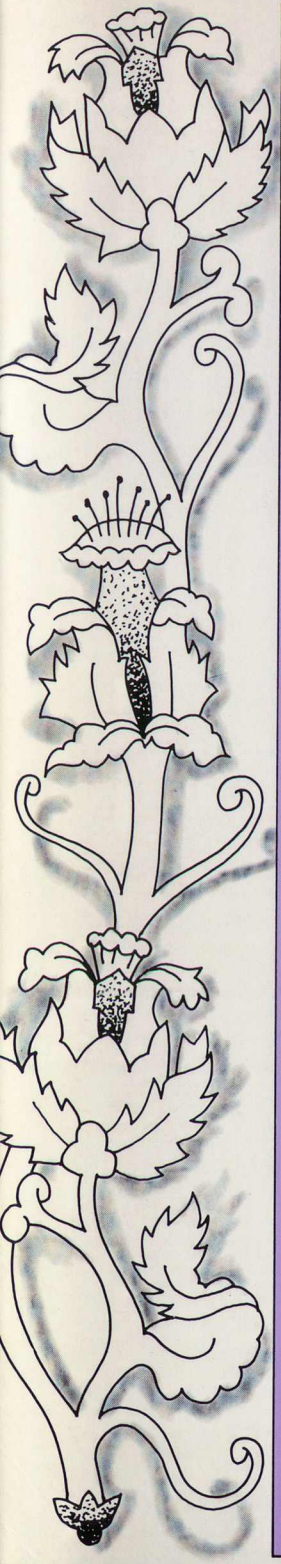
HÄLSO- OCH SJUKVÅRD INFÖR 90-TALET

HÄLSOPOLITISKA MÅL OCH BEHOVSBASERAD PLANERING

Ur KB:s samlingar
Digitaliserad år 2013
KUNGL. BIBLIOTEKET
National Library of Sweden

HS 90 UNDERLAGSSTUDIE SOU 1984:40

HÄLSO- OCH SJUKVÅRD INFÖR 90-TALET



HÄLSOPOLITISKA MÅL OCH BEHOVSBASERAD PLANERING

HS 90 UNDERLAGSSTUDIE SOU 1984:40

139

Statens offentliga utredningar
1984:40
Socialdepartementet

Hälsopolitiska mål och behovsbaserad planering

Hälsodata som planeringsunderlag

Hälso- och sjukvård inför 90-talet (HS 90)
Stockholm 1984

Omslag Magnus Günther, AdSum

ISBN 91-38-08370-1
ISSN 0375-250X

Minab/Gotab, Stockholm 1984

Förord

Denna skrift – "Hälsopolitiska mål och behovsbaserad planering" – är en underlagsstudie inom ramen för HS 90-projektet – Hälso- och sjukvård inför 90-talet.

HS 90:s syfte är att ge ett underlag för den hälsopolitiska utvecklingen och planeringen i perspektivet 1990 – 2000. HS 90 har genomförts inom socialdepartementets hälso- och sjukvårdsberedning (tidigare sjukvårdsdelegationen). En särskild arbetsgrupp för långsiktig planering har svarat för den direkta ledningen av projektet. Sekretariatet har varit förlagt till socialstyrelsen. Sammansättningen av hälso- och sjukvårdsberedningen, arbetsgruppen och sekretariatet redovisas i bilaga 1.

Inom ramen för den första etappen utarbetades ett antal kommenterade kunskapssammanställningar. Dessa skrifter publicerades i respektive författares namn. En förteckning över publikationerna redovisas i bilaga 2.

Utgångspunkter och riktlinjer för HS 90:s huvudstudier har redovisats i SOU 1981:4. Generella utgångspunkter har varit

- att hälso- och sjukvårdens verksamhet måste utgå från ett offensivt hälsopolitiskt synsätt;
- att befolkningens behov av vård skall vara av avgörande betydelse vid fördelningen av hälso- och sjukvårdens resurser samt
- att hälso- och sjukvårdens resursinsatser härutöver måste relateras till såväl samhällsekonomiska som sysselsättningspolitiska mål och restriktioner.

HS 90 innebär en utveckling och fördjupning av intentionerna i hälso- och sjukvårdslagen och målet "en god hälsa för hela befolkningen och en vård på lika villkor". HS 90 kan också ses som en vidareutveckling och konkretisering av de utvecklingslinjer som redovisats i socialstyrelsens principprogram Hälso- och sjukvård inför 80-talet (HS 80).

HS 90-arbetet har inriktats på tre områden; hälsopolitik – förebyggande insatser, vårdstruktur samt personal- och utbildningsplanering.

En uppgift i hälso- och sjukvårdens offensiva hälsopolitiska arbete är att delge andra samhällssektorer och medborgarna kunskaper om hälsorisker och ohälsa inom befolkningen. Hälso- och sjukvårdssektorn kan därigenom – utifrån sina erfarenheter och sitt perspektiv på hälsoproblemen – ge ett värdefullt underlag för bl a andra sektorers hälsopolitiska insatser och förändrar således inte ansvarsfördelningen mellan olika sektorer. Den

begränsar inte heller övriga sektorers ansvar att beakta hälsopolitiska konsekvenser och utforma hälsopolitiska mål inom sitt verksamhetsområde.

I denna underlagsstudie diskuteras möjligheter och svårigheter att utnyttja statistik och registeruppgifter om hälsotillstånd, hälsorisker och vårdutnyttjande i planeringen inom hälso- och sjukvården. I rapporten behandlas såväl målformulering som resursfördelning och uppföljning. Rapporten har sammanställts av en arbetsgrupp bestående av Göran Dahlgren, socialdepartementet, Finn Diderichsen, socialmedicinska institutionen, Karolinska institutet och Curt-Lennart Spetz, socialstyrelsen. Dessutom har ett flertal personer med planeringserfarenhet bidragit med underlag och synpunkter.

Tre bilagor till denna rapport har publicerats i en egen volym – SOU 1984:41.

- Fakta om ohälsans och vårdutnyttjandets socioekonomiska fördelning i Sverige av Curt-Lennart Spetz
- Arbetsmiljö – Yrke – Utnyttjande av sluten vård av Lars Alfredsson, Curt-Lennart Spetz och Töres Theorell
- Den jämlika vården av Bengt Haglund.

Arbetsgruppen för långsiktig planering svarar för den allmänna inriktningen och huvudprinciperna i föreliggande underlagsstudie. I övrigt svarar de i arbetet medverkande för rapportens innehåll.

Stockholm i juni 1984

Ingemar Lindberg

statssekreterare
ordförande i arbetsgruppen
för långsiktig planering

Innehåll

Inledning 9

Block A – God hälsa för hela befolkningen 13

1 *De stora folksjukdomarna* 13
1.1 Mål för hälso- och sjukvården – en god hälsa 13
1.2 De vanligaste sjukdomsgrupperna 13
1.3 Prioriteringskriterier 16
1.4 Tidig död 17
1.5 Symtom och besvär 18
1.6 Funktionsnedsättning 20
1.7 Handikapp 20
1.8 Folksjukdomarna i ett samhällsekonomiskt perspektiv . 22
1.9 Stora folkhälsoproblem 22

2 *Hjärt- och kärlsjukdomar* 25
2.1 Förekomst och fördelning 25
2.2 Hälsorisker 28
2.3 Hälsopolitiska mål och förebyggande insatser 29

3 *Psykisk ohälsa* 31
3.1 Förekomst och fördelning 31
3.2 Hälsorisker 34
3.3 Hälsopolitiska mål och förebyggande insatser 36

4 *Rörelseorganens sjukdomar* 39
4.1 Förekomst och fördelning 39
4.2 Hälsorisker 41
4.3 Hälsopolitiska mål och förebyggande insatser 42

5 *Tumörer* 43
5.1 Förekomst och fördelning 43
5.2 Hälsorisker 47
5.3 Hälsopolitiska mål och förebyggande insatser 47

6 *Skador* 49
6.1 Förekomst och fördelning 49
6.2 Hälsopolitiska mål och förebyggande insatser 53

7 *Andningsorganens sjukdomar* 55
7.1 Förekomst och fördelning 55
7.2 Hälsorisker 56
7.3 Hälsopolitiska mål och förebyggande insatser 57

8 *Drogmissbruk* 59
8.1 Förekomst och fördelning 59
8.2 Hälsorisker 61
8.3 Hälsopolitiska mål och förslag till åtgärder 63

9 *Ohälsans fördelning* 67
9.1 Demografisk fördelning 67
9.2 Socioekonomisk fördelning 69
9.2.1 Upplevd ohälsa 69
9.2.2 Förtidspension och sjukfrånvaro 72
9.2.3 Sluten vård 73
9.2.4 Dödlighet 74
9.2.5 Identifiering av yrkesgrupper med hög risk för sjukdom och tidig död 75
9.3 Geografisk fördelning 79

10 *Orsaker till ohälsans sociala fördelning* 81
10.1 Urvalsmekanismer 83
10.2 Exponering 84
10.3 Individuella och kollektiva resurser 86

11 *Hälsopolitiska konsekvenser* 89
11.1 Hälsopolitiska jämlikhetsmål 89
11.2 Hälsopolitiska riskgrupper 90
11.3 Jämlikhetsmålens konsekvenser för hälsopolitiken – några utgångspunkter 91

Block B – Vård på lika villkor för hela befolkningen . . . 95

12 *Vårdens tillgänglighet* 95
12.1 Mål för hälso- och sjukvården – vård på lika villkor . . 95
12.2 Vårdens tillgänglighet och kvalitet 96
12.3 Demografisk fördelning 97
12.4 Sociokulturell fördelning 98
12.5 Geografisk fördelning 103
12.6 Orsaker till bristande jämlikhet 106
12.7 Otillfredsställda vårdbehov 107

13 *Vårdpolitiska konsekvenser* 109
13.1 Vårdpolitiska jämlikhetsmål 109

13.2 Vårdpolitiska riskgrupper 110
13.3 Förslag till åtgärder 110
13.4 Medborgarinflytande 112

Block C – Behovsbaserad resursfördelning 115

14 *Vårdbehov och resursfördelning* 115
14.1 Hälso- och sjukvårdslagen 115
14.2 Ohälsa och vårdutnyttjande – en begreppsmodell . . . 116
14.3 Demografisk struktur och vårdbehov 117
14.3.1 Åldersfördelning 117
14.3.2 Familjeförhållanden 118
14.4 Socioekonomisk struktur och vårdbehov 119

15 *Från utbudsstyrd till behovsrelaterad planering* 121
15.1 Utbudsstyrd planering 121
15.2 Behovsbaserad resursfördelning 124
15.3 Principer för behovsbaserad resursfördelning mellan geografiska områden 125
15.4 Vårdbehovskriterier – några utländska exempel . . . 129
15.4.1 Finland 130
15.4.2 England 130
15.4.3 Norge 131
15.5 Möjlig tillämpning av behovsbaserade fördelningskriterier för svensk hälso- och sjukvård 131
15.5.1 Utgångspunkter 133
15.5.2 Öppen vård 134
15.5.3 Sluten korttidsvård 134
15.5.4 Långtidsvård 135
15.5.5 Förebyggande verksamhet 135
15.5.6 Några kommentarer 136
15.5.7 Fördelning av rambudget till primärvården . . . 137
15.5.8 Resursfördelning mellan verksamheter 138
15.6 Summering 141

Block D – Lokala och nationella hälsobeskrivningar 141

16 *Hälsa och vård i Sverige – Uppföljning och utvärdering* . 141
16.1 Bakgrund 143
16.2 Befolkningens ohälsa 143
16.2.1 Dödlighet 143
16.2.2 Sjukdom och symtom 145
16.2.3 Funktionsnedsättning och handikapp 145
16.3 Hälsorisker 147
16.4 Hälso- och sjukvårdens omfattning och inriktning . . . 149

17 *Lokala hälsobeskrivningar* 149
17.1 Bakgrund 150
17.2 Samhällsprofil 150

17.2.1 Demografisk struktur 150
17.2.2 Socioekonomisk struktur 150
17.2.3 Indirekta surveys 151
17.3 Hälsoriskprofil 151
17.4 Hälsoprofil 153
17.4.1 Ohälsans dimensioner 153
17.4.2 Sjukdom och symtom 154
17.4.3 Funktionsnedsättning och handikapp 158
17.4.4 Identifiering av hälsopolitiska riskgrupper . . . 159
17.5 Vårdprofil 160
17.5.1 Resursfördelning 160
17.5.2 Struktur och kvalitet 161
17.5.3 Tillgänglighet 162
17.5.4 Effekt 163
17.5.5 Identifiering av vårdpolitiska riskgrupper . . . 163

18 *Behov av förbättrade hälsodata* 165
18.1 Dödsorsaksstatistik 165
18.2 Undersökningar av levnadsförhållanden 166
18.3 Hälsorisker 167
18.4 Landstingens patientdatabaser 167
18.5 Landstingens personaldatabaser 167

Block E – Sammanfattning 168

19 *Sammanfattning* 171
19.1 God hälsa för hela befolkningen 171
19.2 Vård på lika villkor för hela befolkningen 173
19.3 Vårdbehov och resursfördelning 173
19.4 Hälsobeskrivningar 174

Förkortningar 177
Referenser 179
Bilagor 185

Inledning

Utgångspunkter för denna rapport är hälso- och sjukvårdslagens (HSL) målparagraf om "god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen" (§2) samt kravet att "landstingskommunen ska planera hälso- och sjukvården med utgångspunkt i befolkningens behov av hälso- och sjukvård" (§7).

I direktiven för HS 90:s huvudstudie anges att i hälso- och sjukvårdsplaneringen "bör särskilt beaktas möjligheterna att genom förbättrade förebyggande, kurativa och rehabiliterande insatser reducera skillnader i ohälsans omfattning mellan olika socioekonomiska grupper. HS 90-arbetet bör mot denna bakgrund inriktas mot att: Belysa möjligheter och begränsningar i att kartlägga och analysera befolkningens hälsotillstånd som underlag för planering och beslut avseende inriktning och fördelning av hälso- och sjukvårdens insatser. Därvid skall särskilt uppmärksammas behovet av åtgärder inom vårdområdet som ökar möjligheterna att alla som bor i landet får del av hälso- och sjukvården på lika villkor". "Utredningsresultat bör redovisas i en sådan form att de kan utgöra ett praktiskt hjälpmedel för huvudmännens planering"(1).

Syftet med denna rapport är således att belysa möjligheter och begränsningar att i praktiken utnyttja hälsodata som underlag för hälso- och sjukvårdens planering såväl nationellt som på sjukvårds- och primärvårdsområdesnivå. Den skall också klarlägga vilka ytterligare förbättringar av hälsodata, som är av strategisk betydelse för att vidareutveckla en behovsbaserad planering av förebyggande, behandlande, rehabiliterande och omvårdande insatser. Med hälsodata avses i detta sammanhang fakta om hälsorisker och hälsoförhållanden. Fakta kan t ex vara hur hälsorisker och hälsoförhållanden fördelar sig i befolkningen efter geografiska, socioekonomiska eller demografiska indelningar eller hur vård efterfrågas och utnyttjas relaterat till hälsoproblem.

Många viktiga kvaliteter i vården som betonas i HSL, exempelvis trygghet, integritet och självbestämmande, är mycket svåra att kvantifiera och mäta med hjälp av reguljära statistik- och informationssystem. Registerdata och resultat från intervjuundersökningar och dylikt måste därför kompletteras med direkt dialog med befolkningen.

Utopi och verklighet

En konsekvent behovsbaserad planering skulle kräva fullständig kunskap om ohälsa och hälsorisker i samhället, om effekten av olika förebyggande och behandlande insatser och vilka resurser insatserna kräver. Denna kunskap saknas till stora delar idag, även om vi på senare år har fått betydligt bättre kännedom om befolkningens hälsotillstånd och hur vården utnyttjas. Avståndet till en ideal planeringsmodell är fortfarande stort. De utgångspunkter och metoder, som redovisas i det följande, får ses som försök att utnyttja förbättrade hälsodata, för att ta några steg på den vägen. De förslag, som presenteras i denna rapport, bör mot denna bakgrund bedömas i termer av förbättringar i jämförelse med nuläget, snarare än i vad som återstår för att uppnå en ideal – men utopisk – behovsbaserad planering.

En utveckling mot en planering som är mer baserad på behov måste vidare ses som en process där många mål och resurskrav skall vägas samman. I denna rapport betonas de mål och krav på resurser som motsvarar befolkningens behov av vård. Denna ansats kan – förhoppningsvis – utgöra en motvikt mot en hälso- och sjukvårdsplanering, som i hög grad är styrd av tidigare vårdutbud och den efterfrågan detta genererar.

Den efterfrågebaserade planeringen står idag inför problemet att efterfrågan överstiger vad som är möjligt att tillfredsställa inom resursramarna. Nödvändiga beslut om prioriteringar sker sällan på ett underlag, som försäkrar att resurserna fördelas efter befolkningens behov. Den ekonomiska verkligheten gör det nödvändigt att från början anlägga ett välfärdspolitiskt synsätt, där kunskap om inte bara behovens absoluta omfattning utan även deras relativa fördelning mellan befolkningsgrupper bildar det grundläggande faktaunderlaget. Endast därigenom skapar man förutsättningar för en hälsopolitik som kan minska rådande klyftor i fördelning av ohälsan genom att bl a fördela resurserna i överensstämmelse med behovens åldersmässiga, sociala och geografiska fördelning.

Pågående utvecklingsarbete

Flera sjukvårdshuvudmän runt om i landet arbetar redan med att utveckla formerna för en hälsopolitisk planering. Skaraborgs, Gävleborgs och Västerbottens läns landsting var tidigt igång med noggranna kartläggningar av hälsoproblemen i sina län i syfte att förbättra planeringsunderlaget främst för det förebyggande arbetet. Norrbottens läns landsting har i sin principplan inför 1990-talet använt hälsodata för att överföra hälso- och sjukvårdslagens intentioner i konkreta mål, prioriteringar och resursfördelningar (2). Arbetet med denna plan har varit en viktig inspirationskälla till denna rapport.

Vidare har bl a Stockholms läns landsting och Malmö kommun påbörjat omfattande kartläggningar av befolkningens hälso- och sjukvård, med inslag av metodutveckling. Socialstyrelsen har studerat den geografiska fördelningen av sjukvårdsutnyttjandet och dess samband med vårdutbud och ohälsa. Inom Spri har sedan 1978 bedrivits ett omfattande utvecklingsarbete för att belysa olika källors användbarhet för landstingens samhällsmedicinska arbete och planering.

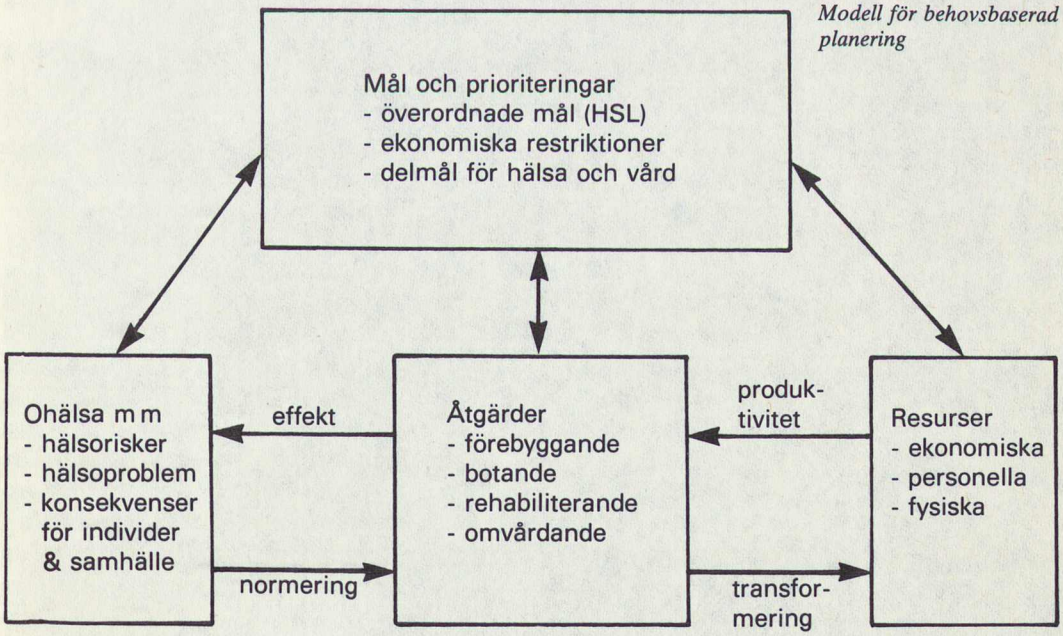
Av stor betydelse är också Världshälsoorganisationens (WHO) omfattande utvecklingsarbete för att formulera hälsopolitiska strategier inom ramen för Health for All by the Year 2000. WHO:s arbete har allt mer utvecklats till att försöka precisera hälsopolitiska jämlikhetsmål och att utveckla metoder för en planering som kan bidra till att minska rådande socioekonomiska och geografiska skillnader i ohälsans fördelning (3). Trots en kraftig expansion av offentlig hälso- och sjukvård under efterkrigstiden har flera europeiska länder inklusive Sverige kunnat konstatera att detta inte har lett till en minskning av dessa skillnader.

Av särskilt intresse i detta sammanhang har det arbete varit som bedrivits i England för att ge underlag för åtgärder mot socioekonomiska och geografiska skillnader inom ramen för The Working Group on Inequalities in Health (4) och The Resource Allocation Working Party (RAWP) (5). Även de amerikanska hälsopolitiska planerna "Healthy People" och "Objectives for the Nation" har varit inspirationskällor vid utformningen av denna rapport liksom de metoder för behovsbaserad resursfördelning som utarbetats för den norska helsetjensten (6,7,8).

Rapportens disposition

Denna rapport är disponerad efter olika typer av beslut som kräver hälsodata som underlag. Nedanstående modell för behovsbaserad fördelning kan illustrera dispositionen

Modell för behovsbaserad planering



I block A (kapitel 1-11) diskuteras utgångspunkter och metoder för att uppställa konkreta hälsopolitiska mål. Detta sker dels i form av en genomgång av de stora folksjukdomarna – deras orsaker och vilka möjligheter man har att påverka dem, dels genom redovisning av ohälsans utveckling och fördelning. Denna genomgång visar på sådana klyftor i ohälsans sociala fördelning, att de för resursfördelningen vägledande delmålen bör få karaktär av hälsopolitiska jämlikhetsmål.

I block B (kapitel 12-13) diskuteras hur man kan formulera vårdpolitiska mål med utgångspunkt i intentioner om vård på lika villkor för hela befolkningen.

I block C (kapitel 14-15) diskuteras metoder för en resursfördelning som baseras på befolkningens behov och som syftar till att nå uppställda hälso- och vårdpolitiska mål.

I block D (kapitel 16-18) diskuteras de lokala och nationella hälsobeskrivningar, som är en nödvändig bas för planering och uppföljning av primärvårdens, landstingens och samhällets totala hälsofrämjande verksamhet.

Avslutningsvis ges – i block E – en sammanfattning av utredningens slutsatser och förslag.

Block A
God hälsa för hela befolkningen

1 De stora folksjukdomarna

1.1 Mål för hälso- och sjukvården – en god hälsa

I HSL:s andra paragraf formuleras det övergripande målet för hälsopolitiken som "en god hälsa för hela befolkningen". I proposition 1981/82:97 framhålls de uppenbara svårigheterna att i konkreta termer klart redovisa innebörden av detta uttryck. Propositionstexten anger att begreppet god hälsa bör ges en bred innebörd och betonar hälsans betydelse som uttryck för goda levnadsförhållanden och god livskvalitet. God hälsa blir därmed ett mål för hela den allmänna välfärdspolitiken.

1.2 De vanligaste sjukdomsgrupperna

Sjukdomspanorama kan beskrivas på många olika sätt. Utseendet kan variera avsevärt beroende på vilken indelningsgrund för sjukdomar som väljs och vilka källor man använder. Detta är en följd av att källorna mäter sjukdomsyttringar av helt olika karaktär. Dessutom har andra faktorer än själva sjukdomen betydelse för, om ohälsan skall bli registrerad.

Möjligheterna att beskriva befolkningens hälsosituation i relation till WHO:s definition hälsa som "ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och ej endast frånvaro av sjukdom och svaghet" måste betraktas som i det närmaste obefintliga. Vanligtvis utgår man därför från hälsans motsats och försöker beskriva olika konsekvenser av ohälsa. Inte heller ohälsans betydelse låter sig lätt kvantifieras. Varje metod att i siffror försöka fånga mänskligt lidande och sociala konsekvenser av sjukdom innebär nödvändigtvis att man bortser från många väsentliga aspekter. I synnerhet torde det vara omöjligt att i ett sammanfattande mått uttrycka ohälsa hos befolkningen på ett sätt, som många kan vara överens om.

Trots de framförda svårigheterna skall här göras ett försök att, med hjälp av den information som för närvarande står till buds, ge en bild av den svenska befolkningens största hälsoproblem idag. Indikatorer, som speglar olika konsekvenser av ohälsa, hämtade från olika statisktiska källor,

kommer att redovisas. Såväl professionellt ställda diagnoser som lekmannamässigt definierade problem och sjukdomskonsekvenser kommer därvid att användas. Jämförelser kommer att göras mellan olika befolkningsgrupper. Vidare belyses utvecklingen över tiden och jämföres olika sjukdomsgruppers relativa betydelse i kvantitativ mening.

Figur 1:1 visar den procentuella fördelningen för några av ohälsans konsekvenser på de sex vanligaste sjukdomsgrupperna (inklusive skador) enligt sex olika källor. Den indelning av sjukdomsgrupperna som använts överenstämmer med WHO:s sjukdomsklassifikations 17 huvudgrupper. De sex grupperna svarar, enligt samtliga sex källor, tillsammans för minst hälften av den registrerade sjukligheten.

Enligt statistiska centralbyråns (SCB) undersökning av levnadsförhållandena (ULF) upplever 74 procent av befolkningen i åldern 16-74 år sitt hälsotillstånd som gott medan 6 procent upplever det som dåligt. Enligt ULF hade 1980/81 ca 40 procent av befolkningen i åldern 16-74 år någon långvarig sjukdom, med i genomsnitt 1,6 sjukdomstillstånd per person. Vanligast var sjukdomar i cirkulationsorganen (hjärta och kärl) samt i rörelseorganen (muskler, skelett och bindväv). Man bör observera att långvariga sjukdomar i ULF:s betydelse kan vara helt symtom- eller besvärsfria. Ca 13 procent uppgav att de hade svåra besvär och 8 procent att de hade i hög grad nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdomen. Sjukdomsgrupperna fördelade sig enligt undersökningen på samma sätt för dessa som för alla som uppgav sig ha långvarig sjukdom. I åldersgruppen 75-84 år uppgav över 80 procent av de intervjuade, att de hade någon långvarig sjukdom. Nästan en av fyra i denna åldersgrupp uppgav sig lida av ischemisk hjärtsjukdom (9).

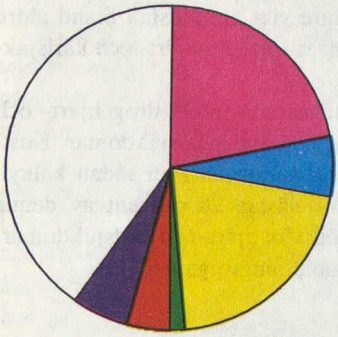
Enligt riksförsäkringsverkets (RFV) statistik över sjukskrivningar var andningsorganens sjukdomar den klart dominerande sjukskrivningsorsaken 1970 med 45 procent av samtliga sjukskrivningsfall. Största antalet sjukskrivningsdagar orsakade sjukdomar i rörelseorganen. Andra vanliga sjukskrivningsorsaker var sjukdomar i cirkulationsorganen och matsmältningsorganen samt mentala rubbningar och skador. Också bland sjukskrivningsfall som varade minst sju dagar var andningsorganens sjukdomar den vanligaste sjukskrivningsorsaken. Skillnaden gentemot sjukdomar i rörelseorganen samt skador var dock betydligt mindre då man exkluderade de korta sjukskrivningsfallen (10).

De tre dominerande orsakerna till förtidspensionering är sjukdomar i rörelseorganen – bl a diskbråck och ryggvärk – i cirkulationsorganen – främst hjärtinfarkt och kärlkramp – samt psykiska problem – i första hand neuroser och bland mycket unga psykisk utvecklingsstörning. Rörelseorganens sjukdomar svarade för en tredjedel av alla nybeviljade förtidspensioner 1981 och de två andra grupperna för vardera 16 procent (11).

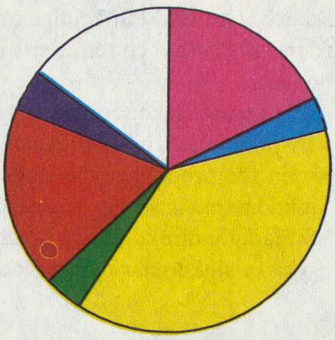
Enligt en rikstäckande stickprovsundersökning som pågått sedan hösten 1978, är de vanligaste diagnoserna vid läkarbesök, sjukdomar i andningsorganen och hjärt- och kärlsjukdomar (12).

Bland utskrivna personer från sluten sjukvård är spridningen mellan sjukdomsgrupperna relativt liten. Vanligaste huvudorsaken till vården är sjukdomar i cirkulationsorganen. Dessa svarade 1981 för 14 procent av vårdtillfällena och 32 procent av vårddagarna vid kroppssjukhus. Om även den psykiatriska vården inkluderas, kommer psykiska diagnoser att svara för

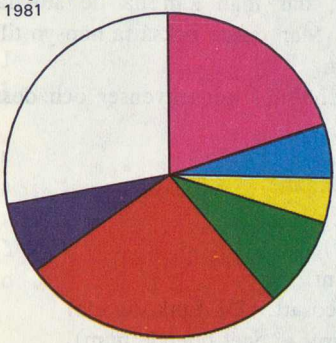
Långvariga sjukdomar enligt intervjuer (ULF) i åldern 16-74 år 1980/81



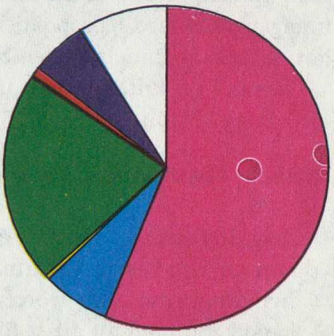
Nybeviljade förtidspensioner i åldern 16-64 år 1981



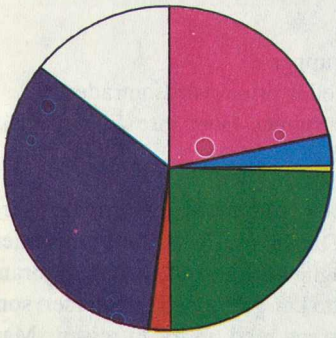
Vårddagar i sluten vård (exkl somatisk långtidsvård) 1981



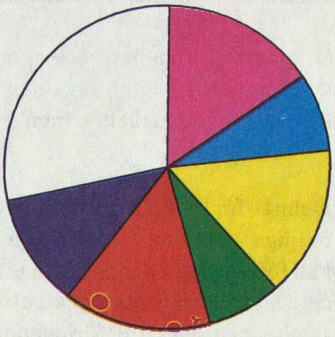
Dödsfall 1981



Förlorade år p g a dödsfall i åldern 1-64 år 1975



Samhällskostnader 1981



Rött = Hjärt-kärlsjukdomar
Blått = Andningsorganens sjukdomar
Gult = Rörelseorganens sjukdomar
Grönt = Tumörer
Orange = Psykiska besvär
Violett = Skador
Vitt = Övrigt

Figur 1.1 De största sjukdomsgrupperna enligt olika källor. Källor: (9, 11, 13, 14, 15)

något fler vårddagar än hjärt- och kärlsjukdomarna (13).

Dödsorsaksstatistiken visar att över hälften av alla dödsfall beror på hjärt- och kärlsjukdomar. Övriga dödsorsaker med hög frekvens är tumörer och skador. Om dödsfall i tidiga år ges en högre vikt än dödsfall bland äldre framstår skador och tumörer som något allvarligare än hjärt- och kärlsjukdomarna (14).

De samhällsekonomiskt drygaste kostnaderna år 1975 drog hjärt- och kärlsjukdomar, rörelseorganens sjukdomar och psykiska sjukdomar. Kostnaden för produktionsbortfallet är den största posten i en sådan kalkyl. Sjukdomarna i rörelseorganen svarade för nästan 20 procent av denna kostnad. De direkta vårdkostnaderna var högst för hjärt- och kärlsjukdomar, psykiska sjukdomar och sjukdomar i matsmältningsorganen (15).

1.3 Prioriteringskriterier

Ohälsans konsekvenser för individ och samhälle måste bedömas, om man skall kunna prioritera de hälsoproblem, där man kan nå de största framgångarna med hälsopolitiska insatser. Man måste också ta hänsyn till hur ohälsan är fördelad inom befolkningen.

Exempel på kriterier som utgår från ohälsans konsekvenser och dess fördelning, är följande,

Ohälsans konsekvenser för individ och samhälle

- tidig död (exempelvis före 65 års ålder)
- symtom och besvär (smärta, ångest m m)
- funktionsnedsättning (rörelsehinder, nedsatt ADL-funktion etc)
- handikapp (nedsatt arbetsförmåga, klarar ej eget boende m m)
- produktionsbortfall genom sjukdom och död
- behov av öppen och sluten sjukvård

Ohälsans fördelning i befolkningen

- ojämlikhet mellan socioekonomiska grupper
- ojämlikhet mellan regioner, landsting eller primärvårdsområden
- ojämlikhet mellan könen eller åldersgrupper (som inte är biologiskt betingad).

Delmål för olika prioriterade områden bör formuleras konkret och vara möjliga att nå med tillgängliga resurser. Därför blir frågan om problemen kan förebyggas eller behandlas med tillgänglig kunskap och teknik avgörande. Det är även väsentligt att utröna om detta kan göras med de resurser, som samhället ställer till förfogande i konkurrens med andra intressen. Man måste också klarlägga om hälso- och sjukvården eller något annat samhällsorgan disponerar över dessa resurser.

1.4 Tidig död

Dödligheten i Sverige har undergått betydande förändringar under efterkrigstiden – olika för män och kvinnor och också varierande med ålder.

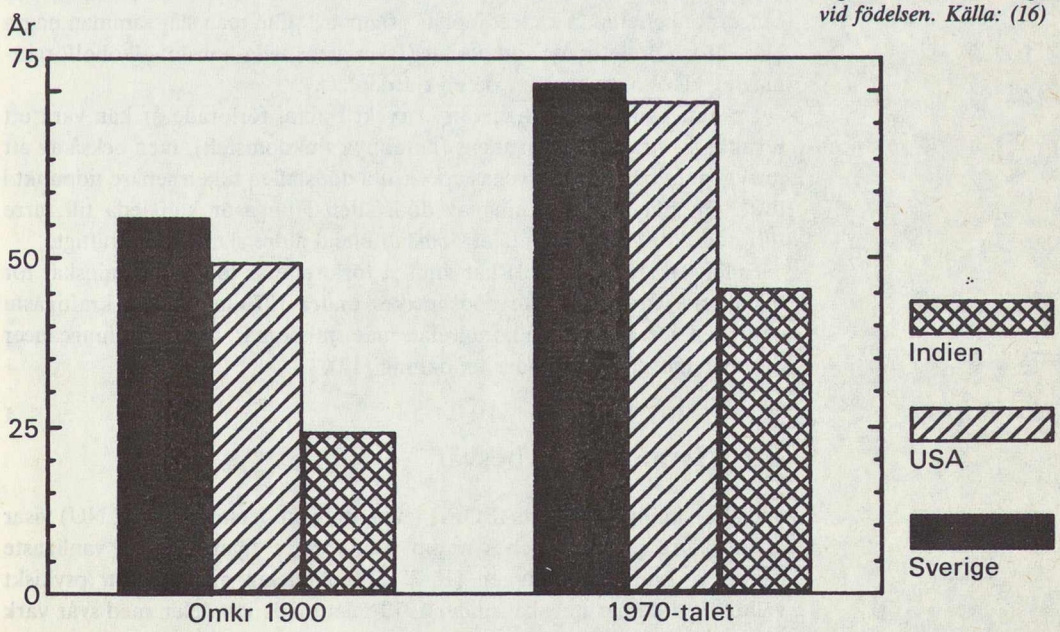
Spädbarnsdödligheten är nu mindre än en tredjedel av vad den var för 30 år sedan och är den lägsta i världen. Även äldre barns dödlighet har minskat med mer än hälften under samma period. Betydande preventiva och kurativa insatser har satt tydliga spår i befolkningens dödlighet.

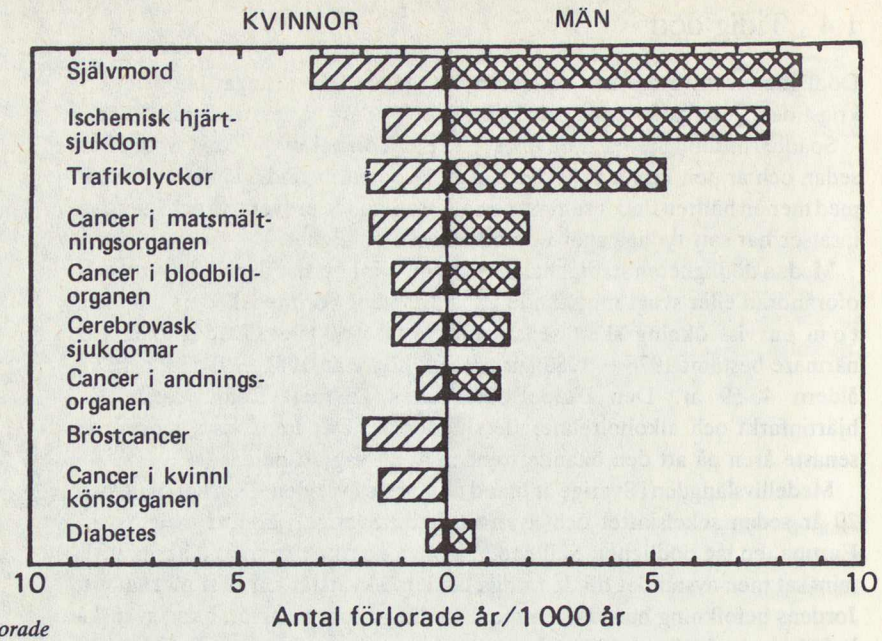
Medan dödligheten stadigt har sjunkit för kvinnor, har den varit i stort sett oförändrad eller svagt minskande för äldre män. För medelålders män har t o m en viss ökning skett sedan mitten av 1960-talet. Dödligheten var närmare bestämt 1976 – 1980 sju procent högre än 1961 – 1965 för män i åldern 40-59 år. Den ökade dödligheten är mest framträdande för hjärtinfarkt och alkoholrelaterade sjukdomar. Det finns vissa tecken de senaste åren på att den ökande trenden är på väg att hejdas.

Medellivslängden i Sverige är bland de längsta i världen. Den har ökat med 20 år sedan sekelskiftet och även då hade Sverige, jämfört med övriga Europa, en låg dödlighet. Skillnaden mellan de rika nationerna har gradvis minskat men avståndet till de fattiga länderna kvarstår närmast oförändrat. Jordens befolkning har idag en medellivslängd som motsvarar vad svenska befolkningen hade på 1920-talet.

Förlorade år på grund av tidig död har ofta betraktats som ett mått på möjligheten att förebygga olika dödsorsaker. Resonemanget bygger på antagandet att tidig död i högre grad än dödsfall på äldre dar är miljöbetingad. Av figur 1:3 framgår antalet förlorade år (PYLL, Potential Years of Life Last) före 65 års ålder i Sverige 1980 för de vanligaste dödsorsakerna.

Figur 1.2 Medellivslängd vid födelsen. Källa: (16)





Figur 1:3 Antal förlorade år genom dödsfall i åldern 1-65 år i riket 1980 per 1 000 invånare under 65 år fördelade på några underliggande dödsorsaker. Källa: (14)

Självmord, hjärtinfarkt och närbesläktade sjukdomar samt trafikolyckor framstår som tre dominerande orsaker till dödsfall före 65 års ålder.

Väljer man i stället att betrakta dödsfall före 75 års ålder får hjärt- och kärlsjukdomar en betydligt större andel och olycksfall en mycket mindre. Avgörande för prioriteringsordningen blir också hur man grupperar dödsorsakerna. Om man slog ihop alla olika cancerformer i en grupp skulle cancerdödligheten få en tredjeplats i figur 1.3. Om man slår samman några olika alkoholrelaterade sjukdomar (levercirros, alkoholism, alkoholförgiftningar, alkoholpsykos) får de en fjärdeplats.

En minskning av dödligheten uttryckt i antal förlorade år kan vara ett resultat av en minskad incidens (antal nya sjukdomsfall), men också av att man genom behandling lyckas uppskjuta dödsfallen till en senare tidpunkt i livet. En mindre minskning av dödsfallen i unga år kan leda till färre förlorade år, även om antalet dödsfall bland äldre skulle öka kraftigt.

Enligt en studie av Spri har antalet förlorade år före 65 år minskat för många av våra vanligaste dödsorsaker under 1970-talet. Den kraftigaste ökningen noterades för alkoholrelaterade sjukdomar. Också för lungcancer och självmord registrerades en ökning (17).

1.5 Symtom och besvär

Socialforskningsinstitutets (SOFI) levnadsnivåundersökningar (LNU) visar att psykiska problem och symtom från rörelseorganen är de vanligaste besvären inom befolkningen (15-75 år). Andelen med nedsatt psykiskt välbefinnande har minskat under 1970-talet medan andelen med svår värk

Tabell 1:1 Andel av befolkningen (procent) 15-75 år med vissa symtom 1968 – 1981 enligt LNU (i tabellen har definitioner enligt referens 18 använts)

	1968	1974	1981
Nedsatt psykiskt välbefinnande	31	30	26
därav nervösa besvär	21	19	16
sömnbesvär	10	10	9
depression	4	4	3
Svår värk i rygg/höfter	11	13	13
Svår värk i skuldror/axlar	6	7	8
Svår värk i leder	8	9	9

Källor: (18,19)

har ökat (18,19). Utvecklingen 1968 – 1981 har närmare analyserats i nyligen utkommen välfärdsrapport från SOFI (20).

Långvariga sjukdomar och besvär i rörelseorganen är också enligt ULF mycket vanliga liksom hjärt- och kärlsjukdomar. Också en del psykiska besvär som ängslan, oro och påfallande trötthet förekommer även ofta enligt ULF (9,21). Enligt dessa undersökningar har andelen med psykiska besvär och besvär från matsmältningsorganen minskat medan värk i rörelseorganen och hudåkommor (inklusive allergier) ökat under 1970-talet.

LNU och ULF redovisar i första hand mer långvariga besvär. Vissa andra sjukdomsgrupper svarar för mer kortvariga, men mycket vanliga sjukdomsfall, vilket framgår av statistik över sjukfrånvaro och från primärvård.

Enligt denna sammanställning spelar infektionssjukdomar i luftvägar och urinvägar en dominerande roll, men även lättare skador är viktiga.

Tabell 1.2 Procentandel av sjukfallen i riket 1970 (16-66 år) och av läkarbesök vid Tierps vårdcentral 1981 (0-w år).

Orsak	Andel av sjukfall riket 1970	Andel av läkarbesök i primärvård i Tierp 1981
Övre luftvägsinfektion	42	10
Stukning, sårskada m m	12	8
Magbesvär, magsjuka m m	11	4
Urinvägsinfektion	8	3

Källor: (10,22)

Tabell 1.3 Andel i procent med olika typer av funktionsnedsättning 1968 – 1981 (15-75 år) enligt LNU

	1968	1974	1981
Nedsatt rörelseförmåga	25,7	22,5	20,8
därav kraftig	8,0	7,5	7,2
Synbesvär	7,3	8,8	7,7
Hörselnedsättning	11,1	12,7	13,3
Dåliga tänder	10,0	9,7	6,4

Källor: (18,19)

1.6 Funktionsnedsättning

Den traditionella medicinska sjukdomsklassificeringen fångar inte upp olika sjukdomars konsekvenser såsom funktionsnedsättning, men sådana kunskaper har givetvis stor betydelse vid beskrivning och bedömning av folkhälsan. SOFI har kartlagt hur stor andel av befolkningen (15-75 år) som hade olika typer av funktionsnedsättningar åren 1968, 1974 och 1981.

Färre tycks ha nedsatt rörelseförmåga och andelen med dåliga tänder har minskat kraftigt. Däremot tycks andelen med hörselnedsättning ha ökat.

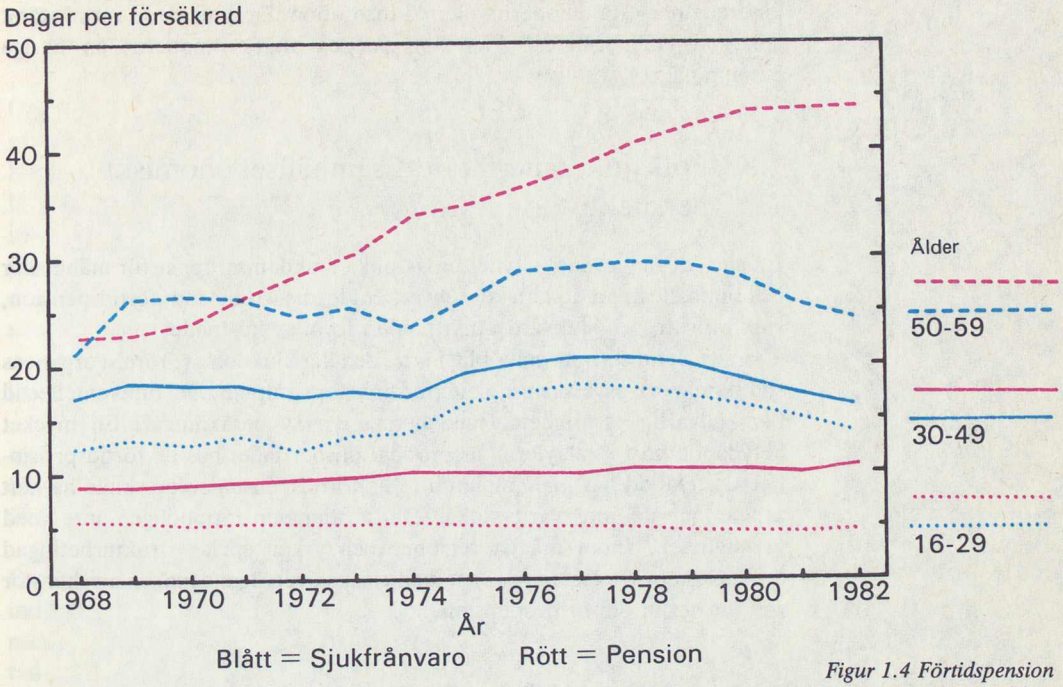
Enligt ULF-undersökningen förefaller de äldsta ha fått något bättre rörelseförmåga mellan 1975 och 1980/81. Också beträffande hörsel och syn märks en tendens till förbättring. Andelen med enbart fasta tänder har ökat klart. Däremot finns ingen säkerställd förändring av andelen med nedsatt tuggförmåga (9).

1.7 Handikapp

Förutom att beskriva funktionsnedsättningar i absoluta termer, som redovisats i föregående avsnitt, är det av intresse att studera deras konsekvenser för individen med hänsyn till de krav som ställs från arbetsmarknad, bostadsmarknad, trafik m m.

Socialförsäkringsstatistiken ger goda möjligheter att belysa omfattningen av nedsatt arbetsförmåga genom statistik över ersatt sjukfrånvaro och förtidspension. Det har under senare år skett betydande förändringar på detta område.

Sjukfrånvaron ökade i alla åldersgrupper från slutet av 1960-talet fram till mitten av 1970-talet. Detta förklaras delvis av förändringar i socialförsäkringen, höjd sjukpenning, borttagande av karensdagar m m. Från och med 1979 har sjuktalet minskat. Detta hör bl a ihop med att den ökning av antalet förtidspensioneringar som skett under hela 1970-talet har fortsatt in på 1980-talet. Antalet förtidspensioneringar har ökat framför allt i åldersgruppen 50-64 år. I figur 1.4 ingår inte de förtidspensioner som betalas av företagen direkt till de anställda utanför den offentliga försäkringen.



Figur 1.4 Förtidspension (rött) respektive sjukfrånvaro (blått) i olika åldersklasser1968-1982. Bearbetning av data i allmän försäkring och grunddata från RFV

RFV har nyligen introducerat ett nytt frånvaromått. I detta mått inkluderas all frånvaro på grund av egen eller annans ohälsa. Följande slag av ersättningar inkluderas: sjukpenning, föräldrapenning för tillfällig vård av barn (exklusive de särskilda 10 dagarna för fäder vid barns födelse) samt förtidspension/sjukbidrag.

Hur funktionsnedsättning och boendeförhållande är anpassade kan man studera via de rörelsehindrades och pensionärernas boendesituation. Ett mått på missanpassning mellan individens funktionsförmåga och hennes miljö är den andel, som bor omodernt eller på institution,

Det förekommer en viss missanpassning mellan rörelsehinder och bostadsstandard. De äldre, de förtidspensionerade och speciellt de rörelse-

Tabell 1.4 Boendeförhållanden enligt ULF 1980/81 för pensionärer och rörelsehindrade (procentuella andelar)

	Bor omodernt	Bor på institution
Hela befolkningen		
16–84 år	3	1
därav rörelsehindrade	6	5
Förtidspensionärer		
16–64 år	5	5
därav rörelsehindrade	3	3
Ålderspensionärer		
(65–84 år)	7	5
därav rörelsehindrade	10	12

Källa: (9)

hindrade bor ofta omodernt eller på institution. De som torde vara i störst behov av moderna bostäder bor således oftare omodernt än övriga befolkningen.

1.8 Folksjukdomarna i ett samhällsekonomiskt perspektiv

Ett sätt att rangordna betydelsen av olika sjukdomsgrupper för människor och samhälle är att addera konsekvenser i form av tidig död, förtidspension, sjukfrånvaro och sjukvårdsutnyttjande i form av kostnader.

Enligt detta sätt att mäta blir hjärt- och kärlsjukdomar, rörelseorganens sjukdomar och psykiska problem tre jämnstora grupper. Det finns emellertid flera allvarliga svårigheter med denna typ av beräkningar. En mycket betydande post i kalkylerna är produktionsbortfallet hos de förtidspensionerade. Därvid har man antagit att alla förtidspensionerade skulle ha haft arbete om de inte varit sjuka. Detta stämmer förmodligen inte med verkligheten. Inom många regioner och yrken spelar strukturbetingad arbetslöshet vid sidan om de rent medicinska övervägandena, en mycket stor roll för beslut om förtidspension.

Tabell 1.5 Ohälsans samhällsekonomiska kostnader 1975 (miljarder kronor)

Sjukdomsgrupp	Direkta vård-kostnader	Indirekta kostnader för produktionsbortfall sjukfrånvaro+ förtidspension	dödlighet	Totalt
Hjärt- och kärlsjukdomar	3,1	4,8	3,4	11,2
Rörelseorganens sjukdomar	1,2	9,9	0,1	11,1
Psykiska sjukdomar	3,5	7,1	0,2	10,8
Skador	1,7	3,0	3,5	8,2
Matsmältn.org sjukdomar	3,1	2,0	0,7	5,8
Andningsorganens sjukdomar	1,1	4,3	0,4	5,8
Tumörer	1,2	1,1	3,1	5,4
Övriga	7,5	6,1	1,4	15,2
TOTALT	22,4	38,3	12,8	73,5

Källa: (15)

1.9 Stora folkhälsoproblem

Genom de analyser som ovan redovisats kan man identifiera följande stora folkhälsoproblem

- hjärt- och kärlsjukdom
- psykisk ohälsa
- rörelseorganens sjukdomar och besvär
- tumörer

- skador
- sjukdomar i andningsorganen.

Genom att använda andra kriterier vid urvalet än vad som gjorts här och genom att dela in hälsoproblemen på annat sätt än sjukdomsklassifikationens kapitelindelning, kan man få andra grupper att framstå som "lika stora" folkhälsoproblem. Allergier är t ex mycket vanliga problem för människorna idag. Detta framgår dock sällan av statistiken. Det beror dels på att relativt få fall leder till de allvarligaste konsekvenserna (för vilka statistiken är bäst), dels på att allergier inte är samlade under en huvudrubrik i sjukdomsklassifikationen och därför sällan redovisas som grupp. Det senare gäller t ex också alkoholrelaterade sjukdomar. Vissa sjukdomar som har ett odiskutabelt samband med alkohol redovisas dock allt oftare som en grupp.

Om man avgränsar olika sjukdomsgrupper snävare eller om man analyserar befolkningsgrupp för befolkningsgrupp framstår t ex diabetes eller öroninflammationer bland barn eller syn- och hörselproblem bland äldre som stora folkhälsoproblem.

Det finns i HS 90 två kompletterande ansatser för hälsopolitisk planering. Den ena utgår från de dominerande hälsoproblemen och diskuterar individinriktade och samhällsinriktade insatser för att påverka hälsoproblemet ifråga. Man har således tagit fram hälsopolitiska handlingsprogram för två stora folkhälsoproblem – hjärt- och kärlsjukdomar och olycksfall (SOU 1984:43 och 1984:42). För en mer övergripande diskussion om planering av hälso- och sjukvårdens verksamhet kan det vara viktigt att ha tillgång till en översiktlig genomgång av fler stora folksjukdomar – deras fördelning i befolkningen, orsakerna och konsekvenserna samt en kort diskussion om

	Hjärt-kärl-sjukdom	Psykisk ohälsa	Rörelseorganens sjukd	Tumörer	Skador	Andningsorganens sjukd
Social uppväxtmiljö	*	**				
Social arbetsmiljö och arbetslöshet	**	**			*	
Fysisk arbetsmiljö		*	**	**	**	**
Social bostadsmiljö		*				
Fysisk bostadsmiljö				*	**	*
Luft/vatten föroreningar				*		*
Trafik				*	**	*
Kost	**			**		*
Alkohol och droger		**		*	**	*
Tobak	**			**		*

Figur 1.5 Hälsopolitisk matris. Sambandet mellan hälsorisker och sjukdomsgrupper (anger visst samband, ** anger starkt samband)*

möjligheterna till preventiva insatser (se kapitel 2-8).

Den andra ansatsen utgår från samhällsstrukturen och diskuterar möjligheter till hälsopolitiska insatser inom olika sektorer. Det sker genom utarbetande av hälsopolitiska program för arbetsmarknad, arbetsmiljö, boendemiljö och kost (SOU 1984:44). I föreliggande rapport diskuteras hälsopolitiska jämlikhetsmål samt samhällsinriktade och vårdpolitiska insatser i syfte att minska rådande klyftor med utgångspunkt i en beskrivning av ohälsans sociala och geografiska fördelning (se kapitel 9-11).

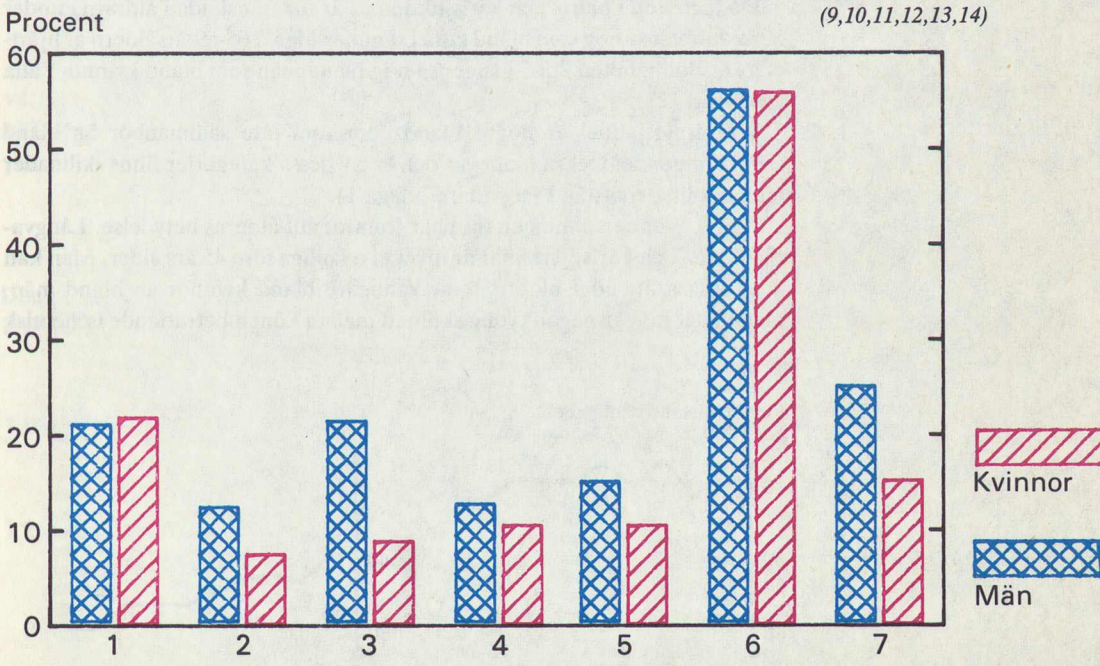
De två perspektiven illustreras i figur 1:5 med hjälp av en "hälsopolitisk matris", som anger skärningspunkten mellan hälsorisker sammanförda till olika samhällssektorer och folkhälsoproblem.

2 Hjärt- och kärlsjukdomar

2.1 Förekomst och fördelning

Hjärt- och kärlsjukdom är ett dominerande hälsoproblem oavsett om man mäter antalet dödsfall, antal förlorade år i tidig död, vårdutnyttjande, förtidspensioneringar eller upplevda sjukdomsbesvär. Det är dessutom ett hälsoproblem som ökar, dels till följd av allt fler åldringar, bland vilka sjukdomsgruppen är särskilt vanlig och dels till följd av faktisk ökning av

Figur 2.1 Hjärt- och kärlsjukdomarnas andel av hela sjukdomspanoramat enligt olika källor. Källor: (9,10,11,12,13,14)



1 = Personer med långvarig sjukdom 1980/81
2 = Sjukdagar 1970
3 = Nybeviljade förtidspensioner 1982
4 = Läkarbesök 1982/83
5 = Patienter i sluten vård 1977
6 = Dödsfall 1981
7 = Förlorade år p g a död före 65 år 1981

sjukdomen inom vissa åldersgrupper.

Hjärt- och kärlsjukdom drabbar i första hand män över 44 år och kvinnor över 64 år. 1980 orsakade hjärt- och kärlsjukdomar 48 procent av dödsfallen bland män och 26 procent bland kvinnorna i åldersgruppen 45-64 år. Sjukdomsgruppen omfattar flera olika diagnoser. I sluten vård dominerar hjärtinfarkt bland män i åldersgruppen 45-74 år, men bland kvinnor och äldre män är det cerebrovaskulära sjukdomar som dominerar. I primärvård och i intervjuundersökningar dominerar högt blodtryck och vissa symtom av typ yrsel, bensvullnad, bröstsmärtor, andnöd m m som ofta har samband med sjukdomar i cirkulationsorganen. Hjärtinfarkt och andra ischemiska sjukdomar är de vanligaste dödsorsakerna.

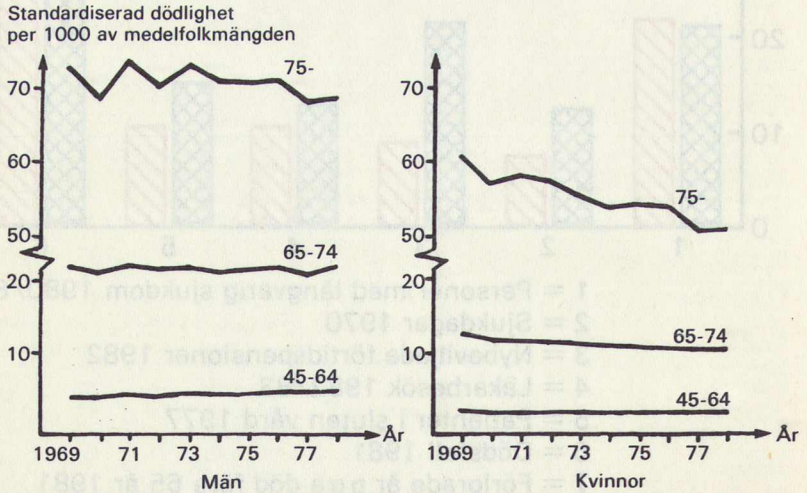
Under 1970-talet har dödligheten i hjärt- och kärlsjukdomar ökat bland män i Sverige, medan den har minskat bland kvinnor. Det är ischemisk hjärtsjukdom som ökat främst bland medelålders män. En svag ökning återfinns även i England, Frankrike och i en rad östeuropeiska länder, medan länder som tidigare hade en betydligt högre dödlighet än Sverige i dessa sjukdomar som exempelvis USA och Finland har haft en sjunkande dödlighet under 1970-talet och nu närmar sig Sveriges nivå.

Förekomsten av hjärt- och kärlsjukdomar varierar bl a med ålder, kön och familjeförhållanden.

Dödligheten i hjärt- och kärlsjukdomar är för frånskilda i åldrarna under 50 år dubbelt så hög som bland gifta i samma ålder. I 65-69-årsåldern är hjärt- och kärldödligheten 2,5-3 gånger så hög bland män som bland kvinnor i alla civilstånd (23).

Vårdutnyttjandet är högre bland dem som inte sammanbor än bland sammanboende. Också inom var och en av dessa kategorier finns skillnader mellan olika civilstånd (se vidare bilaga 1).

Av ULF-undersökningen framgår framför allt ålderns betydelse. Långvariga hjärt- och kärlsjukdomar är mycket ovanliga före 45 års ålder. Man kan även utläsa att högt blodtryck är vanligare bland kvinnor än bland män, medan det inte är någon tydlig skillnad mellan könen beträffande ischemisk



Figur 2.2 Cirkulationsorganens sjukdomar. Ålders- och könsstandardiserade dödstal i Sverige 1969 – 1978 (1978 års befolkning har utgjort standard). Källa: (17)

Tabell 2.1 Vårdtillfällen i hjärt- och kärlsjukdomar per 1 000 män efter ålder, samboende- och civilståndsförhållanden 1976 (5 sjukvårdsområden)

Civilstånd	35-44 år	45-54 år	55-64 år
Samboende	9	26	57
varav gift	8	26	57
ogift	10	36	51
änkling	37	24	55
skild	16	37	59
Ej samboende	14	36	65
varav gift	11	32	78
ogift	11	32	46
änkling	22	55	82
skild	20	41	78
Totalt	10	29	58

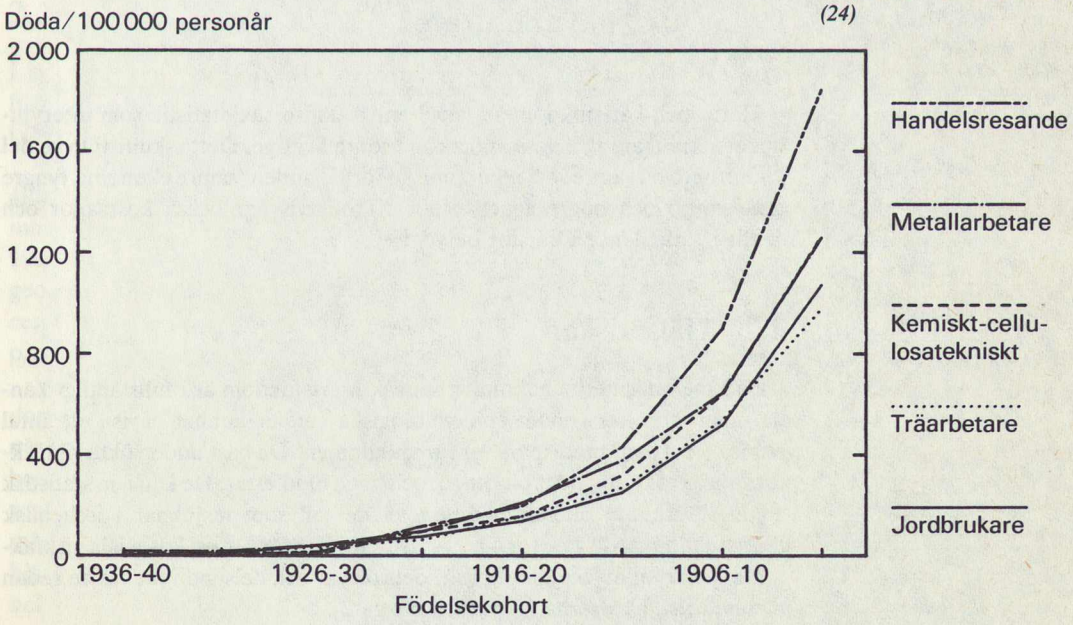
Källa: (13)

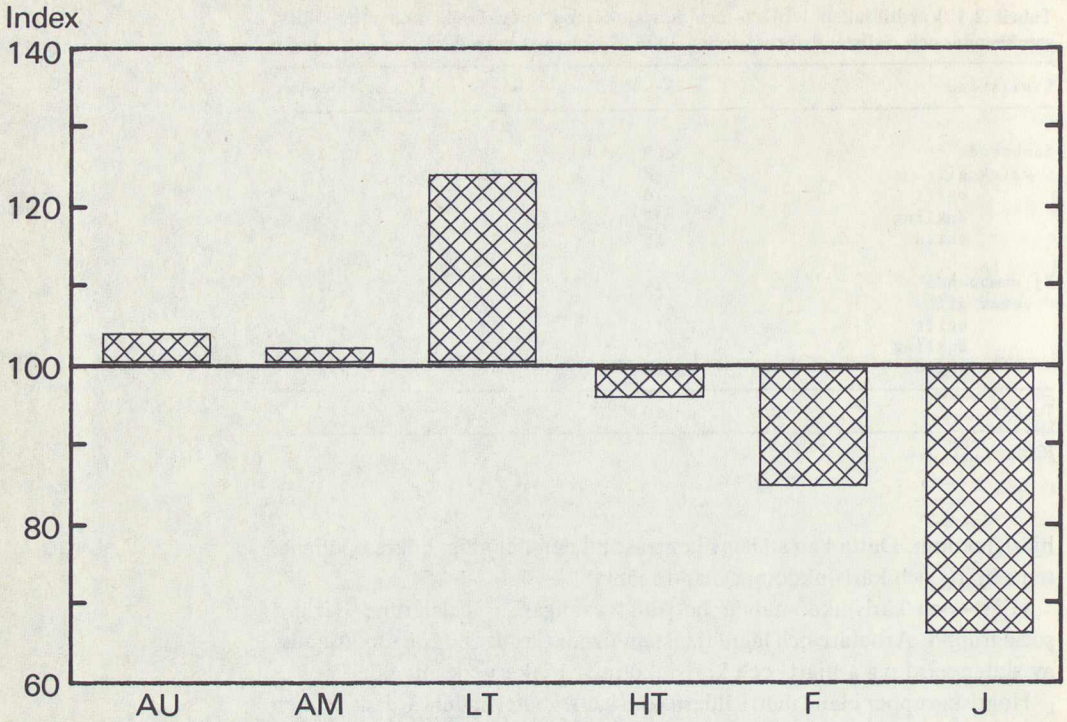
hjärtsjukdom. Detta kan ställas i kontrast till den betydligt högre dödligheten i hjärt- och kärlsjukdomar bland män.

Hjärt- och kärlsjukdomar är betydligt vanligare i socialgrupp III än i socalgrupp I. Arbetare och lägre tjänstemän har t ex det högsta utnyttjandet av sluten vård p g a hjärt- och kärlsjukdomar i yrkesverksam ålder.

Högriskgrupper bland män i åldern 40-64 år – mätt i andel vårdade i sluten vård – är t ex kontorspersonal, livsmedelsarbetare, verkstadsmekaniker, affärsföreståndare, trafikledare, förrådsarbetare och svetsare. Lågriskgrupper är bl a lärare, jordbrukare och elektriker (se vidare bilaga 1).

Figur 2.3 Dödlighet i hjärt- och kärlsjukdomar i några yrkesgrupper, män 1966 – 1970. Källa: (24)





Figur 2.4 Vårdtillfällen i hjärt- och kärlsjukdomar per invånare i olika socioekonomiska grupper, bland män i åldern 40-64 år, 1976. Åldersstandardiserat index, index=100 för samtliga med yrke enligt FoB75. Källa: (13)

Hjärt- och kärlsjukdom är, såväl enligt dödsorsaksstatistik som intervjuundersökningar, vanligare i norra än i södra Sverige. Detta skulle till viss del kunna bero på sämre socioekonomiska förhållanden (sämre ekonomi, tyngre arbetsmiljö och högre arbetslöshet). Troligtvis har också kostvanor och ärftliga förhållanden en stor betydelse.

2.2 Hälsorisker

Orsaksmekanismerna bakom ischemisk hjärtsjukdom är ofullständigt kända, men man har genom epidemiologiska studier kunnat påvisa ett antal riskfaktorer som predisponerar för sjukdomen. De bäst undersökta riskfaktorerna är rökning, högt blodtryck och höga blodfetter. De kan i en statistisk analys "förklara" ungefär hälften av de fall som insjuknar i ischemisk hjärtsjukdom. Allt fler forskningsresultat talar för att psykosociala riskfaktorer spelar en mycket viktig roll, dels direkt och dels indirekt via de redan nämnda riskfaktorerna (se vidare bilaga 2).

Man kan således endast delvis förklara att dödlighet och sjuklighet i hjärt- och kärlsjukdom är högre i vissa arbetaryrken med att de tre nämnda riskfaktorerna (rökning, högt blodtryck och höga blodfetter) är vanligare i dessa grupper.

Kunskapen om riskfaktorer m m kan grovt sammanfattas sålunda (se också SOU 1984:43)

- risken att dö i hjärtinfarkt är minst 2 gånger så stor bland personer som röker över 20 cigarretter per dag. För personer som slutar röka minskar risken till nästan normal nivå på några år
- personer med förhöjt blodtryck har förhöjd risk för olika typer av hjärt- och kärlsjukdomar. Det finns inga klara gränser mellan "ofarliga" och "farliga" blodtrycksnivåer
- personer med förhöjt serumkolesterol (LDL) har förhöjd frekvens av hjärtinfarkt. Om kostens innehåll av mättat fett och kolesterol är högt, ökar kolesterolnivån i blodet
- de tre ovannämnda riskfaktorerna är i sin tur påverkade av en rad sociala förhållanden. Rökning är betydligt vanligare bland lågutbildade med påfrestande arbetsmiljö, bland frånskilda, arbetslösa m fl. Högt blodtryck är vanligare bland människor med låg utbildning, låg inkomst och ekonomiskt svår uppväxt. Det kan delvis bero på att det i dessa grupper är vanligare med högt saltintag i födan, lite motion, övervikt, fysisk och psykisk påfrestning i arbetet eller arbetslöshet
- psykosociala faktorer av typ arbetsmiljö (högt arbetstempo i kombination med bristande stimulans, litet beslutsutrymme och dåligt stöd bland arbetskamrater) och arbetslöshet har också en direkt effekt på risk för hjärtinfarkt utan samband med traditionella riskfaktorer.

2.3 Hälsopolitiska mål och förebyggande insatser

I ett förslag från WHO:s sekretariat har mål för hjärt- och kärlsjukdomar formulerats på följande sätt för Europaregionens strategi för år 2000 (25).

"År 2000 bör länder, som 1980 har en dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom i åldersgruppen 35-64 år under 200 per 100 000, ha minskat dödligheten med minst 20 procent. Länder, som redan ligger under 100 per 100 000 invånare 1980, bör ha reducerat klyftorna i dödligheten mellan socioekonomiska och geografiska grupper med minst en tredjedel. År 2000 bör dödligheten i cerebrovaskulär sjukdom i åldern 35-64 år ha reducerats med 50 procent."

Sverige hade 1980 en dödlighet av 147 per 100 000 i ischemisk hjärtsjukdom och 30 per 100 000 i cerebrovaskulär sjukdom. Det är en nivå som ligger nära genomsnittet för övriga industriländer. Finland och USA redovisar betydligt högre siffror, men i dessa länder har dödligheten sjunkit under senare år medan den i Sverige ökat särskilt i hjärtinfarkt bland medelålders män. Med tanke på den omfattande kunskap som finns om hälsorisker för hjärt- och kärlsjukdomar torde WHO-sekretariatets förslag till mål inte vara helt orealistiska för Sveriges vidkommande.

Åtgärder mot hjärt- och kärlsjukdom omfattar ett brett spektrum med engagemang från flera samhällssektorer.

Utbildningspolitik. Hälsofostran, vari ingår bland annat kunskap om rökningens, kostvanornas och alkoholens hälsomässiga effekter bör få en starkare ställning och ett större utrymme i den av samhället organiserade och stödda utbildningen i förskola, skola, lärarutbildning m m.

Information. Samhället kan, genom centrala och regionala myndigheter, löpande och systematiskt sprida information i syfte att skapa negativa attityder mot rökning och god kunskap om rökningens och kostvanornas effekter hos alla befolkningsgrupper.

Prispolitik. Statsmakterna kan påverka tobaksförsäljningen genom beskattning. Priserna på tobaksvaror måste åtminstone följa den allmänna prisnivån. Man kan även genom en aktiv pris- och subventionspolitik, genom livsmedels- och näringspolitik främja ett livsmedelssortiment, som är hälsomässigt gynnsamt. Det är nödvändigt att man i jordbruksförhandlingar låter de hälsomässiga kraven vara styrande.

Lagstiftning. Man kan utvidga rökförbuden i olika lokaler. Särskilt angeläget är det att eliminera rökningen i skollokaler och inom hälso- och sjukvårdens lokaler. Man kan också tänka sig att lagstifta om en maximal tillåten salthalt i olika slag av livsmedel.

Uppsökande verksamhet. Vid varje kontakt med hälso- och sjukvården (särskilt primärvård och företagshälsovård) bör patientens blodtryck aktualiseras oavsett kontaktorsak. Klart förhöjda blodtrycksnivåer bör behandlas farmakologiskt medan man vid gränsvärdesblodtryck i första hand bör försöka andra behandlingsmetoder som viktreduktion, saltreduktion i kosten, minskning av för hög alkoholkonsumtion m m. Detta utvecklas i HS 90-rapporten: "Primärvårdens uppgifter i det förebyggande arbetet" (SOU 1984:46).

Hälsoupplysning. Inom såväl primärvård, länssjukvård som företagshälsovård bör hälsoupplysning om kost, motion, rökning och alkohol ske som ett integrerat led i all hälsovårdande och sjukvårdande verksamhet när dessa riskfaktorer föreligger. Sjukvården har skyldighet att försöka påvisa dessa riskfaktorer och att försöka påverka den enskilde till sunda levnadsvanor. Detta utvecklas i HS 90-rapporten: "Hälsoupplysning" (SOU 1984:47).

Arbetsmarknadspolitik. Arbetslösheten och dess konsekvenser måste motarbetas särskilt bland medelålders män, lågutbildade och ensamstående. Den sociala arbetsmiljön bör förändras så att man undviker monotona arbeten med lågt inflytande och små utvecklingsmöjligheter. Arbetsmiljölagstiftning och avtal på arbetsmarknaden bör i ökad utsträckning tillgodose dessa behov. De fackliga organisationerna och företagshälsovården har ett särskilt ansvar att vara pådrivande när det gäller dessa förebyggande insatser. Detta utvecklas i HS 90 rapporten: "Hälsopolitik i samhällsplaneringen" (SOU 1984:44).

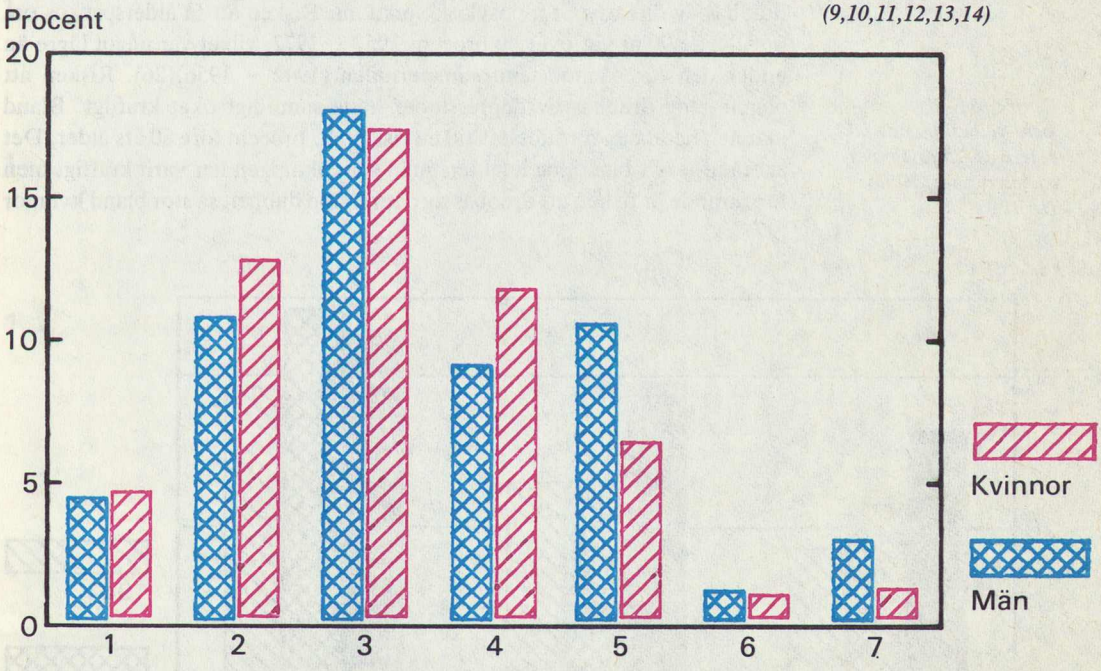
För att minska de sociala klyftorna i hjärt- och kärlsjukdomars fördelning bör alla ovannämnda åtgärder utformas så att man särskilt når hälsopolitiska riskgrupper (se kapitel 11).

3 Psykisk ohälsa

Avsnittet behandlar förutom de diagnoser, som i sjukdomsklassifikationen återfinns under kapitlet mentala rubbningar, även självmord och självmordsförsök.

3.1 Förekomst och fördelning

Figur 3.1 Psykiska problems andel av hela sjukdomspanoramat enligt olika källor. I figuren inkluderas ej självmord(-försök) Källor: (9,10,11,12,13,14)



1 = Personer med långvarig sjukdom 1980/81
2 = Sjukdagar 1970
3 = Nybeviljade förtidspensioner 1982
4 = Läkarbesök 1982/83
5 = Patienter i sluten vård 1977
6 = Dödsfall 1981
7 = Förlorade år p g a död före 65 år 1981

Psykiska problem är den vanligaste orsaken till sluten vård. Idag upptar patienter med psykiatriska diagnoser närmare en tredjedel av den slutna vårdens sängplatser.

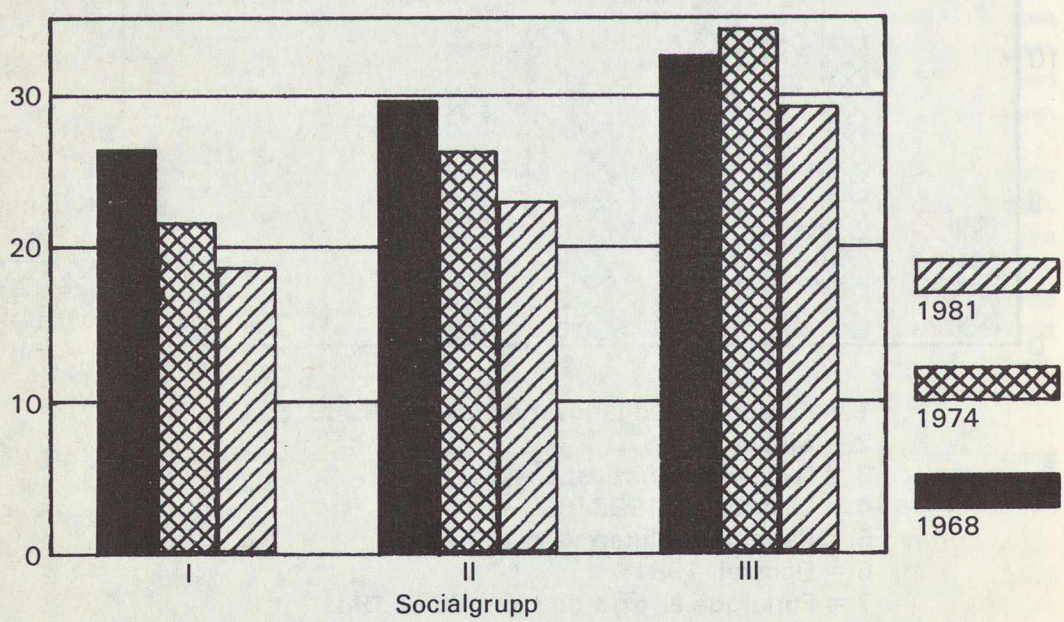
Bland yngre, under 45 år, är den vanligaste dödsorsaken självmord. Under 1970-talet har 23 procent av antalet förlorade år på grund av för tidig död bland män orsakats av självmord (inkluderande ovisshet om uppsåt) eller alkoholskador. Bland kvinnorna är motsvarande siffra 14 procent.

Även när man utfrågat befolkningen om olika symtom har psykiska symtom av typ trötthet, ångest, oro m m tillhört de vanligaste. Det rör sig dock här inte nödvändigtvis om sjukdomssymtom, utan ofta om normala reaktioner på olika belastningar och kriser.

43 procent av dem som förtidspensionerades 1980 i åldersgruppen 25-44 år hade psykiatriska diagnoser.

De psykiska sjukdomarna omfattar en mycket heterogen grupp av besvär. De vanligaste orsakerna till att man tas in i sluten vård är alkoholproblem och neuroser. De sjukdomsgrupper som dominerat bland de människor som ligger kvar under lång tid är schizofreni och under senare år fler patienter med åldersbetingade psykoser (senil demens m m). Självmord har ofta starkt samband med depressioner och alkoholskador. Den svenska Lundby-studien ger vissa möjligheter att bedöma risken för en individ att under sin livstid drabbas av olika typer av psykisk sjukdom. Risken att få ålderspsykos om man levde 90 år var över 40 procent 1957 – 1972, vilket var något lägre än under den föregående femtonårsperioden (1942 – 1956)(26). Risken att någon gång drabbas av depressioner hade samtidigt ökat kraftigt. Bland männen hade den fördubblats till en risk på 25 procent före 80 års ålder. Det är framför allt bland medelålders män som ökningen har varit kraftig, men fortfarande är risken att drabbas av depression dubbelt så stor bland kvinnor (27).

Figur 3.2 Nedsatt psykiskt välbefinnande i åldern 15-75 år i olika socialgrupper. Källor: (18,19)



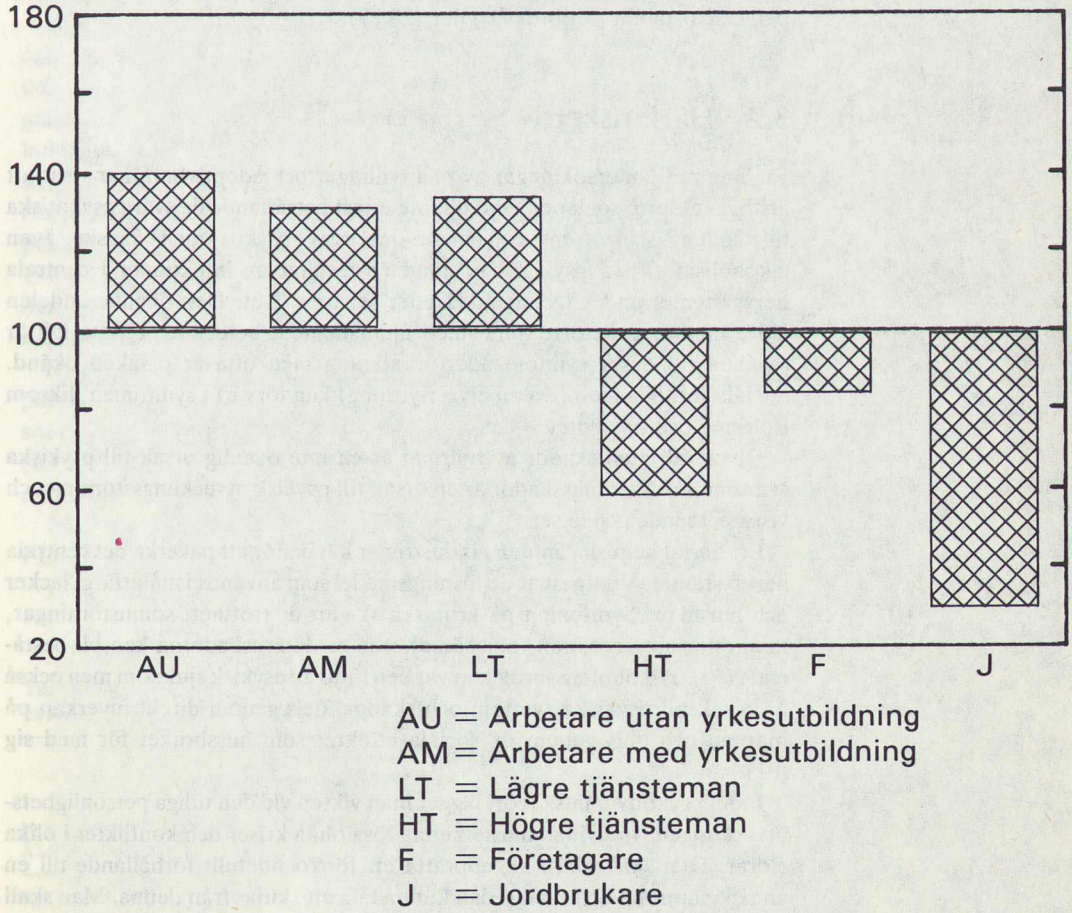
Enligt levnadsnivåundersökningen 1981 hade 4,4 procent av kvinnorna besvär med depression eller djup nedstämdhet medan motsvarande siffra för männen var 1,7 procent. Även andra typer av lättare psykiska symtom var genomgående dubbelt så vanliga bland kvinnor (19). Däremot är självmord dubbelt och alkoholskador över fem gånger så vanligt bland män som bland kvinnor (14,17).

Självmord och intagning i sluten psykiatrisk vård är betydligt vanligare bland ej gifta än bland gifta. Särskilt drabbade är frånskilda, ej sammanboende män (13,23). Brutna sociala nätverk och missbruk spelar en avgörande roll i detta sammanhang.

En rad olika indikatorer pekar mot att psykiska problem är vanligare inom socialgrupp III än inom socialgrupp I. Enligt SOFI:s levnadsnivåstatistik minskade – som framgår av figur 3:2 – andelen med nedsatt psykiskt välbefinnande kraftigt inom socialgrupp I och II mellan 1968 och 1981, medan förändringarna är mindre entydiga för socialgrupp III. Klasskillnaderna kvarstår således.

Antal vårdtillfällen i sluten vård för olika socioekonomiska yrkesgrupper p g a psykiska problem framgår av figur 3.3 (se också bilaga 1)

Figur 3.3 Vårdtillfällen i sluten vård för psykiska problem för män i åldern 40-64 år i olika socioekonomiska grupper 1976. Åldersstandardiserat index (= 100 alla med yrke enligt FoB 75). Källa: (13)



Man kan tänka sig flera olika förklaringar till dessa skillnader

- svåra sociala och psykologiska uppväxtvillkor har gett psykiska problem och samtidigt sämre utbildning, vilket ofta leder till att man får mindre kvalificerade yrken
- människor, som i vuxen ålder fått psykiska problem, har blivit tvingade att byta till mindre kvalificerade arbeten
- lågutbildade arbetare lever under sämre villkor i arbete, boende etc och får av den anledningen oftare psykiska besvär
- de stora skillnaderna i utnyttjande av sluten vård kan förutom nu nämnda förklaringar också bero på att människor med arbetaryrken, som söker hjälp för psykiska problem oftare behandlas i sluten vård, medan högre tjänstemän oftare behandlas i öppen vård.

Den geografiska fördelningen av psykiska problem uppvisar betydande skillnader, som endast delvis kan förklaras med dessa faktorer. Självmord, alkoholskador och lättare psykiska symtom är vanligare i storstäderna, medan psykoser är vanligare på landsbygden. Psykiska problem totalt sett tycks vara särskilt vanliga i avfolkningsbygder och nybyggda hyreshusförorter runt städerna, medan de är mindre vanliga i etablerade äldre villastadsdelar och stabila jordbruksbygder (28,29).

3.2 Hälsorisker

En lång rad undersökningar av bl a tvillingar och adoptivbarn har visat att ärftliga faktorer spelar en viss roll inte minst beträffande de svåra psykotiska tillstånden, schizofreni och mano-depressiv psykos men kanske även alkoholism. Vissa psykiska tillstånd är resultat av infektioner i centrala nervsystemet under fosterstadiet eller senare i livet. Den ökande andelen äldre medför ett större antal med åldersdement beteende. I vissa fall är orsaken till dessa symtom åderförkalkning men ofta är orsaken okänd. Sociala förhållanden (exempelvis flyttning) kan förvärra symtomen, liksom isolering och passivitet.

Olycksfall med skador av hjärnan är en inte ovanlig orsak till psykiska symtom. Förlossningsskador är en orsak till psykisk utvecklingsstörning och vissa beteendeavvikelser.

Ett flertal kemiska ämnen i industrin är kända för att påverka det centrala nervsystemet. Viktigast är de lösningsmedel som används i målarfärg, lacker och lim m m. Symtomen på kroniska skador är trötthet, sömnstörningar, minnesförlust, irritation, nedstämdhet m m. Hjärnskadorna kan bli bestående (30). Alkoholmissbruk kan vara en följd av psykisk sjukdom men också en orsak till psykiska symtom och skador, dels genom direkt inverkan på hjärnan och dels genom de sociala effekter som missbruket för med sig (31).

Inom psykodynamisk teori lägger man vikten vid den tidiga personlighetsutvecklingen. Individen måste kunna lösa olika kriser och konflikter i olika åldrar. Den skall klara att upprätta ett förtroendefullt förhållande till en annan människa och skall sedan kunna tåla att skiljas från denna. Man skall

Tabell 3.1 Nervösa besvär och social arbetsmiljö. Sverige 1974 (procent med nervösa besvär)

	Hög kontroll över arbetet	Låg kontroll över arbetet
Höga arbetskrav	16	39
Låga arbetskrav	7	16

Källa: (33)

gradvis kunna kontrollera sina impulser, utveckla självständighet och upplevelse av en egen identitet o s v.

Personlighetsutveckling sker genom en inre dynamik, som hela tiden kan leda till nya konflikter och kriser i livets alla faser. En konsekvens av detta blir att en förebyggande, psykisk hälsovård bör lägga tyngdpunkten vid att via föräldrarna få barnet att mästra konflikter och kriser. Trygghet, självständighet och initiativförmåga är egenskaper som kan hjälpa barn att lösa sina problem själva längre fram i livet (32).

Människor ur olika sociala grupper lever under mycket olika förhållanden i arbete, boende, familjerelationer etc. Människor med jäktiga, enformiga och psykiskt påfrestande arbeten har oftare psykiska besvär. Detsamma gäller dem som bor i nybyggda hyreshusförorter, där miljön och den kollektiva servicen är bristfällig. En lång rad studier har visat att kombinationen av stress och bristande möjligheter till kontroll över arbetsmiljön respektive boendemiljön eller att man saknar kontakt med andra människor påtagligt ökar risken för psykiska symtom. Bearbetningar av SOFI:s LNU 1974 visar att människor med höga krav och lågt inflytande i arbetet har nervösa besvär i mycket högre grad än människor med bättre kontroll över arbetet (33).

Motsvarande förhållande gäller för boendemiljön. Människor som exempelvis bor i vissa nya hyreshusförorter med bristfällig miljö och service och som samtidigt känner sig socialt isolerade, maktlösa och sysslolösa i området (socialt desintegrerade), har oftare psykiska besvär. Däremot har boendemiljön mindre betydelse för socialt välintegrerade.

Motsvarande fynd har gjorts i studier av boendemiljöer och psykisk ohälsa i Luleå och Nacka (se vidare SOU 1984:44).

Fördelningen av dessa förhållanden i olika yrkesgrupper är antagligen en

Tabell 3.2 Procentuell andel med psykiska problem i olika typer av boendemiljö. Oslo 1974 – 1976

	Välintegrerad person	Desintegrerad person
Nybyggd hyreshusförort	17	44
Äldre villaområde	13	17

Källa: (28)

Tabell 3.4 Social arbetsmiljö och psykiska symtom fördelade på socioekonomiska grupper. ULF 1979 – 1981

	Jäktigt och enformigt	Ger möjlighet att lära nya saker	Saknar inflyt över planering	Ångslan oro ångest	Trötthet
Ej facklärda arb	19,8	35,2	31,6	13,5	16,8
Facklärda arbetare	10,7	62,8	21,2	8,7	13,6
Lägre tjänstemän	9,8	57,4	13,4	12,6	14,7
Mellan tjänstemän	3,7	77,0	2,7	8,3	12,7
Högre tjänstemän	1,6	85,0	1,1	7,2	11,5
Alla anställda	11,8	36,2	18,5	10,9	14,5

Källor: (9,34)

viktig förklaring till det sämre psykiska välbefinnandet bland lågutbildade arbetare.

Ett antal studier har gjorts över de psykiska följderna av arbetslöshet. I makroekonomiska analyser har samband påvisats mellan arbetslöshetens nivå och självmordsfrekvens och intagning på mentalsjukhus (31, 35). I individbaserade studier har man bl a funnit att det föreligger en ökad risk för depression vid långvarig arbetslöshet. Även här förefaller förlorad kontroll över livsvillkoren och brutna sociala nätverk att spela en roll för en sämre självkänsla, relationskriser m m (31).

Studier av flyttning har visat en ökad risk för psykiska och psykosomatiska störningar bland arbetare, som flyttat till städerna jämfört med kvarboende. Tjänstemän förefaller inte lika sårbara i det avseendet, då de oftare flyttar som led i karriären. Uppbrutna sociala nätverk vid skilsmässa, dödsfall, flyttning och vissa boendemiljöer har tillmätts en central betydelse för människors ökade psykiska sårbarhet i dessa situationer (29) (se vidare SOU 1984:44).

3.3 Hälsopolitiska mål och förebyggande insatser

Betydande insatser riktas redan idag mot vissa fysiska orsaker till psykisk sjukdom – förlossningsskador, olycksfall och lösningsmedel, alkohol m m.

WHO har i sin strategi "Hälsa för alla år 2000" understrukit de mycket bristfälliga kunskaper vi har om sociala orsaker till psykisk ohälsa (25). Detta gör det angeläget att fortsätta det av socialstyrelsen påbörjade arbetet med utveckling av ett hälsopolitiskt handlingsprogram för psykisk hälsa (31, 36). Detta bör ske enligt följande utgångspunkt.

En grundläggande strategi i en psykisk hälsovård är att ge människan resurser till att dels kunna bearbeta och lösa de konflikter som hör till livets olika skeden, dels kunna undanröja de hinder som idag finns för att människor själva ska kunna kontrollera och förändra sina livsvillkor.

I detta perspektiv kan man nämna några viktiga reformområden.

Utifrån utvecklingspsykologiska tankegångar har man under många år lagt stor vikt vid rådgivning åt småbarnsföräldrar. Barnhälsovården har givits ett vidgat socialt och psykologiskt innehåll och föräldrautbildning har byggts ut på många håll. Syftet är att ge föräldrarna vidgad insikt om förutsättningarna för barns psykiska utveckling och att via föräldrarna ge barnen trygghet, självständighet och initiativförmåga för att därmed lättare kunna motstå livets kriser och konflikter.

Föräldrautbildningen kan på sikt utvecklas till föräldrasamverkan i bostadsområden i syfte att stärka sociala nätverk och föräldramiljön.

En utbyggnad av den öppna, sektoriserade psykiatrin har följts av ett ändrat innehåll. Man försöker i högre utsträckning nå människor i ett tidigare skede och förebygga att kriser utvecklar sig till svårare psykiska och psykosomatiska störningar för att därmed öka människor handlingsberedskap inför nya problem.

Barn och ungdoms psykiska utveckling påverkas starkt av den verksamhet och aktivitet som de engageras i. Detta ställer mycket stora krav på innehållet i förskola och skola samt på arbetsmarknadspolitiken för ungdomar. Man måste ingripa mot sysslolöshet och destruktiva och passiviserande former av fritidsaktiviteter.

Arbetsmarknadspolitiken måste utformas i syfte att hålla den öppna arbetslösheten nere, att skapa långsiktig trygghet i anställningen även vid beredskapsarbeten och dylikt samt vidga arbetslöshetsförsäkringen. Det gäller särskilt att med arbetsmarknadspolitiska medel nå utsatta grupper såsom lågutbildade, ungdomar, ensamboende och invandrare.

Bostadspolitiken måste utformas så att möjligheten till kontakt och gemenskap ökar, segregation motverkas och de boende får möjlighet att direkt, individuellt och kollektivt kontrollera sin boendemiljö och verksamheter i bostadsområdet.

Arbetsmiljöförändringarna måste syfta till en organisation som främjar kontroll och inflytande över arbetsprocesserna, möjliggör utvecklingen av vidgad yrkeskompetens, motverkar uppdelningen mellan intellektuellt och manuellt arbete och möjliggör samarbete i mindre arbetslag. (Se vidare SOU 1984:44).

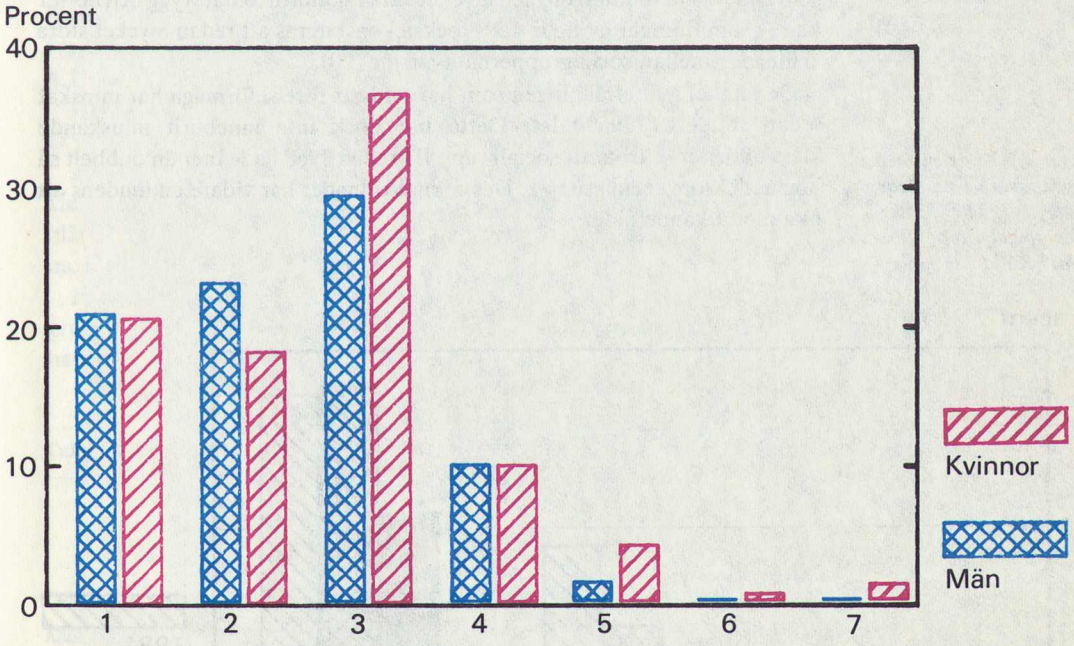
WHO:s sekretariat har i sitt förslag till Europastrategi uppställt som ett mål att självmordsfrekvensen skall sänkas till 20 döda per 100 000 invånare (25). Sverige hade 1980 en frekvens som troligen var något högre (27 per 100 000 om även de fall inkluderas, där det var osäkert om uppsåt förelåg).

Socialstyrelsen har utarbetat ett underlag för vårdprogram mot självmord (37). Bland förebyggande insatser nämner man här restriktiv psykofarmakaförskrivning och alkoholpolitik, familje- och arbetsmarknadspolitiska insatser för att minska familjesplittring och arbetslöshet samt behov av stöd till människor i krissituationer – exempelvis skilsmässa, make/makas bortgång, avsked från arbetet m m. Det bör ställas stora krav på kompetens och inlevelse bland människor inom bl a primärvård och socialtjänst och även bland poliser, ambulansförare m fl som ofta kommer tidigt i kontakt med människor som hotar att ta livet av sig.

4 Rörelseorganens sjukdomar

4.1 Förekomst och fördelning

I intervjuundersökningar av befolkningen är besvär från rörelseorganen bland de oftast rapporterade sjukdomarna. Drygt 20 procent av de



1 = Personer med långvarig sjukdom 1980/81
2 = Sjukdagar 1970
3 = Nybeviljade förtidspensioner 1982
4 = Läkarbesök 1982/83
5 = Patienter i sluten vård 1977
6 = Dödsfall 1981
= Förlorade år p g a död före 65 år 1981

Figur 4.1 Rörelseorganens sjukdomars andel av hela sjukdomspanoramat enligt olika källor. Källor: (9,10,11,12,13,14)

långvariga sjukdomar och besvär, som befolkningen uppgav i ULF 1980/81, hörde till denna kategori. Även som orsak till förtidspension dominerar denna sjukdomsgrupp. Det gäller framför allt i åldersgruppen 45-64 år där rörelseorganens sjukdomar stod för 42 procent av de nybeviljade förtidspensionerna 1980. Också sjukfrånvarostatistiken visar att denna sjukdomsgrupp är mycket betydande. Däremot orsakar den en relativt sett något mindre belastning på sjukvården. Fem procent av vårddagarna i sluten kroppsvård och tio procent av besöken i primärvården klassificeras under denna sjukdomsgrupp.

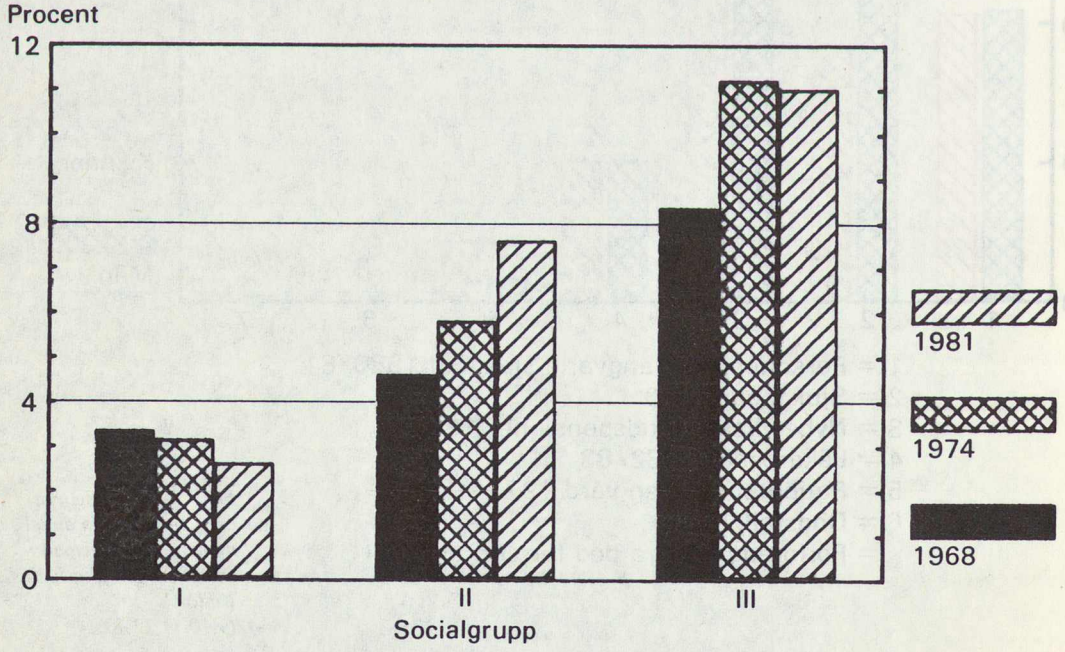
Levnadsnivåundersökningen ger vissa möjligheter att bedöma huruvida besvär från rörelseorganen ökar eller minskar i frekvens. Enligt LNU ökade andelen med svår värk i skuldror och axlar från 5,9 till 8,2 under perioden 1968 – 1981. Ledvärk är mera oförändrat, medan svåra ryggbesvär uppvisar en mindre ökning.

Besvär från rörelseorganen är vanligare bland kvinnor än bland män. De förekommer också oftare bland äldre än bland yngre. Dessutom är skillnaderna mellan olika socioekonomiska grupper betydande.

Rörelseorganens sjukdomar är vanligast inom socialgrupp III. Uttryckt som andel av befolkningen med mycket värk i skuldror, axlar, rygg och höfter kan – som framgår av figur 4.2 – också konstateras att redan mycket stora skillnader mellan socialgrupperna kvarstår (20).

Den andel av befolkningen som har nedsatt rörelseförmåga har minskat sedan slutet av 1960-talet. Detta har dock inte inneburit minskande klasskillnader – trots att socialgrupp III redan 1968 hade mer än dubbelt så hög andel som socialgrupp I. Dessa klasskillnader har vidare en tendens att öka med ökande ålder.

Figur 4.2 Andelen med mycket värk i skuldror, axlar, rygg eller höfter efter socialgrupp, 1968-1981. Källor: (18,19)



Det finns även regionala skillnader, som troligen inte kan förklaras enbart av skillnader i ålders- och socioekonomisk struktur. Således är besvären betydligt vanligare i norra Sveriges glesbygd än i södra Sverige.

4.2 Hälsorisker

Orsakerna till denna grupp av sjukdomar är i stora stycken okända (38). Det är dock uppenbart att belastningar i arbetslivet spelar en stor roll för deras svårighetsgrad och konsekvenser för individen. Ryggbesvär är således vanligare inom yrken med många tunga lyft, plötsliga och kraftiga arbetsmoment, framåtlutande arbetsställningar, ensidiga arbetsställningar samt vibrerande arbetsredskap (39).

Andelen personer med stillasittande, ensidiga arbetsställningar har ökat till följd av ökad automatisering, terminalarbete etc. Detta kan ha medverkat till att besvären från skuldror och nacke ökat. Däremot är det osäkert om förekomsten av tunga lyft har minskat. Den viktigaste förändringen är kanske att detta problem blivit vanligare bland kvinnor, vilket till stor del beror på en ökad andel sysselsatta inom vården där tunga lyft är vanliga. De fysiska kraven är mycket olika i olika yrkesgrupper, som framgår av tabell 4.1.

Det är framför allt skogsarbetare, byggnadsarbetare och vårdbiträden som är utsatta för fysiska påfrestningar i arbetsmiljön.

Men i boende- och fritidsmiljön finns också hälsorisker på detta område. Hemmafruarnas arbetsmiljö omfattar (liksom för hemsamariterna) ofta olämpliga arbetsställningar i kök, vid bäddning m m. Dessutom ger motionsidrott ofta besvär från leder och muskler.

För flera av de mycket långvariga men mer sällsynta sjukdomarna inom gruppen, exempelvis rheumatoid artrit, är orsaksmekanismen okänd. Man har dock länge diskuterat vissa samband med kosten.

Tabell 4.1 Fysisk arbetslastning inom vissa näringsgrenar 1979

	Dagliga tunga lyft	Upprepade ensidiga arbets-rörelser	Olämplig arbets-ställning	Kraftiga skak-ningar eller vibrationer
ARBETARE totalt	38,4	55,3	54,4	13,2
Jord- och skogsbruk	48,4	64,6	65,8	46,8
Verkstads-industri	28,0	57,0	50,7	18,6
Byggnads-industri	45,5	50,1	77,0	42,0
Handel	34,6	53,1	46,1	6,5
Vård mm	50,7	48,8	57,5	1,0
TJÄNSTEMÄN totalt	6,3	22,7	16,4	1,9

Källa: (34)

4.3 Hälsopolitiska mål och förebyggande insatser

WHO har i sitt program "Hälsa för alla år 2000" understrukit behovet av intensifierad forskning om rörelseorganens sjukdomars epidemiologi och etiologi (25).

Socialstyrelsen har i sitt sektorprogram för rörelseorganens sjukdomar framlagt en rad expertrapporter (38). Även i dessa understryks att kunskaperna om de etiologiska mekanismerna, och därmed förutsättningarna för primärprevention är bristfälliga. Det finns dock en betydande kunskap om vilka individ- och samhällsinriktade insatser som kan minska de sociala konsekvenserna av funktionsnedsättning till följd av rörelseorganens sjukdomar. Det är betydelsefullt att socialstyrelsens sektorprogram utvecklas till att bli ett hälsopolitiskt handlingsprogram för rörelseorganens sjukdomar, som bör utgå från bl a följande utgångspunkter

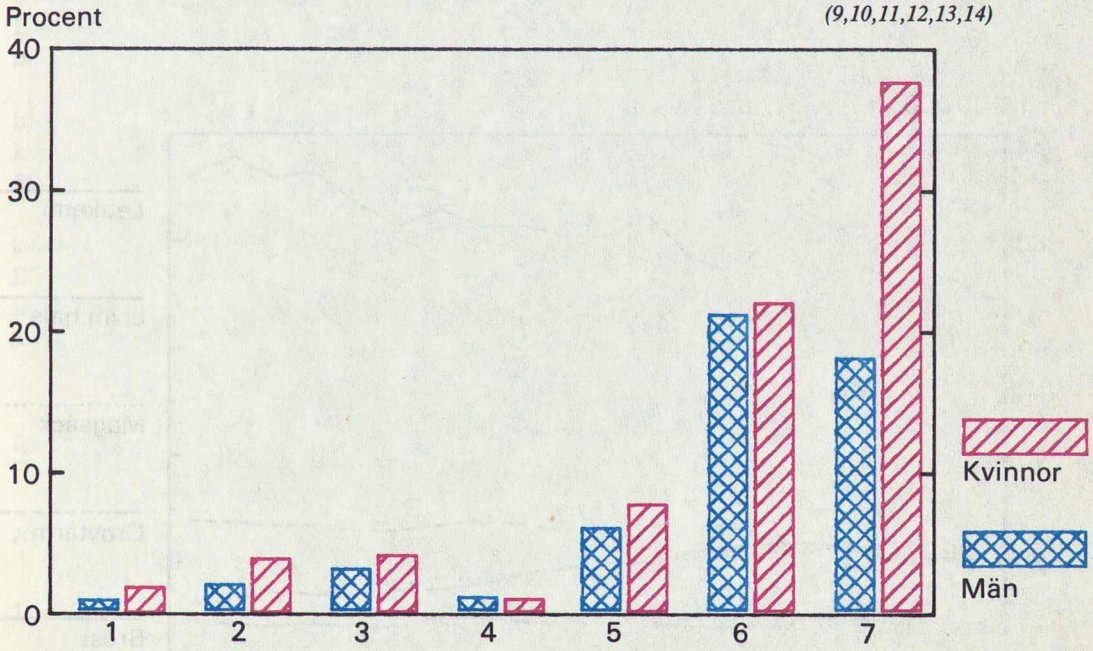
- Smärta och handikapp till följd av rygg- nackebesvär kan minskas genom att motverka tunga lyft, plötsliga, kraftiga arbetsmoment och ensidiga, obekväma arbetsställningar.
- Troligen har också olika typer av ryggskoleverksamhet (träning och undervisning) av barn och vuxna betydelse. Företagshälsovården har här en särskild uppgift men även skolhälsovård och primärvård bör medverka.
- För att förebygga sociala och psykiska handikapp behövs rådgivning, antiinflammatorisk behandling, ledskonande livsföring samt sjukgymnastik.

5 Tumörer

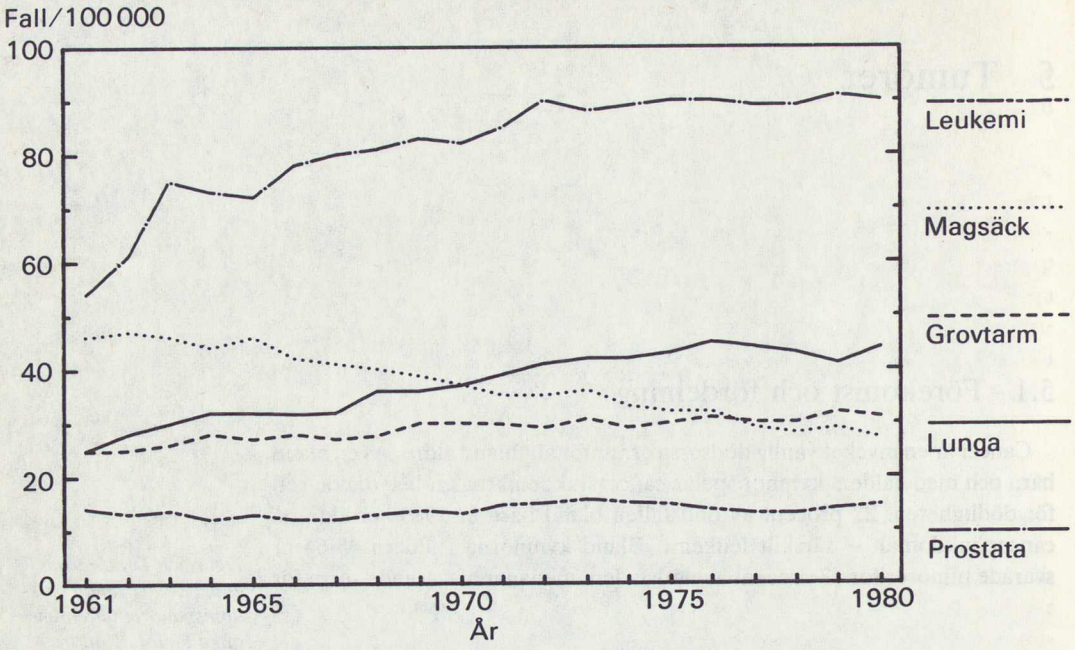
5.1 Förekomst och fördelning

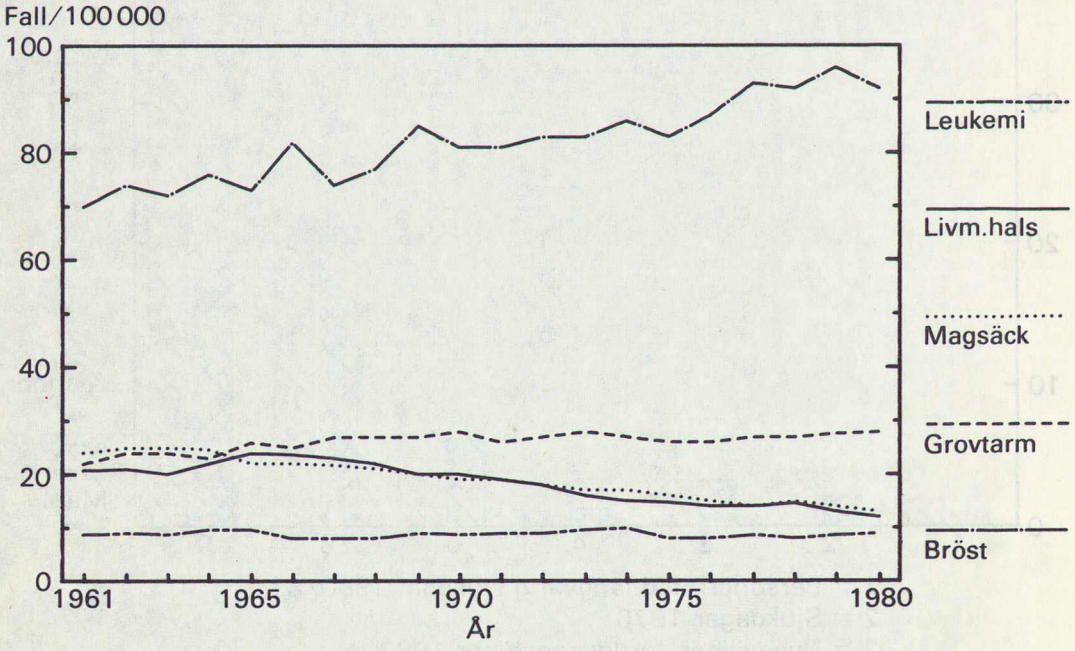
Cancer är en mycket vanlig dödsorsak framför allt bland äldre. Även bland barn och medelålders kvinnor spelar cancersjukdomarna en betydande roll för dödligheten. 22 procent av dödsfallen bland barn år 1980 berodde på cancersjukdomar – särskilt leukemi. Bland kvinnorna i åldern 45-64 år svarade tumörer för 47 procent av dödsfallen, medan motsvarande siffra för

Figur 5.1 Tumörernas andel av det totala sjukdomspanoramat enligt olika källor. Källor: (9,10,11,12,13,14)



1 = Personer med långvarig sjukdom 1980/81
2 = Sjukdagar 1970
3 = Nybeviljade förtidspensioner 1982
4 = Läkarbesök 1982/83
5 = Patienter i sluten vård 1977
6 = Dödsfall 1981
7 = Förlorade år p g a död före 65 år 1981





Figur 5.2 Åldersstandardiserad cancerincidens per 100 000, 1960 – 1980, för de vanligaste cancertyperna hos män och kvinnor Standardpopulation: 1970-års befolkning. Källa: (40)

männen var 25 procent. Bröstcancer och olika typer av underlivscancer är således bland de främsta orsakerna till förlorade år på grund av tidig död bland kvinnor.

Tumördiagnoser svarar för tio procent av vårddagarna i sluten kroppsvård. Den största andelen finns i åldersgruppen 45-64 år (15 procent).

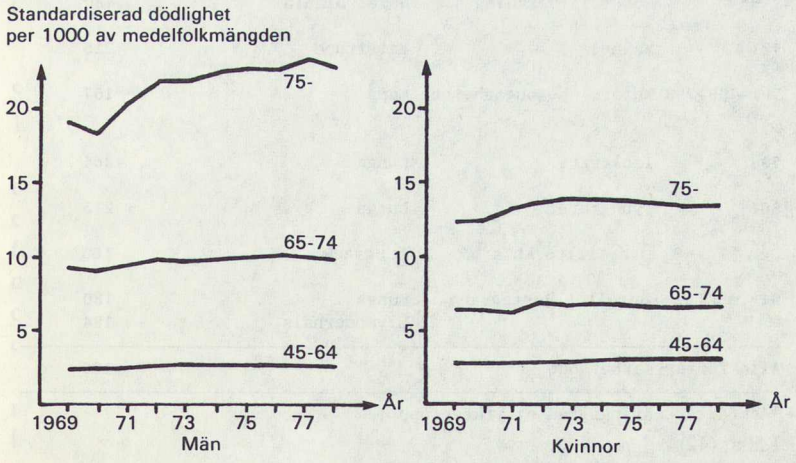
Cancersjukdomarna omfattar en heterogen grupp av tumörformer med helt olika epidemiologi och etiologi. Cancerregistret i Sverige ger oss, sedan 1960, en hygglig bild av nyinträffade cancerfall fördelad på kön och ålder. I figur 5.2 redovisas den åldersstandardiserade incidensen för de vanligaste cancerformerna under perioden 1960 – 1979.

Det årliga antalet diagnostiserade cancerfall har ökat under 1960- och 1970-talen med en viss avmattning under senare hälften av 1970-talet. Detta beror dels på förändringar i ålderssammansättning dels på en verklig ökning av incidens men också på förbättrade diagnostiska metoder. Under samma period har den totala dödligheten i tumörsjukdomar varit relativt konstant, utom i åldersgruppen över 75 år. Ökningen i denna åldersgrupp kan dock till en del bero på en förbättrad diagnostik.

Incidensen av bröstcancer och prostatacancer ökar. Detsamma gäller också de mindre vanliga cancertyperna i lever, malignt melanom och malignt lymfom. Däremot har ökningen i lungcancer bland män avstannat 1976 och övergått i en minskning, medan den fortsatt att öka bland kvinnorna. Livmoderhalscancer har minskat stadigt sedan 1966, medan magcancer har minskat under hela registreringsperioden.

Totalt sett är dödligheten i cancer (liksom totalt) något högre bland män än bland kvinnor. Cancer svarar dock för en procentuellt större andel av kvinnornas dödsfall än av männens. Utvecklingen under de senaste tio åren för olika åldersgrupper framgår av figur 5.3.

Antalet diagnosticerade fall är 16 procent högre bland män än bland kvinnor. En lång rad av de vanligaste cancerformerna är könsspecifika. Bland övriga cancertyper är lungcancer, magsäckscancer, urinvägscancer samt cancer i matstrupe och lever betydligt vanligare bland män. De två senare har stark relation till alkoholkonsumtion.



Figur 5.3 Tumörer. Ålders- och könsstandardiserade dödstal i Sverige 1969–1978 (1978 års befolkning har utgjort standard). Källa: (17)

Frånskilda män har en viss överdödlighet i lungcancer och alkoholrelaterade cancerfall. Bland kvinnor finns en överdödlighet i livmoderhalscancer bland frånskilda medan dödligheten i ovarialcancer och livmodercancer är störst bland ogifta. Ett tidigt havandeskap tycks här ha en förebyggande inverkan.

Den socioekonomiska fördelningen är något olika för olika cancertyper. Bröstcancer är vanligare bland kvinnor ur högre socialgrupper, medan det finns en överdödlighet i lungcancer, magsäckscancer och cancer i livmoderhalsen bland de lägre socialgrupperna (41).

Samkörning av cancerregistret 1960 – 1973 med Folk- och Bostadsräkningen 1960 har gett vissa möjligheter att översiktligt belysa skillnader i omfattningen av nyinträffade cancerfall mellan olika yrkesgrupper.

Tabell 5.1 Vissa yrkesgrupper med hög cancerrisk. Riket 1961-1973

NYK SNI*	Yrkesgrupp	Cancerlokalisation	Överrisk (alla förvärvs-arbetande index = 100)
00 (utom 03&04)	Tekn naturvet arbete	Bröst	151
		Hud (melanom)	149
1,2,3	Administrativt, kontors- och kommersiellt arbete	Lever	156
		Struphuvud	165
	Jord- och skogsbruk	Läpp	178
5	Gruvarbetare	Lunga	164
603+611	Maskinbefäl, däcks- & maskinmanskap	Lunga	183
753	Tunnplåtslagare	Lunga	195
754	Rörledningsarbetare	Lunga	167
755	Svetsare, gasskärare	Lunga	143
776*	Möbeltillverkning	Näsa, bihåla	480
781	Målare	Matstrupe	215
791+793+798	Murare, betongarbetare m fl	Läpp	157
794	Isolerare	Lunga	364
801	Typografer	Lunga	215
Övr. 7 + 8	Övr tillverkn. arb.	Lungsäck	160
91* m fl	Hotell & Restaurang	Lunga	180
		Livmoderhals	184
Alla förvärvsarbetande			100

* omfattar näringsgren ej yrkesgrupp

Källa: (42)

5.2 Hälsorisker

I vissa fall är orsakerna till översjuklighet i dessa yrkesgrupper kända. Att gruvarbetare har högre cancerrisk beror exempelvis på förekomst av radon och dieselavgaser i gruvan. För andra grupper är orsakerna mindre lättförklarade. Allmänna socioekonomiska faktorer som bl a påverkar genital hygien och fertilitet kan ha med cancer i livmoderhals och bröstkörtel att göra. Viktigt är dock att understryka att variationen i cancerfrekvens mellan olika yrkesgrupper till stor del beror på varierande rökvanor i olika yrken. Vi vet att rökning är vanligare bland verkstadsarbetare, gruvarbetare och transportarbetare, bland hotell- och restauranganställda m fl. Dessa har dessutom ofta andra cancerrisker i arbetsmiljön (43).

När det gäller lungcancer torde minst 70 procent av alla fall vara betingade av rökning. En annan betydande cancerrisk, som kanske står för 10-20 procent av lungcancerfallen, är radon i berggrunden under och i väggarna omkring våra bostäder (31).

Många andra cancertyper har satts i samband med våra levnadsvanor (31,44)

- magcancer med nitrosaminer från kosten
- tjocktarmscancer med fiberfattig kost
- cancer i matstrupe och lever med alkoholkonsumtion
- cancer i bröstkörtel med fettinnehåll i kost
- hudcancer med exposition för ultraviolett ljus.

5.3 Hälsopolitiska mål och förebyggande insatser

WHO:s sekretariat har i sitt förslag till strategi för år 2000 i Europaregionen formulerat mål för två cancertyper (25)

- dödligheten i lungcancer bland 35-64-åringar bör minskas till 30 per 100 000. Länder som redan är under denna nivå bör eliminera betydande skillnader mellan socioekonomiska grupper och geografiska områden
- dödligheten i livmoderhalscancer bland kvinnor i åldern 35-64 år bör minskas med minst 25 procent.

Sverige hade 1980 en dödlighet av 25 per 100 000 i lungcancer och 7 på 100 000 cancer i livmoderhalsen.

Med ett framgångsrikt arbete i tobaksfrågan borde på lång sikt en mycket betydande minskning av lungcancer vara möjlig. Man kan även förvänta sig en fortsatt minskning av livmoderhalscancer till följd av hälsokontroller och förbättrad hygien. Utvecklingen när det gäller andra cancerformer är mera osäker. Men förmodligen kan en kostomläggning i riktning mot mindre fett och mer fibrer på lång sikt minska frekvensen av bröst- och tjocktarmscancer.

Ett brett program med engagemang från en lång rad samhällssektorer är nödvändigt för att minska cancerincidensen och öka andelen tidigt upptäckta fall.

Rökning

Genom tobakskommitténs delbetänkande och slutbetänkanden har ett brett och långsiktigt program med åtgärder mot tobaksbruket nyligen lagts fram (45). Inget har framkommit som på något avgörande sätt förändrar bärkraften för kommitténs förslag. I övrigt hänvisas till de åtgärder som redan nämnts angående rökning i avsnitt 2.3.

Kost

Genom information, prispolitik och lagstiftning bör den tidigare diskuterade förändringen av befolkningens kostvanor i riktning mot mindre fettandel – i synnerhet mättat fett, mindre socker, mer potatis och spannmålsprodukter med högt fiberinnehåll, mer fisk, mindre nitrit i charkuteriprodukter samt mindre nitrat i grönsaker främjas. Detta torde vara motiverat även av cancerpreventiva skäl (se vidare SOU 1984:44).

Utomhusluft

Bilavgaskommitténs förslag om införande av avgasrening bör framhävas. Ökad kolanvändning för energiändamål aktualiserar behovet av utvecklad teknik att rena rökavgaser, svaveldioxid och tunga metaller, kväve, föroreningar m m (46).

Inomhusluft

Cancerkommittén kommer att behandla frågan om särskilda medel för epidemiologiska undersökningar av effekterna av radon i bostadshus.

Hälsokontroller

Gynekologiska hälsokontroller bör fortsätta som tidigare och vidgas till åldersgruppen 30-59 år och bör för kvinnor i denna ålder utföras vart fjärde år.

Försöksverksamhet med mammografiska hälsoundersökningar bland kvinnor över 40 år och test för blod i avföringen (tarmtumör) bör utvärderas innan ställning tas till mera heltäckande verksamhet i landet.

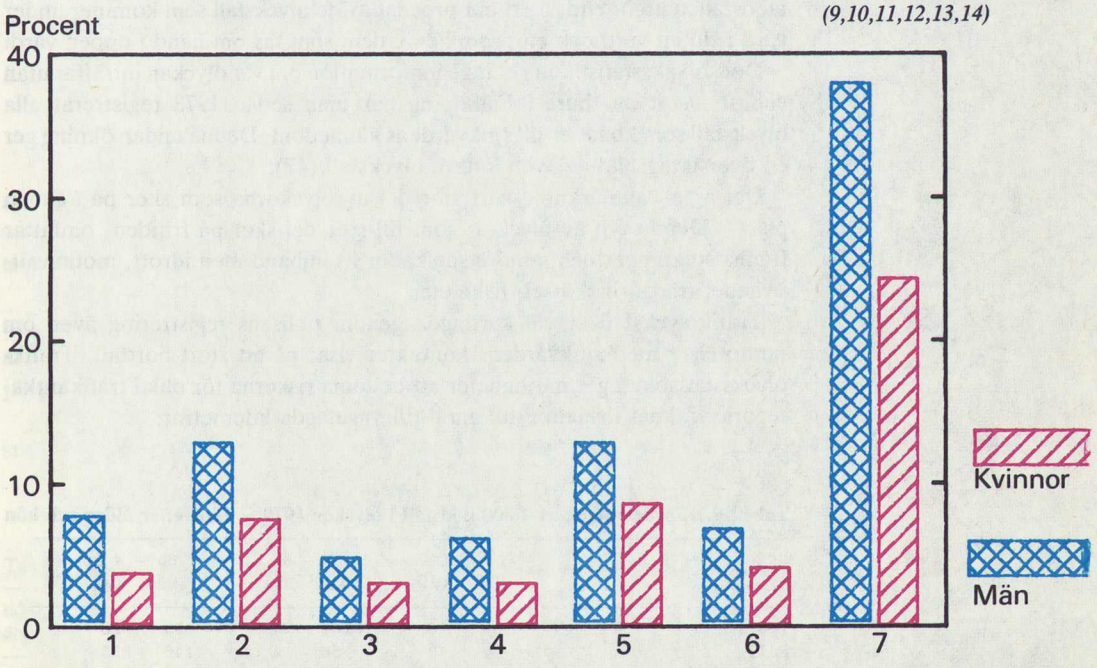
6 Skador

6.1 Förekomst och fördelning

I detta avsnitt behandlas skador till följd av olycksfall medan självmord har tagits upp i kapitel 3.

Trafikolycksfall är den vanligaste dödsorsaken bland barn och unga under 20 år. 1980 omkom nära 300 barn och ungdomar under 20 år i trafiken. Över hälften av alla trafikdödade är under 45 år. Trafikolycksfall är därmed den tredje vanligaste orsaken till förlorade år på grund av tidig död.

Figur 6.1 Skadornas andel av det totala sjudomspanoramat enligt olika källor. Källor: (9,10,11,12,13,14)



1 = Personer med långvarig sjukdom 1980/81
2 = Sjukdagar 1970
3 = Nybeviljade förtidspensioner 1982
4 = Läkarbesök 1982/83
5 = Patienter i sluten vård 1977
6 = Dödsfall 1981
7 = Förlorade år p g a död före 65 år 1981

Olycksfall står för 15 procent av vårddagarna i sluten somatisk sjukvård i åldersgrupperna under 45 år. Ungefär lika stor andel gäller för besök i primärvården i denna åldersgrupp. Enligt övriga tillgängliga mått på ohälsa har olycksfall mindre betydelse. Fem procent av förtidspensionerna i åldersgruppen 16-44 år sker för skador genom yttre våld. En något större andel av sjukskrivningsdagarna betingas av skador.

Olycksfallen i trafiken och arbetslivet har minskat betydligt under 1970-talet. Det gäller framför allt bland barn och medelålders. Bland ungdom har utvecklingen varit mindre gynnsam och bland de äldre har dödligheten i olycksfall (särskilt fallolyckor) ökat. Det senare behöver dock inte enbart bero på ökade risker i omgivningen utan t ex företeelser som förändringar av skelettskörhet hos äldre kvinnor har också betydelse.

Även om olyckor är den vanligaste dödsorsaken för unga människor sker ändå de flesta dödsfallen bland äldre. Dessa dödsfall inträffar ofta lång tid efter t ex ett fall som ledde till lårbenshalsbrott.

Drunkning är numera en mycket ovanlig dödsorsak. De ej uppsåtliga förgiftningarna domineras helt av alkoholförgiftning. I den stora gruppen av skador med ovisshet om uppsåt (som här klassificeras som självmord/ självmordsförsök) kan det finnas en del ouppsåtliga förgiftningar.

Olycksfall som leder till döden är endast en liten topp av ett isberg. Dödsfallen utgör endast ett par procent av de olycksfall som kommer under vård i sluten vård och en promille av dem som tas om hand i öppen vård.

Dödsorsaksstatistiken ger ingen information om var olyckan inträffar utan endast något om hur. I Falköping har man sedan 1978 registrerat alla olycksfall som kommer till sjukvårdens kännedom. Denna undersökning ger en översiktlig bild av även lättare olycksfall (47).

Det är en anmärkningsvärt stor del av olyckorna som sker på "annan plats". Denna typ av olyckor, som till stor del sker på fritiden, omfattar främst stukningar och mindre sårskador i samband med idrott, motionsutövande, trädgårdsskötsel, fiske etc.

Trafikolycksfall är väl kartlagda genom polisens registrering även om jämförelser med sjukvårdens kontakter visar på ett stort bortfall. Trafikolycksstatistiken ger möjligheter att bedöma riskerna för olika trafikantkategorier räknat i relation till antal tillryggalagda kilometrar.

Tabell 6.1 Fördelningen av 1 000 dödsfall i olyckor 1979 – 1981 efter ålder och kön

	0 – 14 år		15 – 64 år		65 – w år	
	Män	Kvi	Män	Kvi	Män	Kvi
Trafik	14	10	164	52	55	28
Fall	1	0	56	9	146	255
Drunkning	5	2	20	3	6	2
Förgiftning	0	0	43	10	6	3
Övrigt	7	4	55	10	25	15

Källa: (14)

Tabell 6.2 Fördelning av 1 000 olycksfall i Falköping 1978

	0 – 14 år		15 – 64 år		65 – w år	
	M	Kv	M	Kv	M	Kv
Hemmet	46	26	55	50	17	29
Arbetet	0	0	163	29	6	–
Trafiken	11	8	30	21	5	3
Annan plats	74	50	232	102	19	25

Källa: (34)

Tabell 6.3 Risktal per km (dödsfall har fått vikten 140, svåra olyckor 16 och lättare olyckor 1). Riket 1977 – 1979

Trafikant-kategori	Ålder 5-6	15-17	25-54	65-74	Summa 5-w år
Bil	1	5	2	6	
Mc	–	94	25	–	52
Moped*	–	–	–	–	43
Cykel	72	23	27	66	34
Gående	43	9	8	28	16
Alla	3	14	3	10	4

* Siffror för moped finns inte fördelade på ålder

Källa: (48)

Det är de oskyddade trafikanterna som är särskilt utsatta. Risken att skadas är således ca 20 gånger så stor bland cyklister över 65 år och under 7 år som den är bland bilister. De allra högsta riskerna tar de unga motorcyklisterna.

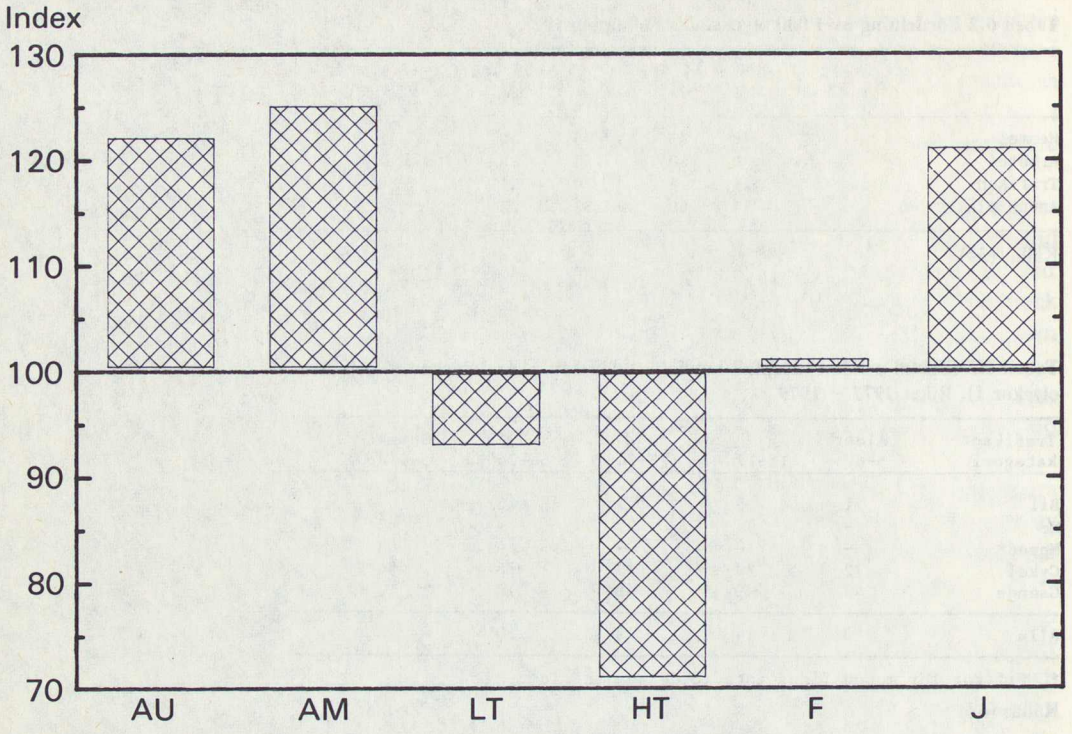
Arbetarskyddsstyrelsens register över arbetsskador (ISA) ger möjlighet att bedöma riskerna bland olika yrkesgrupper och näringsgrenar i relation till arbetad tid. Även ISA har ett visst bortfall – även av allvarliga skador jämfört med sjukvårdsregistreringen.

Möjligheterna att undvika skador är – inte speciellt överraskande – också starkt relaterade till socioekonomisk bakgrund.

Tabell 6.4 Arbetsskaderisk per millioner arbetstimmar 1982 (preliminära tal)

Högrisknäringsgren SNI		Risk	Lågrisknäringsgren SNI		Risk
12	Skogsbruk	60	8	Banker m m	7
2	Gruvor	46	91	Offentlig förvaltning	7
31	Livsmedelsindustri	44	93	Vård m m	10
33	Trävaruindustri	42			
37	Järn & Stålindustri	38			
38	Verkstadsindustri	31			
5	Byggnadsindustri	30		SAMTLIGA ANSTÄLLDA	17

Källa: (49)

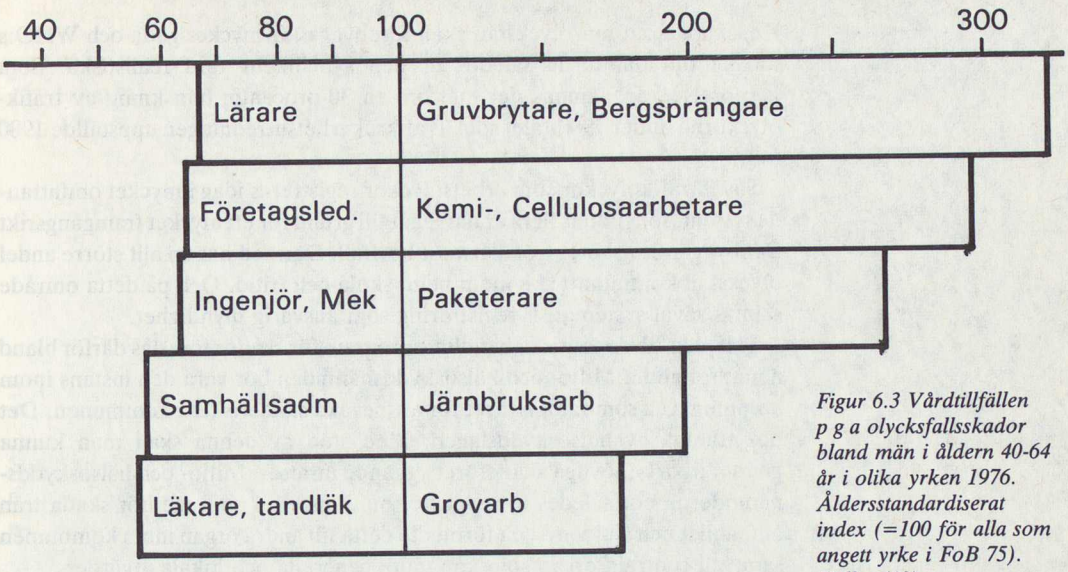


Figur 6.2 Vårdtillfällen i sluten vård p g a olycksfallsskador för män i åldern 40-64 år i olika socioekonomiska grupper 1976. Åldersstandardiserat index (=100 för alla som angett yrke i FoB 75). Källa: (13)

Att arbetare och jordbrukare oftare än andra råkar ut för olycksfall som leder till vårdutnyttjande illustreras av figur 6.2, som redovisar vårdtillfällen i sluten vård för män i åldern 40-64 år på grund av skador.

Skillnaderna i vårdutnyttjande på grund av skador mellan olika yrkesgrupper är givetvis än större än mellan grupperna i den relativt grova socioekonomiska indelningen (se vidare bilaga 1).

Också tillgänglig information om dödlighet tyder på stora skillnader mellan olika yrkeskategorier i risk för skadedöd. Tabell 6.6 omfattar inte bara olycksfall utan även uppsåtliga skador som självmord.



Figur 6.3 Vårdtillfällen p g a olycksfallsskador bland män i åldern 40-64 år i olika yrken 1976. Åldersstandardiserat index (=100 för alla som angett yrke i FoB 75). Källa: (13)

Tabell 6.6 Dödsfall per 100 000 personår p g a skador i några yrkesgrupper 1966 – 1970, män födda 1921 – 1940 respektive 1901 – 1920

Yrke/sysselsättning	Födelseår 1921 — 1940	1901 — 1920
Alla förvärvsarbetande	85	119
Kameralt och kontorstekniskt arbete	61	82
Jordbrukare	64	98
Skogsarbetare	119	151
Maskin- och motorskötare	120	161
Handelsresande	127	171
Grov- och diversearbetare	142	197
Gruv- och stenbrytningsarbetare	167	182
Ej förvärvsarbetande	180	275

Källa: (23)

6.2 Hälsopolitiska mål och förebyggande insatser

WHO:s sekretariat har i sitt förslag till strategi för år 2000 formulerat följande mål för Europaregionen (25)

- dödligheten i trafikolyckor bör minskas till 15 per 100 000 invånare. Länder som ligger under den nivån bör koncentrera sig på att reducera skillnader mellan socioekonomiska grupper
- frekvensen av olycksfall i hemmet bör minskas med minst 15 procent och dödsfallen i hemolyckor med minst 30 procent
- olycksfall i arbetet bör reduceras med minst 25 procent och dödsfall i arbetsolyckor med minst 50 procent.

Kunskapen om hur olycksfall skall förebyggas är mycket goda och WHO:s förslag till mål torde således ur den synvinkeln vara realistiska. Som jämförelse kan nämnas det mål om en 30-procentig minskning av trafikolyckorna under 1980-talet som Trafiksäkerhetsutredningen uppställde 1980 (48).

Såväl trafikolyckor som arbetsolyckor registreras idag i mycket omfattande system, som under flera år har legat till grund för ett mycket framgångsrikt förebyggande arbete, trots ett visst bortfall. Därmed har en allt större andel olycksfall kommit att ske inom hem, skola och fritid. Och på detta område saknas såväl systematisk registrering som ansvarig myndighet.

I HS 90:s hälsopolitiska handlingsprogram för skador föreslås därför bland annat följande. Miljö- och hälsoskyddsnämnden bör vara den instans inom kommunerna som får ansvaret för att bevaka skaderisker i kommunen. Det bör framgå av hälsoskyddslagen. Med stöd av denna skall man kunna genomdriva behövliga skadeförebyggande insatser. Miljö- och hälsoskyddsnämnderna bör således få rapporter om händelser som medför skada från allmänhet och sjukvård och förmedla detta till andra organ inom kommunen samt till centrala organ som kan vidta generella och lokala åtgärder.

Ett centralt skaderegister med tyngdpunkt på hem, skola och fritid bör också inrättas. Med utgångspunkt i de olycksfall som kommer till sjukhus, vårdcentral, företagshälsovård bör en registrering ske av vart tionde olycksfall i likhet med de stickprovssystem som används i konsumentverkets projekt "Ökad säkerhet" sedan 1982. Registret bör innehålla uppgifter om bland annat ålder, kön, vårdinstitution, olycksorsaker enligt reviderat E-kodsystem, samt olycksfallsplats enligt nordisk platskod. För lokala ändamål är dock olycksplatsregistrering med bland annat adress i klartext av stor vikt (SOU 1984:42).

7 Andningsorganens sjukdomar

7.1 Förekomst och fördelning

Sjukdomar i andningsorganen – i första hand förkylningar och influensa – är de vanligaste sjukskrivningsorsakerna. De svarade 1970 för över 40 procent av alla sjukskrivningar. De flesta sjukfrånvarotillfällen orsakade av dessa sjukdomar är relativt korta, men sjukdomsgruppen svarade ändå för flertalet av de sjukfall som varade minst en vecka. Skillnaden mätt i frånvarotid mot rörelseorganens sjukdomar var dock relativt liten.

Enligt ULF har tre till fyra procent av befolkningen i åldern 16-74 år långvariga sjukdomar i andningsorganen. I flertalet fall rör det sig om bronkit, emfysen eller astma. Astma och andra allergiska sjukdomar i andningsorganen är vanliga bland barn. Allergisk snuva förekommer hos ungefär vart tionde barn i skolåldern.

Akuta luftvägsinfektioner och influensa är vanliga orsaker till sluten vård bland barn liksom lunginflammation är det bland äldre. Sjukdomsgruppen svarar för en relativt liten del av slutenvårdskonsumtionen bland yngre och medålders vuxna.

Lunginflammation är en vanlig dödsorsak bland äldre och ofta inträffar den som komplikation till någon annan sjukdom eller skada. Bronkit, emfysem och astma är bland äldre män en lika vanlig dödsorsak som lungcancer.

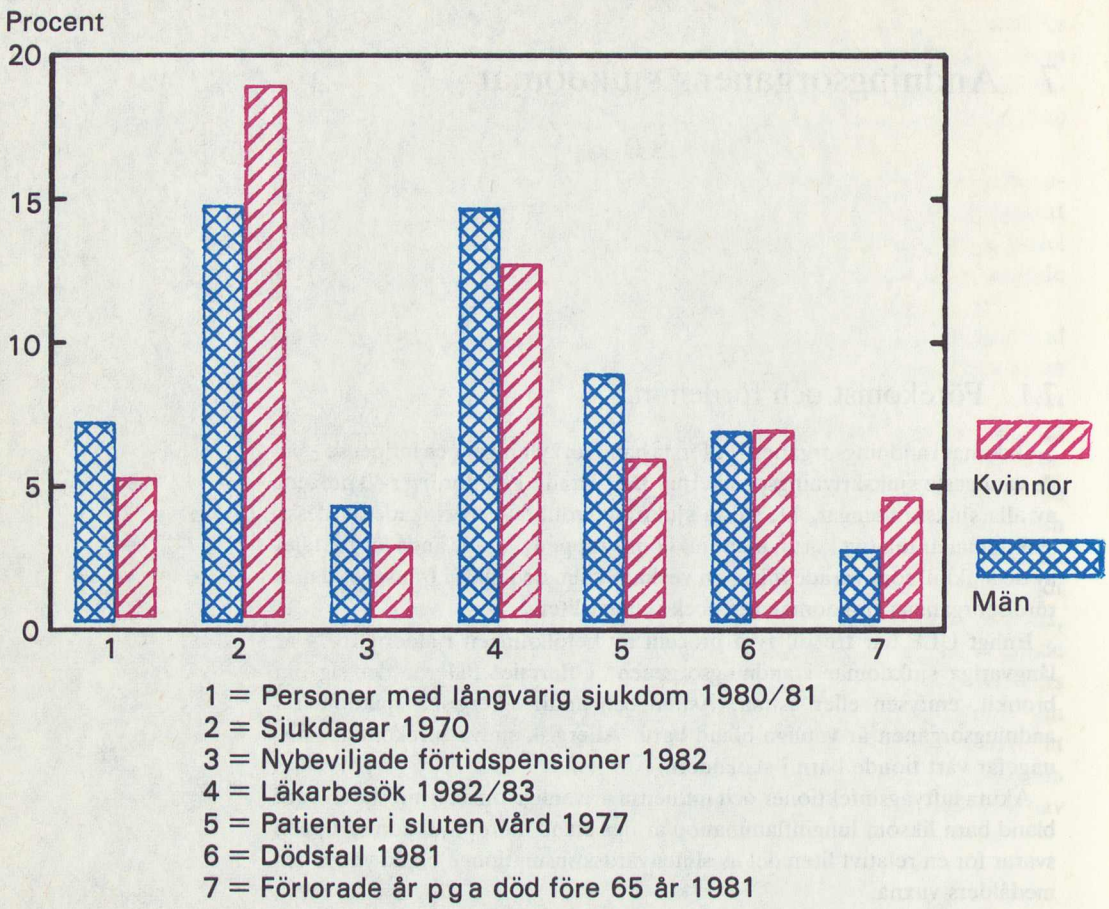
Skillnaderna mellan samboende och ej samboende som rapporterar sig ha astma eller hösnuva enligt ULF är relativt små . De något större skillnaderna mellan socioekonomiska grupper redovisas i tabell 7.1

Yrkesgrupper, i vilka man sysslar med kemikalier och läkemedel, med

Tabell 7.1 Procentuell andel med astma eller hösnuva enligt ULF 1980/81 i vissa socioekonomiska grupper

	Män	Kvinnor
Arbetare	1,9	2,6
Tjänstemän	1,6	1,8
Jordbrukare	1,4	1,5
Förtidspensionärer	7,1	4,7
Alla	2,4	2,5

Källa: (9)



Figur 7.1 Andningsorganens sjukdomars andel av det totala sjukdomspanoramat. enligt olika källor. Källor: (9,10,11,12,13,14)

träarbete och renhållning liksom anställda i elektronik- och verkstadsindustri är särskilt utsatta för astma.

Gifta uppvisar också lägre dödlighet än övriga civilstånd i andningsorganens sjukdomar. Skillnaderna mellan civilstånden är störst bland män. Särskilt utsatta är frånskilda män i övre medelåldern, vilket kan bero på att rökning är vanligare i denna grupp än i andra.

Av studier i Norge, Danmark och Finland framgår att dödligheten i andningsorganens sjukdomar skiljer sig kraftigt mellan olika socioekonomiska grupper. Högsta dödligheten återfinns bland arbetare i yrken utan krav på yrkesutbildning. Akademiker och högre tjänstemän har lägst dödlighet.

7.2 Hälsorisker

Den dagliga kontakten med andra människor är den mest betydelsefulla enskilda faktorn för förkylningar. Ju fler kontakter man har desto större är risken att bli smittad. Därför har t ex barn i förskolan oftare infektioner än hemmavarande barn i samma ålder. Upprepade infektionstillfällen kan vara tecken på bakomliggande medicinska eller sociala belastningsfaktorer.

Storrökare har en mångdubblad risk för kronisk bronkit och emfysem jämfört med dem som inte röker. Detta gäller såväl insjuknandefrekvens som dödlighet. Också många lösningsmedel, gaser och olika dammtyper, är viktiga riskfaktorer för dessa sjukdomar. De är t ex vanliga i arbetsmiljön inom stålindustri och i gruvor och vid bl a gjutning och svetsning. Kombinationer av rökning och andra riskfaktorer höjer avsevärt risken för dessa sjukdomar.

Allergisk sjukdom orsakas av ärftliga faktorer och av miljöfaktorer. Benägenheten att reagera allergiskt (och bilda specifika IgE-antikroppar) är ärftlig och i dagens samhälle utvecklar ca 15 procent allergisk sjukdom, bl a astma och allergisk snuva. Om människor med denna disposition utvecklar allergisk sjukdom eller inte beror på vilka allergener de utsätts för, hur mycket och i vilken ålder. Risken är särskilt stor om barn exponeras under det första levnadsåret.

De viktigaste allergenerna för barn är pollen, pälsdjursepitel, mögel och kvalster. Barn och vuxna med allergisk disposition är därutöver särskilt känsliga för en lång rad irriterande ämnen i luften (t ex tobaksrök, industriutsläpp, bilavgaser) och för infektioner. De reagerar då med kraftig svullnad av slemhinnorna i luftvägarna. Vuxna utsätts också för en lång rad allergener i yrkeslivet.

7.3 Hälsopolitiska mål och förebyggande insatser

Senare års medicinska kunskap har gett en allt mer nyanserad syn på vikten av att isolera barn och vuxna med luftvägsinfektioner. Smittspridning sker ofta redan i ett symtomfattigt tidigt stadium och att hålla barnet hemma från daghem enbart för smittspridningsrisken är knappast motiverat. Barn som på grund av infektion inte orkar vara med i barngruppen bör dock om möjligt vistas hemma eller i annan trygg och lugn miljö. Regelbunden utevistelse och enkla hygieniska föreskrifter torde ha den största förebyggande effekten på såväl barn som vuxna (50).

Barn som är ärftligt disponerade eller visar tidiga tecken till allergisk sjukdom bör skyddas genom vissa förebyggande insatser: inga pälsdjur i hemmet, ingen tobaksrökning i barnens miljö, amning upp till sex månader eller längre.

Föräldrar till allergiska barn behöver betydande stöd och kunskap för att kunna följa dessa rekommendationer. Barnhälsovården har här ett stort ansvar för uppsökande och stödjande arbete bland familjer med allergiska barn. På samma sätt som för olycksfallen skulle "barnallergiombud" kunna vara ett framgångsrikt sätt att organisera det lokala förebyggande arbetet på detta område (51).

Bostadsmiljön är av största betydelse för allergikerns hälsa och välbefinnande. Modern byggnadsteknik, nya material, energisparåtgärder med nedsatt ventilation m m har ibland påverkat inomhusmiljön i ogynnsam riktning. Därtill kommer många ämnen som ännu är dåligt kartlagda. Förbättrad kontroll av byggnadsmaterial, bättre ventilationssystem och rätt till bostad med djurförbud är viktiga samhällsinriktade åtgärder.

Vid övergång till förskola och skola kommer barnen ofta i kontakt med en

lång rad allergener. Skolöverstyrelsen har utfärdat allmänna råd om sanering av skolmiljön. Pälsbärande djur och fåglar bör inte förekomma i skolmiljön, ej heller ridkläder och heltäckande mattor. Särskilt måste man uppmärksamma den undervisning som ändå måste ordnas åt barn, som ofta är frånvarande på grund av allergiska eller andra sjukdomsbesvär.

Skolhälsovården har också ett stort ansvar när det gäller yrkesvägledning för allergiska barn. Yrkesvalet sker ofta i en ålder då symtomen minskar betydligt och risken är därför stor att man förbiser den kvarvarande överkänsligheten.

Vad gäller astma och andra reaktioner mot luftburna allergener har man genom olika arbetsmiljöåtgärder kunnat minska exponeringen för kända allergener av typ cement, epoxi och isocyanat. Användning av friskluftsmask med övertrycksventilation är nödvändig för enstaka speciellt utsatta personer. Annars är omplacering ofta enda möjligheten. I en åtstramande arbetsmarknad är detta i praktiken allt svårare, vilket förorsakar ganska många förtidspensioneringar.

Den enskilda åtgärd som troligen har störst betydelse för att minska förekomst och allvarliga konsekvenser av andningsorganens sjukdomar är en minskning av tobaksrökningen.

8 Drogmissbruk

I avsnitt 1.9 berördes problemen med att vid en genomgång av sjukdomspanoramat på ett ändamålsenligt sätt sammanföra enskilda sjukdomar till större grupper. I en ideal indelning i ett hälsopolitiskt sammanhang skulle man återfinna sjukdomar, som man med dagens kunskap vet kräver liknande åtgärder, under samma rubrik. Ett sätt att åstadkomma en sådan indelning vore att systematisera våra hälsorisker och för varje hälsorisk analysera vilka sjukdomar den är associerad med. En uppbyggnad av en sådan klassifikation har tidigare skisserats i avsnitt 1.9. Av tabell 1.5 framgår att drogmissbruk är en hälsorisk med konsekvenser som kan hänföras till många olika sjukdomsgrupper.

Nedan visas ett exempel på en motsvarande genomgång som i kapitlen två till sju för sjukdomar relaterade till alkohol och andra droger.

8.1 Förekomst och fördelning

De medicinska och sociala skadeverkningarna av bruk och missbruk av alkohol och illegala och legala narkotiska preparat är betydande. Det finns dock stora svårigheter att uppskatta storleksordningen. Dödsorsaksstatistiken och diagnosstatistiken från sluten vård är två möjliga källor. Betydande mörkertal förekommer dock förmodligen.

Till siffrorna i tabell 8.1 bör man lägga ett stort antal dödsfall registrerade som olycksfall, självmord, sjukdomar i bukspottkörteln, magsår m m, vilka alla har stark relation till alkoholmissbruk. Enligt tabellen finns alkohol med i fem procent av dödsfallen. Före 65 års ålder svarar alkoholskador som underliggande eller bidragande dödsorsak för minst tio procent av antal förlorade år genom dödsfall. Andelen drogrelaterade vårdtillfällen i kroppssjukvård enligt tabell 8.1 är endast en procent medan det i psykiatrisk vård är 40 procent. Här finns emellertid också ett stort mörkertal. Andra studier talar för att åtminstone i storstäderna är alkohol orsak eller bidragande faktor till minst 20 procent av alla besök av män under 65 år vid sjukhusens akutmottagningar (54).

Dödligheten i levercirros har ökat kraftigt under hela efterkrigstiden fram till mitten av 1970-talet. De senaste åren har antalet dödsfall i levercirros och alkoholförgiftning stabiliserats, medan antalet registrerade under diagnosen alkoholism har fortsatt att öka. Andelen utskrivningar från sluten psykiatrisk vård under diagnosen alkoholism har fördubblats 1969 – 1977. Samtidigt har

Tabell 8.1 Antal dödsfall 1980 (underliggande och bidragande dödsorsak) och antal vårdtillfällen i sluten somatisk vård 1977 (huvud- och bidiagnos) samt i sluten psykiatrisk vård 1977 (endast huvuddiagnos) per 100 000

ICD	Diagnos	Dödsfall 1980	Sluten somatisk vård 1977	Sluten psykiatrisk vård 1977
291, 303	Alkoholism, alkoholpsykos	21	142	580
571	Levercirros	19	66	—
N 980	Alkoholförgiftning	5	53	—
304	Narkomani	1	8	25
N 967 N 970 N 971	Läkemedelsförgiftning oftast självmord	5	33	6
Total (alla sjukdomar)		1 109	22 275	1 453

Källor: (14,52,53)

antalet män, som intagits på vårdanstalt för alkoholmissbrukare, halverats. Alkoholvården har således alltmer övergått från att vara en socialvårdsfråga till att bli en sjukvårdsfråga (55).

Av trafikskadade inom tättbebyggt område är 20 procent av bilförarna alkoholpåverkade, medan motsvarande andel bland gående, cyklister, mopedister och motorcyklister är åtta till tolv procent. Trafikonykterhet är särskilt vanlig bland ungdomar. Antalet omkomna i olyckor med alkoholpåverkade trafikanter är av samma storleksordning som antalet döda i alkoholförgiftningar. Antalet anmälda trafikonykterhetsbrott på 1 000 personbilar har konstant varit ca sju per år under 1970-talet (48,56).

I jämförelse med dessa siffror är de medicinska skadorna till följd av narkomani och läkemedelsmissbruk förmodligen mycket få, även om man också här får räkna med ett det kan finnas betydande skillnader mellan statistiken och verkligheten. Antalet dödsfall bland narkotikamissbrukare uppskattas till 150 per år. Mindre än hälften av dessa registreras under dödsorsaken narkomani. Andra viktiga dödsorsaker är olycksfall, självmord och mord. Narkotikamissbrukare drabbas dessutom ofta av en lång rad medicinska skadeverkningar. En svensk studie av kvinnliga narkomaner talar för att sex procent drabbats av hjärnskador och 25 procent av leverskador. Därtill kommer allehanda infektioner, skador efter olycksfall och misshandel samt betydande gynekologiska besvär i samband med prostitution (57).

De sociala skadeverkningarna är betydande. Alkoholproblem är anledning till fem procent av förtidspensioneringarna, dvs 2 000 fall om året och har förmodligen en betydande andel i sjukfrånvaron. Missbruk av alkohol och narkotika i ungdomsåren har ofta sin orsak i svåra sociala uppväxtförhållanden och psykiskt utarmade hem. Samtidigt förstärker missbruket tidigt svårigheterna i skolan och ökar risken för kriminalitet. Bland missbrukare är

andelen som saknar avgångsbetyg från skolan mycket hög. Icke desto mindre är det en betydande andel som rehabiliteras. Få vårdområden i samhället har expanderat så kraftigt på senare år som vården av missbrukare (55).

8.2 Hälsorisker

Orsakerna till olika typer av drogbruk och drogmissbruk är ytterst komplexa och ofullständigt kända trots omfattande forskning framför allt om alkoholmissbruket. Olika typer av psykiska problem, som behandlats i föregående avsnitt, är i många fall grundläggande. Här skall därför i första hand konsumtion av och tillgänglighet till droger beskrivas.

Alkohol

Alkoholkonsumtionen i Sverige sjönk kraftigt i mitten av 1800-talet från ca 40 liter/invånare och år. 1920-1945 låg alkoholkonsumtionen på drygt tre liter/invånare för att sedan stiga stadigt mot en topp på knappt åtta liter/invånare och år 1976. Under senare år har konsumtionsnivån åter sjunkit och var 1983 under sex liter/invånare. Ökningen under efterkrigstiden delar Sverige med flertalet industriländer, men medan Sverige uppvisar en minskning sedan 1976 har utvecklingen i många andra länder närmast varit stagnerande. Denna statistik bygger på systembolagets försäljningssiffror. Den kan endast med förbehåll tjäna som indikator på konsumtionsutvecklingen, då hemtillverkningen antagligen har ökat på senare år.

Alkoholvaneundersökningar ger en bättre bild av konsumtionsfördelningen. Under 1970-talet tycks andelen nykterister bland kvinnorna ha minskat, medan den varit oförändrad för männen. Yngre kvinnor har ökat sin konsumtion mest, men fortfarande konsumerar män i åldern 20-40 år dubbelt så mycket som kvinnor i samma ålder. Skillnaderna mellan boendeorter och socialgrupper har minskat (31).

Trots att den genomsnittliga alkoholkonsumtionen är rätt lika i olika socioekonomiska grupper är de medicinska och sociala konsekvenserna mycket ojämnt fördelade. En uppföljning av män i den så kallade Lundby-studien 1947 – 1972 har visat att risken för att under livet någon gång utveckla alkoholism, d v s fysiskt alkoholberoende och/eller svårt missbruk med toleransförändringar, är betydligt större bland arbetare (35 procent) än bland tjänstemän (10 procent). Vissa grupper av tjänstemän som exempelvis handelsresande har dock också hög risk (30 procent) (58).

Bland ungdomen var alkoholvanorna relativt oförändrade under 1970-talet bortsett från en viss ökning av konsumtionen bland flickor i årskurs 9. Under de senaste åren har alkoholkonsumtionen minskat bland såväl flickor som pojkar. Andelen storkonsumenter bland skoleleverna har minskat särskilt kraftigt. Det finns således inga belägg för att alkoholkonsumtionen och -skadorna bland ungdomen ökar eller går längre ned i åldrarna.

Att totalkonsumtionen har tilldragit sig så stort intresse beror bl a på att man på senare år ofta har hävdat åsikten att det finns ett samband mellan totalkonsumtion – hög andel storkonsumenter – hög andel alkoholskador. Det finns en stark överensstämmelse i tid och rum mellan totalkonsumtion

och dödlighet i levercirros (exempelvis är korrelationskoefficienten r=0,89 för en jämförelse av Sveriges olika län år 1977). Däremot är korrelationen mindre stark för andra typer av alkoholskador. Dessutom är osäkerheten stor när det gäller sambandet mellan totalkonsumtion och andel storförbrukare i de intervaller där svensk alkoholkonsumtion befinner sig. Slutligen bygger resonemanget på ett mycket osäkert teoretiskt underlag. (56).

Narkotika

Storleken av narkotikakonsumtionen är än mycket svårare att bedöma. Tung narkotika omfattar i första hand centralstimulerande medel och opiater. I början av 1960-talet uppskattades antalet tunga missbrukare till 2 000 och vid 1960-talets slut till 10 000. Sedan har nivån legat relativt konstant och Utredningen om Narkotikamissbrukets Omfattning (UNO) uppskattade 1979 antalet till 10 000-14 000 personer. Cannabiskonsumtionen kulminerade också runt 1970. Aktuella kartläggningar från 1983 talar för att 0,5 procent av ungdomen i årskurs 9 använt cannabis senaste månaden, medan fem procent någon gång har provat det. Detta är de lägsta siffrorna sedan 1970 (59).

Ett konstant eller långsamt ökande antal missbrukare talar för ett betydande nytillskott eftersom många kan förmodas ha lämnat sitt missbruk. Narkotikamissbruket har spritt sig över landet från att ha varit ett rent storstadsfenomen och har dessutom blivit vanligare bland kvinnor och mycket unga.

Psykofarmaka

Lugnande medel och sömnmedel skaffas legalt genom läkarordination. Konsumtionen av dessa medel minskade från 71 dygnsdoser/invånare 1972 till 64 år 1977. Sedan har nivån legat ganska konstant, vilket betyder en relativ minskning om man tar hänsyn till åldersutvecklingen. Levnadsnivåundersökningen har belyst konsumtionen genom att intervjua olika grupper av befolkningen.

Tabell 8.2 Andel som använt lugnande medel under en 14-dagarsperiod 1968 – 1981. 15-75-åringar.

	1968	1974	1981
Socialgrupp I	9,5	4,6	2,8
Socialgrupp II	9,5	7,1	4,6
Socialgrupp III	12,5	10,1	6,7
Total 15–75 år	11,2	8,6	5,6

Källor: (19,20)

Av tabell 8.2 framgår att andelen i befolkningen som använt lugnande medel har minskat till närmare hälften, men samtidigt har de relativa skillnaderna mellan socialgrupperna ökat. Minst uttalad har minskningen varit bland hemmafruar och pensionärer ur socialgrupp II och III, där andelen fortfarande är ca 15 procent. Detta talar således för en relativt sett allt högre konsumtion bland socialt mer utsatta grupper.

Den geografiska variationen i försäljning av sömnmedel och lugnande medel är avsevärd. 1983 såldes 38 dygnsdoser/1 000 invånare i Norrbotten att jämföras med 86 i Göteborg och Bohuslän (60). Dessa geografiska och socioekonomiska skillnader kan knappast förklaras med hänvisning till så stora skillnader i behov.

8.3 Hälsopolitiska mål och förebyggande insatser

WHO:s sekretariat har vad gäller alkoholkonsumtion föreslagit att länder med en konsumtion under tio liter per invånare bör ha som mål att minska den med 20 procent under perioden 1980 – 1990 och reducera socioekonomiska skillnader i konsumtionen. Narkotikakonsumtionen bör minskas betydligt till 1995 (25). För Sverige torde dessa mål inte vara orealistiska. För att nå upp till dem krävs dock en rad åtgärder.

De flesta åtgärder för primär prevention av drogmissbruk kan klassificeras i två grupper. De som skall begränsa tillgången till medlen och de som skall begränsa efterfrågan på dem. Tillgången har genomgående reglerats genom beskattning, monopolisering av produktion och försäljning, receptbeläggning, kriminalisering samt tvångsvård. Efterfrågan har man sökt påverka genom information om skadeverkningar, normbildningar, reklamförbud samt mer generella sociala åtgärder riktade mot de faktorer, som antas påverka befolkningens psykiska hälsa och de psykiska symtom människor försöker lindra med droger.

Minskad tillgång

Mycket talar för att man genom att höja alkoholens realpris (i förhållande till lönenivån) kan minska totalkonsumtionen. Detsamma gäller minskad tillgänglighet genom få försäljningsställen och minskat öppethållande. Det är troligt men inte säkert att man därmed kan minska antalet storkonsumenter och medicinska och sociala alkoholskador. En mer individuell kontroll med ransonering kan ha större effekt på andelen (nya) storkonsumenter, men kan samtidigt leda till ett ökat behov av polisiär kontroll, därför att ett ökat antal storkonsumenter blir stämplade som avvikande (56).

Polisiär kontroll av produktion och hantering av narkotika har sedan länge använts. Detta har haft en viktig preventiv funktion. Inte minst Sveriges stöd till intensifierade satsningar på den internationella bekämpningen av produktion, handel och missbruk bör ha fortsatt hög prioritet. En mer kontroversiell fråga i kontrollpolitiken är huruvida själva (miss)bruket ska kriminaliseras. En kriminalisering skulle skapa betydande svårigheter för den frivilliga narkomanvården. Att kriminalisera alla lättare missbrukare, som till stor del omfattar ungdomar som någon gång röker hasch, skulle

förmodligen leda till att missbruket fick mycket svårare sociala följdverkningar än det har idag (59).

Bruket av lugnande medel och sömnmedel har reglerats genom professionell förskrivningsrätt. Kvarstående mycket stora skillnader mellan geografiska områden och socioekonomiska grupper talar för att fortsatt översyn av psykofarmakaförskrivningen i olika delar av sjukvården är aktuell. Olika former för psykoterapi får ses som alternativ och ibland komplement till farmakologisk behandling vid många psykiska störningar. Psykoterapin har dock visat sig svårtillgänglig för lågutbildade och detta kan vara en förklaring till att psykofarmakaförskrivningen framför allt har minskat bland välutbildade och bland yrkesverksamma (61).

Minskad efterfrågan

I syfte att påverka efterfrågan i negativ riktning har betydande insatser gjorts av myndigheter och organisationer i svenska samhället för att påverka kunskaper och värderingar angående alkohol och narkotika. Samtidigt är befolkningen utsatt för en mycket stark påverkan åt andra hållet genom filmer i TV, video m m, där alkoholkonsumtion framställs som positiv. Starka ekonomiska intressen i alkoholindustrin är en betydelsefull faktor. Trots att det funnits stor enighet om förbud mot alkoholreklam har alkoholindustrin således funnit mer indirekta vägar för att öka sin marknad.

Den sjunkande alkoholförsäljningen i Sverige under de senaste fem åren har sammanfallit med en klar förskjutning av värderingarna i samhället till en mer restriktiv hållning. Men samtidigt har också människor fått sämre ekonomi. Detta gör orsakssambanden svåra att analysera. Därtill kommer att en kraftigt stigande arbetslöshet bland ungdomar påverkar deras psykiska utveckling, ökar deras sårbarhet och ökar risken för missbruk.

Strukturomvandlingen har också betytt bortfall av många arbetstillfällen på "marginalarbetsmarknaden" med ökande arbetslöshet och förtidspension som följd bland äldre. Detta har ökat svårigheterna för missbrukarna att klara sig på arbetsmarknaden, vilket i sin tur bl a har lett till en liberalisering av deras möjlighet till förtidspension. Därigenom har det blivit omöjligt att använda arbetet i rehabiliterande syfte. Sambandet mellan arbetslöshet och missbruk är ofta dubbelriktat. En stigande arbetslöshet ökar risken för missbruk och samtidigt betyder en ökad arbetslöshet att de redan missbrukandes möjligheter till rehabilitering minskar (31).

Folkrörelserna spelar en särskilt viktig roll i det förebyggande arbetet. Detta gäller fackföreningar, idrottsrörelser, kyrkosamfund, nykterhetsrörelser och inte minst klientorgansationer. Gemenskap och en ram för meningsfullt arbete kan ge människor självkänsla och mobilisera för olika uppgifter, som kan påverka den egna livssituationen.

Dagens statliga alkohol- och narkotikapolitik

En viktig utgångspunkt för alkoholpolitiken är synen på alkoholkonsumtionen och på skadorna den medför. Under den s k motbokstiden (1915 – 1955) var huvudmålet att minska alkoholskadorna. Detta antogs kunna ske utan att

totalkonsumtionen påverkades. Under senare år har inriktningen som tidigare nämnts däremot mer kommit att gälla totalkonsumtionen. Enligt det alkoholpolitiska mål som riksdagen fastställde år 1977 är syftet med alkoholpolitiken en sådan begränsning i den totala alkoholkonsumtionen att missbruket trängs tillbaka och skadorna därmed motverkas. Någon plan för hur snabbt eller till vilken nivå alkoholkonsumtionen skulle sänkas ansågs inte vara möjligt att fastställa (prop 1976/77:108).

De alkoholpolitiska medel som anges i propositionen rör områdena prispolitik, opinionsbildning och försäljningskontroll. I propositionen konstateras emellertid också att förutsättningarna för att komma till rätta med alkoholmissbruket ökar med en socialt ansvarsfull politik, som kan skapa trygghet och välfärd för alla människor. Beträffande insatser för vård och rehabilitering av alkoholmissbrukare hänvisade man till den då arbetande socialberedningen och de förslag som denna förväntades avge.

1977 års alkoholpolitiska beslut utgör fortfarande grunden för alkoholpolitiken. I 1984 års budgetproposition konstateras att totalkonsumtionen minskat som en följd av prispolitik, opinionsbildning och försäljningskontroll. I propositionen framhålls emellertid också att de traditionella alkoholpolitiska åtgärderna måste kompletteras med insatser på andra områden i samhällspolitiken. Denna måste bidra till att skapa sådana livsbetingelser att människor orkar och kan ta ett ansvar för varandra i familj, skola, bostadsområden, på arbetsplatser och under fritid. Det framhålls vidare att folkrörelserna utgör en viktig resurs i det alkoholpolitiska arbetet (prop 1983/84:100).

Enligt regeringsproposition (1977/78:105) om åtgärder mot narkotikamissbruk måste utgångspunkten för kampen mot narkotikamissbruket vara att samhället bara godtar det bruk av narkotika, som är medicinskt motiverat. Allt annat bruk är missbruk och måste med kraft bekämpas, vilket framhålls i missbrukspropositionen (1981/82:143). I 1983 års budgetproposition anges målet vara ett narkotikafritt samhälle.

I de båda särpropositionerna framhålls att åtgärderna mot narkotikamissbruket måste spänna över alla delar av samhällslivet. I 1982/83 års budgetproposition heter det att narkotikaproblemet är ett komplext problem, som kräver många olika typer av insatser. Polisens och tullens arbete betonas, liksom nödvändigheten av en effektiv narkotikalagstiftning. I arbetet med att minska efterfrågan på narkotika betonas insatser i fråga om information, attitydpåverkan, vård- och rehabiliteringsinsatser. I budgetpropositionen framhålls också att de direkta åtgärderna mot missbruket måste förenas med mer allmänna insatser för att åstadkomma social trygghet och insatser, som syftar till att förbättra barns och ungdomars levnadsmiljö och uppväxtvillkor. Motsvarande argumentation förs av narkotikakommisionen.

9 Ohälsans fördelning

Ohälsan är som framgått av den tidigare redovisningen ojämnt fördelad i befolkningen vad avser ålder, kön, familjeförhållanden, yrke och bostadsort. En hel del fakta om denna ojämlikhet redovisas i en bilaga till föreliggande rapport. I detta avsnitt sammanfattas några av de viktigaste aktuella data från de kartläggningar bilagan bygger på.

En allvarlig brist i svensk sjukvårdsstatistik är att den i stort sett saknar socioekonomiska bakgrundsvariabler. Först på senare tid har man fått tillgång till register som både innehåller uppgifter om sysselsättning, familjeförhållanden, bostadsförhållanden och hälsodata, genom samkörningar mellan bl a dödsorsaksregistret, cancerregistret och folk- och bostadsräkningar (FoB).

9.1 Demografisk fördelning

Grundläggande för en diskussion om ohälsans fördelning är de betydande skillnader som finns mellan olika åldersgrupper och mellan män och kvinnor. Dessa demografiska variabler behandlades grundligt i HS 90:s förstudie "Ohälsa och vårdutnyttjande" (41). Här skall därför endast redovisas några översiktliga tabeller om överdödlighet, nedsatt arbetsförmåga och vårdutnyttjande.

Tabell 9.1 Antal döda per 100 000 invånare fördelat på kön, ålder och civilstånd 1974 – 1978

		20–24	30–34	40–44	50–54	60–64	70–74
MÄN	ogift	118	232	579	1074	2292	5468
	gift	60	78	187	546	1573	4446
	skild	357	303	736	1519	3054	6440
	änkling	—	216	632	1025	2353	5783
KVINNOR	ogift	47	115	289	589	1093	2932
	gift	29	51	133	326	801	2463
	skild	98	117	291	591	1082	2935
	änka	—	112	244	436	989	2756

Källa: (23)

Tabell 9.1 visar att dödligheten är högst bland frånskilda och lägst bland gifta. Det gäller både för män och kvinnor och i alla åldrar. Av ULF-studierna framgår att bland dem som sammanbor är nedsatt arbetsförmåga på grund av långvarig sjukdom minst vanlig. Skillnaderna mellan olika civilstånd och grupper med olika sammanboendeförhållanden är tydligast bland de yngsta.

Tabell 9.2 Antal med långvarig sjukdom och nedsatt arbetsförmåga 1980/81 per 1 000 invånare efter ålder, kön och civilstånd

		16–44	45–64	65–74	75–84
MÄN	ej sambo, ogift	39	236	304	277
	sambo	28	131	232	305
	ej sambo, gift, skild, änkling	126	242	293	331
KVINNOR	ej sambo, ogift	32	207	297	323
	sambo	41	135	152	348
	ej sambo, gift, skild, änka	63	228	235	360

Källa: (9)

Resultaten i tabell 9.3 är hämtade från en samkörning som HS 90 låtit göra mellan patientstatistik och FoB 1975. Samkörningen omfattade Stockholms, Uppsala, Kopparbergs, Gävleborgs och Jämtlands län. Av tabellen framgår en mycket klar skillnad mellan dem som sammanbor och dem som inte gör det. Men också inom var och en av dessa grupper finns uppenbara olikheter mellan olika civilstånd.

Tabell 9.3 Vårdutnyttjande efter kön, samboendeförhållanden och civilstånd i fem län 1976. Åldersstandardiserat index för åldersgruppen 16-64 år (exklusive förlossningsvård)

	Vårdtillfällen		Vårdtid	
	män	kvinnor	män	kvinnor
Ej sammanboende	142	113	216	170
ogift	123	100	225	197
gift	152	132	111	158
skild	213	146	243	163
änka/änkling	137	112	154	112
Sammanboende	80	93	50	67
ogift	82	97	50	82
gift	78	91	49	64
skild	127	144	82	105
änka/änkling	94	110	43	76
Alla	100	100	100	100

Källa: (13)

9.2 Socioekonomisk fördelning

En hälsopolitiskt och fördelningspolitiskt mycket väsentlig fråga är hur ohälsa fördelar sig mellan olika socioekonomiska grupper.

En redovisning av en sådan fördelning aktualiserar frågan om hur man avgränsar olika socioekonomiska grupper. I tidigare avsnitt har resultat från Levnadsnivåundersökningen 1968 – 1981 redovisats fördelade på tre socialgrupper i enlighet med den indelning som infördes 1911 i samband med valstatistiken. Vid 1960 års FoB introducerade SCB en ny socioekonomisk indelning. Denna indelning utgår från kombinationer av yrke och yrkesställning, som slås samman till tio grupper. Samma indelning användes vid FoB 1970. Den utsattes dock för mycket kritik och blev inom SCB ersatt av en ny socioekonomisk indelning som i högre grad byggde på utbildningens längd. Denna indelning har försöksvis använts i ULF 1974 – 1979. Erfarenheterna har nu utvärderats och 1982 lade SCB ett något modifierat förslag (SEI) som omfattar 18 socioekonomiska grupper av förvärvsarbetande (baserat på yrke). Dessa grupper kan aggregeras på olika sätt. Därtill kommer sex grupper av icke förvärvsarbetande. Den används numera av SCB i bl a ULF (62).

Det kan sammanfattningsvis noteras, att oavsett vilken av dessa sociala grupperingar man använder är tendenserna i fördelningen av ohälsan likartade. I det följande redovisas socioekonomiska fördelningar för dödlighet, vårdutnyttjande, sjukfrånvaro och förtidspension samt långvarig sjukdom. Dessutom redovisas att antal yrkesgrupper som enligt flera, olika mått är särskilt utsatta.

9.2.1 Upplevd ohälsa

Ohälsa är, enligt den lekmannauppfattning som intervjustudierna ger uttryck för, betydligt vanligare bland arbetare än bland tjänstemän. Anmärkningsvärt hög andel av jordbrukare och företagare anger sig ha

Tabell 9.4 Andel med långvarig sjukdom m m i åldern 16-64 år enligt ULF 1980/81. Index för alla sysselsatta är satt till 100. Standardiserat för ålder och kön

	Långvarig sjukdom		
	Total	Med svåra besvär	Med nedsatt arbetsförmåga
Icke yrkesutbildade arbetare	111	122	129
Yrkesutbildade arbetare	102	123	107
SAMTLIGA ARBETARE	109	122	120
Lägre tjänstemän	99	90	99
Tjänstemän på mellannivå	84	59	70
Högre tjänstemän	79	64	(24)
SAMTLIGA TJÄNSTEMÄN	89	72	69
Jordbrukare	97	108	143
Företagare	114	103	146
SAMTLIGA SYSSELSATTA	100	100	100

Källa: (9)

långvarig sjukdom med nedsatt arbetsförmåga.

ULF ger även möjlighet att studera ohälsan i vissa befolkningsgrupper, som kan förmodas vara utsatta för särskilt stora risker. I tabell 9.5 redovisas följande grupper: lågavlönade (heltidsanställda med högst 51 000 kr/år 1978), arbetslösa (personer som söker arbete), extremt lågutbildade (personer utan avslutad obligatorisk skolgång), utländska medborgare, ensamboende utan familjekontakt (bor ensamma och har kontakt med släktingar mindre än en gång i veckan), ensamstående mödrar (med hemmavarande barn 0-18 år).

Ensamboende utan familjekontakt är mycket ofta långvarigt sjuka. Lågavlönade har mindre ofta dålig hälsa än arbetargruppen (över 20 procent av de lågavlönade är tjänstemän). De som inte fullföljt sin folk- eller grundskoleutbildning löper extremt hög risk för långvarig sjukdom med nedsatt arbetsförmåga senare i livet. Även utländska medborgare har jämfört med jämnåriga svenska medborgare betydande hälsoproblem. Det gäller även när man jämför med jämnåriga svenskar med samma utbildning och yrke.

Tabell 9.5 Andel med långvarig sjukdom i procent och avvikelsen från genomsnittet (jämnåriga av samma kön) i procentenheter bland riskgrupper i åldern 16-74 år. ULF 1977/78

	Med långvarig sjukdom		Andel av be-
	Totalt	Med nedsatt arbetsförmåga	folkn.
Lågavlönade	30 (–3)	5 (–3)	9,3
Arbetslösa	37 (+6)	9 (+2)	1,9
Extremt lågutbildade	43 (+15)	18 (+17)	4,3
Utländska medborgare	34 (+2)	10 (+4)	4,3
Ensamboende utan familjekontakt	50 (+9)	20 (+8)	6,1
Ensamstående mödrar	32 (–4)	6 (–4)	2,2
Hela befolkningen 16–74 år	38	10	100

Källa: (63)

Också LNU ger besked om att ensamföräldrarnas hälsa är betydligt sämre än övriga jämförbara gruppers. Värk, sömnbesvär och depressioner är som framgår av tabell 9.6 tre gånger så vanliga bland ensamföräldrar som bland deras jämnåriga av samma kön och med lika många barn. Samtliga redovisade indikatorer på nedsatt psykiskt välbefinnande pekar klart i samma riktning.

SOFI:s material ger också möjlighet att analysera skillnader mellan mer eller mindre isolerade grupper i avseende på fysiska och psykiska besvär.

Tabell 9.6 Procentuell andel med vissa hälsoproblem bland ensamföräldrar och i en jämförelsegrupp med samma antal barn, kön och ålder. Riket 1974

	Ensamföräldrar	Kontrollgrupp
Nedsatt rörelseförmåga	10	11
Svår värk i axlar, ben, leder	16	5
Nervösa besvär	29	17
Sömnbesvär	15	5
Depression	6	2

Källa: SOFI

Tabell 9.7 Fysiskt och psykiskt välbefinnande efter social förankring. Procentuella andelar. Riket 1981

	Kraftigt rörelse-hindrade	Nedsatt psykiskt välbefinnande	Depression
Ensamboende	12	26	7
Samboende	6	22	2
Ensamboende + föga umgänge	28	36	15
Samboende + mycket umgänge	5	20	2

Källa: SOFI

Uppgifterna i tabell 9.7 visar på en mycket stark samvariation mellan social isolering/ensamhet och fysiskt och psykiskt nedsatt hälsa. Det verkar rimligt att anta att påverkan går i bägge riktningar, så att social isolering ger upphov till hälsobesvär men också att hälsobesvär leder till social isolering. Hänsyn till skillnaden i ålder och kön har inte tagits här, vilket förmodligen gör att olikheterna framstår som något större än de annars skulle göra.

LNU ger också möjligheter att studera olika invandrargruppers hälsa i relation till svenskarnas.

I flera avseenden tycks de finländska invandrarnas hälsa vara sämre än svenskars av samma kön och ålder. Ledvärk och cirkulationsbesvär samt nedsättningar i psykiskt välbefinnande utmärker invandrargruppen. Vid en

Tabell 9.8 Procentuell andel med vissa hälsoproblem bland finska invandrare och bland svenskar i samma ålder och kön. Riket 1981

	Finska invandrare	Svenskar
Kraftigt rörelsehindrade	5	4
Svåra cirkulationsbesvär	7	3
Svår värk i axlar, ben, leder	16	7
Nervösa besvär	21	13
Sömnbesvär	12	7
Depression	6	2

Källa: SOFI

närmare analys visar det sig att det framför allt är de finska invandrarkvinnorna som drabbas av den sämre hälsan. Skillnaderna mellan svenskar och finländare kvarstår i stort sett även när man korrigerar för olikheter i yrkesstruktur och jämför "yrkestvillingar" av samma ålder och kön.

En motsvarande studie av jugoslaviska invandrare utifrån 1981 års levnadsnivåmaterial visar att de jugoslaviska kvinnornas förhållanden på många sätt ter sig problematiska inte minst vad gäller hälsoförhållanden. Jämför man de jugoslaviska kvinnorna med svenska kvinnor i samma ålder och yrke återkommer skillnader för ungefär samma problem som tidigare mellan svenskar och finska invandrare, fast i betydligt mer uttalad form.

9.2.2 Förtidspension och sjukfrånvaro

Sjukförsäkringens reguljära statistik över förtidspension och ersatt sjukfrånvaro förs inte baserat på yrke, utan man är också här hänvisad till vissa speciella bearbetningar och intervjustudier. LNU 1968-1974 har analyserats i syfte att beskriva vilka grupper ur befolkningen som löper störst risk att bli förtidspensionerade.

Av tabell 9.9 framgår att förtidspensionärer rekryteras betydligt oftare från socialgrupp III än från övriga socialgrupper. Lågutbildade liksom människor med erfarenhet av arbetslöshet eller med fysiskt tungt arbete löper större risk än andra att förtidspensioneras. Det senare gäller även vid jämförelse med jämnåriga inom samma yrkes- och socialgrupp. Sannolikheten att bli förtidspensionerad är mer än femdubblad i vissa arbetaryrken jämfört med en del tjänstemannayrken.

Tabell 9.9 Utbildning, socialgruppstillhörighet och sysselsättning 1968 bland dem som blivit förtidspensionärer 1974 och jämnåriga av samma kön. Procentuella andelar

	Blivande förtidspens	Jämnårig samma kön	Jämnårig samma kön och yrke
Socialgrupp I	3	8	–
Socialgrupp II	22	37	–
Socialgrupp III	75	55	–
Enbart folkskoleutbildning	76	64	–
Varit arbetslös 1973	11	3	4
Ofta fysiskt utmattad	34	21	11
Ofta psykiskt utmattad efter arbetet	19	14	11

Källa: (64)

Yrken drabbade av hög arbetslöshet, strukturförändringar och/eller tung arbetsmiljö hör till högriskgruppen.

Också skillnaderna i sjukfrånvaro mellan socioekonomiska grupper är mycket påtagliga framför allt bland män. Att de är så mycket större vid förtidspension och sjukfrånvaro än vid andra mått på ohälsa beror på att människor med en given funktionsnedsättning har svårare att klara ett tungt arbete och svårare att få ett annat arbete. I synnerhet gäller detta på en ort eller inom ett yrke med en hög arbetslöshet. Detta leder till ökad sannolikhet

Tabell 9.10 Förtidspension i olika yrkesgrupper 1971 – 1976 (Index, total = 100)

Högriskyrke	Män	Kv	Lågriskyrken	Män	Kv
Skogsarbete	164	81	Hälso- och sjukv. arbete	64	81
Gruvarbete	167	124	Pedagogiskt arbete	38	54
Däcks- och maskinmanskapsarbete	117	30	Samhällsadministrativt arbete	26	43
Murare och betongarbetare	133	189	Finmekaniskt arbete	67	97
Målnings- och lackeringsarbete	126	184	Militärt arbete	21	–
Grov- och diversearb.	148	222	Juridiskt arbete	26	16

Källa: (65)

Tabell 9.11 Sjukfrånvaro bland anställda 16-64 år efter socioekonomisk grupp och kön. 1975/76

	Sjukdagar per år		Andel med minst 4 fall per år	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Biträdespersonal	26,3	23,4	14,4	9,4
Icke facklärda arbetare	20,7	23,1	14,6	15,8
Facklärda arbetare	21,7	26,2	17,7	23,0
Kontorister m fl	15,1	17,5	10,8	16,5
Ingenjörer m fl	10,6	12,0	6,1	6,9
Specialister m fl	6,4	10,1	2,3	10,3

Källa: (66)

för förtidspension. Yrken och regioner med tung arbetsmiljö får därmed en högre sjukfrånvaro. Är dessutom arbetslösheten hög ökar också andelen förtidspensionärer.

9.2.3 Sluten vård

Tabell 9.12 Åldersstandardiserat slutenvårdsutnyttjande i fem län 1976. (exklusive förlossningsvård). Alla med yrkesuppgift i FoB 1975 i åldern 16-64 år

	Andel vårdade		Vårdtillfällen		Vårdtid	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Ej facklärda arbetare	113	107	115	108	126	104
Facklärda arbetare	113	118	113	119	112	112
Lägre tjänstemän	104	96	109	97	114	109
Högre tjänstemän	83	89	81	87	75	79
Jordbrukare	81	81	80	79	72	80
Företagare	93	91	92	93	86	93
Alla med yrkesuppgift	100	100	100	100	100	100

Källa: (13)

Av tabell 9.12 framgår att skillnaderna är mest uttalade för männens vårdutnyttjande, mätt i vårdtid. Högre tjänstemän, jordbrukare och företagare har ett betydligt lägre vårdutnyttjande än lägre tjänstemän och arbetare. Det allra högsta vårdutnyttjandet uppvisar förtidspensionärer, arbetslösa och andra som står utanför arbetsmarknaden utan att vara studerande.

9.2.4 Dödlighet

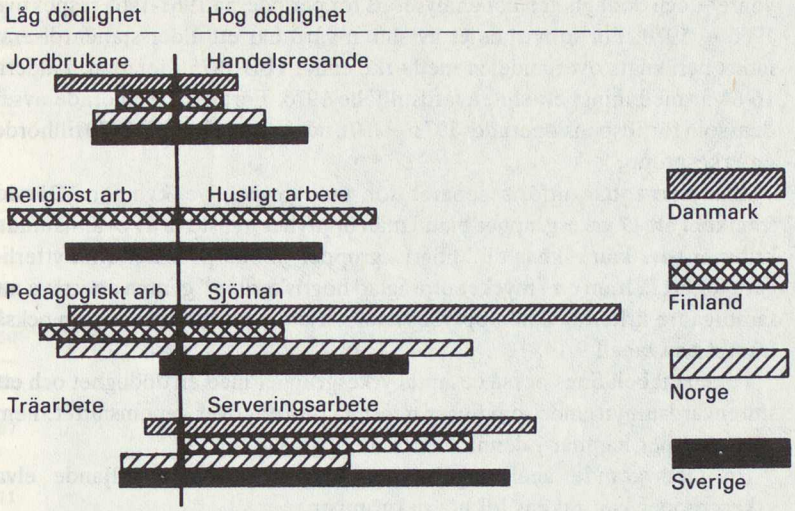
I tabell 9.13 redovisas dödligheten i tio socioekonomiska grupper för åren 1961 – 1980. Tabellen bygger på material från SCB:s dödlighetsregister för 1960- respektive 1970-talen. Vid beräkningar har en indirekt åldersstandardisering tillämpats. Den bygger på åtta åldersgrupper. Gruppen samtliga förvärvsarbetande har använts som jämförelsepopulation.

Tabell 9.13 Dödlighetsindex (SMR) för olika socioekonomiska grupper

Period Socioekonomisk grupp	Förvärvsarbetande Män	 Kvinnor	Ej förvärvsarbetande Män	 Kvinnor
1961 -- 1970				
1 Företagare, jordbruk m m	92	109	-	113
2 " , industri m m	114	108	-	114
3 " , fria yrken	118	114	-	105
4 Anställda, företagsledare	106	112	-	96
5 " , jordbruk	88	104	-	127
6 " , tekniska m fl	101	92	-	98
7 " , industri m m	100	99	-	116
8 " , serviceyrken	115	108	-	132
9 Militärer	100	-	-	82
10 Övriga *)	-	-	169	191
Total	100	100	161	167
1971 -- 1980				
1 Företagare, jordbruk m m	89	101	-	128
2 " , industri m m	111	113	-	129
3 " , fria yrken	113	119	-	123
4 Anställda, företagsledare	92	109	-	102
5 " , jordbruk	98	101	-	141
6 " , tekniska m fl	92	95	-	107
7 " , industri m m	105	105	-	137
8 " , serviceyrken	117	103	-	157
9 Militärer	88	-	-	109
10 Övriga *)	-	-	176	238
Total	100	100	166	191

*) I första hand arbetslösa, förtidspensionerade och långstidssjukskrivna

Källa: (24)



Figur 9.1 Yrkesrelaterad dödlighet i de nordiska länderna – män (Observera att olika mått används, varför någon gemensam skala ej är möjlig.) Källor: (24,41)

I figur 9.1 presenteras några yrkesgrupper som enligt statistik från fyra nordiska länder har klart högre eller klart lägre dödlighet än gruppen förvärvsarbetande totalt.

9.2.5 Identifiering av yrkesgrupper med hög risk för sjukdom och tidig död

Vid redovisningar av enskilda mått och enstaka mätningar riskerar man att genom slumpens inverkan då och då få olika befolkningsgrupper att framstå som avvikande. Ju fler grupper man delar in befolkningen i desto större blir risken. Genom att samtidigt studera/redovisa olika källor eller flera mätningar från samma källa kan man minska denna risk.

I detta avsnitt presenteras resultat av en analys av olikheter mellan yrkesgrupper i avseende på vårdutnyttjande, dödlighet och förtidspensionering. Till en "högriskgrupp" har utvalts yrkesgrupper (2-ställig NYK-kod) som uppfyller minst två av följande tre kriterier

- har en överdödlighet på minst 10 procent för minst en av två studerade födelsekohorter under minst en av två femårsperioder
- har ett åldersstandardiserat vårdutnyttjande (sluten vård) på minst 10 procent över genomsnittet
- tillhör de 25 procent av yrkesgrupperna som har högst andel förtidspensionärer.

Dödligheten har beräknats för personer födda 1896 – 1940, som förvärvsarbetet enligt FoB 1960. Dessa har delats upp i två kohorter – äldre och

yngre – och dödligheten har analyserats för perioderna 1961-1965 respektive 1966 – 1970. För utnyttjandet av sluten vård har ett åldersstandardiserat index beräknats över andelen med yrke enligt FoB 1975 i fem län, i åldern 16-64 år med minst ett slutenvårdstillfälle 1976. Förtidspensionerade avser dem som förtidspensionerades 1971 – 1976 och som enligt FoB 1970 tillhörde en yrkesgrupp.

Analyserna har utförts separat för män respektive kvinnor. Därvid framkom att 19 yrkesgrupper bland män uppfyller minst två av ovannämnda kriterier (dvs kan räknas till "högriskgrupper"). Skärps kriterierna ytterligare för att få fram en "mycket utpräglad högriskgrupp" genom att kräva att samtliga tre kriterier skall uppfyllas kvarstår nio yrkesgrupper – som också framgår av tabell 9.14.

I denna tabell finns också ett antal yrkesgrupper med en dödlighet och ett slutenvårdsutnyttjande som ligger minst 25 procent över genomsnittet. Fem yrkesgrupper hamnar i denna "extrema högriskgrupp".

En motsvarande analys vad avser kvinnor visar att följande elva yrkesgrupper kan räknas till högriskgrupper,

- lokförare, konduktörer, trafikbiträden
- verkstads- och byggnadsmetallarbetare
- elektroarbetare
- träarbetare
- grafiker
- livsmedelsarbetare
- kemiskt- och cellullosatekniskt arbete
- övrigt tillverkningsarbete
- driftövervakning, maskinskötsel
- paketerare, stuvare, lagerarbetare
- hushållsarbetare

Ingen kvinnlig yrkesgrupp kan betecknas som "mycket utpräglad" eller "extrem högriskgrupp" med de kriterier som ovan redovisats.

Studien över vårdutnyttjandet i fem län 1976 ger en del ytterligare resultat, som illustrerar skillnaderna mellan olika typer av yrken. Alla yrken (på 3-ställig NYK-nivå) med minst 100 förväntade vårdade individer i åldern 16-64 år för män respektive kvinnor har analyserats. Förväntade antalet har beräknats utifrån vårdfrekvensen för samtliga med yrkesuppgift i FoB 1975. Hänsyn har tagits till olika åldersfördelningar.

I figur 9.2 illustreras med några typexempel den genomgående skillnaden som framkommer vid studier av vårdutnyttjandet mellan arbetare respektive högre tjänstemän och jordbrukare. Förutom andel i befolkningen med minst ett vårdtillfälle redovisas också vårdtillfällen och vårddagar samt vårdtillfällen på grund av olyckor, psykiska problem respektive hjärt- och kärlsjukdomar. De diagnosspecifika uppgifterna avser åldersgruppen 40-64 år. I övrigt gäller siffrorna åldersgruppen 16-64 år.

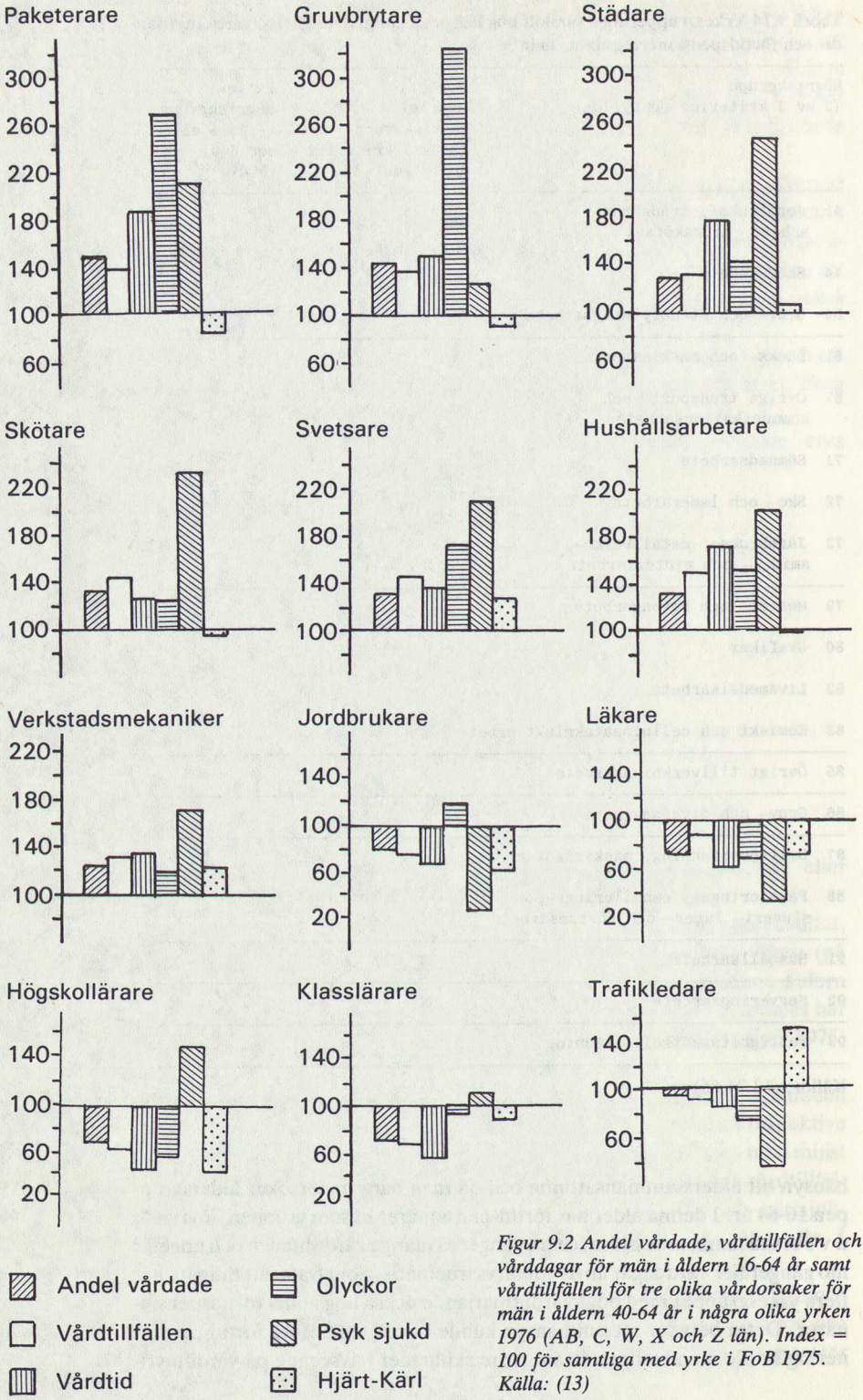
Skillnaderna i vårdutnyttjande är visserligen stora mellan olika yrken och yrkesgrupper, men än större är skillnaderna mellan förvärvsarbetande och vissa grupper som står utanför förvärvslivet. Detta gäller även då man tar

Tabell 9.14 Yrkesgrupper med särskilt hög hälsorisk enligt dödlighets-, vårdutnyttjande- och förtidspensioneringsdata, män

Högriskgrupp (2 av 3 kriterier uppfyllda)		Mycket utpräglad högriskgrupp (3 av 3 kriterier uppfyllda)	Extrem högriskgrupp (+ 25 % eller mer dödl och vård)
41	Jordbruks-, trädgårds-arbete, djurskötsel		
44	Skogsarbete		
50	Gruv- och stenbrytningsarbete	X	X
61	Däcks- och maskinmanskap		
67	Övrigt transport- och kommunikationsarbete		
71	Sömnadsarbete		
72	Sko- och läderarbete		
73	Järnbruks-, metallverks-, smides- och gjuteriarbete	X	
79	Mureri- och betongarbete		
80	Grafiker		
82	Livsmedelsarbete		
83	Kemiskt och cellulosatekniskt arbete	X	
85	Övrigt tillverkningsarbete	X	
86	Grov- och diversearbete	X	X
87	Driftövervakning, maskinskötsel		
88	Paketerings-, emballerings-, stuveri- lager- och förrådsarbete	X	X
91	Hushållsarbete	X	X
92	Serveringsarbete	X	X
93	Fastighetsskötsel, städning	X	

Källor: (13,24,65)

hänsyn till ålderssammansättning och då man bara undersöker åldersgruppen 16-64 år. I denna ålder har förtidspensionärer liksom gruppen "övriga", d v s bland annat arbetslösa, ca tre gånger så många vårdtillfällen och ungefär nio gånger fler vårddagar än de förvärvsarbetande. Som framgått tidigare har flera yrkesgrupper med högt vårdutnyttjande också hög andel förtidspensionärer. Detta betyder att om hänsyn kunde tas till yrket före förtidspensionering skulle man troligen få än större skillnader i avseende på vårdutnytt-



Figur 9.2 Andel vårdade, vårdtillfällen och vårddagar för män i åldern 16-64 år samt vårdtillfällen för tre olika vårdorsaker för män i åldern 40-64 år i några olika yrken 1976 (AB, C, W, X och Z län). Index = 100 för samtliga med yrke i FoB 1975. Källa: (13)

jande (se bilagan "Den jämlika vården?"). För ett flertal yrkesgrupper torde ett liknande förhållande gälla beträffande de arbetslösa.

Bilden är mycket entydig när det gäller ohälsans sociala och yrkesmässiga fördelning. Det blir därför naturligt att försöka analysera vilken betydelse dessa skillnader har för vårdbehovet.

Det är samtidigt väsentligt att betona att det krävs ytterligare analyser för att klarlägga orsakerna till de redovisade skillnaderna. Några utgångspunkter för en sådan analys ges i kapitel 10.

9.3 Geografisk fördelning

I Sverige är de geografiska skillnaderna i ohälsans fördelning små jämfört med andra länder. Dödligheten är högre i storstadskommunerna och vissa glesbygdslän i norra Sverige. Samma förhållande gäller om vi mäter ohälsan som sjukfrånvaro och förtidspension. Den perinatala dödligheten däremot visar ett lite annorlunda mönster som inte så mycket avspeglar samhällenas sociala struktur som mer ärftliga förhållanden samt utbyggnad och organisation av förlossningsvård m m.

Orsakerna till dessa skillnader är ofullständigt kända. Människor i olika delar av landet är utsatta för mycket varierande arbetsmiljöfaktorer, arbetslöshet, boendemiljö, levnadsvanor etc. Dessa variationer har ofta historiska och kulturella förklaringar. Näringsstruktur, urbanisering, arbetsmarknad och bostadsmarknad blir därför viktiga för förståelsen. Ärftliga egenskaper tycks dessutom, trots folkomflyttning, variera betydligt mellan geografiska områden. Framför allt avviker vissa små kommuner i glesbygd. Våra mått på ohälsa är också beroende av hur uppgifterna samlas in – i intervjuer, via sjukvården, försäkringskassan m fl och härvid kan regionala variationer i "mätinstrumentets" sätt att fungera spela in.

Om man beräknar dödligheten som antal förlorade år före 65 års ålder är den hög i storstadskommunerna och – om än i mindre grad – i delar av Norrland. Självmord, trafikolycksfall, hjärtinfarkt och alkoholmissbruk är mycket tunga dödsorsaker, då dödligheten mäts på detta sätt. Självmord och alkoholmissbruk är mycket vanliga dödsorsaker i storstäderna, medan hjärt- och kärlsjukdomar och trafikolycksfall är något vanligare i Norrland.

Sjukfrånvaron är betydligt högre i storstadsområdena än riket i övrigt. Förtidspensionstalen är i första hand förhöjda i Norrland och Göteborg där arbetslösheten är hög och arbetsmiljön fysiskt tung. Det regionala mönstret över förekomsten av långvarig sjukdom med i hög grad nedsatt arbetsförmåga enligt ULF följer ganska nära det som gäller för förtidspensionärer. Svaren i ULF torde också vara påverkade av samma faktorer som påverkar förtidspensionstalen. Andelen med långvarig sjukdom som medför svåra besvär har däremot inte samma ojämna geografiska fördelning.

Tabell 9.15 Vissa mått på ohälsa fördelad på län och storstadskommuner. (Index Riket=100)

	Förlorade år 1–64 år 1974–1978 (PYLL)	Perinatal dödlighet 1977–1981	Långvarig sjukd med nedsatt arb. förmåga 16–74 år 1975–1977	Sjuktal 16–64 år 1980	Andel förtids-pension 16–64 år 1980
AB STOCKHOLM	109	110	95	114	94
STOCKHOLMS KOMM	127	–	111	126	99
C UPPSALA	97	93	101	97	89
D SÖDERMANLAND	97	119	106	115	108
E ÖSTERGÖTLAND	92	100	110	87	92
F JÖNKÖPING	90	101	97	86	82
G KRONOBERG	89	126	103	83	97
H KALMAR	91	104	102	91	92
I GOTLAND	110	103	–	70	88
K BLEKINGE	84	127	92	100	103
L KRISTIANSTAD	89	86	80	81	90
MM MALMÖ KOMMUN	110	–	86	122	95
M MALMÖHUS	97	86	70	94	83
N HALLAND	91	82	72	84	80
OG GÖTEBORG KOMM	118	–	118	134	124
O GÖTEBORGS & BOHUS LÄN	105	87	99	122	115
P ÄLVSBORG	93	86	100	101	90
R SKARABORG	91	101	90	74	72
S VÄRMLAND	105	84	103	84	97
T ÖREBRO	97	99	119	100	111
U VÄSTMANLAND	93	92	93	99	107
W KOPPARBERG	110	106	110	100	104
X GÄVLEBORG	100	107	116	106	130
Y VÄSTERNORRLAND	100	112	117	103	123
Z JÄMTLAND	109	117	126	96	145
AC VÄSTERBOTTEN	96	107	129	92	128
BD NORRBOTTEN	105	129	130	89	129
RIKET	100	100	100	100	100

Källor: (17,43,67,68,69)

10 Orsaker till ohälsans sociala fördelning

Vi har en alltför bristfällig statistik för att kunna belysa ohälsans fördelning i befolkningen i ett historiskt perspektiv.

Spädbarnsdödlighetens regionala fördelning under tidigare perioder avspeglar antagligen till stor del sociala klyftor och fattigdom i vissa landsändar.

Tabell 10.1 Spädbarnsdödlighet i några län 1871 – 1978. Döda per 1 000 levande födda

	1871	1919 — 1922	1974 — 1978
Stockholms län	153	57	8
Malmöhus län	87	61	8
Norrbottens län	123	95	11
Riket	14	72	8

Källa: (70)

Det har således skett en enorm minskning av spädbarnsdödligheten i absoluta tal och i skillnader mellan landsändarna. Vid industrialismens genombrott skördade bostadselände och fattigdom många offer i Stockholm jämfört med den mera välmående och stabila jordbruksbygden på skånska slätten. Så småningom medförde industrialismen en betydande förbättring av levnadsstandarden i städerna, medan landsbygden och särskilt norrlandslänen släpade efter. Fattigdom och en bristfällig sjukvård medförde en förhöjd spädbarnsdödlighet i Norrbotten till långt in på 1950-talet. Troliga orsaker till den alltjämt något förhöjda spädbarndödligheten i Norrbotten är bl a ärftliga faktorer. Trots utjämningen av riskerna under det senaste århundradet har man in på 1970-talet funnit skillnader i spädbarnsdödlighet mellan kommuner med olika socioekonomisk struktur inom Stockholms län (71).

Den ekonomiska tillväxten och förbättrade materiella levnadsvillkor spelar även i ett kortare perspektiv en avgörande roll för dödligheten i landet. Analyser som utförts av Harvey Brenner för HS 90-projektet visar att under perioden 1950 – 1980 har den stigande realinkomsten per invånare ett starkt samband med den sjunkande dödligheten (35). Det gäller särskilt hjärt- och kärlsjukdom och spädbarnsdödlighet. Resultatet motsvaras av det faktum att dödlighet i hjärt- och kärlsjukdom även idag är vanligast i socialt underprivilegierade grupper. Tendenser till en högre andel barn med låg

födelsevikt bland socialt utsatta grupper har nyligen påvisats i en studie baserad på det medicinska födelsemeddelandet. Brenners analyser visar emellertid också att när man tagit hänsyn till den långsiktiga trenden av ekonomisk tillväxt samt till vissa hälsorisker av typ tobak- och alkoholkonsumtion blir förändringar på arbetsmarknaden mätt som andelen öppet arbetslösa eller antalet företagskonkurser av stort förklaringsvärde.

Inte bara i makroekonomiska analyser har förhållanden på arbetsmarknaden visat sig ha ett avgörande inflytande för människors levnadsförhållanden. Siffrorna från SCB:s ULF-undersökning kan illustrera detta.

Tabell 10.2 illustrerar det faktum att de grupper i samhället, som är ekonomiskt mest utsatta, är de som har svårigheter att klara sig på arbetsmarknaden. Den pekar också på förhållandet att det fortfarande finns ett socialt arv. Levnadsnivåundersökningarna visar att de, som haft en ekonomiskt svår uppväxttid, har fått den sämsta utbildningen och därmed de sämsta jobben, psykiskt och fysiskt påfrestande arbeten med små möjligheter till utveckling. Risken för arbetslöshet och utslagning är mångfaldigt högre i yrken med små utbildningskrav och höga påfrestningar. Sämre arbetsmiljö och arbetslöshet ger sämre hälsa vilket ytterligare försvårar möjligheterna att skaffa sig (bättre) jobb och därmed bättre levnadsstandard. Dessa mekanismer torde vara av grundläggande betydelse för de kvarstående klyftorna i ohälsans fördelning som redovisats i denna utredning (63).

Samspelet mellan samhällsstrukturella förhållanden och människors livsstil och handlingsmönster är emellertid mycket komplexa och är dåligt belysta ur hälsopolitisk synvinkel. Att närma sig frågan med teoretiska medel är därför svårt (72). Här har därför valts att belysa några tänkbara mekanismer med empiriskt material ur ULF för att avgränsa riskgrupper samt inringa väsentliga hälsorisker och betydelsefulla sociala bakgrundsfaktorer som underlag för det fortsatta hälsopolitiska arbetet. Man kan grovt skilja mellan fyra typer av mekanismer av intresse i detta sammanhang

Tabell 10.2 Andel som saknar kontantmarginal (kan ej skaffa 4 000 kr på en vecka) respektive anger sig ha haft en ekonomiskt svår uppväxttid i riket 1977 – 1978. (Inom parentes anges ålders- och könsstandardiserad avvikelse från genomsnittet)

	Utan kontant–marginal	Ekonomiskt svår uppväxt
Högre tjänstemän	6 (–11)	22 (–11)
Arbetare	20 (+ 4)	34 (+ 4)
Arbetslösa	38 (+19)	30 (+ 3)
Långvarig sjukdom o nedsatt arbetsförmåga	27 (+17)	44 (+ 6)
Förtidspensionärer och långvarigt arbetslösa	33 (+17)	45 (+14)

Källa: (63)

- urvalsmekanismer där människor med nedsatt hälsa tenderar att hamna i vissa delar av landet och inom vissa yrken
- ojämn exponering där människor utsätts för olika hälsorisker, livsvillkor och levnadsvanor bl a relaterade till bostadsort och yrke
- ojämn fördelning av individuella resurser, i form av meningsfullt arbete, inkomst, god bostad, utbildning, social gemenskap, faktorer som människor och deras familjer själva kan förändra eller anpassa till sina livsvillkor och levnadsvanor
- ojämn fördelning av kollektiva resurser i form av fackföreningar, hälso- och sjukvård, socialtjänst m m.

I följande avsnitt diskuteras dessa olika förklaringar och redovisa en del empiriskt material, som belyser deras relevans för de redovisade geografiska och socioekonomiska skillnaderna.

10.1 Urvalsmekanismer

För flera av de redovisade fördelningarna av ohälsan kan urvalsmekanismer spela en betydande roll. Att sjuklighet och dödlighet är mycket högre bland frånskilda kan vara ett resultat av en urvalsprocess där exempelvis alkoholmissbruk leder till skilsmässa och sedan till för tidig död. Det faktum att även änkor och änklingar har högre dödlighet än gifta talar dock för att förlusten av de närmaste har stor betydelse för hälsan. Ogiftas högre dödlighet kan tänkas till viss del förklaras av att giftermål är vanligare bland dem som har ett gott hälsotillstånd.

Översjuklighet bland arbetslösa kan vara uttryck för svårigheterna för människor med på grund av ohälsa nedsatt arbetsförmåga att klara sig på arbetsmarknaden, likaväl som arbetslöshet kan leda till hälsoproblem.

Utländska medborgare har i vissa studier visat sig ha betydande hälsoproblem. Flera studier talar samtidigt för att invandrare har bättre hälsotillstånd än befolkningen som stannar kvar i sina ursprungsländer. Ett försämrat hälsotillstånd efter migration är således ett viktigt observandum, då det kan vara uttryck för särskilt svåra livsvillkor i Sverige för denna grupp. Det finns även studier som talar för att den höga dödligheten bland medelålders män i Stockholm kan vara ett resultat av en selektion, där många med bl a missbruksproblem tenderar att flytta till storstaden. Rörligheten mellan socialgrupperna är antagligen av mindre betydelse i detta sammanhang. Däremot finns troligen en viss rörlighet inom socialgrupperna, genom att människor med olika typer av handikapp tvingas ta arbetstillfällen, där kraven på utbildning och hög produktivitet är mindre. Under senare år har antalet arbetstillfällen av denna typ dock blivit allt färre. För denna grupp av människor har därigenom alternativet i allt högre utsträckning blivit förtidspension. Denna utveckling leder till, att de hälsomässiga skillnaderna mellan olika grupper av sysselsatta tenderar att minska. De socioekonomiska skillnader vi har redovisat mellan olika yrkesgrupper torde således ge en bild, som underskattar de verkliga skillnader i ohälsans fördelning som kan tillskrivas arbetsmiljö och andra sociala förhållanden.

10.2 Exponering

En annan förklaring är förhållandet att olika typer av hälsorisker i livsvillkor och levnadsvanor är ojämnt fördelade mellan olika grupper i befolkningen, vilket i sin tur leder till skillnader i hälsotillstånd.

I tabell 10.3 redovisas fördelningen av några hälsorisker (eller mer eller mindre indirekta mått på risker). Siffrorna är hämtade från ULF och bygger således på lekmannaintervjuer och intervjupersonernas egna upplevelser av sin miljö m m.

De socioekonomiska grupperna är som synes i mycket varierande omfattning utsatta för de nämda hälsoriskerna. För indikatorerna på fysiska, kemiska och sociala hälsorisker i arbetet är det en klar skillnad i exponering mellan arbetare och tjänstemän. Risken för arbetslöshet har hittills varit särskilt hög bland biträdespersonal och icke facklärda arbetare. När det gäller boendemiljö går skiljelinjen snarare mellan arbetare, lägre tjänstemän och arbetslösa å ena sidan och jordbrukare, företagare, mellan- och högre tjänstemän i den andra. Motion är mindre vanlig bland arbetare, jordbrukare och företagare medan rökning är särskilt vanlig bland arbetare, lägre tjänstemän, företagare och arbetslösa.

Tabell 10.3 Några hälsorisker fördelade på socioekonomiska grupper 1977/78. Siffrorna anger köns- och åldersstandardiserad avvikelse i procentenheter från riksgenomsnittet som redovisas på nedersta raden. ULF 1977/78

Hälsorisker:
1. arbetslös någon gång senaste fem åren
2. obekväm arbetstid
3. fysisk belastning i arbetet
4. arbetar med farliga ämnen
5. jäktigt och enformigt arbete
6. trång eller omodern bostad
7. ofta vandalisering i bostadsområdet
8. utsatt för trafikolycka senaste året
9. ingen motion alls på fritiden
10. röker dagligen

Socioekonomiska grupper	Hälsorisker									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Biträdespersonal	+7	+4	+18	+7	+7	+5	+2	-1	+1	+10
Icke facklärda arbetare	+2	+12	+20	+8	+7	+3	+2	+1	-1	+8
Facklärda arbetare	-1	+7	+18	+16	+1	0	+3	0	-1	+8
Tjänstemän, lägre	0	-5	-16	-13	-3	+3	+3	+3	-6	+5
"- , mellan	-5	-5	-29	-13	-7	-4	0	+1	-6	-2
"- , högre	-5	-11	-44	-22	-9	-5	-3	+3	-7	-3
Företagare	+1	-	+5	+4	-6	-1	-5	+1	-1	+5
Jordbrukare	-4	-	+20	+8	-6	0	-14	+3	+6	-23
Total 16-64 år %	12*	17*	65*	36*	11*	9	16	5	14	37

*andel av de sysselsatta.

Källa: (63)

I denna undersökning används en på regionapolitisk grund byggd geografisk indelning. Inre stödområdet omfattar främst inlandskommunerna i de sex nordligaste länen medan yttre stödområdet främst omfattar kustkommunerna i samma län. De två regionerna sammanfaller till stor del med H-regionerna H6 respekive H5, vilka tidigare redovisats. Storstadsom-

Tabell 10.4 Några hälsorisker (samma som i tabell 10:3) fördelade på olika geografiska områden

Geografisk fördelning	Hälsorisker 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Storstadsområdena	-3	-2	-8	-6	0	0	+9	0	0	+3
Yttre stödområdet	+3	+4	+5	+5	+1	0	-6	0	+1	-4
Inre stödområdet	+10	+1	+8	+7	+2	+2	-11	0	+3	-1

Källa: (63)

rådena motsvarar ungefär H1 + H2 regionerna.

Den fysiska arbetsmiljön är betydligt tyngre i norrlandslänen jämfört med övriga Sverige och i synnerhet jämfört med storstäderna där en större andel tjänstemannaarbeten finns. Arbetslösheten drabbar särskilt glesbygden, medan däremot vandalisering i bostadsområden givetvis är mycket mindre vanlig. (Vandalisering är här använt som ett mycket grovt mått på den sociala miljön i bostadsområdena – inte som någon hälsorisk i sig).

Till sist redovisas vissa särskilda riskgrupper. Fördelningen av risker i arbetsmiljön tycks av naturliga skäl fångas bättre av den yrkesbaserade socioekonomiska grupperingen, men för vissa andra hälsorisker är vissa andra grupper särskilt utsatta. Människor med mycket kort utbildning (idag mindre än 9 års obligatorisk skola) har inte bara jäktiga och enformiga arbeten, utan de bor också sämre och har mindre hälsosamma levnadsvanor än genomsnittet. Ensamstående mödrar lever under materiellt dåliga förhållanden, med hög arbetslöshetsrisk, monotona arbeten och bristfällig boendemiljö. De röker oftare än någon annan grupp. Utländska medborgare har sämre social arbets- och boendemiljö och samtidigt mindre hälsosam livsstil än svenska medborgare.

Det kan alltså konstateras att de socioekonomiska skillnaderna i riskexponering är störst i arbetsmiljön men att de är betydande även för riskfaktorer som arbetslöshet och rökning. Utbildningen tycks spela en avgörande roll. De extremt lågutbildade och de högutbildade tjänstemännen utgör i många avseenden ytterlighetspunkterna i fördelningen.

Det har visats att yrken med relativt stora andelar yrkesutövare, som upplever olika påfrestningar i arbetsmiljön, också har en större andel som

Tabell 10.5 Några hälsorisker (samma som i tabell 10.3) relaterade till vissa riskgrupper

Riskgrupper	Hälsorisker 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Arbetslösa	-	-	-	-	-	+7	+4	-2	-3	+15
Lågavlönade	+9	-5	+12	+4	+3	+4	+2	+2	+2	+9
Extremt lågutbildade	+4	+12	+11	+6	+11	+13	+1	0	+16	+8
Ensamstående mödrar	+11	+1	+2	-12	+5	-2	+16	-1	-2	+20
Ensamboende utan familjekontakt	+5	+5	-2	0	-1	+4	-	-	+2	+5
Utländsk medborgare	+2	+12	+6	+4	+12	+9	+11	0	+9	+13

Källa: (63)

utnyttjat sluten sjukvård för ett flertal diagnoser. Bland män är t ex ofta sådana yrken överrepresenterade, där det ofta är noga med tiden, där man har få möjligheter att lära sig nya saker i arbetet eller gå på kurs, där arbetet ofta är enformigt, där många dagligen svettas, har tunga lyft eller är utsatta för olycksrisker samt där inflytandet är lågt över planeringen av arbetet.

Också bland kvinnor är sådana yrken överrepresenterade som har stor andel enformigt arbete och litet inflytande över planeringen av arbetet liksom arbeten med lågt inflytande över arbetstempot eller över val av arbetskamrater. Speciellt intresse har riktats mot yrken med kombinationer av höga krav och små möjligheter att själv kontrollera sin arbetssituation. Kombinationen jäktigt och enformigt arbete respektive jäktigt arbete med få möjligheter att lära sig nya saker har visats ha samband med ökad risk för vård för ischemiska hjärtsjukdomar. För män har visats att risken ökar för hjärtinfarkt också då man tar hänsyn till dem som dör utan att först vårdats för infarkten.

Kombinationen jäktigt och enformigt arbete förefaller särskilt utslagsgivande för kvinnor. Bl a finns samband med flera psykiska eller psykosomatiska besvär. Motsvarande gäller för män och kombinationen jäktigt arbete med få möjligheter att lära nya saker. Också kombinationen av jäktigt arbete och tunga lyft visar samband med förhöjda risker för sluten vård för flera diagnoser. Att karaktärisering av yrke bör göras med hjälp av kombinationer av variabler framgår av att jäktigt arbete i sig för män ofta är förknippat med låg risk för sluten vård. Att det är svårt att karaktärisera yrken så att skillnader/likheter mellan könen i arbetsvillkor framgår kan illustreras av att för flera diagnoser innebär "lång arbetstid" (= minst tio timmar per dag) förhöjd risk för sluten vård för kvinnor och samtidigt sänkt risk för män (se vidare bilaga 2).

10.3 Individuella och kollektiva resurser

Av stor betydelse för att bedöma olika riskfaktorers inverkan på befolkningens hälsa är de individuella och kollektiva resurser som står till befolkningens förfogande för att förändra, fly ifrån eller anpassa sig till en påfrestande miljö eller till att få hjälp och råd när man väl blivit sjuk.

Det gäller dels resurser som utbildning och ekonomi, dels kontroll och inflytande över arbets- och boendemiljö, sociala kontakter och tillgång till vård och hjälp.

I ULF-rapporten "Ojämlikheten i Sverige" redovisas ett antal sådana resursindikatorer, som liksom de tidigare presenterade riskindikatorerna är mycket grova (63). I flera fall måste de betraktas som proxymått på förhållanden, som inte studerats direkt i undersökningen av levnadsförhållandena. Bl a redovisas olika befolkningsgruppers genomsnittliga skolutbildning, vidareutbildning, möjligheter att lära sig nya saker i arbetet, inflytande i arbetslivet, ekonomiska förhållanden, bostadsituation och sociala nätverk.

Utbildningsnivån varierar kraftigt mellan olika yrkesgrupper, vilket ligger i sakens natur. Allvarligare är att vuxenutbildning, som utvecklats i syfte att i första hand hjälpa de korttidsutbildade, främst utnyttjas av de redan

välutbildade. Dessa kan därmed öka sitt försprång ifråga om utbildningsresurser. Som tidigare visats är utbildning en mycket avgörande faktor för livsvillkor i arbete och boende, för levnadsvanor och egenvård och därmed för hälsan. Ett flertal studier har visat att höga arbetskrav i kombination med lågt inflytande och små möjligheter att utveckla nya färdigheter är förbundet med hög psykisk och psykosomatisk sjuklighet. ULF-studier visar att framför allt lågutbildade arbetare inte bara har jäktigt och enformigt arbete utan också mycket små möjligheter till kontroll och utveckling.

Att sakna kontantmarginal kan betyda sämre möjligheter att påverka sin situation i olika avseenden, vilket kan bli särskilt påfrestande i krissituationer m m. Även i detta avseende är det betydande skillnader mellan arbetare och tjänstemän. Biträdespersonal och andra icke facklärda arbetare är de som oftast saknar kontantmarginal.

Lägenhetsboende kan användas som ett mycket grovt mått på bristande möjligheter att påverka sin boendemiljö. Det är betydande skillnader i boendeform mellan socioekonomiska grupper. Jordbrukare och andra företagare bor betydligt mer sällan i lägenhet än arbetare och lägre tjänstemän. Skillnaderna är särskilt uttalade på storstädernas differentierade bostadsmarknad.

Beträffande socialt nätverk har t ex jordbrukare betydligt bättre grannkontakter än andra socioekonomiska grupper. Tjänstemän – framförallt högre – har betydligt oftare än andra läkare, tandläkare eller advokater bland sina vänner, som de kan få hjälp eller råd av. De har också oftare en viss läkare att vända sig till vid behov.

När det gäller utbildning och arbetsförhållanden är skillnaderna mellan regionerna mindre och till stor del sekundära till de socioekonomiska skillnaderna. Regionala välfärdsskillnader är överhuvud taget ofta ett resultat av förhållandena på de lokala arbetsmarknaderna. Storstadsområdena har ett bredare utbud av arbetstillfällen och en överrepresentation av kvalificerade och välavlönade arbeten som förutsätter lång utbildning. Bristen på arbetstillfällen i stödområdena har lett till att välutbildade i större utsträckning än andra grupper flyttat till de större städerna. Detta har i sin tur medfört att de lågutbildade blivit överrepresenterade i glesbygden med arbetstillfällen, som är präglade av sämre arbetsmiljö och lägre lön.

Grannkontakterna är emellertid bättre i Norrland och sämre i storstäderna. Medan förhållandet är det motsatta när det gäller att t ex ha läkare och tandläkare i vänkretsen.

De tidigare presenterade riskgrupperna arbetslösa, lågavlönade, extremt lågutbildade, ensamstående mödrar, ensamboende utan familjekontakt och utländska medborgare avviker på flera områden markant från befolkningen i övrigt. De lågavlönade har en välfärdsfördelning som i de flesta avseenden motsvarar arbetargruppens. Däremot har de extremt lågutbildade en i flera avseenden mycket mer utsatt situation med en betydande resursbrist både materiellt och socialt.

Lägenhetsboende och dåliga grannkontakter är vanligt bland ensamboende, ensamstående mödrar och utländska medborgarna. De har samtidigt mycket mer sällan tillgång till bil och är därför mer beroende av en god boendemiljö.

Mindre hälsoproblem tas ofta om hand inom hushållets eller familjens

ram. För ensamstående sjuka blir behovet av hjälp från grannar, bekanta eller professionella vårdgivare betydligt större. Samtidigt har de dock mindre ofta kontakt med grannar. Däremot är ensamboende oftare välutbildade och har därmed oftare bl a läkare i sin bekantskapskrets och fast läkare att vända sig till vid behov.

Tillgången till fast läkare är framför allt dålig bland arbetslösa, hemarbetande, jordbrukare, glesbygdsbor samt lågutbildade arbetare. Denna fråga kommer att närmare analyseras i kommande kapitel.

11 Hälsopolitiska konsekvenser

11.1 Hälsopolitiska jämlikhetsmål

En god hälsa är – enligt de flestas bedömning – den viktigaste delen av vår välfärd. Mot denna bakgrund är det anmärkningsvärt att så lite uppmärksamhet ägnats åt de skillnader i ohälsans sociodemografiska fördelning som tidigare redovisats i denna rapport.

Inom ramen för WHO:s hälsopolitiska strategi har dock de hälsopolitiska jämlikhetsmålen givits en central betydelse (25). En entydig hälsopolitisk jämlikhetssträvan finns också i den svenska hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf och dess mål om "god hälsa för hela befolkningen". Den svenska hälsopolitiska strategin – liksom WHO:s – bör därför omfatta såväl förbättrad hälsa för alla som minskade klyftor mellan olika socioekonomiska grupper. De hälsopolitiska jämlikhetsmålen uppnås i första hand genom att förbättra hälsan för de grupper som idag utsätts för de största hälsoriskerna och därmed har den högsta sjukligheten och dödligheten.

Den typ av hälsopolitiska jämlikhetsmål som förordas i WHO-strategin utgår från en exakt angiven minskning av vissa socioekonomiska skillnader vad avser mortalitet och morbiditet (t ex en halvering av dessa skillnader under den närmaste tioårsperioden). Ett exempel baserat på svenska förhållanden kan illustrera denna typ av mål. Dödstalen per 100 000 för jordbruksarbetande män i åldern 45-64 år under perioden 1966 – 1970 var 961. Motsvarande tal för servicearbetande var 1 389. En halvering av rådande skillnader mellan dessa yrkesgrupper skulle således innebära att dödligheten bland servicepersonalen måste minskas med minst 15 procent (och med mer om dödligheten bland jordbrukare samtidigt minskade). Man kan givetvis diskutera realismen i denna typ av kvantitativa mål. Under alla omständigheter krävs en genomarbetad jämlikhetsstrategi och en god kunskap om ohälsans orsaker för att det skall bli meningsfullt söka fastställa dylika mål.

I denna rapport begränsas ambitionerna till att betona betydelsen av att löpande följa och analysera ohälsans sociala och yrkesmässiga fördelning och på grundval av sådana beskrivningar identifiera hälsopolitiska riskgrupper.

11.2 Hälsopolitiska riskgrupper

I kapitel 9 och 10 har översiktligt belysts fördelningen av ohälsa, vissa hälsorisker och resursområden. Mot denna bakgrund kan avgränsas vissa befolkningsgrupper, karaktäriserade av något annat än den opåverkbara åldersfaktorn, som löper särskilt stor risk för ohälsa

- i kapitel 9 avgränsades ett antal riskyrken. Alla dessa finns bland manuella arbetare (LO-kollektivet). Ett mönster bland de yrkesverksamma, som återfinns hur man än studerar ohälsans och hälsoriskernas fördelning, är att högre tjänstemän och jordbrukare har generellt mycket god hälsa medan ej facklärda arbetare är särskilt utsatta för ohälsa.

Utöver dessa grundläggande skillnader kan man avgränsa följande riskgrupper

- arbetslösa är utsatta för hälsorisker som förknippas med det förhållandet att de är berövade den tillfredsställelse och utveckling som arbetet kan ge. De har därutöver en rad resursbrister av typ sämre ekonomisk standard och sämre boendemiljö. De är ofta socialt isolerade och passiviserade. Därtill kommer att de har mindre hälsosamma levnadsvanor (31)
- ensamboende har betydligt sämre hälsa än samboende. Frånskilda medelålders män har en kraftig överdödlighet, där social isolering och missbruk spelar en väsentlig roll. Ensamstående mödrar har oftare psykiska besvär och röker mer än andra. Tung försörjningsbörda ger dem ekonomiska svårigheter och liksom andra kvinnor har de ofta lågavlönade rutinarbeten med stor risk för arbetslöshet (63)
- utländska medborgare, särskilt kvinnor, har oftare värk och psykiska besvär. I synnerhet sydeuropeiska invandrare kommer ur ekonomiskt extremt små omständigheter och har, jämfört med den svenska befolkningen i samma yrken, oftare jäktiga och enformiga arbeten, låg inkomst, sämre bostad och upplever sin hälsa som sämre (63).

Även om dessa riskgrupper i första hand gäller vuxna måste det betonas att effekten av deras levnadsvillkor och levnadsvanor i minst lika hög grad påverkar deras barns hälsa. Det är välkänt att barnens levnadsvillkor inte kan skiljas från de vuxnas och att man i föräldrarnas situation återfinner sjukdomsorsaker, som är väsentliga för barnen.

Dock är möjligheten att beskriva ohälsans fördelning för barn med olika socioekonomisk bakgrund mycket begränsad. Varken ULF eller LNU omfattar barn och hälso- och sjukvårdens statistik saknar genomgående sociala bakgrundsfaktorer

- Barn i familjer, där föräldrarna har låg inkomst, låg utbildning och liknande mer eller mindre markerade sociala och psykiska problem har ofta två till tre och ibland upp till tio gånger oftare hälsoproblem och beteendestörningar. Denna sociala skiktning i hälsoproblem bland barn kan delvis bero på föräldrarnas arbetsförhållanden som leder till att man inte har tillräckligt med tid och kraft för föräldrarollen. Samtidigt är

föräldrar med låg inkomst och låg utbildning liksom ensamföräldrar oftare hänvisade att bo i stimulansfattiga barnovänliga bostadsområden. Segregationen i boendet leder vidare till att barnomsorg och skola oftare är sämre rustade i sådana områden än i mer gynnade områden.

11.3 Jämlikhetsmålens konsekvenser för hälsopolitiken – några utgångspunkter

Som framhållits i föregående kapitel finns det betydande brister i vår kunskap om de mekanismer som leder till rådande klyftor i ohälsans fördelning. Frågan är mycket komplex och måste angripas från flera olika perspektiv samtidigt.

Samhällsmiljön spelar en roll på två olika sätt

- i och med att hälsoriskerna och resurserna är ojämnt fördelade är även sjukdomsincidenser, dödlighet och funktionsnedsättning ojämnt fördelade
- människor med en given funktionsnedsättning drabbas beroende på sin utbildning, yrke och bostad av skilda sociala handikapp vilket ytterligare ökar skevheten i fördelningen av sjukdomskonsekvenser och vårdbehov.

Arbetslivsperspektivet

Hälsorisker i den fysiska och kemiska arbetsmiljön visar mycket stora olikheter framförallt mellan arbetare och tjänstemän.

Jäktigt och enformigt arbete med lågt beslutsutrymme och få utvecklingsmöjligheter är särskilt vanligt bland icke yrkesutbildade arbetare men även bland övriga arbetare och lägre tjänstemän.

Arbetslöshet och förtidspension drabbar betydligt oftare icke facklärda arbetare än övriga grupper. Strukturomvandlingen har således i särskilt hög grad försämrat sysselsättningsmöjligheterna bland människor med låg utbildning och olika typer av funktionsnedsättning. Då den materiella värfärden visar ett starkt samband med hälsoförhållanden är samhällets inkomstfördelningspolitik även av stor hälsopolitisk betydelse. Mycket talar för att särskilt de grupper, som har svårigheter att klara sig på arbetsmarknaden, liksom ensamstående försörjare och flerbarnsföräldrar är i ett utsatt läge vad gäller ekonomiska resurser.

Den geografiska rörligheten på arbetsmarknaden har visat sig ha hälsomässiga konsekvenser. Särskilt drabbade är personer med låg utbildning, som har svårigheter att klara sig på arbetsmarknaden. Därmed har även en regionalpolitik, som minskar omfattningen av påtvingade flyttningar, betydelse för ohälsans fördelning.

En medveten hälsopolitisk strategi inriktad mot hälsopolitiska jämlikhetsmål måste således utgå från förhållanden på arbetsmarknaden. Resurserna bör i första hand satsas på att undanröja de hälsorisker, som ovannämnda riskgrupper i högre grad utsätts för: tunga lyft, olämpliga arbetsställningar, en lång rad kemiska hälsorisker, stimulansfattiga arbeten med lågt besluts-

utrymme. Detta förutsätter ett nära samarbete mellan statliga myndigheter, företagshälsovård och sjukvårdshuvudmän.

Arbetsmarknadspolitiska insatser måste i högre utsträckning än hittills ta sikte på att skapa arbetstillfällen för riskgrupper, som särskilt drabbas av sjuklighet vid arbetslöshet, lågutbildade, arbetshandikappade, ensamstående, invandrare, missbrukare. Detta kräver en medveten satsning på mer allsidiga och utvecklade arbeten.

Bostadsperspektivet

Människor med låg inkomst, låg utbildning och påfrestande arbetsförhållanden är ofta hänvisade till stimulansfattiga storskaliga bostadsområden med brisfällig social och kommersiell service. Brister i fysisk miljö, olika upplåtelseformer m m har dessutom stor betydelse för möjligheterna till social gemenskap och inflytande över bostadsmiljön.

En bristfällig bostadsmiljös effekter på hälsan är särskilt stark bland människor med små individuella och sociala resurser till följd av tunga jobb, försörjningsbörda m m. Det gör dem mer beroende av bostadsområdets kollektiva resurser.

Segregationen i boendet är av särskild betydelse för barnen. Den verkar direkt genom skillnad i boendemiljöns kvalitet och indirekt genom segregationseffekter på daghem och skola så att vissa barn blir mer eller mindre missgynnade jämfört med andra. I områden där befolkningen oftare har ekonomiska, sociala och psykiska problem blir barnomsorg och skolor ofta sämre rustade än i mer gynnade områden. Barn med problem kan dominera eller utgöra starkt markerade inslag i barngruppen och skolklassen samtidigt som personalen inte sällan är mindre erfaren och oftare flyttar än i mer stabila områden.

Att motverka bostadssegregationen och dess effekter är således inte bara angeläget ur fördelningspolitisk utan även ur hälsopolitisk synvinkel.

Utbildningsperspektivet

Människors möjligheter att klara sig på arbetsmarknaden och få hälsosamma arbeten är till mycket stor del beroende på deras grundutbildning, vilken i sin tur är starkt kopplad till föräldrarnas utbildningsnivå.

Efterkrigstidens skolreformer har haft mycket svårt att påverka förhållandet att andelen barn som endast får grundskoleutbildning är mycket större bland föräldrar som själva bara har grundskoleutbildning. Särskilt utsatt för utslagning är den grupp som slutar skolan före avslutad grundskola. Utslagningsmekanismer i skolan och den kritiska övergången från skolan till ett arbetsliv, som för dagen präglas av en hög ungdomsarbetslöshet är således centrala för förståelsen av ohälsans snedfördelning och valet av åtgärder mot densamma.

Utbildningsperspektivet är också centralt i ett annat sammanhang: viktiga hälsorisker i levnadsvanor såsom rökning, alkoholkonsumtion och ogynnsamma kostvanor tenderar att vara vanligare bland människor med låg utbildning och sämre social miljö. Dessutom har den sociala snedfördelningen av exempelvis rökning tilltagit under senare år bland annat därför att

samhällets hälsoupplysning har svårare att påverka lågutbildade. Utifrån ett hälsopolitiskt jämlikhetsperspektiv är det därför angeläget att utveckla information och hälsofostran på ett sätt, som i högre utsträckning än idag, åstadkommer en förändring av levnadsvanor bland de hälsopolitiska riskgrupperna.

Att förebygga ohälsa bland invandrare kan också i många avseenden ses i ett utbildningsperspektiv. Det gäller att stärka invandrarnas egen kompetens genom att ge dem möjlighet till förankring i en kulturellt homogen grupp och samtidigt få den nödvändiga allmänna och yrkesmässiga kompetens, som behövs för att klara sig i det svenska samhället. På motsvarande sätt måste man öka det svenska samhällets kompetens att möta invandrarnas behov. (Se SOU 1984:45).

Block B
Vård på lika villkor för hela befolkningen

12 Vårdens tillgänglighet

12.1 Mål för hälso- och sjukvården – vård på lika villkor

Ett övergripande vårdpolitiskt mål för hälso- och sjukvården är enligt HSL §2 – en vård på lika villkor för hela befolkningen. Denna princip om lika villkor avser såväl vårdens tillgänglighet som dess innehåll.

Geografiska, sociala, ekonomiska, språkliga, religiösa och kulturella förhållanden får inte hindra den enskilde att erhålla vård. "Detta kan med andra ord uttryckas så att behovet av vård inom ramen för de ekonomiska resurserna ensamt ska vara avgörande för vårdens omfattning och karaktär" (prop 1981/82:97)

Hälso- och sjukvården måste vidare "eftersträva att jämna ut skillnader föranledda av olikheter i ålder, inkomst och utbildning mellan olika patienter i den meningen att alla ges likvärdiga möjligheter att t ex förstå en diagnos eller att sätta sig in i vad ett planerat behandlingsprogram har för innebörd".

WHO har på samma sätt i sin strategi för hälsa för alla år 2000 slagit fast människors rätt till vård på lika villkor. Man har härvid särskilt betonat att detta bland annat förutsätter en resursfördelning som motsvarar behoven, medborgarnas aktiva deltagande i utformningen av hälso- och sjukvårdens verksamhet samt en ökad satsning på primärvårdens kontinuerliga kontakt med befolkningen och uppsökande verksamhet bland riskgrupper och underprivilegierade (3).

HSL syftar till att stärka det demokratiska inflytandet över hälso- och sjukvårdens utveckling. Lagen ger landstingskommunerna stort utrymme att utforma vården efter lokala och regionala behov och förutsättningar. Samtidigt stärks patientens ställning och rättigheter. Denna förstärkning preciseras i §3 "En god hälso- och sjukvård skall särskilt

- vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen
- vara lättillgänglig

- bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet
- främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen."

Vidare skall vården "så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Patienten ska ges upplysningar om sitt hälsotillstånd och om de behandlingsmetoder som står till buds".

12.2 Vårdens tillgänglighet och kvalitet

En vård på lika villkor betyder således inte bara en vård, som man lätt kan komma i kontakt med när det behövs. Det betyder också att människor får den vård, som motsvarar deras behov, på den plats i sjukvårdsstrukturen och med de åtgärder, som ger optimal effekt med avseende på förbättrad hälsa, livskvalitet och trygghet etc.

När man med hjälp av hälsodata vill bedöma huruvida befolkningen verkligen får vård på lika villkor, bör man således söka belysa flera olika stadier i vårdprocessen. På varje stadium kan icke tillgodosedda behov uppträda: man kommer inte fram, man kommer till fel sorts vårdgivare, man får fel behandling eller vården får inte den förväntade effekten.

Tillgänglighet	ej kontakt
Vårdstruktur	fel ställe i sjukvårdsapparaten
Kvalitet	åtgärder som inte motsvarar behoven
Effekt	effekten ej den avsedda

Figur 12.1 Olika typer av icke tillgodosedda vårdbehov. Källa: (73)

Vid empiriska studier kan man gå tillväga på olika sätt (43,74-79),

1 man kan studera hinder för vårdutnyttjande såsom geografiska avstånd, patientavgifter, väntetider, köbildning m m
2 man kan studera faktiskt vårdutnyttjande (öppenvårdskontakter, vårddagar m m) bland människor med olika bostadsort, ålder, kön, yrke m m
3 man kan studera det behovsrelaterade vårdutnyttjandet bland olika befolkningsgrupper som har samma behov av vård (ur lekmannamässig eller professionell synvinkel)
4 man kan studera vårdutnyttjandets struktur och kvalitet genom att studera vårdkontakternas fördelning på olika vårdgivare, vilka åtgärder som vidtas mot olika vårdbehov etc
5 slutligen kan man studera vårdutnyttjandets effekt på hälsa och välbefinnande jämfört med den lekmannamässigt eller professionellt förväntade effekten.

I tidigare kapitel avgränsades ett antal hälsopolitiska riskgrupper med särskilt hög dödlighet, sjukdomsrisk och vårdutnyttjande. Vårdpolitiska

riskgrupper kan på motsvarande sätt avgränsas, om man kan jämföra vårdutnyttjandet bland olika grupper med jämförbar grad av nedsatt hälsa eller funktionsförmåga. Personer som har ett litet vårdutnyttjande i relation till sina behov antas löpa större risk att inte få sina vårdbehov tillgodosedda och är därmed att betrakta som en vårdpolitisk riskgrupp.

Tillgängliga data begränsar starkt möjligheterna att utnyttja de fem redovisade mätmetoderna generellt för det svenska hälso- och sjukvårdssystemet.

Metod 2 utnyttjas ofta vid geografiska jämförelser. Jämförelser mellan t ex olika socioekonomiska grupper är däremot mer sällsynta, vilket bland annat kan förklaras av att den svenska patientstatistiken saknar sociala bakgrundsvariabler. Denna typ av enkla beskrivningar av vårdutnyttjande är dock svårtolkade, eftersom de inte relateras till olika gruppers vårdbehov.

Metod 3 kan man också – om än i begränsad utsträckning – tillämpas genom att utnyttja uppgifter om upplevd ohälsa ur intervjuundersökningar och dylikt som indikatorer på behov av vård.

Metod 4 med dess direkta anknytning till vårdstruktur och kvalitet har ofta använts och kan utvecklas ytterligare på basis av tillgängliga data. En förutsättning för att kunna följa upp HSL:s mål om lika villkor t ex för olika socioekonomiska grupper är givetvis, att patientstatistiken kan relateras till sådana grupper.

Avslutningsvis kan konstateras att metod 5 – bedömning av vårdens effekter – är och sannolikt kommer att förbli mycket svår att tillämpa på basis av rutinmässigt insamlad statistik. För att kunna klarlägga dessa effekter krävs nog speciella forskningsprojekt med en experimentell ansats.

12.3 Demografisk fördelning

Andelen invånare med läkarbesök under en tremånadersperiod är klart högre bland äldre än bland yngre. Dessa skillnader försvinner om man begränsar sig till personer med nedsatt arbetsförmåga på grund av långvarig sjukdom eller med svåra besvär eller med rörelsehinder. När det gäller rörelsehindrade kan man t o m spåra tendenser till att yngre har regelbundnare läkarkontakter i öppen vård än äldre. Detta skall sättas i kontrast till det förhållandet att äldres hälsoproblem ofta är mer sammansatta och vårdkrävande. Tendensen är också klar att yngre har tätare läkarkontakter bland dem som inte uppgivit sig ha vare sig långvarig sjukdom, rörelsehinder, ängslan, oro, ångest eller påfallande trötthet på dagarna (i tabell 12.1 kallade "utan hälsoproblem"). Av tabell 12:1 framgår också att det är vanligare med läkarkontakt bland kvinnor än bland män.

Däremot är det klart vanligare att äldre än yngre av de långvarigt sjuka och rörelsehindrade gör besök hos distriktssköterska. En större andel av äldre långvarigt sjuka har också vårdats i sluten vård än motsvarande grupp yngre. De totala andelarna med slutenvårdstillfälle eller distriktssköterskebesök är dock betydligt lägre än andelen med läkarbesök.

Starkast tendens till färre läkarkontakter vid högre ålder har ej sammanboende män, som tidigare varit eller fortfarande är gifta. Dessa resultat antyder att öppen läkarvård kan finnas vara mindre tillgänglig för vissa

Tabell 12.1 Procentuell andel som sökt läkare för sjukdom under en tremånaders period 1980/81 enligt ULF

	Alla	Långvarigt sjuka			
		Med nedsatt arbetsförmåga	Med svåra besvär	Rörelse-hindrade	Utan hälso-problem
Män					
16–44 år	28	69	61	78	18
45–64 år	37	72	71	75	14
65–74 år	40	70	66	66	9
75–84 år	50	73	71	67	10
Kvinnor					
16–44 år	35	83	74	84	21
45–64 år	45	79	72	79	19
65–74 år	48	77	73	72	15
75–84 år	59	75	76	73	12

Källa: (9)

grupper äldre.

Andelen, som har fast läkare att vända sig till vid behov är klart större i åldersgruppen 45-84 år än bland 16-44-åringar. Inom gruppen 45-84 år finns ingen klar tendens till skillnader mellan åldersgrupper.

Bland män som på grund av långvarig sjukdom har nedsatt arbetsförmåga är andelen med fast läkare högre i åldersgruppen 16-64 än för äldre. Ej sammanboende män, som tidigare varit eller fortfarande är gifta uppvisar klaraste skillnaden.

12.4 Sociokulturell fördelning

I ett internationellt perspektiv uppvisar den offentliga svenska hälso- och sjukvården mycket små ekonomiska och sociala hinder för vårdutnyttjande (4,41,77).

Samtidigt kan konstateras att – i ett svenskt perspektiv – den socioekonomiska tillgängligheten avsevärt har kunnat förbättras under det senaste decenniet.

1981 års levnadsnivåundersökning ger, tillsammans med tidigare intervjuomgångar av samma befolkningsurval, möjlighet att studera hur sjukvårdsutnyttjandet förändrats i olika socialgrupper under 1970-talet. De intervjuade har indelats i fyra grupper efter det antal lätta respektive svåra sjukdomssymtom de uppgivit. Eftersom olika medicinska åkommor getts samma vikt i analysen, måste tolkningar göras med hänsyn till detta (se vidare bilaga 1).

Av tabell 12.2 framgår att personer med få (= högst ett lätt) symtom har större benägenhet att söka läkarvård i socialgrupp I. Skillnaderna mellan grupperna har dock minskat under perioden. Bland personer med många symtom var socialgruppsskillnaderna mindre 1968. Här har det skett en signifikant minskning av andelen med läkarbesök i socialgrupp I mellan 1974 och 1981. I övrigt är förändringarna i läkarkontakter små under senare

Tabell 12.2 Procentuell andel med läkar- och sjuksköterskebesök under en tolvmånadersperiod 1968 – 1981, 15-75 år, fördelade på socialgrupper, för dem som uppgivit minst resp flest symtom

		Symtomgr 1 (få symtom)			Symtomgr 4 (många symtom)		
		1968	1974	1981	1968	1974	1981
Läkar-	Socialgr I	33	26	32	84	87	67
kon-	Socialgr II	21	25	26	85	86	84
takt	Socialgr III	23	29	27	81	80	85
Sköter-	Socialgr I	3	8	11	25	19	15
skekon-	Socialgr II	6	9	11	18	21	31
takt	Socialgr III	4	10	12	23	24	33

Källa: (19)

hälften av 1970-talet. Däremot har andelen med sköterskekontakter kraftigt ökat även under denna period framför allt i socialgrupp II och III. En utbyggnad av distriktsvård och sköterskebaserade mottagningar i primärvård och företagshälsovård är förklaringar till detta.

Analys av var och en av de fyra symtomgrupperna visar att 1981 ökade såväl andelen med sluten vård som andelen med distriktssköterskebesök inom varje symtomgrupp klart från socialgrupp I till II och till III. Beträffande andelar med läkarbesök är skillnaderna mellan socialgrupperna betydligt mindre.

Spri har analyserat vårdutnyttjandet enligt ULF i olika socioekonomiska grupper utifrån olika perspektiv – utbildning, arbetsmiljö, kontantmarginal m m (43).

Vi ser att bland dem som är långvarigt sjuka (inklusive med lättare besvär som inte påverkar livsföringen nämnvärt) är andelen som sökt läkare högre bland personer med ekonomiska problem och psykiskt påfrestande arbete. Detta kan bero på att dessa grupper har besvär av allvarligare typ. Samtidigt finner vi att lågutbildade, ekonomiskt utsatta människor och de med påfrestande arbetsmiljö oftare upplever sig haft behov utan att ha sökt vård.

Tabell 12.3 Procentandel med långvarig sjukdom som besökt läkare under en tremånadersperiod och som upplevt behov men ej sökt. Riket 1975/77. (Ålders- och könsstandardiserade utom de med * märkta)

	Besökt läkare för sjukdom (%)	Upplevt behov men ej sökt läkare (%)
Endast folkskola	58	18
Gymnasium/högre utbildning	55	7
Utan kontantmarginal	67	15*
Psykiskt belastande arbete	65	16
Fysiskt belastande arbete	59	19
Ej i arbetskraften	61	11*
Hela befolkningen 16-74 år	58	12

Källa: (43)

Detta kan bero på sämre tillgänglighet för denna grupp. Bedömningen kan också ha påverkats av förväntningar på och erfarenheter av vården.

Mycket pekar på att tillgången till läkare har blivit jämnare under 1970-talet för olika socioekonomiska grupper. Däremot saknas studier om hur människor ur olika sociala skikt upplever vårdens kvalitet, hur de tillgodogör sig de råd och den hjälp de får etc.

Av tabell 12.4 framgår att en viss minskning skett av andelen med bestämd läkare – trots en mycket kraftig ökning av läkartätheten under denna tidsperiod. Förmodligen kan en stor genomströmning av unga läkare under utbildning med korta tjänstgöringsperioder (temporärt) medföra en sämre läkarkontinuitet. Även andra organisatoriska förhållanden kan spela in. Minskningen är starkast bland de icke-förvärvsarbetande (pensionärer, hemarbetande, arbetslösa m fl). Utbyggnaden av företagshälsovården torde ha motverkat en motsvarande negativ utveckling för de anställda.

Tabell 12.4 Procentandel med fast läkare. (Ålders- och könsstandardiserade värden, 16-64 år)

	1975	1980/81
Förvärvsarbetande 16–64 år	46	45
Icke förvärvsarbetande 16–64 år	41	37
Ålderspensionärer 65–74 år	59	53

Källor: (9,21)

Bland dem som uppger sig ha långvarig sjukdom med regelbunden medicinsk behandling föreligger ej motsvarande skillnader mellan förvärvsarbetande och övriga.

Av ULF-materialet framgår vidare att medan yrkesverksamma (särskilt tjänstemän) i första hand vänder sig till företagshälsovård eller privatpraktiker utnyttjar pensionärer och andra icke förvärvsarbetande i högre grad den offentliga hälso- och sjukvården inom primärvård och vid sjukhus (9,43).

I utländsk litteratur har beskrivits att socioekonomiskt mer privilegierade grupper oftare får del av förebyggande vård, oftare behandlas av specialister än av allmänläkare och inom psykiatrin oftare behandlas i öppen vård än i sluten vård (4,73,80).

För svenskt vidkommande finns mycket få studier härom. Som exempel kan dock nämnas en studie som omfattar alla personer som 1978 sökt psykiatrisk vård i Luleåområdet. Här finner man genom en enkel socioekonomisk klassificering av patienter och registrering av åtgärder mycket intresseväckande skillnader i den psykiatriska vårdens innehåll för olika grupper. Även om Luleå inte nödvändigtvis är representativt för övriga landet återfinns liknande fynd i många utländska studier (61).

Detta mönster, där arbetare och utslagna i mycket högre utsträckning behandlas med sluten vård och psykofarmaka, kan naturligtvis delvis vara ett resultat av att olika grupper söker för olika typer av problem. Detta kan i sin tur vara påverkat av vilka förväntningar olika grupper har på behandlingen i psykiatrin. Det avgörande kriteriet för en bedömning av detta mönster måste

Tabell 12.5 Procentuell andel med olika typer av behandling bland personer som 1978 sökte psykiatrisk vård i Luleå-området

	Tjänstemän	Arbetare	Förtidspensionärer, långvarigt arbetslösa
Samtalsterapi	71	52	39
Sluten vård och/eller psykofarmakabehandling	26	49	82

Källa: (61)

bygga på vilka effekter behandlingen har på problemen för olika grupper. Man bör också kunna jämföra med dem som inte kommer under vård.

SOFI:s levnadsnivåundersökning ger möjlighet att följa tandvårdskontakterna före och efter 1974 års tandvårdsreform.

Av tabell 12.6 framgår att socialgrupp II och III har fått mer regelbundna tandvårdsvanor – en utveckling som dock påbörjades redan före tandvårdsreformen. Trots detta har socialgrupp III fortfarande en avsevärt lägre andel tandläkarkontakt än socialgrupp I. Gruppen med sämre tandstatus (dvs dåligt fungerande egna tänder, inga tänder alls eller dåligt fungerande löständer) har fortfarande mycket lågt tandvårdsutnyttjande.

Tabell 12.6 Procentandel med tandläkarbesök senaste tolv månaderna 1968 – 1981 bland personer med sämre tandstatus och hela befolkningen 15-75 år

	Med sämre tandstatus			Hela befolkningen		
	1968	1974	1981	1968	1974	1981
Socialgrupp I	–	–	–	80	78	80
Socialgrupp II	30	45	39	63	68	74
Socialgrupp III	21	30	32	46	53	61

Källor: (18,19)

Ur det hälsopolitiska jämlikhetsperspektiv, som diskuterades i Avsnitt 11, är det av stort intresse att veta något om hur förebyggande hälsovård utnyttjas av olika socioekonomiska grupper. Uppgifter om detta saknas i stort sett i svensk statistik. Utländska studier visar att lågutbildade utnyttjar förebyggande hälsovård i betydligt mindre utsträckning än andra grupper (4). Ett av de väsentliga målen för svenska hälsoupplysningsinsatser under 1970-talet har varit att minska tobakskonsumtionen. Andelen personer i befolkningen som röker har minskat men andelen som röker mycket (mer än tio cigarretter/dag) har ökat. Utvecklingen har varit mycket olika i olika socialgrupper.

De resultat, som redovisas i tabell 12.7, kan tolkas som att hälsoupplysningen hittills haft svårare att få effekt i socialgrupp III än i socialgrupp I.

Med kulturell tillgänglighet menas här språklig och ideologisk tillgänglighet, dvs möjlighet att bli informerad (på ett språk som var och en förstår) om vart man skall vända sig och att patienter och vårdare pratar samma språk

Tabell 12.7 Procentuell andel som röker mer än tio cigarretter/dag

	1968	1974	1981
Socialgrupp I	21	20	16
Socialgrupp II	16	15	15
Socialgrupp III	14	17	20

Källa: SOFI

eller har tillgång till tolk. Detta är ett problem i första hand för invandrare. Vid behandlingsmetoder, som i hög grad bygger på en språklig kommunikation mellan patient och terapeut (exempelvis psykoterapi), är det emellertid av avgörande betydelse för resultatet att man menar samma sak med orden och att patienterna överhuvud taget kan verbalisera sina problem. Informationen måste vara begriplig. Därvidlag finns det även betydande skillnader mellan människor med olika klassbakgrund – också bland infödda svenskar. Av särskild betydelse i detta sammanhang är att lekmän och professionella delar samma kulturellt bestämda uppfattningar av vad som är hälsa och sjukdom och vilka orsakerna är till olika typer av sjukdom.

I vår kultur (fast inte i svenska språket) skiljer vi t ex mellan den lekmannamässigt upplevda ("illness") och den professionellt diagnosticerade åkomman ("disease"). Uppfattningar av vad som är "illness" och vad som är "disease" kan variera mellan olika kulturer, sociala klasser eller åldersgrupper och därmed försvåra kommunikationen och patientens möjligheter att få adekvat vård. Denna typ av kulturella barriärer är ofta en viktig anledning till att människor inte följer givna ordinationer och inte söker i tid för symtom på svåra sjukdomar etc.

Svensk hälso- och sjukvård är mycket differentierad och specialiserad. Det kan vara mycket svårt för människor att hitta rätt. Dessutom kan alla de ovannämnda hindren i tillgängligheten – geografiska avstånd, avgifter, väntetider, bristfällig eller obegriplig information och språkliga hinder – leda till att personer söker på fel vårdnivå. Detta kan i bästa fall leda till att de måste remitteras "rätt" men i värsta fall till att de får en mindre ändamålsenlig vård.

Av ULF erhålls en grov bild av invandrarnas kontakter med sjukvården.

Tabell 12.8 Procentuell andel med läkarbesök m m bland personer med långvarig sjukdom i åldern 16-74 år enligt ULF 1975 – 1977.

	Långvarigt sjuka med läkarbesök för sjukdom	upplevt behov men ej sökt
Utländska medborgare	66	16
Svenska medborgare födda utomlands	63	12
Svenska medborgare födda i Sverige	58	11

Källa: (43)

Av tabell 12.8 framgår att relativt fler utländska medborgare har läkarbesök än vad svenskar har. En närmare granskning av ULF-siffrorna visar att skillnaden nästan helt utgörs av besök vid akutmottagning. De utländska medborgarna avlägger däremot färre tidsbeställda besök i primärvård och vid specialistmottagningar samt utnyttjar sluten vård mindre. Detta är förmodligen uttryck för bristande information till invandrarna. Dessa söker sig dit det är lätt att hitta och alltid är öppet. Det är dock troligen en mindre ändamålsenlig vård som där erbjuds jämfört med primärvården för den typ av besvär det gäller (81).

Betydligt större andel utländska medborgare med långvarig sjukdom än motsvarande grupp svenskar anger också att de har icke tillgodosedda behov. Särskilt vanligt är det bland unga invandrarkvinnor (43). De utländska medborgarna är emellertid en grupp med mycket olika förutsättningar beroende på ursprungsland och på orsak till invandringen. Andelen med fast läkare är hög bland finska invandrare jämfört med jämnåriga i den svenska befolkningen. Den är däremot mycket lägre bland sydeuropeiska invandrare (särskilt kvinnor) trots att denna grupp till stor del är bosatt i större städer med god läkartäthet (63).

12.5 Geografisk fördelning

Läkarutbud och avstånd är viktiga förklaringar till de regionala skillnaderna i sjukvårdskontakter bland de långvarigt sjuka.

Läkarkontakter är betydligt ovanligare i glesbygden än i storstäderna samtidigt som distriktssköterskekontakterna är något vanligare. Att sköterskekontakterna kompenserar för bristande läkartillgång kan vara en förklaring till att glesbygdsborna inte oftare upplever att deras vårdbehov inte är tillgodosedda. Lägre anspråk kan också spela en roll.

Att ha en fast läkare att vända sig till vid behov har för många människor en avgörande betydelse för att kunna uppleva trygghet och kvalitet i vården. Däremot är det mera osäkert vad svaren på frågan om man har tillgång till en fast läkare egentligen avspeglar. Förmodligen är såväl läkartillgång, kontinuitet och befolkningens anspråk och förväntningar av betydelse vid tolkningen av dessa uppgifter (43).

Tabell 12.9 Procentuell andel med vårdkontakt de tre senaste månaderna bland personer 16-84 år med långvarig sjukdom och nedsatt arbetsförmåga 1980/81

H-region	Besökt läkare för sjukdom	Distrikts-sköterske-kontakt	Sluten vård	Upplevt behov men ej sökt
H1 Stockholm	78	13	18	17
H2 Göteborg, Malmö	79	6	16	13
H3 Större kommuner	74	14	19	16
H4 Södra mellanbygd	74	18	16	15
H5 Norra tätbygd	74	20	17	14
H6 Norra glesbygd	67	20	16	11

Källa: (9)

Tabell 12.10 Procentuell andel med fast läkare att vända sig till vid behov. Ålders- och könsstandardiserade värden 16-74 år

H-region	1975	1980/81
H 1 Stockholm	51	50
H 2 Göteborg, Malmö	48	49
H 3 Större kommuner	48	46
H 4 Södra mellanbygden	43	41
H 5 Norra tätbygden	43	41
H 6 Norra glesbygden	39	30
Hela landet 16–74 år	47	45

Källor: (9,21)

Medan andelen med fast läkare i storstäderna varit oförändrad har det skett en kraftig minskning i glesbygden. Av tabell 12.12 framgår något av förklaringen till detta. Där avspeglas de mycket stora skillnader som finns i den geografiska fördelningen av privat och offentlig sjukvård. Medan privat- och företagsläkare står för närmare två tredjedelar av de fasta läkarkontakterna i storstäderna är motsvarande andel i glesbygden en sjättedel.

Den offentliga primärvårdens utbyggnad i norra Sverige har således inte lyckats kompensera överetableringen av privat sjukvård i storstadsområdena. Förklaringen till detta är i första hand de stora problemen i Norrland att kunna rekrytera läkare till de tjänster som finns. Norra tätbygden och glesbygden har dock kommit närmast det hälso- och sjukvårdspolitiska målet, att den offentliga primärvården skall vara den främsta primära kontaktpunkten i hälso- och sjukvården. Andelen med en fast läkare bland distriktsläkarna är där dubbelt så stor som i storstäderna. De regionala skillnaderna ifråga om fast läkare kvarstår delvis om man endast studerar gruppen med långvarig sjukdom och regelbunden medicinsk behandling eller svåra besvär.

Det finns erfarenhetsmässigt ett samband mellan geografiskt avstånd och vårdutnyttjande. Närhet ökar vårdefterfrågan – vid lika vårdbehov. Av betydelse för den geografiska tillgängligheten – förutom avståndet mätt i exempelvis kilometer – är tillgången på kommunikationer. Empiriska

Tabell 12.11 Procentuell andel med fast läkare att vända sig till vid behov. Ålders- och könsstandardiserade värden 16-84 år. 1980/81

H-region	Privat prakt	Företags- läkare	Distrikts- läkare	Sjukhus- läkare
H 1 Stockholm	18	17	9	7
H 2 Göteborg, Malmö	19	11	10	9
H 3 Större kommuner	12	13	12	10
H 4 Södra mellanbygden	6	11	14	10
H 5 Norra tätbygden	4	8	20	9
H 6 Norra glesbygden	3	3	18	6

Källa: (9)

Tabell 12.12 Öppenvårdskontakter efter på avstånd till akutmottagning, kön och ålder bland rörelsehindrade 1980/81. (Siffrorna anger index där nivån för alla rörelsehindrade 45-84 år=100)

Ålder	Avstånd	Besökt läkare för sjukdom		Besökt distriktssköterska		Upplevt behov men ej sökt	
		Män	Kv	Män	Kv	Män	Kv
45-64	< 5 km	107	106	36	54	112	107
	5-15 km	112	100	58	107	90	131
	15 km	89	112	94	110	144	140
65-84	< 5 km	96	97	120	90	48	46
	5-15 km	86	103	150	176	73	53
	> 15 km	81	93	141	193	98	86
alla rörelsehindrade 45-84 år		100	100	100	100	100	100

Källa: (9)

studier som belyser dessa förhållanden har redovisats i HS 90-projektets underlagsstudie "Ohälsa och vårdutnyttjande" avsnitt 5.4 (41).

Rörelsehindrade är en speciellt avståndskänslig grupp. De har därför studerats något närmare.

Av tabell 12.13 framgår följande intressanta förhållanden i öppenvårdskontakter bland rörelsehindrade

- de äldre, över 65 år, har har inte oftare kontakt med läkare trots att de betydligt oftare har medicinskt behandlingskrävande tillstånd. Det gäller främst män och särskilt ej sammanboende gifta eller tidigare gifta män
- män har större känslighet för avstånd när det gäller läkarkontakter än kvinnor
- distriktssköterskekontakterna ökar kraftigt med ökande avstånd till akutmottagning. Denna avståndskänslighet är lägst bland äldre män
- andelen, som upplevt sig ha behov av vård utan att söka kontakt, ökar med avståndet, särskilt bland äldre. De har dock totalt en lägre andel med enligt detta mått otillfredsställt vårdbehov än de yngre.

En studie av den slutna somatiska korttidsvården i Uppsala län redovisas i bilaga 3. Av den framgår samband mellan avstånd till sjukhus och utnyttjande av vård. För såväl män som kvinnor minskar andelen i befolkningen som varit intagen i sluten vård, när avståndet ökar. Efter ålders- och könsstandardisering visar det sig att drygt nio procent av befolkningen inom ett avstånd på fyra kilometer från sjukhusen varit intagna i sluten vård, medan motsvarande siffra för dem som hade minst 50 kilometers avstånd uppgick till drygt 7 procent. Detta skulle kunna bero på skillnader i socioekonomisk struktur mellan tätorter med sjukhus och den omgivande landsbygden. En analys, som omfattade förutom avstånd även ålder, kön, civilstånd och socioekonomisk tillhörighet som förklarande variabler, visade att så inte var fallet. Mest avståndskänsliga visade sig barn

och äldre vara, medan avståndet för medelålders personer hade ett nästan försumbart inflytande.

12.6 Orsaker till bristande jämlikhet

WHO indelar hindren och förutsättningarna för en vård på lika villkor – i betydelsen att vårdutnyttjandet skall motsvara behoven – i följande grupper (3)

- geografiska
- ekonomiska
- kulturella
- organisatoriska

Nedan diskuteras några orsaker till den bristande jämlikhet som konstaterats i tidigare avsnitt.

1 Den varierande läkartätheten är en grundläggande orsak till skillnader i vårdutnyttjande mellan olika delar av landet. Även om en viss utjämning skett mellan länen är läkartätheten i storstadslänen fortfarande närmare dubbelt så hög som i många mer glest befolkade län i södra och norra Sverige. Denna skillnad kan inte förklaras enbart med hänvisning till regionsjukvårdens omfattning.

2 Geografiskt avstånd är ett ofrånkomligt problem i glesbygden men kan vara det även i städerna för människor med rörelsehinder, småbarnsföräldrar m fl. Bristen på kvalificerad sjukvård i hemmet, genom hembesök av läkare och sköterska spelar här en väsentlig roll, liksom dåligt fungerande offentliga kommunikationer och otillräcklig färdtjänst.

3 Patientavgifter spelade tidigare en väsentlig roll för tandvårdens tillgänglighet. Genom tandvårdsförsäkringen förbättrades tillgängligheten för stora grupper. Under senare år har höjningar av patientavgifter i hälso- och sjukvården diskuterats, inklusive för tandvård, läkemedel, sjuktransporter och långtidsvård. Den samlade effekten av dessa avgifter kan, om de diskuterade höjningarna genomförs, bli betydande för människor med stora vårdbehov och små inkomster.

4 Sjukvårdens begriplighet upplevs av befolkningen som ett stort problem. De som arbetar i vården är ofta unga och välutbildade och patienterna är äldre och lågutbildade. Människors referensram, språk, möjligheter att snabbt uppfatta information och ordinationer torde variera avsevärt. Därmed blir människors möjlighet att själva påverka sin vård starkt varierande, vilket i sin tur torde medföra att effekten på deras hälsa och välbefinnande bli olika.

5 Människor har svårt att veta vart de skall vända sig vid sjukdomsfall. Problemet är kanske störst i storstädernas mycket differentierade och specialiserade sjukvårdssystem. Endast hälften av landets befolkning har en fast läkare att vända sig till vid behov – för glesbygdsbor och ej förvärvsarbetande endast en tredjedel. Invandrare har särskilt svårt att tillgodogöra sig information om var man skall söka vård i olika situationer (82).

6 Organisatoriska förhållanden i sjukvården som telefontider, väntetider, öppethållande etc framhålls ofta som väsentliga problem. De tenderar dessutom att vara hinder som främst drabbar människor med små resurser till följd av sjukdom, trötthet, språksvårigheter m m (82).

12.7 Otillfredsställda vårdbehov

Otillfredsställda vårdbehov kan orsakas av dels brist på kontakt med det professionella vårdsystemet, dels inadekvat vård när kontakt har erhållits.

Båda dessa typer av otillfredsställda vårdbehov är dåligt kartlagda inom svensk hälso- och sjukvård. En grundläggande orsak till detta är vårdorganisationens och därmed informationens ensidiga fokusering på patienten snarare än på befolkningen i dess helhet. Alla som har ett vårdbehov förutsätts kunna/vilja uttrycka sitt vårdbehov i en efterfrågan på vård som når fram till rätt vårdgivare vid rätt tillfälle.

De studier som gjorts bland annat i början på 1970-talet – och som refererats i HS 90-projektets rapport "Ohälsa och vårdutnyttjande" – pekar mot att stora otillfredsställda, professionellt definierade vårdbehov utgör en av de stora vårdpolitiska frågorna (83). De skillnader i morbiditet och mortalitet, som tidigare redovisats för olika socioekonomiska grupper, gör det än angelägnare att klarlägga, om de grupper som har de största behoven också erhåller vård efter behov. För detta krävs uppgifter både om kontakt med vårdsystemet och om vårdens kvalitet och effekt.

Med hänsyn till de fakta som finns om vårdutnyttjande och vårdbehov torde det dock vara rimligt att anta att de otillfredsställda behoven av läkar- och tandläkarvård minskat avsevärt under 1970-talet och blivit mer jämnt fördelade mellan olika socioekonomiska grupper. Beträffande behov av omvårdnad och förebyggande insatser är kunskapen betydligt sämre.

13 Vårdpolitiska konsekvenser

13.1 Vårdpolitiska jämlikhetsmål

Välfärdspolitiken i Sverige har liksom i många andra länder i hög grad byggt på ambitionen att minska de sociala klyftorna i samhället genom uppbyggnad av en offentlig, social sektor för vård och omsorg samt olika typer av bidrag.

En geografiskt relativt jämn fördelning av de offentliga hälso- och sjukvårdsresurserna har också åstadkommits. Kvarstående och i vissa fall ökande skillnader i vårdutnyttjande beror i första hand på en mycket ojämn fördelning av privat vård. Storstadsregionerna har 5-10 gånger fler besök hos företags- och privatläkare än glesbygdslänen i relation till folkmängden.

Det övergripande målet för hälso- och sjukvården är att åstadkomma en god hälsa för hela befolkningen, vilket bland annat innebär minskade klyftor i ohälsans fördelning. Som tidigare nämnts återstår mycket innan vi närmar oss detta mål. Samtidigt måste man konstatera att de nödvändiga åtgärderna i första hand ligger utanför hälso- och sjukvårdens ansvarsområde. En mycket stor del av hälso- och sjukvårdens verksamhet har karaktär av omvårdnad, tröst och lindring, åtgärder som inte kan förväntas ha påtagliga effekter på dödlighet, insjuknandefrekvens och funktionsförmåga.

Detta får dock inte hindra ambitionen att åstadkomma en fördelning av vårdresurserna som motsvarar människors behov – en vård på lika villkor. Detta mål kan uppdelas i exempelvis följande delmål (80)

- jämlikhet i resursutbud. Vårdutbudet varierar f n ganska betydligt mellan olika regioner
- jämlikhet i vårdutnyttjande. Vårdutnyttjande bland människor med i grova termer likvärdiga vårdbehov varierar
- jämlikhet i tillgänglighet. Hinder i sjukvårdens tillgänglighet av typ patientavgifter, avstånd, väntetider och begriplighet påverkar människor olika beroende på deras inkomst, rörelseförmåga, utbildning och språk m m
- jämlikhet med avseende på vårdens effekt. Om hälso- och sjukvårdens effekter på olika grupper vet vi mycket litet. Mycket talar dock för att människors möjligheter att förstå och följa medicinska ordinationer m m är starkt varierande.

13.2 Vårdpolitiska riskgrupper

Efter den tidigare genomgången kan konstateras att vissa befolkningsgrupper kan förmodas ha större svårigheter att få sina vårdbehov tillfredsställda än andra människor

- äldre har omfattande sociala och medicinska vårdbehov. Behovet av omvårdnad från samhällets sida är stort för denna grupp, inte minst bland ensamboende. Samtidigt talar tillgängliga data för att de äldres vårdbehov i relativt hög utsträckning tillfredsställs inom sluten vård medan andelen besök i öppen vård är relativt låg. I en period av omfördelning av resurser från sluten länssjukvård till öppen vård och hemsjukvård blir det särskilt angeläget att följa de äldres situation och analysera i vilken utsträckning de får sina behov av omvårdnad tillfredsställda i en förändrad vårdstruktur
- glesbygdsbor är till följd av den alltjämt sneda läkarfördelningen och betydande avstånd en utsatt grupp. Andelen glesbygdsbor som anger sig ha fast läkare att vända sig till har sjunkit under senare år
- utländska medborgare, särskilt sydeuropeiska, har relativt sällan fast läkare. De upplever ofta behov av vård utan att söka. Deras vårdefterfrågan är troligen mindre adekvat än andra gruppers. De har betydande problem beträffande tillgänglighet på grund av språk, låg utbildning, annan kulturell bakgrund, brist på tolkservice etc. Detta utvecklas vidare i HS 90-rapporten: "Invandrarna inom hälso- och sjukvård" (SOU 1984:45)
- lågutbildade människor upplever svårigheter med att komma till tals med vårdpersonal och att få förståelig information om sina sjukdomar, ordinationer och råd. Särskilt påtagliga är dessa problem för lågutbildade med annorlunda klassbakgrund än den läkare och sköterskor har. Det läggs idag allt större vikt vid psykoterapeutiska arbetssätt, hänsyn tas till patientens integritet m m. Dessa strävanden är väsentliga. Det gäller dock att se till att resultaten av dessa strävanden inte bara blir förbehållna de välutbildade
- förtidspensionärer och långvarigt arbetslösa är en grupp som i dagens samhälle är mycket utsatta på grund av dels dålig hälsa, dels sämre materiella förhållanden och social isolering. Det kan därför finnas anledning att särskilt uppmärksamma denna grupp i hälso- och sjukvården. Behovet av uppsökande verksamhet bland människor med långvariga psykiska handikapp och rörelsehinder har visat sig betydande. Bristen på hembesök ifrån primärvården, svårigheter i samverkan mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten samt behovet av särskilda boendeformer för dessa grupper är centrala frågor i detta sammanhang.

13.3 Förslag till åtgärder

Strävandena att åstadkomma en jämnare läkarförsörjning till olika delar av landet måste fortsätta och effektiviseras. Läkarfördelningen inom landstingsområdena bör också få en ökad uppmärksamhet. Utbyggnaden av

företagshälsovård har varit koncentrerad till tätorterna. Ett förverkligande av företagshälsovårdsutredningens förslag torde även ha relevans i ett jämlikhetsperspektiv. Utbyggnaden av privat läkarvård har också varit mycket ojämn över landet. För att uppnå en rättvis läkarfördelning krävs olika typer av styrmedel. Sådana styrmedel har också föreslagits i regeringens proposition 1983/84:190 om vissa ersättningar till sjukvårdshuvudmännen m m. Där föreslås bland annat "att nya privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster förs upp på försäkringskassornas förteckning endast efter tillstyrkan av respektive sjukvårdshuvudman". Försöksvis kommer man att ha en fri anslutningsrätt inom glesbygdslänen i norra Sverige. En utgångspunkt i propositionen är att "privatpraktikerkåren skall behållas på nuvarande totalvolym men att en jämnare regional fördelning skall eftersträvas".

Det är i detta sammanhang viktigt att man i läkarfördelningsprogram m m tar hänsyn till behovens varierande omfattning i olika sjukvårdsområden och primärvårdsområden.

En fortsatt satsning på utbyggnad av primärvården är en grundläggande förutsättning för hälso- och sjukvård med bättre tillgänglighet och kontinuitet. Inte minst i storstäderna där vårdutbudet är starkt differentierat är det väsentligt att primärvården satsar på lättillgänglighet. Många praktiska detaljer är därvid av stor betydelse som information beträffande t ex telefonnummer, telefontider, vem man i första hand ska vända sig till – vårdlag, familjeläkare, distriktssköterska.

Avstånd är i första hand ett problem i glesbygden, där välutvecklade offentliga kommunikationer, färdtjänst m m är av avgörande betydelse för många som inte har egen bil. För många äldre, handikappade, småbarnsfamiljer m fl är även mindre avstånd ett väsentligt problem. Hembesök av distriktssköterska och läkare kan förbättra tillgängligheten och kvaliteten i vården.

En lång rad förslag till organisatoriska förbättringar av tillgänglighet har föreslagits i Spri:s servicekampanj: Generösare telefontider, även på kvällarna, möjligheter att lämna besked och bli uppringd, möjligheter att minska väntetiderna genom att differentiera avsatt tid för varje patient och lägga in tider för oförutsedda patienter, besked om väntetidens längd och på vilket sätt man prioriterar olika patienter vid akutmottagningarna. Därtill kommer olika åtgärder vid planering av återbesök i syfte att öka läkarkontinuiteten (82).

Ökande patientavgifter inte bara inom tandvård utan även inom hälso- och sjukvården i övrigt kan i samband med sjunkande reallöner få ökad betydelse för människors lika möjligheter till vård. Några mätbara effekter kan för närvarande inte påvisas i tillgänglig statistik, men den samlade effekten av avgifter till läkarbesök, sjukvårdande behandlingar, läkemedel och sjuktransport torde bland annat för barnfamiljer bli mycket kännbara. Ett särskilt problem gäller vårdavgiften i sluten vård. Det är av stor betydelse att ständigt bevaka dessa patientavgifters inverkan på vårdutnyttjandet så att inte negativa bieffekter uppstår genom att vårdtagare exempelvis tvingas säga upp sin permanenta bostad av ekonomiska skäl och därmed avskära sig från en viktig förutsättning för återgång till vård i hemmet. Höjda avgifter kan aktualisera översyn av det befintliga högkostnadsskyddet.

Att främja sjukvårdens begriplighet kräver insatser på många nivåer. Vårdgivarna måste anstränga sig att tala en begriplig vardagssvenska och undvika medicinska fackuttryck. De måste också kontrollera att patienterna förstått budskapet i den information som lämnats. Patienterna måste i ökad utsträckning få läsa sina journaler, få dem förklarade och också få stöd genom att man på olika sätt organiserar grupper av patienter med liknande sjukdomar. Inte minst för psykiska och psykosomatiska åkommor består vården av att terapeuten försöker få patienten att förstå orsaksmekanismen till sina besvär. Detta ställer stora krav på terapeutens utbildning och förståelse för levnadsvillkoren hos människor i olika åldrar, kön, klasser och av olika nationalitet. För invandrarna är därutöver särskilda resurser i form av tolkservice m m av stor vikt.

13.4 Medborgarinflytande

Enligt HSL skall hälso- och sjukvården planeras med utgångspunkt i människornas behov. Samtidigt gör det begränsade ekonomiska utrymmet det allt viktigare att prioritera i resursfördelningen. För detta krävs å ena sidan en detaljerad kunskap om befolkningens behov av hälso- och sjukvårdens tjänster och å andra sidan en kunskap om kvalitet och effekt hos olika åtgärder. Det är politikerna som ska tolka människors behov och önskemål och i en dialog med hälso- och sjukvårdens företrädare avgöra resurstilldelningen till olika medicinska verksamheter. Endast det rent medicinska ansvaret för behandlingen av den enskilda patienten undantas från landstingspolitikernas ansvar och inflytande.

Inom ramen för denna demokratiska process är det angeläget att vidareutveckla och förstärka den lokala dialogen med befolkningen. Detta gäller i särskilt hög grad de många kvaliteter i vården såsom trygghet, integritet och självbestämmande, som inte går att beskriva i kvantitativa termer.

Hälso- och sjukvårdssektorn har – i jämförelse med flertalet andra samhällssektorer – präglats av få och relativt outvecklade former för direkt medborgarinflytande och lokal politisk förankring.

Frågan om hur man skall kunna förstärka den kommunala självstyrelsens lokala förankring har behandlats i ett flertal utredningar i Sverige under 1970-talet. I direktiven till 1983 års demokratiberedning läggs stor vikt vid en förändring av den kommunala verksamheten för att öka medborgarnas aktiva medverkan, delaktighet och ansvar. Det skall finnas möjligheter att ta tillvara deras intresse och medansvar. Detta får dock inte ske till priset av nedrustning och återgång till privatiserad service. Brukarnas och folkrörelsernas rätt betonas. En decentralisering av den kommunala organisationen kan vara till fördel för effektiviteten och demokratin.

HSL har också inneburit en förstärkning av politikernas ställning inom hälso- och sjukvården. Men en förutsättning för att de förtroendevalda skall kunna ha en detaljerad kunskap om behovens djup och omfattning är att det lokala förtroendemannainflytandet förstärks. Då kan politikerna fatta beslut i enlighet med lokala variationer i befolkningens önskemål och behov.

Senare års reformer på arbetsmarknaden med medbestämmandelag etc

har ökat de anställdas inflytande och denna utveckling måste motsvaras av ett ökat brukarinflytande över vårdsektorn. En förstärkning av det lokala demokratiska inflytandet över olika verksamheter inom den offentliga sektorn har således ett egenvärde och hög politisk prioritet.

Ett sätt att öka förutsättningarna för denna typ av utveckling är att arbeta med en rambudget för varje primärvårdsdistrikt där man i årliga verksamhetsplaner fördelar resurserna mellan olika hälso- och sjukvårdsverksamheter inom distriktet efter behov. Det är viktigt att en sådan reform av landstingens budgetsystem knytes till en demokratisk reform som säkrar ett ökat brukarinflytande över prioriteringar och resursfördelning. En viktig utgångspunkt för denna planeringsform är att den utgår både från befolkningen och ett vårdnivå- eller vårdgrensperspektiv.

Den satsning på hälsopolitiska insatser i form av hälsoupplysning och medverkan i samhällsplaneringen som har föreslagits i HS 90 kan heller inte genomföras utan ett aktivt och brett deltagande av befolkningen och dess lokala folkrörelseorganisationer. Om befolkningen skall ta ökat ansvar för sin egen hälsa måste den ha ett större ansvar för hälso- och sjukvårdens verksamhet.

Formerna för ett ökat medborgarinflytande bör således vidareutvecklas och preciseras på såväl nationell som lokal nivå, eftersom ett ökat brukarinflytande är en avgörande förutsättning för att förverkliga flertalet av de hälso- och vårdpolitiska mål som anges för HS 90-studien.

Block C
Behovsbaserad resursfördelning

14 Vårdbehov och resursfördelning

14.1 Hälso- och sjukvårdslagen

HSL anger att "landstingskommunen ska planera hälso- och sjukvården med utgångspunkt i befolkningens behov av hälso- och sjukvård. Planeringen skall avse även den hälso- och sjukvård som erbjuds av annan än landstingskommunen." (§7).

Vidare har i proposition 1981/82:97 preciserats att "landstingskommunernas planering av hälso- och sjukvården bör utgå från människornas samlade behov och statsmakternas övergripande prioriteringar. Den ekonomiska återhållsamhet som kommer att prägla utvecklingen under det närmaste decenniet gör detta än mer viktigt. Planeringen bör utgå från primärvården med hänsyn till att den utgör basen i hälso- och sjukvårdsorganisationen med särskilt ansvar för åtgärder i syfte att främja befolkningens hälsa. Planeringen bör även avse sådan hälso- och sjukvård, som bedrivs av andra vårdgivare än landstingskommunen. Vid planeringen förutsätts en samverkan med andra myndigheter och organisationer inom länet, främst primärkommunerna".

En konsekvens av lagens formuleringar är att resurserna måste fördelas efter behoven. Om vårdbehoven varierar med kön, ålder, civilstånd och socioekonomisk grupp och befolkningen i olika upptagningsområden har olika sammansättning, varierar även vårdbehoven mellan olika geografiska områden. Geografiska skillnader beträffande hälsorisker kan också leda till olikheter i vårdbehov. Följaktligen bör även resurserna fördelas olika till olika områden.

Mot denna bakgrund kommer nedan att belysas möjligheter och begränsningar att utnyttja hälsodata direkt eller indirekt via demografiska och socioekonomiska bakgrundsvariabler vid fördelning av resurser mellan

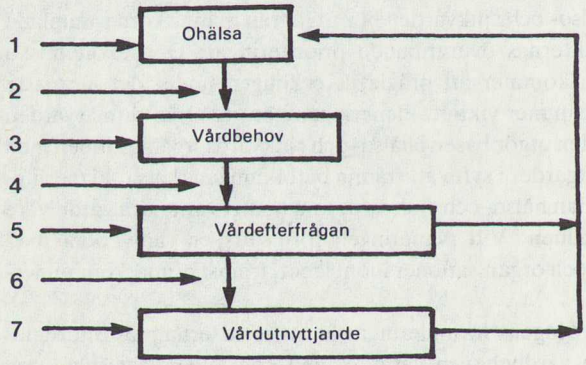
- geografiska områden
- åtgärder (t ex förebyggande, behandlande, rehabiliterande, omvårdande)

- verksamhetsområden (öppen och sluten vård, primärvård, länssjukvård, specialiteter m m).

14.2 Ohälsa och vårdutnyttjande – en begreppsmodell

Svensk sjukvårdsplanering under 1970-talet har i hög grad byggt på olika beräkningar av efterfrågan på vård. Man har utifrån en beskrivning av hur sjukvården utnyttjats i nuläget och gjort framskrivningar med hänsyn tagen till befolkningsutveckling, åldersstruktur, medelvårdtider, teknisk utvecking etc. Man har varit väl medveten om att sjukvårdsutnyttjandet är starkt beroende på vårdutbudet och man har sökt korrigera för detta genom att ta hänsyn till den efterfråga som kommer till uttryck i köbildning etc. Begreppet vårdbehov har sällan haft någon väldefinierad innebörd utan har ibland använts synonymt med ohälsa, ibland synonymt med efterfrågan eller vårdutnyttjande.

För den fortsatta diskussionen är det av strategisk betydelse att hålla isär begreppen ohälsa, vårdbehov, vårdutbud, vårdefterfrågan och vårdutnyttjande. Här följer en kort diskussion av relationerna mellan dessa begrepp med utgångspunkt i modellen i figur 14.1



Figur 14.1 Modell för vårdutnyttjande (modifierat efter Smedby (84)).

1 Befolkningens hälsotillstånd och dess konsekvenser för individ och samhälle påverkas av miljö, levnadsvanor, förebyggande insatser inom hälsovård m m.

2 Vissa hälsoproblem anser individen själv eller en utomstående (professionell) bedömare bör åtgärdas och man talar då om behov av vård.

3 Med vårdbehov menas här den vård någon bedömer att befolkningen behöver vid ett visst hälsotillstånd. Behovet bör således uttryckas som krav på åtgärder (eller resultat). Behovets omfattning och karaktär bygger på en analys av vad det är som behövs. I planeringen kan man här använda sig av olika normer och kriterier för beräkning av behov. En naturlig utgångspunkt är HSL:s mål om en god hälsa för hela befolkningen eller konkretiseringar av detta mål.

4 Beroende på individens bedömning av sina symtom och hjälpbehov börjar hon aktivt efterfråga vård (professionell eller annan). Denna primära vårdefterfrågan påverkas av en lång rad sociala och psykologiska faktorer som exempelvis utbildning, inkomst, förväntningar, könsroller m m.

5 Vårdefterfrågans omfattning och karaktär styrs av vilka alternativa vårdmöjligheter som finns (släkt, vänner, privat och offentlig sjukvård, alternativa vårdgivare etc). Men det styrs också av bland annat individens förväntningar på vårdens effekt hos olika vårdgivare, kunskap och behandlingsideologi m m. För planeringen är det centralt att skilja på den av befolkningen initierade *primära* vårdefterfrågan och den *sekundära* vårdefterfrågan som alstras inom systemet genom professionella beslut om inläggning, remisser m m. Framför allt är efterfrågan på de mest kostsamma vårdinsatserna som sluten vård och specialistvård till största delen sekundär.

6 Vilken vård efterfrågan leder till beror på vårdutbud, produktivitet samt olika geografiska, socioekonomiska, kulturella och organisatoriska hinder för tillgängligheten.

7 Vårdutnyttjandets karaktär och omfattning beror på hur vårdstrukturen ser ut samt hur remisser och annat styr den sekundära vårdefterfrågan.

(För en översikt om detta område se SOU 1981:2 kapitel 4-7 samt referens 85-91).

14.3 Demografisk struktur och vårdbehov

14.3.1 Åldersfördelning

Befolkningens åldersstruktur är av helt avgörande betydelse vid en bedömning av dess vårdbehov.

Med få undantag är alla typer av ohälsa starkt åldersrelaterad. Om man jämför med åldersgruppen 1-14 år är t ex andelen vårdade i sluten vård dubbelt så hög i åldersgruppen 45-64 år, fem gånger så hög i åldersgruppen 75-84 år och sju gånger så hög i åldrar över 85 år. Om man mäter i allvarligare konsekvenser av ohälsa, som t ex dödlighet, är motsvarande relationer betydligt större.

Befolkningens åldersstruktur beaktas också nästan alltid i långsiktig hälso- och sjukvårdsplanering. Planerarna har således försökt ta hänsyn till den för vårdbehovet mest betydelsefulla faktorn.

Vid en jämförelse mellan landsting med olika andel äldre kan man dock samtidigt konstatera, att detta inte återspeglas i kostnaderna per capita för hälso- och sjukvård. Detta har visats i en av HS 90:s förstudier (92).

Däremot pekar olika studier – som bland annat redovisats i sekretariatspromemoria 2 från HS 90-projektet – mot att skatteunderlag per invånare är den viktigaste enskilda förklaringsfaktorn till skillnader i den totala sjukvårdskonsumtionen per invånare.

14.3.2 Familjeförhållanden

Den demografiska utvecklingen i samhället påverkar också i hög grad våra möjligheter att inom familjen eller släkten ta hand om anhöriga, barn och äldre vid mindre allvarliga sjukdomstillstånd. Aktuella studier av åtgärder vid smärre hälsoproblem i barnfamiljer (91) talar för att över 80 procent handläggs inom familjen, ytterligare några procent av släkt och endast 5-10 procent av professionella vårdgivare.

I tidigare avsnitt har redovisats att också andra demografiska faktorer än ålder och kön har betydelse för att förklara olikheter i hälsotillstånd. Klara skillnader finns i alla undersökningar, där denna faktor kan analyseras, mellan dem som sammanbor och dem som inte gör det. I de flesta sammanhang är dessutom de, som enligt civilståndsuppgifter tidigare levt under äktenskapsliknande former, de hälsomässigt sämst ställda.

Enligt SCB:s befolkningsprognoser kommer framför allt relationen mellan antalet äldre och antalet i förvärvsaktiva åldrar att förändras efter sekelskiftet. Innan dess kommer antalet personer över 80 år dock att fortsätta öka något. Därtill kommer en ökande kvinnlig förvärvsintensitet. Om den kvinnliga förvärvsintensiteten kommer att öka i samma takt de kommande åren, som den gjort under perioden 1970 – 1980, kommer den år 2000 att ha nått ett troligt maximum på 90 procent. Tillgången till informella vårdgivare för hjälp åt äldre inom familjens ram har beräknats i tabell 14.2. (jfr 94)

Dessa beräkningar bygger på rikssiffror, men det kan vara av stort intresse att göra lokala beräkningar på landstings- eller kommunnivå för att bedöma omvårdnadsbehovets förändringar i tid och rum.

Ett annat förhållande av stor betydelse för den informella omsorgen är hushållsstrukturen. Ensamboendet blir allt vanligare.

Tabel 14.1 Omsorgen och den demografiska utvecklingen 1970 – 2025

	1970	1980	1990	2000
Antal barn under 15 år per 100 inv i åldern 25–54 år	58	54	44	44
Antal äldre över 70 år per 100 inv i åldern 25–54 år	6	8	10	11

Källa: (93)

Tabell 14.2 Befolkningsutveckling och kvinnlig förvärvsintensitet 1970 – 2025

	1970	1980	1990	2000
Antal äldre över 70 år per 100 icke–förvärvsarbetande kvinnor 25–54 år	35	97	248	404
Kvinnlig förvärvsintensitet (%)	64	83	92	94

Källa: (93)

Tabell 14.3 Antal hushåll efter storlek (1 000 tal) 1950 – 1980

	1 person	2 personer	3 eller flera personer	Totalt
1950	493	591	1 301	2 385
1965	621	770	1 387	2 778
1980	1 148	1 090	1 260	3 498

Källa: FoB

Tabell 14.4 Sociala kontakter bland pensionärer och handikappade enligt ULF 1977/78

	Andel ensamboende utan familje-kontakt	Ingen läkare, tandläkare eller advokat bland sina vänner
	(%)	(%)
Förtidspensionärer och långvarigt arbetslösa (55-64 år)	16,1	84,0
Rörelsehindrade (16-74 år)	10,4	84,8
Ålderspensionärer (65-74 år)	10,2	79,3
Med nedsatt arbetsförmåga (16-74 år)	11,9	80,1
Befolkningen totalt (16-74 år)	6,1	68,4

Källa: (63)

1980 bodde 14 procent av befolkningen i en-personshushåll jämfört med sju procent 1950. Eftersom en så stor del av den enklare egenvården utförs inom hushållets ram, är det uppenbart, att sjukvårdsbehovet ökar till följd av denna utveckling. Därtill kommer att just sjuka och handikappade tenderar att vara mest isolerade.

Mot bakgrund av fakta som dessa kan konstateras att behovet av professionell vård kommer att öka starkt under de närmaste årtiondena på grund av dels ökad andel äldre, dels minskande möjligheter till vård och omsorg från släkt och vänner.

En angelägen uppgift är att regionalt och lokalt söka kvantifiera de ökade vårdbehov, som uppstår genom dessa förändringar i åldersstruktur respektive "informella vårdmöjligheter".

14.4 Socioekonomisk struktur och vårdbehov

Den beskrivning av ohälsans sociala och yrkesmässiga fördelning som tidigare redovisats ger en lika entydig bild av olikheter i ohälsans fördelning mellan sådana grupper som mellan åldersgrupper.

Socialgrupp III har genomgående avsevärt mindre möjligheter att leva ett hälsosamt liv än socialgrupp I. Högriskgrupperna för sjukdom och tidig död återfinns nära nog uteslutande inom vad som kan benämnas "arbetaryrken".

I motsats till befolkningens åldersfördelning beaktas sällan eller aldrig olikheter i befolkningens socioekonomiska struktur vid bedömningen av vårdbehoven. I denna rapport kommer därför särskild uppmärksamhet att ägnas åt underlag och metoder för att i praktisk planering och resursfördelning även beakta sådana skillnader.

Därvid ses som ett minimikrav – för att uppfylla HSL:s krav på att planeringen skall utgå från befolkningens samlade vårdbehov – att man tar hänsyn till olikheter som är relaterade till såväl ålder som familjeförhållanden och socioekonomisk struktur vid fördelning av resurser såväl mellan som inom landsting.

Detta innebär inte att socioekonomisk struktur – lika lite som ålder – ersätter behovet av att också direkt använda olika hälsodata som underlag för planering och uppföljning av hälso- och sjukvårdens insatser.

Hälso- och sjukvårdsplanering är – och kommer sannolikt alltid att vara – en process där många mål och krav på resurser måste vägas samman. Genom att explicit föra in befolkningsrelaterade bedömningar av vårdbehov i denna process ökar dock sannolikheten för ett ur folkhälsosynpunkt effektivt utnyttjande av tillgängliga finansiella och personella resurser.

15 Från utbudsstyrd till behovsbaserad planering

15.1 Utbudsstyrd planering

Sjukvårdsutbudet är av avgörande betydelse för vårdutnyttjandets omfattning och inriktning (95).

I HS 90:s förstudier (SOU 1981:2 kapitel 6-7) redovisades kartläggningar som visade på mycket stora skillnader i vårdutnyttjande inom sluten somatisk korttidsvård och sluten psykiatrisk vård mellan olika landstingsområden. Denna förstudie har utvecklats något i en riksomfattande studie av Spri (96) och en studie av socialstyrelsen (97) som koncentrerat sig på kommunala skillnader inom Hallands län. Några resultat från de två sistnämnda studierna har sammanfattats i tabellerna 15.1 och 15.2.

Från jämförelserna av olika landsting kan man dra följande slutsatser

- om man summerar olika vårdformer (öppen och sluten korttids- och långtidsvård, somatisk och psykiatrisk vård förutom kommunal äldreomsorg) får man betydligt mindre regionala skillnader i vårdutnyttjande, än om man endast jämför en vårdform för sig
- sjukvårdskostnaderna varierar betydligt och ligger ofta högt i län, där man med hänsyn till åldersstrukturen kan förvänta sig ett stort vårdbehov. Det är samtidigt landsting med relativt omfattande korttidsvård och dåligt utbyggd offentlig primärvård. Särskilt starkt är dock sambandet med skattekraften
- det finns betydande geografiska skillnader med avseende på olika indikatorer på vårdbehov (ålder, dödlighet, förtidspension och långvarig sjukdom). Samtidigt varierar antal vårdade i olika vårdformer mellan olika områden. Samvariationen mellan behovsmått och vårdutnyttjande är emellertid måttlig (r=0.4-0.6 beroende på hur man räknar). I grova drag finns dock ett mönster med hög sjuklighet, högt vårdutnyttjande och höga sjukvårdskostnader i norr-landstingen (BD, AC och Z) samt storstadskommunerna Göteborg och Malmö. Låg sjuklighet och lågt vårdutnyttjande finns i syd-landstingen (M, N, L). Särskilt ojämnt fördelad är öppenvården främst beroende på starkt varierande utbyggnad av privatläkarvård och företagshälsovård. (Malmö kommun 1,45 besök hos privat- eller företagsläkare per invånare mot 0,12 i Norr- och Västerbotten)
- i Hallandsstudiens redovisning av vårdutnyttjande och indikatorer på

ohälsa och hälsorisker på kommunnivå finns ett ganska likartat mönster

- de olika vårdformerna (korttidsvård, långtidsvård och kommunal äldreomsorg) tycks delvis komplettera varandra så att det totala vårdutnyttjandet inte uppvisar lika stora skillnader som varje vårdform för sig
- vissa betydande skillnader i indikatorer på ohälsa och hälsorisker motsvaras inte av likartat geografiskt mönster i vårdutnyttjande. Även här tycks vårdutbudets storlek, närhet till lasarett etc, spela den avgörande rollen.

Sammanfattningsvis kan konstateras att dessa geografiska jämförelser visar – liksom tidigare studier – att vårdutnyttjande har starkare samband med fördelning av vårdutbud än med fördelning av ohälsa.

De planeringsmetoder som användes under 1970-talet följde oftast de riktlinjer, som socialdepartementets sjukvårdsdelegation framlade i juni 1972 på grundval av en Spri rapport (84). Målen för hälso- och sjukvården formulerades i termer av resursutbud och prestationer. Man utgick vanligen från det aktuella sjukvårdsutnyttjandet och tog hänsyn till köbildning m m i syfte att skapa sig en bild av den verkliga efterfrågan. Den framtida efterfrågan beräknades sedan med hjälp av vissa framskrivningar, som tog hänsyn till utvecklingen av befolkningens antal, dess åldersstruktur, medelvårdtider på olika kliniker inklusive medicinsk/teknisk utveckling. En annan riktlinje för planeringen var prioriteringen av primärvård, långtidsvård och öppen psykiatrisk vård.

Det mest slående vad avser resursutvecklingen inom hälso- och sjukvården under 1970-talet har varit diskrepansen mellan planerad och faktisk utveckling (92).

En planering, som bygger på en vårdefterfrågan, som är styrd av rådande vårdstruktur, tenderar att konservera denna struktur. Detta är en allvarlig svaghet i den tillämpade planeringsmetodiken. Samtidigt ökar framskrivningstekniken de totala kostnadsanspråken till följd av den aktuella befolkningsutvecklingen.

Rådande resursfördelning tycks inte heller helt motsvara behovsfördelningen i befolkningen och ständigt ökande resursanspråk är inte förenliga med landets ekonomiska utveckling i stort.

Utgångspunkterna för den diskussion som följer är mot denna bakgrund

- att planeringen måste syfta till att ange en relativ resursfördelning mellan befolkningsgrupper och verksamheter inom en given resursram. (De fördelningsmodeller som kommer att diskuteras syftar således inte till att ange en "behovsrelaterad totalram" utan att – i enlighet med HSL:s intentioner – fördela resurser inom samhällsekonomiskt givna ramar)
- att denna resursfördelning ska syfta till att uppfylla de hälso- och sjukvårdpolitiska mål som tidigare redovisats d v s att resurserna ska fördelas efter befolkningens behov och till de åtgärder och verksamhetsområden som effektivast leder till uppställda mål om en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen.

Tabell 15:1 Sjukvårdskostnader m m i några landsting 1980. Index där riksgenomsnittet = 100. *Köns- och åldersstandardiserade värden.

	Skatte-underlag	Offentlig öppen och sluten vård		Sluten vård och kommunal äldre omsorg*	Antal besök hos privat & offentl läkare, sköterska, sjukgymnast	Dödlighet 1969–1978 + långvarig sjukdom* 1975–1977	Sjuktal + andel pensionärer* 1980
		Andel vårdade* invånare	Kostnader	Andel vårdade invånare			
Norrbotten	118	114	109	115	88	105	109
Västerbotten	109	107	113	119	92	106	110
Jämtland	119	115	120	104	88	103	121
Gävleborg	99	86	96	95	106	108	118
Göteborgs kommun	99	112	119	90	131	105	129
Malmö kommun	99	106	125	84	137	98	109
Stockholm	113	105	101	104	113	103	104
Göteborgs & Bohus	97	102	89	95	80	95	103
Malmöhus	91	89	98	88	105	95	79
Halland	91	91	87	93	92	88	82
Kristianstad	97	88	92	92	94	96	86

Källor: SPRI-rapport 116/83, Statistisk årsbok för landstingen och Allmän försäkring 1980.

Tabell 15:2 Några sammanfattade resultat från studien Skillnader i sjukvårdsutnyttjande på kommunnivå inom ett landsting (Halland). Index, där länsgenomsnittet = 100.

Kommun	Vårddagar somatisk korttidsvård[a]	Långtidsvård[b]	Kommunal äldreomsorg[c]	Dödlighet[d]	Förtidspension[e]	Utbildningsnivå[f]	Nykterhet organisering[g]
Halmstad*	99	101	96	105	117	109	119
Laholm	84	84	103	94	111	88	70
Hylte	79	113	126	105	98	62	129
Falkenberg	97	102	109	95	86	84	125
Varberg*	120	90	97	102	89	98	91
Kungsbacka	97	110	86	92	88	123	54

[a]Ålders- och könsstandardiserad index 1979.
[b]Per invånare 70 år och däröver 1979.
[c]Andel på ålderdomshem eller med social hemhjälp per invånare 65 år och däröver 1979.
[d]Ålders- och könsstandardiserat dödstal 15–74 år 1969–78.
[e]Ålders- och könsstandardiserad andel förtidspensionärer 1979-12-31.
[f]Andel med eftergymnasial utbildning.
[g]Andel organiserad i frikyrkor eller nykterhetsorganisationer 1981.

*Läns(dels) sjukhus i kommunen.

15.2 Behovsbaserad resursfördelning

En konsekvent behovsbaserad planering bygger i princip på följande tre steg (98, 99, 100)

1 kartläggning av befolkningens ohälsa ur olika perspektiv (hälsorisker, diagnoser, dödlighet, symtom, funktionsnedsättning och handikapp)
2 normering av vilka förebyggande, behandlande och rehabiliterande åtgärder (vårdutnyttjande) som behövs för att nå uppställda mål
3 transformering av vårdutnyttjandet m m till resurser som behövs för att göra de planerade åtgärderna möjliga.

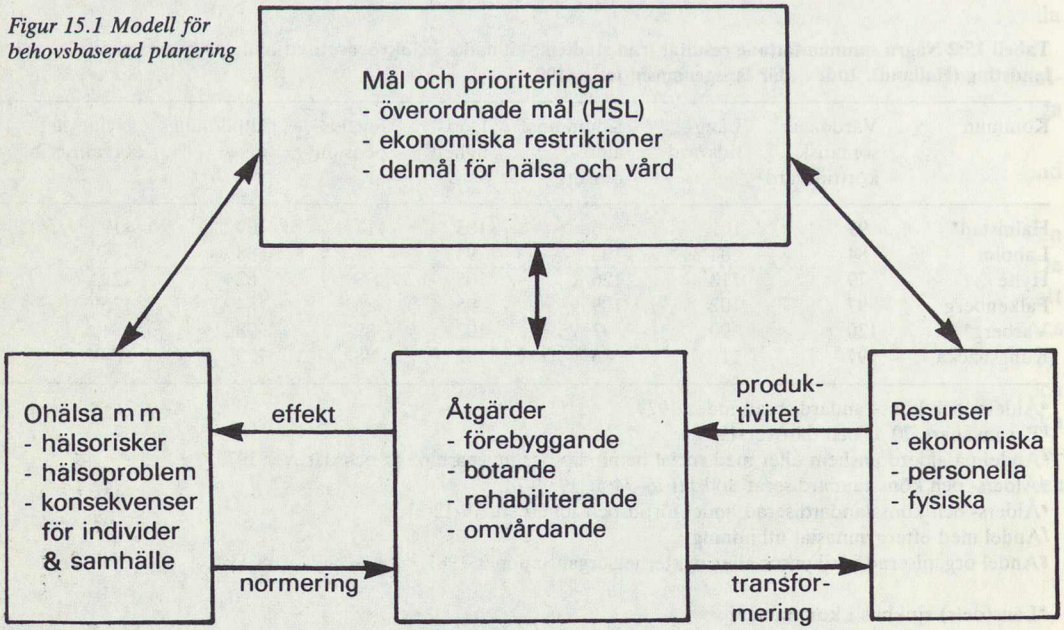
Steg 1 omfattar alltså kartläggning samt beslut om vilka perspektiv på ohälsan som ska vägas in i planeringsunderlaget.

Steg 2 omfattar en normering av insatser utifrån en värdering av vilka tillstånd som kan och bör påverkas genom förebyggande, behandlande och rehabiliterande insatser. Häri ligger också prioriteringar som diskuterats i kapitel 1, samt bedömning av olika åtgärders effekt.

Steg 3 innebär transformering av behövliga insatser till fysiska, personella och ekonomiska resurser. Häri ingår bedömningar av produktiviteten och vilka förutsättningar olika institutioner och organisationer inom och utanför hälso- och sjukvården har för att utföra olika uppgifter etc. Då den totala resursramen är given krävs i detta steg också en prioritering mellan olika åtgärder utifrån en bedömning av deras effektivitet i relation till uppställda mål. Modellen illustreras figur 15.1.

I praktiken saknas – som tidigare betonats – möjligheter att fullt ut följa denna modell. Den är dock av intresse som en referensram vid en diskussion om

Figur 15.1 Modell för behovsbaserad planering



- resursfördelning mellan geografiska områden – landsting, primärvårdsområden eller motsvarande
- resursfördelning mellan åtgärder (förebyggande insatser, behandling, rehabilitering och omvårdnad)
- resursfördelning mellan verksamhetsområden, d v s öppen och sluten vård, primärvård, somatisk korttidsvård, somatisk långtidsvård, psykiatri m m.

Resursfördelning i dessa tre dimensioner kan inte göras oberoende av varandra. De bör alla självfallet utgå från samma övergripande mål och prioriteringar. Principerna för en central fördelning av resurser till mindre geografiska områden kan således utformas i syfte att främja en ökad satsning på vissa åtgärder eller verksamhetsområden. Samtidigt måste en geografisk resursfördelning ses som ett bland flera medel till att uppnå uppställda hälso- och sjukvårdspolitiska mål.

I diskussionen om principerna för resursfördelningen ligger flera svåra avvägningar. Det gäller t ex avvägningen mellan å ena sidan att ge nationella och landstingskommunala prioriteringar och mål genomslag på den lokala nivån och å andra sidan att ta hänsyn till lokala behov, förutsättningar och prioriteringar.

15.3 Principer för behovsbaserad resursfördelning mellan geografiska områden

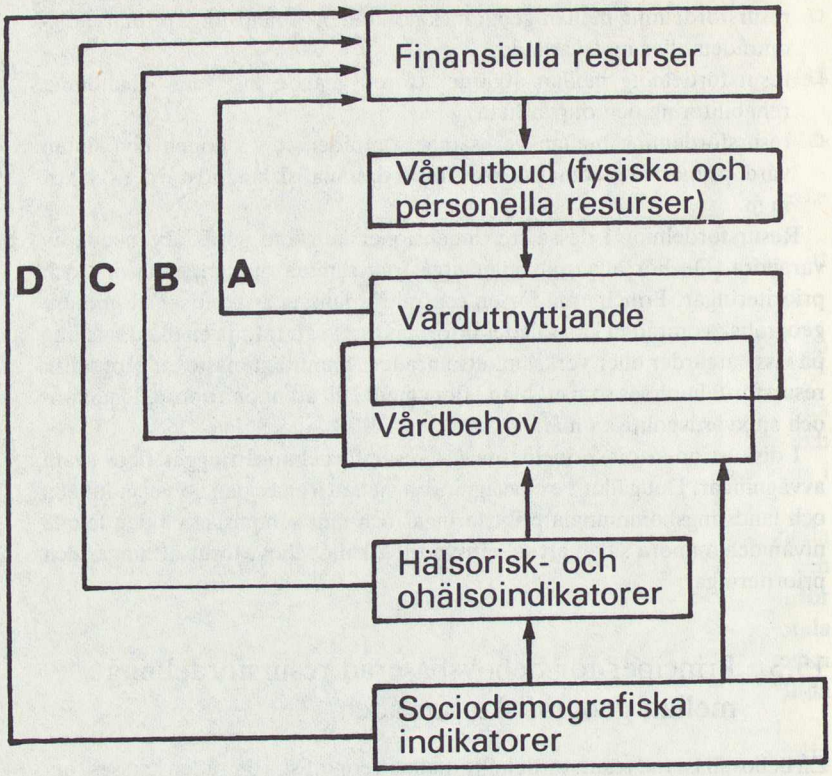
En behovsbaserad resursfördelning mellan geografiska områden kan ses som ett nödvändigt – men inte tillräckligt – steg för att uppnå "en vård på lika villkor" oberoende av bostadsort och socioekonomiska bakgrundfaktorer (80).

Ju större skillnaderna i behov är – beroende på exempelvis befolkningens ålders- och socioekonomiska struktur – desto väsentligare är det givetvis att resursfördelningen sker på basis av behovskriterier snarare än enbart befolkningsantal.

Det grundläggande antagandet är således att man genom att påverka den geografiska fördelningen av finansiella resurser till investeringar eller drift kan påverka vårdens tillgänglighet, innehåll och effekt så att den bättre motsvarar behoven hos olika grupper (101).

Med utgångspunkt i modellen i figur 15.2 kan man diskutera alternativ för användning av hälsodata som underlag för den geografiska fördelningen av resurser.

Alternativ A utgår från faktiskt vårdutnyttjande. Vårdutnyttjandet inom ett visst geografiskt område eller ett visst medicinskt verksamhetsområde blir kriterier på det geografiska områdets resursbehov respektive behovet av det aktuella medicinska verksamhetsområdet. Med tanke på att vårdutnyttjandet i ett visst geografiskt område – som tidigare redovisats – inte är en valid indikator på detta områdes behov av vård kan detta alternativ inte betraktas som behovsbaserat. Därtill kommer – som också tidigare betonats – att dagens vårdutnyttjande är uttryck för gårdagens vårdutbud, vårdstruktur och prioriteringar. Metoden får därför också en konserverande effekt vad avser omstruktureringar (t ex mellan länssjukvård och primärvård).



Figur 15.2 Modell för samband mellan finansiella resurser och alternativa behovsindikatorer.

Alternativ B bygger på att man direkt kan beräkna vårdbehovet. Detta är ej möjligt – det bästa vi kan göra är att söka efter bra indikatorer på vårdbehov. (Alternativ C respektive D eller kombinationer av dessa.)

Alternativ C utgår – liksom alternativ D – från att någon typ av ohälsomått kan tjäna som indikator på vårdbehov. Vid en geografisk resursfördelning jämför man det faktiska hälsotillståndet i olika geografiska områden med hjälp av något lämpligt mått. Det är tre källor som i första hand är aktuella för användning som hälsoindikatorer.

Dödsorsaksregistret ger mått på sjukdom och skada som framför allt är giltiga för vissa sjukdomar med hög letalitet (exempelvis hjärt- och kärlsjukdom, cancer, olycksfall, vissa psykiska problem som leder till självmord och missbruk). De torde vara bättre mått på sjuklighet bland medelålders än bland äldre. Dödligheten i unga år (exempelvis räknat som antal förlorade år före 65 års ålder) domineras starkt av självmord, olycksfall, hjärtinfarkt och alkoholskador. Sjukvårdsbehovet i befolkningen beror däremot också till mycket stor del på sjukdomar i rörelseorganen, psykiska besvär m m som bara i liten utsträckning leder till dödsfall. Långvariga sjukdomstillstånd och funktionsnedsättningar kan i själva verket vara resultat av vårdinsatser som hindrat dödsfall. Varje sådant förhindrat dödsfall kan innebära större behov av vård än ett dödsfall skulle ha gjort. En resursfördelning baserad på dödlighet kan således leda till sänkt resurstilldelning om resurskrävande insatser att förhindra dödsfall lett till lyckade

resultat. Slutligen finns en lång rad svårigheter att använda dödsorsaksstatistik på mindre befolkningsgrupper till följd av slumpmässiga variationer.

Fördelen med detta register är att det är lättillgängligt med jämförelsevis hög reliabilitet åtminstone vad gäller själva dödsfallen och dödsorsakerna bland yngre personer (se vidare 5,17,101-106).

Socialförsäkringsstatistiken över ersättningar för sjukfrånvaro och förtidspension är en annan lättillgänglig källa som är nedbrytbar på mindre geografiska områden. De slumpmässiga variationerna blir åtminstone vad gäller vissa mått på sjukfrånvaro mindre besvärande än i dödsorsaksstatistiken. Sjukfrånvaron är dock påverkbar med administrativa medel på ett sätt, som för små geografiska områden kan ge orimliga konsekvenser i statistiken. Det mått på nedsatt arbetsförmåga till följd av sjukdom, som denna statistik ger, är i första hand användbart för den anställda, heltidsarbetande delen av befolkningen. Övriga grupper torde mycket oftare vara sjuka utan att detta leder till sjukskrivning. Olika konsekvenser i utnyttjande av försäkringen beroende på arbetskrav kan illustreras med att personer, som arbetar i en tung arbetsmiljö, har ökat behov av sjukskrivning vid en given funktionsnedsättning. Ett annat exempel är att hemmafruar i liten utsträckning förtidspensioneras trots betydande hälsoproblem, medan motsatsen gäller för många yrkesverksamma i åldersgruppen över 55 år som drabbats av svårigheter på arbetsmarknaden på grund av arbetslöshet, låg utbildning m m. De förtidspensioneras ofta trots mindre nedsättningar av arbetsförmågan.

Sjukfrånvaro respektive förtidspension torde – trots ovan redovisade begränsningar – vara en relativt god indikator på socioekonomiska gruppers totala vårdbehov. (Se HS 90:s underlagsstudie "Ohälsa – vårdutnyttjande" SOU 1981:2, kapitel 2 samt rapporten "Sjukfrånvaron i Sverige" Socialstyrelsen redovisar 1981:6). Däremot kan inga bedömningar relaterade till enskilda sjukdomsgrupper göras på basis av dagens sjukförsäkringsstatistik.

Vid användningen av socialförsäkringsstatistiken – speciellt för resursfördelning mellan områden med olika näringsstruktur t ex storstäder/skogslän – är det väsentligt att använda både sjukfrånvaro och förtidspension som behovsindikatorer.

Intervjuundersökningar som belyser upplevd ohälsa är en tredje typ av indikator för bedömningar av regionala variationer (43, 107). De ger ett sammanfattande mått på hur befolkningen upplever sin hälsa särskilt vad gäller långvariga sjukdomar med betydande symtom eller funktionsnedsättning. Den för närvarande lättast tillgängliga undersökningen är SCB:s undersökning av levnadsförhållanden. Det finns dock vissa svårigheter med att använda denna på landstingsnivå (speciellt för befolkningsmässigt mindre landsting). Detta beror dels på att intervjuareffekten kan ge vissa skenbara regionala skillnader, dels på att vissa inte helt obetydliga slumpvariationer kan uppstå till följd av att det rör sig om en urvalsundersökning. Slutligen omfattar dessa studier vanligen inte befolkningen i alla åldrar.

ULF-undersökningen ger dock även möjlighet att bedöma förekomst av olika hälsorisker som de upplevs av befolkningen och den ger även en rad uppgifter med hjälp av vilka man kan bedöma behov av omvårdnad. För det

senare ändamålet är det en brist att de äldsta befolkningsgrupperna saknas.

Alternativ D skiljer sig från alternativ C genom att man, i stället för att använda ett direkt mått på t ex hälsotillstånd hos befolkningarna i de geografiska områden, mellan vilka resursfördelning skall göras, utnyttjar kända samband mellan demografiska och socioekonomiska variabler och hälsorisker och ohälsa (4, 101, 108). De faktorer som i första hand är aktuella är de som är lättillgängliga via folkbokföringen (ålder, civilstånd, nationalitet) eller Folk- och Bostadsräkningen (sysselsättning, yrke, hushållsstruktur och bostadsförhållande).

Dessa uppgifter kan brytas ned på små geografiska områden (kommundelar) med betydligt mindre metodsvårigheter än de som redovisats för de tidigare nämnda källorna. Man undviker också, genom att använda dessa indikatorer, kostnadskrävande befolkningsstudier. Dessutom beskriver de förhållanden som är opåverkbara med administrativa regler. Man kan med sociodemografiska indikatorer ta vissa hänsyn till förhållanden som påverkar vårdbehovet utöver det medicinskt definierade behovet (exempelvis andelen ensamstående, kvinnlig förvärvsintensitet och andra faktorer, som påverkar tillgången till hjälp utanför sjukvården). En svaghet med dessa mått är att de inte fångar upp olikheter i hälsotillstånd som kan bero på specifika lokala förhållanden i arv, levnadsvanor och miljö.

Metodologiskt kan man gå så tillväga att man anger vikter för olika befolkningsgrupper. Dessa vikter kan bestämmas utifrån kända samband mellan ohälsa/hälsorisker och sociodemografiska förhållanden. Varje befolkningsgrupp definierad med demografiska och/eller socioekonomiska variabler ges en vikt. Denna vikt är lika för alla de geografiska områden mellan vilka resurser skall fördelas. Detta öppnar möjligheter för att vid bestämning av vikt ta hänsyn till de grupper som i kapitel 11 och 13 har kallats hälsopolitiska respektive vårdpolitiska riskgrupper (ensamboende, arbetslösa, lågutbildade, invandrare m fl).

I en sammanfattande bedömning av de olika alternativen A-D ovan torde en realistisk utgångspunkt vara att jämföra nuvarande fördelningskriterier t ex prestationer och per capita bidrag med direkta och indirekta ohälsomått. Generellt sett finns därvid anledning tro att de ohälsorelaterade måtten – med sina begränsningar – bättre återspeglar vårdbehov än t ex prestationer (besök, vårddagar) och per capita bidrag. Fortsatt utvecklingsarbete krävs dock – såväl inom landsting som på nationell nivå – för att fastställa vilka behovskriterier som bör användas i olika typer av resursfördelningsbeslut (t ex fördelning mellan geografiska områden respektive mellan olika typer av insatser). Nedanstående resonemang belyser tänkbara ansatser i detta utvecklingsarbete.

I valet mellan direkta respektive indirekta behovskriterier (alternativ C respektive D) kan konstateras att användningen av befolkningens sociodemografiska struktur är enkel och har hög reliabilitet även för små befolkningsgrupper. Den kräver i stället ingående sambandsanalyser mellan ohälsa/vårdutnyttjande och sociodemografiska bakgrundsfaktorer. Om man utgår från att vårdbehoven till stor del är relaterade till faktorer som ålder, kön, yrke, samboendeförhållanden m m kan man tänka sig att använda denna metod för fördelning av vissa basresurser till sjukvårdsområden och

primärvårdsområden. Vid beräkning av ramen för basresurser kan man då ta hänsyn till förekomst i befolkningen av vissa hälso- och vårdpolitiska riskgrupper – äldre, ensamboende, lågutbildade, arbetslösa etc. Vissa lokalt specifika förhållanden i arv och miljö (exempelvis storstadsmiljöns betydelse för psykiska problem och missbruk) kan dock förmodligen bättre fångas med hjälp av data om olika geografiska områdens dödlighet, sjukfrånvaro/ förtidspension eller något annat direkt mått på ohälsa.

En lång rad faktorer som avstånd, sjukvårdsstruktur, personaltillgång, behov av särskilda insatser i form av tolkservice för invandrare m m påverkar möjligheterna att omsätta en given finansiell ram till ett visst vårdutbud. Sådana faktorer bör därför aktualiseras i diskussionen om särskilda tilläggsresurser. Man kan tänka sig att låta tilläggsresurserna vara beroende av verksamhetsplaner och av hur dessa överensstämmer med övergripande hälso- och vårdpolitiska mål och prioriteringar. Tilläggsresurser kan dessutom specialdestineras i syfte att främja vissa verksamheter och investeringar. Man kan även tänka sig att i tilläggsresurserna ta hänsyn till vissa speciella riskgrupper exempelvis invandrare m fl genom att avsätta medel för verksamheter som speciellt riktar sig till dessa grupper.

Utvecklingsarbete inom detta område är mycket angeläget. Det gäller dels metodproblem för att få fram underlagsmaterial dels att bland alla tänkbara indikatorer filtrera fram de viktigaste och mest utslagsgivande för olika typer av beslut om fördelning av resurser.

15.4 Vårdbehovskriterier – några utländska exempel

15.4.1 Finland

I de nationella kartläggningarna som gjorts av Kalimo, Purola o a i Finland 1964, 1968 och 1976 i samband med olika sjukvårdspolitiska reformer har man utifrån intervjuundersökningar om bl a sjukdomar och besvär beräknat prevalens av ett antal olika sjukdomar. Med hjälp av en expertpanel har behovet av sluten vård, läkarbesök, medicinsk service och läkemedelsförskrivning därefter beräknats för en "genomsnittspatient" med vederbörande sjukdom (100). På detta sätt har man beräknat ett summerat behovsindex för olika befolkningsgrupper med avseende på ålder, socioekonomisk grupp och bostadsort. Man har t ex funnit att sjukvårdsbehovet är betydligt större i relation till befolkningsantalet på landsbygden i norra och östra Finland, vilket har kunnat ligga till grund för bl a läkarfördelningsprogrammet (109,110), (se även SOU 1981:2, kapitel 4-5).

Denna metod är förbunden med en rad svårigheter: Att utgå från en "typisk patient" kan leda fel därför att den typiska patienten inte är typisk för alla personer i befolkningen med vederbörande sjukdom. Bedömningen av behov bygger på vad som just då är medicinsk praxis, vilket delvis är påverkat av den medicinska kunskapsnivån men också av de resurser, som för tillfället finns tillgängliga. Dessutom är de professionella normerna inte uttryckligen relaterade till förväntad effekt, vare sig vad gäller förebyggande eller behandlande insatser. Om man inte klart relaterar behov till förväntad effekt blir det särskilt problematiskt att endast ta hänsyn till professionella normer

och inte till lekmannamässiga uppfattningar (99, 111).

Dessa behovsstudier har – trots redovisade begränsningar – haft en viss genomslagskraft i planeringen av hälso- och sjukvård i Finland.

Samtidigt bör noteras att bl a mot bakgrund av denna kritik har det under 1977 – 1981 genomförts en riksomfattande studie av hälsotillståndet i Finland. Där kombinerar man hälsointervjuer med läkarundersökningar för att på detta sätt ge hälsointervjuerna ökad validitet. Undersökningen kallas Mini-Finlandsundersökningen och några resultat har ännu inte publicerats (112). Stockholms läns landsting har påbörjat en undersökning av liknande slag (113).

15.4.2 England

I England har en arbetsgrupp (RAWP) utvecklat följande modell (5,110).

För att beräkna resursbehovet utgår man ifrån rikssiffror på vårddagar och läkarbesök i olika kön och åldersgrupper. Man beräknar således ett resursbehov för varje region utifrån regionens köns- och åldersfördelning. Detta tal beräknas för varje diagnosgrupp (ICD-kapitel) och multipliceras med ett index för vårdbehov enligt följande

- för sluten korttidsvård (exkl förlossningsvård) indirekt åldersstandardiserade dödstal för diagnosgrupper utom för sådana med obetydlig dödlighet (exempelvis hudsjukdom)
- för öppen vård vid lasarett: indirekt åldersstandardiserade dödstal (ej uppdelat på diagnosgrupp då det inte finns vårdutnyttjandedata för detta)
- för sluten psykiatrisk vård används civilstånd.

Allmänpraktiserande läkare (primärvård) ingår inte i resursfördelningssystemet.

Principen har använts vid fördelning mellan regioner och i modifierad form inom regioner.

Utgångspunkter för denna resursfördelningsmodell är dels givna samhällsekonomiska restriktioner för sjukvårdens expansion, dels att de påtagliga regionala skillnaderna i vårdutbudets fördelning ej i huvudsak beror på skillnader i vårdbehov.

Målet med RAWP:s förslag är alltså inte att beräkna behov i absoluta termer utan att inom en fast totalram fördela resurserna relativt efter behov för att på detta sätt skapa "Equal Opportunity of Access for People at Equal Risk".

15.4.3 Norge

I Norge har man ersatt den tidigare ersättningen per vårddag – som tenderat att förstärka snarare än reducera gapet mellan behov och resurser – med en ramfinansiering av länssjukvård och primärvård baserad på åldersfördelning, antal förtidspensionärer, dödlighet samt, för länssjukvården, en avståndsfaktor (8).

15.5 Möjlig tillämpning av behovsbaserade fördelningskriterier för svensk hälso- och sjukvård

15.5.1 Utgångspunkter

Tänkbara användningsområden för resursfördelningskriterier inom hälso- och sjukvården är i första hand fördelning av

- statliga ersättningar och bidrag till landstingen
- rambudget för primärvårdsområden och andra upptagningsområden inom ett landsting
- läkare mellan respektive inom landsting.

En resursfördelning enligt behovskriterier, som bygger på vårdbehovsindikatorer enligt alternativ C eller D i avsnitt 15.3, kan leda till betydande omfördelningar i jämförelse med dagens situation. Man måste därför tillämpa olika övergångsbestämmelser som gör det möjligt att gradvis anpassa verksamheten efter de förändrade resursramarna. Hur sådana kan utformas kommer inte att diskuteras vidare i denna rapport.

Vid all resursfördelning mellan geografiska områden är självfallet befolkningsstorleken den mest avgörande faktorn. I avsnitt 15.3 diskuterades möjligheterna att utnyttja kännedomen om ohälsans fördelning (använda behovsindikatorer) för att ytterligare förfina resursfördelningsmetodiken.

Vid val av behovsindikatorer bör följande generella krav beaktas

- de bör väljas i syfte att främja uppställda hälso- och sjukvårdspolitiska mål
- de bör avspegla förhållanden som har avgörande betydelse för hälso- och sjukvårdens kostnadsnivå
- de bör ge uttryck för faktiska skillnader i behov mellan geografiska områden
- de bör bygga på lättillgänglig offentlig statistik.

Alternativ C innebär att man förutom till befolkningsstorleken direkt tar hänsyn till något eller några ohälsomått, t ex tidig död, nedsatt arbetsförmåga eller sjukfrånvaro. Om man väljer måttet nedsatt arbetsförmåga, ger man den del av befolkningen som har nedsatt arbetsförmåga en vikt och den övriga delen en annan. Resonemanget bygger naturligtvis på antagandet att de, som på något sätt har nedsatt hälsa, har ett större vårdbehov än andra. I själva verket varierar ju vårdbehovet inom en befolkning mycket starkt – från ett stort antal invånare med litet behov till ett litet antal med mycket stort behov. Flertalet av de mått som står till buds som indikatorer ger i stället en mycket grov bild av "friskare" och "mindre friska" grupper.

Ett annat problem är – i synnerhet när det gäller fördelning mellan relativt små områden – möjligheten att överhuvudtaget få några mått på de indikatorer man vill använda. Alternativ D erbjuder en möjlighet att lösa detta problem – under förutsättning att sådana mått finns för ett större

geografiskt område.

I alternativ D utgår man från samband mellan befolkningens struktur – vad avser t ex ålder och socioekonomiska bakgrundsfaktorer – och någon indikator på vårdbehov.

För bedömningen av ålders- och socioekonomiska gruppers sannolika vårdbehov kan man därvid utgå från såväl direkta hälsomått (upplevd ohälsa, dödlighet m m) som vårdutnyttjande.

I tidigare avsnitt har markerats att vårdutnyttjande inte kan användas som en indikator på vårdbehov vid en jämförelse mellan olika geografiska områden, eftersom utbudet av vård – snarare än behovet – avgör vårdutnyttjandet inom varje område. Vid den typ av jämförelser mellan olika ålders- och socioekonomiska gruppers vårdutnyttjande, som här förordas, kan dock även fakta om vårdutnyttjande användas för att uppskatta vårdbehov i olika befolkningsgrupper. Utgångspunkten är att det samlade utbudet av vård är lika för olika grupper inom ett visst geografiskt område. Under förutsättning att dessutom inga avsevärda skillnader finns mellan olika befolkningsgrupper beträffande andra (tidigare diskuterade) hinder i tillgänglighet är – också erfarenhetsmässigt – de skillnader i vårdutnyttjande som framkommer vanligen väl relaterade till olikheter i vårdbehov. För vissa vårdformer kan därför vid ett givet vårdutbud för en viss befolkning – i länder som Sverige med hög tillgänglighet i vården – vårdutnyttjandet ses som en indikator på vårdbehov inom olika ålders- och socioekonomiska grupper.

Befolkningsstudier avseende hög dödlighet, högt vårdutnyttjande eller hög grad av upplevd ohälsa och funktionsnedsättning visar att vissa bakgrundsfaktorer ofta återkommer som viktiga förklaringsvariabler till skillnader i ohälsa eller vårdutnyttjande. Ålder är utan tvekan den viktigaste av dessa. Andra betydelsefulla variabler är kön, familjeförhållanden, förvärvsställning, yrke och nationalitet.

Om man vid en resursfördelning vill utnyttja denna typ av bakgrundsvariabler, visar det sig att i vissa fall blir någon eller några av variablerna relativt ointressanta – trots att skillnaden mellan olika grupper beträffande indikatorer på vårdbehov kan vara mycket stora. Förklaringen är då ofta att befolkningssammansättningen med avseende på denna variabel inte skiljer sig tillräckligt mycket mellan de olika områdena. Kunskapen behöver här fördjupas för att få fram vilka bakgrundsvariabler som är de viktigaste vid fördelning mellan olika typer av områden.

Metodiken att utnyttja vårdbehovsindikatorer behöver också utvecklas. Olika indikatorer kräver troligen något olika tillvägagångssätt. Om man t ex som i England väljer ett (åldersstandardiserat) mått på dödlighet som fördelningsvariabel, kan man fördela resurserna efter detta mått vägt mot områdets folkmängd. Väljs fördelningsvariabeln nedsatt arbetsförmåga kan man ge den befolkningsandel som har nedsatt arbetsförmåga en vikt och resten en annan vikt. Naturligtvis kan man i båda fallen dessutom ge olika grupper (indelade exempelvis efter ålder) olika vikt. Gemensamt för båda metoderna är att vikterna inte kan beräknas utgående från hälsoindikatorerna. En 20 procent högre dödlighet i ett visst område behöver ju inte betyda 20 procent större vårdbehov. En skönsmässig viktning måste därför göras.

Väljer man vårdtid som behovsindikator kan man – under förutsättning att varje befolkningsgrupp man vill använda för sin fördelning får en "rättvis" andel av vårdutnyttjandet – också kvantifiera det relativa vårdbehovet i olika befolkningsgrupper.

Om man vill fördela resurser efter olika bakgrundsfaktorer, kan det vara av värde att diskutera fördelningskriterier för olika områden var för sig. En tänkbar grov indelning av dessa är (jfr 116)

- öppen vård
- sluten korttidsvård
- långtidsvård
- förebyggande verksamhet (hälsokontroller, hälsoupplysning, samhällsmedicinsk verksamhet m m).

15.5.2 Öppen vård

I föregående avsnitt diskuterades hur vikterna för olika befolkningskategorier kan bestämmas med hjälp av data om deras vårdutnyttjande eller med hjälp av något mått på ohälsa. Det första alternativet är användbart, om man har liten eller ingen anledning att anta, att under- eller överutnyttjande inom en grupp skiljer sig från det som gäller för andra grupper.

När det gäller öppen vård finns det, som redovisats i kapitel 12, skäl att tro att vissa grupper har ett lägre vårdutnyttjande än vad deras vårdbehov motiverar. De uppgifter som finns i ULF om långvariga sjukdomar, som orsakar nedsatt arbetsförmåga, svåra besvär eller som kräver regelbunden medicinering skulle kunna användas som indikatorer på behov av behandling och rehabilitering i öppen vård. Dessa tre typer av hälsodata ger en sinsemellan relativt likartad bild av skillnaderna mellan olika befolkningsgrupper. Samtliga ger något högre vikter åt t ex de äldre än om man utgår från faktiska läkarbesök.

Av tabell 15.3 framgår hur stor andel i olika befolkningsgrupper som uppgett sig ha nedsatt arbetsförmåga på grund av långvarig sjukdom. Som synes är andelarna betydligt större bland äldre än bland yngre, men framför allt är skillnaden stor mellan dem som på grund av förtidspension,

Tabell 15.3 Procentuell andel i olika befolkningsgrupper som uppgett sig ha nedsatt arbetsförmåga i ULF 1980/81

Ålder	SEI	Sambo	Ej sambo	Total
16-64 år	total	7.6	8.8	8.0
	arbetare	5.6	4.9	5.3
	tjänstemän	2.6	4.6	3.1
	företagare	7.6	3.1	6.7
	studerande	4.0	2.2	2.5
	hemarbetare	9.1	9.6	9.2
	övriga	58.9	52.7	55.8
65-74 år		19.6	26.4	22.2
75-84 år		32.2	34.3	33.4

Källa: (9)

arbetslöshet eller dylikt ("övriga") står utanför arbetslivet och förvärsarbetande/studerande i åldern 16-64 år. Gruppen med nedsatt arbetsförmåga har en stor kontaktfrekvens med öppen vård: tre av fyra har varit i kontakt med läkare för sjukdom under en tremånadersperiod.

Andra mått som har diskuterats som möjliga indikatorer på behov av behandling och rehabilitering i öppen vård är sjukskrivnings- och förtidspensionsdata.

15.5.3 Sluten korttidsvård

För beräkning av vikter för sluten korttidsvård torde data om vårdutnyttjandet vara användbara, eftersom inga tungt vägande skäl tyder på något betydande under- eller överutnyttjande för denna vårdform bland några befolkningsgrupper. (Detta resonemang bygger på dagens realiteter beträffande fördelning mellan sluten och öppen vård och mellan korttidssjukvård och långtidssjukvård. En förändring därvidlag kan i ett långsiktigt perspektiv naturligtvis leda till förändrade relativa behov av sluten korttidssjukvård. T ex finns på olika håll i landet ett varierande antal äldre patienter inom den slutna korttidssjukvården i avvaktan på adekvat vård inom långtidssjukvården. I den mån omfördelning av de totala resurserna mellan verksamhetsområden kommer att ske under planperioden måste givetvis hänsyn tas till sådana "felplacerade" grupper vid fördelningen mellan geografiska områden.)

Det skall poängteras att vikterna inte beräknas utifrån geografiska skillnader i vårdutnyttjande, utan bygger på olikheter mellan befolkningsgrupper, avgränsade på annat sätt (ålder, kön, familjeförhållanden, sysselsättning m m).

Vilket mått på vårdutnyttjande som bör användas som utgångspunkt för viktberäkningarna kan diskuteras. Vårddagar, vårdtillfällen eller vårdade patienter är alla tänkbara. Resursbehovet torde framför allt vara relaterat till vårdtiden, men med tanke på de relativt korta vårdtiderna inom korttidssjukvården kan det även motiveras, att i vart fall viss del av totalvikten beräknas utifrån antal vårdtillfällen.

15.5.4 Långtidsvård

I vilken utsträckning behovstäckningen inom sluten långtidssjukvård och hemsjukvård idag är jämlik mellan olika grupper i samhället är svårt att avgöra utifrån tillgänglig statistik. Omvårdnadsbehovet är ju i särskilt hög grad relaterat till ålder och familjeförhållanden. Samtidigt saknas i t ex intervjuundersökningar oftast de äldsta, som också har det största omvårdnadsbehovet. Detta gör att inte heller någon annan indikator på omvårdnadsbehov lätt kan identifieras för närvarande.

Troligen är antal vårddagar inom långtidssjukvård ett av de bättre tillgängliga måtten för en viktberäkning. Om möjligt kan man tänka sig en korrigering med hänsyn till dem som vårdas inom den slutna korttidsvården på grund av resursbrist inom långtidsvården och hemsjukvården.

En sådan korrigering bör eftersträvas, om man avser att de resurser som fördelas med hjälp av metoden skall avse all omvårdnad – oavsett i vilken

Tabell 15.4 Vårddagar per 1000 invånare i somatisk långtidssjukvård i fem län efter ålder och sammanboendeförhållanden

Ålder	Sambo	Ej sambo	Total
0–15		4	4
16–64	115	241	163
65–74	1 809	3 588	2 537
75–84	7 234	12 417	10 515
85–	26 565	46 471	43 338

Källa: (13)

vårdform de sker. Avser fördelningen enbart den vård som faktiskt skall utföras inom sluten långtidssjukvård behövs ingen korrigering. Planeringsperiodens längd har därvid en avgörande betydelse.

15.5.5 Förebyggande verksamhet

För dagen utgör arbetet inom mödra- och barnhälsovård samt skolhälsovård en stor andel av hälso- och sjukvårdens totala förebyggande verksamhet.

För behovet av insatser inom dessa verksamheter spelar föräldrarnas sociala situation vad gäller samboendeförhållanden, arbetslöshet och yrken en väsentlig roll. Vid dimensionering av övrigt förebyggande arbete till den vuxna befolkningen behöver hänsyn tas till förhållandet att hälsorisker i levnadsvanor och levnadsvillkor är ojämnt fördelade. Ensamboende, människor med arbetaryrken och arbetslösa är mer utsatta och därför i större behov av förebyggande insatser vad gäller hälsoupplysning och hälsokontroller. Erfarenheter från t ex Skaraborgs läns landsting visar att primärvården också kan göra betydande insatser för att förebygga skador bland äldre.

Behovskriterier kan t ex vara barn i åldersgruppen 0-15 år, nedsatt arbetsförmåga p g a långvarig sjukdom alternativt tidig död (före 65 år).

15.5.6 Några kommentarer

Denna genomgång visar att valet av behovsindikator inte är självklart. Vidare utvecklingsarbete inom detta område är nödvändigt. Likheter och olikheter i konsekvenser av att utnyttja den ena eller andra indikatorn behöver belysas. Att det är möjligt att utnyttja indikatorer, som bättre visar skillnader i behov än data om vårdutnyttjande som styrs av olikheter i resurstillgång, är dock uppenbart.

Genomgången visar också att det är möjligt att ta speciell hänsyn till flertalet av de särskilda riskgrupperna som tidigare redovisats – äldre, arbetare, ensamboende, arbetslösa, förtidspensionärer och invandrare.

Däremot krävs ett något annorlunda tillvägagångssätt, om man vill ta hänsyn till glesbygdsbor. Som tidigare nämnts talar mycket för att bland annat geografiska faktorer har stor betydelse för hur en given ekonomisk ram omsätts i vårdutnyttjande. Det kan således finnas anledning att i vissa fall modifiera metoderna genom att ta med någon form av avståndsfaktor.

15.5.7 Fördelning av rambudget till primärvården

Hälso- och sjukvårdsplaneringen bör (enligt proposition 1981/82:97) utgå från primärvården. Man kan således tänka sig att basenheten för den geografiska resursfördelningen bör vara primärvårdsområde. Detta kan vara en vårdcentrals upptagningsområde. Den optimala befolkningsstorleken torde vara 10 000-30 000 invånare per område.

Resurstilldelning till olika vårdenheter inom primärvård och länssjukvård som servar samma distrikt, har ofta skett ganska oberoende av varandra. Det torde finnas betydande fördelar med att samordna tilldelningen av resurser t ex genom ett system med rambudgetering för all landstingets hälso- och sjukvård för invånarna i ett primärvårdsområde. Ett dylikt system torde

- öka möjligheterna till en flexibel arbets- och resursfördelning mellan olika vårdnivåer och vårdgrenar i samma distrikt
- främja den nödvändiga samverkan mellan primärvård och länssjukvård i en period av kraftig strukturomvandling av hälso- och sjukvården
- göra det möjligt att bättre ta hänsyn till lokala variationer i avstånd, vårdutbud hos andra vårdgivare, samverkanstraditioner etc
- underlätta möjligheterna för lokalt förtroendemannainflytande exempelvis genom primärvårdsnämnder.

Samtidigt bör man uppmärksamma de problem, som kan uppstå vid övergång till en mer samlad budgetering på primärvårdsområde. Det är t ex väsentligt att säkerställa en god vård på lika villkor, även när det gäller högspecialiserad vård och andra resurskrävande insatser, som inte är vanligt förekommande och därför inte kan förutses på primärvårdsområdesnivå.

Beräkning av en samlad preliminär rambudget kan ske med användning av för olika områden specifika metoder enligt diskussionerna i avsnitt 15.5.2–15.5.5. De olika beräkningarna vägs samman till ett slutresultat per primärvårdsområde. Därvid måste man bestämma med vilka vikter de olika åtgärdsområdena skall ingå, d v s man måste göra en inbördes prioritering av hur stor andel av totalresurserna, som skall satsas på förebyggande, insatser, öppen vård omvårdande verksamhet etc. Det är givetvis en politisk fråga hur starkt man vill betona olika områdens betydelse.

Om fördelningen enbart avser primärvårdens egen verksamhet kan man tänka sig att dela in denna i följande tre områden

- förebyggande verksamhet
- öppen vård
- långtidsvård

En rambudget, som räknats på basis av behovsindikatorer omfattar vad som kan betecknas som basresurser. En lång rad ytterligare faktorer måste tas med i de mera kvalitativa överväganden, som föregår den definitiva budgeteringen. Därvid bedöms behovet av det som tidigare betecknats som tilläggsresurser. Det gäller bl a

- att ta hänsyn till lokala förhållanden som påverkar kostnadsnivån för ett visst vårdutbud, t ex avstånd och existerande vårdstruktur

- hur en ojämn fördelning av företagshälsovård, privatläkare m m kan motivera särskilda resurstillskott för att skapa en rättvis fördelning av vårdutbudet
- hur brist på personal och fysiska resurser kan försvåra möjligheterna att omsätta ekonomiska resurser i vårdutbud och övriga åtgärder.

Den beräknade/bedömda resursramen bör ställas mot den förefintliga fördelningen av resurserna per primärvårdsområde. Därvid bör inte bara sjukvårdshuvudmannens egna resurser inkluderas utan också de resurser som kommer distriktets invånare till del genom det resursutbud som andra vårdgivare har.

Data krävs således om följande förhållanden i varje primärvårdsområde

- resursanvändningen inom olika verksamhetsområden i primärvården
- resursutbud hos andra vårdgivare i distriktet (företagshälsovård, privatvård m m) och uppskattning av vilka grupper i samhället som nås av denna verksamhet.

Om rambudgetar skall avse all verksamhet för primärvårdsområdets invånare, d v s även läns- och regionsjukvård, krävs dessutom data om

- utnyttjande av läns- och regionsjukvårdens resurser (vårddagar, läkarbesök, sjukvårdande behandling, medicinsk service) för primärvårdsområdets invånare.

15.5.8 Resursfördelning mellan verksamheter

I avsnitt 15.2 diskuterades resursfördelning mellan t ex primärvård och länssjukvård eller mellan olika vårdgrenar som ett annat tillämpningsområde för behovsbaserad planering . Vid en praktisk tillämpning ställs därvid ytterligare krav i förhållande till användning för geografisk fördelning.

Större krav ställs t ex på att beräkningar kan göras för olika typer av hälsoproblem. Detta innebär i sin tur större krav på statistiskt underlag, relevanta indelningsgrunder m m. Dessutom blir det arbete som krävs volymmässigt betydligt större. Också de kvalitativa aspekterna på vården blir mer betydelsefulla, när det gäller att välja mellan alternativa vårdformer. Metoden ställer vidare stora krav på kunskaper om olika åtgärders effekt och om olika verksamheters effektivitet.

Dessa svårigheter betyder att behovet av utvecklingsarbete är än större än för den geografiska resursfördelningen, där t ex uppdelningen på olika hälsoproblem är mindre nödvändig. Planeringen får tills vidare mer ges karaktär av ständig anpassning av verksamheten till förändrade hälsoförhållanden, nya kunskaper om effekten av olika åtgärder, förekomst av icke-tillgodosedda behov samt centrala och lokala politiska prioriteringar och mål. För att åstadkomma en sådan utveckling torde följande två förutsättningar vara ändamålsenliga

- planeringsprocessen bör vad gäller resursfördelningen mellan verksamheter decentraliseras till mindre geografiska enheter (primärvårdsområden)
- dialogen med den lokala befolkningen bör förstärkas för att tillföra planeringen viktiga aspekter vad gäller behovsbeskrivning, prioritering och värdering av vårdens kvalitet, förekomst av icke-tillgodosedda vårdbehov etc.

En lokal verksamhetsplan för primärvårdsområdets hälso- och sjukvård bör kunna vara ett centralt dokument i en sådan planering. Denna plan kan i en framtid även ange krav på tjänster från länssjukvård.

En lokal verksamhetsplan kräver ett detaljerat faktaunderlag

- en beskrivning av den lokala fördelningen av hälsorisker, sjukdomsförekomst, symtom, funktionsnedsättningar och handikapp (hälsoriskprofil och hälsoprofil, se vidare kapitel 17)
- redovisning av kända, effektiva förebyggande, behandlande insatser och omvårdnad i enlighet med t ex vårdprogram och hälsopolitiska handlingsprogram
- beskrivning av hur distriktets nuvarande personella och fysiska resurser används för olika åtgärder, hälsoproblem och befolkningsgrupper
- identifiering av icke-tillgodosedda behov med hänsyn till tillgänglighet, struktur, kvalitet och effekt i hälso- och sjukvården (vårdprofil, se vidare kap 17).

Detta faktaunderlag måste kompletteras av lokala förtroendemän och vårdarbetare med avseende på kvalitativa aspekter. I verksamhetsplanen bör följande kunna redovisas

- värdering av i vilken mån nuvarande resursram och resursfördelning leder mot uppställda mål och en analys av eventuella orsaker till skillnad mellan mål och verklighet
- önskvärd, framtida resursfördelning mellan verksamhetsområden (primärvård/länssjukvård respektive olika medicinska verksamhetsområden)
- önskvärd, framtida resursfördelning mellan åtgärder med särskild hänvisning till åtgärdernas möjligheter att leda till uppställda hälso- och vårdpolitiska mål.

15.6 Summering

I detta kapitel har översiktligt analyserats förutsättningar för att med tillgängliga hälsodata åstadkomma en behovsbaserad resursfördelning. Följande kan konstateras

- med tillgänglig kunskap och metodik kan inte resursbehov beräknas i absoluta termer. Därtill saknas framför allt kunskap om olika hälso- och sjukvårdsresursers produktivitet och effektivitet

- befintlig statistik innehåller en viss kunskap om ohälsans och vårdutnyttjandets relativa fördelning mellan grupper av människor t ex i olika åldrar och yrken eller med olika familjeförhållanden och i vissa fall i olika geografiska områden
- kunskap om ohälsans relativa fördelning kan användas för fördelning av vissa basresurser mellan geografiska områden med hjälp av antingen direkta hälsomått eller indirekta, som bygger på kunskap om samband mellan grupptillhörighet och ohälsa eller vårdutnyttjande, utan att någon uppdelning på olika hälsoproblem behöver göras
- för resursfördelning mellan åtgärder och verksamhetsområden blir frågan om olika åtgärders effekt och resursernas effektivitet kritisk. Kunskapsluckorna på detta område är särskilt betydande när det gäller effekt med avseende på minskade sociala klyftor i ohälsa och vård
- den behovsanalys som ligger till grund för detta arbete omfattar två väsentliga aspekter. Dels en teknisk fråga om sjukdomsförekomst och effekt hos olika åtgärder med avseende på vissa mål för hälsotillståndet och dels en mer politisk värdering av vilka effekter av och kvaliteter i hälso- och sjukvården som bör eftersträvas och prioriteras.

Ett utvecklingsarbete för behovsbaserad planering innebär satsning på flera olika områden

- det krävs en intensifierad satsning på utvärdering av förebyggande, behandlande och rehabiliterande åtgärder. Kunskap av detta slag bör i ökad utsträckning samlas i vårdprogram och hälsopolitiska handlingsprogram
- en värdering av hälso- och sjukvårdsåtgärder får inte snävt inrikta sig på effekter beträffande sjukdomsincidens, dödlighet och dylikt utan i ökad utsträckning belysa kvalitativa aspekter som funktionsförmåga, trygghet, integritet m m, vilka är centrala i rehabilitering och omvårdnadsarbete
- värderingen av hälso- och sjukvårdens innehåll och effekt måste ständigt betraktas ur en fördelningspolitisk synvinkel där underprivilegierade gruppers behov särskilt bör beaktas
- det krävs ett omfattande utvecklingsarbete av metoder för att lokalt belysa förekomst av otillfredsställda vårdbehov med avseende på vårdens tillgänglighet (ekonomiskt, kulturellt, geografiskt), och med avseende på vårdens struktur, kvalitet och effekt för människor ur olika sociodemografiska grupper
- metoder att i praktiken utnyttja behovsindikatorer i kalkyler över fördelning av resurser behöver utvecklas och testas i praktiken
- en väsentlig förutsättning för att befolkningens behov, prioriteringar och värderingar ska få genomslag i den lokala hälso- och sjukvården är att det utvecklas kanaler för en direkt lokal dialog mellan befolkning och vårdarbetare i primärvårdsområdet.

Block D
Lokala och nationella hälsobeskrivningar

16 Hälsa och vård i Sverige – Uppföljning och utvärdering

16.1 Bakgrund

Svenska befolkningens hälsa är i ett internationellt och historiskt perspektiv exceptionellt god. En jämförelse av medellivslängden kan tjäna som illustration.

Den förväntade medellivslängden vid födelsen, för världen som helhet, är idag densamma som i Sverige för 70 år sedan. Idag har Sverige en medellivslängd som är ett par år längre än flertalet länder i Europa och Nordamerika på motsvarande ekonomiska utvecklingsnivå. Sverige hade redan 1978 uppnått det mål, som WHO har satt upp för medellivslängden för Europas länder i sitt dokument – Targets in Support of the Regional Strategy HFA 2000 (25). Detsamma gäller alla de kvantitativa mål för dödlighet i olika åldersgrupper och sjukdomsgrupper som uppställts i detta WHO-dokument. (Se tabell 16.2).

I enlighet med WHO:s regionala strategi bör därför för Sveriges del hälso- och vårdpolitiska mål uttryckas som minskade klyftor i hälsotillstånd och

Tabell 16.1 Återstående medellivslängd vid födelsen i några europeiska länder och WHO:s mål för Europa.

	Män	Kvinnor	Total
Sverige 1911 — 1920	56	58	57
Sverige 1976 — 1980	72	79	75
Finland 1978	69	77	72
England & Wales 1976 — 1978	70	76	73
USA 1978	70	77	73
WHO:s Europaregion 1980	67	74	70
Mål år 2000 WHO:s Europaregion	–	–	75
Hela världen 1975 — 1980	–	–	58

Källor: (16, 25)

vård mellan olika hälso- och vårdpolitiska riskgrupper. Några sådana kvantitativa mål föreslås inte i denna rapport. Innan sådana mål preciseras bör kunskapen ökas om vilka hälso- och vårdpolitiska medel som krävs för att uppfylla dem. Det hindrar emellertid inte att i enlighet med WHO:s strategi ett antal kvantitativa och kvalitativa indikatorer med vilka man kan följa utvecklingen av hälsoförhållanden och vård i Sverige bör utvecklas.

Traditionellt har den politiska styrningen av hälso- och sjukvårdens verksamhet i första hand skett med hjälp av årsbudgetarna, som anger hälso- och sjukvårdens resursanspråk för olika verksamheter. Resursökningen har generellt sett förutsatts ha en positiv effekt. I takt med avtagande expansionstakt under 1970-talet och en samtidig ökad osäkerhet om hälso- och sjukvårdens effekter på folkhälsan har intresset för hälso- och sjukvårdens struktur och för resursfördelningen till olika verksamhetsområden ökat. Primärvård, psykiatri och långtidsvård har under många år varit prioriterade, men det har som nämnts funnits uppenbara svårigheter att förverkliga 1970-talets planer på en förändrad resursfördelning. I och med HSL och i takt med den allt hårdare ekonomiska åtstramningen har det blivit mycket angeläget att i detalj kunna redovisa hur hälso- och sjukvårdens resurser används och i vilken mån man uppnår avsedda effekter beträffande befolkningens hälsa och vårdens tillgänglighet och kvalitet (117).

I enlighet med HSL:s intentioner har i HS 90-utredningen ägnats betydande utrymme åt att sammanställa hälsodata som bör beaktas vid en vidareutveckling av HSL:s mål. En konsekvens av att HSL:s mål är uttryckta som god hälsa och vård på lika villkor är att samhällets hälsopolitik och hälso- och sjukvårdens verksamhet i möjligaste mån också måste utvärderas i korresponderande termer.

Även om allmänna indikatorer på folkhälsan är av stor betydelse vid formulering av samhällets hälsopolitik, är förändringar i dessa indikatorer svårtolkade, när det gäller att bedöma effekten av olika verksamheter och resurstillskott m m. Man tvingas därför ofta till att utnyttja mer indirekta indikatorer.

Om man har välgrundade antaganden om hälsoeffekten av olika åtgärder utförda enligt vissa kvalitetsnormer kan det vara tillräckligt att studera olika indikatorer på hälso- och sjukvårdens åtgärder och kvalitet. Om man antar att kvaliteten alltid är optimal kan det vara tillräckligt att studera befolkningens tillgång till och utnyttjande av dessa åtgärder (118, 119, 120, 121).

EFFEKT	VERKSAMHET	RESURSER
OHÄLSA	KVALITET	RESURSFÖRDELNING
dödlighet sjukdom, funktions- nedsättning och handikapp	STRUKTUR TILLGÄNGLIGHET	geografisk mellan verksamhets- områden och åtgärder
HÄLSORISKER		
levnadsvillkor livsstil		

Också en beskrivning av hur resurserna fördelas till olika geografiska områden kan vara ett viktigt instrument, för att bedöma huruvida planeringens intentioner fullföljs. Vi ska i det följande diskutera ett antal indikatorer, som kan ge ett värdefullt underlag för en bedömning av samhällets hälsopolitik i allmänhet och speciellt hälso- och sjukvårdens verksamet. Särskilt angeläget torde det vara att följa dem på nationell nivå. De ansluter sig i den mån det är rimligt till de "targets" som angivits av WHO (25), men är mer detaljerade och speciellt anpassade för svenska förhållanden. De omfattar inte bara kvantitativa mått utan även en del mera kvalitativa beskrivningar. Dessa indikatorer avseende ohälsa och hälsorisker som redovisas nedan bör regelmässigt sammanställas av socialstyrelsen och presenteras med en viss intervall (1-3 år).

16.2 Befolkningens ohälsa

16.2.1 Dödlighet

Indikator 1: Dödlighet

Sverige har sedan länge en dödlighetsstatistik med hög reliablilitet. För närvarande är den allvarligaste bristen ur hälsopolitisk synvinkel att den fortlöpande statistiken saknar ett antal hälsopolitiskt väsentliga bakgrundsvariabler. Statistiken skulle dessutom göras mer användarvänlig om en del ytterligare (t ex ålders-) indelningar redovisades.

Förutom de indelningar som föreslås i tabell 16.2 bör i framtiden dödligheten kunna redovisas efter kön, samboende, yrke/SEI och bostadsort (kommun).

Måtten i tabell 16:2 ansluter sig nära till WHO:s förslag. Vissa har utelämnats och några har tillfogats. För närvarande kan svensk dödsorsaksstatistik inte skilja ut hemolycksfall och arbetsolycksfall men en översyn av den statistiska klassifikationen pågår bland annat för att göra sådana redovisningar möjliga.

16.2.2 Sjukdom och symtom

Att mäta sjukligheten i samhället är betydligt svårare än att mäta dödligheten. Undersökningen av levnadsförhållanden (ULF) är trots vissa brister ett nödvändigt instrument för att kunna följa befolkningens uppfattning om sitt hälsotillstånd.

Tidigare (1.6) har siffror redovisats över prevalensen av vissa långvariga sjukdomar och besvär enligt ULF.

Indikator 2: Prevalens av långvarig sjukdom och besvär fördelad på ålder, kön, socioekonomisk grupp. Speciellt bör prevalensen av hjärt- och kärlsjukdom, rörelseorganens sjukdomar, allergiska besvär och psykiska besvär redovisas. Svåra eller mycket svåra besvär bör särredovisas. Källa: ULF

Tabell 16.2 Dödlighetsmått.

Åldersintervall och eventuell dödsorsak	Sverige 1980 dödsfall per 100 000	WHO-Europa Mål år 2000* (förslag juli 1983)
Perinatal dödlighet (dödfödda + döda första veckan per 1000 levande och dödfödda)	8	-
Spädbarnsdödlighet (döda första levnadsåret per 1000 levandefödda)	7	15 pr 100 000
1 - 4 år alla orsaker	36	50 pr 100 000
5 - 14 år alla orsaker	21	25 "
15 - 34 år alla orsaker	77	80 "
35 - 64 år alla orsaker	543	570 "
Förlorade år i åldern 1-64 år	-	- "
35 - 64 år ischemisk hjärtsjukdom	147	100 "
cerebrovaskulär sjukdom	30	minskas 50 %
lungcancer	25	30 pr 100 000
bröstcancer	40	-
cervixcancer	7	minskas 25 %
Motorfordonsolyckor (0-w år)	11	15 pr 100 000
Hemolycksfall (0-w år)	?	minskas 30 %
Arbetsolycksfall (0-w år)	?	minskas 50 %
Självmord (inkl osäkra) (0-w år)	19(27)	20 pr 100 000
Leukemi (0-w år)	8	-

* För de länder som redan uppnått angivet mål för dödstal rekommenderar WHO betydande reduktioner mellan kön, socioekonomiska grupper och geografiska områden.

Källor: (14, 25)

Ur ett hälsopolitiskt perspektiv är det en stor brist att sakna data om incidensen av flertalet av de stora folksjukdomarna. Cancerregistret har visat sig användbart för många ändamål vad gäller de elakartade tumörerna. Landstingens patientdatabaser från sluten vård kan (i synnerhet i kombination med dödsorsaksregistret) med visst utvecklingsarbete förmodligen bli användbara vid vissa sjukdomar exemplevis hjärtinfarkt och svårare olycksfall. För vissa idag mindre frekventa problem, som medfödda missbildningar och anmälningspliktiga infektionssjukdomar, finns fungerande övervakningsorganisationer, som till sin hjälp har incidensregister av motsvarande slag.

Statens miljömedicinska laboratorium har föreslagit att i ett utvecklingsskede för epidemiologisk bevakning följa några få indexdiagnoser för fysikalisk-kemiska hälsorisker. Det gäller i första hand lungcancer, leukemier och eventuellt tarmtumörer med hjälp av dödsorsaks- och cancerregistren. Missbildningsregistret och ett framtida register för missfall diskuteras också (148).

Indikator 3: Cancerincidens fördelad på kön, ålder och socioekonomisk grupp. (särskilt i lunga, bröst, grovtarm, magsäck, prostata samt leukemi). Källa: Cancerregistret

Indikator 4: Incidens av olycksfall som leder till sluten vård fördelad på ålder, kön, socioekonomisk grupp och olycksfallsplats (hem, arbete, trafik, övrigt). Källor: Landstingens patientdatabaser (LPDB), polisens trafikolycksfallsregister, arbetarskyddsstyrelsens arbetsskaderegister (ISA).

16.2.3 Funktionsnedsättning och handikapp

För att kunna följa utvecklingen vad gäller behov av rehabilitering och omvårdnadsinsatser är data om funktionsnedsättningar och deras sociala konsekvenser för individen av stort värde. Båda dessa fenomen är flerdimensionella och kan endast belysas fragmentariskt. ULF har givit väsentlig information på detta område och kan med visst ytterligare utvecklingsarbete bli än mer värdefull. Av stor vikt i detta sammanhang är att undersökningen även omfattar de äldsta, handikappade och sängliggande.

Indikator 5: Funktionsnedsättning vad gäller basala aktiviteter (ADL) – tugga, sova, höra, se, röra sig, sköta personlig hygien, klä sig. Källa: ULF

Indikator 6: Handikapp (individens funktionsförmåga i sin sociala och fysiska miljö) – att arbeta, laga mat, handla, städa, bo i egen bostad, resa, vara aktiv i föreningsliv. Källor: ULF, vårdutnyttjandestatistik, sjukfrånvaro- och förtidspensionsstatistik.

Förändringar i vissa mått på handikapp exempelvis (sjukfrånvaro och förtidspension) är svårtolkade. De kan utlösas av såväl ändringar i arbetsmiljö, arbetsmarknad som av förändringar i hälsotillståndet hos befolkningen. De olika måtten är ändå av mycket stort värde därför att de har stor betydelse såväl som information om individens upplevelse av sitt sjukdomsbesvär som för samhällets kostnader till försäkring m m. Det är dock väsentligt att man tolkar dessa data i ljuset av andra hälsoindikatorer. En sjunkande sjukfrånvaro i en period där andra hälsoindikatorer inte förbättras är inte nödvändigtvis en positiv utveckling. Inte heller kan en ökad förtidspensionering utan vidare tolkas som en försämring av folkhälsan.

16.3 Hälsorisker

Data om förändringar i befolkningens hälsoförhållande i termer av dödlighet, symtom, funktionsnedsättningar m m är centrala för formulering av hälsopolitiska mål och prioriteringar. Som mätare på effekten av specifika, hälsopolitiska insatser är dessa mått emellertid svårtolkade. Det kan därför vara av stort värde att närmare följa förändringar och fördelning av ett antal förhållanden i levnadsvillkor och livsstil, som är väsentliga hälsorisker och mot vilka samhällets olika hälsopolitiska insatser riktas.

I den genomgång, som gjorts i kapitel 2-11, har berörts en lång rad hälsorisker, som är väsentliga för förståelse av befolkningens nuvarande hälsotillstånd och av de rådande klyftorna i ohälsans fördelning. I den lista

som redovisas nedan inkluderas därför inte bara hälsorisker i snäv mening utan även ett antal resursområden, som är av stor betydelse för fördelningen av befolkningens hälsa.

I möjligaste mån bör dessa redovisas med fördelning på ålder, kön, socioekonomisk grupp och bostadsort.

Indikator 7: Social uppväxtmiljö. Andel barn under 16 år i familjer med ensamstående föräldrar, som lever under existensminimum. Källor: ULF, socialtjänst

Indikator 8: Arbetsmiljö. Andel anställda med jäktigt och enformigt arbete, utan möjlighet att lära nya saker, utan kontroll och inflytande över arbetsprocessen eller med skiftarbete. Andel anställda med upprepade ensidiga arbetsrörelser, olämpliga arbetsställningar, vibrerande arbetsredskap eller tunga lyft. Antal arbetsolycksfall per milion arbetstimmar. Exponering för olika kemiska hälsorisker bör redovisas mer deskriptivt beträffande nytillkomna substanser, förändringar i gränsvärden, kontrollmöjligheter etc. Källor: ULF, ISA, Arbetarskyddsstyrelsens statistik.

Indikator 9: Arbetslöshet. Antal öppet arbetslösa (arbetssökande) och antal som varslats om uppsägning och permittering. Källor: Arbetskraftundersökningarna och arbetsmarknadsstyrelsens statistik.

Indikator 10: Boendemiljö. Andel socialt isolerade, utan möjlighet till kontroll och inflytande över bostadsmiljön, närhet till grönområden och andra fritidsresurser, omflyttningstakt och segregation. Andel som besväras av buller och luftföroreningar i bostaden, med brist på säkra lekplatser för barn, trångbodda. Källor: ULF, AVIPAK, FoB socialtjänst, Naturvårdsverket, Miljö- och hälsoskyddsnämndens statistik.

Indikator 11: Trafikolycksfall (skadetal och risktal) fördelade på trafikantkategori, ålder, socioekonomisk grupp och bostadsort. Källa: SCB:s trafikolycksstatistik.

Indikator 12: Kostvanor. Kostens innehåll av mättade fettsyror, kolesterol, cellulosafibrer, salt, socker. Källor: Jordbruksnämnden, Hushållsbudgetundersökningen

Indikator 13: Alkohol, narkotika, tobak. Andel storkonsumenter och totalkonsumtion av alkohol, narkotika och legala psykofarmaka. Andel som röker dagligen och totalkonsumtion av tobak. Källor: Systembolaget, NTS, SÖ, ULF

Beträffande indikatorerna 8, 10, 11 och 13 se även den olycksfallsregistrering som föreslås i HS 90-projektet: Att förebygga skador (SOU 1985:42).

Indikatorerna 8, 9, 10 och 12 behandlas närmare i HS 90-rapporten: Hälsopolitik i samhällsplaneringen (SOU 1984:44).

16.4 Hälso- och sjukvårdens omfattning och inriktning

Hälso- och sjukvårdens verksamhet beskrivs ofta i måtten vårddagar och vårdtillfällen. Dessa mått avspeglar endast i begränsad utsträckning omfattningen och inriktningen av hälso- och sjukvården. I de fall de utnyttjas för att bedöma produktivitet och effektivitet inom hälso- och sjukvården finns dessutom en stor risk att kopplingen till de reella målen för hälso- och sjukvårdens verksamhet förloras.

En angelägen uppgift är – bl a mot denna bakgrund – att successivt söka utveckla och förbättra förutsättningarna att följa upp hälso- och sjukvårdens verksamhet utifrån de mål som anges för verksamheten.

Mot denna bakgrund förordas ett intensifierat utvecklingsarbete såväl på nationell som lokal nivå inriktat på bl a följande områden.

Utvärderingsmetoder

Effekter av preventiva, behandlande och rehabiliterande insatser i termer av minskad risk, förbättrad hälsa och ökade möjligheter till ett normalt liv bör i ökad utsträckning identifieras och analyseras. Detta bör göras såväl i speciella forskningsprogram som inom ramen för den reguljära verksamheten. Det är angeläget att detta utvärderingsarbete prioriteras även resursmässigt.

Genom att utveckla och förstärka sådan uppföljning och utvärderingsverksamhet, direkt kopplad till hälso- och sjukvårdens insatser, kan förutsättningarna förbättras för en – i hälso- och sjukvårdspolitiska termer – reell effektivisering av verksamheten. Formerna för detta – i många avseenden svåra – arbete bör ej låsas. Olika ansatser och metoder bör kunna prövas och initiativ tas såväl lokalt som centralt.

Patientstatistik

Hög prioritet bör ges utveckling och införande av statistiksystem som omfattar såväl öppen som sluten vård och som kan relateras till ålder och socioekonomiska bakgrundsfaktorer (i första hand yrke).

Vårdstruktur

En huvudfråga i de senaste 10-15 årens sjukvårdsdebatt har varit fördelningen av resurser och verksamheter mellan primär-, läns- och regionsjukvård.

Det är där av strategisk betydelse att löpande – såväl inom enskilda landsting som nationellt – kunna följa t ex utbyggnaden av primärvårdens resurser och verksamhet.

I samband med den uppföljning av primärvårdens utveckling som

riksdagen beslutat (prop 1983/84:190, sid 17) bör även behandlas möjligheter och begränsningar till en mer utvecklad redovisning av primärvårdens personal och dess ekonomiska resurser samt beskrivning av verksamhetens huvudsakliga inriktning.

Omfattning och inriktning av förebyggande insatser

I de flesta sjukvårdshuvudmäns planer finns en hälsopolitisk ansats som endast i relativt begränsad utsträckning fått genomslag i den praktiska verksamheten. Samtidigt betonas – inte i HS 90-projektet – att förbättringar av folkhälsan i första hand kan uppnås genom olika typer av förebyggande insatser.

Idag saknas i stor utsträckning en samlad redovisning av omfattning och inriktning av hälso- och sjukvårdens förebyggande insatser inklusive ansträngningar att aktivt identifiera hälsopolitiska riskgrupper.

Ett utvecklingsarbete – såväl centralt som inom enskilda landsting – krävs för att bättre kunna följa denna viktiga del av hälso- och sjukvårdens verksamhet. Ett led i detta arbete är den uppföljning som socialstyrelsen i samråd med Landstingsförbundet skall genomföra för att belysa de individ- och samhällsinriktade insatsernas omfattning och inriktning (riksdagsbeslut prop 1983/84:190). Därvid bör även klarläggas förutsättningar för en förbättrad löpande uppföljning av det förebyggande arbetet.

Kontinuitet och tillgänglighet

God kontinuitet i vården är ett viktigt kvalitativt mål, varför det är angeläget att finna former för en uppföljning av kontinuiteten såväl inom olika geografiska områden som för olika ålders- och socioekonomiska befolkningsgrupper.

Vård på lika villkor förutsätter vidare att redovisningar av vårdens geografiska, demografiska, socioekonomiska och kulturella tillgänglighet vidareutvecklas speciellt för de vårdpolitiska riskgrupper som tidigare identifierats. I uppföljningen – speciellt på primärvårdsnivå – är det väsentligt att söka klarlägga i vilken utsträckning olika befolkningsgrupper erhåller förebyggande hälsovård (hälsokontroller, hälsoupplysning, föräldrautbildning etc) samt öppen och sluten vård.

Det finns vidare anledning att särskilt betona vikten av att följa befolkningens tillgång till omvårdnad. Erfarenhetsmässigt finns problem – ur de enskilda individernas perspektiv – när det gäller samordningen mellan t ex hemsjukvård och hemtjänst. En förutsättning för en ökad satsning på öppna vårdformer – speciellt för äldre och handikappade – är att denna samordning fungerar tillfredsställande. Det finns därför särskilda skäl följa i vilken utsträckning olika befolkningsgrupper kan erbjudas omsorg efter behov.

17 Lokala hälsobeskrivningar

17.1 Bakgrund

Ett intensivt utvecklingsarbete pågår inom många landsting – speciellt på primärvårdsområdesnivå – med att ta fram och analysera lokala beskrivningar av bland annat ohälsans omfattning och fördelning inom befolkningen i det aktuella området.

Denna typ av lokala hälsobeskrivningar kan utgöra en mycket viktig bas såväl för förebyggande som för behandlande och rehabiliterande insatser.

Syftet med detta avsnitt är att belysa vissa praktiska utgångspunkter för lokala hälsobeskrivningar. Framställningen utgår från följande fyra "profiler"

- samhällsprofil, som omfattar den demografiska och socioekonomiska strukturen i samhället
- hälsoriskprofil, som beskriver fördelning av specifika hälsorisker
- hälsoprofil, som beskriver sjukdomsincidens och -prevalens samt sjukdomskonsekvenser i termer av symtom, funktionsnedsättning och handikapp
- vårdprofil, som anger hälso- och sjukvårdsresursernas användning, vårdens tillgänglighet, struktur och kvalitet och effekt.

Begreppen samhällsprofil och hälsoprofil har föreslagits av Haglund (122), som har samlat dem under beteckningen samhällsdiagnos (jfr Community Diagnosis, föreslaget av Morris 1957 och King 1966).

Dessa fyra profiler utgör de viktigaste dimensionerna av den lokala hälsobeskrivningen. Men enbart faktasammanställningen är föga vägledande för den praktiska verksamhetsplaneringen. Sambanden mellan samhällsstruktur, hälsorisker och sjukdomsmönster måste diskuteras och relationen mellan vårdutnyttjande och vårdbehov analyseras. Detta bör bland annat ske genom att flera olika yrkesgrupper (läkare, sköterskor, hemsamariter, socialsekreterare, hälsovårdsinspektörer m fl) får analysera sammanställningen och bidra med mera kvalitativ kunskap. Denna kan bilda underlag för den samlade bild av det lokala hälsoförhållandet och vårdsektorns verksamhet, som varje primärvårdsområde periodiskt bör sammanställa.

Landstingens samhällsmedicinska enheter bör ges ett ansvar för utvecklingsarbete beträffande dessa typer av hälsobeskrivningar samt biträda den personal, som lokalt kommer att arbeta med detta.

17.2 Samhällsprofil

Samhällsprofilen avses beskriva samhällets demografiska och socioekonomiska struktur, situationen på arbetsmarknaden, näringslivet och de historiska förutsättningarna.

För att kunna förstå och förändra människors miljö, levnadsvanor och hälsa måste man känna till lokalsamhällets historia, näringsstruktur, befolkningstraditioner och levnadssätt. Detta var inskrivet i 1822 års provinsialläkarinstruktion och har nu fått en förnyad aktualitet genom HSL.

17.2.1 Demografisk struktur

Befolkningsstatistik produceras årligen av SCB och omfattar för varje individ bland annat

- ålder, kön och civilstånd, antal vuxna och antal barn i hushållet, medborgarskap, fastighet, taxerad inkomst.

Statistiken kan redovisas på läns- och kommunnivå samt för de områden inom en kommun så kallade nyckelkodsområden (NYKO). NYKO bygger på att varje person är mantalsskriven på en viss fastighet. Dessa kan aggregeras till kvarter och stadsdelar/glesbygdsdelar. Nyckelkoden är sexsiffrig och kan alltid aggregeras till upptagningsområden för vårdcentral, vårdlag, distriktssköterska etc.

I den årliga befolkningsstatistiken registreras bara den typ av familjebildningar, där två vuxna är gifta med varandra. Sammanboende, ogifta registreras inte som sammanhållna objekt i statistiken. Detta sker endast i folk- och bostadsräkningarna (FoB) samt i SCB:s undersökning av levnadsförhållanden (ULF). Vidare ger den årliga statistiken information om in- och utflyttningar till områden och om antal födda och döda. Befolkningsförändringar i dessa avseenden kan följas regelbundet även under löpande kalenderår.

17.2.2 Socioekonomisk struktur

FoB 1980 omfattade uppgifter om bland annat

- ålder, kön, medborgarskap, civilstånd, samboendeförhållanden
- yrke, socioekonomisk grupp, näringsgren, sysselsättningsgrad, pendling.
- hustyp, byggnadsperiod, lägenhetsstorlek, bostadsstandard.

Såväl den årliga befolkningsstatistiken som FoB 1975 och 1980 finns tillgängliga på nyckelkodsområden i form av tryckta tabeller och/eller direkt via terminal till SCB:s databaser RSDB (Regional Statistiska DataBasen för kommuner och län) samt DSBD (DelområdesStatistisk DataBas för kommunernas nyckelkodsområden). I Arbetskraftsundersökningarna (AKU) finns befolkningen fördelade på kön, ålder, län, sysselsättningsgrad, näringsgren och yrke. Yrke kodas enligt Nordisk yrkesklassificering (NYK) i

yrkesområden (exempel 2=kameralt och kontorstekniskt arbete), yrkesgrupp (21=stenografi och maskinskrivningsarbete), yrkesfamilj (211=kontorssekreterare) och individualyrke (211, 15=läkarsekreterare).

För indelning av näringsgrenar används standard för näringsgrensindelning (SNI). I folk- och bostadsräkningen 1980 har yrke registrerats i klartext och kan med särskilda program redovisas på yrkesgrupper enligt ovan och enligt den nya socioekonomiska indelningen (SEI) som utifrån förvärvsställning och yrke klassificerar befolkningen i 18 yrkesgrupper och i sex grupper av icke förvärvsarbetande. Med hjälp av befolkningsstatistik och folk- och bostadsräkning kan man således ge en lokal och regional beskrivning av vissa basala sociodemografiska förhållanden i befolkningen.

17.2.3 Indirekta surveys

Många datakällor som exempelvis SCB:s undersökning av levnadsförhållanden är omöjliga att bryta ned på små geografiska områden t ex primärvårdsområden. De ger dock möjlighet att redovisa fördelning av hälsoproblem och hälsorisker på olika befolkningsgrupper efter ålder, kön, civilstånd, socioekonomisk grupp och nationalitet. Utifrån ett antagande om att dessa samband även gäller på ett mindre geografiskt område kan man med kunskap om befolkningssammansättningen enligt ovannämnda variabler göra uppskattningar av hur utbrett ett givet hälsoproblem skulle vara om de gruppspecifika frekvenstalen gällde för det givna området (114, 115). Man bortser här ifrån eventuella geografiska skillnader, som inte beror på demografisk eller socioekonomisk struktur vilket naturligtvis är en grov förenkling. Metoden kan dock i många fall vara ett användbart alternativ till mycket kostsamma egna surveys. (Se 15.5).

17.3 Hälsoriskprofil

Syftet med hälsoriskprofilen är att skapa underlag för inriktning och resursfördelning av förebyggande arbete samt att kunna följa effekterna av förebyggande insatser.

Kommunala myndigheter har tillsynsansvaret för befolkningens levnadsförhållanden. Miljö- och hälsoskyddsnämnderna har ansvar för de kemiska och fysikaliska hälsoriskerna i omgivningen medan socialnämnderna ansvarar för sociala förhållanden. Ingen av dessa myndigheter producerar någon samlad statistik över de lokala levnadsförhållanden, utan deras statistik är liksom sjukvårdens uppbyggd kring redovisning av verksamheten. Det hindrar inte att personalen har och arkiven omfattar mycken kunskap om förhållanden, som kan vara av stort intresse. Ofta har särskilda undersökningar gjorts om luftkvalitet, buller, missbruk, barn- och ungdomsmiljöer etc. Dessa är av stort intresse för hälsoplaneringen.

Socialtjänsten besitter en omfattande kunskap om människors levnadsvillkor lokalt. Den är särskilt viktig, därför att den omfattar flera av de hälso- och vårdpolitiska riskgrupper som tidigare berörts. Socialtjänstens statistik är oftast starkt knuten till existerande lagar och de åtgärder som vidtas med stöd av lagarna. Mera sällan är den inriktad på att beskriva symtom på eller

orsaker till sociala problem.

Arbetslöshet och undersysselsättning redovisats i AKU, som är nedbrytbar på länsnivå och arbetsförmedlingarnas arbetslöshetsstatistik, som redovisas på kommunnivå.

Arbetsmiljöfrågor handläggs i första hand av företagshälsovård vid respektive företag och av statliga yrkesinspektionen i varje län. Där finns en omfattande kunskap om hälsorisker på olika arbetsplatser i kommuner och län. En samlad beskrivning i registerform är under utveckling. Ett nära samarbete mellan företagshälsovård och primärvård är således nödvändigt, för att primärvården ska kunna få kunskap om de hälsorisker i arbetsmiljön, som befolkningen i upptagningsområdet är utsatta för. Företagshälsovården å sin sida behöver kunskap om hälsoproblem hos de av företaget anställda som söker primärvård och länssjukvård.

Sist men inte minst är landstingets hälso- och sjukvård själv en viktig källa till kunskap om hälsorisker genom den kännedom vårdarbetet ger om sjukdomsorsaker. Sjukvården registrerar idag s k E-diagnoser som anger den yttre orsaken till den skada som leder till slutenvård eller dödsfall. Men sjukdomsorsaker registreras inte generellt för övriga typer av hälsoproblem.

Olycksfallsrisker finns dessutom redovisade i trafikolycksfallsstatistiken som bygger på polisens registrering och i Arbetarskyddsstyrelsens registrering av arbetsskador som bygger på uppgifter från försäkringskassan. Båda dessa register är behäftade med ett visst bortfall jämfört med det totala antalet skador som kommer till hälso- och sjukvårdens kännedom. Trafikolycksfallsstatistiken har förts i nästan 50 år och omfattar olycksfallsfördelning på län och tätortsgrad, trafikantkategori, olyckstyp, vägnummer, eventuell alkoholpåverkan m m.

Sedan 1979 finns ett nytt system för registrering av arbetsskador (ISA). Arbetsgivaren skall rapportera via försäkringskassan till Arbetarskyddsstyrelsen om olycksfall, som har skett i arbetet eller på väg till och från. Dessutom skall vissa preciserade arbetssjukdomar rapporteras. Registret innehåller förutom uppgifter om skadans art information om näringsgren, arbetsställe, yrkeskod och skadeorsak i termer av huvudsaklig händelse (olyckstyp) och yttre faktorer (maskiner, redskap m m). Registreringen av arbetssjukdomar måste bedömas som mycket ofullständig med tanke på de samband med arbetsmiljö som är kända för en lång rad av befolkningens hälsoproblem (49).

Alkoholstatistik i form av försäljningssiffror från systembolaget kan fås på läns- och systembutiksnivå. Svårigheten är ofta att systembutikens försäljningsområden är svåravgränsade och inte överenstämmer med sjukvårdens administrativa indelningar. Dessutom är hembränning m m av betydande omfattning. Genom de s k ANT-undersökningarna som skolöverstyrelsen genomför kartläggs bland annat alkoholkonsumtionsmönstret bland elever i årskurserna 6 och 9 i grundskolan. Siffrorna redovisas på länsnivå. Motsvarande kartläggning görs av värnpliktiga.

Tobaksbolagets försäljningsstatistik och rökvaneundersökningar är inte offentliga. Nationalföreningen för upplysning om tobakens skadeverkningar (NTS) kartlägger och publicerar däremot sedan 1976 löpande svenska folkets rökvanor. Statistiken kan dock ej brytas ned på lokal nivå. ULF har också på

senare år ställt frågor om rökvanor. Inte heller denna statistik är för närvarande nedbrytbar på primärvårdsområdesnivå. De tidigare nämnda ANT-undersökningarna som Skolöverstyrelsen genomför visar även förekomst av rökning och snusning i grundskolan.

Kostvanorna i befolkningen kan beskrivas med hjälp av SCB:s hushållsbudgetundersökningar. Några intervjuundersökningar som löpande beskriver befolkningens kostvanor finns inte.

17.4 Hälsoprofil

Syftet med hälsoprofilen är att ge underlag för formulering av hälsopolitiska mål och för uppföljning och värdering av hälsopolitikens effekter. Hälsoprofilen kan dessutom ligga till grund för planering av behandling, rehabilitering och omvårdnad. Den kan bli en viktig komponent i planeringen av resursfördelning till olika verksamheter (123).

17.4.1 Ohälsans dimensioner

Beskrivningen av befolkningens hälsotillstånd kan ske utifrån tre principiellt olika perspektiv

- individens egen upplevelse av sjukdom eller besvär
- professionellt definierat sjukdomstillstånd
- sociala konsekvenser av sjukdom (funktionsnedsättning, nedsatt arbetsförmåga m m).

I den anglosaxiska sjukvårdsforskningen har några begrepp utvecklats som ofta används i detta sammanhang. Grundläggande är distinktionen mellan "disease" och "illness" som nära ansluter sig till det professionella respektive lekmannamässiga perspektivet ovan;

- sjukdom i betydelsen medicinskt definierad avvikelse från normal kroppsfunktion (disease)
- sjukdomsbesvär i betydelsen tillstånd av lidande och funktionsnedsättning till följd av sjukdom (illness).

Vad gäller ohälsans konsekvenser för individens funktionsnivå och sociala roller har WHO föreslagit följande klassifikation (ICIDH, 124)

- skada (impairment) som ansluter sig nära till begreppet sjukdom ovan och som betyder avvikelse från kroppens normala struktur och funktion
- funktionsnedsättning (disability) som betyder nedsatt funktion och rörelseförmåga till följd av skada
- handikapp (handicap) som betyder nedsatt förmåga att utföra sina normala funktioner i arbete och boende, beroende på skada och funktionsnedsättning explicit relaterat till den miljö individen befinner sig i.

De olika aspekterna sammanfaller endast delvis. Vilken man avser när man analyserar befolkningens hälsa får betydelse för resultaten i form av prioriteringar och behov.

Ohälsan är således ett mångdimensionellt fenomen. Ska man mäta ohälsa i syfte att formulera verksamhetsplaner måste man ta utgångspunkt i verksamhetens olika delar och studera mått som svarar därtill.

Åtgärder	Syfte
Primärt förebyggande	att undanröja hälsorisker och hindra uppkomst av sjukdom eller skada
Botande, lindrande	att stoppa sjukdomsprocess och hindra död samt lindra smärta och andra symtom
Rehabiliterande	att minska de sociala konsekvenserna av sjukdom (funktionsnedsättning och handikapp)
Omvårdnad	att tillgodose hjälpbehov till följd av funktionsnedsättning, handikapp med det dagliga livets aktiviteter (=ADL)

Hälsoprofilen består således av två huvuddelar:

1 sjukdom och symtom som är utgångspunkt för botande och symtomlindrande åtgärder.
2 Funktionsnedsättning och handikapp som är utgångspunkt för rehabilitering och omvårdnad.

Detta är givetvis en mycket grov och onyanserad indelning. Dessutom är vårdarbetet i verkligheten inte klart uppdelat i ovannämnda olika åtgärdsområden. Dagens sjukvårdsstruktur är i hög grad organiserad för att leda till bot och återställd funktionsförmåga. Samtidigt ökar den del av vårdarbetet som riktar sig mot psykiska och psykosomatiska problem, där enkla botemedel inte finns utan där det främst gäller att stödja och hjälpa människors förmåga att utveckla strategier för att förändra eller leva med sin situation. Vårdarbetet domineras också allt mer av omsorgen om människor som är gamla, obotligt sjuka och döende. Denna verksamhet syftar till att skapa trygghet, tröst, lindring och mänsklig kontakt i livets slutskede. Att mäta detta behov låter sig naturligtvis inte göras i enkla termer av funktionsnedsättning och handikapp. Det bör därför understrykas att även om detta kapitel i första hand handlar om förutsättningarna för att med siffror beskriva ohälsa måste en behovsbaserad planering i allt högre utsträckning vara lyhörd de behov som visar sig i den direkta dialogen med befolkningen och i vårdarbetet.

17.4.2 Sjukdom och symtom

Medicinska register

Med sjukdom menas i detta avsnitt sjukdom i professionell medicinsk mening. Sjukdomsförekomst brukar mätas i termer av incidens (antal nya fall

under viss tid) och prevalens (antal sjuka på viss tidpunkt).

Någon samlad beskrivning av incidens och prevalens för sjukdomar finns inte utan man är hänvisad till en mycket fragmentarisk bild från olika källor. I Sverige finns sedan 1960-talet några få register som är utmärkta incidensregister, t ex ett riksomfattande register över cancer och ett över missbildningar (125, 126).

Bortfallet i dessa två register beräknas till ca fem procent. Antalet nyupptäckta cancerfall påverkas dock av hur aktiv diagnostik som bedrivs. Detta kan försvåra jämförelser i tid och rum.

Enligt smittskyddslagen skall vissa smittsamma sjukdomar anmälas till och sammanställas av Statens bakteriologiska laboratorium. De sjukdomar som klassificeras som allmänfarliga sjukdomar och veneriska sjukdomar torde rapporteras med endast ett mindre bortfall. Å andra sidan utgör de en utomordentligt liten del av sjukvårdens arbete.

Dödsorsaksregistret innehåller väsentlig information om befolkningens hälsotillstånd och har sedan länge varit den grundläggande källan för kunskaper om folkhälsans utveckling och fördelning. Dödsorsaksstatistiken har sedan 1911 publicerats årligen. Statistiken över dödligheten har hög reliabilitet men däremot är uppgifterna om dödsorsakerna mera osäkra då de ibland grundar sig på obduktion och ibland på klinisk undersökning och läkares mer eller mindre goda kännedom om patientens tidigare sjukhistoria. Bortfallet i dödsorsaksregistret är obetydligt.

För flera av de nyss nämnda medicinska registren föreligger betydande problem att bryta ned dem på små geografiska områden av typ primärvårdsområden. För många dödsorsaker blir de slumpmässiga skillnaderna så stora att man måste summera fem till tio års dödsfall för att få rimlig precision. Därmed förlorar man naturligtvis mycket i aktualitet.

För prioritering och resursfördelning är det en väsentlig fråga att kunna bedöma betydelsen av skillnader i sjuklighet och dödlighet mellan olika geografiska områden och socioekonomiska grupper. Spri har i en publikation (17) gjort en grundlig redovisning av hur en sådan analys kan gå till i syfte att öka tillförlitligheten i de slutsatser som dras.

För cancerregister, dödsorsaksregister och sjukhusens patientdatabaser gäller att de redovisas uppdelade efter personens kön, ålder och kommun. De två förstnämnda källorna kan även redovisa civilstånd. För att kunna studera fördelningen även på socioekonomisk grupp och boendeförhållande har samkörningar gjorts med Folk- och bostadsräkningarna och därmed har man etablerat de s k dödsfallsregistret och cancermiljöregistret (24, 42).

Enkäter och intervjuer

För kunskaper om hur befolkningen upplever sitt välbefinnande och vilka symtom i form av smärta, ångest m m människor lider av är vi hänvisade till intervjuer och enkäter.

Sverige har liksom många andra länder under 1970-talet genomfört en serie intervjuundersökningar av representativa urval av befolkningen. Det gäller dels SOFI:s levnadsnivåundersökning (LNU) 1968, 1974 och 1981 (18, 20) och SCB:s undersökning av levnadsförhållanden (ULF) som görs årligen sedan 1974 (43). Båda undersökningarna har frågor som rör befolkningens

hälsotillstånd och sjukdomskonsekvenser i form av symtom, rörelsehinder, nedsatt arbetsförmåga m m men frågeformuleringarna är olika. LNU omfattade en panel på cirka 6 000 personer i åldern 15-75 år medan ULF årligen intervjuar cirka 7 000 personer i åldern 16-84 år, som hittills har varit olika individer i åldern 16-74 år från år till år. Inom ULF-undersökningen har ett särskilt register inrättats som omfattar ett begränsat antal frågor men i gengäld omfattar alla individer som intervjuats från 1975. Även med så stort urval är möjligheterna att använda dessa undersökningar på primärvårdsområdesnivå mycket begränsade.

Frågeformulären är helt olika i LNU och ULF. ULF-undersökningens frågor liknar på flera punkter dem som ställts i många år i den engelska General Household Survey. I ULF ställer man två frågor för att mäta förekomsten av långvariga sjukdomar. "Har Ni någon långvarig sjukdom, besvär efter olycksfall, något handikapp eller annan svaghet?". Eftersom det finns anledning att förmoda att en intervjuperson ibland kan glömma att rapportera en sjukdom som han/hon de facto har, så ställs dessutom en kontrollfråga: "Tar ni regelbundet medicin för någonting (annat)?". Samtliga som svarat "Ja" på endera eller båda dessa frågor anses då vara en person med långvarig sjukdom. Begreppet långvarig sjukdom omfattar alltså en rad tillstånd från mycket allvarliga sjukdomar till helt obetydliga åkommor.

I LNU ställde man frågan: "Har Ni under de senaste tolv månaderna haft något av följande sjukdomar eller besvär?". Svarsalternativen var: Nej, lätta besvär respektive svåra besvär för var och en av över givna 50 sjukdomar och symtom.

Exempel på lokala studier är de av Spri redovisade Postenkäter i Vännäs och dagboksstudien bland barnfamiljer i Vilhelmina (91) samt Hälsoprofil Skaraborg (122).

Den finska Folkpensionsanstalten utförde 1964, 1968 och 1976 den så kallade Mini-Finland undersökningen. Intervjuerna görs där av sjuksköterskor och följs sedan av en enkel hälsoundersökning där de individer som uppvisar avvikelser undersöks av läkare. På detta sätt söker man öka den medicinska validiteten i befolkningsstudier av detta slag (112, 113).

Metodproblemen i ULF-undersökningen har i detalj diskuterats av Spri i en särskild publikation (43).

De svenska intervjustudierna ger trots ett visst bortfall en värdefull bild av hur de intervjuade själva upplever sitt hälsotillstånd. De ger ett vidare perspektiv än flertalet registerkällor, som endast beskriver de fall som kommer i kontakt med sjukvården. Den medicinska validiteten hos frågorna är emellertid dåligt kartlagd, vilket försvårar en användning för t ex beräkning av prevalenstal. För att kunna användas vid t ex behovsberäkningar bör hälsoproblemen vara så väl definierade, att man kan diskutera förväntade effekter av kända åtgärder mot problemen.

Frågorna belyser individens upplevelse av symtom och kunskap om sina sjukdomar, funktionsnedsättning m m. Svaren är starkt påverkade av individens tidigare vårdutnyttjande, ställning på arbetsmarknaden, allmänna utbildningsnivå, anspråksnivå etc vilket försvårar tolkningen av regionala och sociala skillnader. Man får dock inte glömma att det är just individens upplevelse av sjukdom som styr hennes vårdefterfrågan.

Till följd av att intervjusvaren kan påverkas av den lokala intervjuaren bör regionala skillnader tolkas med försiktighet.

Vårdutnyttjandestatistik

Sjukvårdens journaler och patientdatabaser är värdefulla källor till kunskap om sjukdomsmönstret. I den slutna vården registreras en eller flera diagnoser vid utskrivning och fr o m 1984 kommer alla landsting att ha egna patientdatabaser. Dessa omfattar uppgifter om diagnoser, operationer, patientens kön, ålder och kyrkobokföringskommun samt vårdinrättning.

Som tidigare har diskuterats är uppgifter som baserar sig på vårdutnyttjande påverkade av en lång rad faktorer utöver befolkningens hälsotillstånd exempelvis vårdutbud, vårdstruktur och diagnostiska rutiner.

Det krävs ett mycket omfattande utvecklingsarbete för att göra registreringen i patientdatabaserna så enhetligt att geografiska jämförelser med rimlig säkerhet kan användas för bedömning av sjukdomsförekomst. För vissa typer av allvarligare medicinska tillstånd som exempelvis hjärtinfarkt, benbrott och cancer ger slutenvårdsregistreringen tillsammans med dödsorsaksstatistiken en hygglig bild av den faktiska incidensen i samhället. För andra sjukdomar där symtom och konsekvenser för individen är mindre påtagliga finns det förmodligen ett stort antal fall, som inte kommer under vård eller i varje fall sluten vård. Det pågår därför på många håll ett utvecklingsarbete i syfte att även få viss basdataregistrering i primärvården med uppgifter om diagnos (127). Inom primärvården och annan öppen vård är diagnosuppgifterna självklart mer osäkra, men fångar i stället ett bredare spektrum av befolkningens hälsoproblem. Samtidigt är olika hinder i vårdens tillgänglighet av större betydelse för tolkning av dessa data. Studier har visat att endast 10-20 procent av många vanliga symtomepisoder leder till kontakt med sjukvården (91).

De patientdatabaser som under den närmaste tiden kommer att finnas i sjukvården är således behäftade med vissa svagheter sett ur planeringens behov

- den medicinska informationen omfattar i första hand diagnos utifrån WHO:s diagnoskod (ICD). Diagnoskoden bygger i huvudsak på en nosologisk indelning där etiologiska, patoanatomiska och deskriptiva symtomdiagnoser blandas om vartannat
- någon registrering och gradering av sjukdomskonsekvenser i termer av funktionsnedsättning och handikapp finns inte i dessa databaser lika lite som det, bortsett från skador, finns en registrering av sjukdomsorsaker
- det finns inte utarbetade rutiner för skillnad mellan nyupptäckta sjukdomstillstånd och återbesök för redan kända sjukdomstillstånd som tillåter användning av dessa register för incidens- och prevalensbedömning
- inga andra åtgärder än operationer registreras
- patientdatabaserna för sluten vård är inte nedbrytbara på primärvårdsområden och innefattar inga uppgifter om yrke, arbetsplats eller bostad.

17.4.3 Funktonsnedsättning och handikapp

Medan de i avsnitt 17.4.2 avhandlade beskrivningarna av sjukdom och symtom i första hand belyser det medicinskt professionella och det lekmannamässigt upplevda perspektivet ger uppgifter om ohälsans konsekvenser för individens beteende, funktionsförmåga och handikapp i sin miljö ett mer socialt och samhälleligt perspektiv. Också detta är väsentligt att ta hänsyn till vid bedömning av vårdbehov.

Sjukfrånvaro och förtidspension är direkta uttryck för av samhället accepterad och ekonomiskt ersatt nedsättning av arbetsförmågan. Olika typer av intervjustudier ger en bild som är mindre direkt färgad av lagstiftning, försäkringspraxis m m.

Försäkringsregister

Riksförsäkringsverket har register om bland annat den ersatta sjukfrånvaron och förtidspensionärerna. De omfattar hela befolkningen i åldern 16-64 år och är nedbrytbara på ålder, kön, inkomst och lokalkontor (motsvarande kommun). Statistik över nybeviljade förtidspensioner förs dessutom på huvuddiagnos. Däremot förs sjukfrånvarostatistik varken på diagnos eller yrke. Riksförsäkringsverket har även ett s k sjuktalsband som ligger till grund för de olika redovisningarna av sjuktal m m på kommunnivå. Den bygger på ett tioprocentigt urval.

Ett utvecklingsarbete pågår för närvarande för att förbättra tillgängligheten hos socialförsäkringsstatistiken, göra den nedbrytbar på mindre geografiska områden och möjliggöra redovisningen av sjukfrånvaron inte bara som sjuktal (medelvärden) utan även som frekvenstabeller. I ett särskilt projekt kommer riksförsäkringsverket att göra en studie över diagnosmönstret i sjukintygen för 1983 och studera dess fördelning på bland annat yrkesgrupper. Spri har analyserat sjukfrånvarostatistiken och dess tillförlitlighet.

Sjukfrånvaro och förtidspension har tidigare diskuterats som mått på de sociala konsekvenserna av sjukdom (handikapp). Det bör som tidigare nämnts understrykas att sjukfrånvarons validitet som mått på individens funktionsnedsättning på grund av ohälsa är starkt påverkad av individens förvärvsställning. Deltidsanställda, egna företagare, hemarbetande och övriga icke förvärvsarbetande är förmodligen mycket oftare sjuka utan att sjukskriva sig. En jämförelse mellan olika yrkesgrupper och geografiska områden bör därför i första hand ske inom gruppen heltidsanställda. Med dessa förbehåll kan dock sjukfrånvaron betecknas som ett lättillgängligt mått på individens samlade bedömning av sitt hälsotillstånd i ljuset av förhållanden i arbetet och hemmet.

Intervjuundersökningar

Ett omfattande utvecklingsarbete har de senaste 20 åren bedrivits för att utveckla olika standardiserade index på människors hälsotillstånd som bygger på direkt utfrågning eller observation (128-132).

Katz m fl utvecklade 1963 sitt Index of Activities of Daily Living som i första hand använts för att bedöma kroniskt sjuka patienters ADS-

funktioner (bada, klä sig, äta m m) och effekten av lasarettsbehandling på detta. Måttet lämpar sig inte till allmänna befolkningsstudier utan endast på patienturval av äldre och långvarigt sjuka för bland annat bedömning av omvårdnadsbehov, vårdtyngd m m.

Fanchel och Bush utvecklade under 1970-talet ett mer teoretiskt resonemang där man med utgångspunkt i ett antal frågor klassificerade befolkningen i 11 rangordnade funktionsklasser med hänsyn till social aktivitet, rörlighet och fysisk aktivitet. Detta kombineras med ett mått på prognoser, som angiver den förväntade tid man befinner sig på en given funktionsnivå samt med en socialt definierad vikt för funktionsnivå. Med utgångspunkt i dessa resonemang har olika praktiskt användbara index utvecklats (HIS-index, FSI-index).

Bergner m fl har utvecklat en mätmetod kallad Sickness Impact Profile (SIP). Här beskriver man utifrån 136 frågor 14 dimensioner av social och fysisk aktivitet samt rörlighet. Ett omfattande arbete har lagts på att bedöma måttets reliabilitet och validitet dels för de 14 dimensionerna var för sig och dels för ett summerat index.

Hittills har dessa olika mått på funktionsnedsättning inte funnit någon mer utbredd användning i planeringssammanhang, utan har i första hand använts för utvärdering av medicinska och rehabiliterande åtgärder, vårdtyngdsmätning m m. Det finns dock anledning att betona behovet av denna typ av beskrivningar i framtidens lokala behovsmätningar och utvärderingar.

17.4.4 Identifiering av hälsopolitiska riskgrupper

I avsnitt 11.1 har understrukits betydelsen av att för formulering av hälsopolitiska mål och för resursfördelning söka identifiera hälsopolitiska riskgrupper i befolkningen. Sådana riskgrupper kan karakteriseras t ex som människor på en viss arbetsplats i ett visst yrke, boende i ett visst bostadsområde, ensamboende, frånskilda, invandrare, arbetslösa m fl.

Lokalt kan kartläggningen av riskgrupper ske på olika sätt. Det är önskvärt att på sikt de basdata som produceras av de lokala sjukvårdsenheterna (patientdatabaser m m) kompletteras med ytterligare individvariabler utöver ålder och kön. Yrke, arbetsplats, bostadsområde, familjeförhållande och nationalitet är variabler som i den långa rad studier, som refererats i tidigare kapitel, visat sig ha stort värde för att avgränsa grupper i befolkningen som löper särskilt stor risk för ohälsa.

Kunskap om riskgrupper kan användas i diskussioner om resursfördelning. För en diskussion om hälsopolitiska åtgärder i syfte att förbättra hälsan för riskgruppen i fråga behöver dessa kunskaper kompletteras med kännedom om orsaksmekanismer.

Andra metoder att identifiera riskgrupper är olika typer av uppsökande verksamhet. Mödra- och barnhälsovård har liksom företagshälsovård stor erfarenhet inom detta område. Det kan dock finnas skäl för primärvården att på ett mer samordnat och systematiskt sätt, i samarbete med bland annat kommunala myndigheter söka vidareutveckla denna verksamhet också till andra befolkningsgrupper.

17.5 Vårdprofil

Vårdprofilen syftar till att beskriva hälso- och sjukvårdens verksamhet. Hur resurserna används, hur befolkningen utnyttjar vårdutbudet, i vilken mån man uppfyller olika krav på medicinsk kvalitet, kontinuitet, tillgänglighet m m. Den kan även bli ett underlag för att identifiera grupper i samhället som inte får sina behov tillgodosedda på ett tillfredsställande sätt i dagens verksamhet – de s k vårdpolitiska riskgrupperna.

17.5.1 Resursfördelning

Budgeten är det främsta instrument med vilket en sjukvårdshuvudman kan styra verksamheten i riktning mot uppställda hälso- och vårdpolitiska mål. Redovisningssystemet är den återföring om resursanvändning med vilket man kan jämföra planerad och faktisk utveckling.

Landstingsförbundet har rekommenderat sina medlemmar att fr o m 1985 använda en reviderad version av landstingens budget och redovisningssystem – den s k L-planen (116).

Revisionen har gjorts för att möta senare års krav på ökad politisk styrning samt ökad effektivitet och flexibilitet i verksamheten.

Hälso- och sjukvårdens verksamhet kan beskrivas ur olika perspektiv

Perspektiv	Exempel på kategorier
Institution	Lasarett, vårdcentral, sjukhem
Hotellfunktion	Sluten vård, öppen vård, hemsjukvård
Behandlingsform	Medicinsk vård, kirurgisk vård
Vårdtid	Korttidsvård, långtidsvård
Specialiseringsgrad	Primär–, läns– och regionsjukvård
Diagnos	Somatisk vård, psykiatrisk vård
Produktorganisation	Patientvård, medicinsk service, administration
Målgrupp	Barn, äldre, invandrare
Syfte	Prevention, bot, lindring, omvårdnad, rehabilitering
Geografiskt område	Distrikt 1, distrikt 2

I den L-plan som hittills använts av flertalet landsting har den fysiska institutionen (byggnaden) haft en central betydelse som redovisningsenhet.

Det nya förslaget till L-plan utgår från nyare tankegångar om vårdorganisation. Politiska beslut om landstingens utgifter antas således uttryckas i en budget, där utgifterna redovisas på tre nivåer: huvudtitel (primärvård, läns- och regionsjukvård), titel (verksamhetsområde) och undertitel (sjukvårdsförvaltningsdistrikt).

L-planens verksamhetsområde (116)

0	Läns- och regionsjukvård	1	Primärvård
00	öppen somatisk korttidsvård	10	öppen primärvård
01	sluten och gemensam somatisk korttidsvård	13	sluten och gemensam primärvård
03	långtidsvård	15	tandvård
04	öppen psykiatrisk vård	16	övrig verksamhet
05	sluten och gemensam psykiatrisk vård		
07	medicinsk service		
08	allmän service		

Inom var och en av dessa elva verksamheter kan man redovisa kostnadsställen och delkostnadsställen, samt kostnader fördelade på personal och andra utgifter.

Personella resurser (tjänster) redovisas i LKELP per verksamhetsområde, verksamhetsgren samt vårdområden indelade i huvudgrupper (exempelvis medicinsk korttidsvård, långtidsvård, psykiatrisk vård, allmänläkarvård) och område (motsvarande medicinsk specialitet).

Läkartjänster redovisas inte bara per huvudgrupp och område utan även för alla de medicinska verksamhetsområden, för vilka det enligt den tidigare sjukvårdslagen fanns en överläkartjänst inrättad.

Med hjälp av LATT kan läkarnas verksamhet beskrivas i termer av arbetstidens innehåll och huvudsakliga verksamhet. Denna beskrivs i termer av prestationer (vårddagar, besök) fördelad på verksamhetsområde, verksamhetsgren samt vårdområde.

Det framstår som allt väsentligare att formulera prioriteringar i termer av inte bara primärvård kontra länssjukvård. Hälso- och sjukvårdens verksamhet planeras allt oftare med hjälp av hälsopolitiska handlingsprogram och vårdprogram. Man söker fördela resurser med ökad hänsyn till variationer i behov och i syfte att nå hälso- och vårdpolitiska riskgrupper. Detta ökar kraven på budgetsystem och verksamhetsredovisning. Målgrupper och åtgärdsområden är exempel på typer av variabler som på sikt bör ingå i dessa redovisningssystem.

17.5.2 Struktur och kvalitet

Traditionella mått i sjukvårdsplaneringen har sedan länge varit rena prestationsmått av typ vårddagar och läkarbesök per invånare, vid sidan om utbudsmått som personaltäthet, vårdplatsantal m m. Inom sluten vård har man använt mått av typ omsättningstal. Dessa mått är relevanta för en verksamhetsplanering byggd på resurs- och prestationsmått. Det är dock uppenbart att dessa mått är bristfälliga uttryck för verksamhetens kvalitet och effekt. Dessutom tenderar de att hindra en nödvändig flexibilitet.

Ett första steg i utvecklingen mot en mer innehållsrik redovisning skulle kunna vara att registrera åtgärder och de problem dessa riktas mot.

Landstingens patientdatabaser för sluten vård omfattar i sitt minimiinnehåll bland annat uppgift om diagnos och kirurgisk åtgärd – operation. I den rapport angående basdata i primärvården som nyligen presenterats föreslås att åtgärder registreras som tilläggsdata (127). Det är betydelsefullt att man i särskilda studier söker utnyttja data om vidtagna åtgärder och ställa dessa i

relation till vedertagna normer och till lokala vårdprogram (118, 121).

Ett annat sätt att bedöma verksamhetens kvalitet är att använda sig av den s k tracer-tekniken (133). En tracer är en entydigt definierad sjukdom eller ett symtom där normer för den medicinska handläggningen är väldefinierade och där det observerade medicinska handlandet tas som representativt för kvaliteten på all behandlig på vederbörande institution eller motsvarande.

Utöver medicinsk kvalitet och säkerhet har kvaliteter i form av kontinuitet och helhetssyn stått i centrum för debatten. Kraven på kontinuitet har säkerligen ofta varit uttryck för ett mera diffust missnöje med sjukvården. Frågan har fått förnyad aktualitet då det i flera enkätstudier visat sig att allmänheten entydigt sätter kontinuitet främst bland angelägna önskemål. Kontinuitetsutredningen (134) skiljer på tre typer av kontinuitet (se vidare 135-136)

- långsiktig kontinuitet innebär att patienten träffar samma vårdgivare oavsett vilken åkomma det gäller. Detta kan mätas om man i patientstatistiken anger vårdgivare och patientens personnummer
- vårdepisodkontinuitet innebär att patienten träffar samma vårdgivare vid flera besök för samma åkomma
- kontinuitet i vården innebär en samverkan mellan olika vårdenheter och personalkategorier. Det kan ske genom sektoriserng (t ex psykiatrin) i syfte att skapa en kunskapskontinuitet mellan öppen och sluten vård.

Helhetssyn är en mer svårfångad men inte mindre viktig kvalitet i vården. Innebörden i begreppet är att man inte enbart ser sjukdom som individuellt biologiskt fenomen utan även tar hänsyn till dess sociala och psykologiska orsaker och konsekvenser. Som nämnts omfattar patientstatistiken i sjukvården vare sig data om sjukdomars orsaker eller deras konsekvenser, utan denna aspekt måste belysas i särskilda undersökningar.

17.5.3 Tillgänglighet

I kapitel 12 har det faktiska vårdutnyttjandet jämförts med ett förväntat (behovsrelaterat) vårdutnyttjande för olika befolkningsgrupper.

Även för lokal planering kan det vara av stort intresse att få det faktiska vårdutnyttjandet belyst för olika grupper av befolkningen. Ålder, kön, civilstånd, yrke, och bostadsort är därvid viktiga indelningsgrunder. Detta vårdutnyttjande kan jämföras med vad som kan förväntas utifrån genomsnittstal för riket eller länet för motsvarande grupper. De skillnader som redovisas i de studier som gjorts är ganska svårtolkade. Det finns anledning att förmoda att man genom lokala studier med bättre kunskap om traditioner, rutiner och arbetsfördelning kan få mera meningsfulla resultat som underlag för diskussion (75).

En något bättre metod att söka identifiera grupper med i relation till sitt vårdbehov dålig tillgång till vård är att studera faktiskt vårdutnyttjande bland personer med jämförbar grad av ohälsa enligt sin egen lekmannamässiga uppfattning. Denna teknik har använts i LNU (se avsnitt 12.3.5). Liknande metoder kan även användas i lokala posenkät- eller intervjuundersökningar.

Sådana undersökningar är även lämpade för att belysa orsakerna till skilda vårdutnyttjandemönster (77). För dem som sökt vård kan man koppla data om besöksorsak till förväntat och faktisk utbyte av vårdkontakten (78). För gruppen med motsvarande symtom men utan vårdkontakt kan data om egenvård, informell vård i familjen, alternativ vård utanför den etablerade sjukvården samt hinder för kontakt med sjukvården utnyttjas för att analysera orsaker till skillnader mellan grupperna (88, 91).

Ytterligare ett steg i denna typ av analyser är att belysa vårdutnyttjandet i relation till medicinskt och socialt professionellt definierat vårdbehov som fastställts genom klinisk undersökning (83), intervju, hembesök etc. Denna typ av kartläggning får närmast karaktär av uppsökande verksamhet. Arbetsformen är väletablerad inom mödra- och barnhälsovården men torde i ökad utsträckning finna användning inom äldrevård, psykiatrisk vård, hemsjukvård m m.

17.5.4 Effekt

Det bästa sättet att värdera hälso- och sjukvårdens verksamhet är givietvis att beskriva dess effekter på befolkningens hälsa och välbefinnande (120,121,137-141).

Den allmänna utvecklingen av dödligheten är – möjligen med undantag av den perinatala dödligheten – idag en mycket missvisande mätare på hälso- och sjukvårdens verksamhet bl a därför att allt större del av resurserna går till omvårdnad. Ett annat sätt att använda dödsorsaksstatistiken i utvärderingen är att mäta förekomsten av dödsfall, som i princip är möjliga att hindra genom prevention och behandling (142). Exempel på dödsorsaker kan därvid vara högt blodtryck, livmoderhalscancer, lunginflammation, astma, tbc och blodbrist i vissa åldrar. Regionala skillnader i dödstal i dessa sjukdomar har tolkats som indikatorer på skillnader i sjukvårdens kvalitet och effekt (143).

Tidigare har nämnts ett antal mått på funktionsnedsättning och lidande som utvecklats i syfte att mäta effekterna av sjukvård. De omfattar ett brett spektrum av psykologiska och sociala funktioner, beräkning av prognos och livskvalitet samt mera grundläggande funktionsnedsättningar av typ ADL. Det är vidare väsentligt att utveckla metoder att belysa patienters uppfattning av och tillfredsställelse med vården (144-146).

17.5.5 Identifiering av vårdpolitiska riskgrupper

Icke tillgodosedda vårdbehov kan uppstå på alla nivåer i vårdprocessen. Det är troligen mindre vanligt idag att behövande inte alls får kontakt med vården. I stället har frågan om patienter får en adekvat vård blivit aktuellare. Det är därför viktigt att belysa hur sjukvården lyckas möta olika gruppers behov, och vilken effekt det får på deras hälsa. På detta område har mycket få studier gjorts och erfarenheterna av metoder för lokal användning är därför få. Helt osofistikerad registrering av åtgärder, diagnos och socialgrupp kan dock uppenbarligen ge mycket intressanta resultat (se t ex tabell 12.5).

18 Behov av förbättrade hälsodata

I de föregående kapitlen har redovisats möjliga utvecklingslinjer för hälso- och sjukvårdens planering med hjälp av de förbättrade hälsodata som utvecklats under senare år. I detta kapitel redovisas några önskvärda utvecklingslinjer för hälsodata som torde ha avgörande betydelse för möjligheterna att ytterligare förbättra planeringen inför framtiden.

Mer ändamålsenliga data inom följande områden måste anses mycket angelägna.

Hälsorisker, sjukdomsförekomst och sjukdomskonsekvenser i olika befolkningsgrupper bör kunna redovisas utförligare i såväl ett professionellt som lekmannamässigt och socialt perspektiv.

Hälso- och sjukvårdens verksamhet bör kunna beskrivas i termer av vidtagna åtgärder, kvalitet och effekt på befolkningens hälsa.

Resursanvändningen bör kunna relateras till verksamhetsområden, vidtagna åtgärder och målgrupper.

För att tillgodose dessa behov torde det inte vara nödvändigt att utveckla några helt nya statistiksystem. I stället gäller det att i första hand successivt utveckla innehåll och tillförlitlighet i existerande datakällor. Det är viktigt att lokala initiativ följs och att information sprids om resultat, svårigheter och olika konsekvenser.

18.1 Dödsorsaksstatistik

Dödlighetsstatistiken är redan idag av jämförelsevis hög reliabilitet, men ytterligare insatser kan göras för att höja tillförlitligheten av dödsorsaksregistreringen.

De första samkörningar, som gjorts mellan dödsorsaksregistret och FoB, har gett resultat av stort intresse. Det är därför av central betydelse att dödsorsaksstatistiken i fortsättningen redovisas inte bara med hänsyn till kön, ålder, civilstånd och kommun utan även yrke, socioekonomisk grupp och samboendeförhållanden.

En annan förbättring i reguljära dödsorsaksstatistiken vore att redovisa några samlade mått t ex åldersstandiserad dödlighet (SMR) eller något mått på tidig död (PYLL).

18.2 Undersökningar av levnadsförhållanden

ULF omfattar för närvarande cirka 8 000 individer, representativa för befolkningen i åldrarna 16-84 år. Undersökningen innehåller uppgifter om olika levnadsnivåkomponenter. Tyngdpunkten i beskrivningen varieras mellan olika omgångar efter ett roterande schema. Periodiciteten på de fördjupade mätningarna av en komponent är cirka åtta år. Redovisning sker f n för två år i taget och omfattar efter bortfall cirka 14 000 individer.

Det är viktigt att urvalet till ULF bevaras i minst sin nuvarande storlek. Flera av de hälsoproblem som redovisas i intervjuundersökningen är relativt ovanliga (under en procent), vilket gör att ytterligare begränsningar av urvalsstorleken minskar möjligheterna att studera dessa företeelser. Också möjligheterna att studera kombinationer av flera variabler vilket är en av de största fördelarna med ULF, begränsas avsevärt vid mindre urval.

De krav som ibland framförs på att kunna bryta ned ULF på regional och lokal nivå leder till mycket stora stickprov till orimliga kostnader. I första hand bör man utreda möjligheter att utnyttja skattningar för lokala enheter på basis av riks- eller regional information fördelad på viktiga förklaringsvariabler som ålder, kön, sammanboende, socioekonomiska grupper och nationalitet. Som också påpekats i statistikutredningens betänkande (115) bör det finnas plats för ett utrednings- och forskningsarbete med hjälp av existerande material.

Även om behovet av nedbrytning på små regionala enheter kan ifrågasättas är det viktigt att urvalsstorleken tillåter en nedbrytning på de tidigare nämnda hälso- och vårdpolitiska riskgrupperna. Dessa omfattar vardera tre till tio procent av totalbefolkningen, vilket per ULF-omgång motsvarar några hundratal individer.

ULF innehåller viktig information om hälsorisker. Det gäller framförallt befolkningens upplevelse av sin arbets- och boendemiljö. Det är väl känt att intervjuuppgifter beträffande miljön i hög grad påverkas av anspråksnivå, tidigare erfarenheter m m. Ett utvecklingsarbete pågår inom SCB i syfte att utveckla frågor som i möjligaste mån minskar sådana felkällor. I vart fall periodiskt borde ULF även innehålla ett antal kostvanefrågor.

ULF har för närvarande en öppen fråga om långvarig sjukdom samt frågor med fasta svarsalternativ rörande ett fåtal specifika symtom. Frågor med öppet svarsalternativ medför en betydande underrapportering – speciellt för vissa känsliga diagnoser bland psykiska sjukdomar och urogenitalorganens sjukdomar. Det finns därför skäl att överväga en komplettering med fler specificerade frågor om symtom och funktionsnedsättning. Båda typerna av lekmannafrågor lider av svagheten att de har en mycket osäker medicinsk validitet. Statistikutredningens förslag att komplettera ULF med en hälsoundersökning på ett representativt urval av befolkningen på tre till fyra tusen individer vart femte eller vart tionde år bör därför genomföras. Den bör även inkludera barn och äldre. Genom att kombinera hälsoundersökning och lekmannaintervjuer får man möjlighet att testa och utveckla den medicinska validiteten hos lekmannafrågorna.

En allt större del av sjukvårdens arbete gäller omvårdnad och rehabilitering av handikappade och äldre personer. Det är av central betydelse att en detaljerad kunskap om befolkningens funktionsnedsättning och handikapp

även bland de allra äldsta med vissa intervaller (5-10 år) studeras på samma sätt som man gjorde i pensionärsundersökningen 1975.

Den föreslagna medicinska hälsoundersökningen på representativa urval ger möjlighet att bedöma professionella vårdbehov och deras tillgodoseende. ULF bör även i fortsättningen och med något utvecklat frågebatteri kunna ge underlag för en bedömning av lekmannamässigt upplevda vårdbehov och deras tillfredsställelse. Olika typer av behovsrelaterat vårdutnyttjande bör därmed kunna redovisas.

ULF-uppgifter om den informella sektorn bör kunna vidareutvecklas. I detta sammanhang är framförallt det omsorgsarbete som utförs i hemmen av intresse. Uppgifterna om denna verksamhet är av betydelse dels när det gäller att belysa hälsorisker, dels för att bedöma möjliga alternativ till offentlig omsorg.

18.3 Hälsorisker

Det föreligger en klar brist på samlad beskrivning av väsentliga hälsorisker i samhället och deras fördelning på geografiska områden, socioekonomisk struktur etc. Det saknas vidare en vetenskaplig metodik och tradition när det gäller beskrivning och analys av hälsoriskernas fördelning inom befolkningen.

Arbetsskadestatistiken (ISA) är en väsentlig källa till kunskap om hälsorisker i arbetet. Den omfattar uppgifter om näringsgren, arbetsställe, yrkeskod och skadeorsak i termer av huvudsaklig händelse och yttre faktorer. Registret är av god kvalitet vad gäller olycksfall (bortsett från ett visst bortfall) men är otillfredsställande vad gäller arbetssjukdomar. För att förbättra statistiken i detta avseende krävs ett omfattande utvecklingsarbete beträffande definitioner och avgränsningar av de registreringspliktiga arbetssjukdomarna.

Sedan 1981 finns på arbetarskyddstyrelsen ett mät-värderegister (MI08) där alla yrkeshygieniska mätresultat samlas. Grunddata hämtas dels från yrkesinspektionen, dels från företaget. Exempel på mätvariabler är klimat, buller, strålning och belysning. De arbetsställen som registreras utgör dock inget slumpurval. Mätningarna är inte heller enhetligt redovisade. Ett fortsatt utvecklingsarbete av detta register är av stor vikt för att skapa en samlad bild av vilka kemiska och fysikaliska hälsorisker befolkningen exponeras för i sitt arbete.

Kommunal miljö- och hälsoskyddsmyndighet bör på motsvarande sätt redovisa kemiska och fysiska hälsorisker för olika kommundelar utifrån mätningar, professionella bedömningar och lekmannaintervjuuppgifter.

18.4 Landstingens patientdatabaser

Landstingens patientdatabaser (LPDB) skall enligt socialstyrelsens allmänna råd 1983 innehålla individbaserad registrering av slutenvårdstillfällen med uppgift om bland annat individens kön, ålder, bostadsort (kommun), in- och utskrivningssätt, diagnos och eventuell operationskod. Detta ger möjlighet

att redovisa slutenvårdsutnyttjandet inom olika vårdinrättningar med fördelning på olika diagnosgrupper, kön och ålder m m.

LPDB innehåller även uppgifter om orsaker till skador genom yttre våld och förgiftning. För att åstadkomma motsvarande registrering av sjukdomsorsaker torde krävas ett omfattande utvecklingsarbete. Däremot torde utökning av patientdatabasen med uppgifter om bostad (adress eller NYKO) samt uppgifter om yrke och arbetsplats vara relativt lätt genomförbar. Detta skulle vara av stort värde av flera skäl. Det skulle göra det möjligt att studera vårdutnyttjandet ur fördelningspolitisk synvinkel och det skulle även innebära möjligheter att lokalisera förekomsten av vissa skador och hälsoproblem i olika arbets- och boendemiljöer, vilket skulle vara mycket betydelsefullt för det lokala förebyggande arbetet.

LPDB ger för närvarande inte möjlighet att bedöma sjukdomskonsekvenser som funktionsnedsättning och handikapp. WHO har initierat ett utvecklingsarbete i syfte att beskriva sådana konsekvenser. Det är viktigt att sådan utveckling initieras även nationellt.

LPDB omfattar för närvarande endast kirurgiska åtgärder – operationer. En mycket betydande del av hälso- och sjukvårdens verksamhet gäller dock icke-kirurgiska åtgärder av diagnostisk, botande, lindrande, rehabiliterande eller omvårdande karaktär. Fortsatt forskning och utveckling för att få bättre beskrivning av sådana åtgärder och deras effekter är av central betydelse.

I följande uppställning har väsentliga delar av minimiinnehållet i patientdatabaserna enligt Socialstyrelsens Allmänna Råd 1983-07-01 redovisats jämsides med ett innehåll av högre relevans för en behovsbaserad planering.

	Vissa variabler i LPDB	
	enligt minimiinnehåll	enligt ett mer planeringsrelevant innehåll
Vårdenhet	Sjukhus/klinik	Sjukhus/klinik Vårdcentral/Vårdlag
Personnummer	+	+
Kön, ålder	+	+
Civilstånd/Samboende1	0	+
Nationalitet	0	+
Yrke/Sysselsättning	0	+
Bostadsort	Kommun	Primärvårdsdistrikt (NYKO)

18.5 Landstingens personaldatabaser

Persondatabaser är under uppbyggnad inom flera landsting. De innehåller två typer av register som kopplas till varandra

1 ett tjänsteregister över alla tjänster med uppgifter om arbetstidsförläggning, lön etc

2 ett personalregister över de anställda med uppgifter om vilka tjänster de innehar, närvarotimmar och frånvarotimmar.

Det sistnämnda registret innehåller detaljerade uppgifter om orsaken till frånvaro (sjukdom, vård av sjukt barn, föräldraledighet, utbildning etc). Däremot har de ännu inte använts för att beskriva innehållet i den verksamhet personalen bedriver när den är närvarande på arbetsplatsen. Försöksverksamhet bör stimuleras för att utveckla former för att redovisa utnyttjad tid för olika verksamheter och personalkategorier.

Om närvaron i arbetet specificerades i paritet med vad som nu gäller frånvaron, skulle det kunna bidraga till en bättre kunskap om resursanvändningen inom hälso- och sjukvård. Framför allt skulle information om det arbete som sker utan direkt närvaro av patienter vara värdefull. Sådan information skulle kunna åstadkommas genom periodiska studier på urvalsbas.

I det forsatta successiva utvecklingen av såväl patientdatabaser som personaldatabaser är det väsentligt att framför allt tre perspektiv på sjukvårdens verksamhet blir lättare att belysa (jmf. avsnitt 17.5.1)

1 hotellfunktion – slutenvård, öppen vård, hemsjukvård
2 syfte – primärprevention, uppsökande arbete, behandling, rehabilitering, omvårdnad, kartläggning, administration
3 målgrupp – demografiska och socioekonomiska kategorier (kön, ålder, civilstånd, yrke, nationalitet m m).

Med en sådan utveckling blir det även möjligt att låta dessa perspektiv reflekteras i budget- och redovisningsarbetet. Statistikutredningen har betonat att kostnadsredovisningen i sjukvården för närvarande är mycket otillfredsställande. Riksrevisionsverket har också i sin granskning av socialstyrelsens ansvar och uppgifter betonat behovet av att det kommer till stånd en mycket bättre och mera lättillgänglig prestations- och kostnadsredovisning inom hälso- och sjukvården. Även om den reviderade L-planen kan åstadkomma förbättringar i detta avseende återstår mycket för att adekvat kunna styra verksamhetens inriktning och bedöma dess effektivitet.

Block E

19 Sammanfattning

Syftet med föreliggande rapport är att konkretisera hälso- och sjukvårdslagens mål och dess krav om en behovsbaserad planering i planeringsrelevanta utgångspunkter och metoder. Samtidigt som förbättrade hälsodata ger ett bättre planeringsunderlag ställer samhällsekonomiska restriktioner på vårdsektorns fortsatta expansion nya krav på planeringens förmåga att styra de begränsade resurserna dit de bäst behövs. Dessa utgångspunkter gör det nödvändigt att bygga planeringen på en kartläggning av inte bara ohälsans omfattning i olika dimensioner utan även dess fördelning, åldersmässigt, socialt och geografiskt.

19.1 God hälsa för hela befolkningen

Ohälsan är ett mångdimensionellt fenomen som inte kan reduceras till ett samlat mått utan att väsentlig information går förlorad. På samma sätt omfattar hälso- och sjukvårdens verksamhet en mängd olika åtgärder som syftar till att påverka olika dimensioner av ohälsan.

Åtgärder	Hälsodimension
Primärt förebyggande	Hälsorisker
Botande, lindrande	Sjukdom, död, symtom
Rehabiliterande	Funktionsnedsättning, handikapp
Omvårdnad	Funktionsnedsättning, handikapp (ADL)

Den förebyggande verksamheten syftar till att undanröja hälsorisker och därmed hindra uppkomst av sjukdom eller skada. Den botande och lindrande verksamheten syftar till att stoppa sjukdomsprocesser och hindra död samt lindra smärta och andra symtom. Rehabiliterande verksamhet syftar till att minska sjukdomskonsekvenser i form av funktionsnedsättning och de sociala nackdelarna av detta (handikapp). Omvårdnad syftar till att tillgodose hjälpbehov till följd av funktionsnedsättning och handikapp med det dagliga livets aktiviteter (ADL).

Stigande ålder har en helt avgörande betydelse för hälsotillståndet. Men

det förekommer också en kraftig översjuklighet och överdödlighet bland medelålders män jämfört med kvinnor i samma ålder. Det gäller särskilt frånskilda ej sammanboende.

Enligt såväl dödsorsaksstatistik som intervjuundersökningar, försäkringsstatistik och slutenvårdsstatistik är dödlighet och sjuklighet närmare dubbelt så stor i vissa lågkvalificerade arbetaryrken jämfört med bland högre tjänstemän och jordbrukare. Skillnaderna mellan arbetare (LO-kollektivet) och tjänstemän är betydande även om vissa grupper av lägre tjänstemän har hög sjuklighet.

Såväl dödlighet som sjuklighet, enligt intervjuundersökningar och försäkringsstatistik, är högre i storstadskommunerna och vissa norrlandslän än i övriga landet. Den perinatala dödligheten visar ett något annat mönster. Detta mått är i högre grad påverkat av ärftliga förhållanden samt vårdstruktur och vårdkvalitet medan de förstnämnda måtten mera är påverkade av socioekonomisk struktur.

Efter en genomgång av fördelning av hälsorisker och resursbrister i befolkningen kan man avgränsa fyra hälsopolitiska riskgrupper som kan betraktas som särskilt utsatta

- vissa yrkesgrupper, framför allt bland arbetaryrken med låga utbildningskrav
- arbetslösa
- ensamboende
- utländska medborgare.

Dödligheten bland barn och kvinnor i alla åldrar har minskat kraftigt under efterkrigstiden medan dödligheten bland män har varit mera oförändrad och bland medelålders män har ökat något från mitten av 1960-talet till slutet av 1970-talet. Framför allt har dödligheten i hjärtinfarkt och alkoholrelaterade sjukdomar ökat för medelålders män.

Enligt intervjuundersökningar kan man för 1970-talet konstatera en minskning av andelen i befolkningen som uppger sig ha psykiska symtom och besvär från matsmältningsorganen. Däremot har andelen med värk från rygg och leder samt allergiska besvär ökat.

Sjukfrånvaron ökade under större delen av 1970-talet för att därefter minska. Antalet nybeviljade förtidspensioner ligger fortfarande i början av 1980-talet på en mycket hög nivå.

Prioriterar man olika hälsoproblem utifrån dess konsekvenser i form av tidig död före 65 års ålder, funktionsnedsättning och handikapp samt vårdkostnader framstår följande sex hälsoproblem som "de stora folksjukdomarna"

- hjärt- och kärlsjukdomar
- psykisk ohälsa
- rörelseorganens sjukdomar
- tumörer
- skador
- andningsorganens sjukdomar.

En genomgång av dessa hälsoproblems epidemiologi visar på den centrala betydelsen, som förebyggande åtgärder har för en förbättring av befolkningens hälsa i landet, men också på den betydelse, som förhållanden på arbets- och bostadsmarknad har för att minska de sociala konsekvenserna och vårdbehovet till följd av långvarig sjukdom och funktionsnedsättning.

19.2 Vård på lika villkor för hela befolkningen

Studier av vårdutnyttjandets fördelning visar bland annat att äldre män har ett lågt utnyttjande av öppen vård – framför allt läkarvård – i relation till hälsotillståndet.

De skillnader, som rådde på 1960-talet, mellan olika socioekonomiska grupper i avseende på läkarbesök förefaller ha minskat ganska avsevärt. Betydande skillnader i detta avseende finns fortfarande när det gäller tandläkarbesök. Lågutbildade och invandrare uppger sig ofta ha behov av vård utan att ha sökt läkare.

Tillgången på läkare varierar avsevärt mellan länen. Detta beror i första hand på många vakanser i glesbygderna. Dessutom förekommer en avsevärd koncentration av företagshälsovård och privatläkarvård till de större städerna.

Man kan med utgångspunkt i analyser av ovan exemplifierade skillnader avgränsa ett antal vårdpolitiska riskgrupper, för vilka risken att inte få vård efter behov förefaller vara större än för andra grupper

- gamla människor
- glesbygdsbor
- utländska medborgare
- lågutbildade
- förtidspensionärer och långvarigt arbetslösa.

Med utgångspunkt i vad som är känt om orsakerna till dessa skillnader föreslås en rad åtgärder beträffande hälso- och sjukvårdens tillgänglighet och kvalitet, t ex avseende läkarfördelning, utbyggnad av primärvård, organisatoriska förbättringar och kommunikation mellan vårdpersonal och patienter.

19.3 Vårdbehov och resursfördelning

Inom hälso- och sjukvården fördelas resurser dels geografiskt mellan och inom sjukvårdsområden, dels mellan verksamheter och olika typer av åtgärder – öppen och sluten vård; primärvård, länssjukvård och regionsjukvård; förebyggande, behandlande, rehabiliterande och omvårdande åtgärder; olika medicinska specialiteter m m.

Resursfördelning till ett geografiskt område eller ett verksamhetsområde har tidigare i stor utsträckning byggt på det tidigare vårdutnyttjandet inom samma område. Det betyder bl a att olikheter i resursutbud mellan olika områden tenderat att öka mer eller mindre automatiskt utan att det nödvändigtvis funnits motsvarande olikheter i vårdbehov.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen skall hälso- och sjukvårdsplaneringen utgå från befolkningens behov av vård. Några direkta mått på vårdbehov finns ej att tillgå. Däremot finns ett antal olika mått som kan tjäna som behovsindikatorer vid en relativ resursfördelning, d v s fördelning av en given totalram mellan olika områden..

Närmast till hands ligger att utnyttja någon typ av hälsodata som behovsindikator vid geografisk resursfördelning. Man kan därvid tänka sig två olika huvudmetoder

- data som direkt beskriver hälsotillståndet i olika geografiska områden används. T ex jämförs dödligheten enligt något lämpligt mått, andelen i befolkningen med upplevd ohälsa, funktionsnedsättning eller handikapp för olika områden,
- data om befolkningens sammansättning i de olika områdena används tillsammans med kunskap om olikheter i hälsotillstånd och/eller vårdutnyttjande i olika befolkningsgrupper. Lämpliga indelningsgrunder kan då vara ålder, kön och olika socioekonomiska variabler som beskriver t ex sysselsättning eller familjeförhållanden.

Vilka mått som väljs beror dels på hur stora geografiska områden fördelningen avser, dels vilken typ av verksamhet den gäller. Om man väljer att utnyttja den mer indirekta användningen av hälsodata, som bygger på kända samband mellan hälsodata och befolkningssammansättning, kan speciell hänsyn tas till de tidigare nämnda särskilda riskgrupperna.

Vid resursfördelning måste även hänsyn tas till vissa andra faktorer som inte är direkt relaterade till hälsoförhållanden. Långa avstånd i glesbygder kräver särskilda resurser. Fördelningen av invandrare är ojämn över landet. Därmed varierar också behovet av t ex tolkservice.

Resursfördelning mellan verksamheter och åtgärder – inom ett visst geografiskt område – ställer mer långtgående krav på hälsodata. Bl a blir en uppdelning på olika typer av hälsoproblem nödvändig. Önskvärt är också att olika metoder kan jämföras med avseende på effekter och effektivitet.

19.4 Hälsobeskrivningar

Som underlag för planering och utvärdering av hälso- och sjukvården krävs fortlöpande beskrivning av hälsorisker och hälsoproblem samt vårdorganisationens innehåll och verksamhet med avseende på t ex tillgänglighet, kontinuitet och andra aspekter på kvalitet, trygghet m m.

På nationell nivå bör ett antal indikatorer utvecklas. Dessa bör följas kontinuerligt och även publiceras samlat med viss periodicitet. Sådana indikatorer bör finnas för bl a följande områden

- dödlighet
- vissa typer av sjukdomar och bevär
- handikapp
- hälsorisker.

Betydande insatser krävs för att utveckla och samordna innehållet i de olika statistiska källor, som innehåller denna typ av information, för att ett sådant system av nationella indikatorer skall kunna bli det värdefulla planeringsunderlag som potentiellt är möjligt att åstadkomma av det mycket omfattande datamaterialet.

Lokalt bör breda och fylliga beskrivningar av befolkningen, deras hälsoproblem och vårdmöjligheter samlas under följande rubriker

- samhällsprofil
- hälsoriskprofil
- hälsoprofil
- vårdprofil.

Samhällsprofilen beskriver den demografiska och socioekonomiska befolkningssammansättningen. Hälsoriskprofilen ger en bild av olika fysiska och sociala hälsoriskers förekomst; det lokala samhället. Hälsoprofilen beskriver incidens och prevalens av olika sjukdomar samt dessas konsekvenser i form av t ex dödlighet, handikapp, funktionsnedsättning. Vårdprofilen redovisar användningen av hälso- och sjukvårdens resurser, vårdens tillgänglighet, struktur, kvalitet, effekt m m.

Även om redan dagens statistiksystem innehåller en hel del data om hälsoförhållanden, som kan utnyttjas i hälso- och sjukvårdsplaneringen, bör en hel del vara möjligt att göra för att förbättra planeringsunderlaget. Bl a följande utvecklingslinjer är önskvärda

- olika centrala register bör kompletteras med uppgifter av socioekonomisk karaktär,
- undersökningen om levnadsförhållanden bör utvecklas på några punkter och kopplas till periodiska medicinska hälsoundersökningar på representativa urval,
- utveckling av hälsoriskregister bör fortsätta inom bl a arbetsmiljö och den yttre miljön,
- vidareutveckling av landstingens patientdatabaser.

Förkortningar

FoB Folk- och bostadsräkning
HSL Hälso- och sjukvårdslagen
ICD International Classification of Diseases
LATT Läkares arbetstider och tjänster
LKELP Landstingskommunal ekonomisk långtidsplanering
LNU Levnadsnivåundersökningen
LPDB Landstingens patientdatabaser
NTS Nationalföreningen för upplysning om Tobakens skadeverkningar
NYK Nordisk yrkesklassifikation
NYKO Nyckelkodområde
RAWP Resource Allocation Working Party
RFV Riksförsäkringsverket
SCB Statistiska centralbyrån
SEI Socio Ekonomisk Indelning
SNI Svensk näringsgrensindelning
SOFI Institutet för social forskning
ULF Undersökning om levnadsförhållandena
WHO World Health Organization (Världshälsoorganisationen)

Referenser

1 *Hälso- och sjukvård inför 90-talet. Utgångspunkter och riktlinjer för det fortsatta arbetet. SOU 1981:4.*
2 *Norrbottens läns landsting: Hälso- och sjukvård inför 1990-talet (HSBD 90), Luleå 1983.*
3 *Health for all. Series no 1-5, WHO, Geneva 1978 – 1981*
4 *Townsend P & Davidson N: Inequalities in Health. "The Black Report", London 1982.*
5 *Sharing Resources for Health in England. RAWP, HMSO, London 1976. (För en sammanfattning, se ref 110.)*
6 *Healthy People. DHEW, Washington 1979.*
7 *Promoting Health, Preventing Disease. Objectives for the Nation. DHHS, Washington 1981.*
8 *Ot. prp. nr 1 1978 – 1979 och Ot. prp. nr 36 1980 – 1981 samt NOU 1979:28, Helse – og socialtjensten i lokalsamfundet.*
9 *HS 90-bearbetning av ULF 1980/81.*
10 *Sjukdomsorsaker inom den allmänna försäkringen år 1970. Riksförsäkringsverket, Statistisk rapport nr 1974:1.*
11 *Nybeviljade förtidspensioner 1971 – 1981. Riksförsäkringsverket, Statistisk information nr 24, 1983 samt underhandsdata från RFV.*
12 *Underhandsdata från Apoteksbolaget.*
13 *HS 90-bearbetning av patientstatistik vid socialstyrelsen, inkl samkörning med FoB 1975.*
14 *Dödsorsaker. SCB, årlig i Sveriges officiella statistik.*
15 *Lindgren B: Costs of Illness in Sweden 1965 – 1975, Lund 1981.*
16 *Statistisk Årsbok 1984. SCB, Stockholm 1974.*
17 *Dödsorsak? Dödsorsaksstatistik som underlag för planering. Sprirapport 122/1983.*
18 *Johansson S: Den vuxna befolkningens hälsotillstånd, Låginkomstutredningen, Stockholm 1970.*
19 *HS 90-bearbetning av levnadsnivåundersökningen.*
20 *Eriksson R & Åberg R: Välfärd i förändring, Stockholm 1984.*
21 *Hälsa och sjukvårdskonsumtion 1975. SCB, Levnadsförhållanden, Rapport 11, Stockholm 1978.*
22 *Diagnosredovisning vid Tierps vårdcentral. Enheten för forskning inom primärvård och socialtjänst. Uppsala 1982.*
23 *Dödstal efter kön, ålder och dödsorsak. SCB, Statistiska meddelanden, serie HS 1981:10.*

24 *Dödsfallsregistret 1961 – 1970. SCB, PM 1981:5, samt HS 90-bearbetning av dödsfallsregistret 1961 – 1980.*

25 *Targets in support of the Regional Strategy for HFA 2000. WHO, EUR/RC33/9. Köpenhamn 1983.*

26 *Åldersdemens – vården av åldersdementa personer. Socialstyrelsen redovisar 1980:7.*

27 *Hagnell O, m fl: Läkartidningen 80:1983, 1079-1084.*

28 *Dalgard: Bomiljø og psykisk helse. Oslo 1980.*

29 *Diderichsen F: Omflyttning, boende och hälsa. Socialmedicinsk tidskrift, Skriftserie nr 45. Stockholm 1981.*

30 *Birgersson, Sterner & Zimerson: Kemiska hälsorisker. Stockholm 1983.*

31 *Hälsorisker. HS 90. SOU 1981:1.*

32 *Cullberg J: Kris och utveckling. Stockholm 1975.*

33 *Costa F & Topor A: Alternativ till psykiatrin. Psykologi i teori och praktik 7. Stockholm 1983.*

34 *Arbetsmiljö 1979. Levnadsförhållanden Rapport 32. SCB, Stockholm 1982.*

35 *Brenner M H: Importance of economic change in Swedish health and social well-being 1950 – 1980. Socialstyrelsen 1983. Stencil.*

36 *Psykisk hälsovård 1. Socialstyrelsens arbetsgrupp för psykisk hälsovård. Stockholm 1978.*

37 *Vårdprogram för problemet självmord. Socialstyrelsen 1982.*

38 *Rörelseorganens sjukdomar. Problem och strategi inför 90-talet. Socialstyrelsen PM 57/83.*

39 *Ryggskador i arbetslivet. Arbetarskyddsfonden. Rapport 1976:1.*

40 *Cancer Incidens in Sweden 1980. Socialstyrelsen, Solna 1983.*

41 *Ohälsa och vårdutnyttjande. HS 90. SOU 1981:2.*

42 *Cancerrisk och miljöfaktorer. Socialstyrelsen 1980.*

43 *Hur mår Du Sverige? Spri Rapport 82/1982.*

44 *Förebyggande och tidig upptäckt av cancer. Spri Rapport 58/1981.*

45 *Minskat tobaksbruk. SOU 1981:18.*

46 *Bilar och renare luft. SOU 1983:27.*

47 *Schelp L, Svanström L & Svanström K: Olycksfall i Falköpings kommun 1978. Landstingets hälsovård, Skövde 1979.*

48 *Trafiksäkerhet, problem och åtgärder. Ds K 1980:6-9.*

49 *Arbetsskador 1982. Statistiska meddelanden HS 1983:6.*

50 *Mödra- och barnhälsovård. Socialstyrelsen redovisar 1979:4.*

51 *Allergiska barn i samhället. Ds S 1983:3.*

52 *Sluten kroppssjukvård 1977. Statistiska meddelanden HS 1981:8.*

53 *Sluten psykiatrisk lasarettsvård 1977. Statistiska meddelanden HS 1981:6.*

54 *Akutmottagning i storstad. Spri Rapport 140/1983.*

55 *Vården av alkoholmissbrukare. Socialstyrelsen redovisar 1978:4.*

56 *Risken att bli alkoholist. Riksbankens Jubileumsfond RJ 1982:1.*

57 *Narkotika och ohälsa. HS 90. Stockholm 1983.*

58 *Öjesjö, Hagnell & Lanke: Class variation in the incidence of alcoholism in the Lundby Study, Sweden. Social Psychiatry 18/1983.*

59 *Samordnad narkotikapolitik. SOU 1984:13.*

60 *Statistiska sammanställningar 1983. Apoteksbolaget, Stockholm 1984.*
61 *Eliasson R & Nygren P: Psykiatrisk verksamhet . Stockholm 1981 – 1983.*
62 *Socioekonomisk indelning. SCB Meddelanden i Samordningsfrågor, 1982:4.*
63 *Social Rapport om ojämlikheten i Sverige. Levnadsförhållanden Rapport 22. SCB, Stockholm 1981.*
64 *Hedström P: Förtidspension – välfärd eller ofärd. SOFI, Stockholm 1980.*
65 *Berglind H: Skillnader i förtidspension mellan olika yrken. Stockholm 1979. Stencil.*
66 *Arbetsförhållanden och sjukfrånvaro. Levnadsförhållanden Rapport 15. SCB, Stockholm 1979.*
67 *Medicinsk födelseregistrering. Socialstyrelsen, råtabeller 1983.*
68 *Sjukfrånvaro 1980. Riksförsäkringsverket Statistisk rapport 1982:3.*
69 *Förtidspension 1980. Riksförsäkringsverket Statistisk rapport 1982:7.*
70 *Hofsten E & Lundström H: Swedish population history. SCB Urval 8. Stockholm 1976.*
71 *Ericson A, Eriksson M & Zetterström R: Analysis of Perinatal Mortality Rate in the Stockholm Area. Acta Ped Scand Suppl 275, 1979.*
72 *Hälsa för alla i Norden 1980. Nordiska Hälsovårdshögskolan Rapport 1983:1.*
73 *Wyszewianski L & Donabedian A: Equity in the Distribution of Quality of Care. Medical Care 19, 1981, (12) suppl, 28-56.*
74 *Andersen R, Smedby B & Anderson OW: Medical Care Use in Sweden and the United States. Chicago 1970. Sammanfattat i Läkartidningen 68, 1971, 851-860. Uppföljning i Inquiry 12, 1975, suppl. 116-127.*
75 *Aday L A & Andersen R: A framework for the Study of access to Medical Care. Health Services Research 9, 1974, 208-220.*
76 *Aday L A, Andersen R & Fleming G V: Health Care in the US. Equitable to whom? Sage, Publ, Beverly Hills 1980.*
77 *Aday L A & Andersen R: Equity of Access to Medical Care. Medical Care 19, 1981 (12) suppl. 4-27.*
78 *Yergan J et al: Health Status as a Measure of Need for Medical Care. A Critique. Medical Care 19, 1981, (12) suppl 57-68.*
79 *Mägi M: Hälsodata och otillfredsställda vårdbehov. Högskolan i Örebro. Rapport 14, 1982.*
80 *le Grand J: The Strategy of Equality. London 1982.*
81 *Magnusson G & Aurelius G: Illness Behaviour and Nationality. Soc Sci Med 14A. 1980. 357-362.*
82 *Självklart? eller... En vitbok från patienter och personal. Spri 1983.*
83 *Bygren L O: Met and Unmet Needs for Medical and Social Services. Scand J Soc Med, Suppl 18. Stockholm 1974.*
84 *Riktlinjer för hälso- och sjukvårdsplanering, Spri Rapport 14/71.*
85 *Suchmann: Stages of Illness and Medical Care. I Health Soc Behaviour 6, 1965, 114-128.*
86 *McKinlay J B: Some approaches and Problems in the Study of the Use of Services – an Overview. I Health Soc Behaviour, 13, 1972, 115-152.*

87 *Andersen R, Kravits J & Anderson O W (eds): Equity in Health Services. Cambridge Mass, 1975.*
88 *Tengvald K: Vårdapparaten och den informella strukturen. Social Forskning 3, 1973, 19-41.*
89 *Kekki P: Analysis of Relationships between the Availability of Resources and the Use of Health Services in Finland. Medical Care 18, 1980, 1228-1240.*
90 *Mechanic D: Correlates of Physican Utilization. I Health Soc Behaviour, 20, 1979, 387-396.*
91 *Vårdutnyttjande ett mått på ohälsa? Spri Rapport 158/1984.*
92 *Hälso- och sjukvårdsplanering, sekretariatspromemoria 2. HS 90, Stockholm 1981.*
93 *Sveriges framtida befolkning. SCB, Information i prognosfrågor 1983:2 och Sveriges arbetskraft, SCB, Information i prognosfrågor 1984:1.*
94 *Sundström G: Caring for the Aged in the Welfare Society. Stockholm 1983.*
95 *Roemer M I: Bed Supply and Hospital Utilization. A Natural Expe Hospitals 35, 1961, 36-42.*
96 *Hur utnyttjas sjukvårdens resurser? Spri 116/83.*
97 *Vård på lika villkor? Socialstyrelsen redovisar 1983:6*
98 *Donabedian A: Aspects of Medical Care Administration, Cambridge Mss 1973.*
99 *Mägi M & Allander E: Towards a Theory of Percieved and Medically Defined Need. Soc of Health and Illness, 3, 1981, 49-71*
100 *Kalimo E & Sievers K: The Need for Medical Care. Medical Care, 1968, 1-17.*
101 *Mc Carthy M: Epidemiology and Policies for Health Planning. Kings Fund Publishing Office. London 1982.*
102 *Knox E G: Principles of Allocation of Health Resourcers. J Epid Comm Health, 32, 1978, 3-9.*
103 *Acheson R M: The Definition and Identification of Need for Health Care. J Epidem Community Health 32, 1978, 10-15.*
104 *Forster D P: The Relationship between Health Needs, Socioenvironmental Indices, General Practitioner resources and Utilization. J Chron Dis 32, 1979, 333-337.*
105 *Ferrer H P, Moore A & Stevens G C: The use of Mortality data in the Report of the RAWP Publ Health, London, 91, 1977, 289-295*
106 *Palmer S R, West P A & Dodd P: J Epid Comm Health 34, 1980, 212-2 och Community Medicine, 1979, 275-281.*
107 *Dajda R: Self-reported Morbidity as an indicator of Regional resource Requirement. J Epid Comm Health 33, 1979, 138-141*
108 *Goodman A B, Craig T J: A needs Assessment Strategy for an Era of Limited Resources. Am J Epidem 115, 1982, 624-632.*
109 *Purola T et al: Health Services and Health Status under National Sickness Insurance. Helsinki, 1974.*
110 *Measurments of Levels of Health. WHO, Copenhagen 1979.*
111 *Lave J R, Lave L B & Leinhardt S: Medical Manpower Models. Inquiry 12, 1975, 97-125.*

112 *Aromaa A: The Social Insurance Institutions Mini-Finland Health Surveys Aims, design and present stage. (stencil) Helsinki 1981.*

113 *Stockholms läns landsting. Landstingets Hälsovård. Befolkningens hälsa i Stockholms län. Projektplan 1982.*

114 *SCB PM 1982:5. Individstatistikens innehåll.*

115 *Framtida statlig statistik. SOU 1983:74 och Ds C 1983:10-13.*

116 *Verksamhetsinriktad budgetering i landstingen. Landstingsförbundet 1983.*

117 *Andrews F M: Social Indicators and Health for All. Soc Sci Med 15C, 1981, 219-223.*

118 *Donabedian A: Evaluating the Quality of Medical Care. Millb Mem F Quart 44, 1966, 166 ff 203.*

119 *Donabedian A: Models for organizing the Delivery of Personal Health Services and Criteria for Evaluating them. Millb Mem Fund Quart 50, 1972, 103-154.*

120 *Blum H L: Evaluating Health Care. Medical Care 12, 1974, 999-1019.*

121 *Holland W (ed): Evaluation of Health Care. Oxford 1983.*

122 *Offensivt hälsoarbete. Spri-rapport 84/1982.*

123 *Aday L A, Sellers C & Andersen R M: Potentials of Local Health Surveyes. Am J Publ Health 71, 1981, 835-840.*

124 *International Classification of Impairment, Disability and Handicap. WHO, Geneva 1980.*

125 *Hälsoproblem i ett landsting. Spri-rapport 14/1979.*

126 *Cederlöf R & Hammar N: Epidemiologisk bevakning. SML-rapport 13/1983.*

127 *Basdata i primärvården. Spri-rapport 142/1983.*

128 *Brorson B: Att mäta hälsa. Spri, S 61, 1977.*

129 *Nord-Larsen M: Att måle helbred. socialforskningsinstitutet, Köpenhamn, 1979.*

130 *Elinson J & Siegmann A E: Sociomedical Health Indicators. Baywood, New York 1979.*

131 *Culyer A J (ed): Health Indicators. Oxford 1983.*

132 *Berg R L (ed): Health Status Indexes. Chicago 1973.*

133 *Kessner D M, Kalk C E & Singer J: Assessing Health Quality – the Case for Tracers. New England Journal of Medicin 1973, sid 189-194.*

134 *Husläkare. SOU 1978:74.*

135 *Haglund & Smedby m fl: Kontinuitet i vården. Läkartidningen 1982:4284-4301.*

136 *Shortell S M: Continuity of Medical Care: Conceptualization and Measurement. Medical Care, 14, 377-391, 1976.*

137 *Andersen R: Problems of Validity and Reliability in Measuring the Benefits of Health Services. Scand J Soc Med 1978, suppl 13, 59-79.*

138 *Brook R H et al: Assessing the Quality of Medical Care Using Outcome measures: An Overview of the Method. Medical Care 15, 1977, Suppl.*

139 *Brook R H & Williams K N: Quality of Health Care for the Disadvantaged. J Comm Health 1, 1975, 132-156.*

140 *Williams A: Measuring the Effectiveness of Health Care Systems. Brit J Prev Soc Med 28, 1974, 196-202.*

141 *Christoffel T & Loewenthal M: Evaluating the Quality of Ambulatory Health Care, a Review of Emerging Methods. Medical Care, 15, 1977, 877-897.*

142 *Rutstein D D: Measuring the Quality of Medical Care. New Eng J Med, 294, 1976, 582-588 och 302, 1980, 1146.*

143 *Charlton J R H et al: Geographical Variation in Mortality from Conditions Amenable to Medical Care Intervention in England and Wales. The Lancet I, 1983, 691-696.*

144 *Lebow J L: Consumer Assessment of the Quality of Medical Care. Medical Care 12, 1974, 328-337.*

145 *Patienternas tillfredsställelse med vården. Begreppet, dess mätning och användning. Medicinska Forskningsrådet. Stockholm 1980.*

146 *Mushlin A & Appel F: Testing an Outcome-Based Quality Assurance Strategy in Primary Care, Medical Care, 18, 1980, Suppl.*

Bilaga 1

Hälso- och sjukvårdsberedningen har följande sammansättning: statsrådet Gertrud Sigurdsen, ordförande, landstingsrådet Bertil Göransson t o m 1984-03-31, fr o m 1984-04-01 landstingsrådet Gunnar Hofring, Landstingsförbundet, statssekreteraren Sture Korpi och statssekreteraren Ingemar Lindberg, socialdepartementet, f.kommunalrådet Bengt Mollstedt, förbundsdirektören Walter Slunge och landstingsrådet Kurt Ward, Landstingsförbundet samt generaldirektören Barbro Westerholm, socialstyrelsen.

För den direkta ledningen av HS 90-projektet svarar arbetsgruppen för långsiktig planering, som har följande sammansättning: statssekreteraren Ingemar Lindberg, ordförande, avdelningschefen Gustav Brynolfsson, Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri), sjukvårdsföreståndaren Ulrica Croné, Tjänstemännens centralorganisation, departementsrådet Göran Dahlgren, socialdepartementet (fr o m 1984-01-01), departementsrådet Bo Jonsson, finansdepartementet, avdelningschefen Gunilla Lamnevik, Landstingsförbundet, departementssekreteraren Ewa Lindqvist, utbildningsdepartementet, överläkaren Stig-Bertil Nilsson och hälso- och sjukvårdsdirektören Olle Orava, Landstingsförbundet, docenten Hans Rundcrantz, Centralorganisationen SACO/SR, utredningschefen Douglas Skalin, Landstingsförbundet, avdelningschefen Gunnar Wennström och generaldirektören Barbro Westerholm, socialstyrelsen samt ombudsmannen Rolf Wetterström, Landsorganisationen i Sverige. Departementssekreteraren Birgitta Bratthall är sekreterare i arbetsgruppen.

Utredningsarbetet har bedrivits inom socialstyrelsen. Det har letts av generaldirektören Barbro Westerholm samt med avdelningschefen Gunnar Wennström och byråchefen Göran Dahlgren som projektledare. Inom sekretariatet har vidare arbetat byrådirektören Marianne Rambro, byråchefen Lennart Rinder och byrådirektören Curt-Lennart Spetz. För administrativt arbete, redigering och utskrifter m m har svarat förste byråsekreteraren Märta Nordenfelt, assistenten Ulla Sjöman och byråassistenten Gunvor Unoson. Experter har biträtt i utarbetandet av rapporter och underlagsstudier.

Bilaga 2

Hälsorisker – en kunskapssammanställning (SOU 1981:1)

Miljön och hälsoprocessen (Lennart Rinder)
Arbetsmiljö – ohälsa (Anders Englund)
Arbetslöshet – ohälsa (Urban Janlert)
Psykosocial miljö och hälsa (Lennart Levi)
Alkohol – ohälsa (Jacob Lindberg, Gunnar Ågren och 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 och Johan Mellin) samt
Primärvård – en internationell utblick (Göran Dahlgren)

Sekretariatspromemoria 1: Demografiska och socioekonomiska förhållanden inom befolkningen (Curt-Lennart Spetz) 1981

Sekretariatspromemoria 2: Hälso- och sjukvårdsplaneringen 1981

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)

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

Den långsiktiga tillgången och efterfrågan på läkararbetskraft (SOU 1982:11)

Narkotika och ohälsa. En kunskapsöversikt (Orvar Olsson, Kerstin Tunving) Särtryck 1983

I serien Socialstyrelsen redovisar:

Sjukdom – ett relativt begrepp (Lisbeth Sachs) 1980:5
Sjukfrånvaron i Sverige (Mari Ann Regen) 1981:6

Statens offentliga utredningar 1984

Kronologisk förteckning

1. Sociala aspekter på regional planering. I.
2. Värdepappersmarknaden. Fi.
3. Domstolar och eko-brott. Ju.
4. Långtidsutredningen. LU 84. Huvudrapport. Fi.
5. Sektorstudier. LU 84. Bilagedel 1. Fi.
6. Särskilda studier. LU 84. Bilagedel 2. Fi.
7. Långtidsutredningen. LU 84. Bilagedel 3. Fi.
8. Näringstillstånd. Ju.
9. Förslag till lag om Kooperativa föreningar. I.
10. Kompletterande motståndsformer. Fö.
11. Rösträtt och medborgarskap. Ju.
12. Rösträtt och medborgarskap. Bilaga. Ju.
13. Samordnad narkotikapolitik. S.
14. RF 10:5. Ju.
15. Ekonomisk brottslighet i Sverige. Bakgrund, övervägande, åtgärder. Ju.
16. Förvärv i god tro. Ju.
17. Sveriges internationella transporter. K.
18. Arbetsmarknadsstriden I. A.
19. Arbetsmarknadsstriden II. A.
20. Datorer och arbetslivets förändring. A.
21. Förenklad självdeklaration. Fi.
22. Panträtt. Ju.
23. Folkbibliotek i Sverige. U.
24. En bättre information om kemiska produkter. Jo.
25. Ny konsumentköplag. Ju.
26. Ny Banklagstiftning. Del 1. Bankrörelselag. Fi.
27. Ny Banklagstiftning. Del 2. Bankaktiebolagslag. Fi.
28. Ny Banklagstiftning. Del 3. Sparbankslag. Fi.
29. Ny Banklagstiftning. Del. 4. Föreningsbankslag. Fi.
30. LÄS MERA! U.
31. Arbetsmarknadspolitik under omprövning. A.
32. Nya alternativ till frihetsstraff. Ju.
33. Handla med tjänster. Ud.
34. Bostadskommitténs delbetänkande. Sammanfattning. Bo.
35. Bostadskommitténs delbetänkande. Del 1. Bo.
36. Bostadskommitténs delbetänkande. Del 2. Bo.
37. Rullande fastighetstaxering m m Del 1. Fi.
38. Rullande fastighetstaxering m m Del 2. Fi.
39. Hälso- och sjukvård inför 90-talet. [HS 90] Huvudrapport. S.
40. Hälsopolitiska mål och behovsbaserad planering. Underlagsstudie. S.

Statens offentliga utredningar 1984

Systematisk förteckning

Justitiedepartementet

Kommissionen mot ekonomisk brottslighet. 1. Domstolar och eko-brott. [3] 2. Näringstillstånd. [8] 3. Ekonomisk brottslighet i Sverige. Bakgrund, övervägande, åtgärder. [15]
1983 års rösträttskommitté. 1. Rösträtt och medborgarskap. [11]
2. Rösträtt och medborgarskap. Bilaga. [12]
RF 10:5. [14]
Förvärv i god tro. [16]
Panträtt. [22]
Ny konsumentköplag. [25]
Nya alternativ till frihetsstraff. [32]

Utrikesdepartementet

Handla med tjänster. [33]

Försvarsdepartementet

Kompletterande motståndsformer. [10]

Socialdepartementet

Samordnad narkotikapolitik. [13]
Hälso- och sjukvård inför 90-talet. (HS 90)
1. Hälso– och sjukvård inför 90-talet, (HS 90) Huvudrapport. [39]
2. Hälsopolitiska mål och behovsbaserad planering. Underlagsstudie. [40]

Kommunikationsdepartementet

Sveriges internationella transporter. [17]

Finansdepartementet

Värdepappersmarknaden. [2]
Långtidsutredningen. 1. Långtidsutredningen. LU 84. Huvudrapport. [4] 2. Sektorstudier. LU 84. Bilagedel 1. [5] 3. Särskilda studier. LU 84. Bilagedel 2. [6] 4.Långtidsutredningen. LU 84. Bilagedel 3. [7]
Förenklad självdeklaration. [21]
Banklagsutredningen. 1. Ny banklagstiftning. Del 1. Bankrörelselag. [26] 2. Ny banklagstiftning. Del 2. Bankaktiebolagslagen. [27]. 3. Ny banklagstiftning. Del 3. Sparbankslag. [28] 4. Ny banklagstiftning. Del 4. Föreningsbankslag. [29]
Fastighetstaxeringskommittén. 1. Rullande fastighetstaxering m m Del 1. [37] 2. Rullande fastighetstaxering m m Del 2. [38]

Utbildningsdepartementet

Folkbibliotek i Sverige. [23]
LÄS MERA! [30]

Jordbruksdepartementet

En bättre information om kemiskprodukter. [24]

Arbetsmarknadsdepartementet

Konfliktutredningen. 1. Arbetsmarknadsstriden I. [18] 2. Arbetsmarknadsstriden II. [19]
Datorer och arbetslivets förändring. [20]
Arbetsmarknadspolitik under omprövning. [31]

Bostadsdepartementet

Bostadskommittén. 1. Bostadskommittens delbetänkande. Sammanfattning. [34] 2. Bostadskommitténs delbetänkande. Del 1. [35] 3. Bostadskommitténs delbetänkande. Del 2. [36]

Industridepartementet

Sociala aspekter på regional planering. [1]
Förslag till lag om Kooperativa föreningar. [9]

KUNGL. BIBL.
1984-09-17
STOCKHOLM

Anm. Siffrorna inom klammer betecknar utredningarnas nummer i den kronologiska förteckningen.

HS 90-Publikationer

SOU 1984:39	Hälso- och sjukvård inför 90-talet (HS90). Huvudrapport
SOU 1984:40	Hälsopolitiska mål och behovsbaserad planering. Underlagsstudie.
SOU 1984:41	Hälsopolitiska mål och behovsbaserad planering. Huvudbilaga 1–3. ● Fakta om ohälsans och vårdutnyttjandets socioekonomiska fördelning i Sverige ● Arbetsmiljö, yrke, utnyttjande av sluten vård ● Den jämlika sjukvården?
SOU 1984:42	Att förebygga skador – ett hälsopolitiskt handlingsprogram. Underlagsstudie.
SOU 1984:43	Att förebygga hjärt- och kärlsjukdom – ett hälsopolitiskt handlingsprogram. Underlagsstudie.
SOU 1984:44	Hälsopolitik i samhällsplaneringen – boendemiljö, arbetsmiljö, arbetslöshet och kost. Underlagsstudie.
SOU 1984:45	Invandrarna i hälso- och sjukvården. Underlagsstudie.
SOU 1984:46	Primärvårdens uppgifter i det förebyggande arbetet. Underlagsstudie.
SOU 1984:47	Primärvårdens uppgifter i det förebyggande arbetet. Huvudbilaga ● Hälsoupplysning.
SOU 1984:48	Länssjukvården – möjligheter till förändring. Underlagsstudie.
SOU 1984:49	Hälsa – vård. Samhällsekonomi, sysselsättning, ekonomiska aspekter på förebyggande åtgärder. Expertrapport. (November 1984)
SOU 1984:50	Personal för framtidens hälso- och sjukvård. Underlagsstudie. (November 1984)

Utdrag ur

SOU 1984:44	Arbetslöshet och arbetsmarknadspolitik – några hälsopolitiska aspekter.
SOU 1984:43	Att förebygga hjärt- och kärlsjukdom.
SOU 1984:43	Prevention av hjärt- och kärlsjukdom.
SOU 1984:43	Psykosociala faktorer och hjärt- och kärlsjukdom.
SOU 1984:49	Vården och sysselsättningen.

Liber
Allmänna Förlaget

ISBN 91-38-08370-1
ISSN 0375-250X