte förflyttade och avlidna.

Tabell 27.1 Utskrivningar från vuxenpsykiatrisk vård per 1 000 invånare

	1962	1966	1970	1974	1976
Män	6	8	12	17	17
Kvinnor	6	7	9	10	10
Totalt	6	8	10	13	14

Den diagnos, som numera dominerar bland de utskrivna från vuxenpsykiatrin, är alkoholism. Omkring 35 procent av de utskrivna har de senaste åren haft denna diagnos mot omkring tio procent vid början av 1960-talet. Antalet utskrivningar per 1 000 invånare för de tre största diagnosgrupperna framgår av tabell 27.2.

Tabell 27.2 Utskrivningar från vuxenpsykiatrisk vård per 1 000 invånare för några diagnoser

Diagnos	1962	1966	1970	1974	1976
Alkoholism	0,61	1,17	2,31	4,65	5,32
Neuros	1,74	2,47	2,84	3,13	3,84
Schizofreni	0,88	0,98	1,09	1,10	1,12

Sedan 1967 ingår även kliniker för barn- och ungdomspsykiatri i den psykiatriska patientstatistiken. Totalantalet utskrivningar har under den tioårsperiod, för vilken statistik föreligger, legat inom intervallet 3 800–4 700 per år, dvs. närmare två per 1 000 invånare i åldrarna upp till 20 år. Antalet vårdtillfällen steg mot mitten av perioden och har därefter åter sjunkit. Den vanligaste diagnosen inom barn- och ungdomspsykiatrin är neuroser. Omkring en tredjedel av alla utskrivna har denna diagnos.

För åren 1973–1976 innehåller statistiken uppgifter om antalet utskrivna personer. Detta antal har under perioden varierat mellan 70 500 och 73 500 per år utan någon klar tendens. Alkoholism är sedan 1975 den diagnos, som inom den psykiatriska vården har flest utskrivna personer. År 1976 skrevs 21 600 ut med denna diagnos. Till och med 1974 skrevs fler individer ut med diagnosen neuros. Antalet utskrivna med denna senare diagnos har dock minskat med cirka 15 procent under fyraårsperioden medan antalet

med alkoholism samtidigt ökat med omkring 40 procent. Antalet utskrivna personer med schizofreni har under perioden varit mellan 6 000–7 000 per år.

Under perioden 1962–1975 har medelåldern för de utskrivna kvinnorna ökat svagt – från 45,4 år till 46,6 – medan den för männen sjunkit något – från 44,3 år till 43,1. Både för män och kvinnor har antalet vårdtillfällen ökat mest i åldrarna över 85 år. Männen visar också en relativt hög ökning för hela åldersintervallet 20–54 år. Ökningen för kvinnorna är lägst i åldrarna 25–74 år. (16)

27.3 Dödsorsaker

Orsakerna till död som de registreras i dödsorsaksstatistiken har kraftigt förändrats under 1900-talet (diagram 27.9).

Den kraftigaste minskningen gäller infektionssjukdomarna, som nästan försvunnit som dödsorsak. En markant minskning mellan 1920–1950 skedde också i andningsorganens sjukdomar. Andra dödsorsaker som minskat är sjukdomar bland spädbarn inklusive missbildningar samt sjukdomar i matsmältningsorganen och urogenitalorganen.

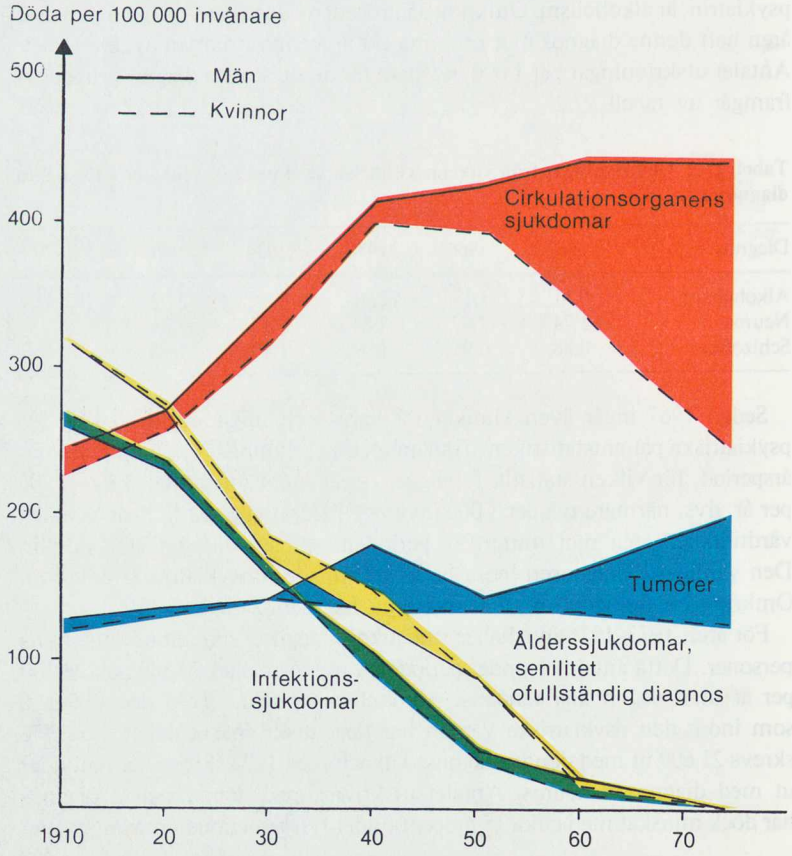


Diagram 27.9 Åldersstandardiserad dödlighet 1911–1974 för några dödsorsaker.

Källa: (4)

En stor ökning visar i första hand cirkulationsorganens sjukdomar och i andra hand tumörer. Båda dessa dödsorsaker har i stort sett tredubblat sin andel av totala antalet dödsfall under perioden 1911–1977. Skador genom yttre våld och förgiftning har under samma tidsperiod ökat som dödsorsak från 4,5 procent till 7,0 procent.

Man måste vid jämförelser över denna tidsperiod observera att andelen dödsfall med ospecifiserad diagnos minskat kraftigt till följd av en bättre diagnostik. Ökningen för i första hand cirkulationsorganens sjukdomar men även för tumörer förklaras i viss utsträckning av denna förbättrade diagnostik.

Begränsas jämförelseperioden till de senaste 20 åren kan konstateras, att inga större förskjutningar mellan de större grupperna av dödsorsaker har skett vad avser befolkningen i riket. Sjukdomar i cirkulationsorganens svarar för mer än 50 procent av dödsfallen, medan cirka 20 procent beror på tumörer och 6–7 procent på skador genom yttre våld eller förgiftningar. Tre dödsfall av fyra orsakas således av någon av dessa dödsorsaker. (7)

28 Läkemedelskonsumtion

28.1 Läkemedelsgrupper

De uppgifter som presenteras nedan är hämtade från Apoteksbolagets statistik. (17)

Fördelningen av läkemedelskonsumtionen i öppen vård, mätt genom antalet recipen med läkemedelsförmåner, på olika preparatgrupper 1978 framgår av tabell 28.1.

Tabell 28.1 Procentuell fördelning av recipen med läkemedelsförmåner efter preparatgrupp 1978

Medel	%
Medel vid sjukdomar i andningsapparaten	8,4
Hjärt- och kärlmedel samt diuretika	15,2
Medel vid allergisjukdomar	2,2
Medel vid sjukdomar i digestionsapparaten	8,0
Medel vid blodsjukdomar och maligna tumörer	2,1
Kemoterapevtika	7,8
Vitaminer	4,2
Inre sekretion, ämnesomsättning	3,5
Psykiska rubbningar, organiska nervsjukdomar m. m.	14,1
Analgetika och anestetika	9,9
P-piller	1,5
Övriga medel inom gynekologi och obstetrik	2,3
Medel vid sjukdomar i öron, näsa, munhåla och svalg	6,9
Medel vid ögonsjukdomar	3,6
Dermatologiska medel	4,8
Övrigt	
Summa	100,0

Under perioden 1975–78 har medel vid allergisjukdomar och medel vid psykiska rubbningar, organiska sjukdomar m. m. något minskat sin andel av antalet recipen samtidigt som medel vid sjukdomar i öron, näsa, munhåla och svalg ökat sin andel. Den sistnämnda preparatgruppen har under den aktuella fyraårsperioden ökat med omkring 1,1 miljoner recipen samtidigt som totalantalet minskat med ca 1,4 miljoner.

28.2 Ålder och kön

Av totala antalet recipen i öppen vård var 60 procent utfärdade på kvinnliga patienter. Fördelningen på olika åldersgrupper framgår av tabell 28.2.

Tabell 28.2 Recipen med läkemedelsförmåner. Procentuell fördelning efter patienternas ålder

Ålder, år	Procent
0–14	9
15–24	7
25–44	20
45–64	29
65–74	18
75–	17

Förbrukningen i den äldsta åldersgruppen har under perioden 1975–78 ökat med omkring tio procent medan totala antalet recipen samtidigt minskat med omkring tio procent.

28.3 Samband mellan försäljning och användning

De tidigare återgivna uppgifterna om "läkemedelsförbrukning" bygger på Apoteksbolagets försäljningsstatistik. Det är väl känt att långt ifrån hela den försålda kvantiteten läkemedel slutligen konsumeras på av läkare föreskrivet sätt. Länsläkarorganisationen i Uppsala fick 1977 i uppdrag att klarlägga vissa frågor omkring returläkemedlen i Uppsala län. I en förundersökning har två olika studier genomförts (18, 19). Dels har en enkät gjorts angående oförbrukade läkemedel i hemmen, dels har på apotek i Uppsala inlämnade oförbrukade läkemedel undersökts. Resultaten av undersökningarna tyder på, att mycket stora mängder av läkemedel inte används av patienterna. Utredarna uppskattar, att ungefär två av tre läkemedel som finns hemma förr eller senare förstörs. Ingen redovisning av olika preparatgrupper har gjorts i den aktuella förstudien.

28.4 Socialgrupper

I SOFI:s levnadsnivåundersökning 1974 undersöktes liksom i låginkomstutredningens undersökning 1968 konsumtion i olika socialgrupper av några olika mediciner, som man vid intervjutillfället använt under de senaste 14 dagarna (15). Resultaten för några preparatgrupper redovisas i diagram 28.1.

Skillnaden mellan olika socialgrupper i den andel som köper *vitaminer* tyder på, att den grupp som sannolikt har störst behov av vitaminer – personer i socialgrupp III – konsumerar minst.

Inom samtliga socialgrupper har under perioden 1968 till 1974 allt fler börjat äta vitaminpreparat. Ökningen är för socialgrupp III betydligt mindre än för de båda övriga.

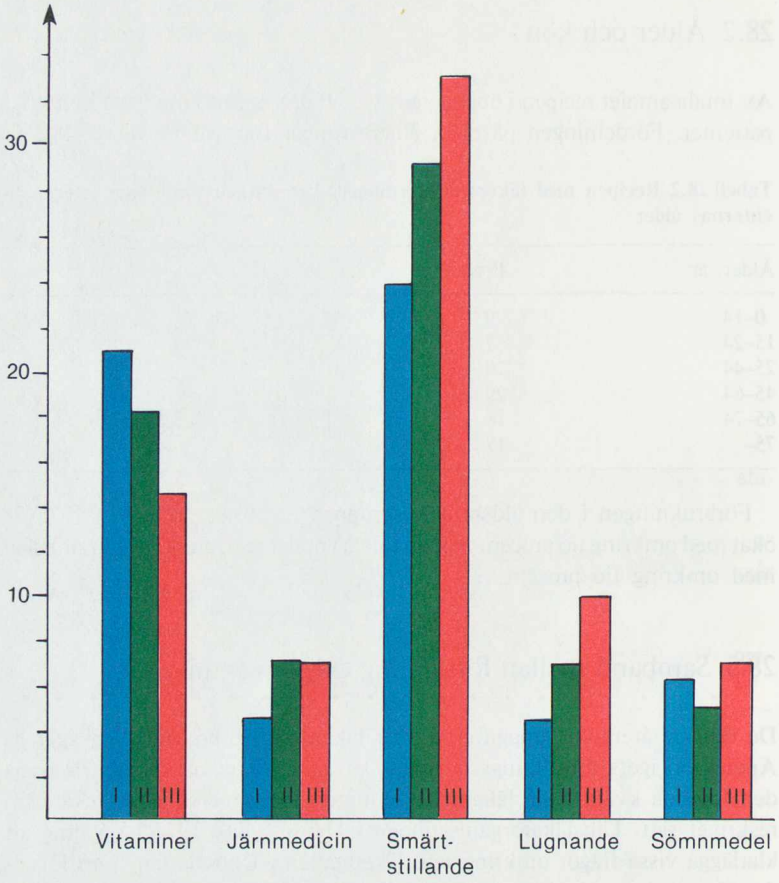


Diagram 28.1 Andel i olika socialgrupper 1974 som använt olika typer av medicin under de senaste 14 dagarna.

Konsumtionen av *järnmedicin* är däremot mer fördelad efter den generella behovstrenden med ökande behov i lägre socialgrupp åtminstone vid jämförelse mellan socialgrupp I och de båda andra. Konsumtionen av järnmedicin har minskat 1968–74. Minskningen är störst i socialgrupp I och obetydlig i socialgrupp III.

Minsta andelen som utnyttjat *smärtstillande medel* och *lugnande medel* uppvisar socialgrupp I. I denna socialgrupp har också antalet konsumenter av smärtstillande medel, lugnande medel och sömnmedel minskat relativt kraftigt. Även i socialgrupp II har konsumenterna av de tre läkemedelsgrupperna blivit färre. I socialgrupp III ökade samtidigt den andel som konsumerat smärtstillande medel, medan den andel som använder lugnande medel minskade i stort sett lika mycket som i socialgrupp II.

28.5 Yrkesgrupper

Konsumtionen av olika läkemedel inom olika yrkesgrupper 1974 – uttryckt i den andel som under 14 dagar använt läkemedlet – följer i stort sett det ovan redovisade socialgruppsmönstret.

Diagram 28.2 Andel i olika yrkesgrupper 1974 som använt lugnande medel under en 14-dagarsperiod.

Förvärvsarbetande i socialgrupp I använder mer vitaminpreparat och mindre järnmedicin än förvärvsarbetande i socialgrupperna II och III. Mot detta mönster bryter offentligt anställda lägre tjänstemän, som konsumerar mycket av både vitaminer och järnpreparat.

Konsumtionen av smärtstillande och lugnande medel samt sömnmedel i olika yrkesgrupper kan ge information om olika riskgrupper och riskmiljöer och redovisas därför relativt utförligt i diagram 28.2–28.4.

Skillnaderna i de andelar som använt lugnande medel är totalt sett små mellan förvärvsarbetande i socialgrupperna I, II och III. De stora skillnaderna återfinns inom gruppen förvärvsarbetande i socialgrupp III. Där har de handelsanställda och arbetarna i övriga servicenäringar den största andelen människor, som använt lugnande medel under den aktuella perioden.

De yrkesgrupper, som har den största andelen människor som använt smärtstillande medel under den aktuella 14-dagarsperioden, var kommunalarbetare (39 procent), handelsanställda arbetare (34 procent) och tekniker och kontorspersonal (33 procent). Motsvarande lägsta andel återfanns hos förmän (19 procent), företagsledare, fria yrkesutövare och småföretagare (20 procent).

Skillnaderna i andel, som använt sömnmedel inom de olika yrkesgrupperna är små.

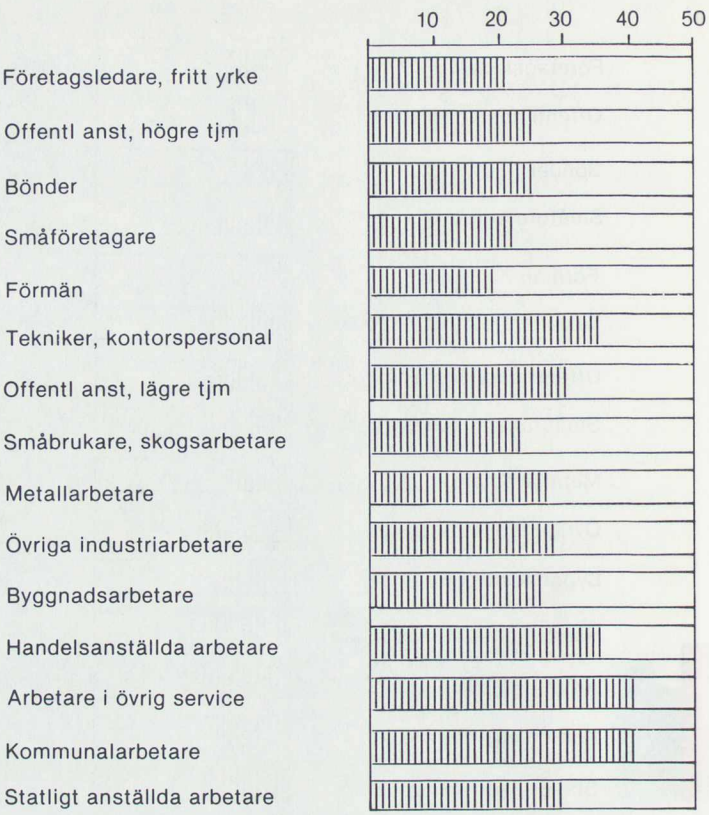


Diagram 28.3 Andel i olika yrkesgrupper 1974 som använt smärtstillande medel under en 14-dagarsperiod.

28.6 Hemmafruar

De skillnader mellan socialgrupperna, som tidigare redovisats för användningen av vitaminer, blir mer markerade vid en jämförelse mellan hemmafruar i olika socialgrupper.

Andelen hemmafruar i socialgrupp I + II som 1974 använt vitaminpreparat var 23 procent. Motsvarande andel för hemmafruar i socialgrupp III var 17 procent.

Den andel hemmafruar, som konsumerat järnmedicin och smärtstillande medel, är högst i socialgrupp II och lägst i socialgrupp I. Samma förhållande gäller för lugnande medel och sömnmedel.

28.7 Pensionärer

Skillnaderna mellan pensionärer i socialgrupp I + II och pensionärer i socialgrupp III är betydligt mindre än de generella socialgruppsskillnaderna, när det gäller den andel som använt vitaminpreparat. Bland pensionärer i socialgrupp I och II är denna andel 26 procent mot 23 procent för pensionärer i socialgrupp III.

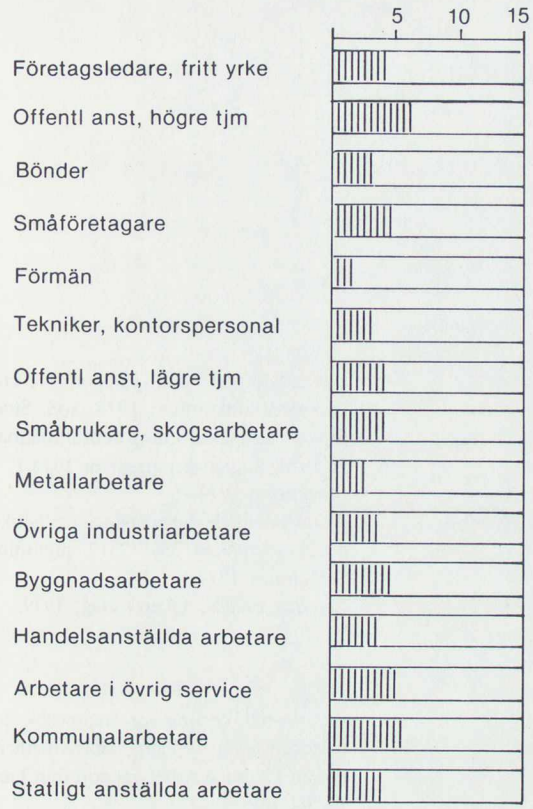


Diagram 28.4 Andel i olika yrkesgrupper 1974 som använt sömnmedel under en 14-dagarsperiod.

Inte heller är skillnaderna markanta när det gäller järnmedicin. Pensionärerna i socialgrupp I har en nyttjandeandel på nio procent, i socialgrupp II åtta procent och socialgrupp III elva procent. Dubbelt så många av pensionärerna i socialgrupp I använde järnmedicin 1968 som 1974.

Smärtstillande medel används av en större grupp pensionärer i socialgrupp III än i socialgrupp I + II. En mindre andel av pensionärerna i socialgrupp I än i övriga socialgrupper använde lugnande medel.

Referenslista

(1)	Statistiska centralbyrån	Levnadsförhållanden, Rapport 11, Hälsa och sjukvårdskonsumtion 1975, SoS, Stockholm 1978.
(2)	Riksförsäkrings-verket	Sjukdomsorsaker inom den allmänna försäkringen år 1970. Statistisk rapport nr 1974:1, Stockholm 1974.
(3)	Rikförsäkrings-verket	Antal beviljade förtidspensioner/sjukbidrag beviljandemånad 7501–7512, preliminärstatistik, Stockholm 1977.
(4)	Carlsson G., Arvidsson O., Werkö L., Bygren L-O.	Liv och ohälsa, Liber förlag, 1979.
(5)	Smedby B. och Korpela M.	Diagnosredovisning för läkarbesök år 1978 vid hälsocentralen i Tierp, Socialmedicinska institutionen Uppsala, Arbetsrapport från Tierpsprojektet 1979-11- 05.
(6)	Apoteksbolaget	Underlagsmaterial från diagnos/recept undersökningen.
(7)	Statistiska centralbyrån	Dödsorsaker, årlig i Sveriges officiella statistik.
(8)	Socialstyrelsen	Cancer Incidence in Sweden 1974, Stockholm, 1980.
(9)	Koskenvuo M., Sarna S., Kaprio J., och Lönnqvist J.	Cause-specific mortality by marital status and social class in Finland during 1969–1971, Social sience & Medicine, Vol. 13 A, pp 691–697, Pergamon Press Ltd. 1979.
(10)	Näyhä S.	Social grupp and mortality in Finland, British Journal of Preventive and Social Medicine, 1977, 31, pp 231–237.
(11)	Danmarks statistik	Dødelighed og erhverv 1970–75, Statistiske undersøgelser nr 37, Köpenhamn 1979.
(12)	Statistisk sentral-byrå, Oslo	Yrke og dødelighet 1970–1973, Statistiske analyser nr 21, Oslo 1976.
(13)	Inghe G.	Socialmedicin 1, Esselte Studium 1973.
(14)	Eriksen Tor E.	Den ökade sjukfrånvaron – en statistisk analys. Delegationen för social forskning. Rapport 1980:1.
(15)	Institutet för Social Forskning	Basmaterial från 1968 och 1974 års levnadsnivåundersökningar.
(16)	Socialstyrelsen	Sluten psykiatrisk vård 19xx. Sedan 1973 i Statistiska meddelanden, serie HS. Tidigare i Socialstyrelsen redovisar, Patientstatistik.

(17) Apoteksbolaget Statistiska sammanställningar, årlig sedan 1976.
(18) Roos K. Oförbrukade läkemedel i hemmet – en förundersökning i Uppsala län, delrapport, stencil 1979-05-30.
(19) Magnusson B. Oförbrukade läkemedel inlämnade på apotek – en förundersökning i Uppsala kommun, delrapport stencil, 1979-05-30.

Bilagor

Bilaga 1 Cancer – en fördjupningsstudie

Av *Jerzy Einhorn*

Sammanfattning

1958 insjuknade cirka 19 300 människor i cancer i Sverige. 1973 insjuknade 31 200 människor i cancersjukdomar. Under de 16 år, som kan överblickas med hjälp av det svenska cancerregistret, har antalet cancerfall ökat med 62 procent. Hälften av denna ökning beror på att medellivslängden ökat. Man vet mycket litet om anledningen till den återstående ökningen. Om tendensen fortsätter kommer på 1990-talet över 500 nya cancerfall att inträffa årligen bland 100 000 invånare. Detta innebär, att mer än en halv procent av Sveriges befolkning kommer att insjukna i en cancersjukdom varje år.

På sikt kommer cancerproblematiken förmodligen att få sin lösning genom olika förebyggande åtgärder. Först måste vi dock förstå sjukdomens natur, orsaker och uppkomstmekanismer. Man kan hoppas, att förebyggande åtgärder, baserade på cancerepidemiologiska studier, skall börja påverka frekvensen av cancersjukdomarna och att masshälsoundersökningar för tidig diagnostik kan tänkas minska verkningarna av vissa tumörformer redan under 1990-talet. Av allt att döma blir dock flertalet cancerpatienter även under 1990-talet hänvisade till behandling av kliniskt manifest tumörsjukdom.

Metoder för behandling av cancersjukdomar har utvecklats snabbt. Man botar för närvarande omkring 42 procent av alla cancerpatienter. Allt fler av dem, som inte botas, kan också erbjudas allt längre och bättre överlevnad. För dessa patienter blir cancer en kronisk sjukdom på samma sätt som många hjärtsjukdomar och njursjukdomar. Denna utveckling kommer att fortsätta under den närmaste 20-årsperioden, främst genom förfining av diagnosmetoder och behandlingsformer, optimering av kombinationer av flera behandlingsmetoder och sannolikt tillkomsten av nya metoder. Cancerterapin blir dock samtidigt allt mera komplicerad. Detta kommer att stärka kraven på anpassning av sjukvården till den moderna cancervårdens speciella behov.

Definitioner

Cancer är ett samlingsbegrepp för en grupp sjukdomar vars natur och uppkomstmekanism vi inte förstår. Kliniskt karakteriseras de av tillväxt och

spridning (metastasering) av abnorma celler, som vår kropp har svårt att kontrollera. Obehandlad leder sjukdomen till patientens död. Många cancersjuka kan dock botas, om sjukdomen upptäcks tidigt och adekvat behandling insättes tillräckligt snabbt.

Statistik och epidemiologi

De statistiska uppgifter om cancersjukdomar i Sverige, som redovisas i detta avsnitt, kommer främst från Socialstyrelsens cancerregister. Dessutom används uppgifter från motsvarande register och rapporter i andra länder samt vissa uppgifter från Socialstyrelsen s. k. cancer-miljö-register. Cancer-miljöregistret har tillkommit 1979 genom samkörning av det svenska cancerregistret med resultatet av SCB:s Folk- och Bostadsräkning 1960.

Ett landsomfattande cancerregister startades i Sverige 1958. De senaste tillgängliga kompletta uppgifterna är från 1974. För närvarande försöker man minska eftersläpningen i registerredovisningen. Socialstyrelsen räknar med, att i början av 1981 kunna redovisa uppgifter från cancerregistret fram t. o. m. 1978.

Nuvarande situation

Under 1958 registrerades i Sverige cirka 19 300 och 1973 cirka 31 200 nya cancerfall. Antalet nya cancerfall ökade sålunda i Sverige med 62 procent under dessa 16 år. Om denna ökning avstannar kommer var fjärde nu i Sverige levande person under sin livstid att utveckla en cancersjukdom, 25 procent av männen och 27 procent av kvinnorna.

Orsaker till ökningen av antalet cancersjuka

Omkring hälften av ökningen beror på, att vi lever längre. Den återstående ökningen är relativt jämnt fördelad på samtliga åldersgrupper, utom hos barn, som uppvisar en något mindre uttalad ökning. Förbättrad och tidigare diagnostik kan ha viss betydelse. Denna måste dock bedömas vara rätt ringa i förhållande till ökningens omfattning.

Det svenska cancerregistret har god tillförlitlighet. Man har visat att bortfallet vid registreringen har varit obetydligt under hela den aktuella perioden.

Ökningen är ojämnt fördelad mellan olika tumörformer. De pigmenterade hudtumörerna (maligna melanom), lungcancer, s. k. non-Hodgkin's lymfom, levercancer och blåscancer har ökat snabbast de senaste åtta åren. Mellan 1958 och 1973 ökade lungcancern med 140 procent. Samtidigt blev andra tumörformer mindre vanliga, som t. ex. cancer i livmoderhalsen, magsäcken, matstrupen, näsan och näsans bihålor. Minskningen av antalet fall av livmoderhalscancer torde sammanhänga med hälsokontrollerna. Vi har ingen förklaring till minskningen av andra tumörformer. Bruk av tobak, främst cigarettrökning, torde vara den främsta anledningen till ökningen av lungcancer. Rökningen bidrar också till ökningen av vissa andra tumörformer (cancer i urinblåsa, i buskpottkörtel m. fl.). Det finns tecken på att överdrivet

solbadande ligger bakom den observerade ökningen av pigmenterade och opigmenterade hudtumörer.

Ålder

Äldre löper större risk än unga att utveckla en cancersjukdom. En person över 70 år löper en risk på en procent per år att få en cancersjukdom. Under 1973 inträffade i Sverige 14 500 cancerfall hos människor över 70 år. Antalet cancerfall bland yngre var samtidigt 16 700. Cancer är i flera länder den vanligaste dödsorsaken i de aktiva åldrarna 40 till 55 år och också bland barn mellan tre och 14 år. Hos äldre är cirkulationssjukdomarna den vanligaste dödsorsaken.

Hemort

Betydande geografiska skillnader föreligger i cancerfrekvens. Storstadsbefolkningen är därvid den mest utpräglade riskgruppen. Under perioden 1959–65 var frekvensen av cancersjukdomar per 100 000 invånare 1 1/2 gånger större i Sveriges tre storstäder jämfört med genomsnittet för landsbygdsbefolkningen. Efter korrektion för skillnader i befolkningens åldersfördelning, har i Sverige Jämtlands län den lägsta incidensen av cancersjukdomar. Under 1973 inträffade i detta län 315 nya cancerfall per 100 000 invånare bland den manliga befolkningen mot 554 fall per 100 000 invånare i Stockholm. Samma tendens finns i andra länder.

Kön

1973 var cancer något vanligare bland män än bland kvinnor, 390 resp. 375 fall per år bland 100 000 invånare.

Bland kvinnorna är bröstcancer den vanligaste tumörformen. Den svarar för 23 procent av alla cancerfall (3 600 nya bröstcancerfall per år). De gynekologiska tumörerna svarar för 18 procent, cancer i tjocktarmen och ändtarmen för tolv procent, cancer i magsäcken för fem procent, cancer i lever och bukspottkörtel för tre-fyra procent vardera.

Hos männen är cancern i prostatakörteln vanligast och svarar för 21 procent av alla tumörer (cirka 3 300 nya fall per år). Lungcancer svarar för tio procent, tjocktarms- och ändtarmscancer för cirka tolv procent, blåscancer för sex procent och maligna lymfom för cirka fem procent av alla cancerfall hos män.

Under den senaste analyserade åtta-årsperioden (1965–1973), var den årliga ökningen av cancer bland män nästan dubbelt så stor som bland kvinnor. Samma tendens rapporteras från andra länder.

Yrkesgrupper-näringsgrenar

En del tumörformer är vanligare bland utövare av vissa yrken. Lungcancer är t. ex. vanligare hos gruvarbetare, och cancer i näsan och näsans bihålor hos träarbetare. Anställda inom asbestindustrin har ökad frekvens av cancer

i lunga och lungsäck, särskilt om de är rökare. Dessa data kräver dock mera ingående analys, innan man kan bedöma deras tillförlitlighet och betydelse. Jämfört med de betydande geografiska variationerna är skillnaderna mellan olika yrkesgrupper relativt små.

Invandrare

Invandrargrupperna i Sverige är för små för att ge ett underlag för säkra bedömningar. I andra länder med större invandrargrupper har man funnit, att dessa under en tid behåller ursprungslandets mönster för fördelningen av cancersjukdomar. Efter längre eller kortare tid närmar de sig emellertid det nya hemlandets incidens av olika tumörformer. I Sverige har man t. ex. observerat, att invandrarna från Finland har en ökad frekvens av lungcancer. Invandrare från vissa delar av Turkiet bibehåller hemortens ökade risk att få en ovanlig form av lungsäckscancer.

Prognoser inför 1990-talet

Av naturliga skäl måste prognoser beträffande incidensen av cancersjukdomar under 1990-talet vara belastade med betydande osäkerhet. Om alla tendenser fortsätter från åren 1958–1973, kommer i mitten av 1990-talet cirka 50 000 människor per år att insjukna i en cancersjukdom. Om medellivslängden inte förändras ytterligare, men övriga tendenser fortsätter, kommer under mitten av 1990-talet omkring 40 000 människor få en cancersjukdom per år, dvs. 500 nya cancerfall per 100 000 invånare. Detta skulle innebära, att varje år 0,5 procent av Sveriges befolkning insjuknar i en cancersjukdom.

Dessa prognoser är beroende av flera faktorer. En fortsatt ökning av medellivslängden i Sverige kommer att leda till högre frekvens av cancersjukdomar, beräknat per 100 000 invånare. Å andra sidan kan man hoppas att den hittills obrutna tendensen till ständig årlig ökning av cancersjukdomarna i alla åldersgrupper skall plana av. Ännu kan man dock inte skönja någon helt säker tendens till sådan utveckling.

Förebyggande åtgärder

Våra möjligheter att förebygga tumörsjukdomar är för närvarande mycket små. Anledningen är att vi inte känner till deras orsaker och uppkomstmekanism. Mer kunskap kan vi få genom experimentella studier eller epidemiologiska utredningar.

Prognoser inför 1990-talet: experimentella studier

I många laboratorier pågår försök för att förstå cancersjukdomarnas natur, orsaker och uppkomstmekanismer. Vi kan arbeta förebyggande först när vi förstår en sjukdoms natur och uppkomstmekanism. Av allt att döma är dock vägen till denna förståelse fortfarande lång. Även den efterföljande

utprovningen av förebyggande åtgärder tar lång tid. Cancer är dessutom av allt att döma ett samlingsbegrepp för flera olika sjukdomar, för vilka olika förebyggande åtgärder kan behöva utarbetas. Vi kan därför knappast hoppas på, att förebyggande åtgärder baserade på experimentella studier kan lösa cancersjukdomarnas problem redan under 1990-talet.

Prognoser inför 1990-talet: epidemiologiska utredningar

De epidemiologiska studiernas syfte är att kartlägga sjukdomarnas incidens i olika befolkningsgrupper och helst klarlägga vilka faktorer i vår miljö, som framkallar sjukdomen och vilka individer som är predisponerade att få den. Om vi kunde förstå varför incidensen av primär levercancer fördubblas i Sverige vart sjunde år, kunde vi kanske förebygga denna ökning. Om vi kunde förstå varför incidensen av cancer i magsäcken halveras i vissa åldersgrupper vart sjätte år, kunde vi kanske påskynda denna utveckling.

En expertgrupp inom WHO har uttalat, att över 70 procent av cancersjukdomarna är orsakade av miljöfaktorer. Bakgrunden till denna bedömning är främst de stora geografiska variationerna i tumörsjukdomarnas fördelning. Även om beräkningsmetoderna kan kritiseras, ger de en viss uppfattning om miljöns betydelse. Miljön är dock i detta sammanhang ett mycket vidsträckt begrepp. Det omfattar våra levnadsvanor, vilken mat vi äter, hur vi tillreder våra matvaror, vilka mediciner vi tar, sexualvanor, föroreningar i luft och föda, kroniska infektioner, förekomsten av parasiter, bakteriefloran i tarmen m. m.

Förutsättningarna för cancerepidemiologiska studier är i de skandinaviska länderna mycket goda. Befolkningens sjuklighet och dödlighet och vissa aspekter av befolkningens exposition kan följas med hjälp av ett stort antal register av unik tillförlitlighet. Mot denna bakgrund kommer Sveriges första professur i cancerepidemiologi att inrättas under 1980 och bli placerad vid Karolinska Institutet.

Cancerepidemiologiska studier försvåras dock av, att sambanden i regel är komplicerade. Ofta måste flera faktorer samverka för att en tumörsjukdom skall uppkomma. Det finns en lång latenstid mellan expositionen och tumörsjukdomens uppkomst, ofta 10–15 år eller mera. Trots dessa svårigeter kan vi hoppas på, att åtgärder baserade på cancerepidemiologiska utredningar kan leda till en avplaning av den hittills obrutna trenden till ökning av antalet cancersjuka, eller kanske t. o. m. ge en viss minskning redan under 1990-talet. Vi kan dock knappast hoppas att cancerepidemiologiska studier redan under 1990-talet, eller senare, kan leda till en defintiv lösning av cancersjukdomarnas problematik.

Redan under 1700-talet upptäckte man att skorstensfejarbiträden fick hudcancer kring pungen. Detta har sedermera lett till preventiva åtgärder. Bland de mera aktuella framstegen kan nämnas förebyggande av cancer i urinvägarna genom att reducera kontakten med cancerframkallande ämnen hos vissa arbetare inom färgämnesindustrin och hos användare av vissa smärtstillande läkemedel samt påvisande av sambandet mellan primär levercancer och exposition för vinylklorid. Vidare har men spritt information om att trasiga tänder som skaver på slemhinnan kan inducera munhålecancer.

Tidigdiagnostik

Med tidigdiagnostik avses att upptäcka sjukdomen innan den är kliniskt manifest, dvs. innan upptäckten av sjukdomens symptom har fört patienten till läkare. Tidigdiagnostik förutsätter masshälsoundersökningar med användning av metoder som kan leda till upptäckt av tumörsjukdomens tidiga stadier eller helst förstadier till sjukdomen.

Nuläget

Ett stort antal metoder för tidigdiagnostik av olika former av cancer prövas i en rad länder, i Sverige främst metoder för tidigdiagnostik av cancer i livmoderhalsen och bröstkörteln.

Trots att Papanicolaus metod för tidigdiagnostik av cancer i livmoderhalsen är känd sedan 30 år och i användning i Sverige sedan mer än 20 år, kan man fortfarande inte bedöma metodens värde. Anledningen är, att de första masshälsoundersökningarna inte gjorts på ett sätt som möjliggör jämförelser mellan populationer som har eller inte har gått igenom hälsoundersökning. Under den senast studerade 8-årsperioden minskade antalet nya fall av livmodershalscancer från 980 under 1965 till 660 per år under 1973. Samtidigt görs årligen cirka 6 000 operationer för förmodade förstadier av cancer i livmodershalsen upptäckta vid hälsoundersökningar. Man måste därför ifrågasätta, om samhällets kostnader, som för närvarande uppgår till cirka 200 miljoner kronor per år, den oro som upprepade hälsoundersökningar framkallar hos många och det lidande som ett stort antal onödiga operationer medför, står i rimlig proportion till nyttan av masshälsoundersökningar. Det är dessutom ifrågasatt om dödligheten i livmoderhalscancer har minskat.

Beträffande bröstcancer pågår numer hälsoundersökningar som är upplagda på sådant sätt att man i framtiden bör kunna klarlägga deras värde (genom s. k. cost-benefit-analys).

Prognoser inför 1990-talet

Man beräknar, att det tar cirka 20 år från den dag då en idé väcks om en metod för tidigdiagnostik av en cancerform till dess att ett ställningstagande kan göras om undersökningens värde. Innan en metod accepteras, bör man kunna redovisa kostnader och resursåtgång i förhållande till den nytta som masshälsoundersökningar eventuellt kan göra genom minskad dödlighet och/eller bot genom mindre invalidiserande ingrepp. Det är angeläget att prövningen av metoder för tidigdiagnostik av cancer fortsätter. Det är emellertid väsentligt, att prövningen görs i sådana former att metodens för- och nackdelar kan utvärderas.

Masshälsoundersökningar för tidigdiagnostik av cancer kan möjligen redan under 1990-talet minska verkningarna av vissa tumörformer.

Behandling av cancersjukdomar

Nuläget

I början av århundradet var bot från cancersjukdom en ovanlighet. Den första utläkningen av en cancersjukdom genom strålterapi rapporterades sålunda 1899 från Sverige. Under 1930-talet botades en av fem cancerpatienter (20 procent), i början av 50-talet botades 25 procent av cancerpatienterna och mot slutet av 60-talet cirka 33 procent. Av en amerikansk rapport framgår, att man för närvarande botar 42 (41,6) procent av alla cancerpatienter, om man med bot menar minst 5 års total besvärsfrihet från tumörsjukdomen efter den primära behandlingen. Få cancerpatienter får återfall av sin tumörsjukdom efter en så lång period.

Förbättringen av behandlingsresultaten beror till stor del på bättre upplysning till allmänheten och utbildning av läkarna, så att cancersjukdomen upptäckes i ett tidigt skede. Dessutom ger dock behandlingen bättre resultat även hos patienter, som inte kunde botas tidigare. Samtidigt har behandlingen av cancersjukdomar blivit mera komplicerad. I början av 1950-talet hade vi i princip två behandlingsmetoder, kirurgi och strålterapi. Under den senaste 30-årsperioden har båda dessa metoder förbättrats. Strålterapi har helt ändrat karaktär genom tillkomsten av en modern högvoltsapparatur. Dessutom har nya behandlingsmetoder tillkommit, främst hormonbehandling och kemiska behandlingsmetoder. Flera metoder befinner sig också under utarbetande. Vid vissa tumörformer har detta lett till, att flera patienter kan botas. Som exepel kan nämnas urinblåsecancer, Hodgkins sjukdom, akut leukemi hos barn och flera andra barntumörer. Beträffande andra tumörformer som prostatacancer, cancer i magsäcken, bukspottskörteln och tjocktarmen, har denna utveckling inte lett till någon påvisbar ökning av antalet botade patienter. Utvecklingen av behandlingsmetoderna har dock lett till en betydande förbättring av den palliativa behandlingens resultat. Detta innebär att man kan erbjuda allt fler av de patienter som inte kan botas en längre och mera besvärsfri överlevnad. Detta gäller inte alla men allt fler tumörformer. Hos ett ständigt ökande antal av de patienter som inte kan botas blir cancer en kronisk sjukdom med goda behandlingsmöjligheter, på samma sätt som kroniska hjärt- och njursjukdomar.

Prognoser inför 1990-talet

Bättre information till allmänheten och utbildning av sjukvårdens personal förväntas ge tidigare diagnos i flera cancerfall, även utan masshälsoundersökningar, och därmed fortsatt förbättring av behandlingens resultat. Man räknar med, att genom dessa åtgärder kunna upptäcka mer än hälften av cancerfallen så tidigt att definitiv läkning blir möjlig. Dessutom har vi nyligen fått tillgång till nya behandlingsmetoder. En fortsatt förbättring av behandlingens resultat är att vänta, allt eftersom vi lär oss optimal användning av dessa metoder. Särskilt stora förhoppningar knyts till kombination av flera behandlingsmetoder.

På kort sikt erbjuder för närvarande förbättring av behandlingens resultat det största hoppet för att minska cancersjukdomarnas verkningar.

De psykologiska aspekterna av cancervården har hittills varit försummade i Sverige, liksom i andra länder. Eftersom rädslan för cancer hindrar många från att i tid söka behandling, försvårar rehabiliteringen av patienterna och utgör en svår börda för många, som inte har och aldrig kommer att få en cancersjukdom, är det angeläget att denna problematik beaktas. Att vi tar bättre hand om våra cancersjuka, att allt flera kan botas och att många kroniskt sjuka kan erbjudas behandling, som leder till lång och meningsfull överlevnad, kommer förhoppningsvis att leda till en minskning av cancerskräcken. Saklig information kan påskynda denna utveckling.

Cancervårdens organisation

Nuläget

Under de senaste årens utveckling har behandlingen av cancer blivit allt mera komplicerad. En internationell sjukvårdspolitisk debatt pågår om cancervårdens framtida organisation. Man är därvid överens om vissa förutsättningar för den framtida organisationen av cancervården. Sålunda har t. ex. behandlingen av cancersjukdomarna blivit så komplicerad, att cancervården bör byggas upp kring ett fåtal cancerbehandlingscentra. Varje centrum bör betjäna ett upptagningsområde med en-två miljoner människor.

Man är däremot inte helt överens om den bästa organisationen av cancercentra. Det finns i princip två alternativa organisationsformer efter vilka man för närvarande bygger upp cancervården i olika länder:

- cancersjukhus, där all kliniska enheter, laboratorier, kuratorsverksamheten m. m. är specialiserade uteslutande för cancervården
- onkologiska centra vid ett fåtal stora sjukhus, där en mindre för cancervården specialiserad kärna använder sjukhusets övriga resurser för att tillgodose den moderna cancervårdens behov.

Cancervårdens organisation kring fristående cancersjukhus byggs främst upp i länder som tidigare inte har regionaliserat den resurskrävande sjukvården, t. ex. Sovjetunionen, Östeuropa, Frankrike delvis också USA och Sydamerika. I Sverige, liksom i övriga skandinaviska länder, organiseras cancervården kring onkologiska centra vid ett fåtal befintliga regionsjukhus. Onkologiska centras uppgift är att tillgodose den moderna cancervårdens behov genom samordning av befintliga resurser.

Prognoser inför 1990-talet

Om ingenting oförutsett inträffar skall den organisatoriska anpassningen av sjukvården till den moderna cancervårdens behov fortgå i enlighet med de riktlinjer som dragits upp i olika länder. Den sjukvårdspolitiska debatten om den lämpligaste organisatoriska formen kommer dock sannolikt att fortsätta.

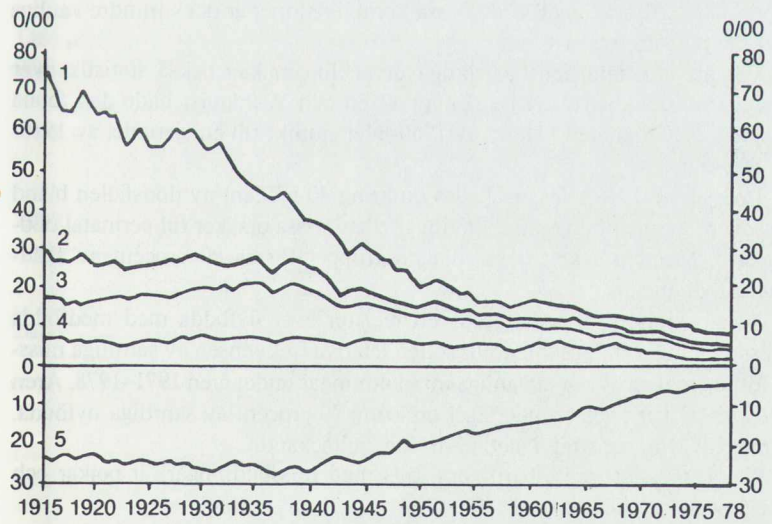
Bilaga 2 Perinatal dödlighet och medfödda missbildningar – en fördjupningsstudie

Utveckling och nuläge

Med perinatalt döda menas dödfödda och döda inom de sju första dagarna efter födelsen. Den perinatala dödligheten uppgår för närvarande i Sverige till knappt tio per 1 000 födda, vilket är den lägsta kända frekvensen i världen.

Den perinatala dödligheten i Sverige ökade något under 1920- och 1930-talen och nådde i slutet av 1930-talet nära 50 promille. Därefter har den under de senaste 40 åren stadigt minskat. Omkring 40 promille under mitten av 1940-talet blev 30 promille i mitten av 1950-talet och 20 promille i mitten av 1960-talet.

Dödföddheten har minskat något snabbare än dödligheten under första levnadsveckan. Som framgår av figur 1 har omkring hälften av de perinatalt döda de senaste åren utgjorts av dödfödda.



1. Spädbarnsdödlighet
2. Dödlighet första levnadsmånaden
3. Dödlighet första levnadsveckan
4. Dödlighet första levnadsdygnet
5. Dödföddhet

Figur 1 Spädbarnsdödlighet och perinatal dödlighet i Sverige 1915–1978.

Enligt SCB:s dödsorsaksstatistik är den underliggande dödsorsaken vid dödsfall inom 7 dagar efter födelsen i omkring 60–70 procent av typen "vissa orsaker till perinatal sjuklighet och dödlighet". Medfödda missbildningar är orsaken till omkring 20–30 procent av fallen. På en mer detaljerad nivå är medfödda missbildningar i cirkulationsorganen, hjärtskador i samband med förlossning, syrebrist i kroppsvävnader och omogenhet vanligt förekommande dödsorsaker under den första levnadsveckan.

Enligt socialstyrelsens medicinska födelseregistrering är följande nyföddhetsdiagnoser vanliga hos perinatalt döda barn: omogenhet utan närmare specifikation – främst på grund av kort graviditetstid – (omkring 30 procent), andningssvårigheter (omkring 30 procent) samt förlossningsskador på hjärnan (omkring 10 procent).

Det medicinska födelseregistret visar, att vissa diagnoser hos modern under graviditeten har samband med den perinatala dödligheten. Barn till mödrar som helt saknat diagnos under graviditeten hade 1977 en perinatal dödlighet på omkring åtta per 1 000 födda. Förhöjd perinatal dödlighet förekommer framför allt vid diagnoserna diabetes och blodgruppsinkompabilitet hos modern. Den perinatala dödligheten i samband med dessa diagnoser är fem respektive tre gånger högre än genomsnittet.

En något förhöjd perinatal dödlighet förekommer också vid diagnoserna urinvägsinfektioner och toxikoser under graviditeten. Dessa diagnoser är relativt vanligt förekommande bland mödrarna.

Enligt det medicinska födelseregistret har förlossningen för över hälften av alla perinalt döda skett utan komplikation. Vanliga komplikationer i samband med perinatal död är föreliggande moderkaka eller blödning före förlossning (ca tio procent) och komplikation genom fostrets tillstånd. Även uterusrupturer och navelsträngskomplikationer innebär en mycket starkt förhöjd risk för perinatal död. Dessa komplikationer är dock mindre vanliga än de två tidigare nämnda.

För att illustrera den långsiktiga utvecklingen kan också statistik över spädbarnsdödlighet utnyttjas. Enligt Sjölin och Wahlquist hade den totala spädbarnsdödligheten i slutet av 1960-talet sjunikt till en sjättedel av 1910-talets nivå.

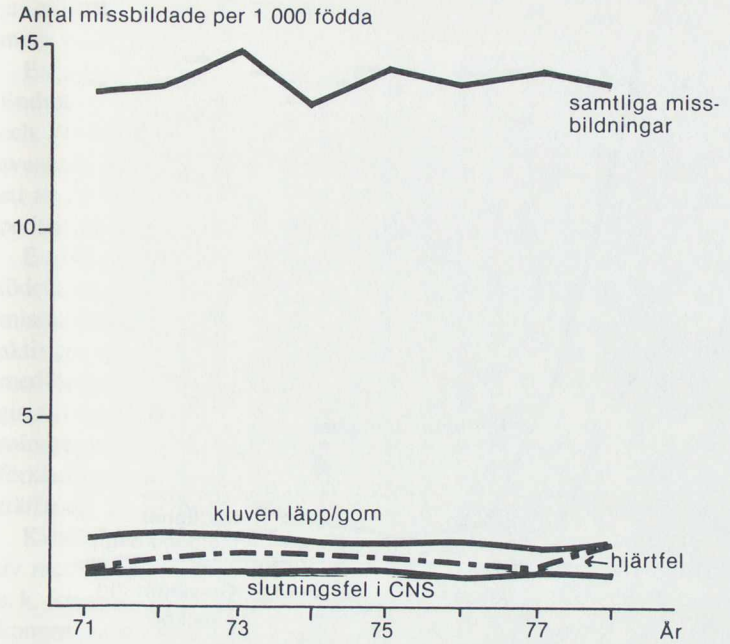
I början av 1910-talet orsakades omkring 40 procent av dödsfallen bland spädbarn av medfödda missbildningar eller "vissa orsaker till perinatal dödlighet". Numera svarar dessa diagnosgrupper för ca 80 procent av spädbarnsdödligheten.

Socialstyrelsen för sedan 1965 ett register över nyfödda med medfödda missbildningar. I figur 2 redovisas den relativa frekvensen av samtliga missbildningar samt av några vanliga missbildningar under åren 1971–1978. Åren 1971–1972 var registerunderlaget omkring 70 procent av samtliga nyfödda. Från 1973 är registret i det närmaste heltäckande.

Ca 60 procent av de barn som föds med missbildningar, är pojkar och 40 procent är flickor.

Ca tio procent av de missbildade barnen har multipla missbildningar. I genomsnitt har de senaste åren 1,2 missbildningar registrerats per missbildat barn.

Omkring 15 procent av de missbildade är dödfödda. Enligt SCB:s dödsorsaksstatistik dog år 1977 270 barn under ett års ålder på grund av medfödda

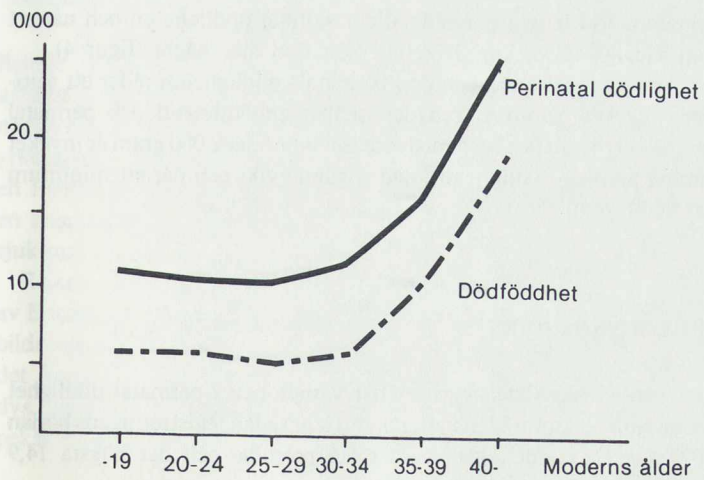


Figur 2 Totalt antal registrerade missbildningar samt några av de vanligaste missbildningstyperna per 1 000 födda.

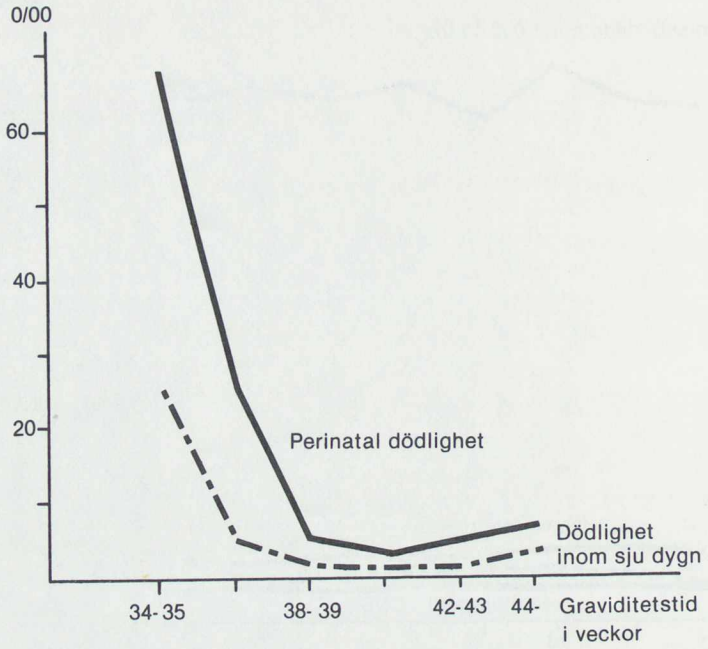
missbildningar. Detta motsvarar ca 20 procent av dem som föds med missbildningar.

Moderns ålder och graviditetens längd m. m.

Den perinatala dödligheten visar ett U-formigt samband med moderns ålder (figur 3). Dödligheten är lägst för åldrarna 20–29 år och högst för de äldsta mödrarna. Dödföddheten visar i princip samma beroende av moderns ålder som den perinatala dödligheten totalt.



Figur 3 Perinatal dödlighet och dödföddhet efter moderns ålder i Sverige 1975/76.



Figur 4 Perinatal dödlighet och dödligheten under första levnadsveckan efter graviditetens längd i Sverige 1975/76.

Ett liknande samband föreligger mellan den perinatala dödligheten och barnets ordningsnummer (beräknas som moderns tidigare levande födda och dödfödda plus det aktuella barnet). Dödligheten är därvid lägst för barn nr 2 och ökar därefter för varje ytterligare barn.

En studie av Meirik, Smedby och Ericson visar att förändringar i åldersfördelningen hos mödrar och fördelningen för barnens ordningsnummer förklarar endast ca nio procent av nedgången i perinatal dödlighet från 1953–1955 till 1973–1975. Den kraftiga sänkningen av den perinatala dödligheten under denna period har till stor del andra förklaringar.

Den perinatala dödligheten visar starkt samband med graviditetstidens längd. Vid graviditetstider under 30 fullbordade veckor dör ungefär vartannat barn perinatalt. Vid längre graviditetstider sjunker dödligheten och når ett minimum vid 40–41 veckor. Därefter ökar den åter något (figur 4).

Mellan barnets födelsevikt och den perinatala dödligheten råder ett samband, som mycket påminner om det mellan graviditetstid och perinatal dödlighet. Dödligheten hos barn med födelsevikt under 2 000 gram är mycket hög. Därefter sjunker dödligheten med stigande vikt och når ett minimum omkring 4 000 gram.

Geografiska variationer

Enligt det medicinska födelsregistret har variationen i perinatal dödlighet mellan olika sjukvårdsområden varit relativt stor sedan registreringens början 1973. 1977 var t. ex. det lägsta värdet 6,6 promille och det högsta 14,9

promille. Som ett annat exempel kan nämnas, att variationen 1974 var något mera begränsad – från 10,8 procent till 17,6 procent.

En analys av materialet visar dock, att skillnaderna inte är signifikanta. Endast ett av de 26 sjukvårdsområdena återfinnes under de båda åren 1973 och 1974 bland de fem med den högsta perinatala dödligheten. På motsvarande sätt är det bara ett område, som under dessa båda år uppvisar ett av de fem lägsta värdena. Vidare hade samma område 1973 den högsta perinatala dödligheten och 1974 den lägsta.

Ett flertal studier har gjorts av de medfödda missbildningarnas geografiska födelning. Ericson och Källén fann i en studie av åren 1973–1975 en förhöjd missbildningsfrekvens i två län. I det ena fallet var en högt driven diagnostisk aktivitet vid ett universitetssjukhus i ett av länen en rimlig förklaring. Den medförde en hög incidens av diagnoser med vissa avgränsnings- och registreringsproblem. I samma studie fann man också ett antal geografiskt mindre områden med förhöjda missbildningsfrekvenser. I de flesta fall var förklaringen även där ett relativt högt antal diagnoser med osäkerhet beträffande avgränsning och registrering.

Källén har undersökt den geografiska fördelningen av rappporterade fall av meningocele (ryggmärgsbråck) under perioden 1965–1975 med hjälp av s. k. klusterteknik. Studien gjordes på kommunnivå – enligt en tidigare kommunindelning än dagens. Förutom ett antal enskilda kommuner med förhöjda missbildningsfrekvenser kunde tre geografiskt större områden med anhopningar av fall registreras.

Ett flertal intensivstudier av små geografiska områden har på senare tid gjorts. Dessa har ofta initierats av larm från sjukvårdspersonal eller massmedia på orten.

Studier av den här typen är generellt sett besvärliga. De låga missbildningsfrekvenserna och de få födslarna inom varje geografiskt avgränsat område medför bl. a. att slumpen orsakar relativt stora variationer i antalet missbildningar per område och tidsperiod. Att skilja "äkta" ansamlingar av missbildningar från slumpmässiga är inte alltid möjligt.

Socioekonomisk bakgrund

Baltzar, Ericson och Källén har gjort omfattande studier av förlossningsutfallet bland sjukvårdsanställd personal. Man har därvid inte kunnat påvisa någon ökad risk vad avser graviditeter, som leder till förlossning, för denna yrkesgrupp. Däremot registrerades en ökad frekvens av hotande missfall, en företeelse som är mycket svår att närmare undersöka. Vidare iakttogs en ansamling av missbildade barn födda av kvinnor som arbetat vid tre sjukhus i Göteborgsregionen.

Risker för fosterskador vid arbete i viss laboratoriemiljö har studerats av Ericson, Gauffin, Källén och Meirik. Undersökningen visar en höjd missbildningsfrekvens inom den studerade populationen. Författarna menar, att det finns skäl som talar för att det rör sig om äkta stegring av frekvsen, dvs. stegringarna är ej betingade av slumpen. Några ytterligare rapporter pekar i samma riktning.

Ericson, Eriksson och Zetterström har studerat den perinatala dödligheten vid olika Stockholmssjukhus 1973–1976. Bland fem sjukhus redovisade två en perinatal dödlighet över genomsnittet. Inom båda dessa sjukhus upptagningsområden var andelen låginkomsthushåll högre och andelen trångbodda hushåll fler än för övriga områden. Samtidigt var andelen höginkomsttagare och andelen villaägare lägre i de två sjukhusens upptagningsområden. Sjukhuset med den lägsta perinatala dödligheten redovisade den lägsta andelen ensamstående kvinnor, den lägsta andelen heltidsarbetande kvinnor, den högsta andelen deltidsarbetande kvinnor och den högsta andelen högutbildade bland de sysselsatta.

Lindgren har också studerat den socioekonomiska strukturens betydelse för den perinatala dödligheten vid några Stockholmssjukhus. Med hjälp av en komplex s. k. socioekonomisk faktor visar han, att den perinatala dödligheten troligen ökar med försämrade socioekonomiska förhållanden. Dessutom antyder hans studie att den perinatala dödligheten kan öka i samband med förändringar av en kliniks upptagningsområde.

Invandrare

Ericson och Smedby har studerat den perinatala dödligheten bland barn till invandrarkvinnor åren 1973–1976. Något överraskande fann man, att såväl dödföddheten som tidigdödligheten bland barn till kvinnor med utländskt medborgarskap var något mindre än bland övriga barn. En tänkbar förklaring till detta skulle kunna vara, att urvalsmekanismer vid invandringen leder till en överrepresentation av kvinnor med bättre hälsa och bättre graviditetsutsikter i invandrargruppen.

Rökning

Erickson, Källén och Westerholm har undersökt sambandet mellan cigarettrökning bland mödrar och vissa medfödda missbildningar. De fann, att signifikant fler kvinnor som fött barn med kluven läpp eller gom rökte än kvinnorna i en kontrollgrupp. Studien visade också att födelsevikten avtar med ökad rökning.

Referenslista

Socialstyrelsen	Medicinsk födelseregistrering 1973 och 1974. Statistiska meddelanden HS 1977:16.
Sjölin S och Vahlquist B	Child health in Sweden. Acta Paediatrica Scandinavia 63:485, 1974.
Socialstyrelsen	Patientstatistik 15: Missbildningsregistrets verksamhet 1965–1972.
Socialstyrelsen	Redogörelse för Missbildningsregistret 1978: Stencil 1972-09-20. Dnr PB 3:571.
Meirik O, Smedby B och Ericson A	Import of shift in age and parity distribution of mothers on perinatal mortality in Sweden 1953–1975. Socialmedicinska institutionen, Akademiska sjukhuset och socialstyrelsen, 1979-04-20.
Ericson A och Källén B	Utredning rörande geografisk distribution av missbildningsbörder och perinatal död i Sverige 1973–1975. Bilaga till socialstyrelsens rapport om missbildningsfödslar och perinatal dödlighet i Värmlands län. 1977-08-03.
Källén B	Analys av geografisk distribution i Sverige av rapporterade fall av meningocele. Bilaga till socialstyrelsens rapport om missbildningsfödslar och perinatal dödlighet i Värmlands län. 1977-08-03.
Baltzar B, Ericson A och Källén B	Delivery outcome in women empoloyed in medical occupations in Sweden. Journal of Occupational Medicine. Vol. 21, No. 8, p. 543. August 1979.
Ericsson A, Gauffin U, Källén B och Meirik O	Tänkbara risker för fosterskada vid arbete i viss laboratoriemiljö. Rapport från socialmedicinska institutionen, Akademiska sjukhuset, 1979-05-09.
Ericson A, Eriksson M och Zetterström R	Analysis of perinatal mortality rate in the Stockholm area. Acta Paediatrica Scandinavia Suppl. 275, 1979.
Lindgren L	Den perinatala dödligheten och befolkningens socioekonomiska struktur. Socialmedicinsk tidskrift Nr 7:471, 1979.
Ericson A och Smedby B	Perinatal dödlighet bland barn till invandrarkvinnor. Läkartidningen Vol. 76, Nr 35:2889, 1979.
Ericson A och Källén B	Cigarette smoking as an aetiological factor in cleft lip and palate. American Journal of Obstetrics and gynecology. Nov. 1979.

Bilaga 3 Yttre orsaker till skador

Inledning

Då skadediagnoser används för patienter i sluten sjukvård eller på dödsbevis skall även den yttre orsaken till skadan anges. Skadans tillkomstsätt klassificeras därvid med hjälp av den särskilda serien s. k. E-nummer.

I en undersökning från den slutna sjukvården inom 15 sjukvårdsområden 1977 återfanns 14 procent fler utskrivna patienter med uppgift om orsak till skada än de som haft skadediagnos (med uppgift om skadans natur) som huvudorsak till den slutna vården. Denna skillnad torde i första hand bero på, att annan diagnos än skadan valts som huvuddiagnos.

Här har i antalet skadade som vårdats i sluten vård även inkluderats de patienter, för vilka skadan klassificerats som en bidiagnos. Endast ett vårdtillfälle under året har räknats per patient och 3-ställig huvuddiagnos. (För en teknisk beskrivning av metod se bilaga 7.)

Med detta mått uppgick antalet skadade, som skrevs ut från den slutna sjukvården 1977, till 15 per 1 000 invånare (17/1 000 för män och 13/1 000 för kvinnor).

Den vanligaste orsaken till en skada är enligt undersökningsmaterialet fallolyckor med 6,6 vårdade per 1 000 invånare. Andra vanliga skadeorsaker är trafikolyckor, komplikationer och missöden vid medicinska och kirurgiska åtgärder, självmord och självmordsförsök, förgiftningar genom olyckshändelse samt mord, dråp och annan uppsåtlig misshandel.

Skadeorsak	Per 1 000 invånare	
	Vårdade i sluten vård 1977	Döda 1977
Fallolyckor	6,6	0,21
Trafikolyckor	2,0	0,16
Förgiftningsolyckor	0,65	0,034
Drunkningsolyckor[a]	0,016	0,019
Självmord	0,76	0,20
Mord, dråp, misshandel	0,43	0,012
Tveksamt om olycka eller uppsåt	0,50	0,072
Totalt	15	0,75

[a] Drunkning till sjöss ingår i trafikolyckor.

Enligt dödsorsaksstatistiken uppgick dödligheten i skador 1977 till 0,75 per 1 000 invånare.

Även som dödsorsak var fallolyckorna vanligast med 0,21 döda per 1 000. Skillnaden mellan fallolyckor och självmord var dock mycket liten. Andra skadeorsaker som är vanliga som dödsorsaker är trafikskador, förgiftning genom olyckshändelse, drunkning, olyckor orsakade av öppen eld, mord, dråp och annan uppsåtlig misshandel samt skada där olyckshändelse eller uppsåt ej kunnat fastställas.

Olycksfall – några utvecklingstrender

Antalet döda genom olyckshändelse per 1 000 invånare minskade i Sverige något under senare delen av 1800-talet (diagram 1). Under mitten av 1900-talet kan en tendens till ökning avläsas. Förändringarna under de senaste hundra åren har dock varit obetydliga.

Av diagrammet framgår också, att en typ av olyckor har ersatts av en annan. Antalet dödsfall i trafikolyckor har således under perioden 1920–1965 stadigt ökat medan antalet som dött genom drunkning minskat ungefär lika mycket.

Det kan vara av speciellt intresse att analysera orsakerna till minskningen av drunkningsolyckorna. En målmedveten förebyggande information kring drunkningsolyckor samt ökad simkunnighet är sannolika förklaringar.

Beträffande motortrafikens dödstal kan konstateras en tendens till, att vi passerat dödskurvornas krön. Det är dock alltför tidigt att dra några säkra slutsatser avseende dessa förändringars betydelse.

Dödsolycksfallen i Sverige under perioden 1946–1977 redovisas i diagram 2 mer i detalj.

Under 1970-talet har antalet döda genom fallolyckor ökat till över 20 per 100 000 invånare och orsakar nu flest dödsfall av samtliga skadetyper. Samtidigt har antalet döda genom vägtrafikolyckor minskat. Dödsfallen p. g. a. drunkning har visat en fortsatt tendens att minska. I diagrammet ingår drunkningsolyckor till sjöss.

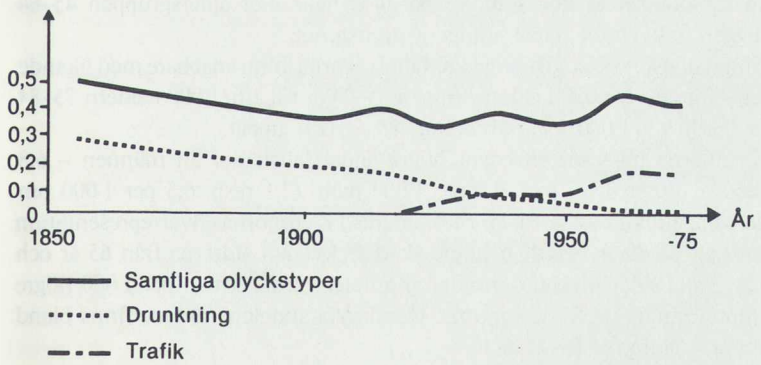


Diagram 1 Döda genom olycksfall per 1 000 invånare i Sverige 1850–1975.

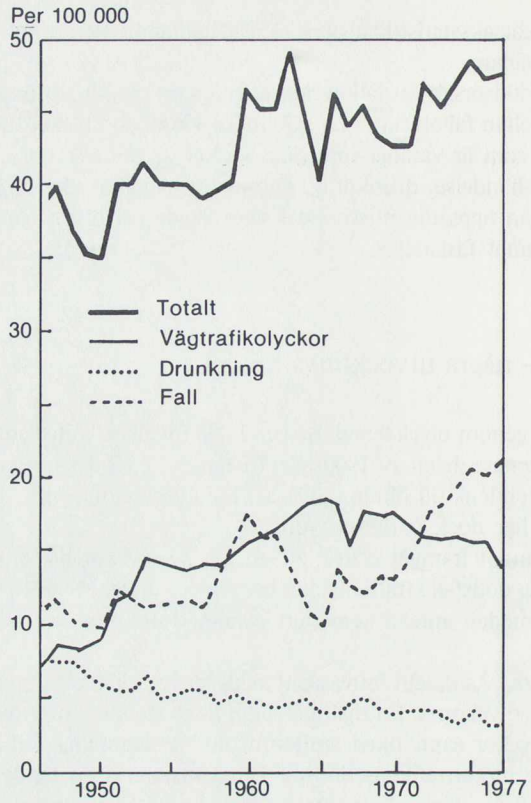


Diagram 2 Dödsolycksfall per 100 000 invånare i Sverige åren 1946–1977.

Fallolyckor

Fallolyckor inkluderar alla typer av fall utom fall i eller från fordon i trafik. Dessa fall registreras som trafikolyckor.

Fallolyckor är vanliga framför allt bland gamla människor. Andelen vårdade i sluten vård av denna orsak är i åldersgruppen från 85 år ungefär dubbelt så hög som i åldersgruppen 75–84 år. I denna senare grupp är den i sin tur dubbelt så hög som för 65–74-åringar. För åldersgruppen 45–64 år ligger frekvensen något under genomsnittet.

Enligt dödsorsaksstatistiken ökar fallolyckorna ännu snabbare med ökande ålder – från 0,17/1 000 i åldersgruppen 65–74 år till 1,6/1 000 i åldern 75–84 år och till 9,9/1 000 i åldrarna från 85 år och uppåt.

Kvinnorna uppvisar en något högre andel fallskador än männen – 6,8 vårdade i sluten vård mot 6,3 per 1 000 män. (7,1 resp. 6,5 per 1 000 om även sena effekter av fallskador inkluderas.) Kvinnornas överrepresentation beror helt på deras betydligt högre skadefrekvens i åldrarna från 65 år och uppåt. I alla åldersklasser därunder är antalet vårdade män per 1 000 högre än motsvarande tal för kvinnorna. Den lägsta andelen vårdade finns bland kvinnor i åldrarna 15–44 år.

Flertalet fallolyckor var enligt slutenvårdsstatistiken av typen "fall i samma plan" – 62 procent för män och 74 procent för kvinnor. Dessa fallolyckor orsakades till övervägande del av halkning, snavning eller snubbling.

Även skillnaden mellan män och kvinnor förstärks i dödsorsaksstatistiken. Antalet döda kvinnor med dödsorsaken fallolyckor var 0,24 per 1 000 mot 0,17 per 1 000 män. Antalet döda per 1 000 invånare var lika för män och kvinnor i åldersgruppen 70–74 år. Däröver var dödligheten högre för kvinnor. Därunder var den högre för män.

De flesta fallolyckor är enligt dödsorsaksstatistiken av typen "annan eller utan närmare specifikation". 0,037 personer per 1 000 invånare avled efter fall i samma plan orsakat av halkning, snavning eller snubbling. Samtliga uppgifter ovan avser år 1977.

Trafikolyckor

Den typ av trafikolyckor som orsakar flest personskador och dödsfall är vägtrafikolyckor. (diagram 3).

Den tidigare konstaterade stabiliseringen av antalet dödade i vägtrafikolyckor under de senaste tio åren präglar även utvecklingen av skadade vid vägtrafikolyckor.

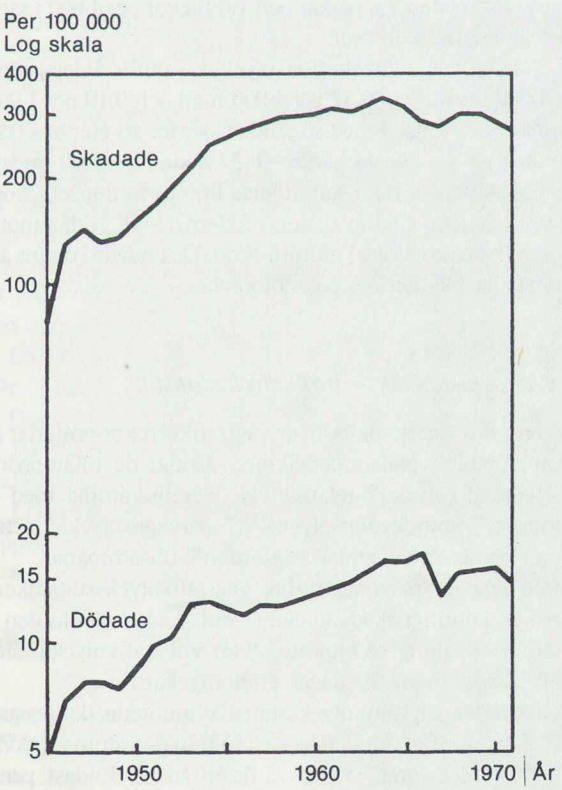


Diagram 3 Vid vägtrafikolyckor i Sverige dödade och skadade per 100 000 invånare åren 1945–1971.

Totalt vårdades i sluten sjukvård 2,0 skadade i trafikolyckor per 1 000 invånare enligt undersökningen från 15 sjukvårdsområden 1977. På en mera detaljerad nivå var orsaken motorfordonsolycka för 1,5 av 1 000. Motorfordonsolycka inkluderar då även kollision mellan motorfordon och andra typer av fordon. Spårvagnsolyckor, trampcykelolyckor och olyckor med andra vägfordon orsakade tillsammans 0,4 vårdade per 1 000. Efter järnvägsolyckor, olyckor vid vattentransport och olyckor vid lufttrafik vårdades sammanlagt 0,04 personer av 1 000.

Antalet döda genom trafikolyckor 1977 uppgick till 0,16 per 1 000 invånare. Merparten av dessa (0,13/1 000) avled av skador från olyckor med motorfordon. Genom sjöolyckor avled 0,012 per 1 000 invånare.

Trafikolyckor som skadeorsak är betydligt vanligare bland män än bland kvinnor – 2,7 jämfört med 1,4 vårdade i sluten vård och 0,23 jämfört med 0,08 döda per 1 000 invånare. P. g. a. motorfordonsolyckor vårdades 2,1 män och 1,0 kvinnor av 1 000 i sluten sjukvård medan 0,19 män och 0,075 kvinnor av 1 000 dog av denna orsak.

Trafikolyckor och framför allt motorfordonsolyckor är vanligast i åldern 15–24 år. För samtliga trafikolyckstyper tillsammans registrerades i den slutna vården 5,9 vårdade män och 2,2 vårdade kvinnor samt för motorfordonsolyckor 5,4 män och 2,0 kvinnor per 1 000 invånare inom denna åldersgrupp.

I åldersgruppen 1–14 år är andra trafikolyckor vanligare än motorfordonsolyckor. 1,2 pojkar och 0,9 flickor per 1 000 i dessa åldrar vårdades för motorfordonsolyckor medan 1,6 pojkar och 1,0 flickor per 1 000 i samma åldrar vårdade för andra trafikolyckor.

Antalet döda p. g. a. motorfordonsolyckor var för åldersgruppen 15–19 år 0,21 per 1 000 invånare – 0,32 per 1 000 män och 0,10 per 1 000 kvinnor. Därefter sjunker frekvensen med stigande ålder för att åter öka från omkring 40 års ålder och nå sitt högsta värde – 0,37 döda per 1 000 invånare i ålder 75–79 år. Över hälften av dem som dödats i motorfordonsolyckor i åldrarna 75–79 år var fotgängare eller cyklister. I åldern 15–19 år däremot var 80–90 procent förare eller passagerare i motorfordon. De dödade i denna åldersgrupp hade i vart tredje fall färdats på motorcykel.

Jämförelse patientstatistik – trafikolycksstatistik

Statistiska centralbyråns statistik över vägtrafikolyckor omfattar alla sådana olyckor, som föranlett polisundersökning. Enligt de tillämpade definitionerna bör "vägtrafikolycka" relativt väl överensstämma med sjukdomsklassifikationens "motorfordonsolycka", "spårvagnsolycka", "trampcykelolycka" och "olycka med annat vägfordon" tillsammans.

Beträffande skadade personer skiljer vägtrafikolycksstatistiken på döda, svårt skadade och lindrigt skadade. Som svårt skadad räknas den vars skada väntas medföra intagning på sjukhus. Som vid trafikolycka dödad räknas person, som avlidit inom 30 dagar efter olyckan.

I den rikstäckande vägtrafikolycksstatistiken noteras det geografiska område, där olyckan inträffar. Undersökningen från den slutna sjukvården 1977 omfattar 13 län (motsvarar 15 sjukvårdsområden). Endast personer med

hemort i något av dessa län ingår i bearbetningen. Dessutom krävs att vården har skett vid något sjukhus, som vid bearbetningstillfället levererat patientstatistik till socialstyrelsen. Av denna anledning borde för de 13 län som ingår i undersökningsområdet antalet döda och svårt skadade tillsammans enligt vägtrafikolycksstatistiken vara fler än det antal, som enligt patientstatistiken vårdats för trafikolyckor i sluten vård – om inget bortfall förekom i statistiken.

För de tretton län, som ingår i bearbetningen av patientstatistiken, redovisar vägtrafikolycksstatistiken 4 780 döda eller svårt skadade. Antalet vårdade för skada föranledd av motsvarande typ av trafikolycka var enligt patientstatistiken 10 770. Antalet skadade, som enligt vägtrafikolycksstatistiken var i behov av sluten vård på sjukhus, var sålunda endast 44 procent av antalet vårdade enligt patientstatistiken. För de tretton länen varierade denna andel mellan 38 och 78 procent.

Det totala antalet vägtrafikolyckor enligt vägtrafikolycksstatistiken var 1977 för hela riken 197 per 100 000 invånare och för de 13 länen 195 per samma antal invånare. Undersökningsområdet skiljer sig således i detta avseende obetydligt från riket i övrigt.

Orsaken till den stora skillnaden torde framför allt vara, att en stor andel personskadeolyckor inte kommer till polisens kännedom. Enligt en undersökning av dåvarande Statens väginstitut år 1964, skulle de av polisen kända olyckorna uppgå till cirka 50 procent av samtliga inträffade vägtrafikolyckor med personskada. Jämförelsen från 1977 tyder inte på att denna andel ökat.

Självmord

Antalet utskrivna från sluten sjukvård i de 15 sjukvårdsområdena 1977 med huvuddiagnosen självmord, självmordsförsök o. d. uppgick till 0,68 per 1 000 män och 0,84 per 1 000 kvinnor.

Enligt dödsorsaksstatistiken är däremot antalet självmordsförsök som leder till död högre bland män än bland kvinnor. 1977 var dödligheten 0,28 per 1 000 män och 0,11 per 1 000 kvinnor.

Andelen vårdade i sluten vård p. g. a. självmordsförsök är högst i åldrarna 15–44 år. Den är också högre för kvinnor i alla åldrar upp till 75 år. Dödligheten är högst bland män i åldern 70–89 år med 0,5–0,6 döda per 1 000 invånare. Dödligheten för män ökar med stigande ålder (upp till 90 år) med undantag för åren kring 50 där en viss sänkning kan noteras. Kvinnornas högsta dödlighet inträffar i åldern 50–54 år, då antalet döda är 21 per 1 000 invånare. Därefter sjunker den något, men når tillfälligt samma nivå för åldersgruppen 80–84 år.

Förgiftning

Antalet personer, som skrevs ut från sluten sjukvård i de 15 sjukvårdsområden 1977 p. g. a. skada orsakad av förgiftning genom olycksfall, uppgick till 0,75 per 1 000 män och 0,56 per 1 000 kvinnor. Vidare vårdades 0,45

per 1 000 män och 0,38 per 1 000 kvinnor för sådana förgiftningar, där det inte hade kunnat avgöras, om skadan orsakats av uppsåt eller genom olycksfall.

Förgiftningar, där olycksfall är klarlagt, är enligt slutenvårdsstatistiken vanligast bland de allra äldsta och bland barn. Bland dem som vårdas för förgiftningar, där det råder ovisshet om olycksfall eller uppsåt, är framför allt åldersgruppen 25–44 år överrepresenterad. Samma åldersgrupp har även relativt flest vårdade p. g. a. självmord eller självmordsförsök genom förgiftning.

Antalet döda genom förgiftning orsakad av olyckshändelse var 1977 0,059 per 1 000 män och 0,010 per 1 000 kvinnor. Åldersgruppen 40–69 år uppvisar relativt flest med denna dödsorsak. Antalet dödade genom förgiftning, där man inte kunnat avgöra om uppsåt eller olycksfall förelegat, är cirka 30 procent fler än de för vilka olycksfall har klarlagts. Framför allt är antalet döda kvinnor fler i gruppen, där uppsåtet är ovisst.

Underbilaga

Utskrivna personer med skadediagnos per 100 000 invånare i olika åldersgrupper i 15 sjukvårdsområden 1977

Skadan orsakad av	Män i åldern									Kvinnor i åldern								
	0	1–14	15–24	25–44	45–64	65–74	75–84	85	Tot	0	1–14	15–24	25–44	45–64	65–74	75–84	85	Tot
Motorfordonsolycka	19	125	539	162	160	176	212	129	206	16	91	201	75	100	110	103	39	104
Annan trafikolycka	–	156	49	30	37	41	50	41	60	13	98	21	17	28	24	17	10	36
Förgiftning	90	110	77	66	60	54	73	113	75	69	90	65	39	34	38	99	141	56
Fall i samma plan p. g. a. halkning o. d.	40	219	220	208	356	583	1294	3150	340	52	152	108	122	363	956	2744	5492	493
Annat fall	273	335	304	239	268	305	421	844	291	180	213	111	71	134	290	646	1266	193
Komplikationer m. m. vid medicinska åtgärder	121	44	58	63	148	309	535	654	123	82	37	85	115	156	252	458	557	146
Övriga olyckshändelser	267	295	468	314	251	149	157	154	294	131	165	115	76	72	74	106	149	99
Sen effekt av olycksfall	12	19	105	82	88	89	132	180	76	7	13	45	37	63	104	223	290	60
Självmord, självmordsförsök	–	4	91	126	63	30	34	36	68	3	9	155	146	75	44	21	18	84
Mord, dråp, misshandel	–	16	167	102	51	22	14	31	70	10	2	26	34	13	4	8	0	17
Tveksamt om olycka eller uppsåt	19	10	79	94	56	28	25	46	57	3	10	85	65	38	20	22	21	42
Övriga skadeorsaker	–	0	2	2	2	–	1	5	2	3	–	1	1	1	1	3	3	1
Totalt	841	1333	2160	1488	1540	1785	2948	5384	1663	569	879	1019	798	1075	1918	4450	7985	1329

Bilaga 4 Dödlighet och dödsorsaker i olika yrkesgrupper och socioekonomiska grupper i Finland, Danmark och Norge

Inledning

Den svenska statistiken över dödlighet och dödsorsaker innehåller ingen redovisning för olika yrken eller socioekonomiska grupper. Detta är ur hälsopolitisk synvinkel en brist som begränsar möjligheterna att identifiera riskgrupper och analysera förändringar över tiden vad avser dödsrisker.

I bl. a. Finland, Danmark och Norge har emellertid dödlighet och dödsorsaker studerats för olika yrkesgrupper och socioekonomiska klasser.

Dödsorsaker har i Finland undersökts för olika socialgrupper under perioderna 1969–71 och 1969–72. Särskilt har åldersgrupperna 25–64 och 15–64 år studerats. Dessa studier visar att, om alla andra faktorer hålls konstanta, skulle hela dödligheten i åldersgruppen 25–64 år minska med 21 procent, om dödligheten för samtliga övriga socialgrupper kunde sänkas till den nivå som gäller för akademiker, högre tjänstemän och likställda. Den högsta totala dödligheten fanns för såväl män som kvinnor bland arbetare utan yrkesutbildning.

Danska studier av dödligheten i olika yrkes- och socialgrupper under perioden 1970–75 visar att den totala dödligheten i åldersgruppen 20 till 64 år är högre bland arbetare än bland tjänstemän och företagare.

Norska undersökningar avseende perioden 1970–1973 visar också, att den högsta dödligheten bland de yrkesverksamma finns inom yrken med lägst social status. Dödligheten är särskilt hög bland män i sådana yrken i åldern 20–44 år och särskilt låg bland manliga högre tjänstemän, akademiker och likställda i samma ålder. Även kvinnor i åldern 20–34 år i yrken med låg social status har ett markant högt dödlighetsindex.

I Finland har man funnit en förhöjd dödlighet i lungcancer bland arbetare och särskilt manliga arbetare utan yrkesutbildning. Den senare gruppen var även överrepresenterad bland döda i magcancer. För vissa andra cancerformer – i tarm, bröstkörtel och prostata – fann man en överdödlighet bland akademiker och högre tjänstemän. I Danmark hade yrkesutbildade arbetare den högsta cancerdödligheten bland förvärvsarbetande. Särskilt hög var den hos män för cancer i andningsorganen och i uro-genitalorganen. Yrkesgrupper med hög cancerdödlighet var vissa hotell- och restauranganställda samt manliga bagare och slaktare. Även i Norge har man för män funnit en hög cancerdödlighet bland hotell- och restaurangarbetare samt bland arbetare inom kemisk processindustri och bland gruv- och sprängningsarbetare. Manliga arbetare utan yrkesutbildning har i Norge en hög dödlighet

i lungcancer. Bland norska kvinnor minskar andelen avlidna i tumörsjukdomar med minskande social status. I både Danmark och Norge är dödligheten i bröstcancer störst i de högsta socialgrupperna.

I Finland har icke yrkesutbildade arbetare den högsta dödligheten i hjärt- och kärlsjukdomar. I Danmark har en överdödlighet i hjärt- och kärlsjukdomar påvisats för icke yrkesutbildade kvinnliga arbetare, medan skillnaden mellan olika socioekonomiska klasser där är liten för män. Även i Norge visar de icke yrkesutbildade arbetarna den högsta dödligheten i cirkulationssjukdomar bland kvinnor. Hos norska män har däremot lägre tjänstemän och likställda högst dödlighet. Yrkesgrupper med överdödlighet i hjärt- och kärlsjukdomar är i Danmark bl. a. hotell- och restaurangarbetare, samt manliga sjömän och bagare och kvinnliga transportarbetare. Bland norska män har man funnit hög dödlighet i hjärt- och kärlsjukdomar hos bl. a. konstnärer, olika grupper inom handel, post- och telekommunikation samt hotell- och restauranganställda.

Hög dödlighet i motor-, fall- och drunkningsolyckor samt i självmord har icke yrkesutbildade manliga arbetare i Finland. I Danmark har motsvarande grupp män en överdödlighet för hela gruppen skador och särskilt för motorfordonsolyckor. För kvinnor noteras i Danmark en hög självmordsfrekvens bland företagare. I Norge har såväl för kvinnor som för män arbetare utan yrkesutbildning en förhöjd dödlighet i skador. Särskilt höga dödsrisker i skador har i både Norge och Danmark konstaterats för manliga sjömän, fiskare och hotell- och retauranganställda (i Danmark även för kvinnliga hotell- och restauranganställda).

Finland

Dödligheten efter dödsorsak har i Finland undersökts för olika civilstånd och olika socialgrupper i två studier – dels för perioden 1969–72, dels för perioden 1969–71.

Vid jämförelserna mellan olika socialgrupper och civilstånd har materialet åldersstandardiserats. Följande fem socialgrupper har använts.

1. Högre funktionärer (upper professional)
2. Lägre funktionärer (lower professional)
3. Yrkesutbildade arbetare (skilled worker)
4. Arbetare utan yrkesutbildning (unskilled worker)
5. Jordbrukare (farmers)

Studien över åren 1969–72 omfattar nära 180 000 dödsfall. Enligt denna studie är medellivslängden vid födelsen för män i socialgrupp 1 sju år längre än i socialgrupp 4. Den återstående medellivslängden för män är fortfarande vid 55 års ålder klart längre i socialgrupp 1 än i socialgrupp 4 (tabell 1).

För perioden 1969–71 har drygt 44 500 dödsfall inom åldersgruppen 25–64 år studerats.

Beräkningar av dödligheten har därvid gjorts för tio av ICD:s (International Classification of Diseases) 17 huvudgrupper. De dödsfall, som därigenom utelämnats, motsvarar tre procent av totalantalet.

Tabell 1 Återstående medellivslängd för finska män vid olika åldrar och i olika socialgrupper 1969–72

Ålder	Socialgrupp				
	1	2	3	4	5
0	67,5	65,5	66,1	60,3	66,3
15	53,7	51,8	52,6	47,2	52,8
35	35,5	33,3	34,0	29,9	34,6
55	17,8	16,8	17,4	15,7	17,8

Resultaten visar, att om alla andra faktorer hålls konstanta och dödligheten i alla andra socialgrupper kunde sänkas till socialgrupps 1:s nivå, skulle den totala dödligheten minska med 21 procent. Motsvarande reduktion vid en utjämning av skillnaderna mellan olika civilstånd skulle uppgå till 13 procent.

Tabell 2 Standardiserad dödlighet per 100 000 invånare i åldern 25–64 år i olika socialgrupper i Finland 1969–71

Social-grupp	Totalt		Sjukdomar		Skador	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
1	735	369	628	323	108	46
2	950	357	807	325	144	32
3	936	427	772	381	164	41
4	1519	469	1102	419	416	49
5	872	399	726	370	147	29

Socialgrupp 4 uppvisar genomgående den högsta dödligheten (tabell 2). Bland kvinnor har socialgrupperna 1 och 2 den lägsta dödligheten i sjukdomar och socialgrupperna 2 och 5 i skador. Hos män är dödligheten lägst i socialgrupp 1 både beträffande sjukdomar och skador.

Den vanligaste dödsorsaken är hjärt- och kärlsjukdomar. Även för denna dödsorsak uppvisar arbetare utan yrkesutbildning den högsta dödligheten medan högre funktionärer har den lägsta. Detta gäller både kvinnor och män. Förhållandet är detsamma också för de två vanligaste undergrupperna av hjärt- och kärlsjukdomar nämligen ischemiska hjärtsjukdomar och andra hjärtsjukdomar (ICD 410–429) samt cerebrovaskulära sjukdomar (ICD 430–438).

Bland män är dödligheten störst i socialgrupp 4 för samtliga av de 10 huvudgrupper av dödsorsaker som studerats. Bland fem av de sex vanligaste är dödligheten samtidigt lägst i socialgrupp 1. Undantaget är matsmältningsorganens sjukdomar, där socialgrupp 5 har den lägsta dödligheten. Socialgrupp 1 har också den lägsta dödligheten i sex av sju studerade skadetyper, medan dödligheten i skador genomgående är högst i socialgrupp 4.

Bland kvinnor är inte skillnaden mellan socialgrupperna lika entydiga som för män. Den totala dödligheten är också betydligt lägre. Socialgrupp 4 har den högsta dödligheten för fyra av kvinnornas sju vanligaste döds-

Tabell 3 Döda per 100 000 män respektive kvinnor i åldern 25–64 år i olika socialgrupper i Finland 1969–71

Dödsorsak		Kön	1	2	3	4	5
I	Infektioner	M	10	14	17	29	11
		K	3	4	7	6	8
II	Tumörer	M	143	173	200	250	165
		K	126	122	133	122	110
III	Endokrina sjukdomar m m	M	8	10	8	13	9
		K	7	9	9	14	10
V	Mentala rubbningar	M	2	3	7	23	2
		K	1	1	1	3	1
VI	Sjukdomar i nervsystemet m m	M	7	6	7	18	12
		K	6	5	6	9	9
VII	Sjukdomar i cirkulationsorganen	M	399	521	441	614	448
		K	131	143	180	205	183
VIII	Sjukdomar i andningsorganen	M	18	31	46	99	44
		K	9	10	14	26	19
IX	Sjukdomar i matsmältningsorganen	M	30	26	23	32	18
		K	17	10	15	13	9
X	Sjukdomar i urogenitalorganen	M	6	11	12	15	9
		K	13	12	14	11	11
XVII	Skador	M	108	144	164	416	147
		K	46	32	41	49	29

Tabell 4 Åldersstandardiserat dödlighetsindex för några dödsorsaker efter socialgrupp för åldersgruppen 15–64 år i Finland 1969–72 (gifta kvinnor och samtliga män)

Dödsorsak	Kön	Socialgrupp				
		1	2	3	4	5
Tuberkulos i andningsorganen	M	51	82	108	188	71
	K	83	62	107	115	133[a]
Malign tumör i						
magsäck	M	79	84	88	133	117
	K	58	100	116	108	119[a]
tunn- och grovtarm	M	204	96	58	87	54
	K	124	107	103	87	78
lunga, luftstrupe, luftrör	M	53	89	124	153	82
	K	88	105	123	123	60[a]
bröstkörtel	K	147	107	94	79	74
livmodershalsen	K	68	106	135	133	57
prostata	M	129	100	81	103	87[b]
Leukemi	M	126	114	80	82	98
	K	103	102	102	100	92
Diabetes	M	62	162	157	48	71[b]
	K	111	105	98	97	89[b]
Ischemisk hjärtsjukdom	M	84	110	91	125	90
	K	82	100	110	100	108
Cerebrovaskulär sjukdom	M	86	105	93	129	96
	K	80	87	96	131	105

[a] Även ogifta. [b] Alla åldrar.

orsaker. Socialgrupp 3 har den högsta dödligheten i tumörer och uro-genitalorganens sjukdomar och socialgrupp 1 i matsmältningsorganens sjukdomar. Socialgrupp 1 och 5 har den lägsta dödligheten för vardera tre av de sju vanligaste dödsorsakerna. Lägsta dödligheten för den sjunde (urogenitalorganens sjukdomar) har socialklass 4 (tabell 3).

I studien över perioden 1969–72 har även vissa undergrupper av sjukdomar analyserats för åldersgruppen 15–64 år. Ett åldersstandardiserat dödlighetsindex för några sådana dödsorsaker presenteras i tabell 4.

Beträffande olika skadetyper visar de båda finska studierna, att män i socialgrupp 4 har högst dödsrisk för trafikskador, fallolyckor, drunkning och självmord. Män i socialgrupp 1 och 5 har låg dödsrisk för samtliga de tre nämnda olyckstyperna – i socialgrupp 1 också för självmord. För kvinnor är resultaten beträffande skador inte entydiga.

Danmark

I Danmark har dödligheten 1970–75 i olika sociala klasser och yrkeskategorier undersökts. Undersökningen omfattar alla, som i november 1970 var 20–64 år gamla och som dött under den närmaste femårsperioden därefter. Totalt registrerades 75 530 dödsfall.

Vid jämförelse av dödligheten mellan olika yrkes- och socialgrupper har material ålderskorrigerats med hjälp av en indirekt standardisering – SMR (Standard Mortality Rate). Som standardbefolkning har därvid använts samtliga förvärvsarbetande, dvs. SMR har för denna grupp satts till 100.

I undersökningen har en socioekonomisk klassindelning gjorts. Följande sex klasser har därvid använts:

1. Företagare, inkl. lantbrukare
2. Medhjälpande makar
3. Funktionärer (tjänstemän)
4. Yrkesutbildade arbetare
5. Arbetare utan yrkesutbildning
6. Icke förvärvsarbetande.

Tabell 5 Åldersstandardiserat dödlighetsindex (SMR) för olika socioekonomiska grupper i åldern 20–64 år i Danmark 1970–75

	Män	Kvinnor
Alla	117	135
Alla förvärvsarbetande	100	100
Företagare	90	114
Medhjälpande makar	–	87
Funktionärer	95	96
Yrkesutbildade arbetare	108	100
Icke yrkesutbildade arbetare	110	108
Icke förvärvsarbetande	281	161

Bland manliga företagare är skillnaden relativt stor mellan jordbrukare och övriga företagare. SMR var 67 för de förra och 108 för de senare. Antalet kvinnliga jordbrukare är så litet att ingen beräkning av SMR gjorts. Däremot finner man motsvarande skillnad som mellan olika grupper manliga företagare hos medhjälpande makar till manliga företagare. SMR var 74 för kvinnliga medhjälpare inom jordbruk och 100 inom övriga näringsgrenar.

Bland funktionärer har manliga kontorsassistenter ett relativt högt SMR-värde: 124. Relativt låga SMR-värden noteras för olika lärarkategorier.

Bland yrkesutbildade manliga arbetare noteras höga SMR-värden för kypare, kockar (195), bagare (143) och slaktare (127).

Av de icke yrkesutbildade manliga arbetarna hade matroser högst SMR med 218 medan SMR för verksamma inom lantbruk var 87.

Bland de icke yrkesverksamma hade framförallt pensionärerna höga SMR-värden – 297 för män och 250 för kvinnor. För husmödrar uppgick SMR till 140.

Om man jämför olika näringsgrenar finner man höga SMR-värden för förvärvsarbetande inom hotell- och restaurangnäringar oavsett socioekonomisk tillhörighet. Låga SMR-värden noteras för verksamma på olika nivåer inom jordbruk.

De tre vanligaste dödsorsakerna är cancer (ICD 140–209), cirkulationsorganens sjukdomar (ICD 390–458) och skador (ICD 800–999). SMR för dessa dödsorsaker i de sex olika socioekonomiska klasserna redovisas i tabell 6.

För manliga företagare är som synes skillnaderna mellan de olika dödsorsakerna relativt små. För kvinnliga företagare och medhjälpare avviker SMR för skador mest från genomsnittet. Medan skadorna för kvinnliga företagare höjder den samlade dödligheten minskar de densamma för medhjälpande makor till företagare. Dödlighetsindex är för jordbrukare och medhjälpande makor inom jordbruk för samtliga tre dödsorsaker lägre än för övriga företagare/medhjälpare. Störst är skillnaden för hjärt- och kärlsjukdomar.

Tabell 6 Åldersstandardiserat dödlighetsindex (SMR) för olika socioekonomiska grupper för några dödsorsaker bland 20–64-åringar i Danmark 1970–75

	Kön	Cancer	Cirkulationsorganens sjukdomar	Skador
Företagare	M	88 (67)	94 (69)	87 (78)
(jordbrukare)	K	110	118	136
Medhjälpare	K	90 (80)	96 (79)	69 (58)
(jordbrukare)				
Funktionärer	M	99	104	72
	K	100	77	106
Yrkesutbildade	M	117	106	97
arbetare	K	120	–	–
Icke yrkesutbildade	M	106	101	140
arbetare	K	103	123	100
Icke förvärvs-	M	165	279	211
arbetande	K	119	202	134

Bland manliga funktionärer har cirkulationsorganens sjukdomar högst SMR och skador lägst. Det motsatta förhållandet råder bland kvinnliga funktionärer.

Cancer har ett relativt högt SMR-värde bland yrkesutbildade arbetare.

Bland icke yrkesutbildade arbetare är SMR särskilt högt för skador hos män och för cirkulationsorganens sjukdomar hos kvinnor.

De icke förvärvsarbetande har i första hand mycket höga SMR-värden för andra sjukdomar än de i tabellen redovisade (641 för män och 283 för kvinnor).

Cancer

De högsta SMR-värdena beträffande cancer registrerades för icke yrkesverksamma (yrkesutbildade kvinnliga arbetare än en så liten grupp att några djupare analyser inte kan göras).

Även om man studerar olika undergrupper av cancer har de icke yrkesverksamma de högsta värdena.

Yrkesutbildade manliga arbetare med SMR=117 för alla cancerformer har särskilt högt värde för cancer i andningsorganen (135) och för cancer i uro-genitalorganen (117).

Även icke yrkesutbildade arbetare har höga SMR-värden för cancer i andningsorganen – 113 för män och 115 för kvinnor. Kvinnorna i denna grupp har också höga värden för cancer i könsorganen (115) och i urinorganen (114).

Höga värden för bröstcancer hos kvinnor har företagare (114) och funktionärer (112). Kvinnliga företagare har också högt värde för cancer i lymfatisk och blodbildande vävnad (113).

Om man studerar enskilda yrkesgrupper finner man bland män högsta SMR-värdet för cancer hos kypare och kockar därefter följer en grupp med okänt yrke och sedan bagare. Bland kvinnor har gruppen med okänt yrke högsta SMR-värdet. Därefter följer servitriser och kallskänkor. Bland män har ett drygt 10-tal yrkesgrupper högre SMR än 125 medan servitriser och kallskänkor är den enda kvinnliga gruppen med så högt värde. Lägre SMR

Tabell 7 Yrkesgrupper med åldersstandardiserat dödlighetsindex (SMR) för cancer minst = 125 bland 20–64-åringar i Danmark 1970–75

Yrke	SMR
Män	
Kypare, kockar	195
Bagare	160
Sjömän	138
Slaktare	136
Vaktmästare	131
Kontorsassistenter, privat anställda	130
Försäljare m fl	130
Elektriker	130
Målare	130
Expediter	129
Murare	126
Kvinnor	
Servitriser, kallskänkor	146

Tabell 8 Yrkesgrupper med åldersstandardiserat dödlighetsindex (SMR) för cancer högst = 75 bland 20–64-åringar i Danmark 1970–75

Yrke	SMR
Män	
Universitetslärare	60
Lärare, övrig undervisning	64
Hemmansägare	65
Småbrukare	65
Drängar, lantbrukselever	66
Lärare vid grundskolor, gymnasium	67
Trädgårdsmästare (egna företagare)	70
Möbelföretagare, järnhandlare m fl	71
Trädgårdsmästare (anställda)	71
Lantarbetare	75
Textilarbetare	75

än 75 har ingen kvinnlig yrkesgrupp men ett tiotal manliga, varav två lärargrupper har de allra lägsta värdena.

Cirkulationsorganens sjukdomar

SMR-värdena för de två största av hjärt- och kärlsjukdomarnas undergrupper – ischemiska och cerebrovaskulära sjukdomar – avviker obetydligt från hela gruppens värde inom samtliga socioekonomiska grupper av förvärvsarbetande män. För de icke förvärvsarbetande är SMR=345 för cerebrovaskulära sjukdomar mot 279 för samtliga sjukdomar i cirkulationsorganen.

Bland kvinnorna är variationerna inom de socioekonomiska grupperna något större. Företagare har relativt låga SMR för ischemiska sjukdomar (104) och cerebrovaskulära sjukdomar (106) jämfört med övriga hjärt- och kärlsjukdomar (170). Kvinnliga arbetare utan yrkesutbildning har de högsta

Tabell 9 Yrkesgrupper med åldersstandardiserat dödlighetsindex (SMR) för cirkulationsorganens sjukdomar minst = 125 bland 20–64-åringar i Danmark 1970–75

Yrke	SMR
Män	
Bagare	148
Kypare, kockar	146
Sjömän	145
Slaktare	131
Montörer	130
Försäljare m fl	128
Kontorsassistenter	125
Kvinnor	
Transportarbetare, ej inom sjöfart	168
Järn- och metallarbetare utan yrkesutbildning	157
Livsmedelsarbetare utan yrkesutbildning	140
Textilarbetare utan yrkesutbildning	137
Servitriser, kallskänkor	137
Företagare med 7–21 anställda	129
Rengörings- och kökspersonal, privatanställd	125

värdena för ischemiska sjukdomar (130) och cerebrovaskulära sjukdomar (119).

Bland män har samma yrkesgrupper de högsta SMR-värdena för hjärt- och kärlsjukdomar som för cancer, dvs. bagare, kypare och kockar, sjömän samt de med okänt yrke. Bland kvinnorna registrerades de högsta värdena för gruppen med övrigt transportarbete (dvs. exkl. sjötransporter) samt arbetare inom järn- och metallindustrin.

Låga SMR-värden för hjärt- och kärlsjukdomar har bl. a. kvinnlig sjukvårdspersonal, kvinnliga lärare, manliga arkitekter och jordbrukare.

Tabell 10 Yrkesgrupper med åldersstandardiserat dödlighetsindex (SMR) för cirkulationsorganens sjukdomar högst = 75 bland 20–64-åringar i Danmark 1970–75

	SMR
Män	
Arkitekter	60
Hemmansägare	62
Drängar, lantbrukselever	69
Officerare	70
Småbrukare	73
Högre banktjänstemän	74
Universitetslärare m fl	75
Kvinnor	
Lärare i grundskola och gymnasium	57
Sjuksköterskor	58
Sjukvårdsbiträden	68

Tabell 11 Åldersstandardiserat dödlighetsindex efter socioekonomisk klass för några sjukdomsgrupper bland 20–64-åringar i Danmark 1970–75

Dödsorsak	Kön	Socioekonomisk klass					
		1	2	3	4	5	6
Endokrina sjukdomar m m	M	105	–	92	109	102	728
	K	–	118	86	–	122	374
Sjukdomar i nervsystemet och sinnesorganen	M	107	–	75	127	94	1298
	K	–	–	89	–	120	507
Bronkit, astma, emfysem	M	88	–	82	106	118	948
	K	–	–	78	–	127	390
Övriga sjukdomar i andningsorganen	M	85	–	73	115	127	736
	K	–	–	88	–	91	273
Levercirros	M	87	–	78	129	111	431
	K	–	–	106	–	97	231
Övriga sjukdomar i matsmältningsorganen	M	80	–	89	118	116	386
	K	–	–	77	–	129	231
Sjukdomar i urogenitalorganen	M	108	–	99	91	94	513
	K	–	–	116	–	86	344

Andra sjukdomar

Hög dödlighet i andra sjukdomar än cancer och hjärt- och kärlsjukdomar har framförallt de icke förvärvsarbetande. För män utan förvärvsarbete var SMR 1 300 för sjukdomar i nervsystemet och sinnesorganen, 948 för bronkit, emfysem och astma, 736 för andra sjukdomar i andningsorganen och 728 för endokrina sjukdomar, näringsrubbningar och ämnesomsättningssjukdomar. Även för kvinnor utan förvärvsarbete noteras de högsta SMR-värdena för dessa sjukdomar.

Bland förvärvsarbetande har arbetare utan yrkesutbildning högsta SMR-värdet för "andra sjukdomar" både bland män och kvinnor. Hos denna grupp män ligger värdena för symtom och ofullständigt preciserade fall (142) och andra sjukdomar i andningsorganen än bronkit och astma (127) särskilt högt. Bland kvinnor har matsmältningsorganens sjukdomar exklusive levercirros (129) samt bronkit och astma (127) högsta SMR-värdena.

Yrkesutbildade, manliga arbetare har ett totalt SMR=115 för "andra sjukdomar". Högsta värdena noteras för levercirros (129) och sjukdomar i nervsystemet och sinnesorganen (127) (tabell 11).

Yrkesgrupper med höga SMR-värden för övriga sjukdomar är liksom beträffande cancer och hjärt- och kärlsjukdomar t. ex. bland män kypare och kockar, sjömän, bagare, kontorsassistenter samt bland kvinnor servitriser och kallskänkor.

Vissa yrkesgrupper med låga SMR-värden för "andra sjukdomar" har låga värden också för de tidigare redovisade sjukdomarna. Det gäller t. ex. vissa lärarkategorier, hemmansägare (ingår i den större gruppen jordbrukare) och sjuksköterskor.

Tabell 12 Yrkesgrupper med åldersstandardiserat dödlighetsindex (SMR) för "andra sjukdomar" minst = 125 bland 20–64-åringar i Danmark 1970–75

Yrke	SMR
Män	
Kypare, kockar	301
Sjömän	265
Kontorsassistenter	168
Expediter	163
Kolonialhandlare m m	160
Bagare	157
Slaktare	152
Typografer	135
Drängar, lantbrukselever	134
Målare	131
Handelsanställda	127
Kvinnor	
Servitriser, kallskänkor	226
Medhjälpare till företagare med 7–21 anställda	172
Textilarbetare	153
Företagare med 7–21 anställda	145

Tabell 13 Yrkesgrupper med åldersstandardiserat dödlighetsindex (SMR) för "andra sjukdomar" högst = 75 bland 20–64-åringar i Danmark 1970–75

Yrke	SMR
Män	
Lärare i folkskola och gymnasium	49
Ingenjörer	55
Högre offentliga tjänstemän	59
Lantbrukare	60
Trädgårdsmästare (egna företagare)	63
Polis- och kriminalvårdspersonal	63
Verkmästare	64
Kran- och truckförare	64
Murarmästare	69
Överordnade affärsfunktionärer	71
Väg- och banarbetare	71
Fiskare (egna företagare)	74
Kvinnor	
Husmorsavlösare	54
Medhjälpare i jordbruk	61
Sjuksköterskor	62
Lärare i folkskola och gymnasium	72

Skador

Självmord och motorfordonsolyckor är de vanligaste dödsorsakerna bland skador.

Höga SMR-värden för motorfordonsolyckor har framför allt manliga arbetare utan yrkesutbildning och män utan förvärvsarbete. Det kan dock noteras att dessa grupper har ännu högre SMR-värden för andra typer av olyckor än trafikolyckor. Detsamma gäller även de icke yreksutbildade, kvinnliga arbetarna.

De icke förvärvsarbetande samt de kvinnliga företagarna har de högsta SMR-värdena för självmord (tabell 8).

Tabell 14 Åldersstandardiserat dödlighetsindex för olika socioekonomiska grupper för motorfordonsolyckor, självmord och samtliga skador bland 20–64-åringar i Danmark 1970–75

	Kön	Motorfordons-olyckor	Självmord	Alla skador
Företagare	M	80	95	87
	K	–	159	136
Medhjälpare	K	69	66	69
Funktionärer	M	65	86	72
	K	102	115	106
Yrkesutbildade arbetare	M	99	96	97
Icke yrkesutbildade arbetare	M	148	119	140
	K	111	88	100
Icke förvärvs-arbetande	M	121	253	211
	K	89	143	134

Några av de yrkesgrupper, som visat höga SMR-värden för olika sjukdomar gör så också för skador, t. ex. sjöman, kypare och kockar samt servitriser och kallskänkor. Yrkesgrupper, som inte visat höga SMR-värden för de analyserade sjukdomarna, men som gör det för skador är t. ex. icke yrkesutbildade arbetare inom livsmedelsindustrin och sten-, ler- och glasindustrin, jord-, betong- och byggnadsarbetare samt sjuksköterskor.

Bland grupper med särskilt låga SMR-värden för skador återfinns bl. a. polis- och fängelsepersonal, verkmästare och medhjälpande makor inom jordbruksrörelser.

Tabell 15 Yrkesgrupper med åldersstandardiserat dödlighetsindex (SMR) för skador minst = 125 bland 20–64-åringar i Danmark 1970–75

Yrke	SMR
Män	
Sjöman	272
Kypare, kockar	192
Fiskare (egna företagare)	159
Livsmedelsarbetare	157
Sten-, ler- och glasarbetare	155
Jord- och betongarbetare	154
Byggnadsarbetare, privatanställda	149
Lantarbetare	147
Murarhantlangare	145
Väg- och banarbetare	138
Kvinnor	
Högre tjänstemän	184
Företagare med 7–21 anställda	170
Sjuksköterskor	153
Servitriser, kallskänkor	148
Sjukvårdsbiträden	137
Företagare (samtliga)	136

Tabell 16 Yrkesgrupper med åldersstandardiserat dödlighetsindex (SMR) för skador högst = 75 bland 20–64-åringar i Danmark 1970–75

Yrke	SMR
Män	
Polis- och fängelsepersonal	48
Verkmästare	58
Högre offentliga tjänstemän	68
Lärare i folkskola och gymnasium	69
Ingenjörer	70
Hemmansägare	71
Högre kontorstjänstemän	74
Högre butikstjänstemän	74
Möbelhandlare, järnhandlare m. fl.	74
Kontorsassistenter, offentligt anställda	74
Småbrukare	75
Typografer	75
Kvinnor	
Medhjälpare inom jordbruk	58
Medhjälpare till företagare med högst 6 anställda	73

Norge

I Norge har man undersökt dödligheten i olika yrkesgrupper under tiden 1 november 1970 – 31 december 1973. Totalt ingick i studien 120 000 dödsfall varav 44 600 avsåg personer i åldern 20–69 år.

Vid undersökningen har ett åldersstandardiserat dödlighetsindex beräknats genom en s. k. direkt metod. Vid standardiseringen har endast åldersgruppen 20–69 år medtagits. Yrkesaktiva med okänt yrke har uteslutits ur undersökningen. Som standardbefolkning har alla yrkesverksamma män respektive kvinnor använts. Index för standardbefolkningen har satts till 100.

Socioekonomiska grupper

En gruppering i fem socioekonomiska klasser har gjorts. Dessa klasser bygger på yrkesgrupperna och omfattar endast yrkesverksamma. Klass A–D har en social rangordning så att klass A har högst status och klass D lägst. I klasserna A och B återfinns de flesta tjänstemannagrupper och företagare. I klass A ingår många yrken, som kräver akademisk utbildning. Klass C och D omfattar arbetare. De flesta yrken i klass D kräver ingen yrkesutbildning. Klass E står utanför rangordningen. Den omfattar arbetsledare inom jord- och skogsbruk, i första hand egna jordbrukare.

Tabell 17 Samlat dödlighetsindex i olika socioekonomiska grupper samt för icke yrkesverksamma i åldern 20–69 år i Norge 1970–73

	Män	Kvinnor
Socialgrupp A	91	98
B	111	100
C	102	100
D	112	109
E	81	94
Alla yrkesverksamma	100	100
Icke yrkesverksamma	318	172

Bland de yrkesverksamma är dödlighetsindex lägst för socialgrupp E och högst för socialgrupp D (tabell 17). Allra högst dödlighetsindex har dock de, som saknar yrkesarbete. En vidare analys visar, att dödligheten bland yrkesverksamma är särskilt hög bland yngre män (20–44 år) i socialgrupp D och särskilt låg bland män i samma ålder i socialgrupp A. Även kvinnor i åldern 20–34 år i socialgrupp D har ett markant högt dödlighetsindex.

Bland yrkesverksamma män har socialgrupperna A och E lägre dödlighet i tumörer än övriga. Socialgrupp B har framför allt hög dödlighet i prostatacancer, medan socialgrupp D har hög dödlighet i lungcancer.

Bland kvinnorna har socialgrupp A den högsta dödligheten i tumörer. Framför allt är den hög för bröstcancer och cancer i livmoderhalsen. Lägsta index för cancer hos kvinnor hos socialgrupp E.

Högsta dödligheten i hjärt- och kärlsjukdomar har bland män socialgrupp B och bland kvinnor socialgrupp D. Lägsta index har för män socialgrupp E och för kvinnor socialgrupp A.

Största skillnaden mellan socialgrupperna finner man för dödsorsaken skador bland män. För socialgrupperna A–D ökar dödlighetsindex med minskande status för såväl män som kvinnor (socialgrupp A för kvinnor är för liten för att redovisas).

Även för andningsorganens sjukdomar ökar dödligheten bland män med sjunkande social status (tabell 18).

Bland män minskar andelen döda i cirkulationssjukdomar samtidigt som andelen avlidna av skador ökar, då man går från högstatusgrupper till lågstatusgrupper.

Bland kvinnor minskar andelen avlidna i tumörer med minskade social status.

Tabell 18 Dödlighetsindex för de vanligaste dödsorsakerna i olika socialgrupper i åldern 20–69 år i Norge 1970–73

	Kön	Tumörer	Cirkulationsorganens sjukdomar	Andningsorganens sjukdomar	Skador
Socialgrupp A	M	89	102	62	54
	K	114	89	–	–
B	M	111	120	104	77
	K	99	99	–	97
C	M	107	102	104	100
	K	99	102	–	120
D	M	107	102	141	152
	K	101	111	–	133
E	M	79	72	72	110
	K	91	98	–	–

Yrkesgrupper

För den samlade dödligheten fann man i studien låga index för män inom tekniskt och vetenskapligt arbete, pedagogiskt arbete, jord- och skogsbruksarbete samt träarbete. Index för alla dessa grupper var under 88, vilket är det lägsta för någon grupp av yrkesverksamma kvinnor. Lägsta dödligheten bland kvinnorna hade verksamma med bl. a. administrativt, medicinskt och finmekaniskt arbete samt inom post och telekommunikation.

Också avvikelserna uppåt bland de yrkesverksamma är större bland män än bland kvinnor. Högre index än 120 finner man bland män hos hotell- och restaurangarbetare, fiskare, däcks- och maskinmanskap samt gruv- och sprängningsarbetare. Högst dödlighetsindex bland kvinnorna (112) registrerades för vaktmästeri- och rengöringsarbete, viltvård och jakt, postalt och annat budarbete samt diversearbete inom industri-, byggnads- och anläggningsarbete.

För tumörer återfinns högsta dödlighetsindex bland män hos verksamma inom kemisk processindustri (139), gruv- och sprängningsarbete (136) samt hotell- och restaurangarbete (131). Arbetare inom kemisk processindustri har också högsta index för lungcancer (167). Andra grupper med högt index för lungcancer är målare (159) samt vaktmästare, rengöringsarbetare och

postbud (154). Låg dödlighet i tumörer för yrkesverksamma män finner man i pedagogiskt arbete (65), skogsarbete (76) och hos arbetsledare inom skogs- och jordbruk (78).

För kvinnor är antalet döda bland de yrkesverksamma så lågt att man endast i undantagsfall kan hävda, att dödligheten för särskilda dödsorsaker avviker för någon yrkesgrupp. Ett sådant undantag gäller verksamma inom jordbruk, vilka har låg dödlighet för cancer i bröstkörteln och livmoderhalsen (66).

Män inom följande yrkesgrupper har hög dödlighet för hjärt- och kärlsjukdomar: konstnärligt och litterärt arbete, handelsresande och agenturarbete (131), post- och telekommunikation, finmekaniskt arbete m. m. (130), grossister och detaljhandlare (122) samt hotell- och restaurangarbete (121). Låg dödlighet i cirkulationsorganens sjukdomar noteras för män inom skogsarbete (69), arbetsledare i jord- och skogsbruk (71) samt skogsarbetare (72). Bland undergrupper av hjärt- och kärlsjukdomar har manlig hotell- och restaurangpersonal särskilt högt dödlighetsindex för cerebrovaskulära sjukdomar (206). Bland kvinnor har vaktmästare, rengöringsarbetare, postbud m .fl. index 153 för cerebrovaskulära sjukdomar.

De största variationerna i dödlighetsindex mellan män i olika yrkesgrupper finner man för skador. Speciellt hög dödlighet har däcks- och maskinmanskap (313), gruv- och sprängarbetare (270), fiske- och fångstarbetare (233), skeppsbefäl (169) samt hotell- och restaurangarbetare (146). Lägsta dödligheten finner man bland män med kontorsarbete (48) och tekniskt/vetenskapligt arbete (56). Skogsarbetare och jordbruksarbetare, som totalt sett har låg dödlighet, ligger för skador över genomsnitt med index 144 respektive 123.

Referenslista

Näyhä S	Social group and mortality in Finland. British Journal of Preventive and Social Medicine, 1977, 31, 231–237
Koskenvuo M m. fl.	Cause-Specific mortality by martial status and social class in Finland during 1969–1971. Social Sience and Medicine, 1979, vol 13A, 691–697
Danmarks Statistik	Dødelighed og erhverv 1970–75, Statistike undersøgelse nr 37. Köpenhamn 1979
Statistisk Sentralbyrå	Yrke og dødelighet 1970–1973, Statistiske analyser nr 21, Oslo 1976

Bilaga 5 Sjukdomar efter ålder och kön

Denna bilaga innehåller data om ohälsa efter ålder och kön hämtade från statistiska centralbyråns undersökning om levnadsförhållandena (ULF), från patientstatistiken inom den slutna sjukvården samt från dödsorsaksstatistiken.

Enligt ULF-undersökningen 1975 uppgav 646 av 1 000 intervjuade i den vuxna befolkningen, att de led av någon långvarig sjukdom. 46 procent av dessa betraktar dock sitt hälsotillstånd som gott. Antalet sjukdomstillstånd per 1 000 invånare i olika åldrar framgår av tabell 1.

Tabell 1 Långvariga sjukdomstillstånd per 1 000 invånare i olika åldrar. 1975

Ålder, år	Antal/1 000
16–24	267
25–34	281
35–44	385
45–54	692
55–64	1 060
65–74	1 428
Summa	646

Antalet utskrivna från den slutna sjukvården i 15 sjukvårdsområden 1977 har studerats. Därvid har antalet utskrivningstillfällen reducerats, så att endast ett tillfälle per huvuddiagnos och per person har inkluderats (den 3-ställiga diagnoskoden har därvid använts). En mer ingående teknisk beskrivning av studien återfinnes i bilaga 7. Enligt denna studie uppgick det totala antalet vårdade personer till 125 per 1 000 invånare.

Antal utskrivna personer per 1 000 invånare i respektive köns- och åldersklass framgår av tabell 2.

I tabell 3 redovisas dödligheten 1977 per 1 000 invånare i olika ålders- och könsgrupper enligt SCB:s dödsorsaksstatistik.

Tabell 2 Utskrivna personer per 1 000 män, kvinnor respektive samtliga invånare i olika åldrar. 1977

Ålder	Män	Kvinnor	Totalt
0	336	262	300
1–14	68	52	60
15–24	65	131	98
25–44	76	130	102
45–64	138	117	127
65–74	227	174	198
75–84	360	294	320
85–	480	399	427
Samtliga	117	132	125

Tabell 3 Döda per 1 000 män respektive kvinnor. 1977

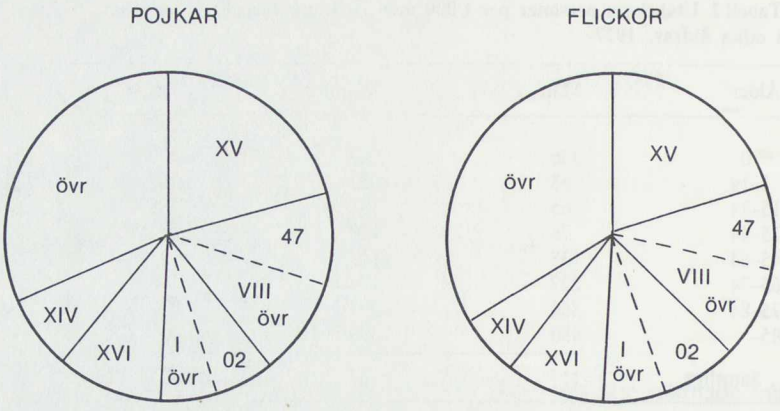
Ålder	Män	Kvinnor
0	8,9	7,0
1–14	0,32	0,21
15–24	0,92	0,40
25–44	1,8	0,85
45–64	10	5,2
65–74	37	19
75–84	93	61
85–	220	170
Samtliga	11,9	9,5

0-åringar

Sluten sjukvård

Enligt patientstatistiken vårdades 1977 nästan vart tredje spädbarn i sluten sjukvård. 30 procent av spädbarnens vårdtillfällen påbörjades mindre än 10 dagar efter födelsen. Detta ger anledning anta, att även vissa vårdtillfällen i direkt anslutning till förlossning är inkluderade. Skillnader mellan olika sjukhus kan då förekomma bl. a. beroende på sjukhusens olika organisationer.

Fyra sjukdomsgrupper svarar för över 60 procent av huvuddiagnoserna bland de utskrivna spädbarnen enligt den använda undersökningsmetoden (diagram 1). Den vanligaste gruppen är "vissa orsaker till perinatal sjuklighet". De övriga tre dominerande diagnosgrupperna är andningsorganssjukdomar, infektionssjukdomar och parasitära sjukdomar samt symtom och ofullständigt preciserade fall.



02 enterit, diarré
I Infektions- och parasitära sjukdomar
47 influensa, akuta luftvägsinfektioner
VIII sjukdomar i andningsorganen
XIV medfödda missbildningar
XV vissa orsaker till perinatal sjukledighet
XVI symtom och ofullständigt preciserade fall

Diagram 1 Relativ fördelning mellan sjukdomsgrupper bland 0-åringar.

Antalet utskrivna pojkar per 1 000 i befolkningen var 340. Motsvarande andel flickor var 260. Skillnaden mellan pojkar och flickor var störst för sjukdomar i andningsorgan (akuta luftvägsinfektioner, influensa och lunginflammation) och i matsmältningsorganen (bråck) samt för "särskilda orsaker till perinatal sjuklighet".

Antalet utskrivna spädbarn per 1 000 respektive kön i de största sjukdomsgrupperna framgår av tabell 4.

Tabell 4 Utskrivna individer per 1 000 pojkar respektive flickor under ett års ålder. 1977

Sjukdomsgrupp	Pojkar	Flickor
Särskilda orsaker till perinatal sjuklighet	70	59
Andningsorganens sjukdomar	69	47
därav akuta luftvägsinfektioner och influensa	38	26
Infektions- och parasitsjukdomar	38	35
därav enterit och andra diarréer	22	19
Symtom och ofullständigt preciserade fall	33	28
Medfödda missbildningar	24	16

Dödsorsaker

1977 var den totala dödligheten för barn under ett års ålder 8,9 per 1 000 pojkar och 7,0 per 1 000 flickor. De dominerande dödsorsakerna var "vissa orsaker till perinatal dödlighet" och medfödda missbildningar. De svarade för 45 respektive 35 procent av samtliga dödsfall i åldersgruppen.

1–14 år

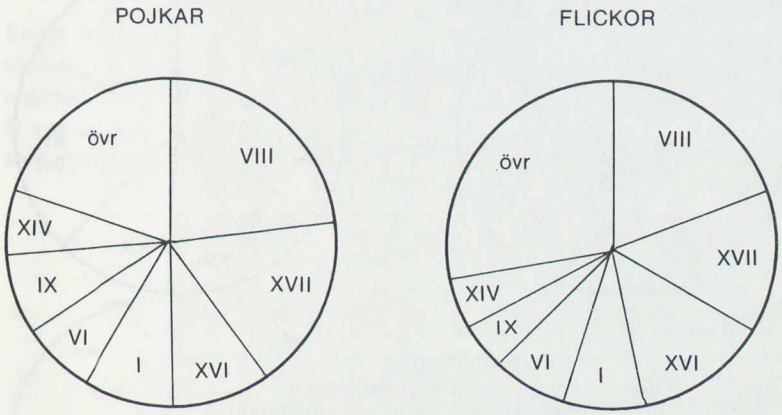
Sluten sjukvård

Denna åldersgrupp har den lägsta andelen vårdade i sluten sjukvård av samtliga.

Den största sjukdomsgruppen inom åldersklassen 1–14 år är – som framgår av diagram 2 – andningsorganens sjukdomar. Antalet vårdade 1977 härför var 15 av 1 000 pojkar och tio av 1 000 flickor. Sjukdomsgruppens andel av samtliga vårdade är lika stor som bland spädbarnen. Däremot är inte akuta luftvägsinfektioner och influensa en lika dominerande diagnos bland äldre barn, som den är bland spädbarn.

13 pojkar av 1 000 och åtta flickor av 1 000 vårdades för olika skador orsakade av yttre våld eller förgiftning. Hjärnskakning är den dominerande typen av skada.

Den tredje sjukdomsgruppen i storleksordningen är symtom och ofullständigt preciserade fall med sju vårdade per 1 000, varav fem per 1 000 vårdades för buksmärtor.



I infektions- och parasitsjukdomar
VI nervsystemets och sinnesorganens sjukdomar
VIII andningsorganens sjukdomar
IX matsmältningsorganens sjukdomar
XIV medfödda missbildningar
XVI symtom, ofullständigt preciserade fall
XVII skador

Diagram 2 Relativ fördelning mellan sjukdomsgrupper i åldern 1–14 år.

Dödsorsaker

Även dödligheten är i denna åldersgrupp lägre än i alla andra åldrar. De vanligaste dödsorsakerna är skador, tumörer och medfödda missbildningar.

15–24 år

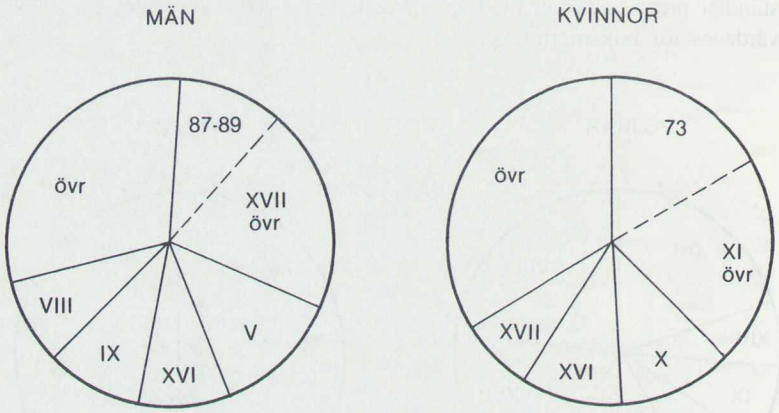
SCB:s levnadsnivåundersökning

De vanligaste långvariga sjukdomsgrupperna i åldern 16–24 år var enligt ULF 1975: skelettets och rörelseorganens sjukdomar, nervsystemets och sinnesorganens sjukdomar samt andningsorganens sjukdomar.

Sluten sjukvård

För denna åldersgrupp, liksom för de närmast äldre, är diagnosmönstret helt olika för män och kvinnor.

Totalt uppgick antalet utskrivna till 65 per 1 000 män och till 131 per 1 000 kvinnor. Procentuell fördelning mellan olika sjukdomsgrupper för män respektive kvinnor i åldern 15–24 år framgår av diagram 3.



V mentala rubbningar
VIII andningsorganens sjukdomar
IX matsmältningsorganens sjukdomar
X uro-genitalorganens sjukdomar
XI komplikationer vid graviditet m m
XVI symtom och ofullständigt preciserade fall
XVII skador
73 förlossning med komplikation
87-89 frakturer

Diagram 3 Relativ fördelning mellan sjukdomsgrupper i åldern 15–24 år.

Antalet vårdade per 1 000 män respektive 1 000 kvinnor i några av åldersgruppens vanligaste diagnoser framgår av tabell 5.

Dödsorsaker

Den totala dödligheten är i denna åldersgrupp mer än dubbelt så hög bland män som bland kvinnor (0,9 mot 0,4 döda per 1 000). Skillnaden förklaras av den dominerande dödsorsaken, nämligen skador. 0,7 av 1 000 män avled av denna orsak 1977 mot 0,2 av 1 000 kvinnor.

Tabell 5 Utskrivna individer per 1 000 män respektive kvinnor i åldern 15–24 år. 1977

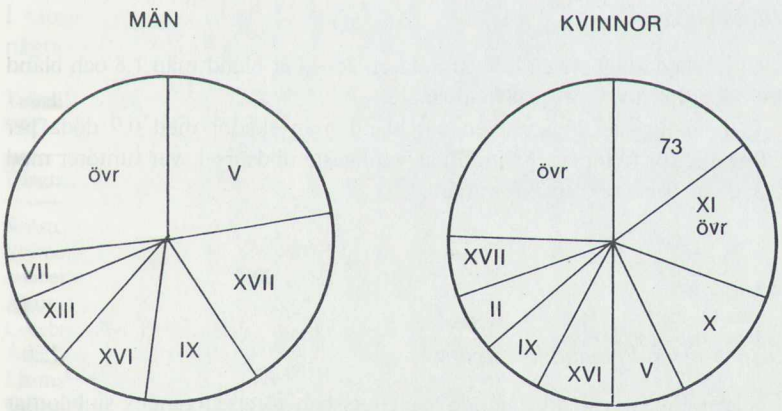
Sjukdomsgrupper	Män	Kvinnor
Komplikationer vid graviditet m. m.[a]	–	49
därav komplicerad förlossning	–	22
legal abort	–	7
Skador	21	9
därav hjärnskakning	4	2
Symtom och ofullständigt preciserade fall	6	13
Mentala rubbningar	7	6
Uro-genitalorganens sjukdomar	2	16

[a] Graviditet utan komplikation ingår ej i undersökningen.

25–44 år

SCB:s levnadsnivåundersökning

Enligt intervjuerna var 1975 de vanligaste långvariga sjukdomarna lokaliserade till skelettet och rörelseorganen samt till nervsystemet och sinnesorganen. I åldern 25–34 år var även skador relativt vanliga. I ålder 35–44 år var mentala rubbningar och cirkulationsorganens sjukdomar lika vanliga som nervsystemets och sinnesorganens sjukdomar.



II tumörer
V mentala rubbningar
VII cirkulationsorganens sjukdomar
IX matsmältningsorganens sjukdomar
X uro-genitalorganens sjukdomar
XI komplikationer vid graviditet mm
XIII sjukdomar i muskler skelett och bindväv
XVI symtom och ofullständigt preciserade fall
XVII skador genom yttre våld eller förgiftning
73 förlossning med komplikation

Diagram 4 Relativ fördelning mellan sjukdomsgrupper i åldern 25–44 år.

Sluten sjukvård

De tre vanligaste sjukdomsgrupperna inom sluten vård för kvinnor i åldern 15–24 år – komplikationer i samband med graviditet och förlossning, urogenitalorganens sjukdomar samt symtom och ofullständigt preciserade fall – också vanligast bland kvinnor i åldern 25–44 år.

Mentala rubbningar är den vanligaste vårdorsaken bland män. Därefter följer skador och matsmältningsorganens sjukdomar.

Antalet utskrivna män var totalt för åldersgruppen 76 per 1 000 män mot 130 per 1 000 för kvinnor.

Den relativa fördelningen mellan sjukdomsgrupper för 25–44-åringar framgår av diagram 4.

Antalet vårdade per 1 000 invånare i några av åldersgruppens vanligaste diagnoser framgår av tabell 6.

Tabell 6 Utskrivna individer per 1 000 män respektive kvinnor i åldern 25–44 år. 1977

Diagnos (enligt 99-listan)	Män	Kvinnor
Appendicit	1,6	1,2
Gallsten och kolecystit	0,9	2,9
Legal abort	–	3,7
Förlossning med komplikation	–	19,4
Bukobservation	1,8	4,2
Läkemedelsförgiftning o. d.	1,4	1,8

Dödsorsaker

Den totala dödligheten 1977 var i åldern 25–44 år bland män 1,8 och bland kvinnor 0,8 döda per 1 000 invånare.

Den vanligaste dödsorsaken var bland män skador med 0,9 döda per 1 000 (0,2 för kvinnor). Kvinnornas vanligaste dödsorsak var tumörer med 0,3 döda per 1 000 (0,2 för män).

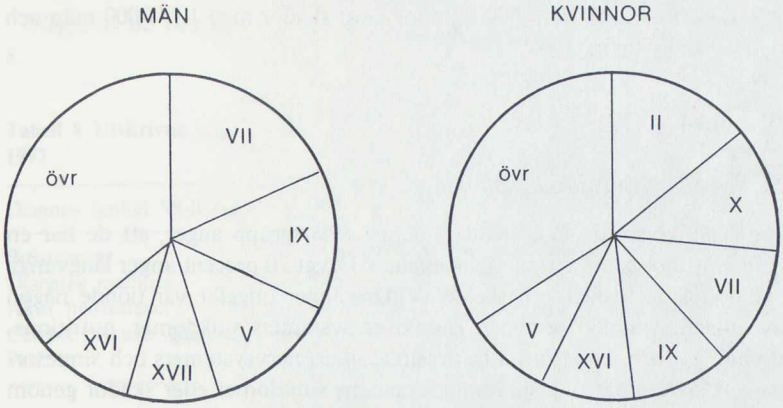
45–64 år

SCB:s levnadsnivåundersökning

I åldern 45–54 år är fortfarande skelettets och rörelseorganens sjukdomar den vanligaste sjukdomsgruppen. För åldersgruppen 55–64 år uppger däremot fler personer cirkulationsorganens sjukdomar som orsak till långvarig sjukdom. Dessa två sjukdomsgrupper är de dominerande bland 45–64-åringarna. Vardera av dem anges av omkring en femtedel av de intervjuade.

Sluten sjukvård

Bland män i denna åldersgrupp är cirkulationsorganens sjukdomar den vanligaste vårdanledningen.



II tumörer
V mentala rubbningar
VII cirkulationsorganens sjukdomar
IX matsmältningsorganens sjukdomar
X uro-genitalorganens sjukdomar
XVI symtom och ofullständigt preciserade fall
XVI skador

Diagram 5 Relativ fördelning mellan sjukdomsgrupper i åldern 45–64 år.

Andelen vårdade män med hjärt- och kärlsjukdomar är dubbelt så hög som motsvarande andel vårdade kvinnor. De vanligaste vårdorsakerna för kvinnor är tumörer och uro-genitalorganens sjukdomar.

Den procentuella fördelningen på olika sjukdomsgrupper framgår av diagram 5.

I tabell 7 presenteras antalet utskrivna personer per 1 000 invånare med några av åldersgruppens vanligaste diagnoser.

Tabell 7 Utskrivna individer per 1 000 män respektive kvinnor i ålder 45–64 år. 1977

Diagnos (enligt 99-listan)	Män	Kvinnor
Bröstcancer	–	2,9
Livmoderssvulst	–	2,7
Diabetes mellitus	2,5	1,8
Akut hjärtinfarkt	6,0	1,3
Cerebrovaskulär sjukdom	3,2	1,8
Åderbråck i benen	1,8	3,1
Ljumskbråck utan obstruktion	5,3	0,3
Gallsten och kolecystit	3,0	4,5

Totala antalet utskrivna män i åldersgruppen var 138 per 1 000 mot 117 för kvinnor.

Dödsorsaker

Den totala dödligheten var för män tio och för kvinnor fem per 1 000 invånare. De tre vanligaste dödsorsakerna var cirkulationsorganens sjukdomar med 4,7 per döda per 1 000 män och 1,4 per 1 000 kvinnor, tumörer med

2,5/1 000 män och 2,4/1 000 kvinnor samt skador med 1,2/1 000 män och 0,4/1 000 kvinnor.

65–74 år

SCB:s levnadsnivåundersökning

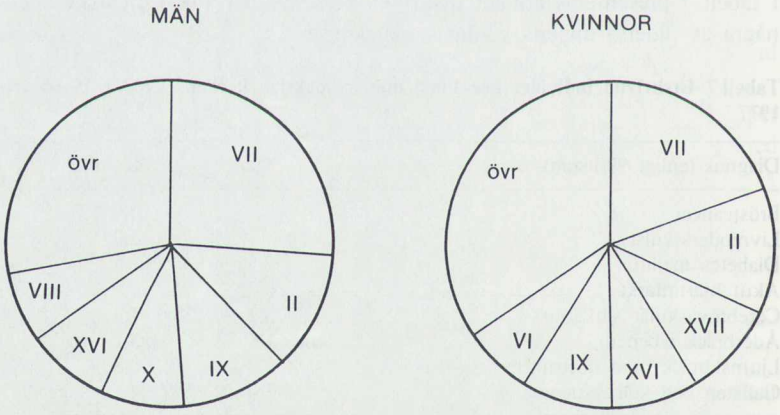
Nära hälften av de intervjuade i denna åldersgrupp anger, att de har en långvarig sjukdom i cirkulationsorganen. Drygt 20 procent anger långvariga sjukdomar i muskler och skelett. Vidare anger ungefär var tionde någon av följande sjukdomsgrupper: endokrina systemets sjukdomar, nutritionsrubbningar och ämnesomsättningssjukdomar, nervsystemets och sinnesorganens sjukdomar, matsmältningsorganens sjukdomar eller skador genom yttre våld.

Sluten sjukvård

I denna ålder är hjärt- och kärlsjukdomarna den största sjukdomsgruppen både bland män och bland kvinnor. Bland män är hjärtinfarkt den största av 99-listans diagnoser (bortsett från några restgrupper). För kvinnorna registreras högre siffror för cerebrovaskulära sjukdomar än för infarkter.

Andra vanliga sjukdomsgrupper i åldersgruppen är tumörer, matsmältningsorganens sjukdomar, symtom och ofullständigt preciserade fall samt uro-gentialorganens sjukdomar.

Fördelningen inom sluten vård på olika sjukdomsgrupper framgår av diagram 6.



II tumörer
VI sjukdomar i nervsystem och sinnesorgan
VII cirkulationsorganens sjukdomar
VIII andningsorganens sjukdomar
IX matsmältningsorganens sjukdomar
X uro-genitalorganens sjukdomar
XVI symtom och ofullständigt preciserade fall
XVII skador

Diagram 6 Relativ fördelning mellan sjukdomsgrupper i åldern 65–74 år.

Några av de vanligaste diagnoserna i denna åldersgrupp redovisas i tabell 8.

Tabell 8 Utskrivna individer per 1 000 män respektive kvinnor i åldern 65–74 år. 1977

Diagnos (enligt 99-listan)	Män	Kvinnor
Bröstcancer	–	4,1
Diabetes mellitus	4,9	5,6
Akut hjärtinfarkt	14,2	6,1
Cerebrovaskulär sjukdom	12,5	8,0
Fraktur	7,5	11,2

För samtliga diagnoser tillsammantagna uppgick antalet utskrivna män till 227 per 1 000 och kvinnor till 174 per 1 000.

Dödsorsaker

Den totala dödligheten 1977 uppgick till 37 per 1 000 män och 19 per 1 000 kvinnor. Cirkulationsorganens sjukdomar var den vanligaste dödsorsaken med 20 döda per 1 000 män och nio per 1 000 kvinnor. Därefter följde tumörer med tio döda per 1 000 män och sex per 1 000 kvinnor. Övriga dödsorsaker av större omfattning var andningsorganens sjukdomar, matsmältningsorganens sjukdomar och skador. Inom vardera gruppen var dödligheten omkring 1/1 000 invånare.

75–84 år

Sluten sjukvård

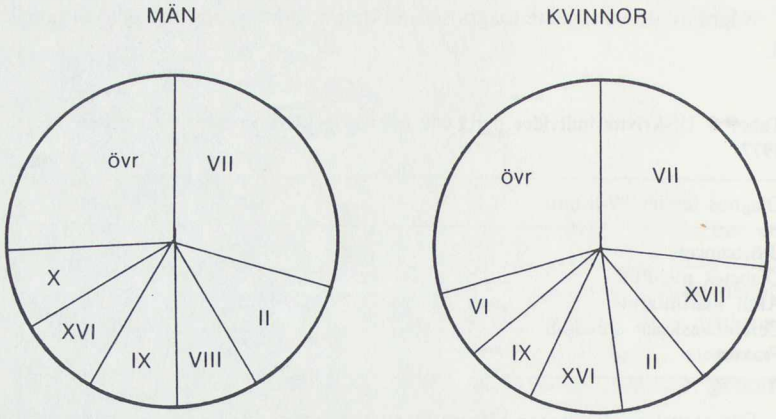
Över en fjärdedel av de utskrivna i denna ålder hade någon hjärt- och kärldiagnos. De cerobrovaskulära sjukdomarna är i denna åldersklass vanligare än hjärtinfarkt även bland män.

Bland män är tumörer den näst vanligaste vårdorsaken. En fjärdedel av tumördiagnoserna bland män var prostatacancer. Övriga sjukdomsgrupper med ett högt antal utskrivna var bland män andningsorganens sjukdomar, matsmältningsorganens sjukdomar, symtom och ofullständigt preciserade fall, uro-genitalorganens sjukdomar, skador samt nervsystemets och sinnesorganens sjukdomar.

Kvinnornas näst vanligaste sjukdomsgrupp i denna ålder är skador. Den dominerande skadediagnosen är brott på lårbenshalsen.

Andra vanliga sjukdomsgrupper bland kvinnor är tumörer, symtom och ofullständigt preciserade fall samt matsmältningsorganens sjukdomar.

Fördelningen inom sluten sjukvård 1977 på olika sjukdomsgrupper framgår av diagram 7.



II tumörer
VI nervsystemets och sinnesorganens sjukdomar
VII cirkulationsorganens sjukdomar
VIII andningsorganens sjukdomar
IX matsmältningsorganens sjukdomar
X uro-genitalorganens sjukdomar
XVI symtom och ofullständigt preciserade fall
XVII skador

Diagram 7 Relativ fördelning mellan sjukdomsgrupper i åldern 75–84 år.

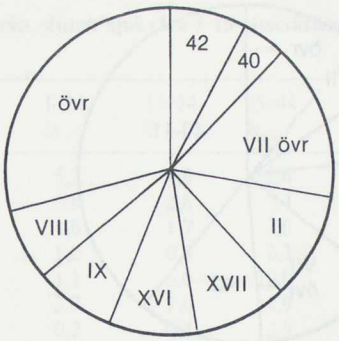
Antalet utskrivna personer per 1 000 invånare i åldern 75–84 år redovisas för några vanliga diagnoser i tabell 9.

Tabell 9 Utskrivna individer per 1 000 män respektive kvinnor i åldern 65–74 år

Sjukdomsgrupp/diagnos	Män	Kvinnor
Tumörer	43	26
därav bröstcancer	–	4,6
därav prostatacancer	10	–
Cirkulationsorganens sjukdomar	106	80
därav akut hjärtinfarkt	19	11
därav cebrovaskulär sjukdom	27	22
Lunginflammation	15	7,7
Prostatahyperplasi	16	–
Brott på lårbenshalsen	7,5	17
Totalt	360	294

Dödsorsaker

Den sammanlagda dödligheten i denna åldersgrupp var för män 93/1 000 och för kvinnor 61/1 000. Cirkulationsorganens sjukdomar svarade för omkring 60 procent av dödsfallen och tumörerna för omkring 20 procent. Andra dödsorsaker av större betydelse var andningsorganens, matsmältningsorganens och uro-genitalorganens sjukdomar samt skador.



II	tumörer
VII	cirkulationsorganens sjukdomar
40	akut hjärtinfarkt
42	cerebrovaskulära sjukdomar
VIII	andningsorganens sjukdomar
IX	matsmältningsorganens sjukdomar
XVI	symtom och ofullständigt preciserade fall
XVII	skador

Diagram 8 Relativ fördelning mellan sjukdomsgrupper i åldern 85 år och äldre, båda könen.

85 år och äldre

Sluten sjukvård

I den äldsta åldersgruppen skrevs totalt 482 män och 399 kvinnor per 1 000 ut år 1977. Av dessa vårdades 156 män per 1 000 och 130 kvinnor per 1 000 p. g. a. sjukdomar i cirkulationsorganen.

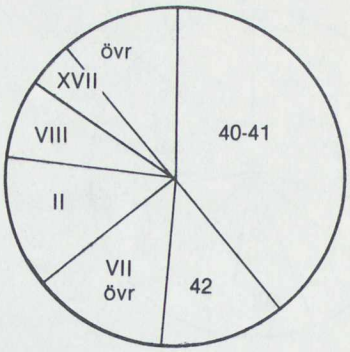
63 kvinnor av 1 000 vårdades för skador mot 41 män av 1 000.

I alla övriga större sjukdomsgrupper var andelen vårdade män högre än motsvarande andel kvinnor. För sjukdomar i andningsorganen vårdades 47 män av 1 000 mot 27 kvinnor, för tumörer 45/1 000 män mot 26/1 000 kvinnor och för symtom och ofullständigt preciserade fall 44/1 000 män mot 351/1 000 kvinnor. För en relativ fördelning se diagram 8.

Dödsorsaker

Dödligheten i åldrarna från 85 år och uppåt var 1977 bland män 217 per 1 000 och bland kvinnor 169 per 1 000 invånare.

De vanligaste dödsorsakerna framgår av diagram 9 som visar den procentuella fördelningen mellan de vanligaste dödsorsakerna.



II tumörer
VII cirkulationsorganens sjukdomar
40-41 ischemiska hjärtsjukdomar
42 cerebrovaskulära sjukdomar
VIII andningsorganens sjukdomar
XVII skador

Diagram 9 Relativ fördelning mellan olika dödsorsaker i åldern 85 år och äldre, män och kvinnor.

Underbilaga

Män utskrivna från sluten sjukvård i 15 sjukvårdsområden 1977 per 1 000 män i olika åldersgrupper efter huvuddiagnos

Huvud-diagnos	0 år	1–14 år	15–24 år	25–44 år	45–64 år	65–74 år	75–84 år	85– år	Tot
I	38,2	6,2	3,4	2,5	3,1	4,6	7,6	9,6	4,3
II	1,2	0,7	0,9	1,7	8,8	25,8	42,7	45,0	7,0
III	8,3	1,4	1,1	1,7	3,6	6,2	9,1	10,7	2,8
IV	1,5	0,9	0,4	0,2	0,4	1,2	3,0	4,8	0,7
V	1,9	1,4	7,4	17,4	18,2	11,4	13,4	18,8	12,2
VI	13,8	4,4	2,0	2,9	6,5	12,3	20,1	18,1	5,6
VII	1,0	0,2	1,0	3,7	25,6	59,5	105,6	156,0	17,6
VIII	68,5	14,8	5,4	4,0	7,4	15,9	30,5	47,5	10,3
IX	20,5	4,8	6,2	9,1	18,4	25,1	29,9	31,9	12,5
X	10,2	2,7	2,0	3,1	7,6	18,4	28,1	31,0	6,5
XI	–	–	–	–	–	–	–	–	–
XII	10,8	1,4	1,7	1,5	1,9	2,2	2,9	4,4	1,9
XIII	0,8	1,5	4,3	5,3	7,7	8,3	9,0	6,6	5,3
XIV	23,7	5,2	1,3	0,6	0,5	0,3	0,4	0,2	1,8
XV	70,4	–	–	–	–	–	–	–	0,9
XVI	33,2	7,4	6,3	6,7	12,4	18,1	29,2	44,3	10,6
XVII	7,2	12,8	20,7	13,7	13,3	14,0	21,9	41,1	14,8
Totalt	335,6	67,6	65,2	76,1	137,5	226,8	360,3	481,5	117,3

Kvinnor utskrivna från sluten sjukvård i 15 sjukvårdsområden 1977 per 1 000 kvinnor i olika åldersgrupper efter huvuddiagnos

Huvud-diagnos	0 år	1–14 år	15–24 år	25–44 år	45–64 år	65–74 år	75–84 år	85– år	Totalt
I	35,2	5,3	4,8	2,6	2,5	4,1	7,3	8,3	4,2
II	1,6	0,8	2,6	7,4	16,0	20,5	26,3	26,4	10,2
III	9,0	1,6	1,7	2,6	4,4	8,6	12,9	9,4	4,1
IV	1,5	1,0	0,8	0,3	0,5	1,1	2,8	4,3	0,8
V	2,4	1,1	6,0	10,0	9,8	10,3	15,6	21,4	8,2
VI	12,5	3,7	2,0	2,9	5,6	11,6	18,2	16,9	5,6
VII	1,1	0,2	0,7	3,5	13,2	34,2	79,2	129,5	14,0
VIII	46,6	9,5	5,4	3,3	5,2	9,5	15,7	26,7	7,3
IX	8,8	3,2	6,1	7,9	11,6	15,6	21,6	24,8	9,5
X	5,3	2,5	15,6	15,2	15,3	9,6	10,0	10,4	11,8
XI	–	0,2	48,8	40,4	0,2	–	–	–	17,3
XII	7,8	1,1	1,9	1,4	1,5	2,2	3,5	3,9	1,7
XIII	0,8	1,8	3,0	3,8	8,3	11,3	12,8	9,9	5,7
XIV	15,7	2,4	1,3	0,6	0,5	0,3	0,3	0,2	1,1
XV	59,0	–	–	–	–	–	–	–	0,7
XVI	28,5	7,5	13,1	10,0	11,1	15,8	26,1	34,7	12,3
XVII	4,8	8,4	9,2	6,9	9,2	15,8	36,0	63,2	11,4
Totalt	262,0	52,0	130,9	130,0	117,4	173,6	294,2	399,3	132,0

Förklaringar till föregående tabeller

I Infektionssjukdomar och parasitära sjukdomar
II Tumörer
III Endokrina systemets sjukdomar, nutritionsrubbningar och ämnesomsättningssjukdomar
IV Blodbildande organens och blodets sjukdomar
V Mentala rubbningar
VI Nervsystemets och sinnesorganens sjukdomar
VII Cirkulationsorganens sjukdomar
VIII Andningsorganens sjukdomar
IX Uro-genitalorganens sjukdomar
XI Komplikationer vid graviditet, förlossning och i puerperiet
XII Hudens och underhudens sjukdomar
XIII Sjukdomar i muskler, skelett och bindväv
XIV Medfödda missbildningar
XV Vissa orsaker till perinatal sjuklighet och dödlighet
XVI Symtom och ofullständigt preciserade fall
XVII Skador genom yttre våld och förgiftning

Bilaga 6 Geografiska jämförelser

Inledning

Patientstatistiken från sluten somatisk och psykiatrisk sjukvård har utnyttjats för att göra vissa geografiska jämförelser. Femton sjukvårdsområden ingår i studien som avser år 1977. (För en mer omfattande beskrivning av datamaterialet, se bilaga 7.)

Vid de geografiska jämförelserna har datamaterialet åldersstandardiserats. Detta har gjorts manuellt för hela sjukdomsgrupper (= de 17 kapitlen i sjukdomsklassifikationen) på länsnivå samt maskinellt för vissa diagnoser enligt den s. k. 99-listan och vissa 3-ställiga diagnoser på läns- och kommunnivå. Bara diagnoser som angetts vara den huvudsakliga anledningen till vården (huvuddiagnoser) har behandlats. Metoderna skiljer sig endast genom att i den manuella metoden har 16 ålders-/könsklasser utnyttjats i kalkylerna mot 20 i den maskinella bearbetningen.

Förväntade värden för de olika länen och kommunerna har beräknats. Detta har gjorts på så sätt att antalet utskrivna personer i hela undersökningsområdet för varje ålders-/könsklasser (U_x) satts i relation till länets/kommunens folkmängd i ålders-/könsklassen (P_{kx}). Det på detta sätt beräknade förväntade värdet för varje ålders-/könsklass har sedan summerats till ett totalt förväntat värde för varje geografiskt område. Därefter har kvoten mellan det enligt statistiken verkliga värdet (U_k) och det förväntade beräknast enligt följande

$$\text{Kvot} = \frac{U_k}{\sum_x \frac{U_x \cdot P_{kx}}{P_x}}$$

P_x = folkmängden i ålders-/könsklassen x för hela undersökningsområdet.

Resultatet kommer att presenteras på två sätt. Dels kommer att anges den procentuella skillnaden mellan det verkliga (observerade) värdet och det förväntade, dels kommer ovanstående kvot att användas direkt. Ett värde större än 1 (ett) för denna kvot betyder då, att en större andel av befolkningen i länet/kommunen skrivits ut från sluten sjukvård, än vad som gäller för hela undersökningsområdet.

Redovisningen har skett efter den vårdades hemort, dels kommun och dels sjukvårdsområde. I de bearbetningar som gjorts för detta ändamål, har

kommuntillhörigheten fastställts med hjälp av försäkringskassans kod. Genom denna metod har samtliga kommuner utom fyra i det aktuella området kunna urskiljas. Undantagen gäller två kommuner i Göteborgs och Bohus län och två i Älvsborgs län. Munkedal/Tanum har därför liksom Alingsås/Trollhättan behandlats som en kommun i framställningen.

Bortfallet p. g. a. utelämnad kod för sjukvårdsområde uppgår till omkring 0,7 procent. I de bearbetningar som gjorts för några diagnoser på kommunnivå upptäcktes ett stort bortfall av försäkringskassekoden inom Stockholms läns landsting. Det uppgick för några diagnoser till omkring 30 procent. Någon kommunredovisning inom Stockholms län har därför inte gjorts. I övrigt var detta bortfall endast i undantagsfall över en procent för någon diagnos och något landsting. I de allra flesta fall var det avsevärt mindre än en procent.

Materialet presenteras sjukdomsgrupp för sjukdomsgrupp enligt klassifikationen av sjukdomar. Avslutningsvis presenteras också vissa geografiska ohälsodata från andra områden än sluten sjukvård.

En underbilaga innehåller kvoter mellan observerat och förväntat antal utskrivna personer i samtliga studerade sjukvårdsområden för de största sjukdomsgrupperna.

Skillnaderna mellan olika geografiska områden kan bero på olikheter i t. ex. vårdresurser, intagningskriterier, diagnossättning, vårdbehov eller på slumpmässiga variationer.

Infektionssjukdomar och parasitära sjukdomar

Undersökningsmaterialet omfattar drygt 23 000 vårdade för infektionssjukdomar och parasitära sjukdomar, vilket motsvarar cirka 4,3 per 1 000 invånare.

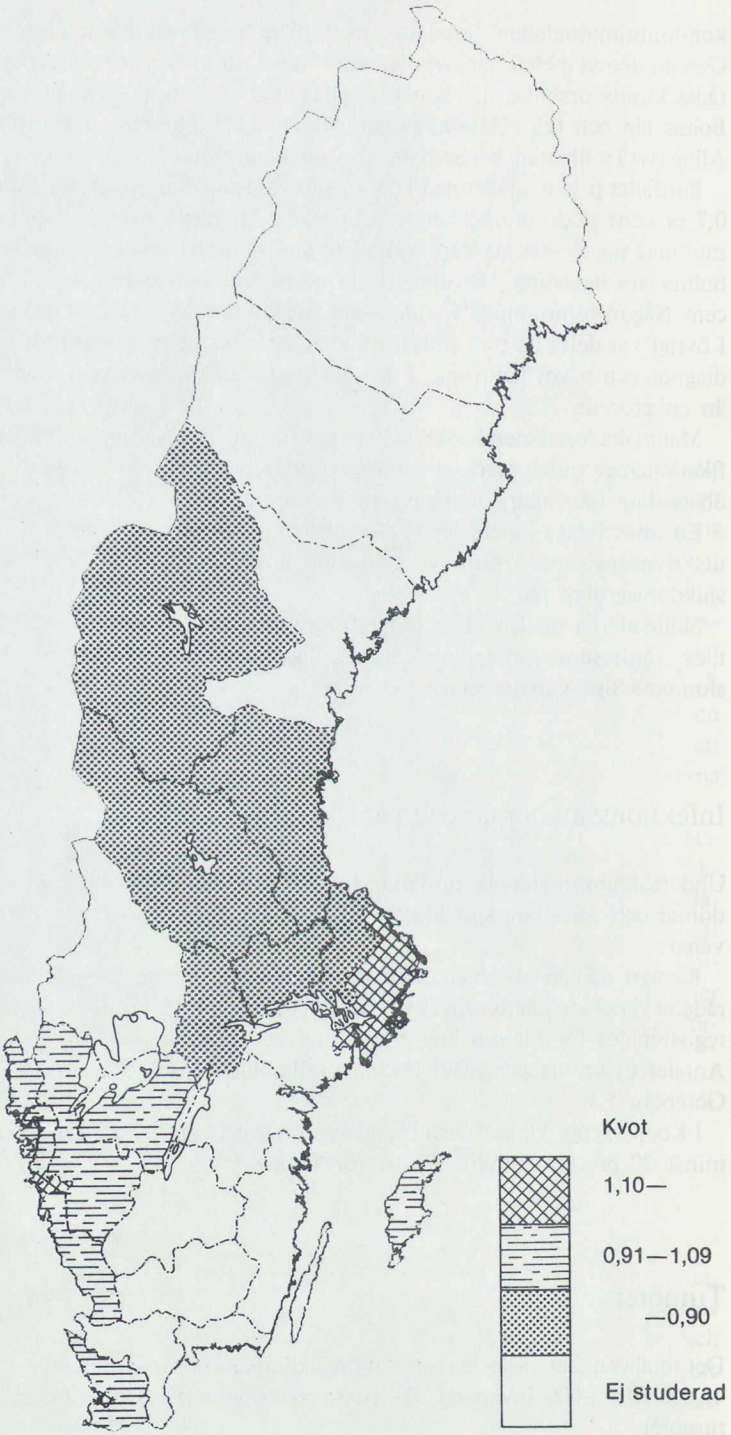
Kvoten mellan observerat och förväntat värde för de 15 sjukvårdsområdena varierade relativt mycket – mellan 0,78 och 1,45. De högsta kvoterna registrerades för Malmö kommun (1,45) och Göteborgs kommun (1,25). Antalet utskrivna per 1 000 invånare (alla åldrar) var i Malmö 6,0 och i Göteborg 5,3.

I Kopparbergs, Uppsala och Hallands län var det verkliga antalet utskrivna minst 20 procent mindre än det förväntade.

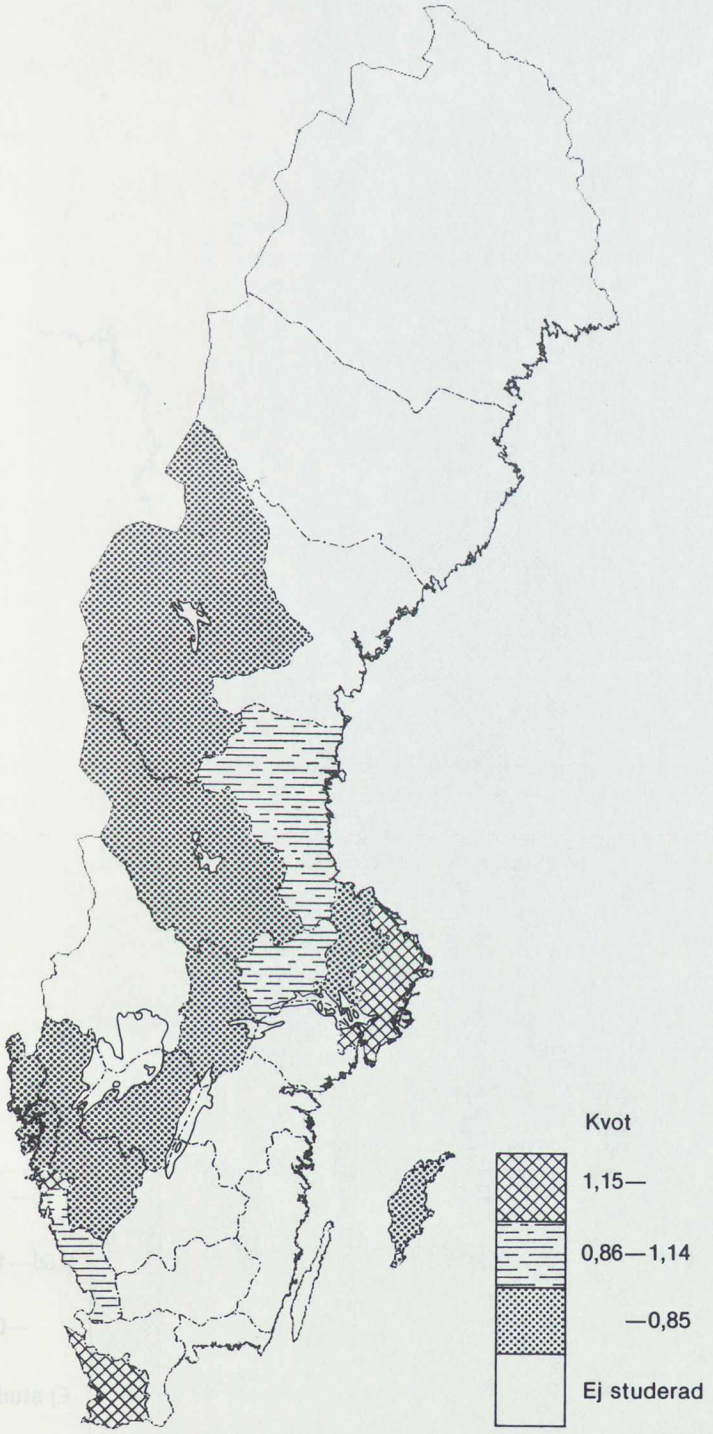
Tumörer

Det totala antalet vårdade med tumörsjukdomar i undersökningen var cirka 47 000 (8,6/1 000 invånare). Av dessa vårdades cirka 33 000 för maligna tumörer.

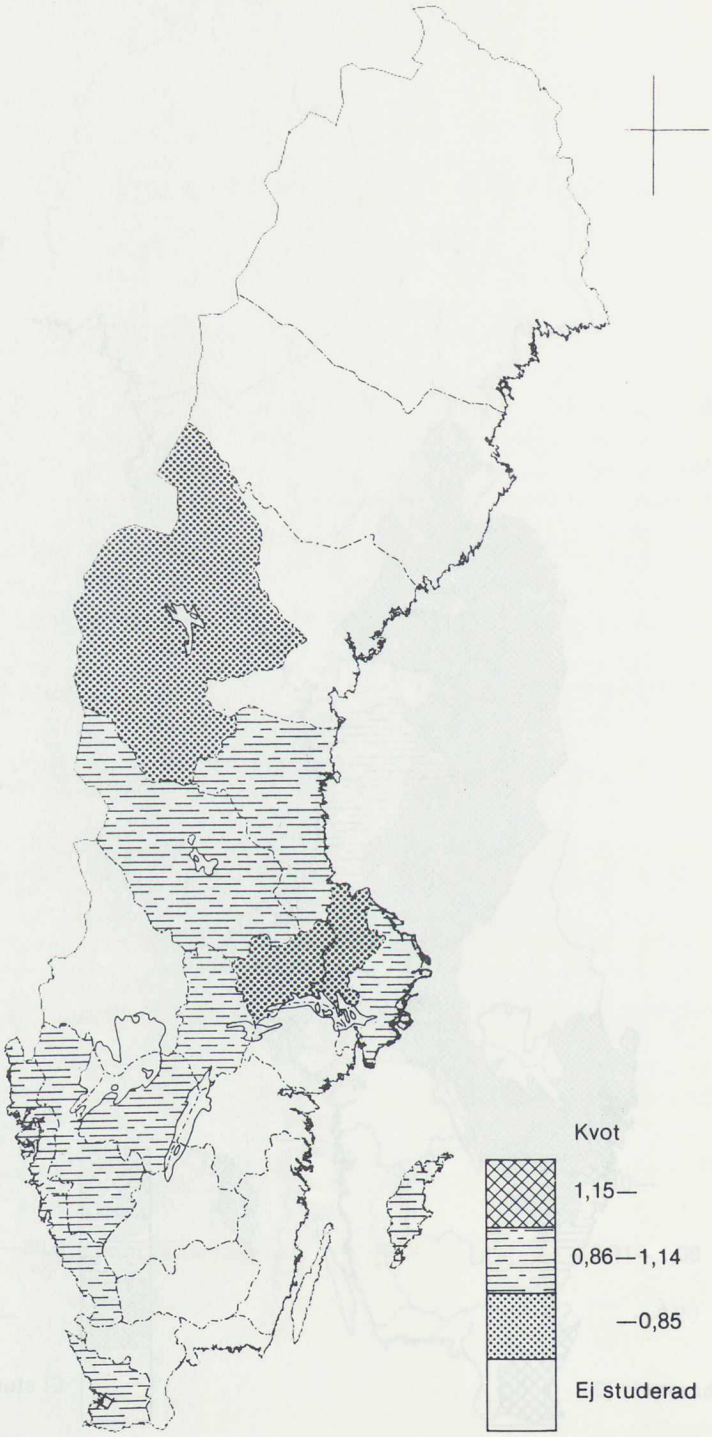
Kvoten mellan observerat och förväntat värde varierade för de 15 sjukvårdsområdena mellan 0,85 och 1,21, om man inkluderar samtliga tumörformer, och mellan 0,82 och 1,25 för enbart maligna tumörer.



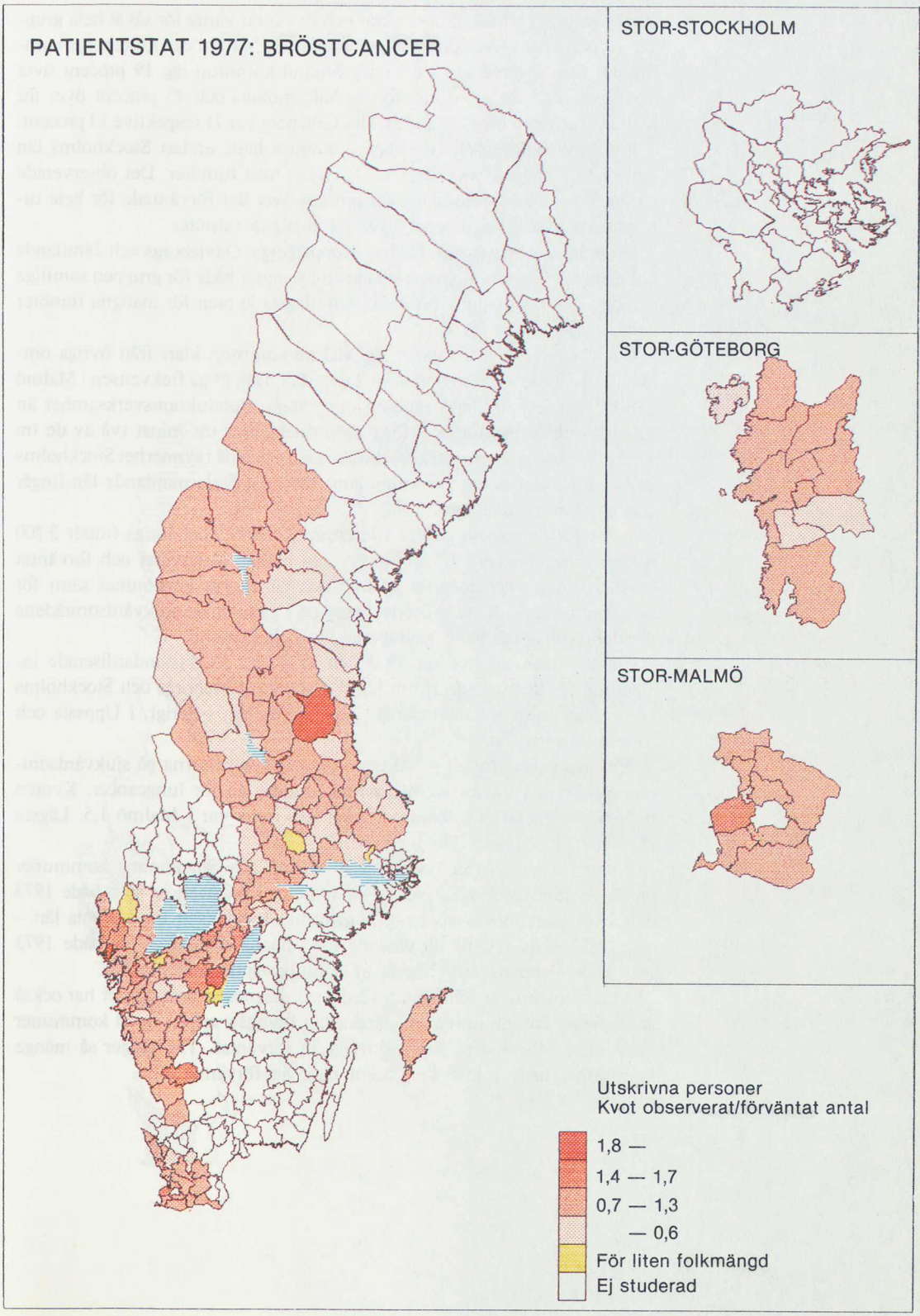
Karta 1
Maligna tumörer.
Utskrivna personer
Kvot observerat/förväntat antal.



Karta 2
Cancer i luftstrupe, luftrör och lungor. Utskrivna personer. Kvot observerat/förväntat antal.



Karta 3
Bröstcancer.
Utskrivna personer.
Kvot observerat/förväntat antal.


PATIENTSTAT 1977: BRÖSTCANCER
STOR-STOCKHOLM
STOR-GÖTEBORG
STOR-MALMÖ
Utskrivna personer
Kvot observerat/förväntat antal
1,8 —
1,4 — 1,7
0,7 — 1,3
— 0,6
För liten folkmängd
Ej studerad

Högsta kvoten mellan observerat och förväntat värde för såväl hela gruppen tumörer som enbart de maligna uppvisade Malmö och Göteborgs kommuner. Det observerade värdet för Malmö kommun låg 19 procent över det förväntade för alla tumörformer tillsammans och 25 procent över för maligna tumörer. Motsvarande tal för Göteborg var 21 respektive 13 procent.

Förutom Malmö och Göteborgs kommun hade endast Stockholms län nämnvärt förhöjda frekvenser av utskrivna med tumörer. Det observerade värdet låg för Stockholms län sju procent över det förväntade för hela tumörgruppen och tio procent över för maligna tumörer.

Uppsala, Västmanlands, Örebro, Kopparbergs, Gävleborgs och Jämtlands län hade 13–18 procent färre vårdade än förväntat både för gruppen samtliga tumörer och för maligna tumörer. Allra lägsta kvoten för maligna tumörer (0,82) hade Jämtlands län.

Enligt cancerregistret skiljer sig Malmö kommun klart från övriga områden, vad avser antal nyupptäckta cancerfall. Den höga frekvensen i Malmö kan till viss del förklaras med en mer intensiv obduktionsverksamhet än i andra sjukvårdsområden. Höga cancerincidenser för minst två av de tre åren 1972–74 uppvisar också Stockholms län – och då i synnerhet Stockholms kommun – Göteborgs kommun samt för män Södermanlands län (ingår ej i studien av utskrivna 1977).

Även för diagnosen cancer i luftstrupe, luftrör eller lunga (totalt 2 200 utskrivna) noterades 1977 högsta kvoten mellan observerat och förväntat antal utskrivna personer för Malmö och Göteborgs kommuner samt för Stockholms län. Lägsta kvoterna bland de 15 studerade sjukvårdsområdena för denna diagnos hade Skaraborgs län och Gotland.

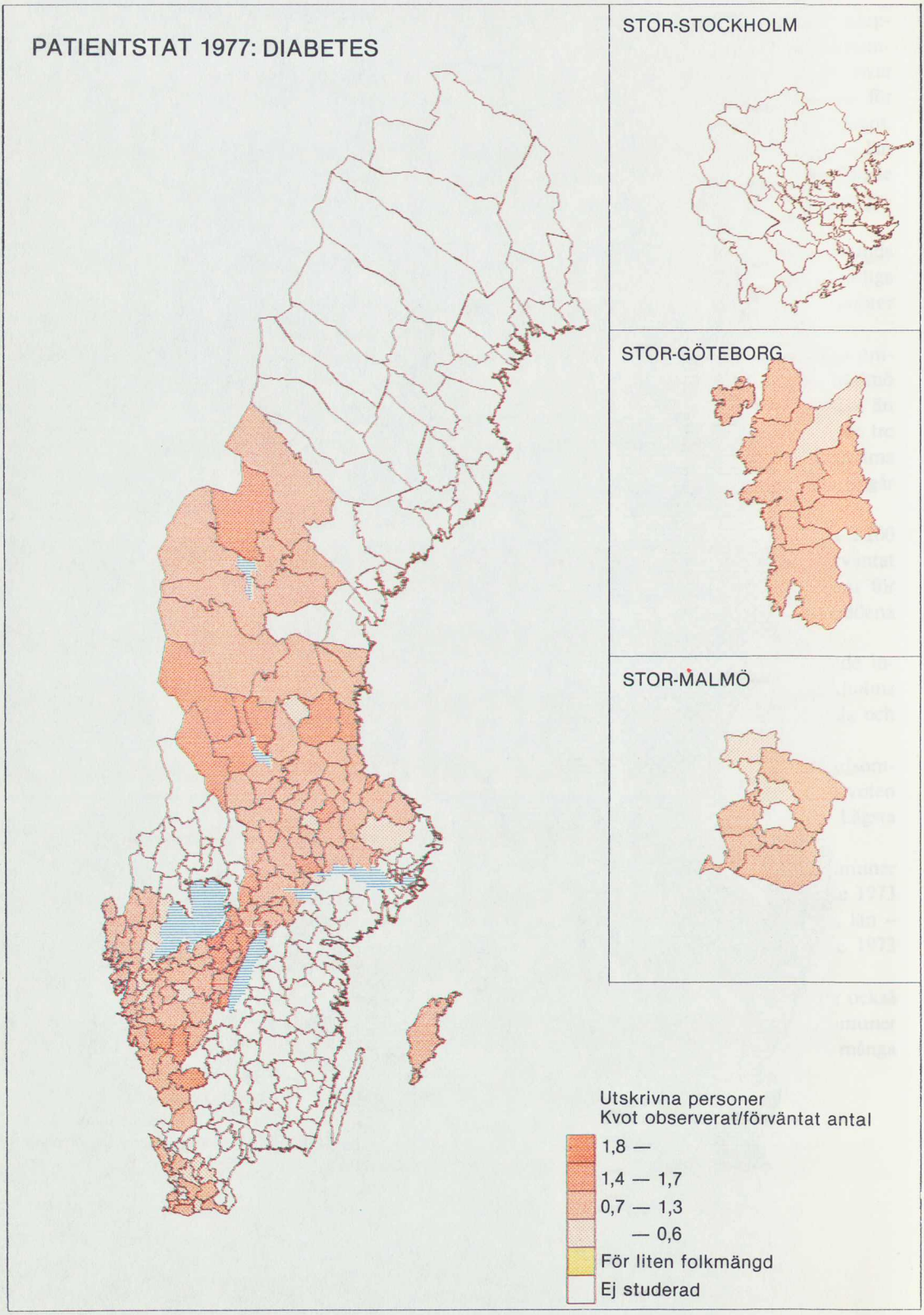
Enligt cancerregistret var 1973 och 1974 den åldersstandardiserade incidensen för denna cancerform högst i Malmö, Göteborgs och Stockholms kommuner samt för män också i Stockholms län i övrigt, i Uppsala och Södermanlands län.

För bröstcancer (totalt 4 400 utskrivna) är avvikelserna på sjukvårdsområdesnivå, med undantag för Malmö, mindre än för lungcancer. Kvoten mellan observerat och förväntat antal utskrivna var i Malmö 1,5. Lägsta kvoten hade Uppsala län med 0,7.

Enligt cancerregistret hade endast Malmö och Stockholms kommuner en åldersstandardiserad incidens för kvinnor i bröstcancer som både 1973 och 1974 klart överskred riksgenomsnittet. Incidensen för Uppsala län – som 1977 hade relativt få vårdade med denna diagnos – låg både 1973 och 1974 bland de fem högsta av samtliga sjukvårdsområden.

Antalet utskrivna från sluten vård med diagnosen bröstcancer har också studeras på kommunnivå. Av färgkartan framgår, att ett tiotal kommuner hade minst 40 procent fler utskrivna än förväntat. Tre gånger så många kommuner hade minst 40 procent färre än förväntat.

Karta 5
Diabetes.
Utskrivna personer.
Kvot observerat/förväntat antal.


PATIENTSTAT 1977: DIABETES
STOR-STOCKHOLM
STOR-GÖTEBORG
STOR-MALMÖ
Utskrivna personer
Kvot observerat/förväntat antal
1,8 —
1,4 — 1,7
0,7 — 1,3
— 0,6
För liten folkmängd
Ej studerad

Endokrina systemets sjukdomar, nutritionsrubbningar och ämnesomsättningssjukdomar

Totalt ingick nära 19 000 vårdade med endokrina sjukdomar m. m. i studien. Av dessa vårdades ca 60 procent för diabetes. Per 1 000 invånare motsvarar detta 3,5 vårdade för hela sjukdomsgruppen och 2,1 för diabetes.

För hela sjukdomsgruppen varierade kvoten mellan observerat och förväntat antal utskrivna från 0,75 i Malmöhus läns landsting till 1,32 i Göteborgs län. Uppsala, Skaraborgs och Jämtlands län hade observerade värden, som låg omkring 20 procent över förväntan.

För diabetes hade Skaraborgs och Kopparbergs län högsta kvoten mellan observerat och förväntat antal vårdade, medan Malmöhus och Älvsborgs län hade den lägsta. Kvoten mellan observerat och förväntat antal utskrivna för diagnosen diabetes har också studerats på kommunnivå. Drygt 20 kommuner hade en kvot på minst 1,4. Något färre hade en kvot på 0,6.

Blodbildande organens och boldets sjukdomar

För denna sjukdomsgrupp uppgick antalet utskrivna i undersökningsområdet endast till 4 000 eller 0,7 per 1 000 invånare. Några geografiska jämförelser har därför inte gjorts.

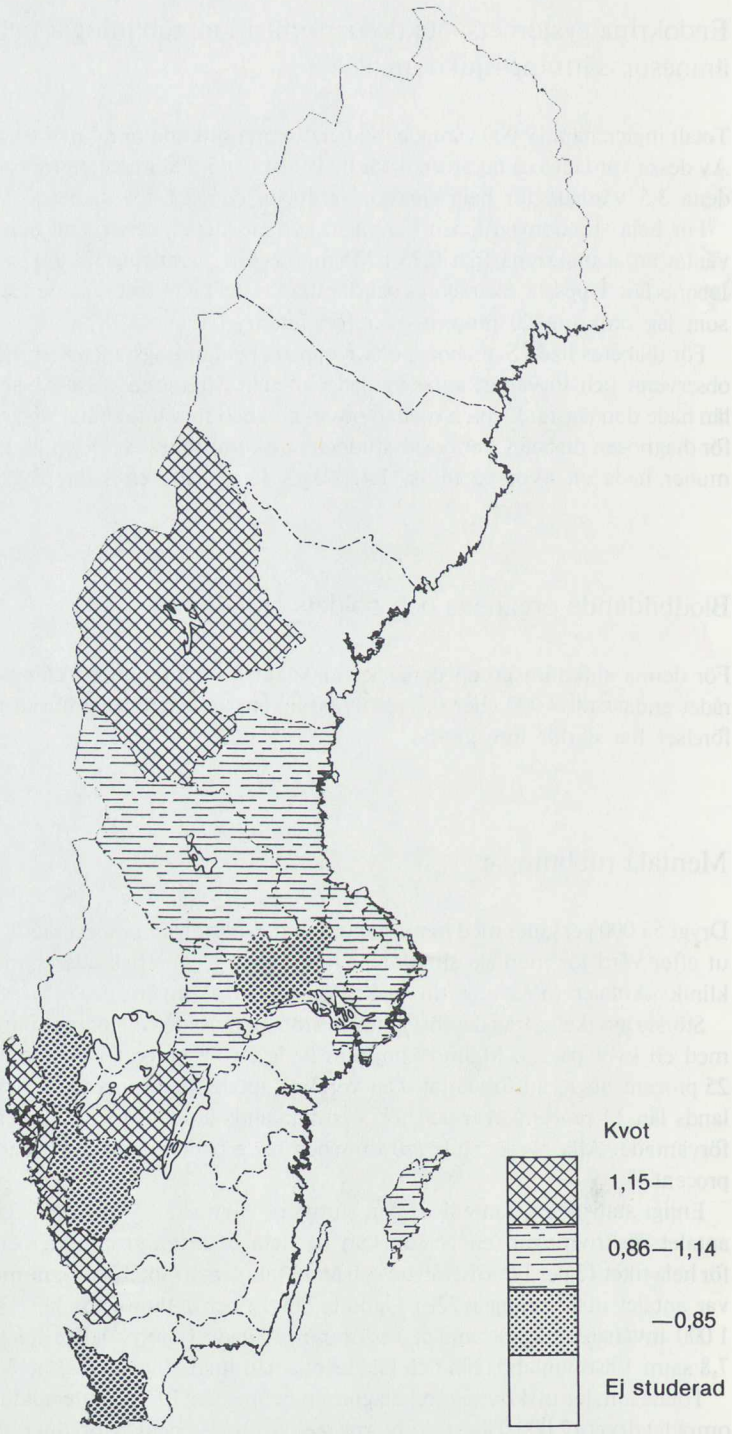
Mentala rubbningar

Drygt 55 000 personer med hemort inom undersökningsområdet skrevs 1977 ut efter vård för mentala sjukdomar från någon psykiatrisk eller somatisk klinik. Antalet motsvarar tio utskrivna per 1 000 invånare.

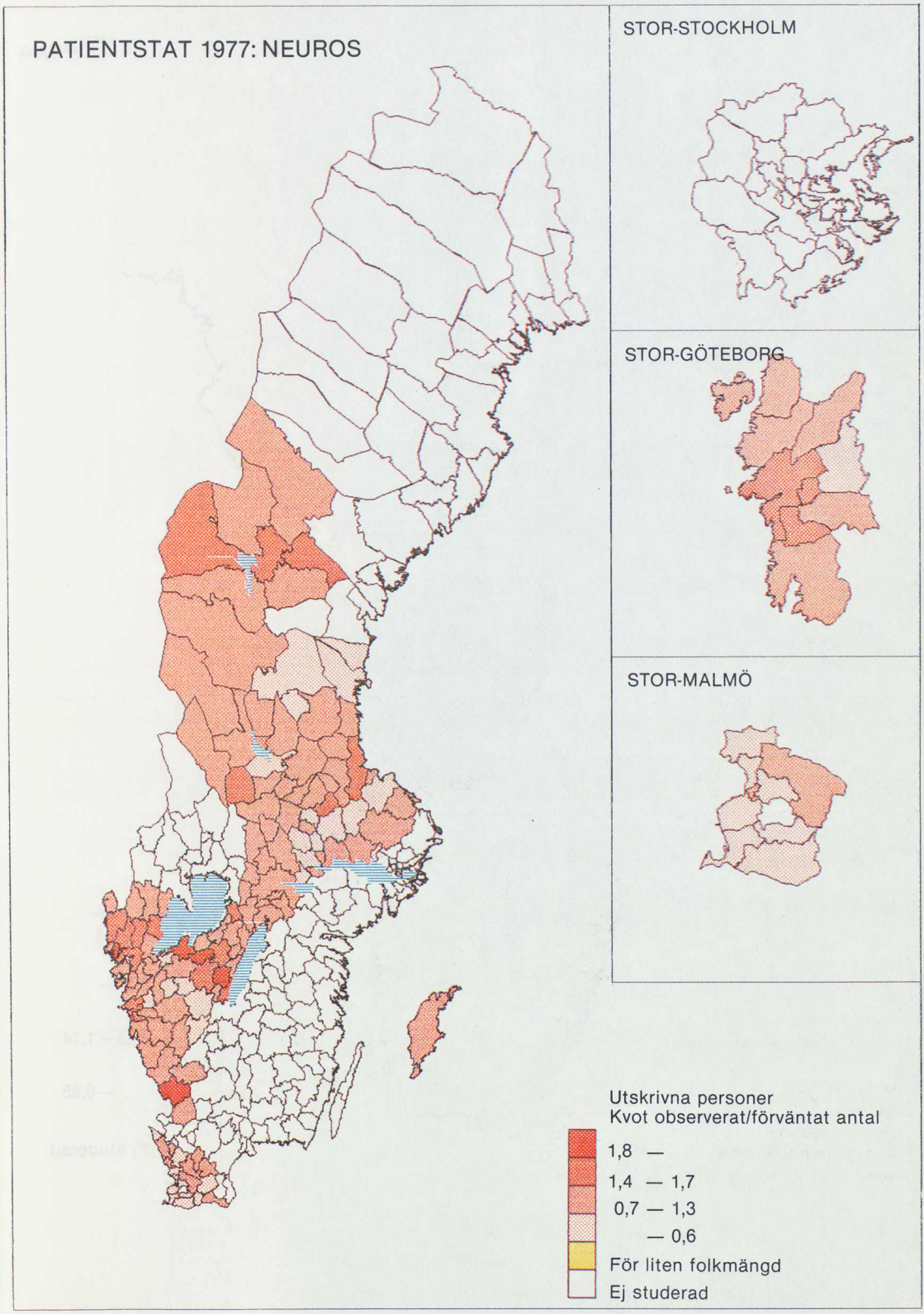
Största avvikelse från det förväntade värdet uppvisade Göteborgs kommun med en kvot på 1,5. Malmö kommun hade ett observerat värde som var 25 procent högre än förväntat. Det verkliga antalet utskrivna låg för Jämtlands län 14 procent över och för Västmanlands län 14 procent under det förväntade. Alla övriga sjukvårdsområden hade en avvikelse om högst tio procent.

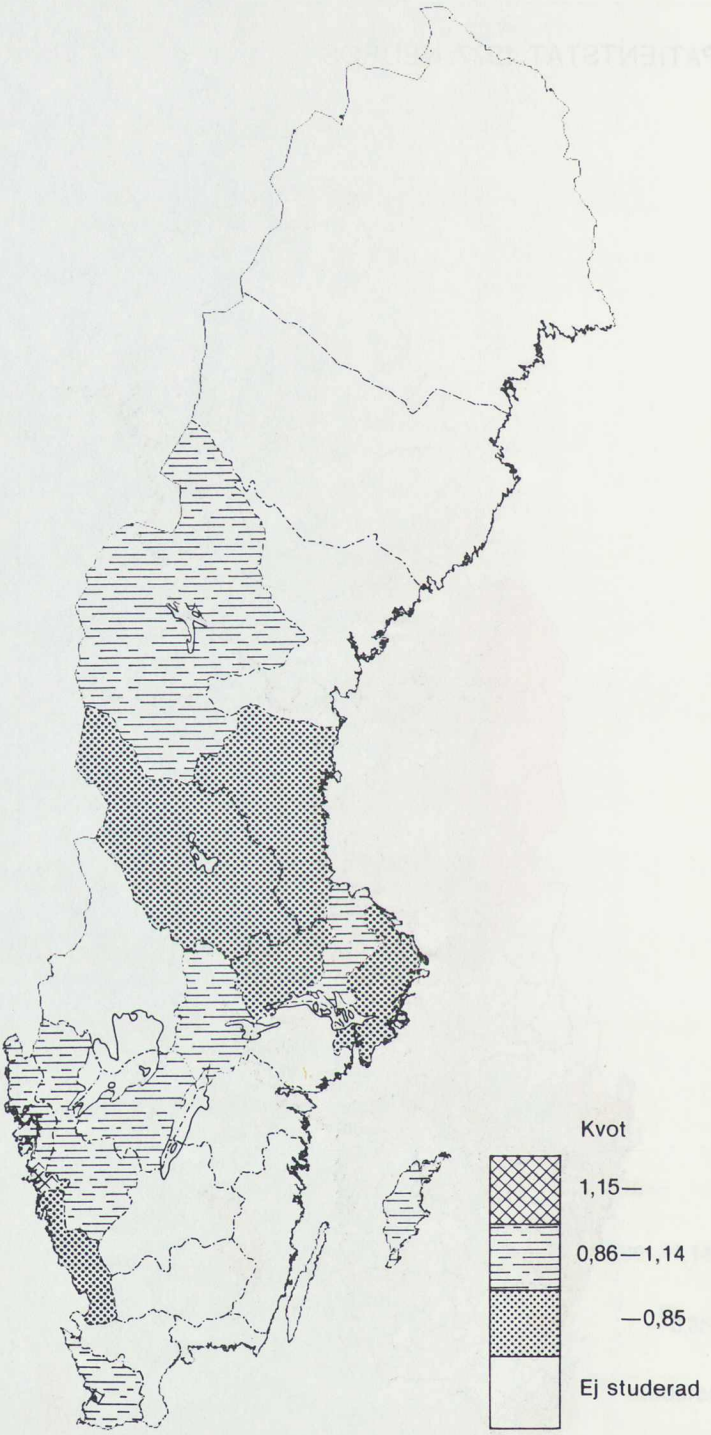
Enligt statistiken från enbart den slutna psykiatriska vården 1974/75 var antalet utskrivningar (en person kan ha flera utskrivningar under ett år) för hela riket 13 per 1 000 invånare och år. I Malmö och Göteborgs kommuner var antalet utskrivningar 22, i Uppsala län 19 och i Jämtlands län 17 per 1 000 invånare. Lägsta antalet utskrivningar hade Östergötlands län med 7,8 samt Västmanlands län och Gävleborgs län med 10 per 1 000 invånare.

Totala antalet utskrivna med diagnosen neuros var 1977 i undersökningsområdet drygt 12 000. Högsta kvoterna mellan observerat och förväntat värde hade Göteborgs kommun (1,6), Göteborgs- och Bohus läns landsting (1,4) samt Skaraborgs län (1,0). Lägsta kvoterna hade Malmö kommun, Malmöhus läns landsting och Västmanlands län.

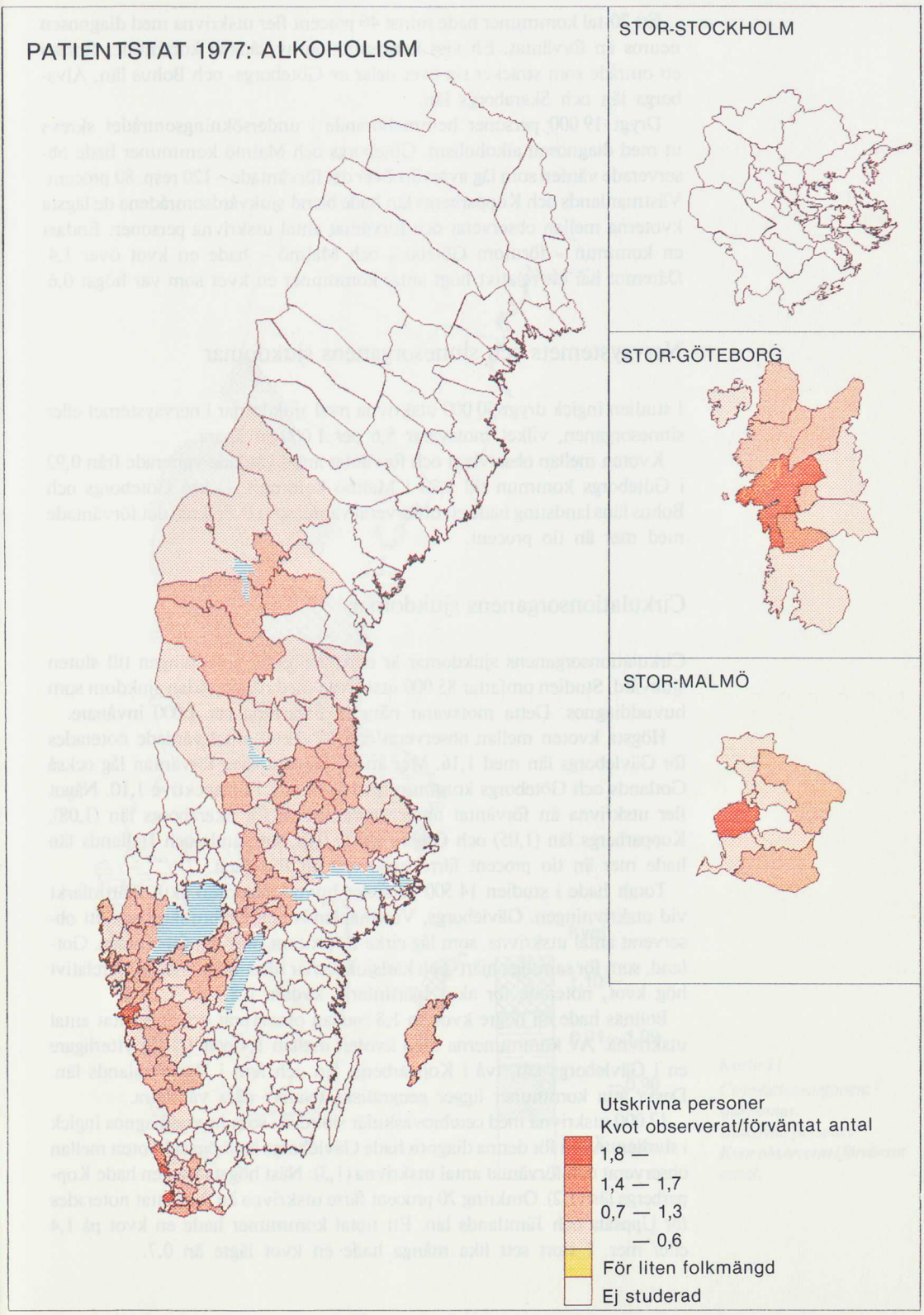


Karta 7
Nevros.
Utskrivna personer.
Kvot observerat/förväntat antal.


PATIENTSTAT 1977: NEUROS
STOR-STOCKHOLM
STOR-GÖTEBORG
STOR-MALMÖ
Utskrivna personer
Kvot observerat/förväntat antal
1,8 —
1,4 — 1,7
0,7 — 1,3
— 0,6
För liten folkmängd
Ej studerad



Karta 9
Alkoholism.
Utskrivna personer.
Kvot observerat/förväntat antal.


PATIENTSTAT 1977: ALKOHOLISM
STOR-STOCKHOLM
STOR-GÖTEBORG
STOR-MALMÖ
Utskrivna personer
Kvot observerat/förväntat antal
1,8 —
1,4 — 1,7
0,7 — 1,3
— 0,6
För liten folkmängd
Ej studerad

Ett 20-tal kommuner hade minst 40 procent fler utskrivna med diagnosen neuros än förväntat. En viss koncentration av sådana kommuner finns i ett område som sträcker sig över delar av Göteborgs- och Bohus län, Älvsborgs län och Skaraborgs län.

Drygt 19 000 personer hemmahörande i undersökningsområdet skrevs ut med diagnosen alkoholism. Göteborgs och Malmö kommuner hade observerade värden som låg avsevärt över det förväntade – 120 resp. 80 procent. Västmanlands och Kopparbergs län hade bland sjukvårdsområdena de lägsta kvoterna mellan observerat och förväntat antal utskrivna personer. Endast en kommun – förutom Göteborg och Malmö – hade en kvot över 1,4. Däremot har ett relativt högt antal kommuner en kvot som var högst 0,6.

Nervsystemets och sinnesorganens sjukdomar

I studien ingick drygt 30 000 utskrivna med sjukdomar i nervsystemet eller sinnesorganen, vilket motsvarar 5,6 per 1 000 invånare.

Kvoten mellan observerat och förväntat antal vårdade varierade från 0,92 i Göteborgs kommun till 1,23 i Malmö kommun. Också Göteborgs och Bohus läns landsting hade ett observerat värde, som överskred det förväntade med mer än tio procent.

Cirkulationsorganens sjukdomar

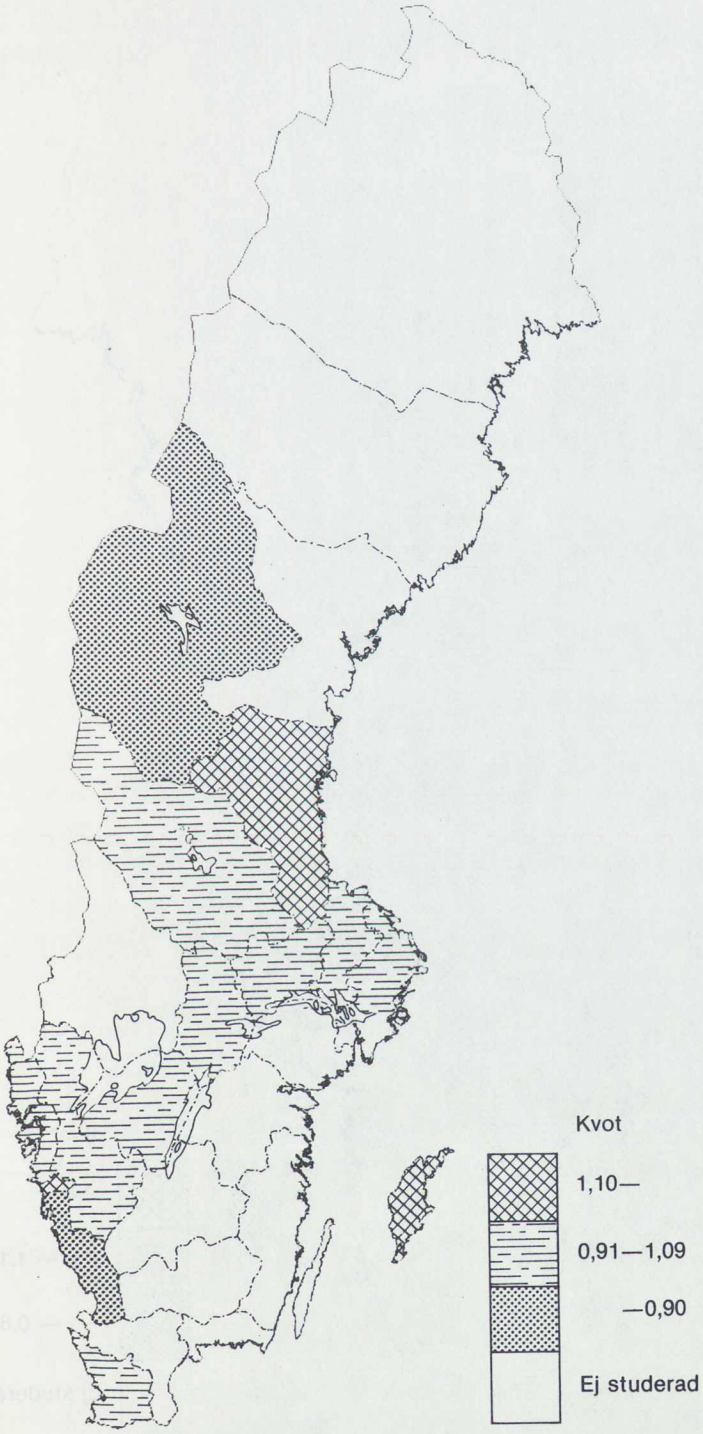
Cirkulationsorganens sjukdomar är den vanligaste anledningen till sluten sjukvård. Studien omfattar 85 000 utskrivna med någon sådan sjukdom som huvuddiagnos. Detta motsvarar nära 16 utskrivna per 1 000 invånare.

Högsta kvoten mellan observerat och förväntat antal vårdade noterades för Gävleborgs län med 1,16. Mer än tio procent över förväntan låg också Gotlands och Göteborgs kommun med kvoten 1,13 respektive 1,10. Något fler utskrivna än förväntat observerades också för Skaraborgs län (1,08), Kopparbergs län (1,05) och Örebro län (1,04). Jämtlands och Hallands län hade mer än tio procent färre utskrivna än förväntat.

Totalt hade i studien 14 500 personer huvuddiagnosen akut hjärtinfarkt vid utskrivningen. Gävleborgs, Västmanlands och Örebro län hade ett observerat antal utskrivna, som låg cirka 20 procent över det förväntade. Gotland, som för samtliga hjärt- och kärlsjukdomar tillsammans hade en relativt hög kvot, noterade för akut hjärtinfarkt kvoten 0,8.

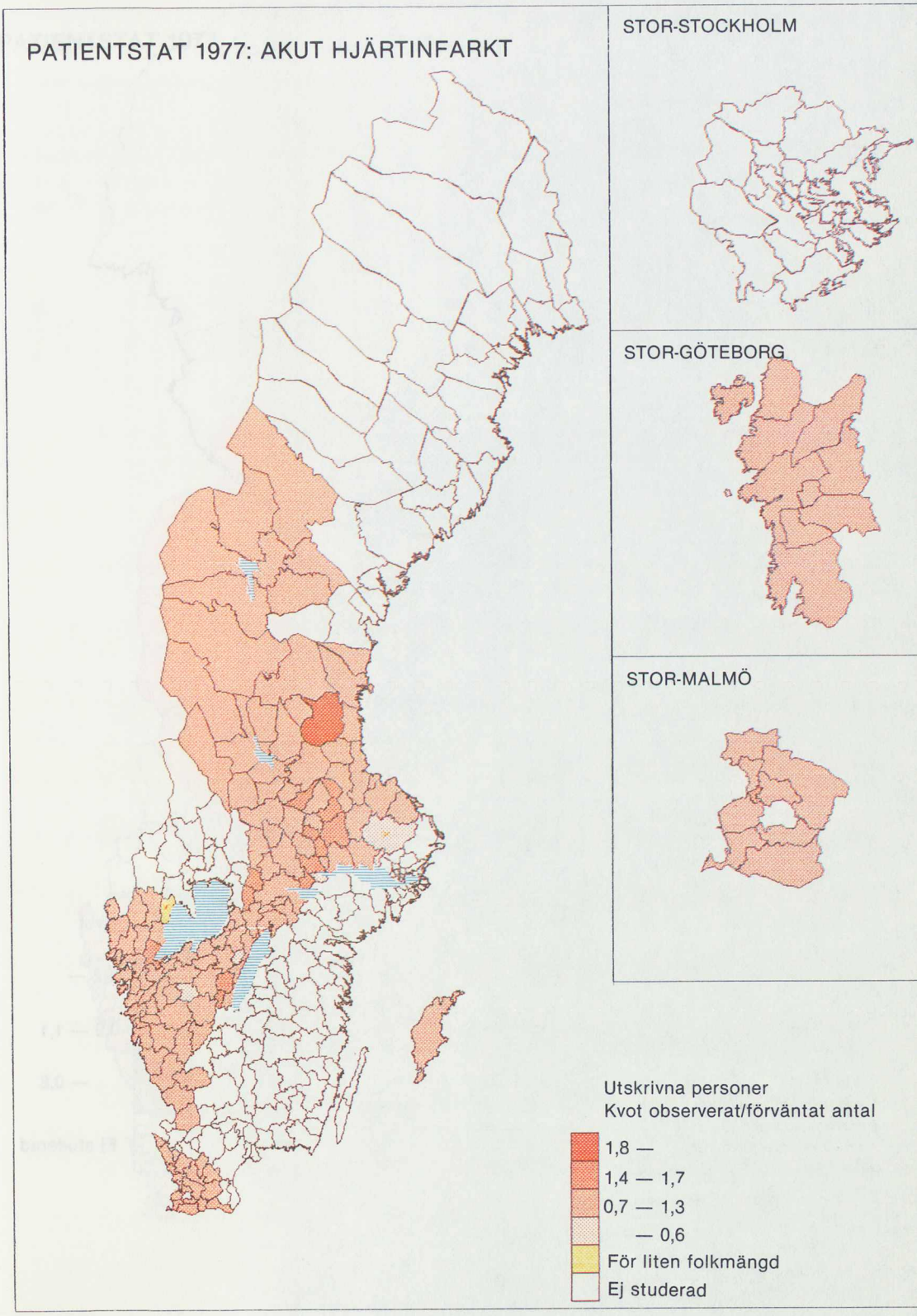
Bollnäs hade en högre kvot än 1,8 mellan observerat och förväntat antal utskrivna. Av kommunerna med kvoten mellan 1,4 och 1,7 låg ytterligare en i Gävleborgs län, två i Kopparbergs län och fem i Västmanlands län. Dessa åtta kommuner ligger geografiskt relativt nära varandra.

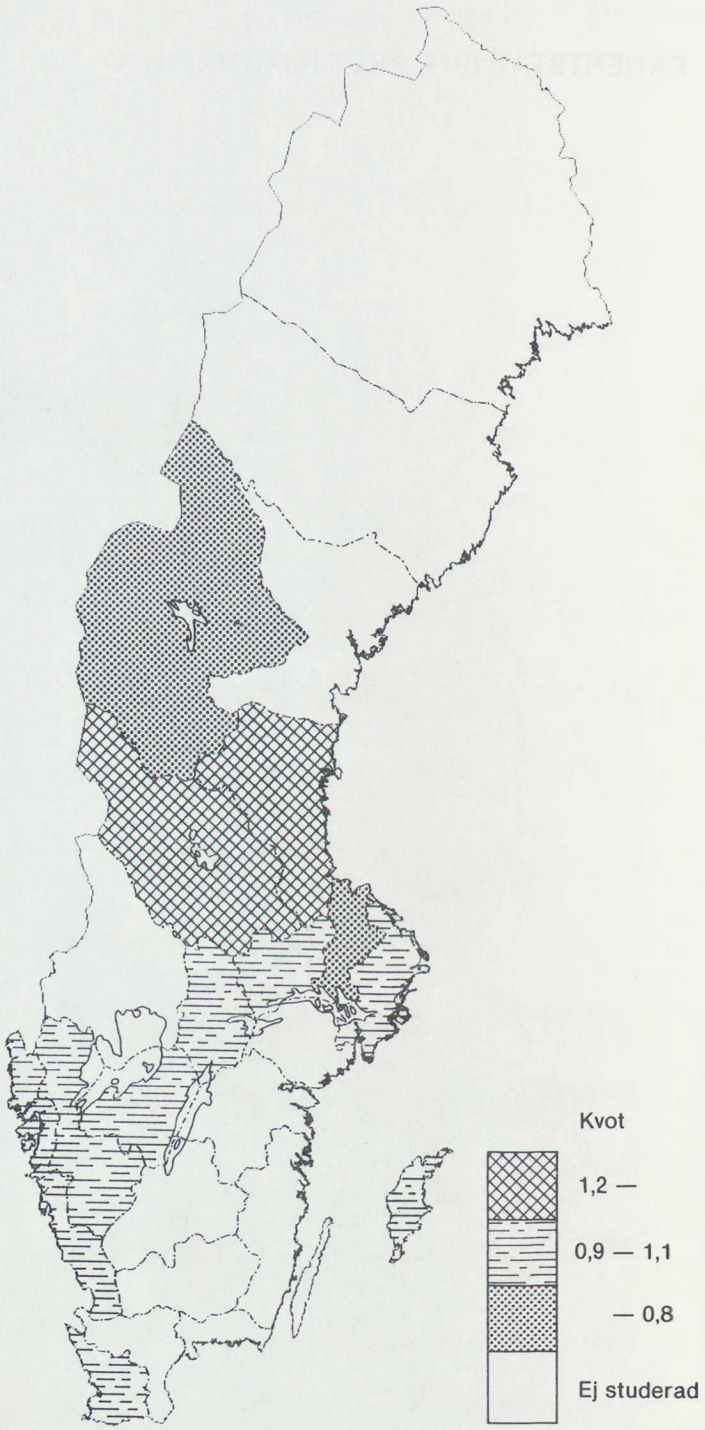
17 000 utskrivna med cerebrovaskulär sjukdom som huvuddiagnos ingick i studien. Även för denna diagnos hade Gävleborgs län högsta kvoten mellan observerat och förväntat antal utskrivna (1,3). Näst högsta kvoten hade Kopparbergs län (1,2). Omkring 20 procent färre utskrivna än förväntat noterades för Uppsala och Jämtlands län. Ett tiotal kommuner hade en kvot på 1,4 eller mer. I stort sett lika många hade en kvot lägre än 0,7.



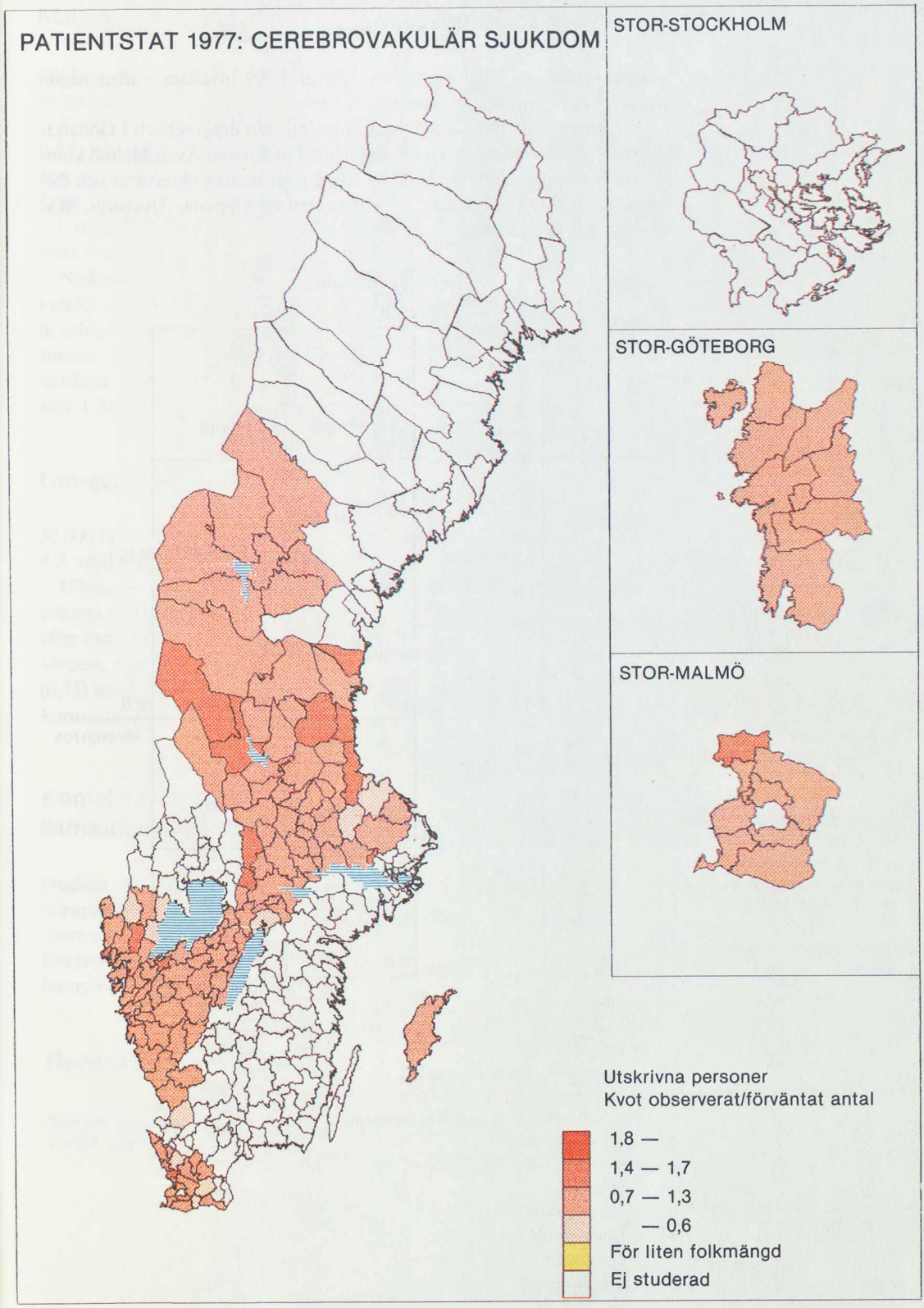
Karta 11
Cirkulationsorganens sjukdomar. Utskrivna personer. Kvot observerat/förväntat antal.

Karta 12
Akut hjärtinfarkt.
Utskrivna personer.
Kvot observerat/förväntat antal.


PATIENTSTAT 1977: AKUT HJÄRTINFARKT
STOR-STOCKHOLM
STOR-GÖTEBORG
STOR-MALMÖ
Utskrivna personer
Kvot observerat/förväntat antal
1,8 —
1,4 — 1,7
0,7 — 1,3
— 0,6
För liten folkmängd
Ej studerad



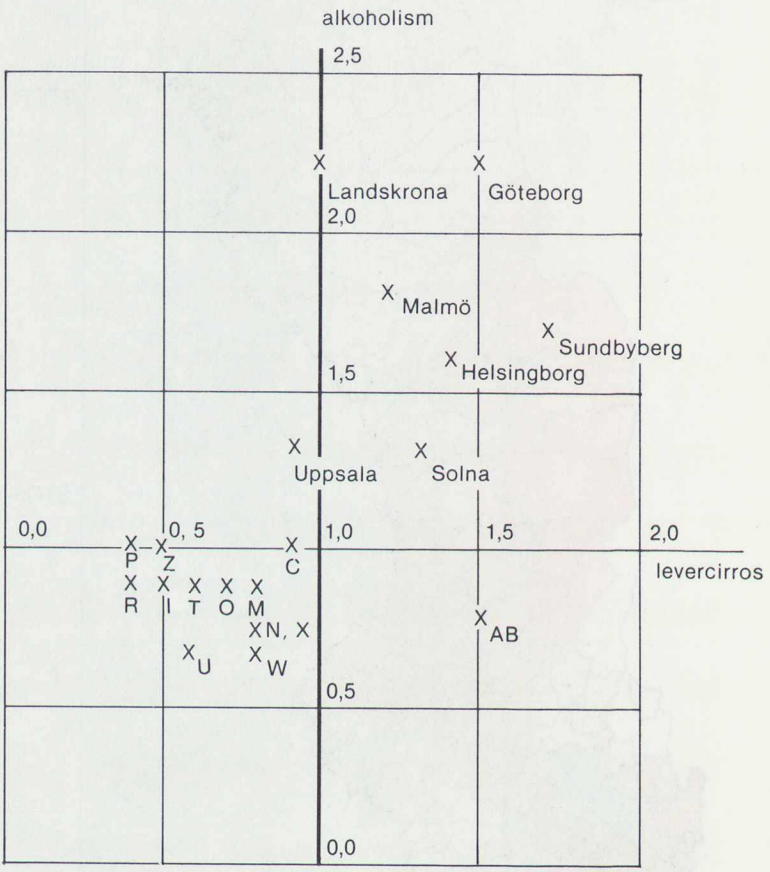
Karta 14
Cerebrovaskulär sjukdom. Utskrivna personer. Kvot observerat/förväntat antal.


PATIENTSTAT 1977: CEREBROVAKULÄR SJUKDOM
STOR-STOCKHOLM
STOR-GÖTEBORG
STOR-MALMÖ
Utskrivna personer
Kvot observerat/förväntat antal
1,8 —
1,4 — 1,7
0,7 — 1,3
— 0,6
För liten folkmängd
Ej studerad

Andningsorganens sjukdomar

Studien omfattar 47 500 personer – 8,8 per 1 000 invånare – med någon diagnos bland andningsorganens sjukdomar.

Den observerade frekvensen var i Jämtlands län drygt 40 och i Gotlands kommun 30 procent högre än förväntat antal utskrivna. Även Malmö kommun och Västmanlands län hade en större kvot mellan observerat och förväntat antal än 1,1. Mindre än 0,9 var kvoten för Uppsala, Älvsborgs, Skaraborgs och Örebro län.



Figur 1 Kvot mellan observerat och förväntat antal utskrivna personer med diagnoserna alkoholism respektive levercirros 1977 för 15 sjukvårdsområden och några kommuner (hemort).

AB = Stockholms län
C = Uppsala län
I = Gotlands län
M = Malmöhus läns landsting
N = Hallands län
O = Göteborgs och Bohus läns landsting
P = Älvsborgs län
R = Skaraborgs län
T = Örebro län
U = Västmanlands län
W = Kopparbergs län
X = Gävleborgs län
Z = Jämtlands län

Matsmältningsorganens sjukdomar

Studien omfattar nära 60 000 utskrivna med någon sjukdom i matsmältningsorganen. Det motsvarar elva utskrivna per 1 000 invånare.

Kvoten mellan observerat och förväntat antal utskrivna varierade mellan 0,83 och 1,17. Skaraborgs län, Malmö och Gotlands kommuner hade de högsta kvoterna med 1,17, 1,16 och 1,15. Endast Uppsala län hade en kvot lägre än 0,9.

I studien ingick 1 340 fall av levercirros. Stockholms län samt Malmö och Göteborgs kommuner hade fler utskrivna än förväntat för denna diagnos.

Nedanstående figur visar samtidigt över- respektive underrepresentation i andel vårdade med diagnoserna levercirros respektive alkoholism. I figuren är inlagda dels de 15 undersökta sjukvårdsområdena dels några större kommuner. Det bör observeras att för Solna och Sundbyberg är de angivna värdena minimivärden, då bortfallet beträffande kommunkod var mycket stor i Stockholms län.

Uro-genitalorganens sjukdomar

50 000 fall av uro-genitalorganens sjukdomar ingick i studien. Det motsvarar 9,2 vårdade per 1 000 invånare i undersökningsområdet.

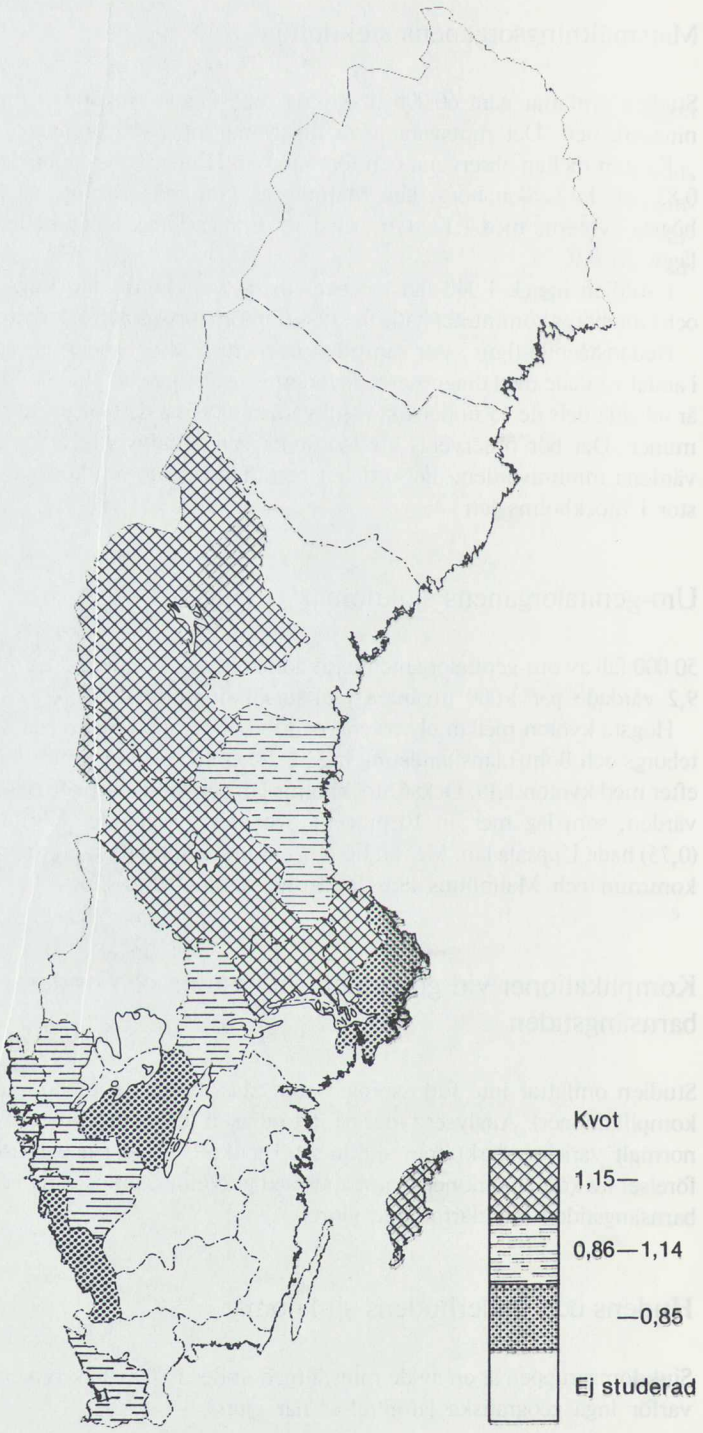
Högsta kvoten mellan observerat och förväntat antal utskrivna hade Göteborgs och Bohus läns landsting med 1,24. Göteborgs kommun följde därefter med kvoten 1,19. Också Stockholms län och Gotland hade observerade värden, som låg mer än 10 procent över det förväntade. Lägsta kvoten (0,75) hade Uppsala län. Mer än tio procent under förväntan låg även Malmö kommun och Malmöhus läns landsting samt Örebro län.

Komplikationer vid graviditet, förlossning och under barnsängstiden

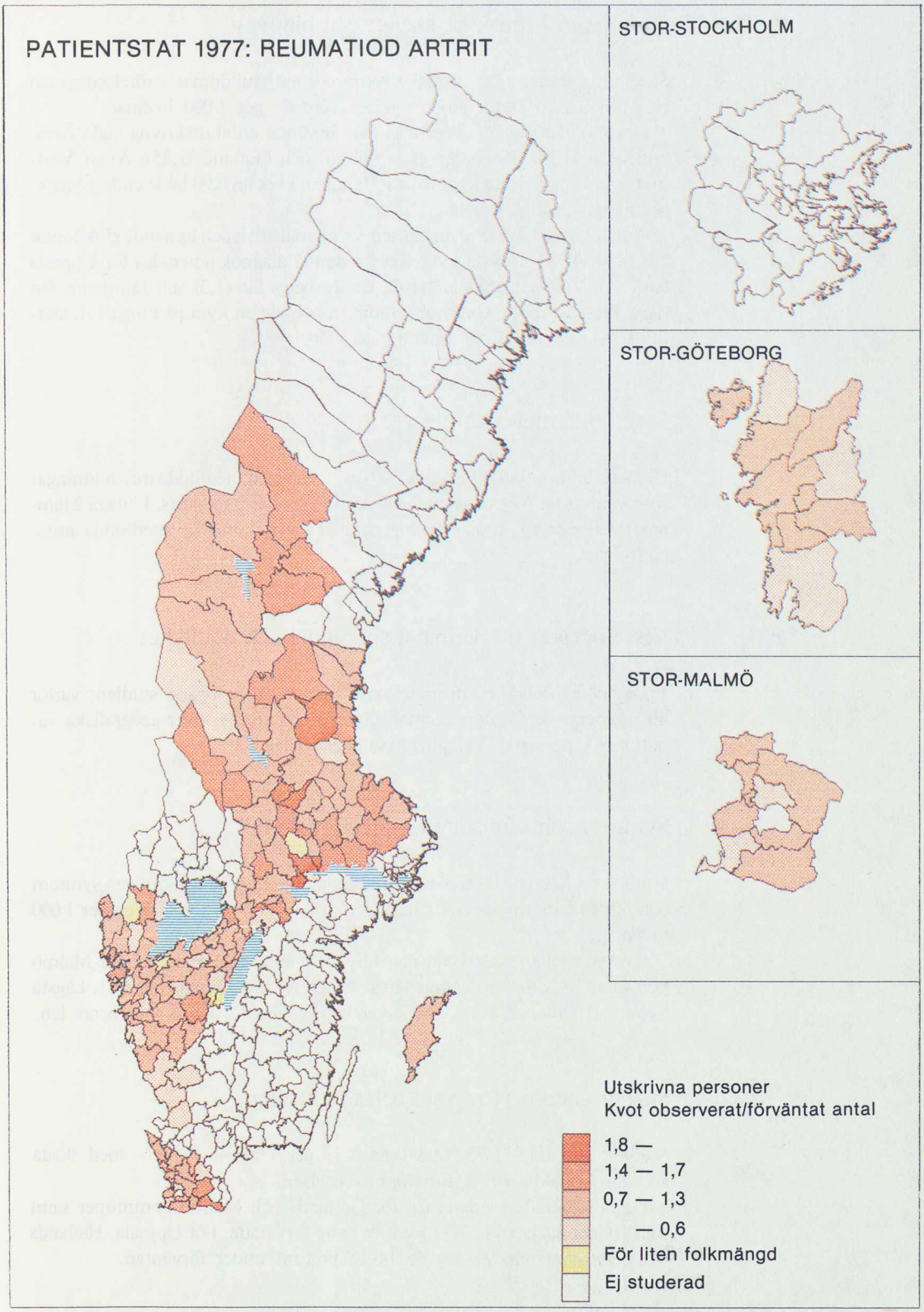
Studien omfattar inte förlossningar som klassifiserats som normala (utan komplikationer). Analyser tyder på, att gränsen för vad som betraktas som normalt varierar starkt från sjukhus till sjukhus. Några geografiska jämförelser av komplikationer i samband med graviditet, förlossning och under barnsängstiden har därför inte gjorts.

Hudens och underhudens sjukdomar

Sjukdomsgruppen är en av de minsta med under 10 000 utskrivna i studien, varför inga geografiska jämförelser har gjorts.



Karta 16
Reumatoid artrit.
Utskrivna personer.
Kvot observerat/förväntat antal.


PATIENTSTAT 1977: REUMATIOD ARTRIT
STOR-STOCKHOLM
STOR-GÖTEBORG
STOR-MALMÖ
Utskrivna personer
Kvot observerat/förväntat antal
1,8 —
1,4 — 1,7
0,7 — 1,3
— 0,6
För liten folkmängd
Ej studerad

Sjukdomar i muskler, skelett och bindväv

Studien omfattar nära 30 000 utskrivna med sjukdomar i rörelseorganen och i skelettet. Detta motsvarar 5,5 vårdade per 1 000 invånare.

Höga kvoter mellan observerat och förväntat antal utskrivna hade Älvsborgs län (1,28), Kopparbergs län (1,26) och Gotland (1,25). Även Västmanlands län hade en kvot över 1,10. Lägre kvot än 0,90 hade endast Stockholms och Skaraborgs län.

Antalet utskrivna med diagnosen reumatoid artrit och liknande sjukdomar var drygt 4 700. Högsta kvoterna för denna diagnos noterades för Uppsala län (1,5), Västmanlands län (1,4), Kopparbergs län (1,3) och Jämtlands län (1,3). Flertalet av de kommuner, som uppvisade en kvot på minst 1,4, återfinns också i dessa och angränsande län.

Medfödda missbildningar

Denna studie omfattar knappt 8 000 utskrivna med medfödda missbildningar som vårdorsak. Några geografiska jämförelser har inte gjorts. I bilaga 2 lämnas referenser på studier över geografiska variationer av medfödda missbildningar.

Vissa orsaker till perinatal sjuklighet och dödlighet

Endast 4 300 fall med diagnos inom denna grupp ingår i studien, varför inga geografiska jämförelser har gjorts. Vissa studier över geografiska variationer i perinatal dödlighet refereras i bilaga 2.

Symtom och ofullständigt preciserade fall

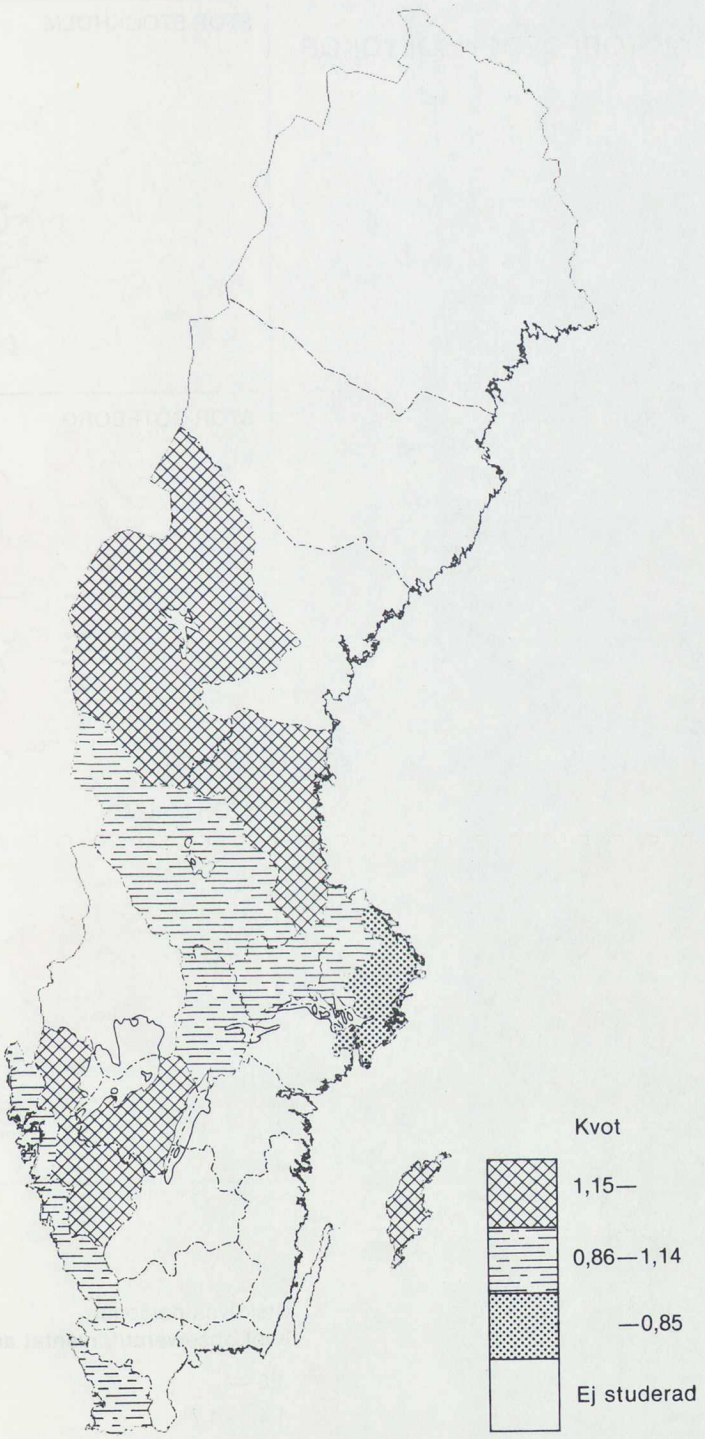
Studien omfattar 62 000 fall med huvuddiagnos tillhörande gruppen symtom och ofullständigt preciserade fall. Detta motsvarar elva utskrivna per 1 000 invånare.

Kvoten mellan observerat och förväntat antal utskrivna var för Malmö kommun 1,41, för Skaraborgs län 1,30 och för Stockholms län 1,11. Lägsta kvoterna noterades för Uppsala, Hallands, Örebro och Kopparbergs län.

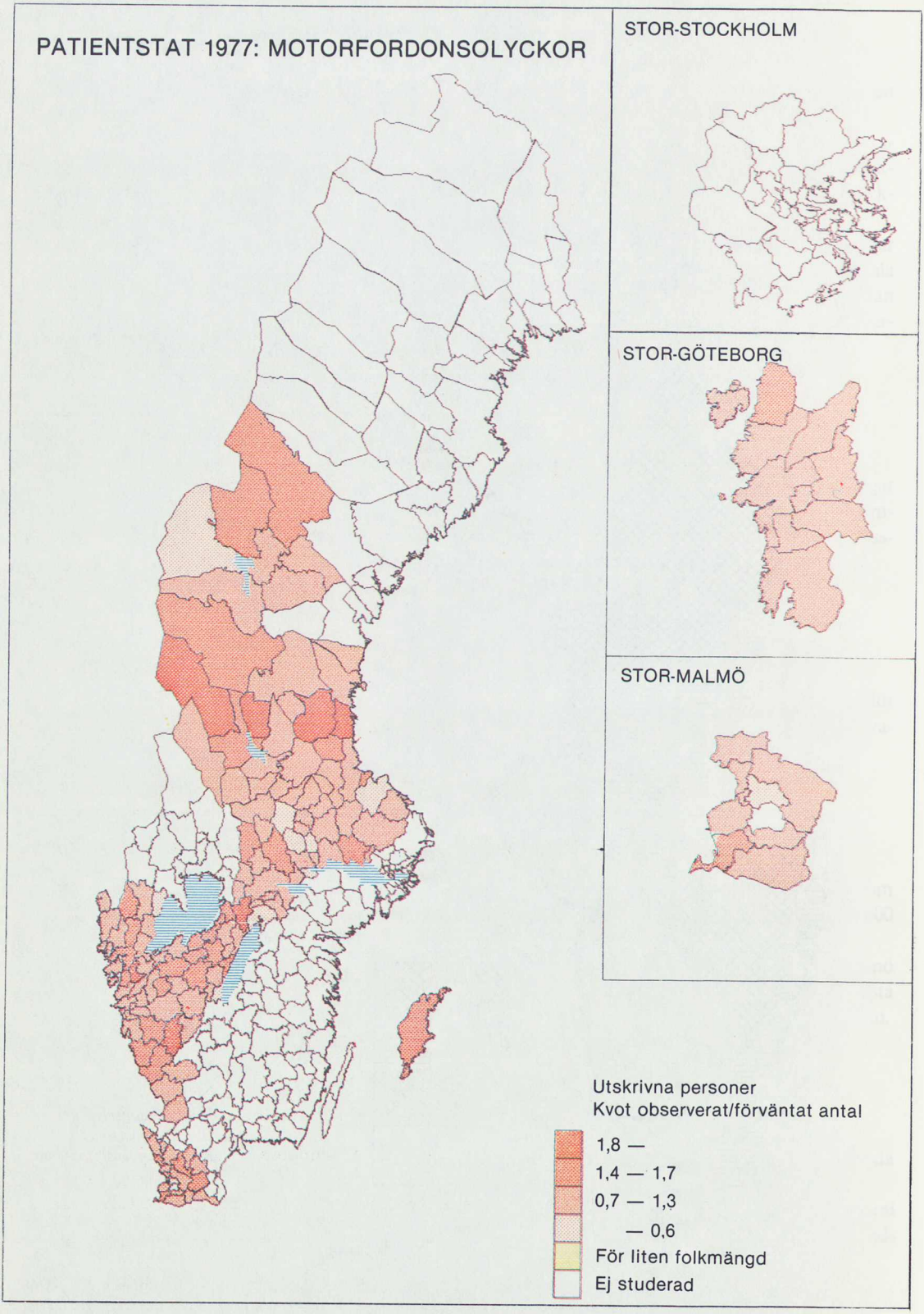
Skador genom yttre våld och förgiftning

Studien omfattar 71 000 utskrivna – 13 per 1 000 invånare – med skada som huvudsaklig orsak till sjukhusvistelsen.

De observerade värdena låg för Gotlands och Malmö kommuner samt för Gävleborgs län 14–17 procent över de förvätade. För Uppsala, Hallands och Västmanlands län låg de 14–18 procent under förväntan.



Karta 18
Motorfordonsolyckor. Utskrivna personer. Kvot observerat/förväntat antal.


PATIENTSTAT 1977: MOTORFORDONSOLYCKOR
STOR-STOCKHOLM
STOR-GÖTEBORG
STOR-MALMÖ
Utskrivna personer
Kvot observerat/förväntat antal
1,8 —
1,4 — 1,7
0,7 — 1,3
— 0,6
För liten folkmängd
Ej studerad

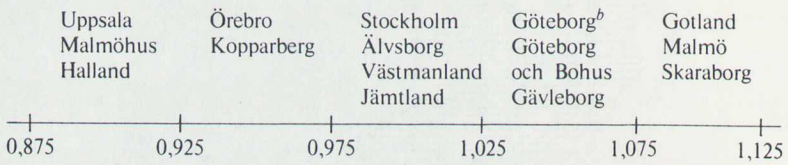
Karta 20
Självmord, självmordsförsök. Utskrivna personer. Kvot observerat/förväntat antal.

8 400 av dem som skrevs ut under studieperioden hade skadats i motorfordonsolyckor. Högsta kvoten mellan observerat och förväntat antal skadade i denna typ av olyckor hade Gotland (1,6) medan Stockholms län hade den lägsta (0,8). Kvoter om minst 1,2 hade också Älvsborgs, Skaraborgs, Gävleborgs och Jämtlands län. Åtta kommuner hade kvoter, som uppgick till minst 1,8.

Studien omfattar 4 200 utskrivna med utskrivningsdiagnosen självmord. Den högsta kvoten mellan observerat och förväntat antal utskrivna uppvisade Göteborg (1,3). Stockholms, Gotlands och Skaraborgs län hade samtliga kvoten 1,2. Lägsta kvoten hade Hallands, Älvsborgs och Malmöhus läns landsting samt Malmö kommun.

Sammanfattning av geografiska variationer inom sluten vård

I föregående avsnitt har för olika sjukdomsgrupper det verkliga antalet utskrivna personer jämförts med ett åldersstandardiserat, förväntat antal. Motsvarande jämförelse kan också göras för samtliga (inklusive icke särredovisade) sjukdomsgrupper tillsammans. Kvoten mellan observerat och förväntat värde varierar då mellan 0,89 och 1,10. Detta variationsområde kan indelas i fem klasser. Inplaceringen i olika klasser av de 15 sjukvårdsområdena framgår av nedanstående skala. Som synes är spridningen över hela variationsområdet relativt jämn.



[a] Avser landstinget. [b] Avser kommunen.

Man kan vidare studera för hur många av de analyserade tolv kapitlen som det förväntade värdet i verkligheten överskridits med minst tio procent. Man finner då, att Malmö, Gotlands och Göteborgs kommuner haft mer än tio procent fler vårdade än förväntat för åtta, sex respektive fem sjukdomsgrupper. Flest sjukdomsgrupper med kvoter mindre än 0,90 å andra sidan hade Uppsala län med sju och Hallands län med fem.

Om man enbart ser till den slutna sjukvårdens fem största grupper (mentala rubbningar, cirkulationsorganens sjukdomar, matsmältningsorganens sjukdomar, symtom och ofullständigt preciserade fall samt skador) är kvoten i över hälften av fallen minst 1,10 för Gotlands och Malmö kommuner och högst 0,90 i över hälften för Uppsala län och Hallands län.

Geografiska variationer enligt andra källor

Statistiska centralbyråns undersökningar om levnadsförhållandena (ULF) 1975/76 har redovisats per län/landsting. SCB har undersökt andelen per-

soner med långvarig sjukdom, andelen som erhåller regelbunden medicinsk behandling, andelen med mycket svåra besvär (endast 1975) samt andelen med i hög grad nedsatt arbetsförmåga. Genomgående höga värden uppvisar Värmlands län, Göteborgs kommun och Kronobergs län. Genomgående låga andelar med dessa problem registrerades för Hallands och Kopparbergs län.

ULF-materialet för 1975/76 har också särredovisats för 14 sjukdomsgrupper (motsvarande lika många kapitel i sjukdomsklassifikationen). Högre andelar än riksgenomsnittet med långvariga sjukdomar inom minst tio av dessa grupper har Göteborgs kommun samt Kronobergs och Jämtlands län. Lägre andelar än riksgenomsnittet inom minst tio av grupperna har Gotlands kommun, Hallands, Göteborgs- och Bohus samt Kopparbergs läns landsting.

I riksförsäkringsverkets statistik finns uppgifter om förtidspensionering inom olika försäkringskasseområden. Enligt statistiken för 1976 var antalet nybeviljade förtidspensioner per 100 000 försäkrade i åldern 16–49 år högst i Göteborgs kommun och i åldern 50–64 år högst i Jämtlands och Norrbottens län. Beträffande fördelningen på olika sjukdomsgrupper föreligger framför allt en skillnad mellan storstadsområdena och skogslänen i Norrland. Storstadsområdena har en relativt hög andel som förtidspensioneras på grund av mentala rubbningar medan Norrlandslänen genomgående har låga andelar. För rörelseorganens sjukdomar är förhållandet det omvända.

Med hjälp av Apoteksbolagets läkemedelsstatistik för 1978 har försäljningen av tio större preparatgrupper studerats. Den studerade variabeln har varit definierade dygnsdoser per 1 000 invånare. Enligt statistiken var försäljningen minst tio procent högre än genomsnittet för sju av preparatgrupperna i Gotlands län, för fem i Malmöhus län (inklusive Malmö kommun) samt för fyra i Värmlands och Örebro län.

Försäljningen var samtidigt högst 90 procent av riksgenomsnittet för minst fem av preparatgrupperna i Älvsborgs, Västmanlands, Jämtlands, Västerbottens och Norrbottens län.

Försäljningen av medel vid sjukdomar i andningsorganen ligger i Gotlands län ca 40 och i Jämtlands län ca 20 procent över riksmedelvärdet.

Gotlands och Värmlands län förbrukar minst 30 procent mera av hjärt- och kärlmedel samt diuretika per invånare än riket som helhet. Överkonsumtionen för de båda länen är av samma storleksordning för var och en av grupperna hjärt- och kärlmedel respektive diuretika.

I Stockholms län säljs drygt 20 procent mer medel vid järnbristanemier per 1 000 invånare än i hela riket.

Förbrukningen av kemoterapeutika i Malmöhus län är ca 20 procent större än den genomsnittliga.

Antalet sålda dygnsdoser per invånare av insulin, perorala diabetespreparat och glukagon är i Gotlands län mer än 50 procent högre än i hela riket. Ytterligare fyra län har en försäljning som ligger omkring 25 procent över genomsnittet.

Största antalet försålda dygnsdoser av hypnotika, sedativa och ataraktika registreras för Malmöhus, Uppsala samt Göteborgs- och Bohus län. Om man lägger samman förbrukningen av dessa läkemedel med förbrukningen av neuroleptika, antipsykotiska medel och antidepressiva medel, är den i

Malmöhus län och Göteborgs- och Bohus län cirka 20 procent högre samt i Uppsala och Gotlands län ca 10 procent högre än medelvärdet för riket.

Gotlands och Värmlands län förbrukar drygt 20 procent mera analgetika med antipyretisk och antireumatisk verkan per invånare än i riket i övrigt.

Cirka 25 procent högre förbrukning av laxantia än riket i övrigt har Malmöhus och Göteborgs- och Bohus län.

Malmöhus län har det högsta antalet försålda dygnsdoser per 1 000 invånare av medel vid nässjukdomar. Även Gotlands och Uppsala län ligger mer än 15 procent över riket i övrigt.

Underbilaga

Kvoter mellan observerat och förväntat antal utskrivna personer 1977 för 15 sjukvårdsområden för vissa sjukdomsgrupper och totalt

Sjuk vårds-område	I	II	IIa	III	V	VI	VII	VIII	IX	X	XIII	XVI	XVII	Tot
AB	1,06	1,07	1,10	1,04	0,90	0,98	1,00	1,03	0,96	1,13	0,84	1,11	1,03	1,01
C	0,80	0,85	0,89	1,17	1,05	0,95	0,92	0,80	0,83	0,75	0,98	0,74	0,83	0,89
I	1,01	1,01	1,09	1,06	0,93	1,06	1,13	1,30	1,15	1,15	1,25	1,01	1,16	1,09
MK	1,45	1,19	1,10	0,98	1,25	1,23	0,95	1,25	1,16	0,89	0,99	1,41	1,14	1,10
M	0,89	1,04	0,92	0,75	0,98	0,94	0,96	0,98	0,90	0,86	0,99	0,94	0,93	0,92
N	0,79	0,98	0,91	0,89	0,96	0,95	0,86	0,97	0,94	0,97	0,96	0,79	0,86	0,91
OK	1,25	1,21	1,07	0,92	1,50	0,92	1,11	0,94	1,07	1,19	1,04	0,89	1,04	1,07
O	1,08	1,02	1,06	0,90	1,04	1,14	0,97	0,99	1,02	1,24	1,05	0,97	1,06	1,06
P	0,90	0,93	0,99	0,91	0,96	0,94	0,91	0,84	0,97	1,02	1,28	0,93	1,01	0,99
R	0,95	0,93	1,08	1,20	1,00	0,94	1,08	0,89	1,17	1,07	0,88	1,30	1,01	1,08
T	0,93	0,86	0,93	1,06	0,94	0,95	1,04	0,88	1,05	0,89	1,06	0,82	0,96	0,93
U	0,87	0,85	0,99	1,12	0,76	1,04	0,99	1,14	1,03	0,99	1,13	0,91	0,82	0,99
W	0,78	0,85	0,96	1,04	0,91	1,09	1,05	1,06	0,98	0,90	1,26	0,81	0,93	0,96
X	0,90	0,86	1,04	1,32	0,99	1,07	1,16	1,03	1,09	0,99	1,00	1,02	1,17	1,04
Z	1,06	0,85	1,02	1,17	1,14	1,05	0,83	1,41	1,02	0,98	1,01	1,07	1,07	1,02

I Infektionssjukdomar och parasitära sjukdomar
II Tumörer
IIa Maligna tumörer
III Endokrina systemets sjukdomar, nutritionsrubbningar och ämnesomsättningssjukdomar
V Mentala rubbningar
VI Nervsystemets och sinnesorganens sjukdomar
VII Cirkulationsorganens sjukdomar
VIII Andningsorganens sjukdomar
IX Matsmältningsorganens sjukdomar
X Uro-genitalorganens sjukdomar
XIII Sjukdomar i muskler, skelett och bindväv
XVI Symtom och ofullständigt preciserade fall
XVII Skador genom yttre våld eller förgiftning

AB = Stockholms län
C = Uppsala län
I = Gotlands län
MK = Malmö kommun
M = Malmöhus läns landsting
N = Hallands län
OK = Göteborgs kommun
O = Göteborgs och Bohus läns landsting
P = Älvsborgs län
R = Skaraborgs län
T = Örebro län
U = Västmanlands län
W = Kopparbergs län
X = Gävleborgs län
Z = Jämtlands län

Bilaga 7 Patientstatistik – teknisk beskrivning

I avsnittet "Sjukdomspanorama" samt i bilaga 3, 5 och 6 redovisas data från den slutna sjukvården. Dessa data har hämtats från socialstyrelsens patientstatistik (diagnosstatistik), som består av tre fristående statistiksystem. Ett omfattar sluten psykiatrisk vård, ett förlossningsvård och ett övrig sluten kroppssjukvård.

Patientstatistiken för den psykiatriska vården är obligatorisk och startade 1962. Publicering sker regelbundet i Sveriges officiella statistik, serien statistiska meddelanden. Uppgiftslämnare är samtliga psykiatriska kliniker såväl inom lasarett för psykiatrisk vård som inom lasarett huvudsakligen för somatisk vård.

Den särskilda medicinska födelseregistrering som täcker hela landet infördes 1973. Även den statistik, som grundar sig på denna registrering, publiceras i serien statistiska meddelanden.

Patientstatistiken från övrig kroppssjukvård är frivillig. Socialstyrelsens statistik bygger helt på uppgifter, som sjukvårdshuvudmännen lämnar från sina egna statistiksystem. I stället befrias huvudmännen från skyldigheten att lämna in vissa årsredogörelser.

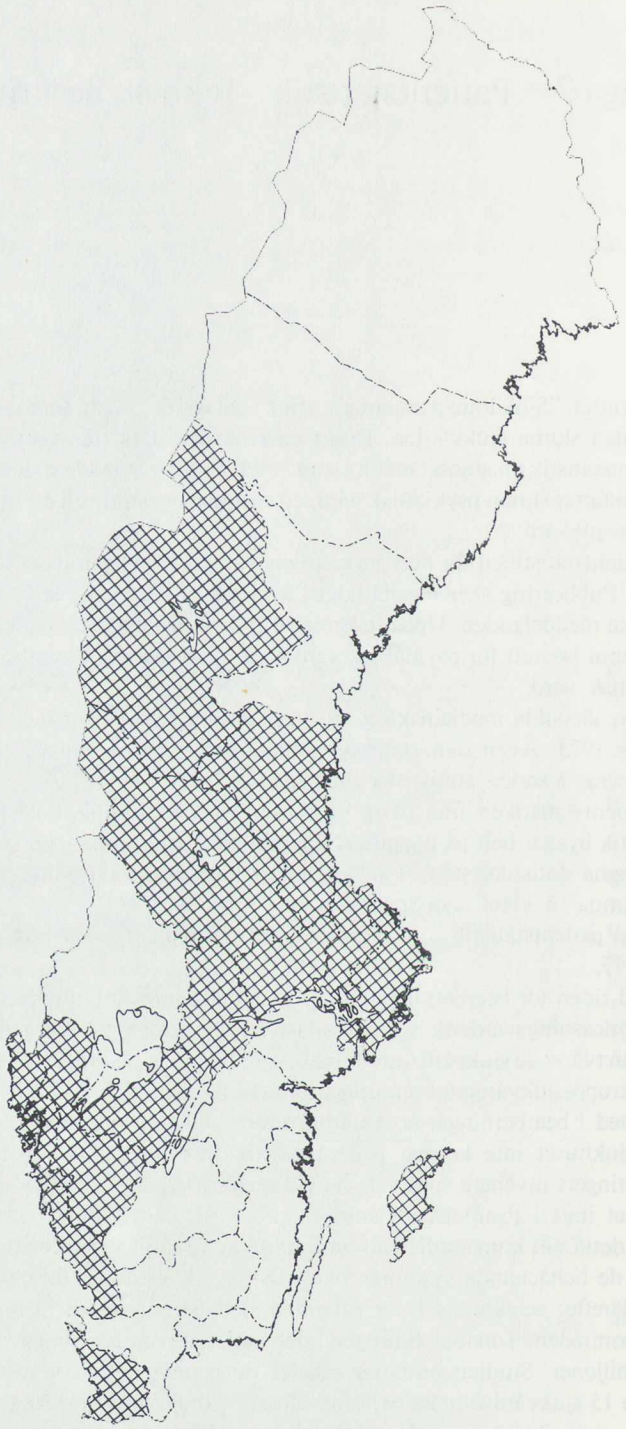
Den patientstatistik som redovisas i denna rapport avser huvudsakligen år 1977.

Vid tiden för bearbetningarna var materialet inte slutgiltigt rättat (utom för förlossningsvården), varför endast relativt grova tal har angivits.

Från två av de sjukvårdshuvudmän, som tillämpar den frivilliga statistiken från kroppssjukvården, kom uppgifterna in för sent, för att de skulle kunna tas med i bearbetningarna. Ytterligare ett landsting uteslöts, eftersom regionsjukhuset inte lämnar patientstatistik från kroppssjukvården. De av landstingets invånare som vårdats vid regionspecialitet skulle således ej ha kunnat ingå i resultatredovisningen.

På detta sätt kom studien att omfatta 15 av 18 möjliga sjukvårdsområden. Från de heltäckande systemen över psykiatrisk vård och förlossningsvård har därefter selekterats fram patienter med hemort inom dessa 15 sjukvårdsområden. Totalbefolkningen i det studerade området uppgick 1977 till 5,4 miljoner. Studien omfattar således de patienter med hemort i något av de 15 sjukvårdsområdena, som vårdats vid sjukhus anslutna till de aktuella statistiksystemen. Undersökningsområdet framgår av kartan i figur 1.

Totalmaterialet innehåller uppgifter om varje under år 1977 avslutat vårdtillfälle. Detta material har reducerats, så att för varje individ endast ett



Figur 1 Undersökningsområde.

vårdtillfälle (utskrivning) per sjukdom har tagits med. Reduktionen har skett genom att varje individ identifierats med hjälp av personnumret och varje sjukdom med hjälp av sjukdomsklassifikationens treställiga diagnoskod. Den diagnos som därvid valts, är den som enligt statistiken utgjort huvuddiagnos.

Materialet redovisas per kön och är indelat i åtta åldersklasser. Bortfallet p. g. a. att uppgift om kön eller ålder saknas uppgår till 0,08 procent. I stort sett gäller bortfallet enbart könsvariabeln.

Avsnittet om sjukdomspanorama innehåller också data, som belyser utvecklingen under en längre tidsperiod. För kroppsjukvården är dessa data hämtade från Uppsala sjukvårdsregion och avser perioden 1965–1977. För den psykiatriska vården gäller de perioden 1962–1976 och hela riket. För åren t. o. m. 1975 är data rörande psykiatrin hämtade från serien Statistiska meddelanden, HS. För 1976 har preliminära data erhållits underhand.

Beträffande kroppssjukvården är den population som undersökts utskrivna patienter från samtliga Uppsalaregionens kliniker och sjukhem för sluten kroppssjukvård under åren 1965, 1969, 1973 och 1977.

Uppsala sjukvårdsregion omfattar Uppsala, Kopparbergs, Gävleborgs och Jämtlands län, Medelpadsdelen av Västernorrlands län samt Västmanlands län förutom Köpings, Arboga och Kungsörs kommuner. Då materialet reducerats från antal avslutade vårdtillfällen till utskrivna individer, har i förhållande till andra bearbetningar av motsvarande statistik i denna rapport en något enklare bearbetningsmetod tillämpats. I stället för att utnyttja patienternas personnummer och diagnoskod för att identifiera personerna, har den i statistiken ingående variabeln "vårdade tidigare" använts. Av denna variabels värde skall framgå, om en patient vårdats tidigare under samma år för samma sjukdom och vid samma klinik.

Antalet utskrivna individer har relaterats till befolkningen i regionen vid utgången av det aktuella året. Därvid har bortsetts från, att boende i regionen vårdats vid sjukhus utanför densamma och att patienter med hemort utanför regionen vårdats vid regionens sjukhus.

I 1977 års material uppmärksammades en mer eller mindre systematisk felregistrering av vissa dialyspatienter. Dessa fel har korrigerats. I övrigt har variabeln "vårdad tidigare" utnyttjats utan ändringar.

För 1977 års material har antalet individer framräknade med hjälp av variabeln "vårdad tidigare" jämförts med det antal individer som fås genom att utnyttja personnummer och den treställiga diagnoskoden. Denna jämförelse har gjorts för Uppsala, Västmanlands (hela), Kopparbergs, Gävleborgs och Jämtlands län. Därvid framkom, att antalet individer, som erhållits genom utnyttjande av variabeln "vårdad tidigare", låg mellan 8 och 22 procent högre, än det antal som erhölls genom den andra metoden. Högst låg Uppsala län och lägst Jämtlands län.

Störst var skillnaderna för tumörer (31–68 procent), uro-genitalorganens sjukdomar (5–57 procent) och medfödda missbildningar (21–79 procent). För de stora sjukdomsgrupperna cirkulationsorganens sjukdomar, matsmältningsorganens sjukdomar samt skador låg skillnaderna mellan 4 och 18 procent.

Det bör observeras, att skillnaderna inte kan tolkas så, att de helt eller till större delen beror på felaktigheter i variabeln "vårdad tidigare". De

torde framför allt bero på, att en person kan ha vårdats för samma sjukdom vid olika kliniker. Remisser till regionkliniken förklarar troligen bl. a. tumörsjukdomarnas stora skillnad. Inget har framkommit, som tyder på några avgörande skillnader i variabeln "vårdad tidigare" för de olika undersökningsåren, med undantag av det tidigare nämnda felet, vad avser dialyspatienter.

I redovisningen har förlossningar utan uppgift om komplikation inte tagits med.

I redogörelserna har sjukdomarna indelats dels enligt de 17 kapitlen i socialstyrelsens klassifikation av sjukdomar 1968 (kallas i texten ofta "sjukdomsgrupper") dels enligt den s. k. 99-listan (socialstyrelsen, PB 3, 1974-03-06) (kallas i texten ofta "diagnoser").

Bilaga 8 Vårdplatser och vårddagar 1977

Vårdplatser 1977 per 1 000 invånare efter justering för vård enligt avtal/överenskommelse

Sjukvårdsområde (läns landsting)	Somatisk korttids-vård	Somatisk långtids-sjukvård	Psykiatrisk vård	Allm.[a] vård	Totalt
Områden med regionsjukhus					
AB Stockholms	4,8	6,9	3,6	0,5	15,8
C Uppsala	5,8	5,2	4,2	0,8	15,9
E Östergötlands	5,1	5,9	3,7	1,2	16,0
MM Malmö kommun	6,1	6,7	3,6	0,4	16,8
M Malmöhus	4,5	5,2	4,0	0,3	13,9
OG Göteborgs kommun	5,7	5,4	4,6	0,8	16,5
T Örebro	4,8	6,3	3,4	1,1	15,7
AC Västerbottens	5,2	5,7	4,2	0,7	15,8
Övriga områden					
D Södermanlands	5,4	6,5	4,0	0,5	16,4
F Jönköpings	5,0	5,6	5,1	0,5	16,2
G Kronobergs	5,0	6,1	5,0	0,4	16,5
H Kalmar	3,6	7,2	4,1	0,2	17,1
I Gotlands kommun	6,5	5,3	5,2	0,3	17,3
K Blekinge	4,9	5,6	5,1	0,4	16,2
L Kristianstads	4,8	5,6	4,2	0,9	15,3
N Hallands	4,5	5,8	3,0	0,4	13,8
O Göteborg o Bohus	4,8	6,8	3,5	0,2	16,3
P Älvsborgs	4,9	4,8	4,8	0,5	18,0
R Skaraborgs	4,4	5,5	3,7	0,7	14,3
S Värmlands	5,0	7,9	4,5	0,9	18,0
U Västmanlands	5,2	5,8	2,5	0,7	14,2
W Kopparbergs	5,6	6,1	4,4	0,5	16,6
X Gävleborgs	4,9	5,3	3,4	0,4	14,0
Y Västernorrlands	6,1	6,2	4,8	0,5	17,6
Z Jämtlands	5,1	8,7	5,4	1,0	20,2
BD Norrbottens	6,1	5,3	4,4	0,7	16,7
Totalt	5,1	6,1	4,1	0,6	15,9

[a] Inkl. ej klinikfördelad vård såsom vård på uppvakningsavdelning, intagningsavdelning och intensivvård, konvalescentvård, eftervård m. m.

Källa: Basårsstatistik 1977.

Vårddagar 1977 per 1 000 invånare efter justering för vård enligt avtal/överenskommelse

Sjukvårdsområde (läns landsting)	Somatisk korttids-vård	Somatisk långtids-sjukvård	Psykiatrisk vård	Allm.[a] vård	Totalt
Områden med regionsjukhus					
AB Stockholms	1 369	2 245	1 123	46	4 788
C Uppsala	1 594	1 810	1 294	65	4 544
E Östergötlands	1 407	2 162	1 138	140	4 855
MM Malmö kommun	1 684	2 329	1 140		5 133
M Malmöhus	1 303	1 779	1 238		4 326
OG Göteborgs kommun	1 464	1 901	1 740	155	5 138
T Örebro	1 418	2 135	1 033	179	4 720
AC Västerbottens	1 380	2 124	1 283	64	4 851
Övriga områden					
D Södermanlands	1 525	2 221	1 109	36	4 925
F Jönköpings	1 452	1 837	1 740	46	5 117
G Kronobergs	1 436	2 095	1 700	33	5 318
H Kalmar	1 489	2 487	1 319	9	5 357
I Gotlands kommun	1 858	1 829	1 256		4 971
K Blekinge	1 290	1 971	1 572		4 901
L Kristianstads	1 369	1 855	1 230	25	3 314
N Hallands	1 400	1 929	881	110	3 494
O Göteborgs o Bohus	1 347	2 345	1 119		4 843
P Älvsborgs	1 360	1 591	1 411	45	4 446
R Skaraborgs	1 414	1 609	1 218	11	4 335
S Värmlands	1 246	2 616	1 354	48	5 300
U Västmanlands	1 357	1 619	835	99	3 951
W Kopparbergs	1 377	2 108	1 479	91	5 034
X Gävleborgs	1 431	1 688	1 152		4 315
Y Västernorrlands	1 619	2 057	1 378	50	5 146
Z Jämtlands	1 430	2 851	1 764	353	6 463
BD Norrbottens	1 565	1 744	1 262	183	4 830
Totalt	1 414	2 043	1 272	62	4 796

[a] Inkl. ej klinikfördelad vård såsom vård på uppvakningsavdelning, intagningsavdelning och intensivvård, konvalescentvård, eftervård m. m.

Källa: Basårsstatistik 1977.

Antal utskrivningar fördelade på diagnosgrupper per 100 000 invånare och sjukvårdsområde, år 1976

Sjukvårdsområde	290	291	292–294	295	296	297–299	300	301–302	303	304	Övriga	Totalt
	Senil och presenil demens	Alkoholpsykos	Psykos av annan påvisbar organisk orsak	Schizofreni	Affektiv psykos	Paranoisk psykos, annan o. ej spec. psykos	Neuros	Patologisk personlighetstyp m. m.	Alkoholism	Narkomani, missbruk av droger		
AB Stockholm	32	26	19	124	67	115	258	38	358	73	176	1 283
C Uppsala	29	9	17	99	125	110	293	36	804	73	242	1 835
D Södermanland	25	17	26	143	67	51	266	41	442	29	99	1 200
E Östergötland	28	7	34	79	72	84	319	24	512	25	56	1 235
F Jönköping	59	11	21	139	78	93	355	42	642	38	103	1 579
G Kronoberg	56	12	23	84	118	110	186	56	514	12	81	1 247
H Kalmar	74	5	37	105	82	71	343	17	540	14	76	1 359
I Gotland kn	53	7	19	88	64	83	349	22	594	24	102	1 409
K Blekinge	66	34	37	170	87	47	228	56	440	19	59	1 242
L Kristianstad	50	12	13	150	75	65	367	66	518	26	136	1 478
MM Malmö kn	52	37	34	169	73	79	169	36	1 124	93	437	2 295
M Malmöhus	57	20	19	118	87	91	256	66	607	82	151	1 548
N Halland	72	5	13	100	82	67	395	27	420	24	81	1 284
OG Göteborg	30	23	18	61	92	84	445	25	1 234	72	135	2 215
O Gbg o. Bohus	57	29	27	122	104	56	282	63	377	17	106	1 240
P Älvsborg	49	37	21	70	113	76	199	49	536	20	146	1 315
R Skaraborg	75	9	8	80	116	69	400	51	596	21	138	1 569
S Värmland	48	42	19	103	69	70	246	61	586	22	69	1 333
T Örebro	32	6	17	97	95	53	318	42	520	24	158	1 359
U Västmanland	15	18	15	133	85	62	196	22	385	19	77	1 024
W Kopparberg	49	22	25	144	91	99	275	30	332	15	82	1 160
X Gävleborg	28	19	25	43	55	56	350	13	381	16	154	1 140
Y Västernorrland	48	22	42	165	136	101	121	27	343	10	182	1 292
Z Jämtland	103	9	12	144	105	68	324	72	538	36	152	1 555
AC Västerbotten	31	12	31	103	56	121	167	44	371	5	69	1 014
BD Norrbotten	27	8	9	145	79	114	222	70	380	14	179	1 245
Hela riket	44	20	22	114	86	88	284	43	532	42	142	1 411

Statens offentliga utredningar 1981

Kronologisk förteckning

1. Hälsorisker. S.
2. Ohälsa och vårdutnyttjande. S.

KUNGL. BIBL.
1981-03-02
STOCKHOLM

Statens offentliga utredningar 1981

Systematisk förteckning

Socialdepartementet

Hälso- och sjukvård inför 90-talet. 1. Hälsorisker. [1] 2. Ohälsa och vårdutnyttjande. [2]

Anm. Siffrorna inom klammer betecknar utredningarnas nummer i den kronologiska förteckningen.

LiberFörlag
Allmänna Förlaget

ISBN 91-38-05901-0
ISSN 0375-250X