



Ref

HÄLSOPOLITISKA MÅL OCH BEHOVSBASERAD PLANERING

- Fakta om ohälsans och

Ur KB:s samlingar

Digitaliserad år 2013



National Library
of Sweden



utnyttjande av slutenvård

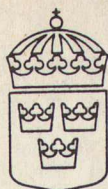
- Den jämlika sjukvården



Ref

HÄLSOPOLITISKA MÅL OCH BEHOVSBASERAD PLANERING

- Fakta om ohälsans och vårdutnyttjandets socioekonomiska fördelning i Sverige
- Arbetsmiljö, yrke, utnyttjande av sluten vård
- Den jämlika sjukvården



Statens offentliga utredningar

1984:41

Socialdepartementet

Hälsopolitiska mål och behovsbaserad planering

Huvudbilaga 1-3

Fakta om ohälsans och vård-
utnyttjandets socioekonomiska
fördelning i Sverige

Arbetsmiljö – Yrke – Utnyttjande av
sluten vård

Den jämlika sjukvården?

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

Stockholm 1984

Omslag Magnus Günther, AdSum

ISBN 91-38-08371-X

ISSN 0375-250X

Minab/Gotab, Stockholm 1984

Förord

I denna skrift presenteras tre bilagor till "Hälsopolitiska mål och behovs-
baserad planering", SOU 1984:40, som 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 sjukvårds-
delegationen). 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 4.

Inom ramen för den första etappen utarbetades ett antal kommenterade
kunskapsammansättningar. Dessa skrifter publicerades i respektive förfat-
tares namn. En förteckning över publikationerna redovisas i bilaga 5.

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 konkretise-
ring 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 sektorer 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 skrift redovisas följande tre studier

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

Författarna svarar för rapportens innehåll.

Stockholm i juni 1984

Ingemar Lindberg

statssekreterare
ordförande i arbetsgruppen
för långsiktig planering

**Bilaga 1 Fakta om ohälsans och
vårdutnyttjandets socioekonomiska
fördelning i Sverige**

av *Curt-Lennart Spetz*

Innehåll

Inledning	9
1 <i>Upplevd ohälsa</i>	11
1.1 Långvariga sjukdomar	11
1.2 Sjukdomar och besvär enligt levnadsnivåundersökningen	13
1.3 Nedsatt arbetsförmåga	13
1.4 Några symtom och besvär	15
1.4.1 Psykiska besvär	15
1.4.2 Värk och sjukdomar i rygg och leder	17
1.4.3 Hjärt- och kärlsjukdomar	18
1.5 Personer utan långvariga besvär	18
1.6 Funktionsnedsättningar	19
1.6.1 Nedsatt rörelseförmåga	19
1.6.2 Synbesvär	21
1.6.3 Nedsatt hörsel	21
2 <i>Dödlighet</i>	23
2.1 Dödlighet och civilstånd	23
2.2 Dödlighet i olika socioekonomiska grupper	26
2.2.1 Material	26
2.2.2 Bearbetning	27
2.2.3 Resultat	28
2.3 Dödlighet och yrke	33
3 <i>Vårdutnyttjande</i>	39
3.1 Undersökningen om levnadsförhållanden	39
3.1.1 Familjeförhållanden	39
3.1.2 Sysselsättning och yrke	42
3.2 Levnadsnivåundersökningen	45
3.2.1 Läkarbesök	45
3.2.2 Sjuksköterskebesök	46
3.2.3 Sluten vård	48
3.3 Patientstatistik – Folk- och bostadsräkningsdata	48
3.3.1 Undersökningspopulation	49
3.3.2 Patientstatistiken	49
3.3.3 Vårdutnyttjande och sammanboendeförhållanden	51
3.3.4 Vårdutnyttjande och civilstånd	52

3.3.5	Vårdutnyttjande och yrke	55
3.3.6	Vårdutnyttjande i olika socioekonomiska grupper	59

INNEHÅLL

Innehåll

1	Översikt	1
1.1	1.1.1. Inledning	1
1.2	1.2.1. Syftet med rapporten	1
1.3	1.3.1. Metod	1
1.4	1.4.1. Begrepp	1
1.5	1.5.1. Vårdutnyttjande	1
1.6	1.6.1. Hälso- och sjukvård	1
1.7	1.7.1. Personer med långvarig sjukdom	1
1.8	1.8.1. Förutsättningar	1
1.9	1.9.1. Rehabilitering	1
1.10	1.10.1. Syfte	1
1.11	1.11.1. Metod	1
2	2.1.1.1. Inledning	1
2.1	2.1.1.2. Syftet och avsnitt	1
2.2	2.2.1.1. Inledning	1
2.3	2.3.1.1. Inledning	1
2.4	2.4.1.1. Inledning	1
2.5	2.5.1.1. Inledning	1
3	3.1.1.1. Inledning	1
3.1	3.1.1.2. Inledning	1
3.2	3.2.1.1. Inledning	1
3.3	3.3.1.1. Inledning	1
3.4	3.4.1.1. Inledning	1
3.5	3.5.1.1. Inledning	1
3.6	3.6.1.1. Inledning	1
3.7	3.7.1.1. Inledning	1
3.8	3.8.1.1. Inledning	1
3.9	3.9.1.1. Inledning	1
3.10	3.10.1.1. Inledning	1
3.11	3.11.1.1. Inledning	1
3.12	3.12.1.1. Inledning	1
3.13	3.13.1.1. Inledning	1
3.14	3.14.1.1. Inledning	1

Inledning

En genomgång av hur ohälsa och vårdutnyttjande fördelas mellan olika grupper i befolkningen kommer med nödvändighet att innehålla en mängd data om sjuklighet och dess sociala konsekvenser. En sådan kompakt mängd ohälsodata ger lätt en bild av att hälsoläget totalt sett i befolkningen är dåligt. Det bör därför inledningsvis konstateras att större delen av den svenska befolkningen i ett internationellt och i ett tidsmässigt perspektiv mår mycket bra.

Bara sex procent av den vuxna befolkningen anser sitt allmänna hälsotillstånd dåligt. 35 procent av den förvärvsarbetande delen av befolkningen utnyttjar inte sjukförsäkringen alls under ett år. Den svenska befolkningens medellivslängd tillhör sedan länge de längsta i världen. Spädbarnsdödligheten är den lägsta i världen. Förbättringarna i båda dessa avseenden har varit avsevärda under 1900-talet.

Trots ett allmänt gott hälsoläge i riket kan man lätt konstatera att vissa grupper i samhället mår ganska dåligt. Man kan även med hjälp av olika grova indelningar av befolkningen konstatera att en del relativt stora socioekonomiska grupper har ett betydligt sämre hälsoläge än andra jämnstora grupper.

1 Upplevd ohälsa

Att mäta hur befolkningen upplever sitt hälsotillstånd är förknippat med många problem. Sättet att formulera och ställa frågor bland annat är av stor betydelse för vilka svar man får.

I Sverige finns två stora undersökningar, som ger information om upplevd ohälsa. Institutet för social forskning (SOFI) har 1974 och 1981 upprepat de levnadsnivåundersökningar (LNU), som första gången genomfördes av låginkomstutredningen 1968. Statistiska centralbyrån (SCB) bedriver årligen sedan 1974 undersökningar om levnadsförhållanden (ULF).

De två undersökningarna har använt litet olika teknik i sina intervjuer. För att kartlägga förekomst av olika sjukdomar har LNU haft en symtomlista med ett 50-tal sjukdomar som fasta svarsalternativ. I ULF har man ställt en allmän fråga om den intervjuade har någon långvarig sjukdom eller annat besvär. De som svarat ja på denna fråga, har uppmanats precisera vilken typ av ohälsa det varit fråga om.

Beträffande en del andra besvär som nedsatt funktionsförmåga tillämpas i båda undersökningarna mer direkta frågor. Frågorna är dock i allmänhet något olika utformade och man utnyttjar oftast inte samma mått för att mäta en viss typ av nedsatt funktionsförmåga. I avsnitt 1.1-1.6 redovisas några resultat från bearbetningar av ULF 1980/81 och LNU 1981, som HS 90 låtit göra, samt en del underhandsdata från ULF 1980/81, som SCB ställt till förfogande. Vidare görs några jämförelser med tidigare levnadsnivåundersökningar.

1.1 Långvariga sjukdomar

Enligt ULF hade 1980/81 44 procent av befolkningen i åldersgruppen 16-84 år någon långvarig sjukdom, besvär efter olycksfall, något handikapp eller annan svaghet eller något de regelbundet tog medicin för. (I fortsättningen kallas detta långvarig sjukdom). Långvarig sjukdom var något vanligare bland kvinnor än bland män. Förekomsten ökade också med stigande ålder.

I åldrarna under 65 år rapporterar sammanboende (gifta och ogifta) och ej sammanboende, ogifta mindre ofta långvariga sjukdomar än de som tidigare varit sammanboende (ej sammanboende, gifta, skilda eller änkor/änklingar).

De som bor på institution har (ganska naturligt) oftare långvariga

Tabell 1.1 Långvariga sjukdomar efter ålder, kön och några socioekonomiska förhållanden 1980/81. Procentuell andel.

	Ålder			
	16-44	45-64	65-74	75-84
MÅN				
Alla	26	50	68	79
Ej sammanboende/ogift	25	60	73	75
Sammanboende	26	46	68	79
Ej sambo/gift, skild, änking	40	61	66	82
Flerfamiljshus 1 rum	31	70	80	81
Flerfamiljshus 2 rum eller mer	27	52	70	81
Småhus	25	46	65	76
Ej yrkesutbildad arbetare	31	46	-	-
Yrkesutbildad arbetare	28	50	-	-
Lägre tjänsteman	24	48	-	-
Tjänsteman mellannivå	21	38	-	-
Högre tjänsteman	18	38	-	-
Företagare	33	49	-	-
Jordbrukare	24	36	-	-
Studera	22	70	-	-
Hemarbetande	57	100	-	-
Förtidspensionerad	100	98	-	-
Arbetslös	54	52	-	-
KVINNOR				
Alla	27	55	72	86
Ej sammanboende/ogift	26	54	73	85
Sammanboende	27	53	72	85
Ej sambo/gift, skild, änka	31	60	72	86
Flerfamiljshus 1 rum	27	68	86	94
Flerfamiljshus 2 rum eller mer	28	58	73	84
Småhus	26	52	69	82
Ej yrkesutbildad arbetare	28	53	-	-
Yrkesutbildad arbetare	25	42	-	-
Lägre tjänsteman	29	41	-	-
Tjänsteman mellannivå	21	42	-	-
Högre tjänsteman	20	40	-	-
Företagare	28	50	-	-
Jordbrukare	28	52	-	-
Studera	22	57	-	-
Hemarbetande	29	55	-	-
Förtidspensionerad	92	99	-	-
Arbetslös	52	50	-	-

Källa: ULF

sjukdomar än övriga. Men också mellan småhus- respektive lägenhetsboende föreligger vissa skillnader. Största andelen med långvariga sjukdomar bland dessa har de som bor i små lägenheter.

I de förvärvsarbetsande åldrarna är långvarig sjukdom vanligare bland dem som ej förvärvsarbetar – med undantag av yngre studerande – än bland övriga. Minst andel med långvariga sjukdomar har högre tjänstemän.

1.2 Sjukdomar och besvär enligt levnadsnivåundersökningen

I LNU ställs frågan "Har Ni under de senaste tolv månaderna haft någon av följande sjukdomar eller besvär?". Därefter följer en lista på 47 symtom för vilka intervjupersonen får ange om han haft lätta eller svåra besvär eller inga alls.

I tabell 1.2 redovisas andelen i olika befolkningsgrupper som angett att de haft högst ett lätt besvär ("litet besvär"), minst två lätta eller ett svårt men högst fyra lätta eller två svåra ("några besvär") respektive de som haft fler besvär ("många besvär").

Tabell 1.2 Procentuell andel i olika befolkningsgrupper efter antal besvär i befolkningen 15-75 år, 1981

	Litet besvär	Några besvär	Många besvär
Alla	15	33	52
Socialgrupp I	19	40	41
Socialgrupp II	17	32	51
Socialgrupp III	14	32	54
Förvärvsarbetande	17	35	47
Bönder	11	31	58
Företagare (exkl bönder)	19	38	43
Anställda	17	35	47

Källa: SOFI

1.3 Nedsatt arbetsförmåga

De som i ULF uppger sig ha långvariga sjukdomar får en följdfråga om sjukdomen medför att deras arbetsförmåga är i hög grad nedsatt. 11 procent av männen och 12 procent av kvinnorna i åldern 16-84 år svarade 1980/81 ja på denna fråga. Skillnaderna mellan olika grupper följer i stort det mönster som tidigare visats för långvariga sjukdomar överhuvud taget.

I åldern 16-64 år rapporterar utländska medborgare något oftare än svenska att de har nedsatt arbetsförmåga.

Tabell 1.3 Långvarig sjukdom med i hög grad nedsatt arbetsförmåga efter kön, ålder och några socioekonomiska förhållanden 1980/81. Procentuell andel.

	Ålder			
	16-44	45-64	65-74	75-84
MÄN				
Alla	4	15	25	31
Ej sammanboende/ogift	4	24	30	28
Sammanboende	3	13	23	30
Ej sambo/gift, skild, änking	13	24	29	33
Flerfamiljshus 1 rum	6	30	39	30
Flerfamiljshus 2 rum eller mer	4	16	26	30
Småhus	3	14	20	29
Ej yrkesutbildad arbetare	3	11	-	-
Yrkesutbildad arbetare	4	7	-	-
Lägre tjänsteman	4	6	-	-
Tjänsteman mellannivå	2	6	-	-
Högre tjänsteman	1	4	-	-
Företagare	5	14	-	-
Jordbrukare	2	8	-	-
Studerande	2	35	-	-
Hemarbetande	9	-	-	-
Förtidspensionerad	84	86	-	-
Arbetslös	8	-	-	-
KVINNOR				
Alla	4	16	20	35
Ej sammanboende/ogift	3	21	30	32
Sammanboende	4	14	15	35
Ej sambo/gift, skild, änka	6	23	24	36
Flerfamiljshus 1 rum	4	32	30	36
Flerfamiljshus 2 rum eller mer	4	19	19	29
Småhus	4	12	16	32
Ej yrkesutbildad arbetare	5	7	-	-
Yrkesutbildad arbetare	2	10	-	-
Lägre tjänsteman	3	6	-	-
Tjänsteman mellannivå	2	6	-	-
Högre tjänsteman	-	1	-	-
Företagare	4	5	-	-
Jordbrukare	8	12	-	-
Studerande	2	14	-	-
Hemarbetande	5	14	-	-
Förtidspensionerad	81	80	-	-
Arbetslös	10	18	-	-

Källa: ULF

Tabell 1.4 Nedsatt arbetsförmåga bland arbetare i åldern 16-64 år efter kön, sammanboendeförhållande och medborgarskap 1980/81. Procentuell andel.

	Män	Kvinnor
Sammanboende		
Svensk medborgare	52	58
Utländsk medborgare	87	84
Ej sammanboende		
Svensk medborgare	47	50
Utländsk medborgare	56	44

Källa: ULF

1.4 Några symtom och besvär

1.4.1 Psykiska besvär

I ULF uppger 20 procent av kvinnorna och 10 procent av männen sig ha ångslan, oro eller ångest. Detta är en direkt fråga och ej kopplad till frågan om långvariga sjukdomar. Kvinnor uppger sig också oftare känna påfallande trötthet på dagarna. Också dessa problem ökar med stigande ålder, men inte i samma utsträckning som exempelvis långvariga sjukdomar gör.

Andelen personer som uppgivit någon form av nedsatt psykiskt välbefinnande i SOFI:s undersökning 1981 var 19 procent i socialgrupp I, 23 procent i socialgrupp II och 29 procent i socialgrupp III.

Som framgår av tabell 1.5 är alla de typer av psykiska besvär som undersökts av SOFI vanligast i socialgrupp III. (Tabellen är så konstruerad att de som ingår i siffrorna på rad 2 och 3 ingår även i siffrorna på raden närmast ovanför.)

33 procent av kvinnorna har ett nedsatt psykiskt välbefinnande mot 19 procent av männen. Skillnaderna mellan socialgrupper är också mer uttalad för kvinnor än för män. Totalt sett har andelen med nedsatt psykiskt välbefinnande minskat från 31,0 procent 1968 till 30,4 procent 1974 och 25,8 procent 1981. Minskning har skett för alla de tre typerna av psykiska besvär

Tabell 1.5 Procentuell andel i olika socialgrupper med några typer av psykiska besvär

Socialgrupp:	I	II	III
Nervösa besvär	12	13	18
Sömnbesvär	6	8	10
Depression	1	2	4

Källa: SOFI

Tabell 1.6 Ängslan, oro och ångest efter kön, ålder och några socioekonomiska förhållanden 1980/81. Procentuell andel

	Ålder			
	16-44	45-64	65-74	75-84
MÄN				
Alla	8	11	11	11
Ej sammanboende/ogift	8	16	13	19
Sammanboende	7	8	10	18
Ej sambo/gift, skild, änkling	21	23	19	19
Flerfamiljshus 1 rum	13	30	24	18
Flerfamiljshus 2 rum eller mer	10	12	12	18
Småhus	6	8	9	18
Ej yrkesutbildad arbetare	9	10	-	-
Yrkesutbildad arbetare	6	10	-	-
Lägre tjänsteman	11	8	-	-
Tjänsteman mellannivå	6	10	-	-
Högre tjänsteman	6	6	-	-
Företagare	10	8	-	-
Jordbrukare	7	9	-	-
Studera	8	30	-	-
Hemarbetande	18	-	-	-
Förtidspensionerad	41	28	-	-
Arbetslös	23	-	-	-
KVINNOR				
Alla	14	22	30	31
Ej sammanboende/ogift	13	16	28	30
Sammanboende	13	21	28	32
Ej sambo/gift, skild, änka	27	29	34	32
Flerfamiljshus 1 rum	17	30	45	31
Flerfamiljshus 2 rum eller mer	15	26	32	34
Småhus	12	20	27	26
Ej yrkesutbildad arbetare	16	18	-	-
Yrkesutbildad arbetare	10	17	-	-
Lägre tjänsteman	12	20	-	-
Tjänsteman mellannivå	7	13	-	-
Högre tjänsteman	10	9	-	-
Företagare	13	20	-	-
Jordbrukare	13	16	-	-
Studera	15	15	-	-
Hemarbetande	16	23	-	-
Förtidspensionerad	44	54	-	-
Arbetslös	25	32	-	-

Källa: ULF

som undersökts mellan varje undersökningstillfälle. Tydligast är minskningen beträffande nervösa besvär. Både beträffande nervösa besvär och sömnbesvär är minskningarna från 1968 till 1981 relativt jämnstora i alla socialgrupper. Någon utjämning mellan socialgrupperna har alltså inte skett.

1.4.2 Värk och sjukdomar i rygg och leder

Medan psykiska problem i befolkningen enligt LNU minskat under 1970-talet har andelen som uppger sig ha värk i rygg och leder ökat under samma period.

Tabell 1.7 Olika typer av värk 1968-81. Procentuell andel

	1968	1974	1981
Rygg/höfter	27	30	31
Skuldror/axlar	18	21	23
Leder	20	22	24

Källa: SOFI

Ökningen är i stort sett likartad för socialgrupp II och III medan läget för socialgrupp I är i stort sett oförändrat.

Skillnaderna mellan socialgrupperna är relativt stora när det gäller förekomst av värk. Särskilt kraftiga är skillnaderna bland dem som uppger sig ha mycket värk. Elva procent i socialgrupp III uppger sig ha mycket värk mot tre procent i socialgrupp I.

Bland förvärvsarbetande är värk vanligast hos bönder (socialgrupp II). 1981 gällde detta alla tre redovisade typerna av värk. Andra grupper som är svårt utsatta för värk är småbrukare, skogsarbetare m fl, offentligt anställda i socialgrupp III (rygg/höfter och skuldror/axlar), anställda i servicenäringar (skuldror/axlar) och byggnadsarbetare (leder).

1980/81 upp gav sig 7 procent av befolkningen i åldrarna 16-84 år ha långvariga sjukdomar i lederna i ULF. Andelen med rygg- eller nacksjukdomar var i stort sett lika stor.

Tabell 1.8 Procentuell andel i olika socialgrupper med olika typer av värk 1981

Värk i	Socialgrupp			Totalt
	I	II	III	
Rygg/höfter	20	30	34	31
därav svår	6	12	15	13
Skuldror/axlar	13	21	26	23
därav svår	3	7	10	8
Leder	13	22	26	24
därav svår	4	8	11	9

Källa: SOFI

Tabell 1.9 Långvariga sjukdomar i leder respektive rygg/nacke efter kön, ålder och socioekonomisk tillhörighet 1980/81. Procentuell andel.

	Leder		Rygg-nacke	
	16-44 år	45-64 år	16-44 år	45-64 år
MÄN				
Jordbrukare	3	6	6	13
Företagare	4	12	9	12
Arbetare	5	6	6	12
Högre tjänsteman	1	2	2	7
KVINNOR				
Jordbrukare	0	4	4	10
Företagare	2	10	2	15
Arbetare	3	9	5	11
Högre tjänsteman	1	5	2	8

Källa: ULF

Några skillnader mellan sammanboende och ej sammanboende eller mellan dem som bor i småhus och dem som bor i lägenhet kan inte konstateras.

Arbetare, jordbrukare och andra företagare uppger oftare sådana sjukdomar än vad tjänstemän gör. Minst vanliga är rygg- och ledsjukdomar bland högre tjänstemän.

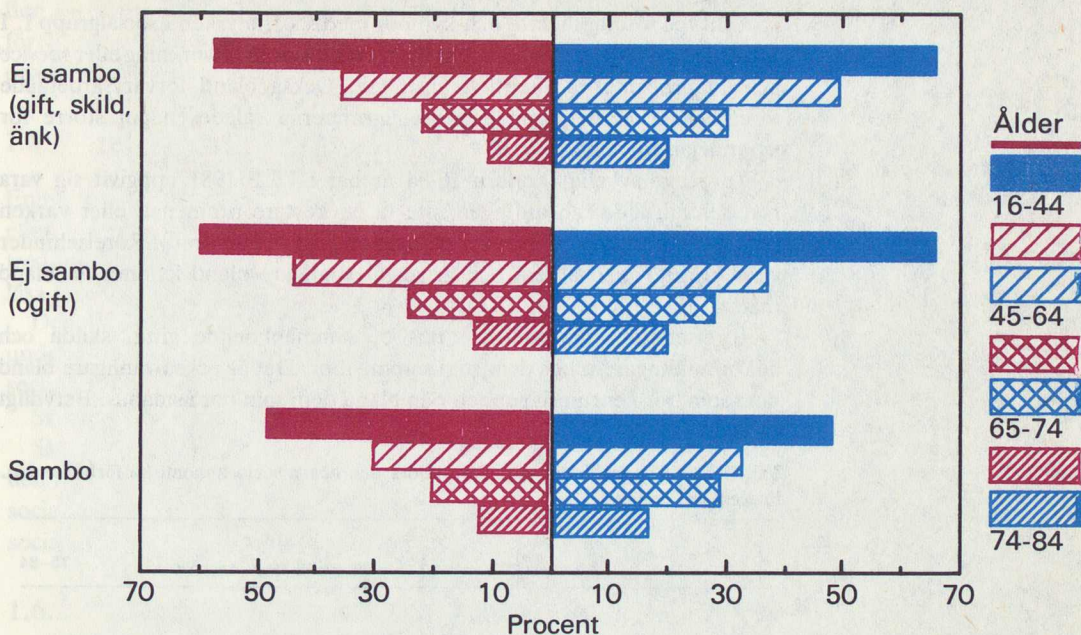
1.4.3 Hjärt- och kärlsjukdomar

I ULF 1980/81 uppgav sig 5 procent av befolkningen i åldern 16-84 år lida av ischemiska hjärtsjukdomar. 6 procent av männen och 10 procent av kvinnorna uppgav sig ha högt blodtryck. Båda dessa besvär är sällsynta före 45 års ålder (mindre än en procent har dem). Män i åldrarna över 65 år och kvinnor äldre än 75 år rapporterar oftare ischemiska hjärtsjukdomar än högt blodtryck. En kontrollundersökning på 1980 års ULF-material visade att ytterligare ca 30 procent fler uppger sig ha högt blodtryck på en direkt fråga om detta än de, som först svarar att de har långvarig sjukdom och sedan preciserar detta till högt blodtryck.

Något konsistent mönster vad gäller skillnader i förekomst mellan olika grupper indelade efter civilstånd/sammanboende, typ av bostad eller förvärvsställning kan inte konstateras varken för högt blodtryck eller ischemiska hjärtsjukdomar.

1.5 Personer utan långvariga besvär

53 procent av männen uppger sig i ULF varken ha långvariga sjukdomar, lida av ängslan, ångest eller oro eller vara påfallande trötta på dagarna. Motsvarande andel bland kvinnorna är betydligt lägre – 43 procent.



I stort sett återkommer de skillnader mellan olika grupper som redovisats under avsnitt 1.1. Figur 1.1 illustrerar kanske i första hand ålderns stora betydelse i detta sammanhang.

Figur 1.1 Procentuell andel med vare sig långvarig sjukdom, rörelsehinder, ångslan, oro, ångest eller trötthet efter ålder, kön och familjeförhållande. Källa: ULF 1980/81

1.6 Funktionsnedsättningar

1.6.1 Nedsatt rörelseförmåga

Andelen i den vuxna befolkningen (15-75 år) med nedsatt rörelseförmåga (kan inte springa 100 meter utan större besvär eller gå i trappor utan besvär) har minskat inom samtliga socialgrupper mellan 1968 och 1981 enligt LNU. För hela befolkningen har andelen minskat från 26 till 21 procent.

1981 var nedsatt rörelseförmåga 2,4 gånger vanligare i socialgrupp III än i socialgrupp I. Relationen var i stort sett densamma 1968.

Även kraftigt nedsatt rörelseförmåga (kan varken promenera 100 meter någorlunda raskt eller gå i trappor utan besvär) är betydligt vanligare i socialgrupp III än i socialgrupp I – 8,8 procent mot 3,5 procent enligt 1981 års undersökning. I 1968 och framförallt 1974 års undersökningar var skillnaderna ännu större.

Nedsatt rörelseförmåga – också kraftig sådan – är vanligare bland kvinnor än bland män i alla socialgrupper. Bland kvinnor är också skillnaden mellan socialgrupp III och I störst.

Andelen med nedsatt rörelseförmåga bland förvärvsarbetande män var 1981 i socialgrupp I knappt 9 procent. I socialgrupp III var andelen 12 procent för verksamma i tillverkningsarbete eller offentlig tjänst och 15 procent för dem som arbetade i servicenäringar. Bland kvinnor var motsvarande andel 6

procent för företagsledare och kvinnor med s k fria yrken i socialgrupp I. I socialgrupp III var den 14 procent för anställda inom tillverkning eller service och 16 procent för offentligt anställda. Också bland förvärvsarbetande förefaller skillnaderna mellan socialgrupperna således något större för kvinnor än för män.

9 procent av alla i åldern 16-84 år har i ULF 1981 uppgivit sig vara rörelsehindrade (kan antingen inte ta en kortare promenad eller varken springa en kortare sträcka eller stiga på en buss obehindrat). Rörelsehinder ökar kraftigt med åldern och är något vanligare bland kvinnor än bland män.

Rörelsehinder är vanligare hos ej sammanboende gifta, skilda och änkor/änklingar än hos dem som sammanbor. Det är också vanligare bland dem som bor i enrumslägenheter än bland dem som bor i småhus. Betydligt

Tabell 1.10 Rörelsehinder efter kön, ålder och några socioekonomiska förhållanden. Procentuell andel

	Ålder			
	16-44	45-64	65-74	75-84
MÄN				
Alla	1	7	19	39
Ej sammanboende/ogifta	1	10	20	43
Samboende	1	6	18	27
Ej sambo/gift, skild, änkning	3	12	25	43
Flerfamiljshus 1 rum	1	14	30	39
Flerfamiljshus 2 rum	1	9	22	40
Småhus	1	6	14	34
Arbetare	1	4	—	—
Tjänsteman	1	3	—	—
Företagare	0	7	—	—
Jordbrukare	0	2	—	—
Förtidspensionär	52	44	—	—
Arbetslös	8	0	—	—
KVINNOR				
Alla	1	10	21	49
Ej sammanboende/ogift	1	15	20	46
Sammanboende	1	9	18	45
Ej sambo/gift, skild, änka	2	16	26	61
Flerfamiljshus 1 rum		31	43	54
Flerfamiljshus 2 rum	2	13	20	42
Småhus	1	8	18	45
Arbetare	1	4	—	—
Tjänsteman	1	4	—	—
Företagare	0	6	—	—
Jordbrukare	1	3	—	—
Förtidspensionär	4	54	—	—
Arbetslös	5	6	—	—

Källa: ULF

fler av de ej förvärvsarbetande i åldern 16-64 år har rörelsehinder än förvärvsarbetande i samma ålder. Bland de förvärvsarbetande har företagare oftare rörelsehinder än andra grupper.

1.6.2 Synbesvär

Enligt ULF 1981 hade 7 procent av befolkningen i åldern 16-84 år synbesvär eller ögonsjukdom som inte påtagligt avhjälpes med glasögon. Drygt var tredje av dessa hade svåra besvär. Drygt 2 procent uppgav att de inte kunde läsa tidningstext utan svårighet.

Den högsta andelen personer med upplevda synbesvär finns enligt SOFI:s undersökning för 1981 i socialgrupp III (drygt 8 procent) och den lägsta i socialgrupp I (drygt 5 procent).

Skillnaderna mellan 1968 och 1981 års mätningar är obetydliga.

Skillnaderna mellan socialgrupperna är större bland pensionärer än inom den vuxna befolkningen i sin helhet. 1981 hade 12 procent av pensionärerna i socialgrupp I synbesvär medan motsvarande andel för pensionärer i socialgrupp II och III var 21 respektive 16 procent.

1.6.3 Nedsatt hörsel

Socialgrupp III har enligt SOFI:s undersökning år 1981 en högre andel med hörselnedsättning (14 procent) än socialgrupp I (10 procent) och II (13 procent).

Under perioden 1968 till 1981 har andelen personer i åldern 15-75 år, som uppger sig ha hörselnedsättningar, ökat från 11,1 till 13,3 procent. Ökningen har varit störst i socialgrupp II.

Hörselnedsättningar är vanligare bland män (17 procent) än bland kvinnor (10 procent). Också inom de flesta grupper av yrkesverksamma är hörselnedsättningar vanligare hos män. Bland förvärvsarbetande män är bönder (32 procent), småbrukare och skogsbrukare (20 procent) samt förmän (22 procent) de, som har högsta andelarna med hörselnedsättningar.

Svåra hörselnedsättningar har 2,8 procent av befolkningen. I socialgrupp I är motsvarande andel 1,5 procent, i socialgrupp II 2,4 procent och i socialgrupp III 3,3 procent. Bland yrkesgrupperna är andelen 7,4 procent hos byggnadsarbetare och 4,1 procent hos bönder.

I ULF 1981 uppgav 18 procent i åldern 16-84 år att de hade hörselnedsättningar. Drygt 3 procent hade svåra besvär. 9 procent uppgav sig inte utan svårighet kunna följa ett samtal mellan flera personer.

2 Dödlighet

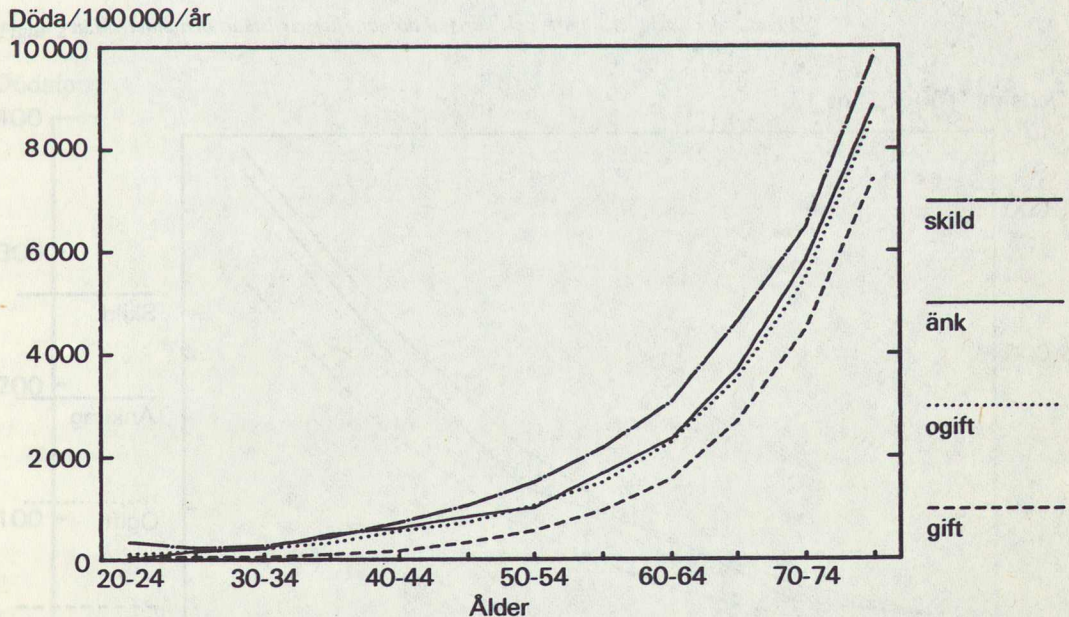
2.1 Dödlighet och civilstånd

SCB har i en bearbetning av dödsorsaksregistret för perioden 1969 – 1978 analyserat dödligheten efter civilstånd (Statistiska meddelanden HS 1981:10).

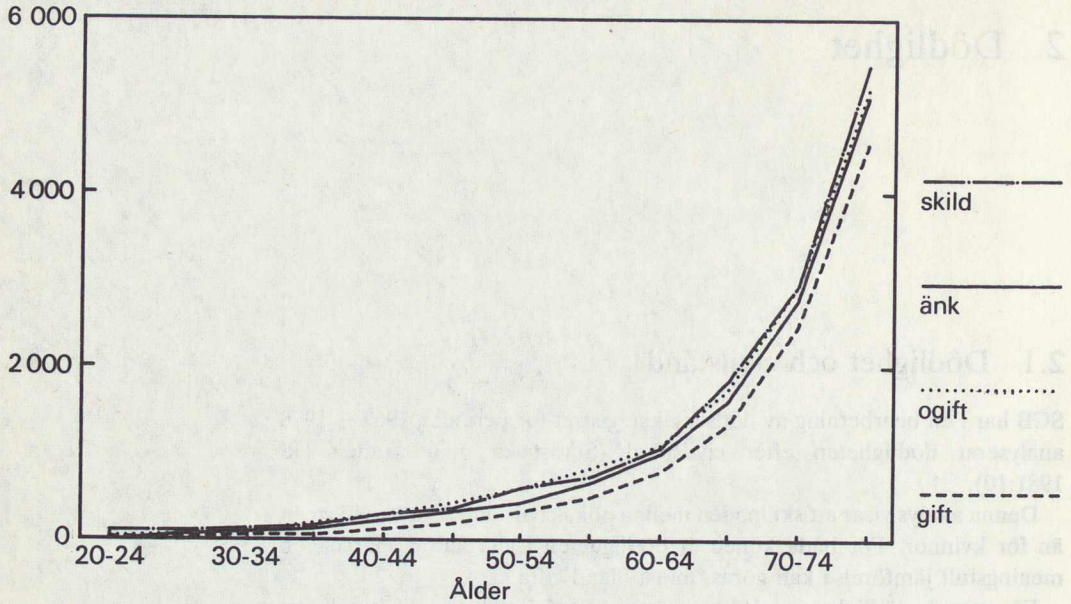
Denna analys visar att skillnaden mellan olika civilstånd är större för män än för kvinnor. För båda könen är dödligheten i alla åldrar, där någon meningsfull jämförelse kan göras, minst bland gifta.

För män är dödligheten i åldrarna över 40 år högst bland de frånskilda. Ogifta och änklingar har i åldrarna över 40 år klart lägre dödlighet än frånskilda men också högre än de gifta.

Figur 2.1 Dödlighet efter civilstånd och ålder. Män 1974–1978



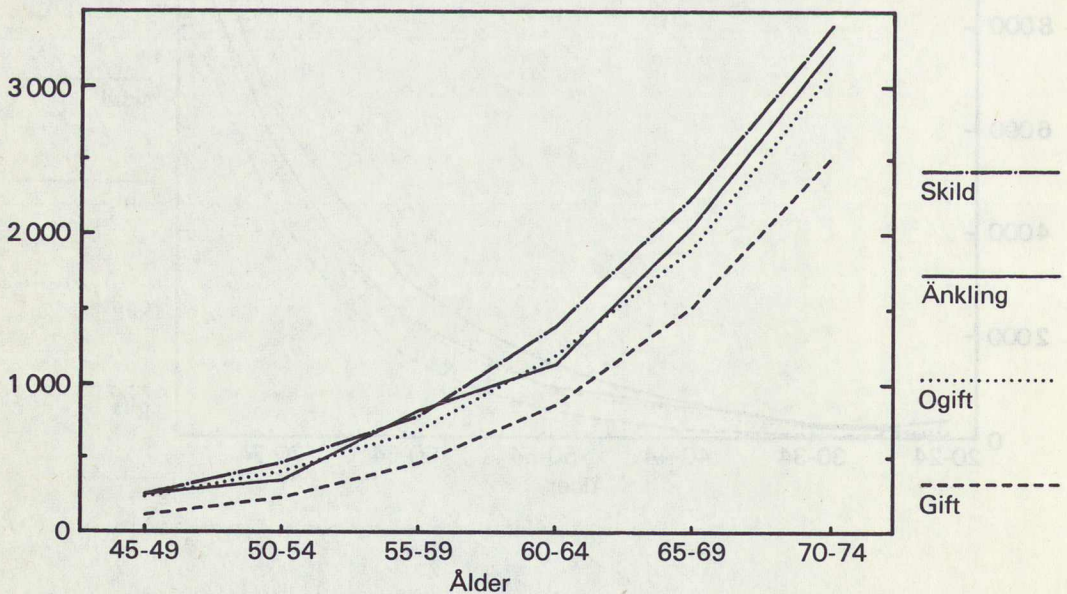
Döda/100 000/år



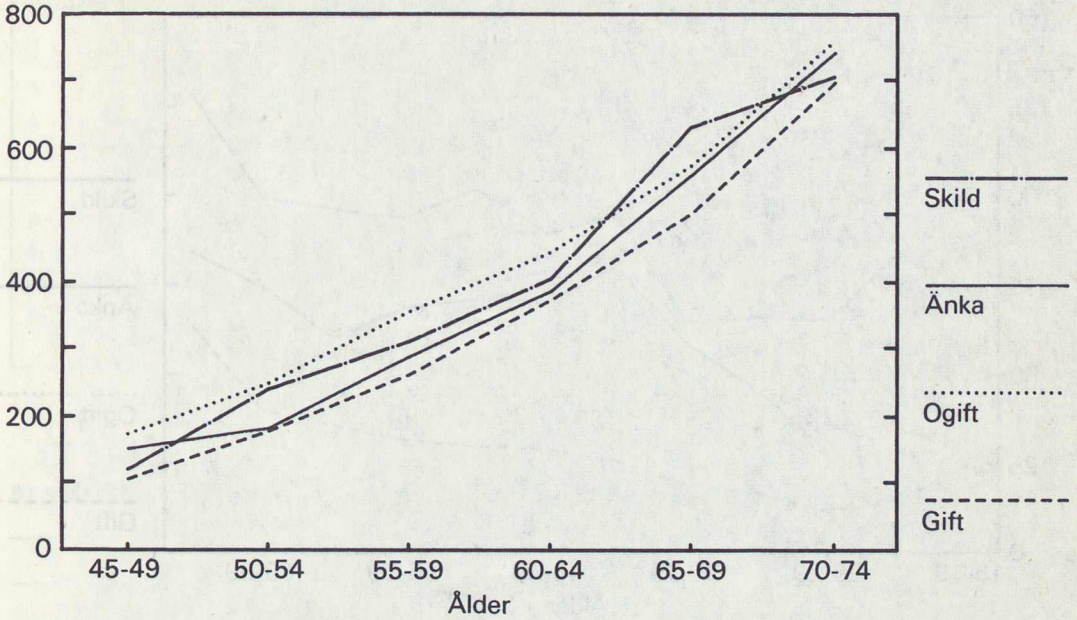
Figur 2.2 Dödlighet efter civilstånd och ålder. Kvinnor 1974-1978

Figur 2.3 Dödlighet i hjärt- och kärlsjukdomar efter civilstånd och ålder. Män 1974-1978

Dödsfall/100 000 inv



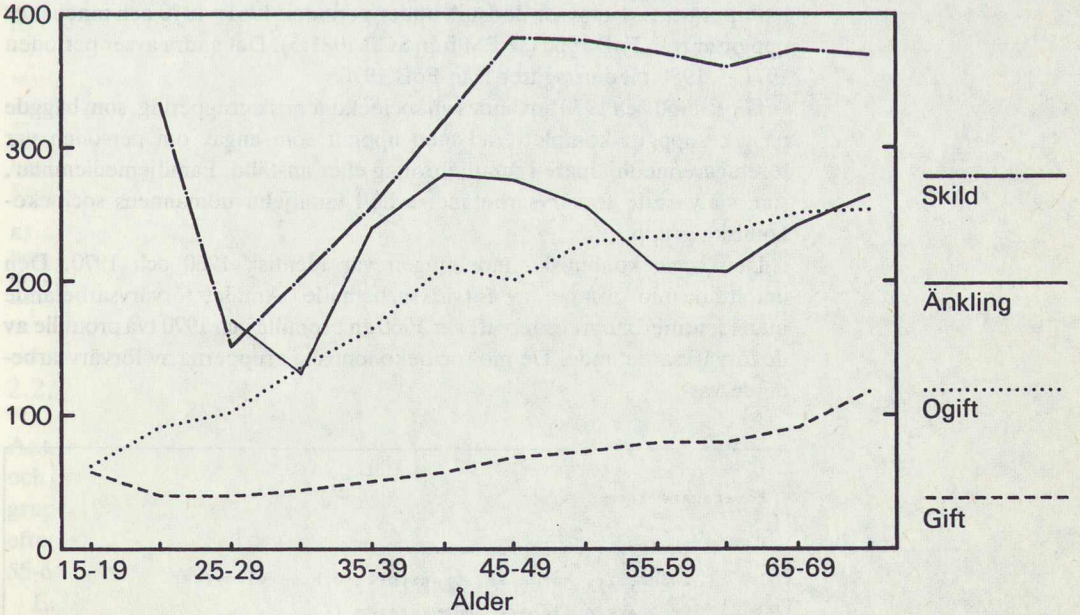
Dödsfall/100 000 inv



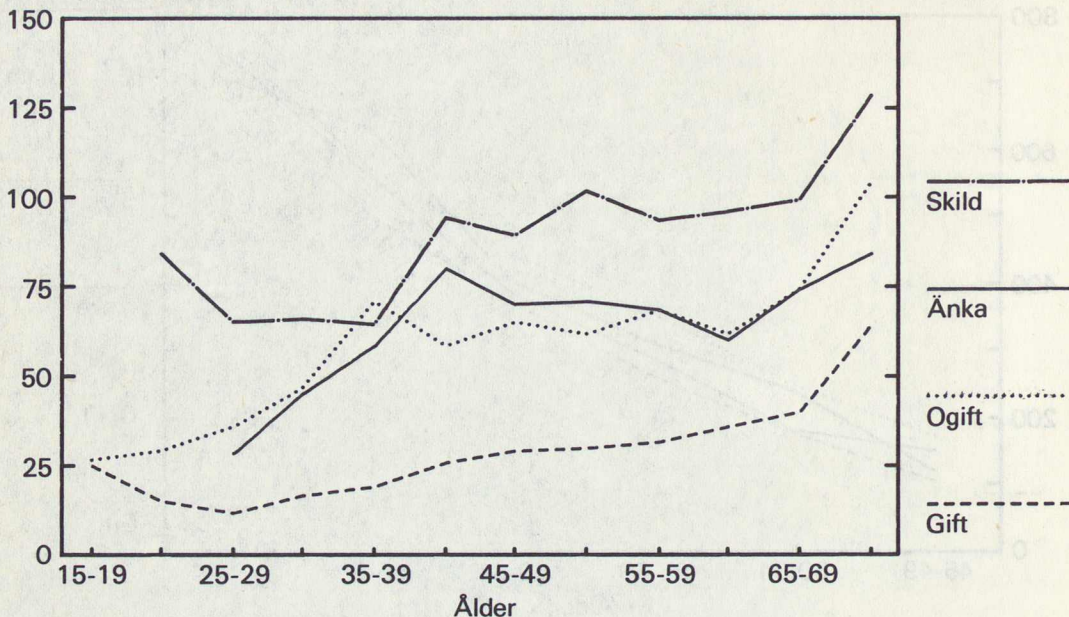
Figur 2.4 Dödlighet i tumörsjukdomar efter civilstånd och ålder. Kvinnor 1974-1978

Figur 2.5 Dödlighet i skador efter civilstånd och ålder. Män 1974-1978

Dödsfall/100 000 inv



Dödsfall/100 000 inv



Figur 2.6 Dödlighet i skador efter civilstånd och ålder. Kvinnor 1974-1978

2.2 Dödlighet i olika socioekonomiska grupper

2.2.1 Material

SCB har genomfört två samkörningar mellan folk- och bostadsräkningar (FoB) och dödlighets- och dödsorsaksstatistiken. Två s k dödsfallsregister har upprättats. Ett avser dödsfall under perioden 1961-1970 och innehåller uppgifter från FoB 1960 (se PM från SCB 1981:5). Det andra avser perioden 1971-1980 med uppgifter från FoB 1970.

I FoB 1960 och 1970 användes en socioekonomisk gruppering, som byggde på yrkesuppgift kompletterad med uppgift som angav om personen var företagare/medhjälpare i familjeföretag eller anställd. Familjemedlemmar, som själva inte förvärvsarbetade, erhöll familjehuvudmannens socioekonomiska grupp.

Den socioekonomiska indelningen var identisk 1960 och 1970. Den omfattade nio grupper av förvärvsarbetande. Antalet förvärvsarbetande utan identifierbar yrkesuppgift var 1960 en promille och 1970 två promille av de förvärvsarbetande. De nio socioekonomiska grupperna av förvärvsarbetande var

Företagare inom

- 1 jordbruk, skogsbruk m m
- 2 industri-, handels-, transport- och serviceyrken
- 3 fria yrken (läkare, advokater m fl)

Anställda

- 4 företagsledare
- 5 inom jordbruk, skogsbruk m m
- 6 inom tekniska, humanistiska, kontorstekniska och kommersiella yrken m m
- 7 inom huvudsakligen industri- och transportyrken
- 8 inom vissa serviceyrken (hembiträden, serveringspersonal m fl)
- 9 militärer

Dessa grupper benämns nedan SE1-SE9.

Befolkningsantal i olika grova grupper enligt FoB 1960 och 1970 framgår av nedanstående tabell.

	1960	1970
Förvärvsarbetande		
Män	2 278 000	2 224 000
Kvinnor	966 000	1 364 000
Ej förvärvsarbetande		
Män	1 461 000	1 809 000
Kvinnor	2 790 000	2 676 000

Antal dödsfall under de två perioderna i motsvarande grupper framgår av följande tabell.

	1961 — 1970	1971 — 1980
Förvärvsarbetande		
Män	181 000	165 000
Kvinnor	34 000	42 000
Ej förvärvsarbetande		
Män	226 000	315 000
Kvinnor	320 000	354 000

2.2.2 Bearbetning

Antal dödsfall per 100 000 i respektive FoB-population har beräknats för var och en av de två undersökningsperioderna. Förutom efter socioekonomiska grupper har materialet delats upp efter kön och i följande åtta ålderskohorter efter åldern vid FoB-undersökningen: 0-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-44, 45-54, 55-64 samt 65 år och äldre.

Endast kvoter som bygger på minst 20 dödsfall per 10-årsperiod har

beräknats. För varje 10-årsperiod har också indirekt åldersstandardiserade dödstal (SMR) beräknats. Jämförelsepopulation har därvid varit gruppen samtliga förvärvsarbetande. Vid åldersstandardiseringar har de åtta ovanstående åldersklasserna använts. En motsvarande bearbetning har även gjorts för de fyra åldersklasserna i intervallet 30-64 år. Resultaten skiljer sig mycket litet åt, varför bara den förstnämnda bearbetningen redovisas.

2.2.3 Resultat

Mellan dem som förvärvsarbetar och dem som inte gör det enligt FoB finns stora skillnader. Framför allt registreras hög dödlighet bland dem som varken själva förvärvsarbetar eller tillhör en familj, där huvudmannen förvärvsarbetar.

Bland kvinnor är skillnaden också relativt stor mellan förvärvsarbetande och icke förvärvsarbetande inom de enskilda socioekonomiska grupperna. Man ser också en del olikheter i rangordningen mellan de socioekonomiska grupperna hos icke förvärvsarbetande jämfört med förvärvsarbetande.

1971 – 1980

Under perioden 1971 – 1980 hade bland förvärvsarbetande – både män och kvinnor – företagare inom industri m m (SE2) och företagare med fria yrken (SE3) en åldersstandardiserad dödlighet som låg mer än 10 procent över den förväntade (beräknad på gruppen samtliga förvärvsarbetande). Bland män hade anställda i serviceyrken (SE8) det allra högsta SMR-värdet. Bland kvinnor hade både företagsledare (SE4) och anställda inom industri- och transportyrken (SE7) högre åldersstandardiserad dödlighet än vad de med serviceyrken hade.

Bland förvärvsarbetande män hade alla socioekonomiska grupper minst 20 dödsfall under perioden i alla åldersklasser från 25-29 år och uppåt. I fyra av de fem åldersklasserna under 65 år hade anställda i serviceyrken högst dödlighet. De båda företagargrupperna med höga SMR-värden hade högre dödlighet än servicepersonal endast i den högsta åldersklassen. Anställda inom jord- och skogsnäringar (SE5) uppvisar en relativt hög dödlighet bland unga män.

Bland förvärvsarbetande kvinnor var skillnaderna mellan de socioekonomiska grupperna mindre än bland män. Grupperna med de högsta SMR-värdena hade också relativt höga dödlighetstal i flera åldersklasser.

Kvinnliga jordbrukare – eller medhjälpande familjemedlemmar – har mycket låg dödlighet i åldern 30-54 år. SMR-värdet ligger i beräkningen för endast åldersgruppen 30-64 år under 100. I åldersgruppen över 65 år är deras dödlighet den näst högsta bland förvärvsarbetande kvinnor.

Att en del företagargrupper – både bland män och kvinnor – uppvisar relativt hög dödlighet i åldern över 65 år kan tänkas bero på en högre förvärvsintensitet vid lika hälsostandard i högre åldrar.

Bland de icke förvärvsarbetande kvinnorna uppvisar de som sammanbor med anställda i serviceyrken (SE8) högst SMR-värde. Denna grupp hade den relativt högsta dödligheten i alla åldersgrupper från 35-44 år och uppåt. En annan grupp icke förvärvsarbetande kvinnor med hög dödlighet är de som

sammanbor med anställda inom jordbruk.

Anställda företagsledare är den enda socioekonomiska grupp, som uppvisar ett högre SMR-värde för förvärvsarbetande kvinnor än för icke förvärvsarbetande. Detta "förklaras" av en högre dödlighet i åldersintervallet 35-54 år.

Bland barn (0-19 år) är dödligheten högst i familjer där huvudmannen är anställd inom servicenäringar. Detta gäller både pojkar och flickor.

Militärer (SE9) och deras familjemedlemmar har genomgående relativt låga SMR-värden liksom anställda i tekniska, kommersiella och liknande yrken (SE6).

Förändring över tiden

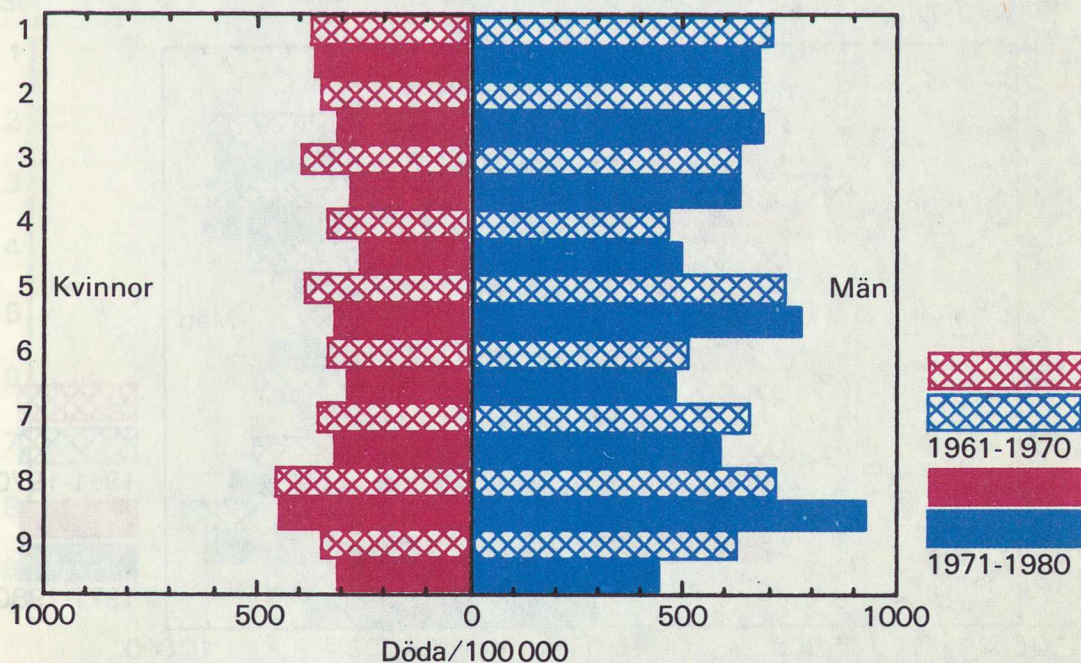
Bland de yngsta har dödligheten i de flesta grupper minskat eller legat still mellan de två undersökningsperioderna. Undantag är pojkar med förälder inom serviceyrke, för vilka dödligheten ökat från 717 till 930 per 100 000 (figur 2.7).

I åldrarna 20-34 år är antalet dödsfall i flertalet grupper relativt få. I åldern 35-44 år har dödligheten ökat med minst 10 procent bland män anställda i jordbruk och inom industri och transport. I dessa yrkeskategorier har stora förändringar också skett så tillvida att folkmängden har minskat kraftigt från 1960 till 1970 (figur 2.8).

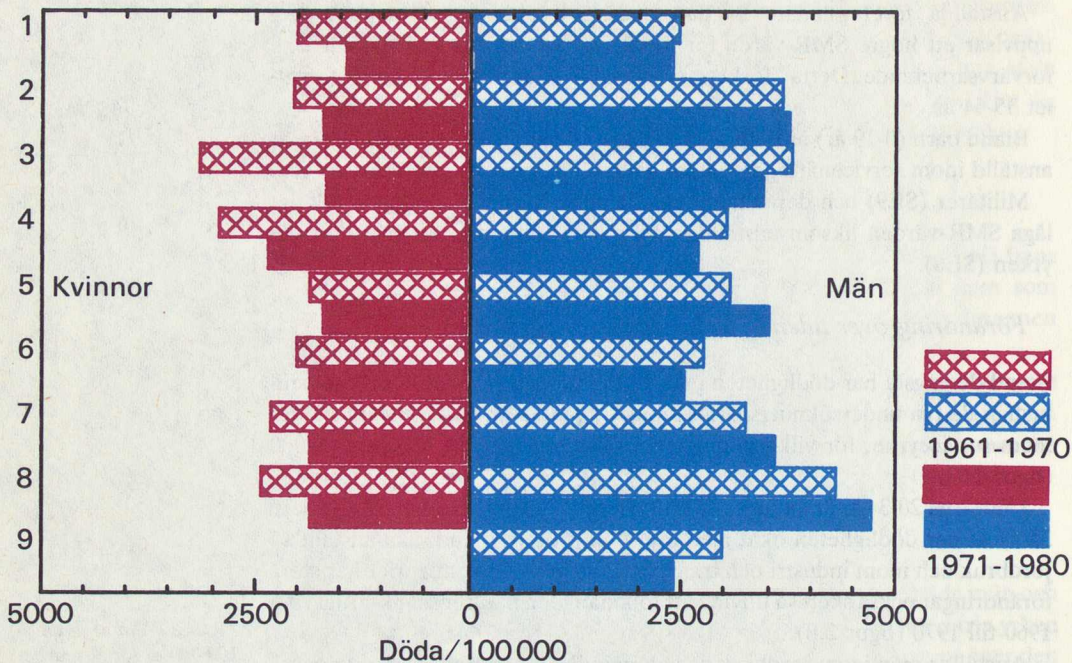
Anställda män inom jordbruk och inom industri och transport visar också en något ökande dödlighet i åldern 45-54 år (figur 2.9). Ej förvärvsarbetande

Figur 2.7 Antal döda/100 000 ej förvärvsarbetande män och kvinnor i åldern 0-19 år efter socioekonomisk grupp 1961-1970 respektive 1971-1980.

Socioekonomisk grupp



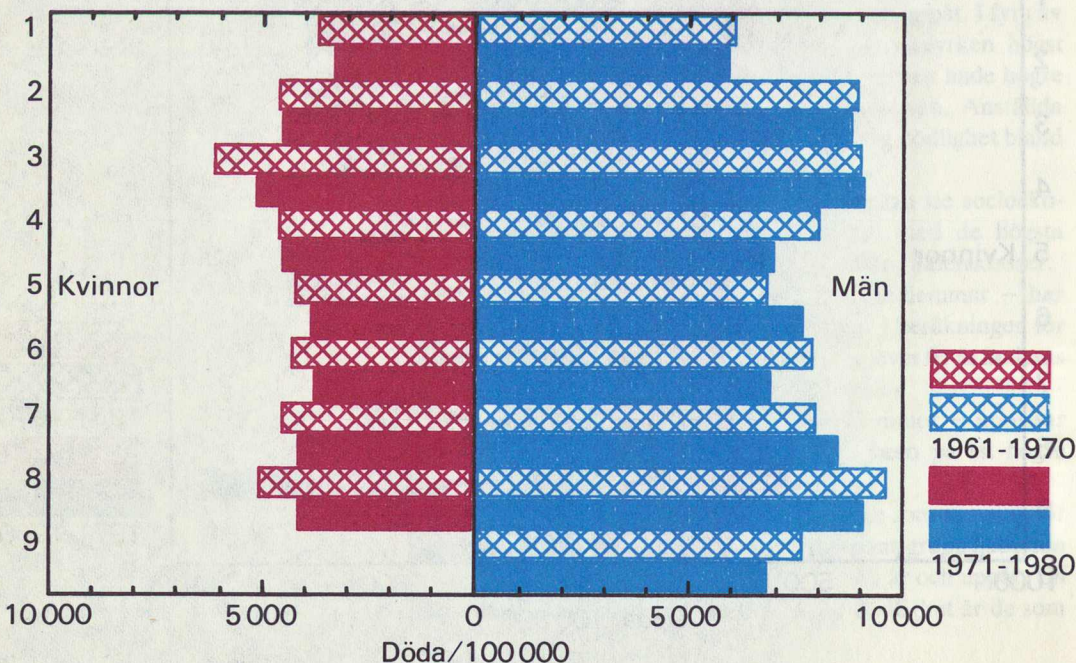
Socioekonomisk grupp



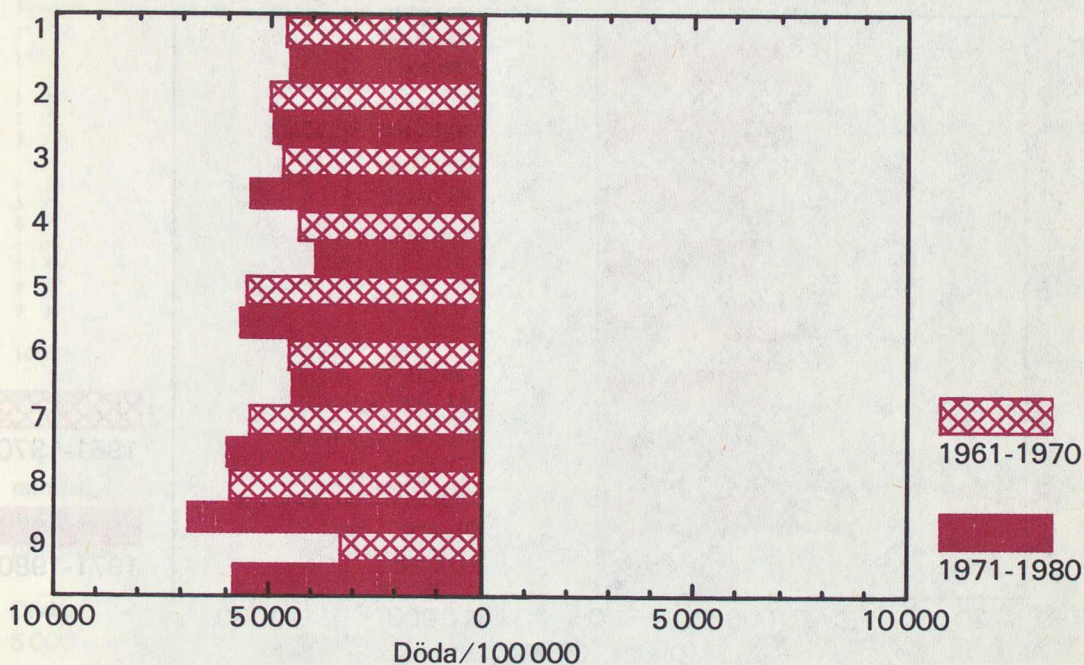
Figur 2.8 Antal döda/100 000 förvärvsarbetande män och kvinnor i åldern 35-44 år efter socioekonomisk grupp 1961-1970 respektive 1971-1980

Figur 2.9 Antal döda/100 000 förvärvsarbetande män och kvinnor i åldern 45-54 år efter socioekonomisk grupp 1960-1970 respektive 1971-1980

Socioekonomisk grupp



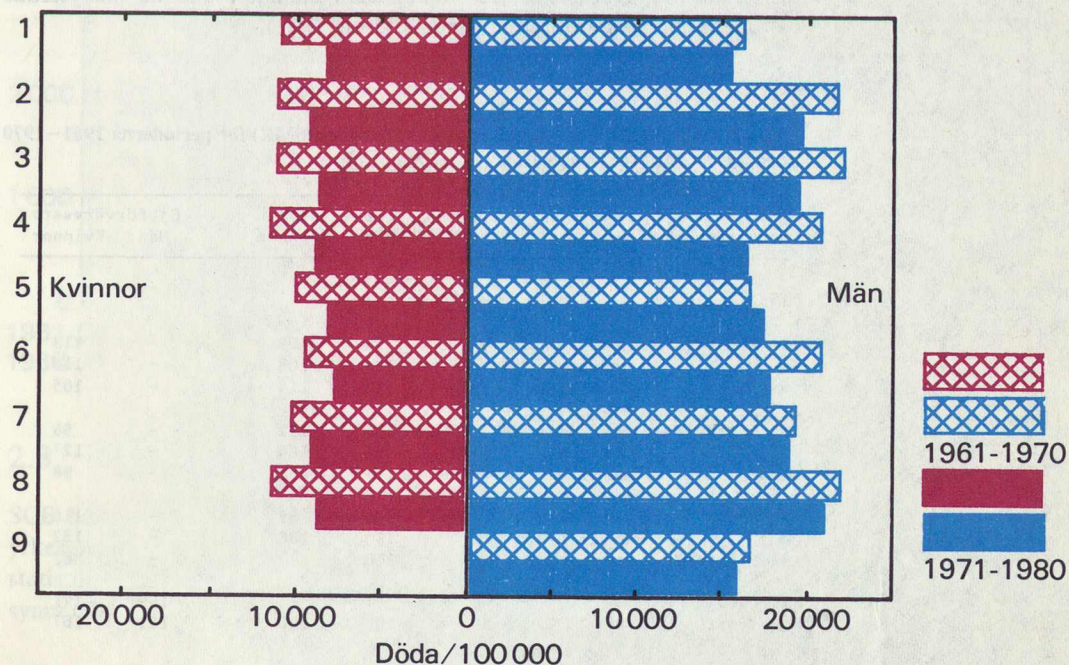
Socioekonomisk grupp



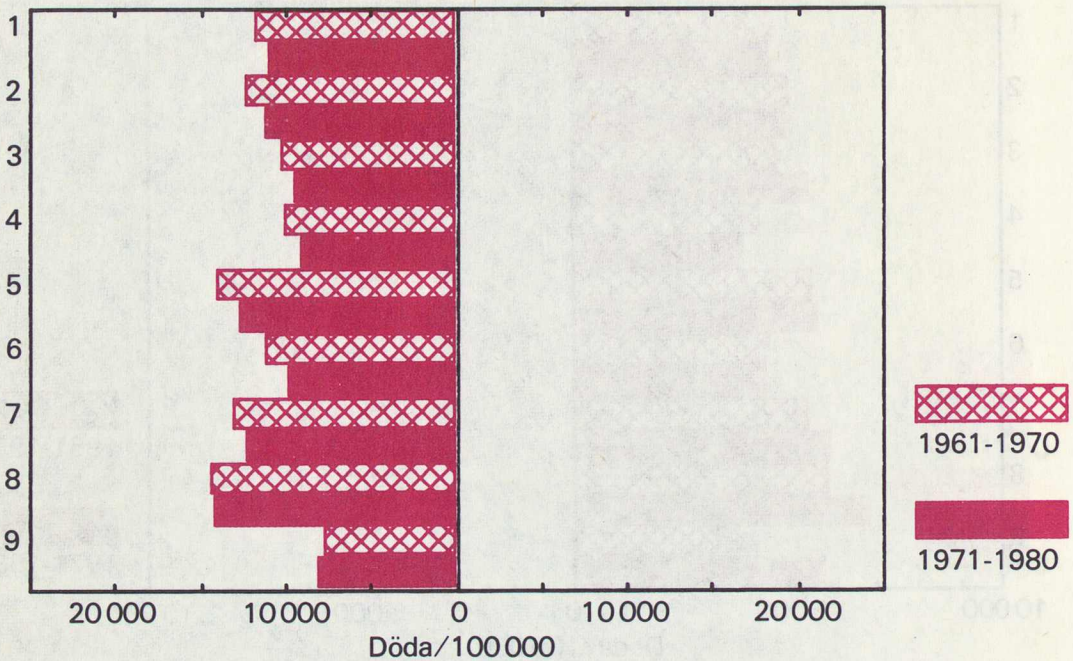
Figur 2.10 Antal döda/100 000 ej förvärvsarbetande kvinnor i åldern 45-54 år efter socioekonomisk grupp 1961-1970 respektive 1971-1980

Figur 2.11 Antal döda/100 000 förvärvsarbetande män och kvinnor i åldern 55-64 år efter socioekonomisk grupp 1961-1970 respektive 1971-1980

Socioekonomisk grupp



Socioekonomisk grupp



Figur 2.12 Antal döda/100 000 ej förvärvsarbetande kvinnor i åldern 55-64 år efter socioekonomisk grupp 1961-1970 respektive 1971-1980

kvinnor, sammanboende med anställda inom industri och transport eller i serviceyrken visar liksom de som sammanbor med militärer också en ökande dödlighet i åldern 45-54 år (figur 2.10).

I åldrarna över 55 år har dödligheten sjunkit i alla de analyserade socioekonomiska grupperna (figur 2.11 och 2.12).

Tabell 2.1 Indirekt åldersstandardiserad dödlighet (SMR) för perioderna 1961-1970 och 1971-1980 för olika socioekonomiska grupper

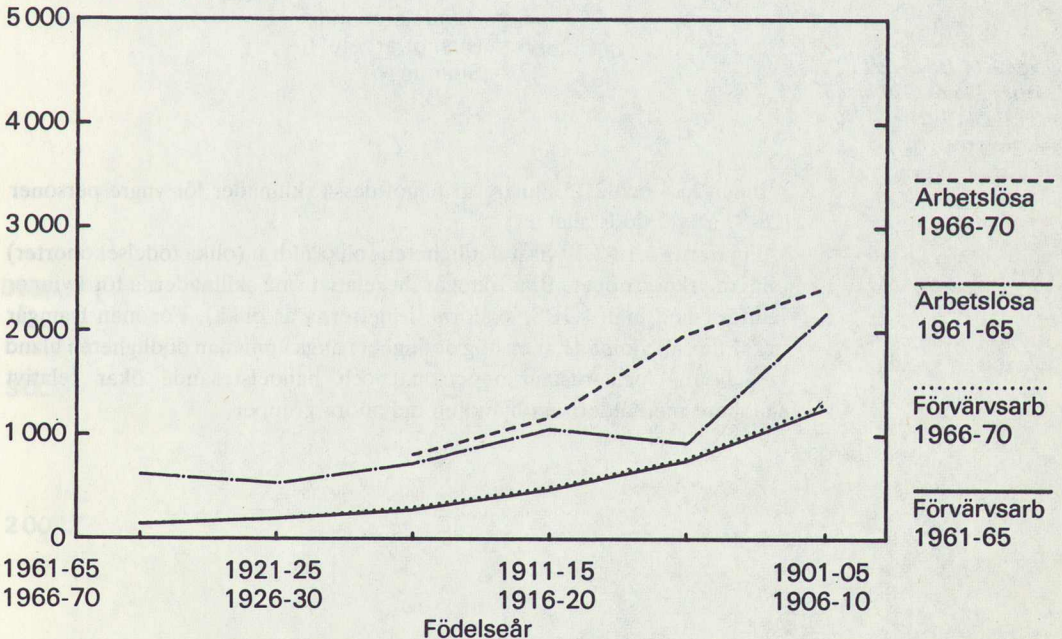
Socioekonomisk grupp	Förvärvsarb		Ej förvärvsarb	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
1961 -- 1970				
1 Företagare, jordbruk m m	92	109	-	113
2 " , industri m m	114	108	-	114
3 " , fria yrken	118	114	-	105
4 Anställda, företagsledare	106	112	-	96
5 " , jordbruk	88	104	-	127
6 " , tekniska m fl yrken	101	92	-	98
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

Socioekonomisk grupp	Förvärvsarb		Ej förvärvsarb	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
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 yrken	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

För perioden 1961 – 1970 finns även möjlighet att studera dödligheten i mindre grupper än de ovan redovisade. I figur 2.13 jämförs arbetslösa män enligt FoB 60 med män som förvärvsarbetade enligt samma källa. Figuren illustrerar de arbetslösas högre dödlighet.

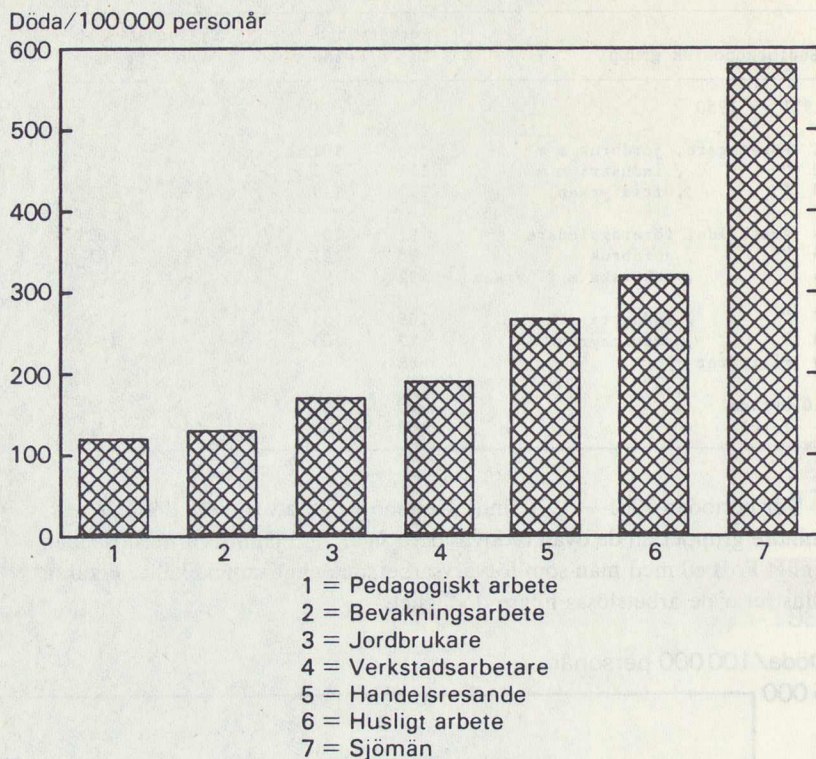
Figur 2.13 Dödstal 1961–1965 och 1966–1970 efter födelseår för arbetslösa respektive för förvärvsarbetande män enligt FoB 1960.

Döda/100 000 personår



2.3 Dödlighet och yrke

SCB har för 1960-talet också presenterat siffror över dödligheten i olika yrkesgrupper. Också bland dem som är förvärvsarbetande visar denna statistik på kraftiga skillnader i dödlighet mellan olika yrkesgrupper. I synnerhet gäller detta för män.

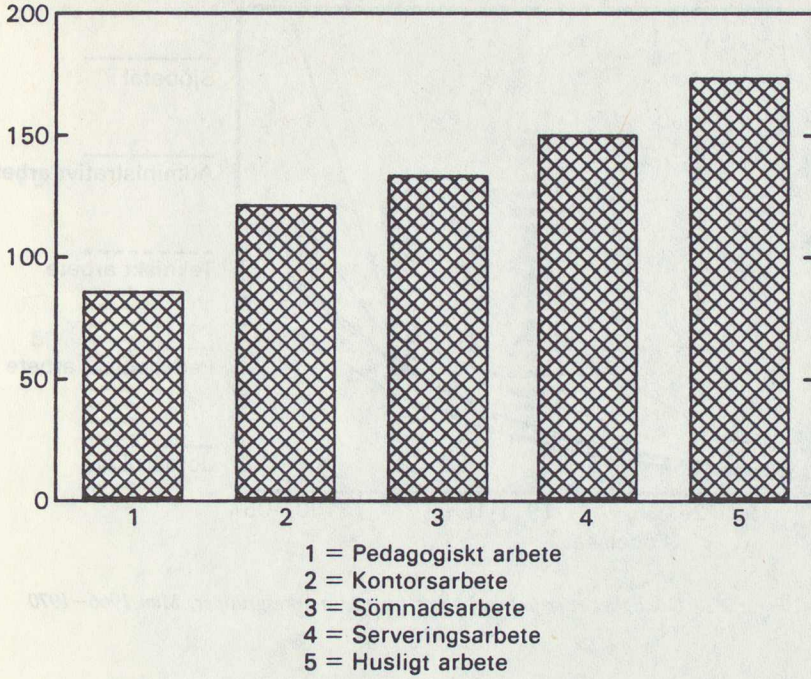


Figur 2.14 Dödlighet i Sverige 1966-1970 bland män födda 1921 - 1940 i några yrkesgrupper

Figur 2.14 och 2.15 illustrerar något dessa skillnader för yngre personer (25-50 år vid dödsfallet).

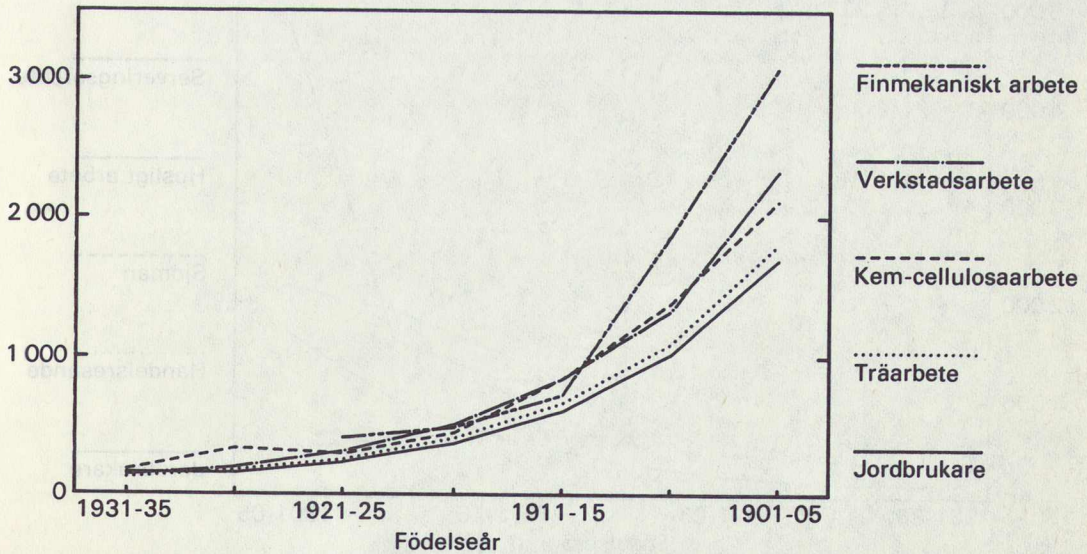
Figurerna 2.16-2.19 visar dödligheten i olika åldrar (olika födelsekohorter) i några yrkesgrupper. Bl a framgår de relativt små skillnaderna för kvinnor jämfört med män (OBS, skalorna i figurerna är olika). För män framgår också t ex att sjömän har en hög dödlighet i unga år medan dödligheten bland t ex hotell- och restaurangpersonal och handelsresande ökar relativt snabbare med åldern än bland en del andra grupper.

Döda/100 000 personår



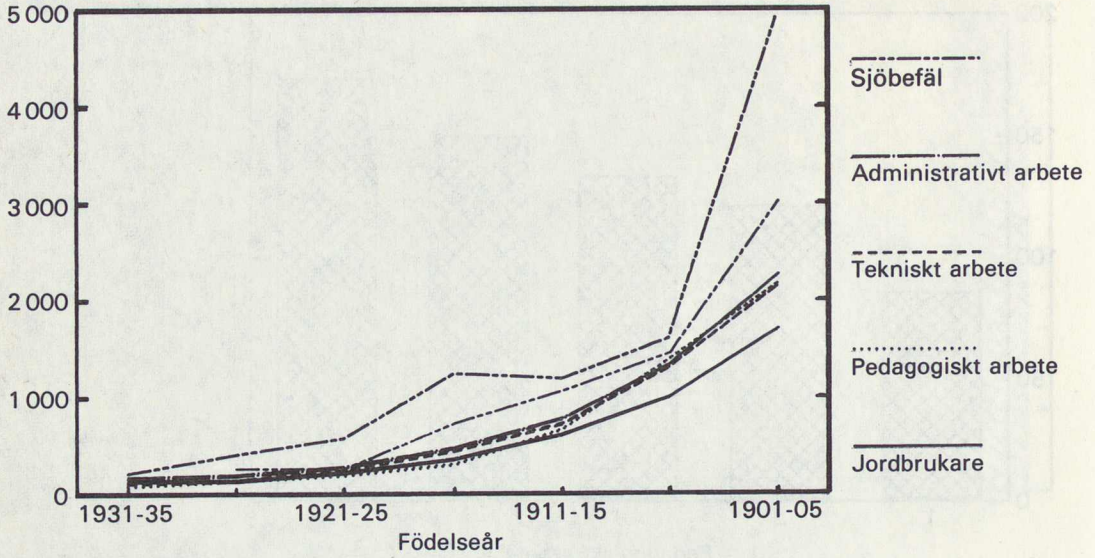
Figur 2.15 Dödlighet i Sverige 1966-1970 bland kvinnor födda 1921-1940 i några yrkesgrupper

Döda/100 000 personår



Figur 2.16 Dödlighet efter födelsekohort för några yrkesgrupper. Män 1966-1970

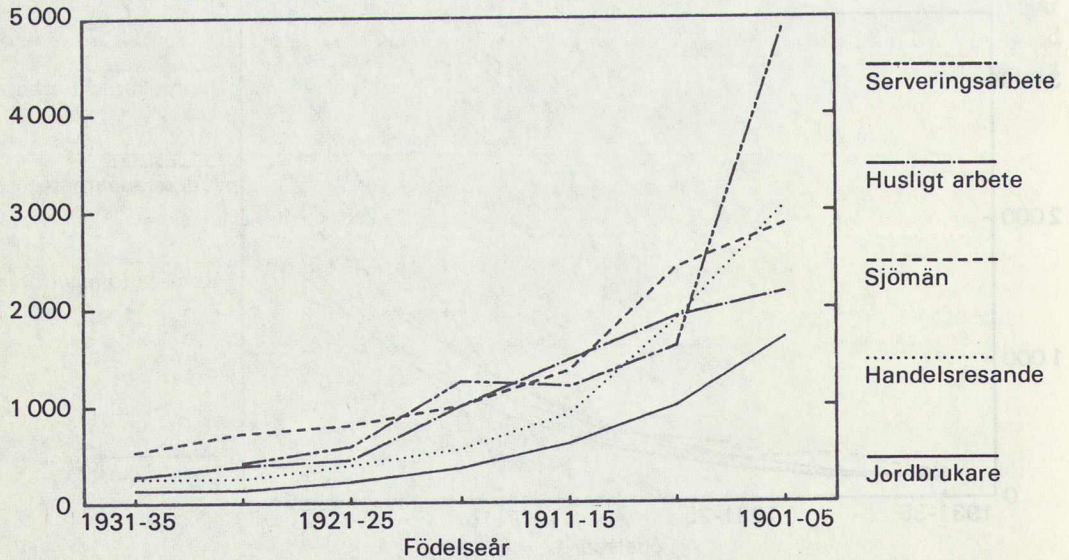
Döda/100 000 personår



Figur 2.17 Dödlighet efter födelsekohort för några yrkesgrupper. Män 1966-1970

Figur 2.18 Dödlighet efter födelsekohort för några yrkesgrupper. Män 1966-1970

Döda/100 000 personår



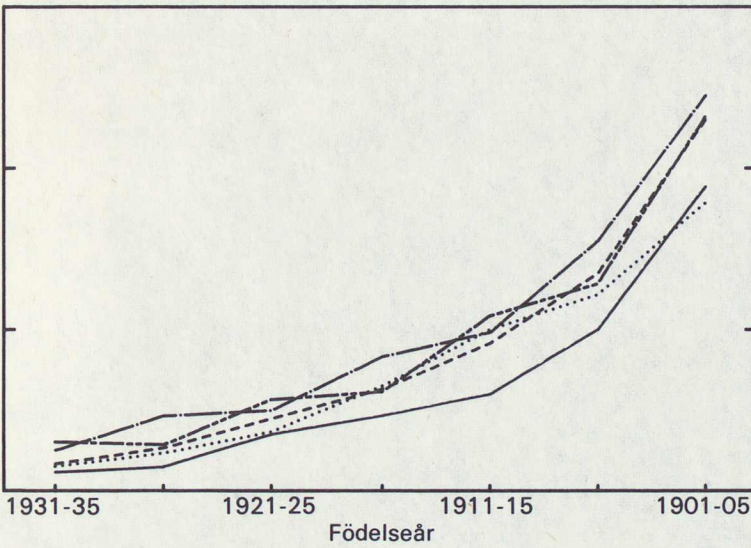
Döda/100 000 personår

1 500

1 000

500

0



Figur 2.19 Dödlighet efter födelsekohort för några yrkesgrupper. Kvinnor 1966-1970

3 Vårdutnyttjande

3.1 Undersökningen om levnadsförhållanden

SCB:s ULF-undersökning innehåller bland annat frågorna

- Har Ni under de senaste 3 månaderna legat på sjukhus eller sjukhem?
- Har Ni under de senaste 3 månaderna besökt (varit hos, haft hembesök av) läkare? (Frågan är uppdelad på olika orsaker till besöket.)
- Har Ni under de senaste 3 månaderna talat med, besökt eller besökts av distriktssköterska?
- Har Ni under de senaste 3 månaderna ansett Er vara i behov av läkarvård men inte sökt vård?
- Har Ni någon bestämd läkare som Ni brukar vända Er till?

Dessa frågor i ULF kan analyseras för olika befolkningsgrupper med hjälp av de allmänna bakgrundsvariabler undersökningen innehåller. Jämförelsen kan också göras mellan grupper så att hänsyn tas till hur intervjupersonerna besvarat frågorna om hälsotillstånd och funktionsförmåga.

HS 90 har låtit göra en bearbetning av 1980/81 års undersökning. Några resultat presenteras i det följande.

3.1.1 Familjeförhållanden

I bearbetningarna har befolkningen indelats i tre grupper efter familjeförhållande

- sammanboende
- ej sammanboende, ogifta
- ej sammanboende, gifta, frånskilda eller änkor/änklingar.

Läkarbesök är vanligast bland dem som ej sammanbor men är eller har varit gifta. I åldersgruppen 16-44 år är andelen med läkarbesök under den senaste tremånadersperioden minst bland de sammanboende. I högre åldrar har de ogifta, ej sammanboende minsta andelen. Mönstret är likartat för män och kvinnor.

Också om man begränsar sig till dem som i ULF också uppgett sig ha någon långvarig sjukdom är relationerna mellan de tre grupperna likartade vad gäller andel som haft läkarbesök. Detsamma gäller för dem som har svåra

Tabell 3.1 Procentuell andel som sökt läkare för egen sjukdom någon gång de senaste 3 månaderna efter kön, ålder, familjeförhållanden och hälsotillstånd.

	16-44 år	45-64 år	65-74 år	75-84 år
MÄN				
Alla				
Sammanboende	26	36	41	50
Ej sammanboende, ogifta	30	33	35	45
Ej sammanboende, övriga	42	47	43	51
Med långvarig sjukdom				
Sammanboende	49	60	55	62
Ej sammanboende, ogifta	57	51	44	59
Ej sammanboende, övriga	75	64	59	61
Med nedsatt arbetsförmåga				
Sammanboende	63	73	65	74
Ej sammanboende, ogifta	78	62	72	73
Ej sammanboende, övriga	68	77	72	71
KVINNOR				
Alla				
Sammanboende	34	43	48	56
Ej sammanboende, ogifta	34	36	45	54
Ej sammanboende, övriga	43	54	49	62
Med långvarig sjukdom				
Sammanboende	61	63	61	64
Ej sammanboende, ogifta	64	55	55	61
Ej sammanboende, övriga	74	72	63	70
Med nedsatt arbetsförmåga				
Sammanboende	81	79	78	73
Ej sammanboende, ogifta	88	69	63	74
Ej sammanboende, övriga	81	82	80	76

eller mycket svåra besvär av sin sjukdom. För gruppen med långvarig sjukdom och nedsatt arbetsförmåga är skillnaderna mellan sammanboende/civilståndsgруппerna något utsuddad.

Omkring 7 procent av de intervjuade i ULF uppgav 1980/81 att de hade haft behov av läkarvård men ej sökt. Andelen är relativt konstant över åldrarna med en viss tendens till sjunkande andel efter 65 års ålder. Vanligast förekommer dessa svar bland yngre män, som är ej sammanboende, gifta, skilda eller änklingar.

Bland dem som har långvariga sjukdomar har en större andel (11 procent) upplevt sig ha behov av läkarvård utan att söka än bland samtliga intervjuade. Skillnaderna är störst i yngre åldrar – under 65 år. Motsvarande andel är ytterligare något större bland dem som också uppgett sig ha nedsatt arbetsförmåga (15 procent) och bland dem som har svåra eller mycket svåra besvär av sjukdomen (18 procent).

Medan 37 procent av de intervjuade i ULF har besökt läkare har endast 7

Tabell 3.2 Procentuell andel som upplevt sig ha behov av läkarvård de 3 senaste månaderna men ej sökt, efter kön, ålder, familjeförhållande och hälsotillstånd

	16-44 år	45-64 år	65-74 år	75-84 år
MÄN				
Alla				
Sammanboende	8	8	4	4
Ej sammanboende, ogifta	5	9	7	4
Ej sammanboende, övriga	12	12	6	7
Med nedsatt arbetsförmåga				
Sammanboende	19	14	12	8
Ej sammanboende, ogifta	11	10	8	8
Ej sammanboende, övriga	25	20	10	16
Med besvär				
Sammanboende	19	20	10	9
Ej sammanboende, ogifta	18	21	19	7
Ej sammanboende, övriga	36	29	9	17
KVINNOR				
Alla				
Sammanboende	6	9	6	7
Ej sammanboende, ogifta	8	8	6	5
Ej sammanboende, övriga	10	7	8	6
Med nedsatt arbetsförmåga				
Sammanboende	21	19	12	19
Ej sammanboende, ogifta	23	10	13	4
Ej sammanboende, övriga	25	15	13	10
Med besvär				
Sammanboende	19	22	13	15
Ej sammanboende, ogifta	27	21	16	9
Ej sammanboende, övriga	30	17	14	12

Tabell 3.3 Procentuell andel som legat på sjukhus minst en gång under de senaste 3 månaderna efter kön och ålder

	16-44 år	45-64 år	65-74 år	75-84 år
Alla				
Män	2	5	6	12
Kvinnor	4	4	6	12
Med långvarig sjukdom				
Män	5	9	9	14
Kvinnor	7	6	8	13
Med nedsatt arbetsförmåga				
Män	12	18	17	26
Kvinnor	17	13	18	23
Med besvär				
Män	8	13	11	15
Kvinnor	8	7	9	12
Med rörelsehinder				
Män	20	18	16	21
Kvinnor	14	12	14	18

procent besökt distriktssköterska under en tremånadersperiod. Det finns bland män en tendens att distriktssköterskebesök är vanligare bland dem som tidigare varit sammanboende än bland dem som är sammanboende. Mönstret är dock inte lika entydigt som för läkarbesök.

5 procent av kvinnorna och 4 procent av männen har legat på sjukhus någon gång under en tremånadersperiod. Ökningen efter ålder är kraftig.

Bland dem som uppgett sig ha långvariga sjukdomar är andelen, som legat på sjukhus, något lägre hos sammanboende än hos ej sammanboende. Det gäller för sju av de åtta undersökta köns- och åldersgrupperna. Bland dem som uppgett sig ha nedsatt arbetsförmåga eller svåra/mycket svåra besvär p g a sjukdom är mönstret inte lika klart.

Tabell 3.4 Procentuell andel som legat på sjukhus minst en gång de senaste 3 månaderna efter ålder, kön, familjeförhållanden och hälsotillstånd

	16-44 år	45-64 år	65-74 år	75-84 år
MÄN				
Med långvariga sjukdomar				
Sammanboende	4	6	7	12
Ej sammanboende, ogifta	5	13	18	11
Ej sammanboende, övriga	8	20	10	19
Med nedsatt arbetsförmåga				
Sammanboende	17	14	12	21
Ej sammanboende, ogifta	9	24	37	18
Ej sammanboende, övriga	6	29	19	36
Med besvär				
Sammanboende	8	10	10	13
Ej sammanboende, ogifta	8	11	18	11
Ej sammanboende, övriga	4	26	12	20
KVINNOR				
Med långvarig sjukdom				
Sammanboende	6	5	8	9
Ej sammanboende, ogifta	7	10	8	11
Ej sammanboende, övriga	11	8	8	15
Med nedsatt arbetsförmåga				
Sammanboende	14	10	19	14
Ej sammanboende, ogifta	22	18	14	17
Ej sammanboende, övriga	27	18	19	28
Med besvär				
Sammanboende	8	6	10	10
Ej sammanboende, ogifta	8	8	0	6
Ej sammanboende, övriga	9	11	8	14

3.1.2 Sysselsättning och yrke

Materialet från ULF 1980/81 har också bearbetats för följande befolkningsgrupper indelade efter sysselsättning

förvärvsarbetande	ej förvärvsarbetande
därav anställda	därav studerande
arbetare	hemmarbetande
ej yrkesutbildade	ålderspensionärer
yrkesutbildade	förtidspensionärer
tjänstemän	arbetslösa
lägre	
på mellannivå	
högre	
företagare	
jordbrukare	
övriga	

Jordbrukare och andra företagare i åldern 16-64 år har i allmänhet en mindre andel med läkarbesök än genomsnittet av befolkningen. Detsamma gäller också yngre studerande. Högre andel än genomsnittet har i första hand förtidspensionärer. Förhållandena är i stort sett desamma för grupperna långvarigt sjuka som för totalbefolkningen (d v s då man inte tar hänsyn till hälsotillstånd).

Tabell 3.5 Procentuell andel med läkarbesök under en tremånadersperiod efter kön, ålder, sysselsättning och hälsotillstånd

	Män		Kvinnor	
	16-44	45-64	16-44	45-64
Oavsett hälsotillstånd				
Totalt	28	37	35	45
Förvärvsarbetande	29	34	35	42
Anställda	29	34	35	42
Arbetare	32	35	36	42
Tjänstemän	26	33	34	43
Jordbrukare	22	34	32	40
Övriga företagare	25	30	18	34
Studerande	20	70	32	57
Hemmarbetande	26	55	35	40
Förtidspensionärer	68	64	88	74
Arbetslösa	37	33	38	56
Långvarigt sjuka				
Totalt	53	59	63	64
Förvärvsarbetande	54	59	62	62
Anställda	55	59	63	64
Arbetare	54	59	65	61
Tjänstemän	55	59	61	68
Jordbrukare	46	62	41	54
Övriga företagare	44	54	40	50

	Män		Kvinnor	
	16-44	45-64	16-44	45-64
Studera	42	100	59	75
Hemarbetande	33	55	65	60
Förtidspensionärer	68	65	100	74
Arbetslösa	57	34	72	75
Nedsatt arbetsförmåga				
Totalt	69	72	83	79
Förvärvsarbetande	70	81	80	84
Anställda	71	82	82	86
Arbetare	71	82	84	85
Tjänstemän	71	81	76	88
Jordbrukare	69	74	69	58
Övriga företagare	37	86	52	100
Studera	53	-	82	-
Hemarbetande	-	-	85	78
Förtidspensionärer	77	65	100	77
Arbetslösa	-	-	-	-

Förtidspensionärer har också fler distriktssköterskebesök än förvärvsarbetande. Bland de senare finns en tendens att företagare har färre sådana besök än anställda.

Beträffande andelen med minst ett vårdtillfälle i sluten vård under en tremånadersperiod finns även vissa tendenser till skillnader mellan olika grupper anställda. Det är i första hand högre tjänstemän som därvidlag skiljer sig från övriga och visar ett mönster som mer liknar företagarnas. Förtidspensionärer har också ett högre slutenvårdsutnyttjande än förvärvsarbetande.

Tabell 3.6 Procentuell andel som legat på sjukhus under en tremånadersperiod efter kön, ålder, sysselsättning och hälsotillstånd

	Män		Kvinnor	
	16-44	45-64	16-44	45-64
Alla				
Totalt	2	5	4	4
Arbetare	3	4	4	3
Lägre tjänstemän	2	4	5	4
Högre tjänstemän	1	3	3	2
Jordbrukare	1	2	4	1
Övriga företagare	0	5	2	1
Förtidspensionärer	4	21	23	13
Med långvarig sjukdom				
Totalt	5	9	7	6
Arbetare	6	7	5	4
Lägre tjänstemän	8	7	5	7
Högre tjänstemän	1	6	5	3
Jordbrukare	2	5	4	3
Övriga företagare	0	6	7	3
Förtidspensionärer	4	21	25	13

3.2 Levnadsnivåundersökningen

Som nämndes i kapitel 1 innehåller SOFI:s levnadsnivåundersökning direkta frågor om ett antal sjukdomar och besvär. I LNU frågas också efter vårdkonsumtion. Tidsperioden gäller i denna undersökning senaste 12-månadersperioden, medan ULF utnyttjar senaste 3-månadersperioden. Frågorna är även något annorlunda utformade i LNU än i ULF. Såväl slutenvårdskonsumtion som läkar- och sjuksköterskebesök fångas dock upp.

SOFI har för HS 90:s räkning gjort en bearbetning, där vårdkonsumtion mätt i andel med läkarbesök, sjuksköterskebesök eller slutenvårdstillfälle har jämförts över tiden och mellan de tre socialgrupperna. Vid bearbetningen har hänsyn tagits till hur intervjupersonen besvarat frågor om sjukdomar och besvär på följande sätt

- ett lätt besvär har getts vikten 1
- ett svårt besvär har getts vikten 2
- för varje intervjuad har antalet besvär med sin vikt adderats
- intervjupersonerna har indelats i fyra grupper efter total viktpoäng
 - symtomgrupp 1 = 0-1 poäng
 - symtomgrupp 2 = 2-4 poäng
 - symtomgrupp 3 = 5-8 poäng
 - symtomgrupp 4 = minst 9 poäng

Med den använda skalan ökar utnyttjandet av var och en av de tre typerna av vårdutnyttjande med ökat gruppnummer för varje mättilfälle och varje socialgrupp. Andelen intervjuade i de olika grupperna 1981 var

- symtomgrupp 1 : 15 procent
- symtomgrupp 2 : 33 procent
- symtomgrupp 3 : 26 procent
- symtomgrupp 4 : 36 procent

3.2.1 Läkarbesök

1981 hade enligt LNU 60 procent av befolkningen i åldern 15-75 år gjort något läkarbesök under den senaste 12-månadersperioden.

Tabell 3.7 Procentuell andel med läkarbesök i olika socialgrupper 1968 – 1981

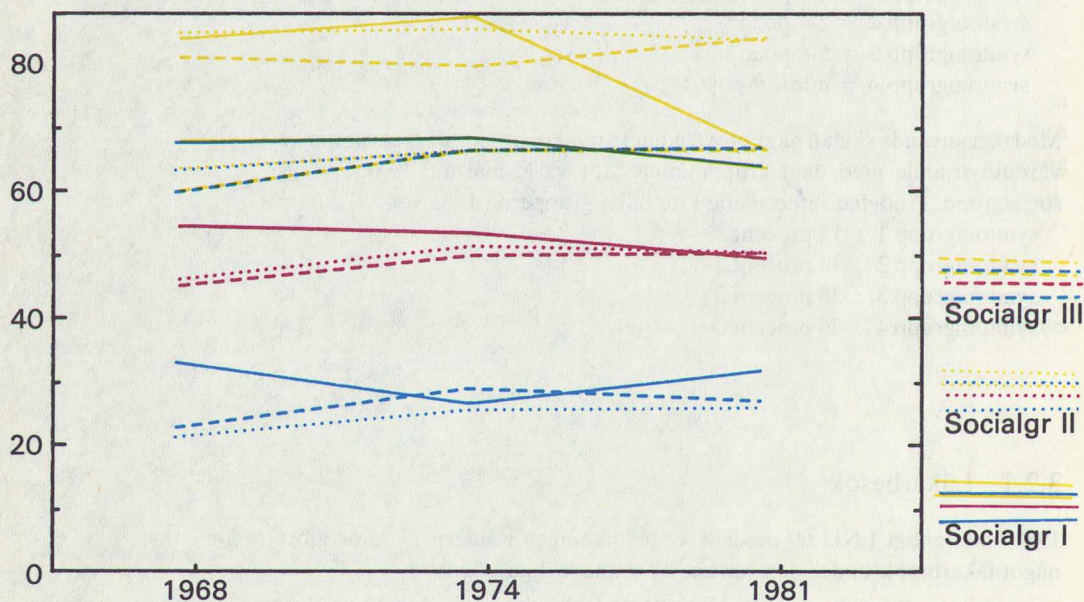
	1968	1974	1981
Socialgrupp I	58	57	53
Socialgrupp II	54	60	59
Socialgrupp III	55	62	61
Totalt	55	60	60

Mellan 1968 och 1974 skedde som framgår av tabell 3.7 en ökning av andelen med besök. Denna ökning hänförde sig till socialgrupperna II och III. Den enda markanta förändringen mellan 1974 och 1981 om man ser till socialgrupperna som helhet är en minskning för socialgrupp I. Andelen med läkarbesök är numera klart större i socialgrupperna II och III än i socialgrupp I. 1968 var förhållandet det omvända.

Analysen av de fyra symtomgrupperna visar att 1968 var andelen med läkarbesök högst i socialgrupp I i tre av de fyra grupperna. Socialgrupp II låg högst i den fjärde – gruppen med flest symtom. Samtidigt hade socialgrupp III lägsta andelen med besök i tre av symtomgrupperna. 1981 kan man säga att situationen var i stort sett omvänd. Socialgrupp I hade fortfarande störst andel med läkarbesök bland dem som rapporterade högst ett lätt besvär. I övriga tre symtomgrupper hade socialgrupp I den lägsta andelen. Skillnaderna mellan socialgrupp II och III var mycket små.

Statistiskt signifikanta (95 procent-nivån) ökningarna i andel med läkarbesök mellan 1968 och 1981 noteras för symtomgrupperna 2, 3 och 4 i socialgrupp III. För socialgrupp I, symtomgrupp 4 är minskningen på motsvarande sätt signifikant.

Procent



Figur 3.1 Procentuell andel med läkarbesök i olika socialgrupper och symtomgrupper enligt LNU

GUL = symtomgrupp 4
 GRÖN = symtomgrupp 3
 RÖD = symtomgrupp 2
 BLÅ = symtomgrupp 1

3.2.2 Sjuksköterskebesök

1981 hade 21 procent av befolkningen minst ett besök hos distriktsköterska, skolsköterska eller liknande, således betydligt färre än de som hade

Tabell 3.8 Procentuell andel med sjuksköterskebesök i olika socialgrupper 1968 – 1981

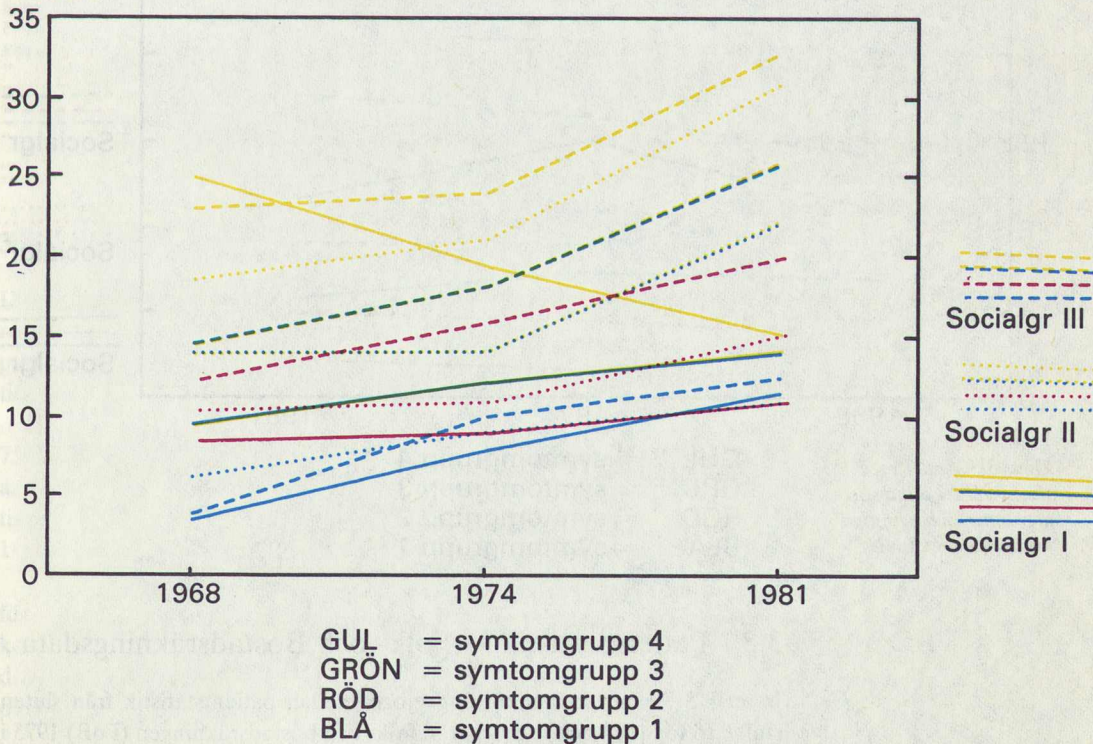
	1968	1974	1981
Socialgrupp I	9	10	12
Socialgrupp II	12	14	20
Socialgrupp III	14	18	24
Totalt	13	16	21

läkarbesök. En klar ökning av denna typ av besök har dock skett under 1970-talet. Ökningen har varit störst för socialgrupp III och minst för socialgrupp I.

Inom de fyra symtomgrupperna har stora förändringar skett under perioden 1968 – 1981. Andelen med sjuksköterskebesök har ökat i alla grupper (signifikant på 95-procentnivån för 9 av de 12 grupperna) utom symtomgrupp 4 för socialgrupp I. Socialgrupp I hade 1968 störst andel med sjuksköterskebesök inom symtomgrupp 4. 1981 hade socialgrupp I en klart lägre andel än de båda andra socialgrupperna bland personer som rapporterat många besvär. Minst är skillnaden mellan socialgrupperna bland dem som rapporterat högst ett lätt besvär.

Figur 3.2 Andel med sjuksköterskebesök i olika socialgrupper och symtomgrupper enligt LNU

Procent



3.2.3 Sluten vård

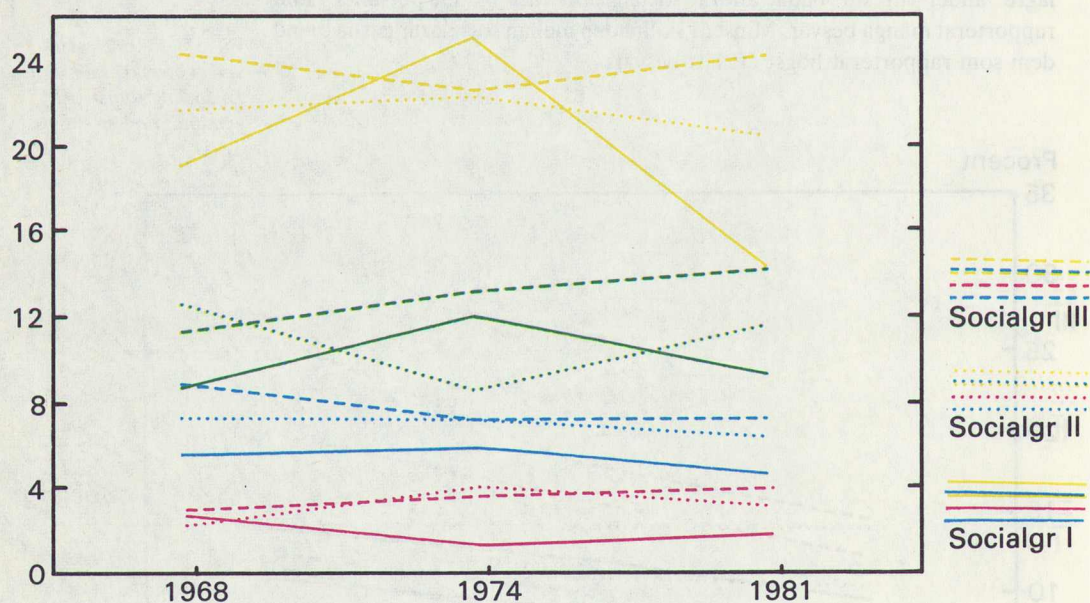
Utnyttjandet av sluten vård är det av de tre studerade måtten, som visar den minsta skillnaden mellan 1968 och 1981.

Tabell 3.9 Procentuell andel med minst ett slutenvårdstillfälle senaste 12-månadersperioden efter socialgrupp enligt LNU 1968 – 1981

	1968	1974	1981
Socialgrupp I	8	9	7
Socialgrupp II	11	11	11
Socialgrupp III	13	13	14
Totalt	12	12	12

1981 ökade andelen som legat på sjukhus klart från socialgrupp I till II och från II till III i var och en av de fyra symtomgrupperna. Lika entydiga skillnader förelåg varken 1974 eller 1968.

Procent



Figur 3.3 Andel med sluten vård i olika socialgrupper och symtomgrupper enligt LNU

GUL = symtomgrupp 4
 GRÖN = symtomgrupp 3
 RÖD = symtomgrupp 2
 BLÅ = symtomgrupp 1

3.3 Patientstatistik – Folk- och Bostadsräkningsdata

Inom HS 90 har en samkörning gjorts mellan patientstatistik från sluten sjukvård för 1976 och register från folk- och bostadsräkningen (FoB) 1975 i

avsikt att göra jämförelser mellan olika befolkningsgruppers vårdutnyttjande.

3.3.1 Undersökningspopulation

Undersökningspopulationen utgjordes av befolkningen i slutet av oktober 1975 i Stockholms, Uppsala, Kopparbergs, Gävleborgs och Jämtlands län enligt FoB 1975.

Folkmängden uppgick till 2,4 miljoner, d v s omkring 30 procent av Sveriges befolkning. I tabell 3.10 görs vissa jämförelser mellan befolkningen i riket och i undersökningsområdet.

Som synes är t ex andelarna kvinnor, tätortsboende, fränskilda, utrikes födda, förvärvsarbete och offentligt anställda större i undersökningsområdet än i riket. En förklaring till detta är att befolkningen i Stockholms län utgör en stor andel av undersökningspopulationen.

Tabell 3.10 Några procentandelar i riket och i undersökningsområdet 1975

	Riket	Undersökningsområdet
Män	49,7	49,1
-15 år	21,8	20,1
65-w år	15,4	14,6
Tätortsboende	82,7	88,9
Utrikes födda	3,2	8,4
Sammanboende	49,8	47,9
Fränskilda	4,3	5,6
Förvärvsarbete (16-w år) totalt	55,2	57,0
" inom jordbruk	3,5	2,2
" inom tillverkning	15,8	13,8
" inom offentlig förvaltning	15,7	18,6

3.3.2 Patientstatistiken

Det patientstatistikmaterial som utnyttjats är det som lämnats till socialstyrelsen från sjukvårdens huvudmän. Dels har använts den obligatoriska patientstatistiken över slutna psykiatrisk vård, dels den frivilliga patientstatistiken från slutna somatisk vård. All förlossningsvård har exkluderats.

Den sjukvårdskonsumtion som studerats är den för året närmast efter FoB 75. Statistiken baseras på utskrivningar. De vårdtillfällen som ingår i studien är därför de som avslutats under 1976. (För en beskrivning av patientstatistiken se t ex Socialstyrelsen redovisar. Patientstatistik 1. Stockholm 1969.)

Före samkörningen gjordes vissa kvalitetskontroller av patientstatistiken för 1976. Bl a testades andel vårdtillfällen med fullständiga och formellt korrekta personnummer per sjukvårdsområde (= hemort). Resultatet av denna test blev styrande för urvalet. Av tabell 3.11 framgår att kvaliteten i personnummeruppgiften detta år var betydligt bättre i undersökningsområdet än i övriga sjukvårdsområden med patientstatistik tillsammans tagna.

Tabell 3.11 Samkörning av patientstatistik 1976 med FoB 75. Totalt antal vårdtillfällen i patientstatistiken samt antal med ofullständigt personnummer

Hem- orts- län	Vårdtillfällen			därav med ofullständigt personnummer (%)		
	somatisk	psykiatri	totalt	somatisk	psykiatri	totalt
Stockholm	211 817	22 034	233 851	1,4	0,5	1,3
Uppsala	35 025	4 489	39 514	0,5	0,3	0,5
Kopparberg	41 025	3 597	44 616	1,5	0,2	1,4
Gävleborg	45 214	3 614	48 828	0,3	0,2	0,3
Jämtland	20 661	2 246	22 907	1,3	0,3	1,2
Hela området	353 736	35 980	389 716	1,2	0,4	1,1
Övriga	377 876	90 801	468 677	15,2	9,0	14,0
Totalt	731 612	126 781	858 393	8,4	6,6	8,2

Ytterligare en handfull sjukvårdsområden hade i stort sett motsvarande kvalitet i personnummeruppgiften för den statistik de själva lämnade, som länen i undersökningsområdet hade. För några gällde dock att regionsjukvården var dåligt täckt. I något annat fall skulle urvalets karaktär av storstadsområde ha förstärkts om det hade tillåtits ingå.

Jämförelser med den administrativa statistiken visade att uppgifter saknades från ett fåtal mindre sjukhus. Inga större differenser mellan antalet inskrivningar i den administrativa statistiken och antalet utskrivningar i patientstatistiken förelåg.

För övrigt visade testerna t ex att andelen formella fel i huvuddiagnosen varierade mellan 0,02 promille och 7 promille för de fem länen. Omkring 1 procent av vårdtillfällena saknade uppgifter om in- eller utskrivningsdatum. Dessa uteslöts före samkörningen.

Med den teknik som tillämpades för samkörningen kan ingen direkt beräkning av antalet träffar mellan de två materialen göras. Befolkningen i de fem länen enligt FoB 75 har nämligen samkörts med all den patientstatistik socialstyrelsen fick in för 1976, d v s för psykiatrin från hela landet och för kroppssjukvården för 17 sjukvårdsområden. Den jämförelse som kan göras är följande: Enligt patientstatistiken (före samkörningen) hade de fem länen befolkning (under 1976) haft 385 443 vårdtillfällen. Efter samkörning hade länen befolkning (enligt FoB 75) haft 382 783 vårdtillfällen. Eftersom det under ett drygt år sker en hel del födselar, dödsfall samt in- och

Tabell 3.12 Vissa förändringar inom undersökningsområdet under 1976

Län	Födda	Döda	Nettoinflyttning
Stockholms län	18 695	7 815	3 399
Uppsala län	3 137	1 215	2 196
Kopparbergs län	3 207	1 944	2 516
Gävleborgs län	3 091	2 117	849
Jämtlands län	1 431	959	567

utflyttningar i undersökningsområdet förändras befolkningen en del under undersökningsperioden. Som framgår av tabell 3.12 har folkmängden i undersökningsområdet ökat under 1976. Antalet vårdtillfällen bör därför vara fler, då hemorten bestäms med hjälp av uppgiften i patientstatistiken än då den bestäms med hjälp av FoB 75.

3.3.3 Vårdutnyttjande och sammanboendeförhållanden

I tabell 3.13 har folkmängden i undersökningsområdet fördelats på sammanboende och ej sammanboende för personer i förvärsarbetande åldrar respektive för dem över pensionsåldern.

Tabell 3.13 Folkmängd i undersökningsområdet efter kön, ålder och sammanboendeförhållande 1975

	Sammanboende	Ej sammanboende
Män		
16-64 år	481 429	298 677
65-w år	100 558	47 962
Kvinnor		
16-64 år	507 381	270 810
65-w år	75 117	132 384

Vid jämförelser mellan sammanboende och ej sammanboende bör hänsyn tas till förhållandet att ålderssammansättningarna varierar mellan grupperna, eftersom vårdutnyttjandet generellt stiger med ålder. Beräkningar har därför gjorts med hjälp av en indirekt åldersstandardisering. Vid åldersstandardiseringen har hela tiden 5-årsklasser använts. Vårdutnyttjandet för varje delgrupp har jämförts med, i detta fall, hela befolkningen i samma åldersgrupp. Separata beräkningar har gjorts per kön och för var och en av åldersgrupperna 16-64 år och 65-w år. Resultaten presenteras i tabell 3.14 som ett index. Index för totalbefolkningen i var och en av de fyra grupperna har satts till 100.

Tabell 3.14 Åldersstandardiserat vårdutnyttjande efter kön, åldersgrupp och samboendeförhållanden, index

	Sammanboende	Ej sammanboende	Alla
Vårdtillfällen			
Män 16-64 år	80	142	100
65-w år	96	107	100
Kvinnor 16-64 år	93	113	100
65-w år	97	101	100
Vårdtider			
Män 16-64 år	50	216	100
Kvinnor 16-64 år	67	170	100

Av tabell 3.14 framgår att sammanboende har ett klart lägre vårdutnyttjande än ej sammanboende sedan hänsyn tagits till åldersfördelningen. Skillnaden är klarast för män i åldern 16-64 år och minst för kvinnor i åldern 65 år och äldre. Tabellen visar också för de yngre att, om man även tar hänsyn till vårdens längd, skillnaderna mellan grupperna blir än starkare.

3.3.4 Vårdutnyttjande och civilstånd

Också mellan olika civilstånd blir skillnaderna i vårdutnyttjande snabbt uppenbara. Antalet vårdtillfällen för män i åldern 16-64 år i undersökningsområdet 1976 var t ex för frånskilda 280 per 1 000 och motsvarande siffra för

Tabell 3.15 Folkmängd efter kön, åldersgrupp och civilstånd i undersökningsområdet 1975

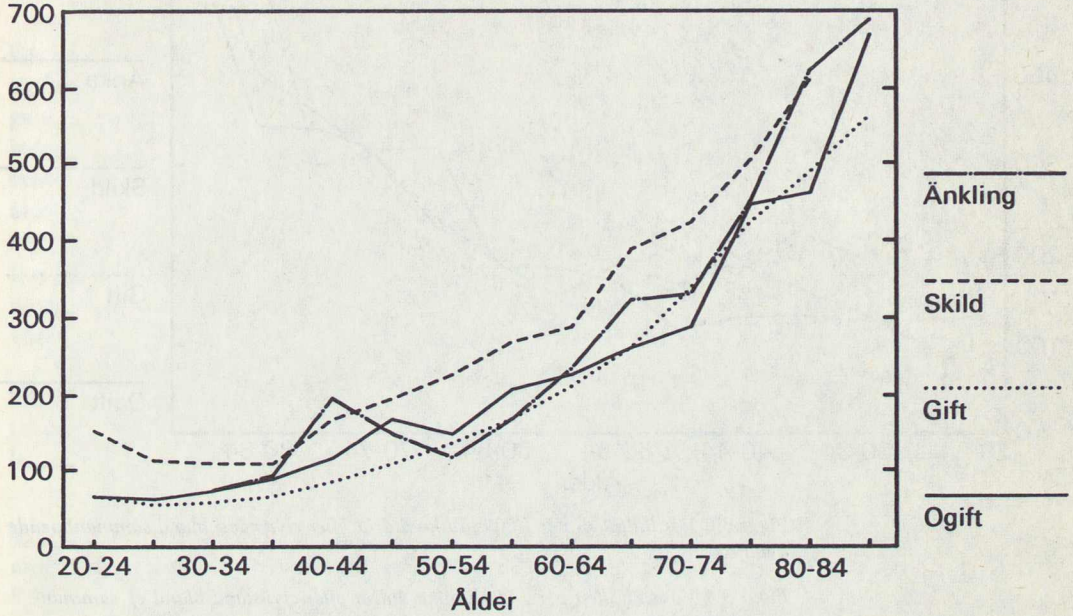
	Män		Kvinnor	
	16-64	65-w	16-64	65-w
Ej sammanboende				
Ogifta	235 102	15 386	172 206	33 145
Gifta	17 052	1 925	18 311	1 761
Skilda	39 559	6 932	51 859	13 089
Änkor/änklingar	6 964	23 719	28 434	84 389
Sammanboende				
Ogifta	61 363	1 270	60 503	1 030
Gifta	407 195	97 675	432 554	72 313
Skilda	11 874	771	11 826	559
Änkor/änklingar	997	842	2 498	1 215

Tabell 3.16 Åldersstandardiserat vårdutnyttjande mätt i vårdtillfällen efter kön, åldersgrupp, sammanboende och civilstånd, index

	Män		Kvinnor	
	16-64	65-w	16-64	65-w
Ej sammanboende				
Ogifta	123	91	100	92
Gifta	152	118	132	104
Skilda	213	137	146	112
Änkor/änklingar	134	108	112	104
Sammanboende				
Ogifta	82	92	97	119
Gifta	78	96	91	96
Skilda	127	131	144	109
Änkor/änklingar	94	110	110	107
Alla	100	100	100	100

gifta var 116 per 1 000. I detta avsnitt kommer skillnaderna mellan civilstånd att redovisas så att även hänsyn tas till det faktiska sammanboendet som det redovisas i FoB 75.

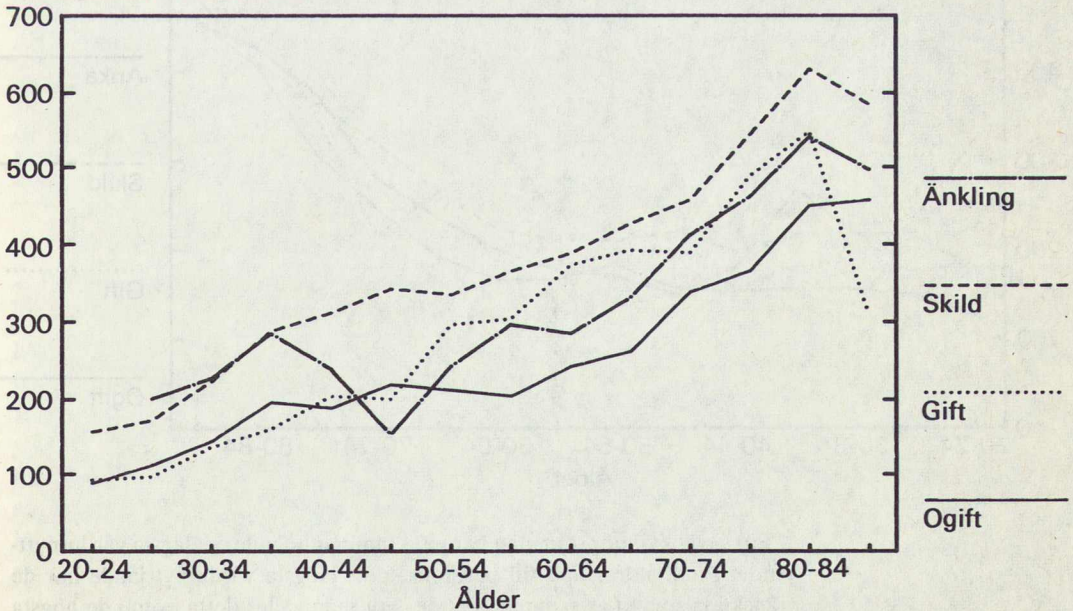
Vårdtillfällen/1 000 män



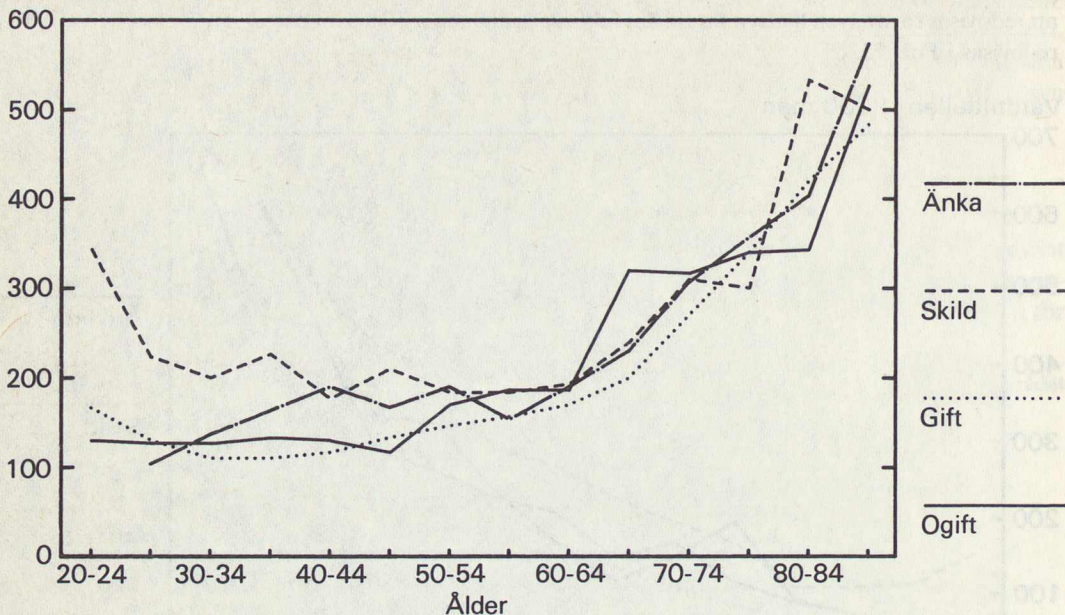
Figur 3.4 Vårdtillfällen per 1 000 i olika åldrar efter civilstånd bland sammanboende män

Figur 3.5 Vårdtillfällen per 1 000 i olika åldrar efter civilstånd bland ej sammanboende män

Vårdtillfällen/1 000 män



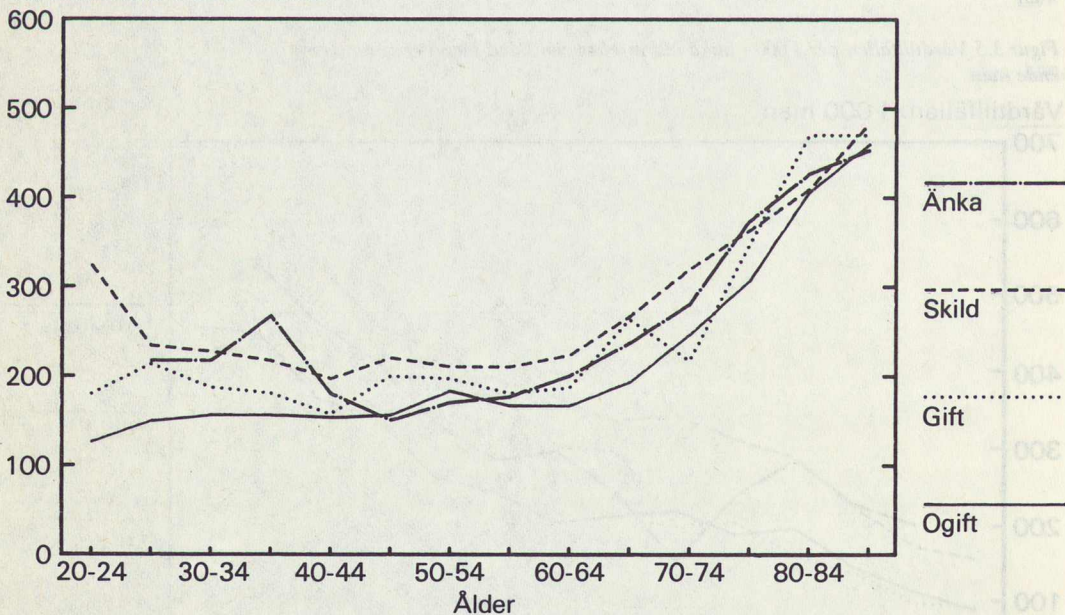
Vårdtillfällen/1 000 kvinnor



Figur 3.6 Vårdtillfällen per 1 000 i olika åldrar efter civilstånd bland sammanboende kvinnor

Figur 3.7 Vårdtillfällen per 1 000 i olika åldrar efter civilstånd bland ej sammanboende kvinnor

Vårdtillfällen/1 000 kvinnor



För såväl kvinnor som män har gifta sammanboende det lägsta vårdutnyttjandet i alla åldrar upp till pensionsålder. Högsta vårdutnyttjande har de frånskilda som ej är sammanboende. För män gäller detta även i de högsta

åldrarna. De enda av de ej sammanboende, som inte har fler vårdtillfällen än genomsnittet, är de ogifta kvinnorna och de ogifta äldre männen. Änkor och änklingar har en vårdkonsumtion som avviker mindre från genomsnittet än de frånskildas. Man finner även att de, som fortfarande är gifta men ej längre sammanbor, har ett mönster som närmar sig de frånskildas.

Om man i stället för vårdtillfällen mäter i vårdtid blir skillnaderna än klarare. Det faktiska sammanboendet får också en större betydelse. TeX ogifta icke sammanboende, som mätt i vårdtillfällen avvek relativt litet från genomsnittet, får både för män och kvinnor ett högt åldersstandardiserat index, när man i stället mäter i vård dagar. En annan indikator på sammanboendets betydelse för vårdtider är att sammanboende, frånskilda i åldern 16-64 år inte har ett högre vårdutnyttjande än genomsnittet, då man mäter i vård dagar, vilket de däremot har mätt i vårdtillfällen. Av tabell 3.17 framgår att skillnaderna mellan sammanboende och ej sammanboende – oavsett civilstånd – är klarast inom psykiatrisk vård och somatisk långtidsvård.

De som lämnat yrkesuppgift i FoB hade 13 (kvinnor) till 21 (män) procent färre vårdtillfällen per invånare än totalbefolkningen i åldern 16-64 år. I tabell 3.19 redovisas folkmängd samt relativt antal invånare med vårdtillfälle, antal vårdtillfällen per 1 000 invånare och vårdtid per 1 000 invånare.

Tabell 3.17 Ålders- och könsstandardiserat index för vårdutnyttjande mätt i vård dagar efter sammanboende, civilstånd och vårdform. Alla åldrar (0-w år), sex åldersgrupper har använts vid standardiseringen

	Somatisk korttidsvård	Psykiatrisk vård	Somatisk långtidsvård	Totalt
Ej sammanboende				
Ogifta	98	299	119	172
Gifta	122	187	111	145
Skilda	150	212	150	172
Änkor/änklingar	110	69	112	100
Sammanboende				
Ogifta	107	38	96	75
Gifta	91	26	69	61
Skilda	123	62	74	91
Änkor/änklingar	105	14	52	56

3.3.5 Vårdutnyttjande och yrke

Folkmängden i åldern 16-64 år i Stockholms, Uppsala, Kopparbergs, Göteborgs och Jämtlands län var 1975 enligt FoB 1,6 miljoner. Av dessa har 1,2 miljoner lämnat uppgift om sitt yrke i FoB. Ca 6 procent fler lämnade yrkesuppgift än de, som enligt samma källa var förvärvsarbetande. Det betyder att det bland dem som redovisat yrke finns omkring 70 000 som samtidigt var pensionärer, hemmakar, studerande, arbetslösa eller långtidssjukskrivna. En översikt av vårdutnyttjandet under 1976 för dem som uppgett yrkesuppgift ges i tabell 3.18.

Tabell 3.18 Befolkning m m i undersökningsområdet 16-64 år med yrkesuppgift i FoB 75

	Män	Kvinnor
Folkmängd	641 127	511 620
Antal med vårdtillfälle	42 681	45 702
Summa vårdtillfällen	56 461	57 084
Summa vård dagar	1 728 284	1 590 694

De som lämnat yrkesuppgift i FoB hade 13 (kvinnor) till 21 (män) procent färre vårdtillfällen per invånare än totalbefolkningen i åldern 16-64 år. I tabell 3.19 redovisas folkmängd samt relativt antal invånare med vårdtillfälle, antal vårdtillfällen per 1 000 invånare och vårdtid per 1 000 invånare.

Vårdutnyttjandet per 5-årsklass har utnyttjats för att med hjälp av en indirekt åldersstandardisering jämföra varje yrkesgrupp med hela gruppen som lämnat yrkesuppgift (jämförelsepopulationen). Denna jämförelse har gjorts separat för män och kvinnor. För varje yrkesgrupp har ett förväntat antal vårdade, vårdtillfällen och vård dagar beräknats utgående från vårdutnyttjandet i varje åldersgrupp för jämförelsepopulationen.

Samtliga yrken, som erhållit ett förväntat antal vårdade individer om minst

Tabell 3.19 Folkmängd, antal med minst ett vårdtillfälle per 1 000, vårdtillfällen per 1 000 och vård dagar per 1 000 män respektive kvinnor i femårsklasser i undersökningspopulationen

Ålder	Folkmängd	Vårdade per 1 000	Vårdtillfällen per 1 000	Vård dagar per 1 000
Män				
16-19	28 318	60	77	572
20-24	60 223	53	71	662
25-29	92 115	47	66	607
30-34	94 873	48	71	675
35-39	68 902	54	82	770
40-44	59 891	62	92	1 041
45-49	61 009	75	114	1 227
50-54	67 791	85	132	1 385
55-59	62 380	98	151	1 782
60-64	45 625	109	168	1 956
16-64	641 127	67	99	1 030
Kvinnor				
16-19	28 667	101	136	896
20-24	56 322	100	133	1 036
25-29	69 505	99	138	1 029
30-34	66 501	90	125	993
35-39	52 065	82	115	1 282
40-44	49 635	78	109	1 016
45-49	53 031	86	121	1 135
50-54	57 270	88	128	1 294
55-59	48 893	84	126	1 316
60-64	29 731	83	126	1 523
16-64	511 620	89	126	1 139

Tabell 3.20 Tre olika mått på slutenvårdsutnyttjande efter yrke

NYK	Yrkesbenämning	Vårdade/inv	Vårdtillf/inv	Vårdgr/inv
		INDEX	INDEX	INDEX
Män				
097	Systemerare, programmerare	63	57	56
051	Högskolelärare	69	64	45
011	Kemist, fysiker	69	70	68
313	Reklamman	71	76	67
031	Läkare	72	65	38
10	Samhällsadministratör	77	72	83
002	Elingenjör	78	77	73
411	Lantarbetare	79	77	85
401	Jordbrukare	81	80	72
118-9	Företagsadministratör	82	76	70
096	Personaladministratör	82	94	82
001	Arkitekt, byggnadsingenjör	84	84	72
111	Företagsledare	85	77	62
085	Journalist	85	83	91
003	Ingenjör, mekanik	85	82	74
902	Polisman	86	89	69
331	Inköpare, säljare	88	86	78
661	Postiljon	89	96	101
332	Affärsföreståndare	90	88	84
302	Detaljhandlare	92	90	88
98	Militär	92	87	70
766	Telefonreparatör	96	103	95
633	Chaufför	96	92	85
333	Affärsbiträde	96	95	101
201	Bokförare, kassör	96	88	99
771	Byggnadsträarbetare	97	93	78
64	Trafikledare	98	98	86
74	Finmekaniskt arbete	99	97	102
761	Elektriker	100	94	96
764	Telemontör	101	97	104
874	Anläggningsmaskinförare	101	95	73
004	Kemiingenjör	101	107	92
295	Fastighetsförvaltare m fl	106	107	101
792-3	Stenmontör, betongarbetare	107	109	107
632	Järnvägsexpeditör	109	109	115
751	Maskinmontör	110	104	100
875	Truckförare	113	108	107
801	Typograf	113	116	140
931	Fastighetsarbetare	114	112	117
290	Sekreterare, maskinskrivare	116	131	160
883	Lagerarbetare	123	130	149
750	Verkstadsmekaniker	124	132	130
772	Maskinsköt. och möbelsn.	127	132	152
04	Hälso- och sjukvårdsarbete	127	134	138
82	Livsmedelsarbetare	127	125	124
662	Expeditionsvakt, kontorsbud	127	140	148
83	Kemisk-/cellulosatekniskt arbete	127	127	129
861	Grov- och diversearbete	127	132	132
73	Järn- och metallverksarbete	128	131	127
932	Städare	128	128	178
91	Hushållsarbete	129	145	167
755	Svetsare	132	142	137
412	Trädgårdsarbetare	133	158	168

tabell 3.20 forts

NYK	Yrkesbenämning	Vårdade/inv INDEX	Vårdtillf/inv INDEX	Vårdgr/inv INDEX
Kvinnor				
192	Banktjänstemän	78	74	68
052	Lärare i teoretiska ämnen	82	83	80
40	Jordbrukare	82	79	79
03	Medicinskt arbete	84	78	60
331	Inköpare, säljare	83	87	65
044	Tandsköterska	84	80	75
10	Samhällsadministratör	85	86	88
411	Lantarbetare	84	82	79
054	Lärare i övningsämnen	86	79	59
056	Förskollärare	86	82	68
093	Bibliotekarier m fl	86	82	84
053	Klasslärare	88	85	68
296	Försäkringstjänsteman	88	89	84
08	Litterärt och konstnärligt arbete	89	87	85
092	Socialtjänsteman	89	85	96
651	Postexpeditör	89	91	95
302	Detaljhandlare	90	94	91
201	Bokförare, kassör	92	92	90
914	Barnsköterska	92	90	82
00	Tekniskt arbete	93	88	78
66	Post- och budarbete	95	97	100
290	Sekreterare, maskinskrivare	96	97	99
014	Laborant	97	96	88
096	Personaladministratör	97	99	90
333	Affärsbiträde	98	99	94
941	Frisör	98	95	76
118-9	Företagsadministratör	99	101	87
040	Sjuksköterska	100	97	88
911	Storköksföreståndare	100	100	118
204	Butikskassör	104	104	93
915	Hemvårdare m fl	104	102	97
932	Städare	104	104	99
921	Hovmästare	107	106	92
042	Skötare	108	11	93
291	Dataoperatör	108	105	101
711	Sömmerska	112	120	112
653	Telefonist	114	115	111
912	Kock, kallskänka	114	117	98
80	Grafiskt arbete	116	125	197
82	Livsmedelsarbete	116	113	94
913	Köksbiträde	117	118	127
63	Väg- och järnvägstrafikarb.	118	114	102
043	Sjukvårdsbiträde	119	121	121
764	Telemontör	120	111	119
881	Paketerare	126	135	138
750	Verkstadsmekaniker	158	170	205

200, har sammanställts i tabell 3.20. Vårdutnyttjandet för dessa grupper redovisas med de tre måtten

- vårdade per invånare
- vårdtillfällen per invånare
- vårdtid per invånare.

Indexvärdet är alltid satt till 100 för samtliga med yrkesuppgift. Som synes blir resultaten relativt likartade för måtten vårdade per invånare och

vårdtillfällen per invånare. För vårdtid per invånare fås fler avvikande resultat. En förklaring till att vissa indexvärden för vårdtid blir ganska höga, kan vara att inom några grupper relativt många med långa vårdtider råkat skrivas ut under 1976. Ett begränsat antal individer med många korta vårdtillfällen kan också åstadkomma ett högt indexvärde för vårdtillfällen per invånare. I någon mån har hänsyn tagits till dessa problem genom att ett fåtal vårdtillfällen med extremt långa vårdtider har uteslutits vid beräkningen.

Av tabell 3.20 framgår att många yrken med akademisk eller annan högre utbildning uppvisar ett lågt vårdutnyttjande. Också verksamma inom jordbrukssektorn har ett lågt vårdutnyttjande. Högt vårdutnyttjande uppvisar flera yrken med låg status. Både arbetar- och tjänstemannayrken återfinns i denna grupp.

Exempelvis kan man studera hälso- och sjukvårdssektorns "egna" yrkesgrupper. Därvid finner man ett vårdutnyttjande, som ligger klart under genomsnittet för läkare och tandläkare. Sjukvårdsbiträden har ett vårdutnyttjande, som ligger lika klart över genomsnittet. Det gäller även manliga vårdbiträden (gruppen är något för liten för att redovisas i tabellen). Sjuksköterskor avviker däremot endast om man ser till måttet vårdtid/invånare från genomsnittet.

3.3.6 Vårdutnyttjande i olika socioekonomiska grupper

Befolkningen i åldern 16-64 år i de fem länen fördelade på olika sysselsättningskategorier framgår av tabell 3.21. Tillsammans hade denna befolkning 1976 omkring 210 000 vårdtillfällen. I tabell 3.22 görs en

Tabell 3.21 Folkmängd i undersökningsområdet 1975 enligt FoB efter sysselsättning 16-64 år.

	Män	Kvinnor
Förvärvsarbetande	610 000	476 000
Pensionärer	35 000	42 000
Hemmakar	2 000	150 000
Studerande	57 000	57 000
Värnpliktiga	12 000	-
Övriga	66 000	52 000

Tabell 3.22 Vårdutnyttjande efter sysselsättning för personer i åldern 16-64 år. Åldersstandardiserat index.

	Män		Kvinnor	
	Vårdtillfällen	Vårdtid	Vårdtillfällen	Vårdtid
Förvärvsarbetande	100	100	100	100
Pensionärer	310	947	293	827
Hemmakar	134	132	109	115
Studerande	94	130	73	95
Värnpliktiga	79	74	-	-
Övriga	366	953	250	744

jämförelse av vårdutnyttjandet mellan de olika sysselsättningskategorierna. Som jämförelsepopulation har gruppen förvärvsarbetande använts. Vid åldersstandardiseringen har befolkningen indelats i 5-årsklasser.

Med hjälp av yrkeskoden i FoB 75 och uppgiften om yrkesställning har en anpassning gjorts till den socioekonomiska indelning (SEI), som föreslagits av arbetsgruppen för socioekonomisk gruppering (ASEG). (Se rapport SOCIO-EKONOMISK INDELNING, 1980-09-19 från Statistiska centralbyrån). Eftersom FoB 75 ej innehåller individualyrken utan yrken enligt den s k NYK-kodens treställiga indelning har det varit nödvändigt att ibland föra ett yrke till en viss socioekonomisk grupp fast den kanske hade bort delas på flera grupper. I vissa fall kan det diskuteras om något yrke därigenom kan ha placerats "fel". I stort sett är dock dessa tveksamma fall av begränsad betydelse.

Följande sex socioekonomiska grupper bland förvärvsarbetande har använts

- arbetare i yrken utan krav på yrkesutbildning
- arbetare i yrken med krav på yrkesutbildning
- lägre tjänstemän
- högre tjänstemän
- jordbrukare
- övriga företagare

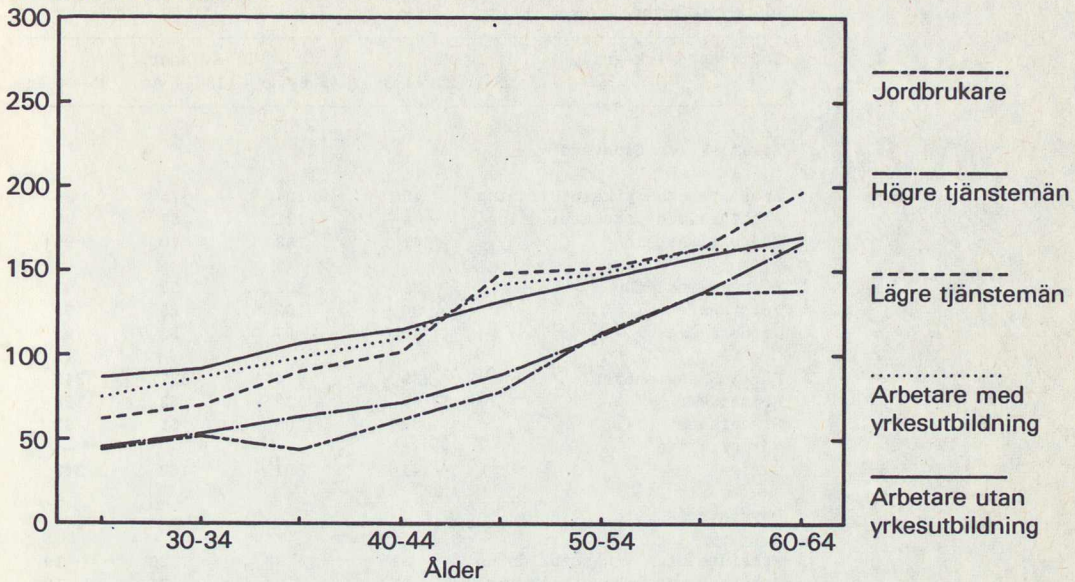
I tabell 3.23 redovisas vårdutnyttjandet för dessa olika socioekonomiska grupper. Vårdutnyttjandet är åldersstandardiserat och hela gruppen med yrke inom respektive kön har använts som jämförelsepopulation.

Som synes är måtten vårdtillfällen och individer med minst ett vårdtillfälle likvärdiga. Om man istället mäter i vårdtid förstärks skillnaderna mellan grupperna vad gäller män. För kvinnor sker en förändring i stort sett endast bland tjänstemän. Av tabell 3.22 och 3.23 framgår också att skillnaderna bland de förvärvsarbetande är betydligt mindre än skillnaderna mellan förvärvsarbetande och de som ej förvärvsarbetar.

Tabell 3.23 Vårdutnyttjande efter socioekonomisk grupp för personer i åldern 16-64 år. Åldersstandardiserat index (index = 100 för alla med yrke)

	Andel vårdade		Vårdtillfällen		Vårdtid	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Ej facklärd arbetare	113	107	115	108	126	104
Facklärd arbetare	113	118	113	119	112	112
Lägre tjänsteman	104	96	109	97	114	109
Högre tjänsteman	83	89	81	87	75	79
Jordbrukare	81	81	80	79	72	80
Företagare	93	91	92	93	86	93

Vårdtillfällen/1 000 inv.



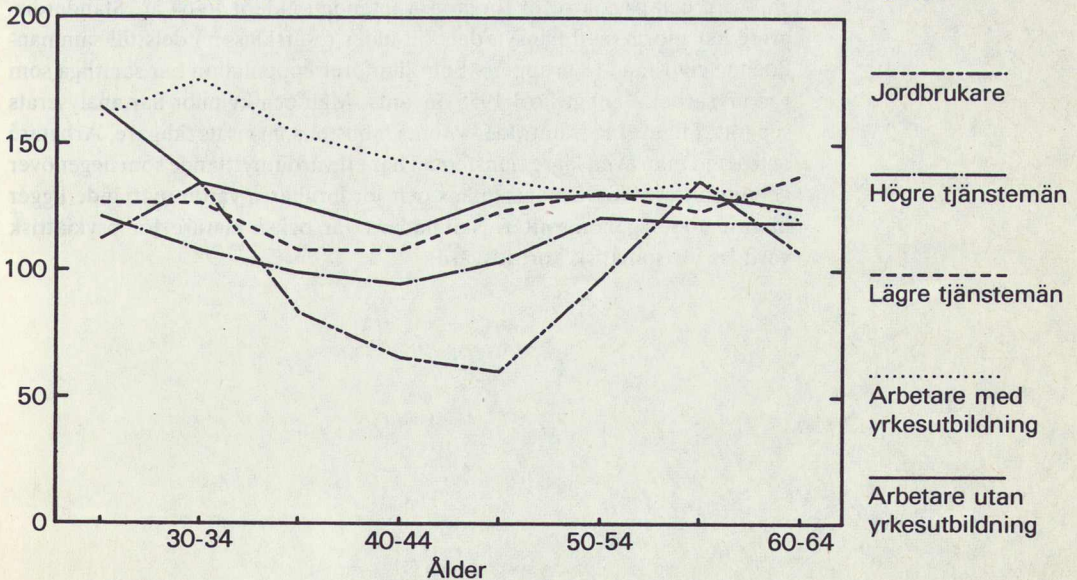
Figur 3.8 Vårdtillfällen per 1 000 män i olika åldrar och socioekonomiska grupper

Skillnaden mellan arbetare och lägre tjänstemän å ena sidan och övriga tre grupper i andra sidan är för män tydligast i åldersintervallet 35-59 år. För kvinnor är skillnaden mellan arbetare och övriga helt tydlig redan från 20-årsåldern.

Som framgår av tabell 3.24 är skillnaden i vårdutnyttjande mellan förvärvsarbetande och icke förvärvsarbetande större inom psykiatri än inom somatisk korttidsvård. Somatisk långtidsvård utnyttjas i dessa åldersgrupper i stort sett endast av förtidspensionärer, varför inga ytterligare jämförelser blir meningsfulla.

Figur 3.9 Vårdtillfällen per 1 000 kvinnor i olika åldrar och socioekonomiska grupper

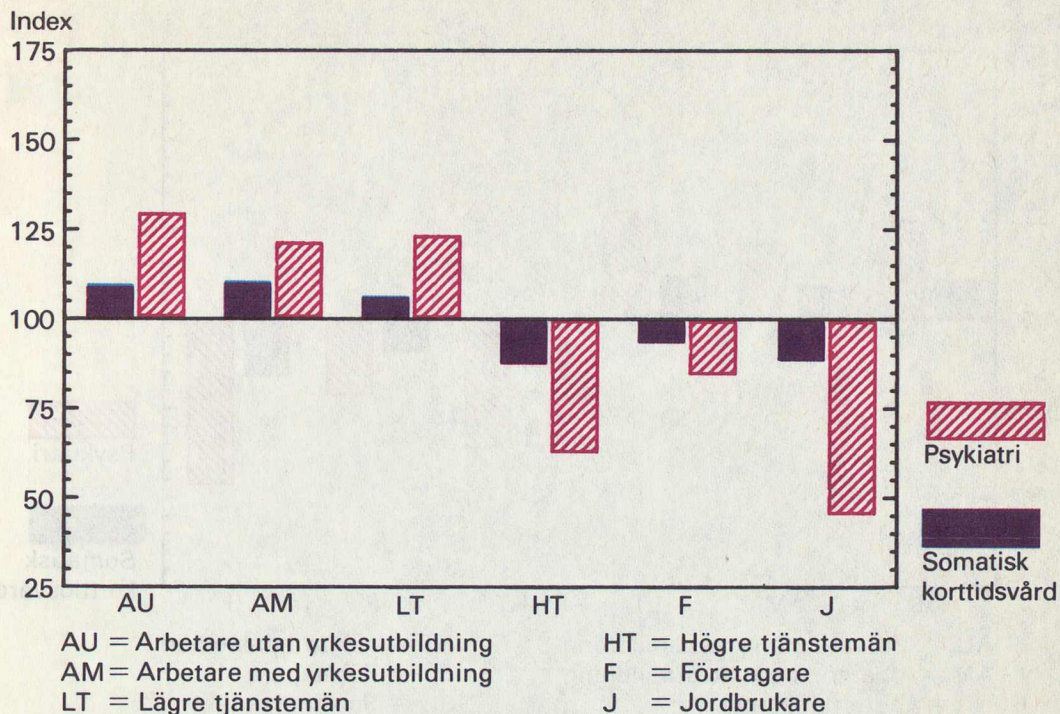
Vårdtillfällen/1 000 inv.



Tabell 3.24 Vårddagar per 100 invånare efter ålder, kön och socioekonomisk grupp för olika vårdformer

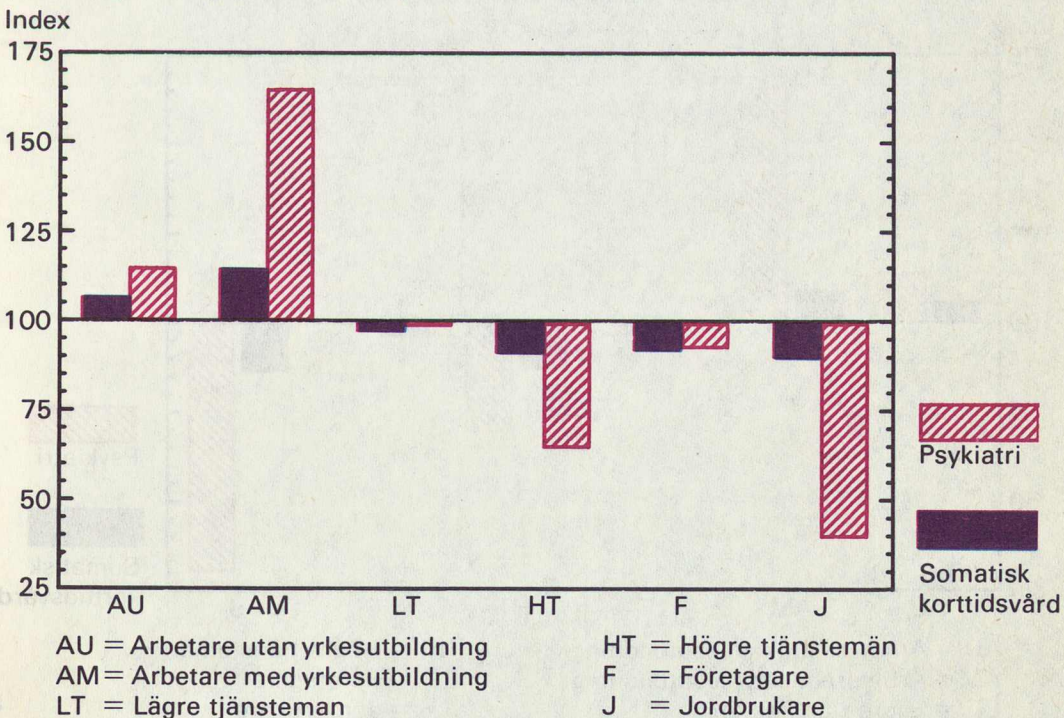
Socioekonomisk grupp	Män		Kvinnor	
	15-44 år	45-64 år	15-44 år	45-64 år
Somatisk korttidsvård				
Arbetare utan yrkesutbildning	49	124	75	98
Arbetare med yrkesutbildning	44	121	87	90
Lägre tjänstemän	41	132	70	99
Högre tjänstemän	32	101	57	91
Företagare	39	102	65	95
Jordbrukare	40	97	55	95
Förtidspensionärer	239	474	337	341
Hemmakar	57	132	63	124
Studerande	38	105	51	92
Värnpliktiga	28	—	—	—
Övriga	144	391	162	343
Psykiatrisk vård				
Arbetare utan yrkesutbildning	39	38	26	19
Arbetare med yrkesutbildning	25	24	35	10
Lägre tjänstemän	28	26	40	21
Högre tjänstemän	10	14	18	10
Företagare	16	21	22	20
Jordbrukare	11	12	4	3
Förtidspensionärer	2 128	616	1 988	387
Hemmakar	56	32	26	38
Studerande	37	16	36	38
Värnpliktiga	17	—	—	—
Övriga	491	828	289	881

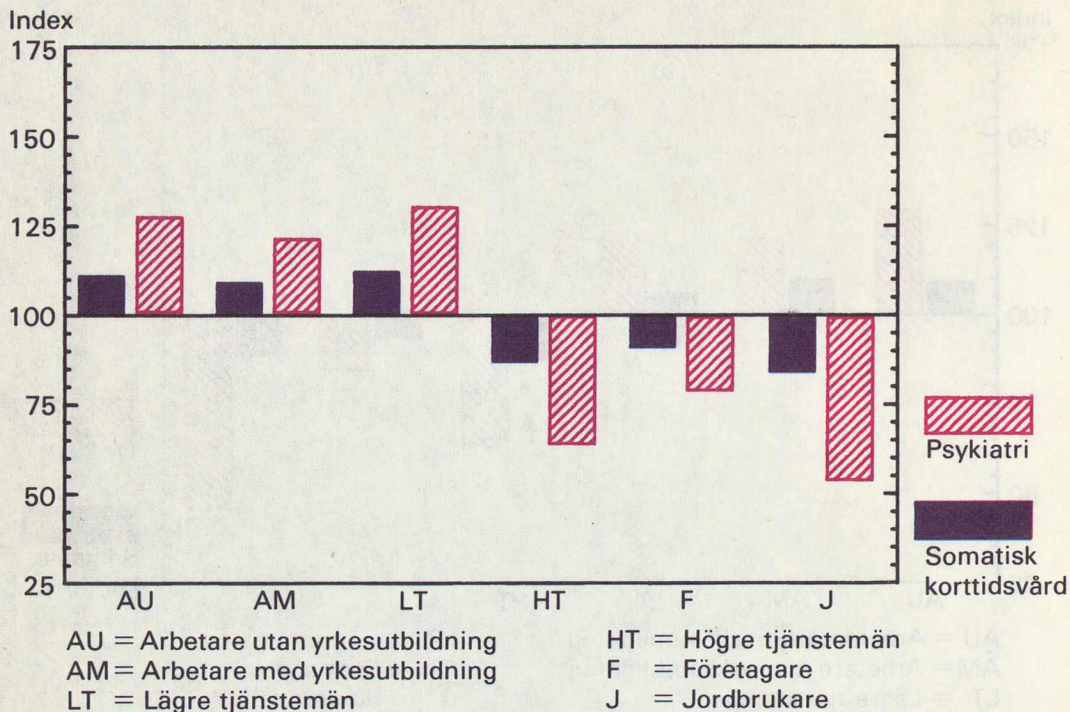
I figurerna 3.10-3.13 jämförs vårdutnyttjandet inom somatisk korttids-sjukvård och psykiatri för förvärvsarbetande i åldern 16-64 år. Standardisering har gjorts med hänsyn dels till ålder (5-årsklasser) dels till sammanboende/civilstånd (8 grupper). Som jämförelsepopulation har samtliga som förvärvsarbetat enligt FoB 1975 använts. Män och kvinnor har analyserats separat. I figurerna framträder samma mönster som visats tidigare. Arbetare och bland män även lägre tjänstemän har ett vårdutnyttjande som ligger över genomsnittet. Högre tjänstemäns och jordbrukares vårdutnyttjande ligger klarast under genomsnittet. Skillnaderna är också klarare för psykiatrisk vård än för somatisk korttidsvård.



Figur 3.10 Vårdtillfällen inom somatisk korttidsvård och psykiatri för män i åldern 16-64 år. Standardiserat med hänsyn till ålder och sammanboende/civilstånd (index=100 för samtliga förvärvsarbetande)

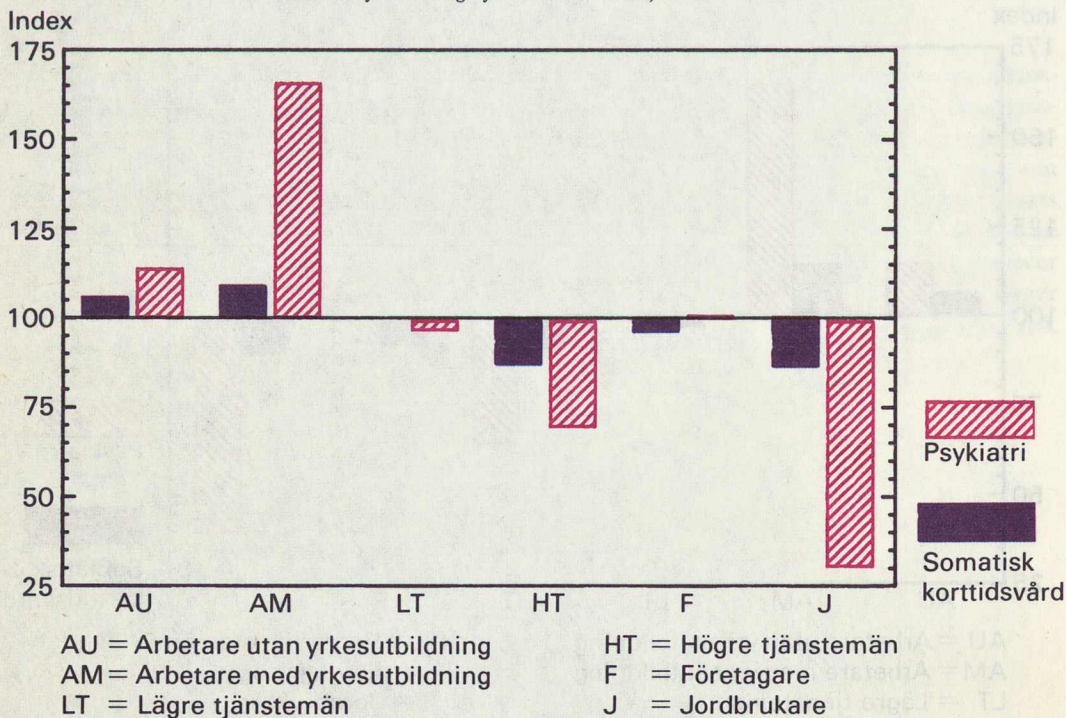
Figur 3.11 Vårdtillfällen inom somatisk korttidsvård och psykiatri för kvinnor i åldern 16-64 år. Standardiserat med hänsyn till ålder och sammanboende/civilstånd (index=100 för samtliga förvärvsarbetande)





Figur 3.12 Vårddagar inom somatisk korttidsvård och psykiatri för män i åldern 16-64 år. Standardiserat med hänsyn till ålder och sammanboende/civilstånd (index=100 för samtliga förvärvsarbetande)

Figur 3.13 Vårddagar inom somatisk korttidsvård och psykiatri för kvinnor i åldern 16-64 år. Standardiserat med hänsyn till ålder och sammanboende/civilstånd (index=100 för samtliga förvärvsarbetande)



Bilaga 2 Arbetsmiljö – Yrke – Utnyttjande av sluten vård

En registerstudie

av *Lars Alfredsson, Curt-Lennart Spetz*
och *Töres Theorell*.

Blaga J. (1910-1980)

Blaga J. (1910-1980) was a Romanian poet, writer, and translator. He is known for his lyrical and philosophical poetry, often reflecting on the human condition and the passage of time. His works have been widely translated and are considered a significant part of Romanian literature.

1910

1980

Blaga J.

Blaga J.

Blaga J.

Blaga J.

Blaga J.

Blaga J.

Blaga J.

Blaga J.

Blaga J.

Blaga J.

Innehåll

Material och metod	69
Allmänna kommentarer till resultaten	72
Hjärtinfarkt	73
Blödning och propp i hjärnan	76
Psykiska och psykosomatiska problem	76
Cancer	78
Ryggsjukdom	79
Övriga sjukdomar	79
Olyckor	80
Påfrestningar	80
Referenser	81
Appendix	83
Tabellbilaga	87

Innehåll

Matematik och fysik
 Allmänna kommentarer till kursplanen
 Hjälpmedel
 Bedömning av kunskapsutvecklingen
 Färdigheter och kompetensområden
 Övningar
 Kvalitet
 Övriga kommentarer
 Övningar
 Pärningsplan
 Referenser
 Appendix
 Tabeller

Material och metod

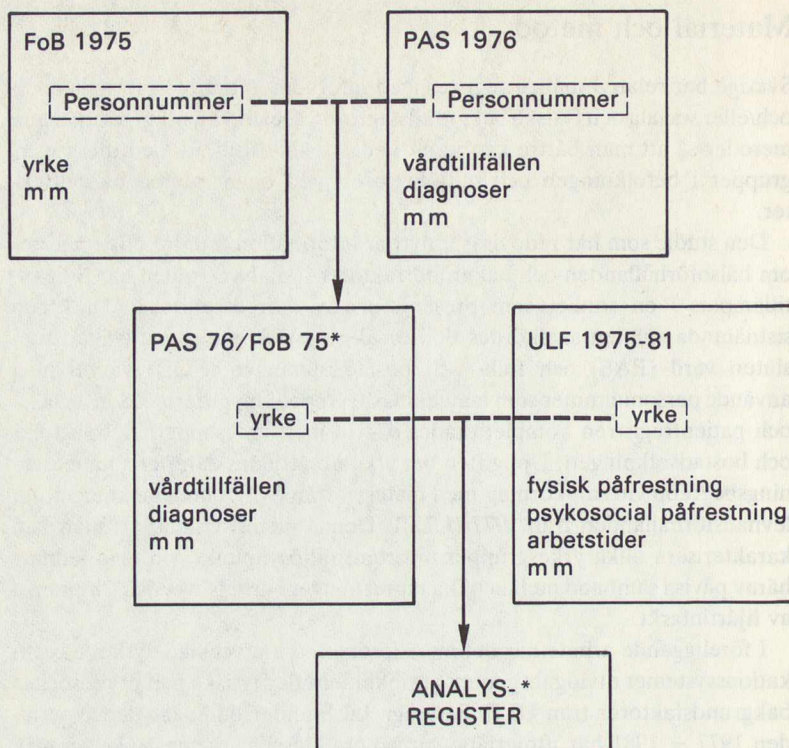
Sverige har relativt många register med information om hälsoförhållanden och/eller sociala och fysiska bakgrundsfaktorer. Det är väsentligt att utveckla metoder så att man bättre kan utnyttja dessa källor till att identifiera riskgrupper i befolkningen och miljöfaktorer med ogynnsamma hälsoeffekter.

Den studie som här redovisas utnyttjar information från tre olika register om hälsoförhållanden och bakgrundsfaktorer. Analysmetoden har tidigare tillämpats i en studie, som presenterats av Alfredsson o a (1). I den sistnämnda studien samkördes dödsorsaksregistret, patientstatistiken från sluten vård (PAS) och folk- och bostadsräkningen (FOB) varvid man använde personnummer som matchningsbegrepp. Uppgifterna i dödsorsaks- och patientregistren kompletterades därvid med yrkesuppgifter från folk- och bostadsräkningen. Uppgiften om yrke utnyttjades därefter som matchningsbegrepp vid samkörning med material från SCB:s undersökningar om levnadsförhållanden från 1977 (ULF). Denna metod visade, att man kan karakterisera olika yrkesgrupper ur arbetsmiljösynpunkt och med ledning härav påvisa samband mellan olika påfrestningar i arbetslivet och förekomst av hjärtinfarkt.

I föreliggande arbete har det av Alfredsson o a utvecklade yrkesklassifikationssystemet utvidgats genom att inkludera fler fysiska och psykosociala bakgrundsfaktorer från ULF. Samtliga ULF-undersökningar under perioden 1977 – 1981 har utnyttjats, varigenom klassificeringen av yrken med avseende på alla bakgrundsfaktorerna nu bygger på ett större antal intervjuer – 9051 för män och 4 191 för kvinnor. Vidare har åldersgrupperna 20-39 år och 40-64 år liksom män och kvinnor klassificerats oberoende av varandra. Endast sådana yrken, där minst fem män eller kvinnor har besvarat samtliga frågor har ingått i analyserna. Jordbrukare har utelämnats p g a ett datatekniskt missöde.

Det nya systemet att klassificera yrken har använts på ett register, som skapats genom samkörning mellan patientstatistik från sluten vård 1976 och folk- och bostadsräkningen 1975. Registret, som omfattar Stockholms, Uppsala, Kopparbergs, Gävleborgs och Jämtlands län, innehåller uppgifter om både somatisk och psykiatrisk vård (2). Figur 1 visar schematiskt hur olika register samordnats.

Den studerade befolkningen är definierad som personer, som vid FoB 1975 var 20-64 år, hade uppgivit yrke samt var skrivna i Stockholms, Uppsala, Kopparbergs, Gävleborgs eller Jämtlands län. Denna befolkning – 958 000 personer – har följts upp med avseende på sluten vård under år 1976 på landets samtliga registerförande sjukhus. Tabell 1 visar antal fall för respektive diagnos.



Figur 1 Samordning av studiens tre grundregister

*) register utan personidentifierbara uppgifter

Följande diagnoser har studerats

- 1 hjärtinfarkt (ICD 410.00, 410.99)
- 2 ischemisk hjärtsjukdom (ICD 410-414)
- 3 propp eller blödning i hjärnan (ICD 430-438)
- 4 vissa psykiska besvär (ICD 290-307, 790)
- 5 självmord och självmordsförsök (ICD E950-959)
- 6 alkoholrelaterade sjukdomar (ICD 979, 980, 291, 303, 571.00, 571.01)
- 7 cancer i blod- och lymforganen (ICD 200-209)
- 8 cancer, övriga (ICD 140-199)
- 9 cancer, totalt (ICD 140-209)
- 10 ryggsjukdomar (ICD 728)
- 11 matstrupens, magsäckens och tolvfingertarmens sjukdomar (ICD 530-537)
- 12 sjukdomar i kvinnliga genitalorgan (ICD 610-629)
- 13 diabetes (ICD 250)
- 14 trafikolyckor (ICD E807-E846)
- 15 andra olyckor än trafikolyckor (ICD E859-949).

Tabell 1 Antal individer ur befolkningen med minst ett slutenvårdstillfälle 1976

Diagnos	Män	Kvinnor	Totalt
Hjärtinfarkt	1 059	142	1 201
Ischemisk hjärtsjukdom	2 159	371	2 530
Propp eller blödning i hjärnan	650	276	926
Vissa psykiska besvär	4 867	2 975	7 808
Själv mord (inkl försök till)	272	371	643
Alkoholsjukdomar	2 968	621	3 589
Cancer i blod- och lymforgan	200	115	315
Cancer, övrigt	1 280	1 555	2 835
Cancer, totalt	1 480	1 670	3 150
Ryggsjukdom	310	263	573
Matstrupens, magsäckens och tolv- fingertarmens sjukdomar	1 189	446	1 635
Sjukdomar i kvinnliga genitalorgan		6 616	6 616
Diabetes	1 181	641	1 822
Trafikolyckor	851	379	1 230
Andra olyckor än trafikolyckor	4 289	2 109	6 398

De typer av arbetspåfrestningar som studerats är fysiska (svettigt arbete, tunga lyft, klimatfaktorer och olycksrisker m m), psykosociala (kontakter med andra, inflytande och utvecklingsmöjligheter m m), arbetstider, löneformer samt vissa symptom och livsstilsfaktorer (trötthet, huvudvärk, rökvanor). En detaljerad redogörelse för de ingående variablerna presenteras i appendix till denna rapport.

Vissa variabler har uteslutits p g a att skillnaderna mellan olika yrken har varit för små. Det tillämpade uteslutningskriteriet har använts separat för män och kvinnor, det vill säga vissa variabler har analyserats endast för endera könet.

För varje påfrestning har yrkena rangordnats efter den andel som i ULF rapporterat sig ha påfrestningen. I analysen har personer i högexponerade yrken jämförts med personer i lågexponerade yrken. De 50 procent av yrkena med högst andel av respektive påfrestning har därvid betecknats som högexponerade.

Vissa kombinationer av påfrestningar har också prövats. Detta har gjorts dels enligt Karaseks hypotes om den ogynnsamma inverkan, som en kombination av höga krav och bristande egenkontroll och stimulans har på människor, dels för kombinationer av höga psykiska och fysiska krav (3).

Följande kombinationer har prövats

- jäktigt och enformigt arbete
- jäktigt arbete med få möjligheter att lära sig nya saker
- jäktigt arbete med litet inflytande över arbetstempot
- jäktigt arbete med daglig svettning
- jäktigt arbete med tunga lyft.

I kombinationsanalyserna har personer i yrken, som var högexponerade för båda påfrestningarna, jämförts med personer i yrken, som var lågexponerade för båda. Detta innebär att antalet individer i dessa analyser i allmänhet är omkring hälften av antalet i analyserna som avser en påfrestning.

Jämförelsen mellan hög- och lågexponerade har gjorts med hjälp av indirekt åldersstandardisering. "Standard morbidity ratio" (SMR) har

beräknats, d v s det verkliga antalet personer med minst ett vårdtillfälle i den högexponerade gruppen har uttryckts som procent av det förväntade antalet. Det relativa antalet vårdade personer i den lågexponerade gruppen har använts som bas för beräkningen av förväntat antal fall. Det förväntade antalet hos den högexponerade gruppen kan alltså tolkas som det antal gruppen skulle ha haft vid samma frekvens sluten vård som den lågexponerade i varje åldersklass. I beräkningarna har nio 5-årsklasser använts.

Hänsyn har förutom till ålder tagits till den kombinerade effekten av ålder och var och en av följande variabler. Ytterligare tolv analyser för s k confounding har alltså utförts.

- 1 län
- 2 kommuntyp (Stor-Stockholm, övriga kommuner med minst 30 000 invånare, övrigt)
- 3 civilstånd (gift, övrigt)
- 4 nationalitet (svensk, finländare, övrigt)
- 5 arbetstid (minst 35 tim/vecka, övrigt)
- 6 yrkesställning (anställd, övrigt)
- 7 sammanboende (ja, övrigt)
- 8 hemmavarande barn under 18 år (ja, övrigt)
- 9 bostadstyp (småhus, övrigt)
- 10 disponibel inkomst (minst 40 000 per år, övrigt)
- 11 daglig rökning
- 12 tunga lyft.

Av dessa ingick de tio första i PAS 76/FoB 75-registret och har alltså funnits tillgängliga för varje individ. De två sista (daglig rökning och tungt arbete) härstammar från ULF-data och är således ej relaterade till individen utan individens yrke.

Confoundinganalys t ex med avseende på ålder och län innebär att man beräknar ett SMR-värde som är baserat på förväntat antal för varje åldersgrupp inom varje län. I analysen behandlades de båda könen separat.

För hjärtinfarkt gjordes dessutom motsvarande analyser separat för män under 55 år, eftersom den tidigare studien visade att sambanden var tydligare i denna åldersgrupp.

SMR-värden och konfidensintervall beräknades enligt Rothman och Boice (4).

Allmänna kommentarer till resultaten

I figurerna 2-7 redovisas några av de mest avvikande SMR-värdena för några diagnoser. Alla påfrestningar eller kombinationer av påfrestningar som visas i figurerna, har i samtliga tolv confounding-analyser givit upphov till signifikanta skillnader mellan de jämförda grupperna. I tabellbilagan redovisas för alla testade diagnoser samtliga sådana påfrestningar. Förutom SMR-värden innehåller tabellbilagan uppgifter om antal observerade fall i den högexponerade gruppen (d v s för personer anställda i yrken med påfrestning över medianen), förväntat antal fall i samma grupp samt

90-procentiga konfidensintervall för SMR-värdet. Resultaten som redovisas är de som erhållits, då ingen hänsyn till confounding tagits.

Figurerna 2-7 skall läsas så att värden över 100 betyder högre och under 100 lägre antal personer än förväntat med vårdtillfälle.

Jämfört med den tidigare liknande studien skiljer sig denna på följande sätt (1 & 5):

- 1 personer som insjuknat eller avlidit i en viss sjukdom utan att ha blivit föremål för sluten vård har inte tagits med. Detta har bl a betydelse för analysen av hjärtinfarkt, eftersom ca en tredjedel av dem som drabbas av hjärtinfarkt hinner avlida innan de kommer till slutenvård. Det finns undersökningar som tyder på att mekanismerna bakom infarkter som leder till plötslig hjärtdöd respektive leder till sluten vård kan vara olika (6).
- 2 den tidigare studien var en fall-kontrollstudie, medan den föreliggande undersökningen är en kohortstudie av den arbetande befolkningen i fem län (n=958 096).
- 3 flera årgångar av ULF har utnyttjats, vilket gör att vi fått säkrare skattningar av yrkeskaraktäristika. Dessutom har vi kunnat ta hänsyn till att arbetsförhållanden är annorlunda för den yngre än för den äldre arbetskraften.
- 4 året för sjukdomsregistrering är året efter registrering av yrke i folk- och bostadsräkningen. I den tidigare studien förflöt betydligt längre tid mellan registrering av yrke och sjukdom. För den aktuella studien innebär detta att fler personer med långa kroniska sjukdomsförlopp, hunnit byta till ett lindrigare arbete redan före registreringen av yrke. Om det påfrestande arbetet bidragit till sjukdomen, kan detta få till effekt, att vissa "sanna" associationer försvagas. "Falsa" samband kan istället förstärkas.
- 5 kvinnor har också analyserats i föreliggande studie, vilket är en nyhet.

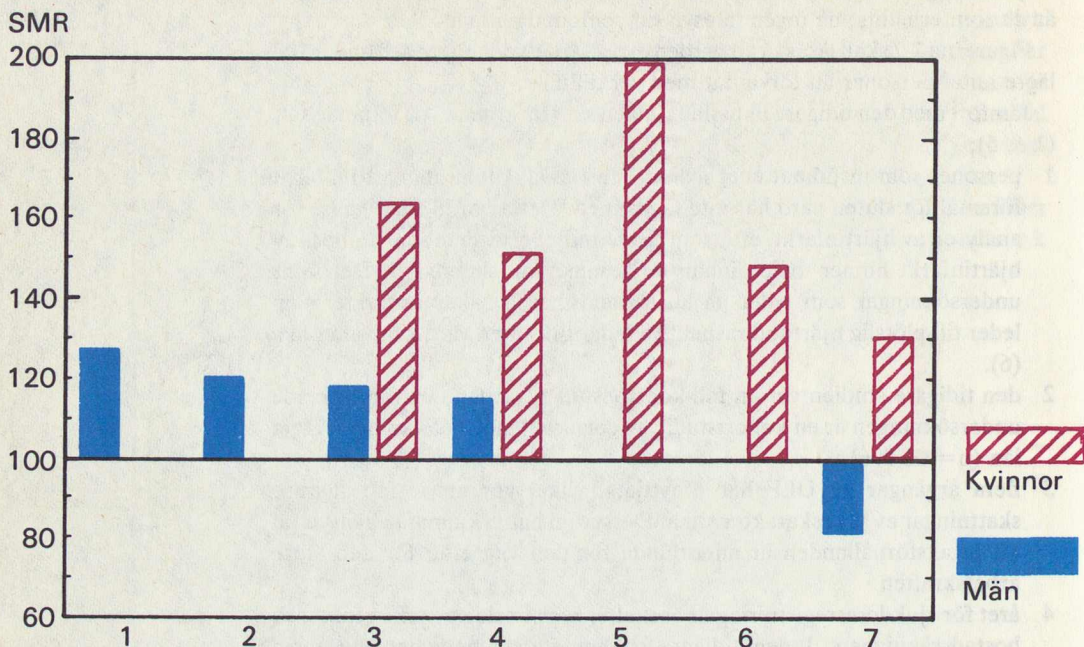
Hjärtinfarkt

När det gäller sambanden mellan påfrestningar och förekomst av sluten vård för hjärtinfarkt hittar man många paralleller mellan männens och kvinnornas profiler (se figur 2).

Återigen har kombinationen jäktigt arbete och brist på möjlighet att lära sig nya saker respektive jäktigt och enformigt arbete visat sig vara viktiga indikatorer, oberoende av confounding-faktorerna. Sannolikheten är liten att personer med kroniska sjukdomssymtom skulle förflyttas till yrken av denna typ. Här är det alltså stor sannolikhet för att vi har att göra med "sanna" samband.

Bland yngre män föreligger också ett starkt samband mellan vård för hjärtinfarkt och yrken med kombinationen jäkt och tunga lyft. Även bland män i åldersgruppen 20-64 år ligger SMR-värdet för denna kombination över 100 liksom för kombinationen jäktigt och svettigt arbete (119 respektive 114). Då man tar hänsyn till hemortslän, är dock inte avvikelserna för dessa kombinationer längre signifikanta i confounding-analysen.

Liksom i tidigare studier har avvikande arbetstid (skift m m) visat



Figur 2 Några påfrestningar med avvikande SMR-värden för hjärtinfarkt bland män respektive kvinnor i åldern 20-64 år

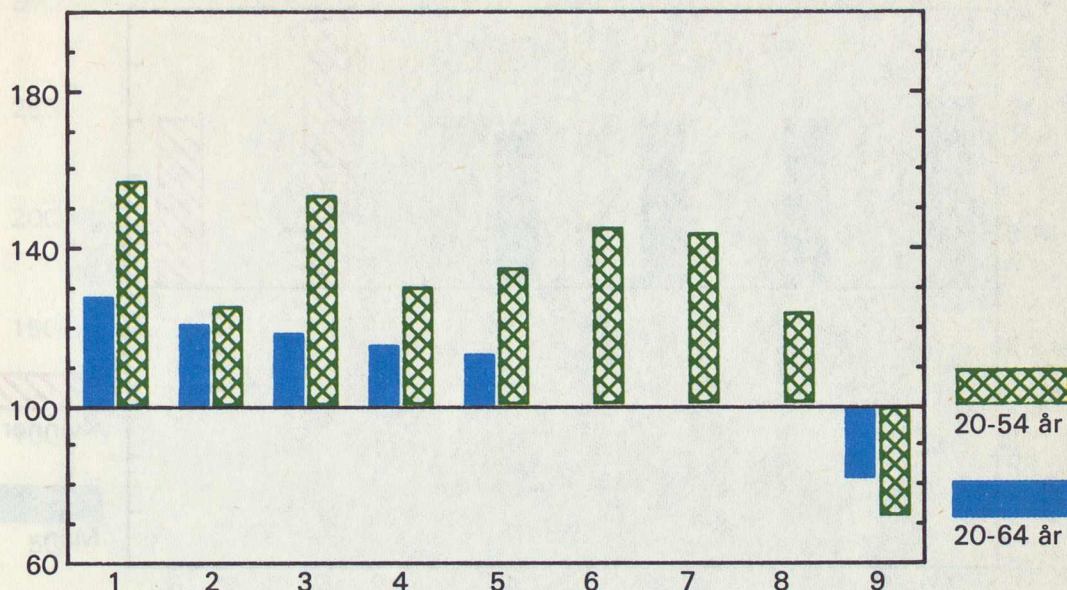
1 = Jäkt + få möjligheter lära nytt
 2 = Noga med tid
 3 = Jäkt + enformigt
 4 = Avvikande arbetstid

5 = Trött på dagen
 6 = Huvudvärk
 7 = Lång arbetstid

signifikanta samband med förhöjd risk för hjärtinfarkt för män. Att ha arbete, där det är noga att komma i tid, visar sig nu också vara en viktig indikator. För män i åldern 20-64 år föreligger en geografisk confounding beträffande enformigt arbete (90-procentigt konfidensintervall var för län: 99-114 och för kommuntyp: 99-115). För kvinnor och för yngre män är dock SMR-värdena signifikant över 100 i alla analyser. Detta gäller också för män i åldern 20-64 år om man till hjärtinfarkt även lägger övriga ischemiska sjukdomar.

Det är intressant att notera att kvinnornas infarktmönster har mycket gemensamt med männens. Yrken med jäktigt och enformigt arbete eller med avvikande arbetstider visar signifikanta samband med infarktrisk både för män och kvinnor. Vissa yttringar av påfrestningar för individen verkar ha tydligare samband med infarktrisk för kvinnorna. Yrken, där man ofta rapporterar trötthet på dagen eller huvudvärk uppvisar signifikant överrisk för hjärtinfarkt bland kvinnorna men inte bland männen. Denna typ av olikhet kan möjligen ha att göra med att män och kvinnor rapporterar symtom olika överhuvudtaget, såsom iakttagits i ULF-undersökningen. Variabeln lång arbetstid (minst 10 timmars arbetstid exklusive restid per dag) visar mycket klara olikheter mellan män och kvinnor. För kvinnor observeras en förhöjd hjärtinfarktrisk (SMR=131) medan en signifikant lägre risk än förväntat noteras för män såväl i gruppen 20-64 år som 20-54 år.

SMR

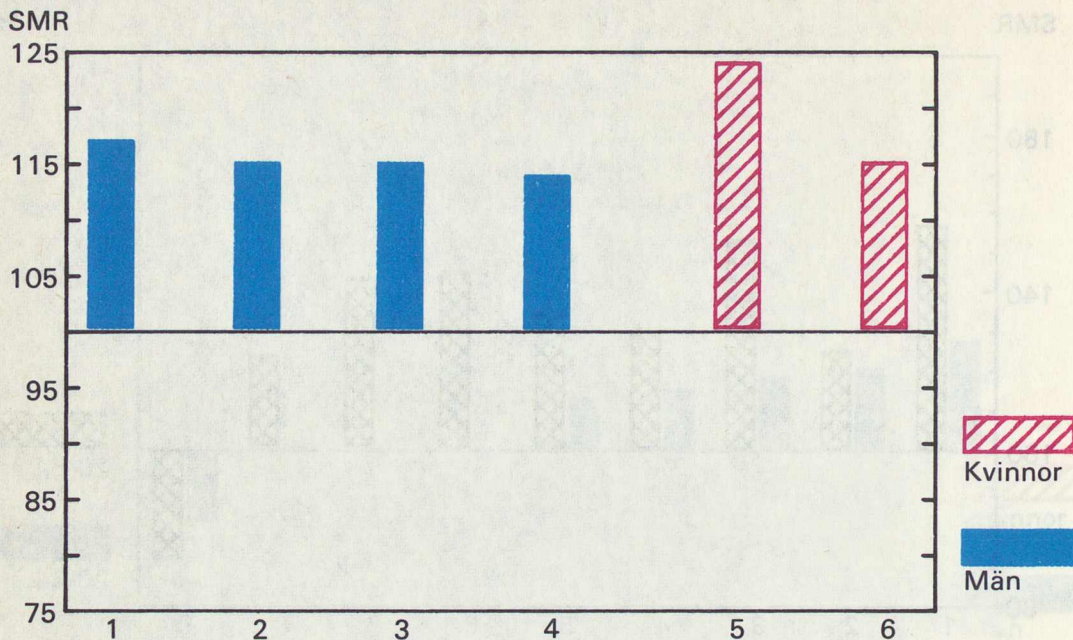


- | | |
|-------------------------------------|-----------------------|
| 1 = Jäkt + få möjligheter lära nytt | 6 = Jäkt + tunga lyft |
| 2 = Noga med tid | 7 = Enformigt |
| 3 = Jäkt + enformigt | 8 = Tunga lyft |
| 4 = Avvikande arbetstid | 9 = Lång arbetstid |
| 5 = Få möjligheter lära nytt | |

Figur 3 Några påfrestningar med avvikande SMR-värden för hjärtinfarkt bland män i åldern 20-64 respektive 20-54 år

För hela gruppen ischemiska hjärtsjukdomar erhöll kvinnor SMR-värden som var signifikant över 100 för alla fem kombinationerna med jäktigt arbete. När det gäller hjärtinfarkt är en hel del känt både om medicinska och psykofysiologiska mekanismer. Undersökningens uppläggning gör det inte möjligt att dra slutsatser om huruvida det är arbetsmiljöns tänkbara effekter på hälsobeteendet eller om det är direkta "stressfysiologiska" mekanismer, som förklarar sambanden.

För män under 55 år är sambanden för denna typ av påfrestningar ännu starkare än för totalgruppen, vilket stämmer med tidigare observationer (1,5). Alla påfrestningar med signifikant avvikelse för män i åldern 20-64 år uppvisade större SMR-värden i åldrarna under 55 år. Det gäller exempelvis jäktigt arbete med få möjligheter att lära nytt (SMR=157), noga med tid (SMR=125), jäktigt och enformigt arbete (SMR=153), avvikande arbetstid (SMR=130) och explosionsrisk (SMR=132). Totala antalet påfrestningar med signifikanta samband med hjärtinfarkt var dessutom betydligt fler för män under 55 år. För kvinnor under 55 år var de förväntade antalen för små för att meningsfulla analyser skulle kunna utföras.



Figur 4 Några påfrestningar med avvikande SMR-värden för propp eller blödning i hjärnan bland män respektive kvinnor i åldern 20-64 år.

- | | |
|-----------------------|------------------------------------|
| 1 = Trött på morgonen | 4 = Noga med tid |
| 2 = Trött på kvällen | 5 = Få möjl. prata under arbetet |
| 3 = Enformigt | 6 = Lågt inflytande på val av chef |

Blödning och propp i hjärnan

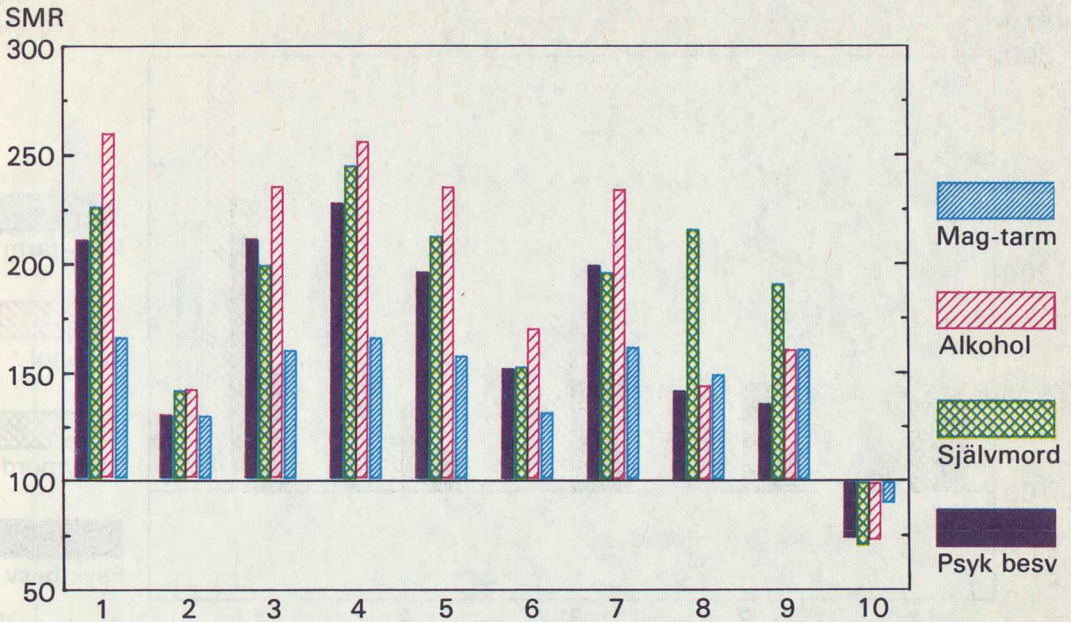
För blödningar eller proppar i hjärnan (stroke) kan ses ett till stora delar annorlunda mönster än för hjärtinfarkt. Några liknande undersökningar finns inte publicerade varför resultaten är svårtolkade. Jämfört med övriga analyserade diagnoser är antalet signifikanta samband mycket lågt. En påfrestning i föreliggande studie som visar signifikant samband både med hjärtinfarkt och propp eller blödning i hjärnan är "noga med tid".

I en kommande studie bör man skilja mellan hjärnblödning och propp i hjärnan eftersom mekanismerna bakom dessa sjukdomar är väsentligt olika. Riskfaktormönstret för propp i hjärnan borde rimligtvis likna det som gäller för hjärtinfarkt.

Psykiska och psykomatiska problem

För diagnosgrupperna vissa psykiska besvär, självmord, alkoholsjukdomar samt matstrupens, magsäckens och tolvfingertarmens sjukdomar finns ett visst gemensamt mönster.

För män visar totalt tio påfrestningar samband med förhöjd vårdfrekvens för självmord(sförsök). Av dessa visar nio signifikant förhöjda SMR-värden också för de tre andra diagnosgrupperna. Vissa psykiska besvär, alkohol-



- | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|
| 1 = Tunga lyft | 6 = Noga med tid |
| 2 = Trött på kvällen | 7 = Få möjligheter gå på kurs |
| 3 = Enformigt | 8 = Jäkt + få möjligheter lära nytt |
| 4 = Få möjligheter lära nytt | 9 = Jäkt + tunga lyft |
| 5 = Lågt inflytande över planering | 10 = Lång arbetstid |

Figur 5 Några påfrestningar med avvikande SMR-värden för olika psykiska/psykosomatiska besvär bland män i åldern 20-64 år

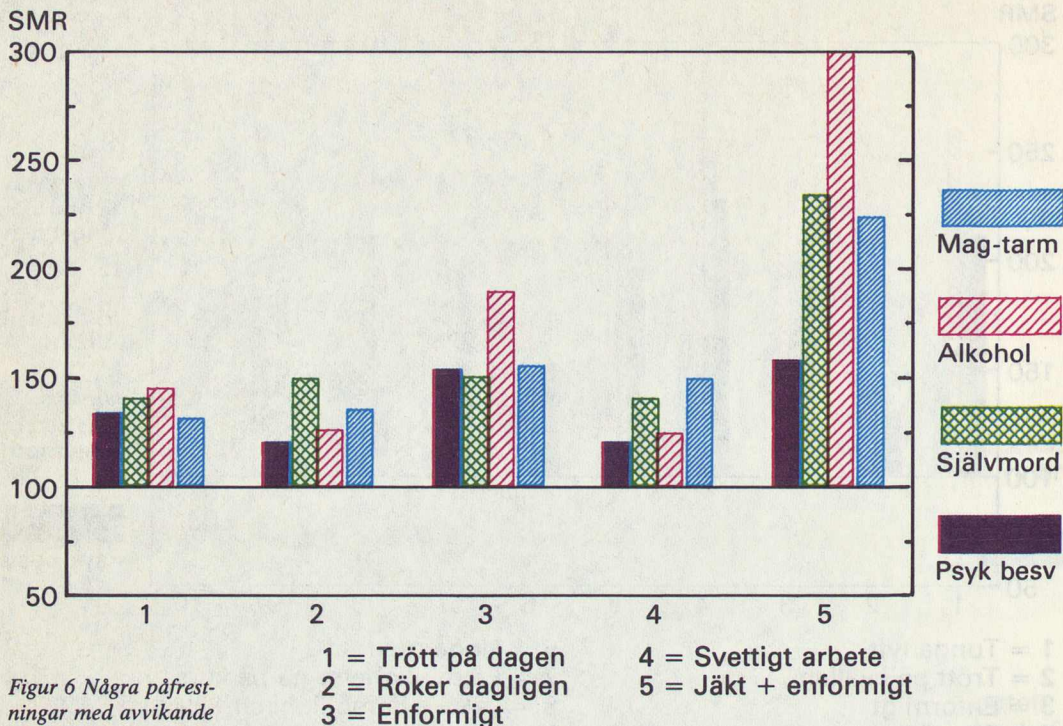
sjukdomar och mag-tarmsjukdomar har dessutom signifikant högre SMR-värden för ytterligare två gemensamma påfrestningar.

Vidare är SMR-värdena för män signifikant lägre än 100 i alla fyra diagnosgrupperna för yrken, där man ofta har lång arbetstid. Också bland män i yrken, där man ofta uppgivit sig ha psykiskt påfrestande arbete, förefaller sluten vård på grund av psykiska eller psykosomatiska problem mindre vanligt. SMR-värdena för denna påfrestning är låga för såväl vissa psykiska besvär, alkoholsjukdomar som matstrupens, magsäckens och tolvfingertarmens sjukdomar.

För kvinnor är mönstret inte lika tydligt. Alla fyra diagnosgrupperna har fem gemensamma påfrestningar med förhöjda SMR-värden. Överensstämmelsen är här sämst mellan självmord och mag-tarmsjukdomarna. Ytterligare sex påfrestningar är gemensamma för tre av de fyra diagnosgrupperna.

Endast variabeln enformigt arbete visar förhöjt SMR-värde för både män och kvinnor i alla fyra diagnosgrupperna. Påfrestningar med sju förhöjda SMR-värden av åtta möjliga (fyra per kön) är: svettas dagligen, ej deltagit i kurs på arbetstid senaste tolv månaderna samt kombinationen jäktigt arbete och tunga lyft.

Man måste vara försiktig med tolkningen av sambanden för dessa sjukdomar, eftersom de ofta har ett långvarigt förlopp innan sluten vård blir aktuell. Genomgående föreligger dock mycket höga SMR-värden. I många



Figur 6 Några påfrestningar med avvikande SMR-värden för olika psykisk/psykosomatiska besvär bland kvinnor i åldern 20-64 år

fall reduceras dessa dock (utan att signifikansen försvinner) vid kontroll för "tunga lyft". (Det bör även påpekas att självfallet inte samtliga mag-tarmsjukdomar, som ingår i analysen, betraktas som psykosomatiska).

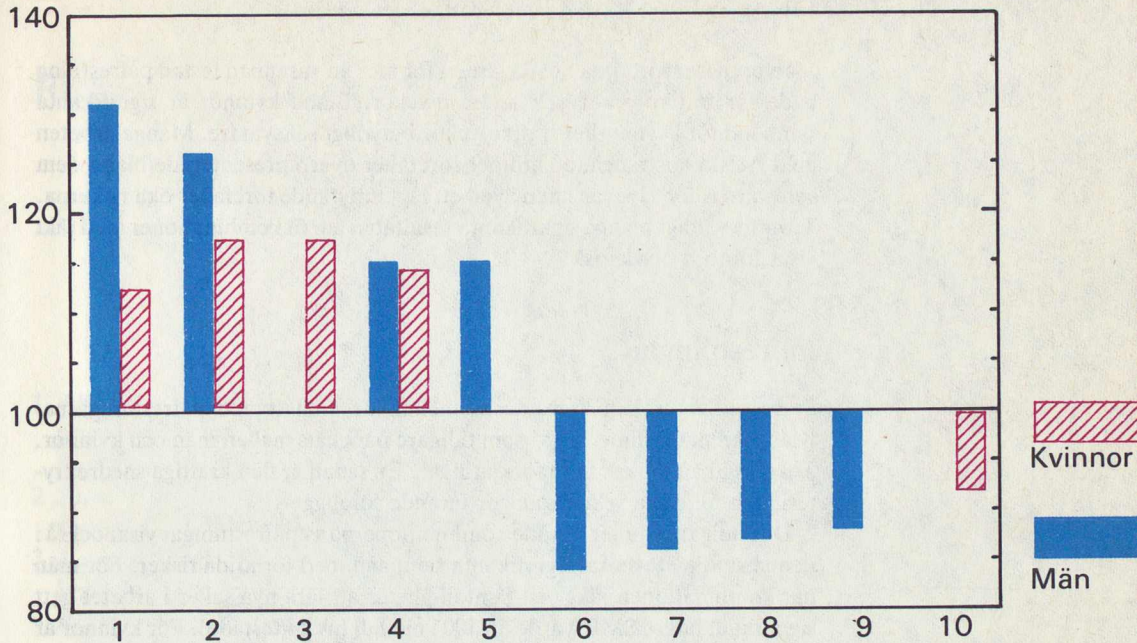
Cancer

Mönstret för cancer bland män avviker markant från alla andra resultat i denna studie. Både för blod- och lymfcancer och för övrig cancer erhöles fler signifikanta SMR-värden under än över 100. Det är också anmärkningsvärt att både jäktigt arbete (enbart) och psykiskt ansträngande arbete är två av de endast fyra påfrestningar – förutom två kombinationer med jäkt – som visar förhöjt vårdutnyttjande för cancerdiagnoser. Båda dessa påfrestningar visar samband med lågt vårdutnyttjande för ett flertal andra diagnoser.

Till dessa något oväntade resultat kan finnas ett flertal (samverkande) förklaringar. Latenstiden för cancer är lång. Många kan därför ha hunnit byta yrke. Urvalet till olika yrken (den s k healthy worker effekten) kan spela in. En annan hypotes kan vara att t ex tjänstemän snabbare söker för symtom och snabbare kan få adekvat vård.

Å andra sidan stöder en del resultat från andra nordiska studier hypotesen att vissa av de här analyserade påfrestningarna kan ha ett negativt samband med vissa cancerformer. Låg dödlighet i blod- och lymfcancer har observerats i Danmark för bl a "facklärdare arbetare" och för arbetare i järn-

SMR



- 1 = Jäkt + få möjligheter lära nytt
 2 = Jäkt + enformigt
 3 = Jäkt + lågt infl. över tempo
 4 = Jäkt
 5 = Psykiskt ansträngande

- 6 = Smutsigt
 7 = Lågt inflytande över planering
 8 = Buller
 9 = Tunga lyft
 10 = Trött på kvällen

Figur 7 Några påfrestningar med avvikande SMR-värden för cancer bland män respektive kvinnor i åldern 20-64 år

och metallindustri (7). I Finland har låg dödlighet i leukemi noterats för arbetare i tillverkningsindustri som helhet (8).

För kvinnor visar analyserna för cancer ett mönster som mer överensstämmer med det som erhållits för övriga diagnoser. Särskilt kan man peka på överrepresentationen för yrken med kombinationer av jäkt och lågt inflytande. Detta gäller även för män i andra cancerformer än blod- och lymfcancer.

Ryggsjukdom

För ryggsjukdomar är framför allt yrken, i vilka man anger litet inflytande och fysiska påfrestningar av olika slag, överrepresenterade. Inte för någon av de testade kombinationerna med jäkt erhöles signifikanta resultat. Man skall komma ihåg att bara allvarliga ryggsjukdomar blir föremål för slutna vård.

Övriga sjukdomar

Också för diabetes och för sjukdomar i kvinnliga genitalorgan visar analyserna på förhöjda SMR-värden för ett flertal av de testade kombinationerna med jäkt.

Olyckor

Män uppvisar förhöjda SMR-värden för mer än varannan testad påfrestning både för trafikolyckor och andra olyckor. Bland kvinnor är signifikanta samband för i synnerhet trafikolyckor betydligt sällsyntare. Många arbeten med fysiskt ansträngande miljöer förefaller överrepresenterade bland dem som vårdas för olyckor, men även ett lågt inflytande förefaller öka riskerna. Trots de väldigt många signifikanta resultaten har få kombinationer med jäkt visat förhöjd olycksrisk.

Påfrestningar

Stora olikheter kan konstateras mellan de analyserade påfrestningarna. Klara skillnader finns också som tidigare påpekats mellan män och kvinnor. Till detta kan tänkas flera förklaringar. En sådan är den kraftiga snedrekryteringen till olika yrken som fortfarande föreligger.

De i tidigare studier testade kombinationerna av påfrestningar visar också i denna studie ett flertal signifikanta samband med förhöjda risker. För män har kombinationen jäkt och få möjligheter att lära nya saker i arbetet gett signifikant högre SMR-värde än 100 i nio fall (av 14 testade). För kvinnor är kombinationen jäktigt och enformigt arbete mest utslagsgivande (tio fall av femton). Det kan noteras att kombinationen jäkt och lågt inflytande över arbetstempot för män inte ger några förhöjda SMR-värden men väl sänkta i två fall. Kombinationen jäktigt och enformigt arbete har tidigare visats ha samband med förhöjd sjukfrånvaro (9).

Andra påfrestningar med många förhöjda risker är för män noga med tid (tio fall), få möjligheter lära nya saker (nio fall), enformigt arbete (åtta fall), få möjligheter gå på kurs (åtta fall), arbete med olycksrisk (sju fall), tunga lyft (sju fall), svettigt arbete (sju fall) samt lågt inflytande över planeringen av arbetet (sju fall).

För kvinnor är andra vanliga indikatorer på förhöjt vårdutnyttjande trötthet senaste två veckorna (tio fall), trötthet på dagen (nio fall), röker dagligen (nio fall), enformigt arbete (åtta fall), lågt inflytande över planeringen av arbetet (åtta fall), lågt inflytande över arbetstempot (åtta fall) och lågt inflytande över val av arbetskamrater (åtta fall).

Yrken med lång arbetstid har för åtta diagnoser bland män signifikant lägre SMR-värden än 100. För tre av dessa diagnoser ger lång arbetstid förhöjt SMR-värde för kvinnor. Också yrken med jäktigt arbete och psykiskt påfrestande arbete har för män ett flertal signifikant låga SMR-värden. För psykisk påfrestning gäller detta även för kvinnor i ett fall.

Noga med tid, som för män visar flest diagnoser med förhöjda SMR-värden, har för kvinnor endast ett SMR-värde över 100 men också ett som är lägre än 100.

Referenser

- 1 *Alfredsson L, Karasek R, Theorell T*: Myocardial infarction risk and psychosocial work environment: An analysis of the male Swedish working force. *Soc Sci Med* 1982;16:463-7
- 2 *Spetz C-L*: Fakta om ohälsans och vårdutnyttjandets socioekonomiska fördelning i Sverige. SOU 1984:41.
- 3 *Karasek R*: Job demands, job decision latitude and mental strain. Implications for job redesign. *Adm Sci Qu* 1979;24:285-308.
- 4 *Rothman K J, Boice J D*: Epidemiologic analysis with a programable calculator, DREW publication no (NIH) 79-1649, Washington DC: Government Printing Office, 1979.
- 5 *Alfredsson L, Theorell T*: Job characteristics of occupations and myocardial infarction risk – effect of possible confounding factors. *Soc Sci Med* 1983;17:1497-1503.
- 6 *Theorell T, Flodérus-Myrhed B*: Workload and risk of myocardial infarction. A prospective psychosocial analysis. *Int J Epidemiol* 1977;6:17-21.
- 7 Dödelighed og erhverv 1970-75. Danmarks statistik. Köpenhamn 1979.
- 8 Yrke och dödlighet 1971-75. Statistikcentralen. Helsingfors 1979.
- 9 Levnadsförhållanden, rapport 15. Arbetsförhållanden och sjukfrånvaro 1975/76. SoS, SCB 1979.

Reference

- 1. [Faint text]
- 2. [Faint text]
- 3. [Faint text]
- 4. [Faint text]
- 5. [Faint text]
- 6. [Faint text]
- 7. [Faint text]
- 8. [Faint text]
- 9. [Faint text]

[Faint text at bottom right]

Appendix

Förteckning över de variabler – påfrestningar – som analyserats

Alla undersökningar om levnadsförhållandena (ULF) under perioden 1977 – 1981 har utnyttjats.

Variabel	Påstående	Fråga nr i ULF-77	Antal årgångar för variabeln
deltid 1/	var anställd på deltid	57	5
avvikande arbetstid	annat än dagtid	61	5
olycksrisk	arbetet innebär risk för olycksfall	63	5
tunga lyft	tunga lyft krävs i arbetet	82a	5
smutsigt 2/	blir utsatt för svår nedsmutsning	83	5
bullrigt 2/	blir utsatt för öronbedövande buller för jämnan	80a-c	5
trött senaste 2 veckorna	ofta trött senaste 2 veckorna	39a	4
trött på morgonen 2/	svårt komma igång på morgnarna	39b	4
trött på dagen 1/	påfallande trött om dagarna	39c	4
trött på kvällen	påfallande trött om kvällarna	39d	4
sömnbesvär 1/	har haft besvär med sömnen	39e	4
huvudvärk	har haft återkommande huvudvärk eller migrän	39f	4
få möjlighet prata rast	har som regel ej möjlighet att prata med arbetskamrater under rast	76	4

1/ endast analyserad för kvinnor

2/ endast analyserad för män

Variabel	Påstående	Fråga nr i ULF-77	Antal årgångar för variabeln
få möjlighet prata jämt	har ej möjlighet att prata med arbetskamrater i stort sett närsomhelst	77	4
liten kontakt	har ej kontakt med arbetskamrater p g a arbetsuppgifter	78	4
röker dagligen	röker dagligen	41	3
röker >20 cig/dagl 2/	röker mera än 20 cigaretter dagligen	41	3
jäktigt	har jäktigt arbete	81a	3
enformigt	har enformigt arbete	81b	3
psykiskt ansträngande	har psykiskt ansträngande arbete	81c	3
ensidiga rörelser	har arbete med upprepade och ensidiga arbetsrörelser	81d	3
olämplig ställning	har arbete som tvingar till olämpliga arbetsställningar	81e	3
svettigt arbete	har arbete som medför att man svettas dagligen	81f	3
skakigt arbete 2/	utsätts för kraftiga skakningar eller vibrationer i arbetet	81g	3
explosionsrisk 2/	handskas med brandfarliga eller explosiva ämnen	81h	3
frättrisk	handskas med syror eller frätande ämnen	81i	3
få möjligheter lära nytt	har ej stora möjligheter att lära sig nya saker på arbetet	81j	3
lång arbetstid	arbetar minst 10 tim per dag (exkl restid)	62	2
lågt inflytande planering	inget inflytande alls över planering av arbetet	66a	2
lågt inflytande tempo	inget inflytande alls över arbetstempot	66b	2
lågt inflytande arbetstid	inget inflytande alls över förläggning av arbetstid	66c	2
lågt inflytande rast	inget inflytande alls över förläggning av rast	66d	2
lågt inflytande chef	inget inflytande alls över tillsättning av närmaste chef	66e	2
lågt inflytande semester	inget inflytande alls över förläggning av semester	66f	2
lågt inflytande kamrater	inget inflytande alls över val av arbetskamrater	66g	2

2/ endast analyserad för män

Variabel	Påstående	Fråga nr i ULF-77	Antal årgångar för variabeln
noga med tid	det är noga komma i tid till arbetet	67a	2
få möjlighet privat telefon	kan ej ta emot åtminstone ett privat telefonsamtal per dag	67b	2
få möjlighet privat besök	kan ej ta emot privata besök under arbetstid	67c	2
få möjligheter gå på kurs	har ej deltagit i kurs på arbetstid senaste 12 månaderna	67d	2
inställning	anser att jobbet är som alla andra och att förtjänsten är det enda som betyder något	68	2
besvärande värme	besväras av värme på arbetet	84a	2
besvärande kyla 2/	besväras av kyla på arbetet	84b	2
besvärande drag 2/	besväras av drag	84c	2
besvärande ventilation 1/	besväras av otillräcklig ventilation på arbetet	84d	2
dålig belysning	besväras av olämplig belysning på arbetet	84e	2
besvärande gas 2/	besväras av gas, damm, rök eller dimma på arbetet	84f	2
liten kund- kontakt	har ej vanligen mycket kontakt med kunder eller besökande	86	2
inomhus	arbetar inomhus hela dagen	79a	2

1/ endast analyserad för kvinnor

2/ endast analyserad för män

Datum	Beschreibung	Haben	Soll
	1. - Betrag anfangs für...		
	2. - Betrag anfangs für...		
	3. - Betrag anfangs für...		
	4. - Betrag anfangs für...		
	5. - Betrag anfangs für...		
	6. - Betrag anfangs für...		
	7. - Betrag anfangs für...		
	8. - Betrag anfangs für...		
	9. - Betrag anfangs für...		
	10. - Betrag anfangs für...		
	11. - Betrag anfangs für...		
	12. - Betrag anfangs für...		
	13. - Betrag anfangs für...		
	14. - Betrag anfangs für...		
	15. - Betrag anfangs für...		
	16. - Betrag anfangs für...		
	17. - Betrag anfangs für...		
	18. - Betrag anfangs für...		
	19. - Betrag anfangs für...		
	20. - Betrag anfangs für...		
	21. - Betrag anfangs für...		
	22. - Betrag anfangs für...		
	23. - Betrag anfangs für...		
	24. - Betrag anfangs für...		
	25. - Betrag anfangs für...		
	26. - Betrag anfangs für...		
	27. - Betrag anfangs für...		
	28. - Betrag anfangs für...		
	29. - Betrag anfangs für...		
	30. - Betrag anfangs für...		
	31. - Betrag anfangs für...		
	32. - Betrag anfangs für...		
	33. - Betrag anfangs für...		
	34. - Betrag anfangs für...		
	35. - Betrag anfangs für...		
	36. - Betrag anfangs für...		
	37. - Betrag anfangs für...		
	38. - Betrag anfangs für...		
	39. - Betrag anfangs für...		
	40. - Betrag anfangs für...		
	41. - Betrag anfangs für...		
	42. - Betrag anfangs für...		
	43. - Betrag anfangs für...		
	44. - Betrag anfangs für...		
	45. - Betrag anfangs für...		
	46. - Betrag anfangs für...		
	47. - Betrag anfangs für...		
	48. - Betrag anfangs für...		
	49. - Betrag anfangs für...		
	50. - Betrag anfangs für...		

Tabellbilaga

Tabell 1 Slutenvård 1976 för hjärtinfarkt hos personer i yrken med stor andel som i ULF uppgivit sig ha påfrestning. Jämförelsepopulation: personer i yrken med på motsvarande sätt liten andel (under medianen).

Påfrestning	MÄN 20-64 år			90 % konf. intervall
	SMR	Obs	Förv	
Jäktigt arbete med få möjligheter lära nytt	128	171	135	112-145
Noga med tid	121	425	350	112-132
Jäktigt och enformigt arbete	118	207	176	104-132
Avvikande arbetstid	115	407	356	105-124
Explosionsrisk	113	578	511	106-121
Få möjligheter lära nytt	113	538	476	105-121
Lång arbetstid	82	577	705	76-88

Påfrestning	KVINNOR 20-64 år			90 % konf. intervall
	SMR	Obs	Förv	
Trött på dagen	199	83	42	164-237
Jäktigt och enformigt arbete	164	31	19	119-222
Avvikande arbetstid	152	73	50	119-177
Huvudvärk	149	90	60	124-178
Lågt inflytande på semester	145	75	52	119-176
Trött senaste 2 veckorna	133	55	41	105-167
Lågt inflytande på val av arbetskamrater	133	64	48	107-164
Lång arbetstid	131	87	66	109-157
Enformigt arbete	128	97	76	108-152
Få möjligheter prata under arbetet	66	52	78	52-84

tabell 1 forts

Påfrestning	MÅN 20-54 år			90 % konf. intervall
	SMR	Obs	Förv	
Jäktigt arbete med få möjlig- heter lära nytt	157	83	53	130-188
Jäktigt och enformigt arbete	153	94	62	128-181
Jäktigt arbete med tunga lyft	145	73	50	118-176
Enformigt arbete	143	228	159	128-160
Besvärande drag	138	240	174	123-153
Få möjligheter lära nytt	135	224	166	120-151
Explosionsrisk	132	248	188	118-146
Avvikande arbetstid	130	183	140	115-147
Besvärande damm och gas	128	250	195	115-142
Noga med tid	125	173	139	109-141
Tunga lyft	123	230	186	110-138
Trött på morgonen	117	219	188	104-130
Lågt inflytande på val av chef	86	158	184	75-98
Lång arbetstid	72	223	311	64-80

Tabell 2 Slutna vård 1976 för ishemiska hjärtsjukdomar hos personer i yrken med stor andel som i ULF uppgivit sig ha påfrestning. Jämförelsepopulation: personer i yrken med på motsvarande sätt liten andel (under medianen).

Påfrestning	MÅN 20-64 år			90 % konf. intervall
	SMR	Obs	Förv	
Jäktigt arbete med få möjlig- heter lära nytt	130	365	282	119-141
Jäktigt och enformigt arbete	119	430	362	110-129
Avvikande arbetstid	119	849	716	112-126
Få möjligheter lära nytt	114	1099	962	109-120
Noga med tid	114	832	733	107-120
Enformigt arbete	112	1054	938	107-118
Besvärande kyla	112	1474	1315	107-117
Lång arbetstid	86	1201	1400	82-90

tabell 2 forts

Påfrestning	KVINNOR 20-64 år			90 % konf. intervall
	SMR	Obs	Förv	
Trött på dagen	151	194	129	133-170
Jäktigt och enformigt arbete	149	78	52	122-180
Huvudvärk	144	232	161	129-160
Lågt inflytande över rast	141	150	106	123-162
Avvikande arbetstid	140	183	131	124-158
Jäktigt och svettigt arbete	140	148	106	122-161
Jäktigt arbete med tunga lyft	137	143	104	119-157
Lågt inflytande över semester	136	190	139	120-154
Lågt inflytande över arbetstempo	131	175	134	115-148
Jäktigt och lågt inflytande över arbetstempo	131	158	120	115-150
Få möjligheter gå på kurs	129	202	156	115-145
Jäktigt arbete med få möjlig- heter lära nytt	129	112	87	109-150
Inomhusarbete	128	120	94	109-149
Lågt inflytande över planering	128	224	175	114-143
Svettigt arbete	128	224	176	114-142
Dålig ventilation	127	196	155	112-143
Lågt inflytande på val av arbetskamrater	127	163	129	111-144
Få möjligheter till privata besök	126	177	141	111-143
Lågt inflytande över arbetstid	125	179	143	110-141
Jäktigt arbete	124	181	146	109-140
Få möjligheter till telefonsamtal	123	179	146	108-139
Tunga lyft	122	223	184	108-136
Trött senaste 2 veckorna	121	138	114	104-139

Tabell 3 Slutna vård 1976 för cerebrovaskulär sjukdom hos personer i yrken med stor andel som i ULF uppgivit sig ha påfrestning. Jämförelsepopulation: personer i yrken med på motsvarande sätt liten andel (under medianen).

Påfrestning	MÄN 20-64 år			90 % konf. intervall
	SMR	Obs	Förv	
Trött på morgonen	117	329	282	106-128
Trött på kvällen	115	442	383	106-125
Enformigt arbete	115	327	284	105-126
Noga med tid	114	254	222	103-127

Påfrestning	KVINNOR 20-64 år			90 % konf. intervall
	SMR	Obs	Förv	
Få möjligheter prata under arbetet	124	143	116	107-142
Lågt inflytande på val av chef	115	201	175	102-129

Tabell 4 Slutna vård 1976 för vissa psykiska besvär hos personer med stor andel som i ULF uppgivit sig ha påfrestning. Jämförelsepopulation: personer i yrken med på motsvarande sätt liten andel (under medianen).

Påfrestning	MÄN 20–64 år			90 % konf. intervall
	SMR	Obs	Förv	
Få möjligheter lära nytt	227	3103	1370	220–233
Ensidiga rörelser	211	3187	1512	205–217
Enformigt arbete	210	3238	1545	204–216
Tunga lyft	209	3273	1567	203–215
Lågt inflytande över arbetstid	206	3313	1607	200–212
Få möjligheter gå på kurs	198	3187	1609	192–204
Svettigt arbete	197	3155	1602	191–203
Lågt inflytande över planering	195	3154	1621	189–200
Noga med tid	151	2325	1543	146–156
Lågt inflytande över rast	147	2882	1964	142–151
Lågt inflytande över semester	145	3039	2096	141–149
Jäktigt arbete med få möjligheter lära nytt	141	972	691	133–148
Lågt inflytande på val av chef	139	2528	1826	134–143
Jäktigt arbete och tunga lyft	135	902	667	128–143
Trött på kvällen	129	2984	2305	126–133
Trött på morgonen	127	2644	2087	123–131
Sömnbesvär	114	2925	2561	111–118
Jäktigt arbete med lågt inflytande över arbetstempo	82	988	1199	78–87
Lång arbetstid	74	2408	3257	71–76
Psykiskt ansträngande arbete	57	1985	3502	55–59
Jäktigt arbete	56	2029	3618	54–58

Påfrestning	KVINNOR 20–64 år			90 % konf. intervall
	SMR	Obs	Förv	
Jäktigt och enformigt arbete	158	673	426	148–169
Enformigt arbete	154	2066	1344	144–159
Lågt inflytande över rast	138	1705	1239	132–143
Trött på dagen	134	1778	1327	129–139
Ensidiga rörelser	129	1343	1042	123–135
Lågt inflytande över planering	129	1559	1206	124–135
Få möjligheter gå på kurs	129	1467	1134	124–135
Trött senaste 2 veckorna	128	1672	1305	123–133
Instrumentell inställning	128	1985	1557	123–132
Tunga lyft	123	1518	1234	118–128
Få möjligheter till telefonsamtal	123	1389	1128	118–129
Sömnbesvär	122	1919	1578	117–126
Röker dagligen	121	1418	1175	115–126
Svettigt arbete	121	1525	1266	115–126
Huvudvärk	117	1900	1624	113–121
Olämplig arbetsställning	116	1567	1348	111–121
Lågt inflytande över arbetstempo	116	1354	1163	111–122
Lågt inflytande över semester lära nytt	115	1307	1136	110–121
Få möjligheter	114	1438	1257	110–120
Lågt inflytande på val av arbetskamrater	114	1193	1048	109–119
Jäktigt och svettigt arbete	114	778	681	101–121
Jäktigt arbete och tunga lyft	112	819	730	106–119
Trött på kvällen	109	1583	1450	105–114
Lågt inflytande på val av chef	108	1942	1797	104–112
Få möjligheter prata under rast	89	1368	1542	85–93
Noga med tid	88	1297	1472	84–92
Psykiskt ansträngande	84	1170	1392	80–88

Tabell 5 Slutet vård 1976 för självmord (inkl. försök) hos personer i yrken med stor andel som i ULF uppgett sig ha påfrestning. Jämförelsepopulation: personer i yrken med på motsvarande sätt liten andel (under medianen).

Påfrestning	MÄN 20-64 år			90 % konf. intervall
	SMR	Obs	Förv	
Få möjligheter lära nytt	244	180	74	214-275
Instrumentell inställning	227	193	85	201-256
Tunga lyft	225	192	85	199-254
Jäktigt arbete med få möjligheter lära nytt	215	57	27	170-268
Lågt inflytande över planering	212	184	87	187-240
Enformigt arbete	198	186	94	175-224
Få möjligheter gå på kurs	195	184	95	172-220
Jäktigt arbete med tunga lyft	190	63	33	152-234
Noga med tid	152	136	89	132-176
Trött på kvällen	141	168	119	124-161
Lång arbetstid	71	130	184	61-82

Påfrestning	KVINNOR 20-64 år			90 % konf. intervall
	SMR	Obs	Förv	
Jäktigt och enformigt arbete	234	107	46	198-275
Jäktigt och svettigt arbete	178	118	66	151-207
Jäktigt arbete med tunga lyft	162	116	71	138-189
Enformigt arbete	151	257	170	136-168
Röker dagligen	150	194	129	133-169
Olycksrisk	145	191	132	128-163
Jäktigt arbete	144	169	118	126-163
Svettigt arbete	141	201	143	125-158
Trött på dagen	141	235	167	126-157
Lågt infl. över rast	140	233	167	125-155
Trött senast 2 veckorna	133	224	167	118-148
Olämplig arbetställning	128	203	158	114-144
Dålig ventilation	128	181	141	113-145

Tabell 6 Slutna vård 1976 för alkoholsjukdom hos personer i yrken med stor andel som i ULF uppgivit sig ha påfrestning. Jämförelsepopulation: personer i yrken med på motsvarande sätt liten andel (under medianen).

Påfrestning	MÄN 20-64 år			90 % konf. intervall
	SMR	Obs	Förv	
Lågt infl över arbetstidens förläggning	260	2163	834	250-269
Tunga lyft	258	2131	826	249-267
Få möjligheter lära nytt	255	1986	780	245-264
Svettigt arbete	242	2061	852	233-251
Enformigt arbete	234	2034	870	225-242
Låg inflytande över planering	234	2038	872	225-243
Få möjligheter gå på kurs	233	2040	876	225-242
Ensidiga rörelser	231	2015	872	223-240
Liten kontakt med kunder				
Röker dagligen	185	1929	1042	178-192
Besvär av kyla	174	2217	1277	168-180
Noga med tid	169	1487	881	162-176
Lågt inflytande över rast	167	1870	1117	161-174
Jäktigt arbete med tunga lyft	160	562	351	149-172
Lågt inflytande över semester	156	1920	1230	150-162
Lågt inflytande över val av chef	151	1598	1057	145-158
Jäktigt med få möjligheter lära nytt	143	562	394	133-153
Trött på kvällen	141	1924	1364	136-147
Trött på morgonen	126	1607	1273	121-137
Jäktigt med lågt inflytande över arbetstempo	77	580	752	72-83
Lång arbetstid	73	1486	2050	69-76
Jäktigt arbete	50	1163	2346	47-52
Psykiskt ansträngande arbete	47	1098	2361	44-49

Påfrestning	KVINNOR 20-64 år			90 % konf. intervall
	SMR	Obs	Förv	
Jäktigt och enformigt arbete	309	163	53	271-352
Lågt inflytande över rast	191	369	193	175-208
Enformigt arbete	190	456	240	175-205
Instrumentell inställning	160	447	279	148-173
Ensidiga rörelser	149	307	206	135-164
Trött på dagen	146	367	252	134-159
Lågt inflytande över planering	141	347	246	129-154
Jäktigt och svettigt arbete	138	198	143	122-155
Huvudvärk	137	403	294	126-149
Få möjligheter gå på kurs	136	315	233	123-149
Trött senaste 2 veckorna	134	326	243	122-147
Röker dagligen	127	310	244	116-140
Jäktigt och lågt inflytande över tempo	127	214	168	113-143
Jäktigt med få möjligheter lära nytt	126	148	118	109-144
Lågt inflytande över tempo	126	293	232	114-139
Svettigt arbete	125	329	263	114-137
Inomhusarbete	125	262	210	112-138
Jäktigt arbete med tunga lyft	123	188	153	109-139
Jäktigt arbete	121	268	221	109-134
Lång arbetstid	121	342	282	111-133
Få möjligheter till telefonsamtal	115	280	243	104-127

Tabell 7 Slutenvård 1976 för blod- och lymfcancer hos personer i yrken med stor andel som i ULF uppgivit sig ha påfrestning. Jämförelsepopulation: personer i yrken med på motsvarande sätt liten andel (under medianen).

Påfrestning	MÄN 20-64 år			90 % konf. intervall
	SMR	Obs	Förv	
Psykiskt ansträngande arbete	129	120	93	110-150
Inomhusarbete	125	102	82	105-147
Smutsigt arbete	81	87	108	67-96
Få möjligheter lära nya saker	81	83	102	67-98
Ensidiga rörelser	80	91	114	67-95
Tunga lyft	79	93	117	66-94
Bevärande kyla	77	117	152	65-89
Lågt inflytande över rast	77	90	118	64-91
Lågt inflytande över val av arbetskamrater	75	86	114	62-90
Lågt inflytande över planering	75	87	117	62-89

Påfrestning	KVINNOR 20- 64 år			90 % konf. intervall
	SMR	Obs	Förv	
Jäktigt och enformigt arbete	197	30	15	142-267
Lågt inflytande över tempo	182	64	35	146-224
Jäktigt arbete med lågt inflytande över tempo	178	53	30	140-224
Lågt inflytande över val av arbetskamrater	169	58	34	134-210
Avvikande arbetstid	167	62	37	133-206
Lågt inflytande över planering	152	68	45	123-186
Jäktigt och svettigt arbete	151	43	28	115-195
Jäktigt arbete	148	58	39	118-184
Ensidiga rörelser	147	59	40	117-182
Jäktigt arbete med tunga lyft	146	44	30	112-188
Lågt inflytande över arbetstiden	133	55	41	105-166

Tabell 8 Slutna vård 1976 för annan cancer än blod- och lymfcancer hos personer i yrken med stor andel som i ULF uppgivit sig ha påfrestning. Jämförelsepopulation: personer i yrken med på motsvarande sätt liten andel (under medianen).

Påfrestning	MÄN 20-64 år			90 % konf. intervall
	SMR	Obs	Förv	
Jäktigt arbete med få möjligheter lära nytt	139	218	156	124-156
Jäktigt och enformigt arbete	130	275	212	117-143
Få möjligheter prata under rast	114	720	629	107-122
Jäktigt arbete	114	700	612	107-122
Tunga lyft	90	622	694	84-96
Skakigt arbete	90	592	659	84-96
Olämplig arbetsställning	89	562	634	83-95
Besvärande kyla	89	803	899	84-95
Lågt inflytande på val av arbetskamrater	89	607	681	83-95
Få möjligheter till telefonsamtal	88	593	678	82-94
Lågt inflytande över planering	88	595	675	82-94
Buller	88	498	568	81-94
Smutsigt arbete	85	554	655	79-81

Påfrestning	KVINNOR 20-64 år			90 % konf. intervall
	SMR	Obs	Förv	
Jäktigt arbete med lågt inflytande över tempo	114	582	513	106-122
Lågt inflytande över arbetstempo	112	673	602	105-119
Jäktigt arbete med få möjligheter lära nytt	111	438	394	103-120
Jäktigt arbete	111	694	623	104-119
Röker dagligen	108	736	684	101-114
Trött på kvällen	92	689	750	86-98

Tabell 9 Slutet vård 1976 för cancer, totalt hos personer i yrken med stor andel som i ULF uppgivit sig ha påfrestning. Jämförelsepopulation: personer i yrken med på samma sätt liten andel (under medianen)

Påfrestning	MÄN 20-64 år			90 % konf. intervall
	SMR	Obs	Förv	
Jäktigt arbete med få möjligheter lära nytt	131	250	191	118-145
Jäktigt och enformigt arbete	126	317	251	115-139
Få möjligheter prata under rast	115	834	726	108-122
Jäktigt arbete	115	813	709	108-122
Psykiskt ansträngande arbete	115	849	742	108-121
Skakigt arbete	90	686	765	84-96
Tunga lyft	88	715	812	83-94
Besvärande kyla	88	920	1052	83-92
Lågt inflytande över rast	88	731	828	83-94
Lågt inflytande över val av arbetskamrater	87	693	795	82-93
Få möjligheter till telefonsamtal	87	685	784	82-93
Olämplig arbetsställning	87	645	712	81-93
Buller	87	575	664	81-93
Lågt inflytande över planering	86	682	792	81-92
Smutsigt arbete	84	641	763	79-90

Påfrestning	KVINNOR 20-64 år			90 % konf. intervall
	SMR	Obs	Förv	
Jäktigt arbete med lågt inflytande över arbetstempo	117	635	643	109-125
Jäktigt och enformigt arbete	117	335	287	106-128
Lågt inflytande över arbetstempo	116	737	637	109-123
Jäktigt arbete	114	752	663	107-121
Jäktigt arbete med få möjligheter lära nytt	112	468	417	104-121
Lågt inflytande över arbetstid	110	735	666	104-117
Röker dagligen	108	789	733	101-114
Trött på kvällen	92	745	809	87-98

Tabell 10 Slutna vård 1976 för ryggsjukdom hos personer i yrken med stor andel som i ULF uppgett sig ha påfrestning. Jämförelsepopulation: personer i yrken med på motsvarande sätt liten andel (under medianen).

Påfrestning	MÄN 20-64 år			90 % konf. intervall
	SMR	Obs	Förv	
Olycksrisk	145	169	117	127-165
Lågt inflytande över planering	143	178	124	126-162
Lågt inflytande över arbetstiden	142	187	131	126-161
Svettigt arbete	140	177	127	123-158
Besvärande damm och gas	139	187	135	123-157
Lågt inflytande över semester	137	193	141	121-154
Få möjligheter gå på kurs	137	178	130	121-156
Frättrisk	136	168	124	119-154
Instrumentell inställning	135	177	131	118-153
Noga med tid	133	134	101	114-153
Få möjligheter till privata besök	131	177	135	115-149
Trött på morgonen	127	166	131	111-144
Besvärande kyla	123	212	173	109-137
Liten kontakt med arbetskamrater	122	170	140	107-138
Huvudvärk	119	211	177	106-134
Liten kontakt med kunder				

Påfrestning	KVINNOR 20-64 år			90 % konf. intervall
	SMR	Obs	Förv	
Röker dagligen	204	163	80	178-232
Lågt inflytande över semester	185	156	84	161-211
Olämplig arbetsställning	179	170	95	157-204
Få möjligheter till telefonsamtal	179	148	83	155-205
Lågt inflytande över planering	173	163	94	151-197
Ensidiga rörelser	171	142	83	148-196
Avvikande arbetstid	170	141	83	147-195
Få möjligheter gå på kurs	167	147	88	145-191
Tunga lyft	167	161	97	146-190
Lågt inflytande över arbetstempo	166	139	84	143-191
Sömnbesvär	161	200	124	143-181
Trött på dagen	156	159	102	136-178
Lågt inflytande över val av arbetskamrater	150	124	83	128-174
Lång arbetstid	135	158	117	118-154
Enformigt arbete	131	175	134	115-149
Trött senaste 2 veckorna	125	131	105	107-144

Tabell 11 Slutet vård 1976 för matstrupens, magsäckens och tolvfingertarmens sjukdomar hos personer med stor andel som i ULF uppgivit sig ha påfrestning. Jämförelsepopulation: personer i yrken med på motsvarande sätt liten andel (under medianen)

Påfrestning	MÄN 20-64 år			90 % konf. intervall
	SMR	Obs	Förv	
Jäktigt och svettigt arbete	178	208	117	158-200
Svettigt arbete	168	742	443	158-178
Få möjligheter lära nytt	165	692	419	155-176
Tunga lyft	165	749	454	155-175
Få möjligheter gå på kurs	161	733	455	151-171
Jäktigt arbete med tunga lyft	160	232	145	143-178
Enformigt arbete	159	711	448	149-169
Lågt inflytande över planering	157	717	457	147-167
Jäktigt arbete med få möjligheter lära nytt	148			
Noga med tid	131	521	397	122-141
Trött på kvällen	129	779	606	121-136
Liten kontakt med arbetskamrater	126	663	526	118-134
Trött på morgonen	115	614	532	108-123
Trött senaste 2 veckorna	112	662	593	105-119
Lång arbetstid	90	655	730	84-96
Psykiskt ansträngande	74	563	757	69-80

Påfrestning	KVINNOR 20-64 år			90 % konf. intervall
	SMR	Obs	Förv	
Jäktigt och enformigt arbete	224	108	48	190-263
Ensidiga rörelser	176	244	103	158-195
Enformigt arbete	156	313	201	141-171
Svettigt arbete	150	262	175	135-166
Tunga lyft	149	262	176	134-165
Huvudvärk	137	286	208	124-151
Få möjligheter gå på kurs	137	232	169	123-153
Röker dagligen	136	233	171	122-152
Få möjligheter till telefonsamtal	133	218	164	118-148
Trött på dagen	132	247	188	118-146
Få möjligheter till privata besök	130	213	164	116-146
Lågt inflytande över semester	127	224	176	114-142
Trött på kvällen	117	235	202	104-130

Tabell 12 Slutna vård 1976 för sjukdomar i kvinnliga genitalorgan hos personer som i ULF uppgivit sig ha påfrestning. Jämförelsepopulation: personer i yrken med på motsvarande sätt liten andel (under medianen)

Påfrestning	KVINNOR 20-64 år			90 % konf. intervall
	SMR	Obs	Förv	
Jäktigt och enformigt arbete	121	1437	1192	115-126
Jäktigt och svettigt arbete	118	1815	1545	113-122
Få möjligheter gå på kurs	118	3108	2643	114-121
Lågt inflytande över planering	116	3290	2849	112-119
Jäktigt arbete med tunga lyft	115	1929	1680	111-119
Jäktigt arbete med lågt inflytande över arbetstempo	115	2173	1897	111-119
Lågt inflytande över rast	115	3580	3107	112-118
Lågt inflytande över arbetstempo	114	2978	2620	110-117
Trött på dagen	113	3716	3301	110-116
Ensidiga rörelser	113	2786	2468	109-116
Svettigt arbete	112	3291	2935	109-118
Lågt inflytande över arbetstid	112	2795	2491	109-116
Tunga lyft	111	3205	2889	104-114
Huvudvärk	111	4140	3747	108-113
Röker dagligen	111	3019	2719	108-114
Olämplig arbetsställning	111	3425	3088	108-114
Dålig ventilation	111	3064	2763	108-114
Lågt inflytande över val av arbetskamrater	110	2598	2360	107-114
Jäktigt arbete	110	2683	2435	107-114
Trött senaste 2 veckorna	109	3488	3196	106-112
Få möjligheter prata under arbetet	109	3237	2976	106-112
Noga med tid	108	3217	2992	104-111
Enformigt arbete	108	4078	3767	105-111

Tabell 13 Slutna vård 1976 för diabetes hos personer som i ULF uppgivit sig ha påfrestning. Jämförelsepopulation: personer i yrken med på motsvarande sätt liten andel (under medianen)

Påfrestning	MÄN 20–64 år			90 % konf. intervall
	SMR	Obs	Förv	
Trött senaste 2 veckorna	133	706	532	125–141
Jäktigt arbete med få möjligheter lära nytt	132	215	164	117–147
Få möjligheter lära nytt	128	614	479	120–137
Jäktigt och svettigt arbete	127	162	127	111–145
Trött på morgonen	127	635	502	118–135
Sömnbesvär	125	769	614	118–133
Jäktigt arbete med tunga lyft	123	195	158	109–139
Få möjligheter gå på kurs	122	647	529	115–131
Tunga lyft	118	649	550	110–126
Svettigt	116	631	543	109–124
Få möjligheter till privata besök	91	574	632	85–97
Få möjligheter till telefonsamtal	89	557	628	83–95
Lång arbetstid	89	650	731	83–95

Påfrestning	KVINNOR 20–64 år			90 % konf. intervall
	SMR	Obs	Förv	
Huvudvärk	147	432	295	135–159
Jäktigt och enformigt arbete	139	146	105	120–159
Jäktigt arbete med få möjligheter att lära nytt	134	149	111	116–154
Jäktigt och svettigt arbete	131	193	147	116–148
Lågt inflytande över rast	129	339	263	118–141
Trött på dagen	128	366	286	117–140
Jäktigt arbete med tunga lyft	127	198	155	113–143
Inomhusarbete	124	266	214	112–138
Lågt inflytande över planering	124	338	273	113–135
Svettigt arbete	124	345	279	113–135
Tunga lyft	124	337	272	113–136
Få möjligheter gå på kurs	123	317	258	112–135
Enformigt arbete	120	418	347	111–130
Trött senaste 2 veckorna	120	325	272	109–131
Trött på kvällen	113	339	301	103–123
Sömnbesvär	86	388	453	79–93

Tabell 14 Slutna vård 1976 för trafikolyckor hos personer i yrken med stor andel som i ULF uppgivit sig ha påfrestning. Jämförelsepopulationen: personer i yrken med på motsvarande sätt liten andel (under medianen).

Påfrestning	MÅN 20-64 år			90 % konf. intervall
	SMR	Obs	Förv	
Smutsigt arbete	169	548	324	157-182
Svettigt arbete	167	547	327	155-179
Besvär med gas	163	549	338	151-174
Instrumentell inställning	162	564	348	151-174
Tunga lyft	160	558	350	149-171
Lågt inflytande över planering	160	546	342	149-171
Få möjligheter gå på kurs	160	557	349	149-171
Skakigt arbete	159	539	340	147-170
Buller	156	490	315	144-168
Olycksrisk	152	496	327	141-163
Enformigt arbete	151	543	360	140-162
Få möjligheter lära nytt	150	489	326	139-162
Röker dagligen	149	518	348	138-160
Lågt inflytande över arbetstempo	149	553	372	138-159
Besvärande kyla	149	618	415	139-159
Lågt inflytande över val av arbetskamrater	142	509	358	132-153
Frättrisk	140	483	345	130-151
Liten kontakt med arbetskamrater	139	506	365	129-149
Avvikande arbetstid	137	393	287	126-149
Explosionsrisk	137	486	355	127-147
Få möjligheter prata under arbetet	136	427	315	125-147
Få möjligheter till telefonsamtal	134	503	375	124-144
Besvärande drag	134	549	409	125-144
Noga med tid	131	399	305	120-142
Låg inflytande över rast	130	484	374	120-140
Få möjligheter till privata besök	129	507	394	119-138
Trött på kvällen	127	508	399	118-137
Inomhusarbete	74	334	451	68-81
Jäktigt arbete	72	395	549	66-78

Påfrestning	KVINNOR 20-64 år			90 % konf. intervall
	SMR	Obs	Förv	
Få möjligheter till privata besök	147	191	130	130-165
Olycksrisk	141	206	146	125-158
Få möjligheter till privata telefonsamtal	141	191	135	125-159
Tunga lyft	140	209	150	124-156
Lågt inflytande över val av arbetskamrater	133	167	126	116-151
Trött senaste 2 veckorna	124	205	166	110-139
Trött på kvällen	122	211	173	109-137
Besvärande drag	81	202	249	72-91
Sömnbesvär	79	226	286	71-88
Instrumentell inställning	77	213	276	69-86

Tabell 15 Slutna vård 1976 för andra olyckor än trafikolyckor hos personer i yrken med stor andel som i ULF uppgivit sig ha påfrestning. Jämförelsepopulation: personer i yrken med på motsvarande sätt liten andel (under medianen).

Påfrestning	MÄN 20–64 år			90 % konf. intervall
	SMR	Obs	Förv	
Lågt inflytande över arbetstidens förläggning	167	2803	1683	161–172
Tunga lyft	164	2765	1687	159–169
Svettigt arbete	162	2685	1653	157–168
Olycksrisk	161	2515	1562	156–166
Olämplig arbetsställning	160	2611	1633	155–165
Lågt inflytande över planering	160	2687	1677	155–165
Instrumentell inställning	160	2746	1716	155–165
Skakigt arbete	159	2671	1685	154–164
Få möjligheter gå på kurs	156	2703	1728	151–161
Smutsigt arbete	155	2623	1688	150–161
Ensidiga rörelser	154	2591	1686	149–159
Besvärande kyla	152	3117	2053	147–156
Besvärande gas och damm	152	2676	1762	147–157
Buller	151	2392	1585	146–156
Enformigt arbete	150	2652	1766	145–157
Få möjligheter lära nytt	145	2376	1643	140–150
Besvärande drag	142	2728	1926	137–146
Lågt inflytande över semester	142	2704	1901	138–147
Röker dagligen	141	2532	1800	136–145
Få möjligheter till telefonsamtal	139	2540	1828	134–144
Lågt inflytande över rast	138	2507	1815	134–143
Noga med tid	134	1997	1487	129–139
Jäktigt arbete med tunga lyft	132	866	659	124–139
Lågt inflytande över val av chef	124	2181	1757	120–129
Lång arbetstid	94	2349	2508	91–97
Inomhusarbete	74	1695	2301	71–72
Jäktigt arbete	70	1995	2837	68–73
Psykiskt ansträngande arbete	69	1905	2744	67–72

Påfrestning	KVINNOR 20–64 år			90 % konf. intervall
	SMR	Obs	Förv	
Lång arbetstid	118	1179	996	113–124
Avvikande arbetstid	117	953	813	111–124
Lågt inflytandeöver val av arbetskamrater	116	864	746	109–123
Sömnbesvär	112	1434	1276	108–117
Få möjligheter till telefonsamtal	112	948	844	106–119
Lågt inflytande över semester	111	993	893	105–117
Lågt inflytande över arbetstid	110	903	820	104–116
Röker dagligen	110	982	890	105–116
Olycksrisk	109	1067	976	104–115
Ensidiga rörelser	109	912	833	104–116
Trött senaste 2 veckorna	108	1012	937	103–114
Lågt inflytande över planering	108	1071	988	103–114

TABLE 1
 The following table shows the results of the survey of the
 various of the various and the various

PART I	
No.	Description
1	...
2	...
3	...
4	...
5	...
6	...
7	...
8	...
9	...
10	...
11	...
12	...
13	...
14	...
15	...
16	...
17	...
18	...
19	...
20	...
21	...
22	...
23	...
24	...
25	...
26	...
27	...
28	...
29	...
30	...
31	...
32	...
33	...
34	...
35	...
36	...
37	...
38	...
39	...
40	...
41	...
42	...
43	...
44	...
45	...
46	...
47	...
48	...
49	...
50	...

PART II	
No.	Description
1	...
2	...
3	...
4	...
5	...
6	...
7	...
8	...
9	...
10	...
11	...
12	...
13	...
14	...
15	...
16	...
17	...
18	...
19	...
20	...
21	...
22	...
23	...
24	...
25	...
26	...
27	...
28	...
29	...
30	...
31	...
32	...
33	...
34	...
35	...
36	...
37	...
38	...
39	...
40	...
41	...
42	...
43	...
44	...
45	...
46	...
47	...
48	...
49	...
50	...

Bilaga 3 Den jämlika sjukvården?

En studie av demografiska, socioekonomiska och geografiska faktors betydelse för utnyttjandet av slutna somatiska korttidsvård

av *Bengt Haglund*

Historical and Geographical Statistics

For a full and complete list of the names of the various places, see the Appendix.

See also the Appendix.

Innehåll

<i>Sammanfattning</i>	109
---------------------------------	-----

I Några utgångspunkter

1. <i>Inledning</i>	115
2. <i>Metoder</i>	117
Koordinatmetoden	117
Karteringsmetod	118
Statistiska metoder	119
3. <i>Material</i>	121
Befolkningsstatistik	121
Patientstatistik avseende sluten vård	121
Mått på vårdutnyttjande	123
Material från folk- och bostadsräkningar	123
Några begrepp	124
Materialets kvalitet och omfattning	125
Sammanställning av materialet	125
4. <i>Uppsala län</i>	127

II En översiktlig redovisning av vårdutnyttjandet

5. <i>Skillnader mellan kommuner i Uppsala län</i>	133
6. <i>Demografiska faktorer</i>	135
Ålder och kön	135
Civilstånd	136
7. <i>Socioekonomiska faktorer</i>	139
Familjens socioekonomiska status	139
Jämförelse mellan klassificering enligt FoB 60 och FoB 75	141
Socioekonomisk indelning efter familj respektive individ	143
8. <i>Avstånd till sjukhus</i>	145

III Analys av sambanden

9.	<i>Faktorer som påverkar vårdutnyttjandet</i>	149
	Demografiska, socioekonomiska och geografiska faktorer	150
	Social ojämlikhet i hälsa eller vårdutnyttjande	154
	Faktorer som påverkar vårdtidens längd	159
10.	<i>Leder ökade resurser inom primärvården till minskade krav på slutna vård?</i>	161
11.	<i>Sammanfattande diskussion</i>	167
	Sjuklighetens betydelse	167
	Primärvårdens betydelse	169
	Några konklusioner för hälso- och sjukvårdsplaneringen	171
	Är den slutna vården jämlik?	172
	Referenser	173

Tabellförteckning

1.	Befolkningsuppgifter från CFD resp SCB vid två tidpunkter 1977	121
2.	Materialets omfattning beträffande slutna somatisk korttidsvård för personer bosatta i Uppsala län 1977	122
3.	Procentuell andel bortfall av FoB-data efter ålder och kommun	125
4.	Befolkningen i Uppsala län 1977 efter ålder och kommun	127
5.	Procentuell fördelning av sysselsättningen i Uppsala län 1975 efter näringsgren och kommun	129
6.	Antal besök per invånare hos allmänläkare i Uppsala län 1977	129
7.	Procentuell andel vårdade i slutna somatisk korttidsvård i Uppsala län 1977 efter kön, ålder och kommun	133
8.	Procentuell andel vårdade i slutna somatisk korttidsvård respektive antal invånare i Uppsala län 1977 efter ålder och kön	135
9.	Procentuell andel män vårdade i slutna somatisk korttidsvård i Uppsala län 1977 respektive antal män efter ålder och familjens SEI-tillhörighet enl FoB 75	139
10.	Procentuell andel män vårdade i slutna somatisk korttidsvård i Uppsala län 1977 respektive antal män efter ålder och familjens SEI-tillhörighet enligt FoB 60 eller FoB 75	140
11.	Antal män i åldern 45 till 64 år i Uppsala län 1977 efter SEI-tillhörighet enl FoB 60 respektive FoB 75	141
12.	Procentuell andel män vårdade i slutna somatisk korttidsvård i Uppsala län 1977 efter ålder och förändring i SEI-tillhörighet mellan 1960 och 1975	142
13.	Procentuell andel kvinnor vårdade i slutna somatisk korttidsvård i Uppsala län 1977 respektive antal kvinnor efter ålder och familjens SEI-tillhörighet enligt FoB 60 eller FoB 75	143

14.	Procentuell andel kvinnor vårdade i sluten somatisk korttidsvård i Uppsala län 1977 respektive antal kvinnor efter ålder och egen SEI-tillhörighet enligt FoB 60 eller FoB 75	144
15.	Procentuell andel vårdade i sluten somatisk korttidsvård i Uppsala län 1977 efter kön och avstånd till sjukhus	145
16.	Medeltal vård dagar per patient i sluten somatisk korttidsvård i Uppsala län 1977 efter kön och avstånd till sjukhus	146
17.	Logistisk regressionsanalys med förekomsten av sluten somatisk korttidsvård som beroende variabel, enbart män	151
18.	Logistisk regressionsanalys med interaktionstermer och sluten somatisk korttidsvård som beroende variabel, enbart män	152
19.	Logistisk regressionsanalys med interaktionstermer och sluten somatisk korttidsvård som beroende variabel, enbart kvinnor	152
20.	Logistisk regressionsanalys med förekomsten av sluten somatisk korttidsvård som beroende variabel, enbart män i åldern 18-84 år	155
21.	Deskriptiv statistik över variabeln yrkesdödlighet för män i åldern 18-84 år i Uppsala län 1977 efter SEI-tillhörighet enligt FoB 60 och FoB 75	156
22.	Logistisk regressionsanalys med förekomsten av sluten somatisk korttidsvård som beroende variabel och med yrkesdödlighet som en förklarande variabel, enbart män i åldern 18-84 år	156
23.	Logistisk regressionsanalys med förekomsten av sluten somatisk korttidsvård som beroende variabel och både SEI-variabler och yrkesdödlighet som förklarande variabler, enbart män i åldern 18-84 år	157
24.	Regressionsanalys avseende faktorer som påverkar vårdtidens längd inom sluten somatisk korttidsvård	159
25.	Antal besök hos allmänläkare per invånare respektive procentuell andel vårdade i sluten somatisk vård i Uppsala län 1977 efter kommuner	161

Figurförteckning

1.	Den använda socioekonomiska indelningen	124
2.	Översikt över registeruppbyggnaden	126
3.	Karta över Uppsala län	128
4.	Procentuell andel män vårdade i sluten somatisk korttidsvård i Uppsala län 1977 efter ålder och civilstånd	136
5.	Procentuell andel kvinnor vårdade i sluten somatisk korttidsvård i Uppsala län 1977 efter ålder och civilstånd	137
6.	Sannolikheten för män att bli inskrivna i sluten somatisk korttidsvård efter ålder och avstånd	153
7.	Sannolikheten för kvinnor att bli inskrivna i sluten somatisk korttidsvård efter ålder och avstånd	154

8.	Sannolikheten för förvärvsarbetande män i tre olika yrken att bli inskrivna i slutna somatiska korttidsvård efter ålder	158
9.	Ålders- och könsstandardiserade vårdkonsumtionskvoter för slutna vård i Uppsala län 1977	162
10.	Demografiskt och socioekonomiskt standardiserade vårdkonsumtionskvoter för slutna vård i Uppsala län 1977	164

Sammanfattning

Frågan om den svenska sjukvården är jämlik har fått särskild aktualitet genom att lagstiftningen inom hälso- och sjukvårdsområdet tagit upp krav på jämlikhet. Sjukvårdshuvudmännen måste i sin planering sträva efter att kunna erbjuda vård på lika villkor för hela befolkningen. En av förutsättningarna för att planera en jämlik sjukvård är kunskap om den nuvarande sjukvården ur jämlikhetssynpunkt. Med jämlik sjukvård avses i denna studie att likartade sjukvårdsbehov tillgodoses på likvärdigt sätt.

Syftet med denna studie är att analysera den slutna somatiska korttidsvården mot bakgrund av demografiska, socioekonomiska och geografiska faktorer och att därvid diskutera huruvida eventuella skillnader kan ses som tecken på en ojämlig sjukvård. Vidare belyses den ur planeringssynpunkt väsentliga frågan hur primärvårdens omfattning påverkar utnyttjandet av den slutna vården.

Materialet utgörs av individbaserade uppgifter om vårdutnyttjande samt demografiska och socioekonomiska bakgrundsdata för befolkningen i Uppsala län 1977. För de geografiska analyserna används även fastighetskoordinater. Den studerade populationen omfattar drygt 243 900 personer. Utöver olika statistiska analyser genomförs även en kartografisk analys av vårdutnyttjandet.

Av länets befolkning intogs 8,5 procent i slutna vård - såsom denna avgränsats här - minst en gång under 1977. Andelen var något större bland kvinnor än bland män. Ett välkänt ålderssamband framträder: utnyttjandet av somatisk korttidsvård är högt under de första levnadsåren för att sedan minska under barnåren, har ett minimum under tidiga ungdomsår och stiger därefter kontinuerligt. När det gäller civilstånd var det mest framträdande resultatet att fränskilda hade ett klart högre vårdutnyttjande än övriga.

Jordbrukare och tjänstemän var de två socioekonomiska grupper som utnyttjade vården minst. Bl a för att se om det fanns några skillnader i vårdutnyttjande bland pensionärer mot bakgrund av tidigare yrkestillhörighet användes socioekonomiska uppgifter från 1960 för dem som ej förvärvsarbetade 1975. Särskilt beträffande jordbrukarna framstod vårdutnyttjandet som lågt i jämförelse med övriga även efter denna analys. En jämförelse mellan vårdutnyttjandet efter socioekonomisk indelning som baserats enbart på uppgifter från 1975 och en indelning som kompletterats med tidigare yrkesuppgifter för dem som inte längre förvärvsarbetade, visade att - för de grupper som 1960 eller 1975 var förvärvsarbetande - vårdutnyttjandet kommer att underskattas om endast de som fortfarande

yrkesarbetar ingår i materialet.

En väsentlig fråga i detta sammanhang gäller de bakomliggande orsakerna till olikheter i vårdutnyttjande mellan olika socioekonomiska grupper. Denna studie tar bl a upp frågan om vilken betydelse skillnader i sjuklighet har i jämförelse med andra tänkbara orsaker till skillnader i vårdutnyttjandet. Ett sätt att belysa denna fråga är att komplettera materialet med uppgifter om hälsotillståndet. Uppgifter om enskilda individers sjuklighet finns emellertid inte tillgängliga, varför det blev nödvändigt att finna något indirekt mått på sjukligheten. Dödlighetstal - en i många sammanhang använd indikator på sjuklighet - används även i denna studie trots att det för flera sjukdomsgrupper finns bristande överensstämmelse mellan de två måtten. För att åstadkomma en socioekonomisk differentiering av dödlighetstalen användes Statistiska centralbyråns yrkesrelaterade dödsfallsregister.

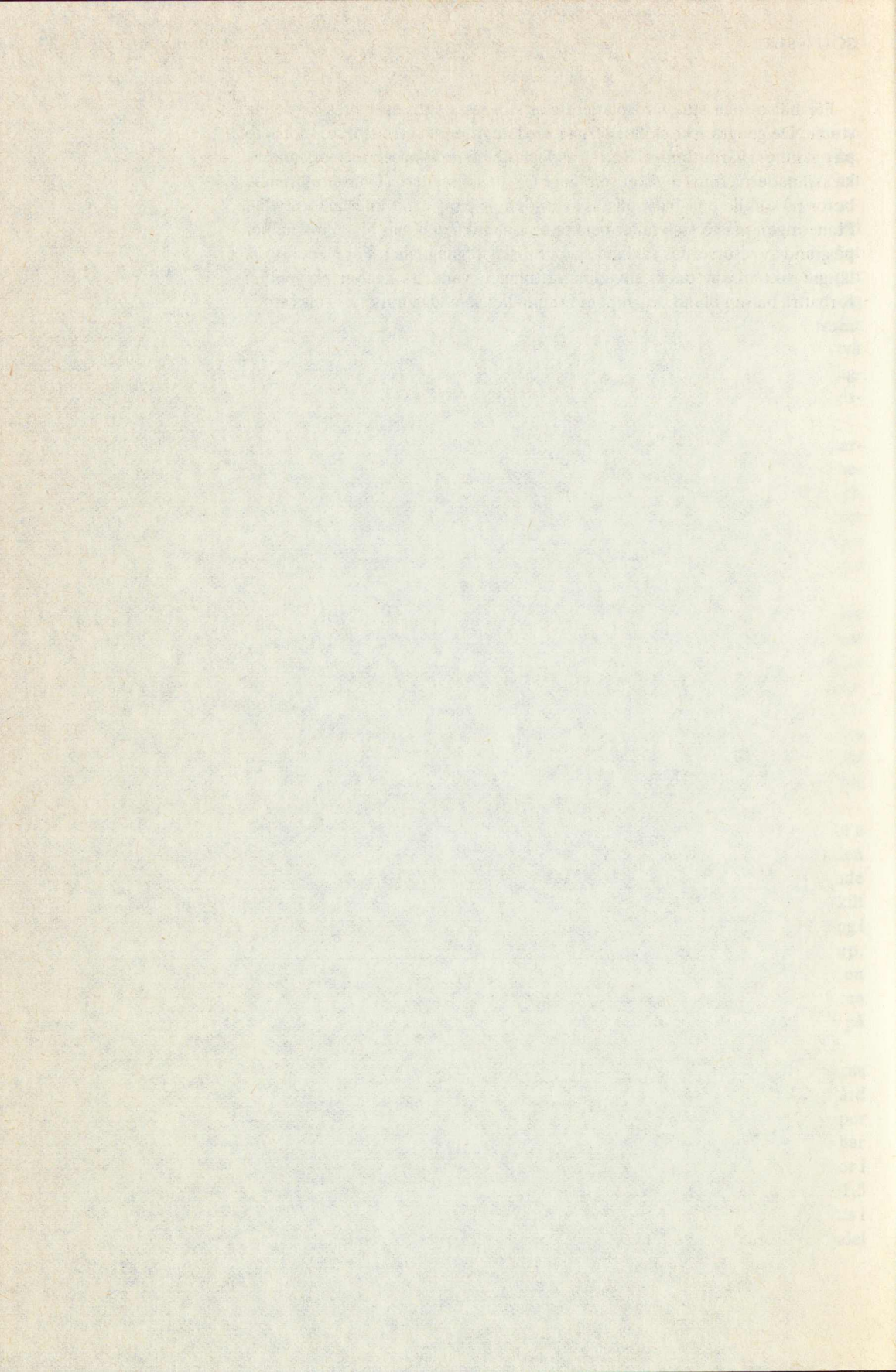
Den yrkesrelaterade dödligheten visade sig statistiskt förklara skillnaderna i vårdutnyttjande ungefär lika bra som den socioekonomiska tillhörigheten. En analys som samtidigt omfattade både socioekonomiska faktorer och yrkesdödlighet visade således att den socioekonomiska indelningen i stort sett inte kan förklara några skillnader i vårdutnyttjande som inte förklaras av skillnader i dödlighet inom olika yrken. Tjänstemännen skiljde sig emellertid från övriga genom att även i denna analys ha ett lägre vårdutnyttjande.

Geografiska aspekter på vårdutnyttjandet belyses på olika sätt i denna studie. En analys av betydelsen av avståndet till sjukhusen visade att med ett ökande avstånd minskade utnyttjandet av den slutna korttidsvården. Studien av kommunernas vårdutnyttjande samt de karteringar som gjordes oberoende av administrativa gränser visar på geografiska skillnader i vårdutnyttjandet. Enköping och Uppsala var de kommuner som hade det största vårdutnyttjandet medan Tierp låg lägst. Karteringstudien visade dock att det inom Uppsala och Enköpings kommuner var så gott som uteslutande de två centralorterna som svarade för det höga vårdutnyttjandet.

Orsakerna till det geografiska mönstret i vårdutnyttjandet diskuteras bl a mot bakgrund av fördelningen av sjukvårdens resurser. Den slutna vården finns i Enköping och Uppsala. Vid dessa sjukhus finns även en omfattande öppen vård. Den icke sjukhusanslutna öppna vården - och då särskilt allmänläkarvården - var däremot vid tiden för studien av mindre omfattning i dessa två kommuner. Störst omfattning hade allmänläkarvården i Tierp. Analysen av karteringarna gav inte något stöd för uppfattningen att en utbyggnad av primärvården skulle leda till en ökad efterfrågan på slutna korttidsvård. Tvärtom fanns tecken som tydde på att en god tillgång på primärvård kan leda till minskade krav på slutna somatisk korttidsvård.

Storleken av inverkan från de olika faktorerna varierar kraftigt. Ålderns betydelse är mest markant. För män gäller att utnyttjandet av slutna vård mätt som andel vårdade i befolkningen är sex gånger större i åldersgrupper med det högsta vårdutnyttjandet i jämförelse med de åldersgrupper som har det lägsta. Andelen kvinnor som vårdats var dock endast tre gånger så stor i 80-årsåldern som i 20-årsåldern. De fränskilda utnyttjade vården cirka 1,5 gånger mer än övriga och andelen tjänstemän och jordbrukare som vårdats i slutna vård uppgick till cirka 0,8 av övriga socioekonomiska gruppers andel vårdade.

För hälso- och sjukvårdsplaneringen kan vissa slutsatser dras av denna studie. De geografiska skillnaderna i vårdutnyttjandet torde till stor del bero på olikheter i vårdutbudet. Beträffande de demografiska och socioekonomiska skillnaderna finns mycket som talar för att skillnaderna i vårdutnyttjande beror på olikheter i hälsotillstånd. Bilden är emellertid inte helt entydig. Planeringen måste självfallet beakta de ojämlikheter som bl a uppkommer på grund av resursernas växlande geografiska tillgänglighet. För planering på längre sikt måste dock huvudmålsättningen vara att genom prevention förbättra hälsan bland de grupper i samhället som idag utnyttjar sjukvården mest.



I Några utgångspunkter

Denna del av rapporten innehåller några övergripande avsnitt av allmänt intresse för de senare delarna. Inledningsvis presenteras något om bakgrund och syfte med denna studie. Därefter presenteras metoder och material. Slutligen ges en översiktlig beskrivning av Uppsala län, vilket är det geografiska område som studien avser.

1. Negro History

Down and up negro history has been written by many authors. The first part of the history of the negro in America is the story of the slave trade and the life of the slave. The second part is the story of the struggle for freedom and the rise of the negro church and school. The third part is the story of the negro in the Civil War and the Reconstruction period. The fourth part is the story of the negro in the present day.

1 Inledning

Det har länge varit en strävan inom den svenska hälso- och sjukvården att den skall erbjudas på jämlika villkor. I den nya hälso- och sjukvårdslagen som gäller från och med 1983 finns detta jämlikhetskrav inskrivet (15). I lagens andra paragraf formuleras det övergripande målet för hälso- och sjukvården på följande sätt:

Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.

Hälso- och sjukvårdslagen ålägger dessutom landstingen ett planeringsansvar för hälso- och sjukvården, varför det är angeläget att studera frågan i vad mån den nuvarande sjukvårdsorganisationen erbjuder en vård på lika villkor för hela befolkningen.

I ett internationellt perspektiv framstår den svenska sjukvården som föredömligt jämlik. Detta framgår bl a av en studie av Andersen och medarbetare i vilken den svenska sjukvården jämfördes med den amerikanska (3). Skillnaderna i vårdutnyttjande mellan sociala grupper var genomgående större i USA än i Sverige. Endast beträffande tandvårdsutnyttjande kunde man finna mer påtagliga skillnader även i Sverige.

Emellertid är det uppenbart att det även i Sverige finns betydande skillnader i vårdutnyttjandet. Detta framgår bl a av studier inom HS 90-projektet (23). En ur planeringssynpunkt väsentlig fråga gäller orsakerna till skillnaderna i vårdutnyttjandet. Om sjukvården är jämlik i hälso- och sjukvårdslagens mening bör skillnaderna i vårdutnyttjande vara en återspeglning av skillnader i sjuklighet. Vårdutnyttjandet avspeglar således i viss mån ohälsans fördelning. Andra förklaringar till skillnader i vårdutnyttjandet är emellertid också tänkbara. Vårdresursernas tillgänglighet, skillnader i kunskap om vad sjukvården kan erbjuda och olika attityder till att söka vård är exempel på sådana förklaringar (33).

Denna studie begränsas till sluten somatisk korttidsvård och vårdutnyttjandet i Uppsala län 1977 utgör studieobjekt. Eftersom beslut om inskrivning till slutna vård i hög grad är beroende av förhållanden som ligger utanför patientens direkta inflytande, borde det finnas stora förutsättningar att den slutna vården lever upp till målsättningen att vara jämlik. Med jämlik sjukvård avses i denna studie att likartade sjukvårdsbehov tillgodoses på likvärdigt sätt. Det bör emellertid understrykas att skillnader i vårdutnyttjande som inte beror på skillnader i sjuklighet inte alltid bör betraktas som ett uttryck för ojämlikhet i traditionell mening. Vissa variationer i utnyttjandet av den slutna vården kan bero på förhållanden som trots allt påverkats av patienternas fria val, t ex en uttalad önskan om att få vårdas i hemmet.

Olika studier framhåller skilda aspekter på hälsans eller vårdutnyttjandets ojämna fördelning. I allmänhet studeras fördelningsproblemet ur en enda synvinkel, t ex vårdresursernas geografiska fördelning. Det är emellertid angeläget att försöka klarlägga eventuella skillnader i vårdutnyttjandet med hänsyn till flera olika bakgrundsfaktorer. Huvudsyftet med denna studie är därför att analysera vilka faktorer som påverkar konsumtionen av slutna somatisk korttidsvård och att utifrån denna analys diskutera huruvida eventuella skillnader kan ses som tecken på en ojämlik sjukvård.

Vid denna studie av den slutna somatiska korttidsvården kommer särskilt intresse att ägnas åt

- demografiska och socioekonomiska faktorerers betydelse för utnyttjande av vården
- geografiska skillnader i vårdutnyttjandet och geografiska faktorerers betydelse för vårdutnyttjande

Vidare kommer den ur planeringssynpunkt väsentliga frågan om betydelsen av primärvårdens omfattning för utnyttjandet av den slutna vården att belysas i samband med analysen av de geografiska skillnaderna i vårdutnyttjandet.

2 Metoder

2.1 Koordinatmetoden

Det traditionella tillvägagångssättet vid geografiska studier av exempelvis vårdutnyttjande innebär att man med hjälp av statistiska metoder jämför olika administrativa områden, t ex län eller kommuner. Detta arbetssätt har exempelvis Öberg och Linder använt i arbetet Kartografisk beskrivning av sjukdomspanoramata (43). Även inom ramen för HS 90-arbetet har sådan metodik använts (23). Fördelen med ett sådant arbetssätt ligger främst i att resultaten blir mycket överskådliga.

Nackdelarna med att arbeta med aggregerade data på läns- och/eller kommunnivå är dock uppenbara. En första och avgörande begränsning ligger i att bearbetningarna måste göras avseende de geografiska områden för vilken materialet är tillgängligt. Vidare är de administrativa områdena sällan homogena med avseende på den variabel man vill studera. Vill man exempelvis belysa skillnaden i vårdkonsumtion mellan glesbygd och tätort är det i allmänhet svårt att hitta för detta ändamål lämpliga administrativa indelningar. Man kan då tvingas att göra otillfredsställande approximationer.

Svårigheterna att finna lämpliga redovisningsområden för statistikproduktion för regionala utredningar diskuterades i ett betänkande avgivet av expertgruppen för regional utredningsverksamhet (37). Där konstaterades bland annat att huvuddelen av statistikproduktionen bör framställas för de administrativa områden till vilka planeringsfunktionerna är knutna, dvs i allmänhet kommun och län. Ofta blir det dock nödvändigt med en ökad detaljeringsgrad vilket t ex kan tillgodoses genom koordinatsatta data. Med koordinatsättning avses i detta sammanhang att varje observation tilldelas ett talpar (koordinater) som anger dess läge i förhållande till den ekonomiska kartans koordinatsystem.

En väsentlig förutsättning för att koordinatsatta fastighetsdata skall komma till en bredare användning inom samhällsplaneringen är att koordinatregistret integreras med länsstyrelsens datasystem för folkbokföring. Genom en koppling mellan dessa register skapas ett koordinatsatt personregister.

Samtliga personer i folkbokföringssystemet som finns skrivna på en fastighet får således genom samkörning med koordinatregistret en exakt lägesbestämning av sin bostad genom de påförda koordinaterna. Ett speciellt problem vid samkörning av CFD:s register och länsstyrelsernas folkbokfö-

ringsregister uppstår på grund av att fastighetsbeteckningarna i de båda registren inte är uppbyggda på samma sätt. För att klara detta problem tillskapas först ett korsregister mellan de två registren.

Det bör dock påpekas att integration av register i allmänhet medför ett visst bortfall på grund av att vissa poster inte hittar sin make. Omfattningen av bortfallet av detta slag kommer att diskuteras i samband med beskrivningen av de olika delmaterial som ingår i denna studie.

Tillgång till ett koordinatsatt personregister skapar speciella analysmöjligheter. Naturligtvis kan personregistret ligga till grund för befolkningskartor av olika slag, men dessutom kan - genom nya samkörningar med andra personbaserade register - poster i dessa register bli lägesbestämda.

I denna studie har koordinatmetoden använts för i princip två syften: dels för karteringar av befolkningens utnyttjande av slutna vård, dels för statistiska analyser som bland annat omfattar avstånd till sjukhus.

2.2 Karteringsmetod

Koordinatmetoden har tidigare använts för karteringsändamål vid Socialmedicinska institutionen i Uppsala i några vårdkonsumtionsstudier (12,24,25). I dessa studier lämnades en utförlig redogörelse av kartering med hjälp av koordinatmetoden. I detta sammanhang torde det därför vara tillräckligt med en sammanfattande beskrivning av metoden. För den som önskar en mer detaljerad och teknisk orienterad beskrivning hänvisas till nämnda rapporter eller Koordinater och offentliga data, utgiven av Centralnämnden för fastighetsdata (CFD) (19).

För bearbetning och presentation av de koordinatsatta befolknings- och vårdutnyttjandeuppgifterna har programpaketet NORMAP använts (21). Den aktuella programversionen har levererats av CFD och därefter har vissa anpassningar och kompletteringar utförts. Detta programpaket har utförligt beskrivits i en rapport av Pettersson och medarbetare (25) ur vilken följande avsnitt citeras.

NORMAP är ett datorprogram för bearbetning av koordinatsatta data samt för maskinell produktion av olika typer av kartor, företrädesvis isaritmkartor, vilket är den typ av karta som använts för datapresentationen i denna studie.

Med isaritmer förstås linjer som avgränsar områden med samma absoluta eller relativa värde. Man kan sålunda jämföra dem med t ex höjdkurvorna på den topografiska kartan. Vid konstruktion av isaritmkartorna utgår man från koordinatsatta uppgifter vilka aggregerats till sk referensytor. Programmet arbetar enligt en princip med överlappande referensytor till vilkas mittpunkter (gitterpunkter) det aggregerade datavärdet för den aktuella referensytan förs.

De koordinatsatta befolknings- och vårdkonsumtionsuppgifterna kan således karteras med hjälp av den beskrivna tekniken. En kartering av obearbetade vårdkonsumtionsdata torde dock vara tämligen meningslös då en sådan kartbild i stort sett skulle överensstämma med befolkningsfördelningen. För att få en bild av var inom det studerade området som det

förekommer över- eller underkonsumtion beräknas vilken omfattning vårdutnyttjandet skulle ha om det överensstämde med befolkningens fördelning över ytan. Vid beräkning av den förväntade vårdkonsumtionen bör man ta hänsyn till i första hand befolkningens ålders- och könssammansättning. Karteringsprogrammet har vidareutvecklats så att det även är möjligt att vid beräkningen av det förväntade vårdutnyttjandet ta hänsyn till ytterligare faktorer, exempelvis socioekonomisk struktur. Den karta som slutligen produceras bygger på kvoten mellan den faktiska vårdkonsumtionen och den förväntade.

2.3 Statistiska metoder

För att ge en översiktlig bild av skillnaderna i vårdutnyttjande vid olika demografiska, geografiska och socioekonomiska indelningar presenteras viss deskriptiv statistik. De statistiska beräkningarna har huvudsakligen genomförts med hjälp av statistikprogrammet SAS (27).

Multivariata analyser genomfördes även. Med hänsyn till att den beroende variabeln var dikotom (vårdad/icke vårdad inom slutna vård), bedömdes en logistisk regressionsmodell vara mest lämplig (6). Även de logistiska regressionsanalyserna genomfördes med hjälp av SAS (28).

Vid karteringen av vårdutnyttjandet används - som påpekats ovan - den statistiska metod som benämns indirekt standardisering. Emellertid har kvoterna mellan det observerade och förväntade vårdutnyttjandet först signifikantstestats. Eftersom befolkningstätheten varierar mycket kraftigt inom de studerade områdena kommer en hel del referensytor att innefatta så få individer att resultatet av karteringen inte kan betraktas som statistiskt tillförlitligt. Olika metoder för att hantera signifikansproblemet i samband med karteringar har använts (se t ex 41,43). Någon särskild metod som lämpar sig för signifikantstestning vid kartering med koordinatmetoden är dock inte tillgänglig inom NORMAP. Därför har en särskild metod som möjliggör signifikantstestning vid kartering utarbetats i samarbete med professor Gunnar Eklund. Nödvändiga modifieringar av hanteringen av karteringsprogrammen har därefter utarbetats.

3 Material

3.1 Befolkningsstatistik

De befolkningsuppgifter som används i denna studie är levererade av Centralnämnden för fastighetsdata (CFD) och lägesbestämda efter samkörning mellan fastighetsregistret och länsstyrelsens folkbokföringsregister enligt den metod som ovan redovisats översiktligt.

För att få med både de personer som under året avlidit eller flyttat från länet och de som fötts eller flyttat in till Uppsala län under år 1977 användes koordinatsatta befolkningsregister avseende situationen både vid årets början och vid dess slut. För de invånare som hade flyttat inom länet under året valdes januarikoordinaterna. Materialets storlek i förhållande till den officiella statistikens uppgifter från Statistiska centralbyrån (SCB) framgår av tabell 1.

Skillnaden mellan CFD-materialet och SCB:s officiella statistik är således relativt liten. Sammanställningen av materialen från de två tidpunkterna visade att det bodde totalt 245 284 personer inom Uppsala län vid minst en av tidpunkterna. Vid en närmare granskning av detta material måste dock 1 350 poster plockas bort på grund av att de innehöll orimliga koordinater. Det slutliga befolkningsmaterialet omfattar således 243 934 personer.

3.2 Patientstatistik avseende slutenvård

Med slutenvård somatisk korttidsvård inom Uppsala län avses den vård av inlagda patienter som bedrivs inom de somatiska klinikerna vid Akademiska sjukhuset, Samariterhemmets sjukhus och Enköpings lasarett. I materialet ingår dock ej rehabiliteringskliniken och BB-avdelningen vid

Tabell 1 Befolkningsuppgifter från CFD resp SCB vid två tidpunkter 1977

Källa	1977-01-01	1977-12-31
Befolkning enligt CFD	233 041	235 288
Befolkning enligt SCB	233 115	236 091
Skillnad	74	803

Akademiska sjukhuset samt BB-avdelningen och långvårdskliniken i Enköping.

Den befolkningsrelaterade vårdstatistik som denna studie bygger på utgörs av patientstatistik från slutna kroppssjukvård. Patientstatistiken, som numera täcker större delen av den slutna kroppssjukvården i landet, startade i Uppsala sjukvårdsregion år 1964.

Patientstatistiken byggs upp per kalenderår och omfattar samtliga vårdtillfällen som avslutats det aktuella året. En närmare redogörelse över patientstatistikens tillkomst och utförande finns i den första publikationen i serien Socialstyrelsen redovisar, Patientstatistik. Där finns även en översikt av sjukvårdskonsumtionen i Uppsala sjukvårdsregion under åren 1964 och 1965 (31). Redovisningen av patientstatistiken sker numera genom en speciell serie för hälso- och sjukvård i Statistiska Meddelanden inom Sveriges Officiella Statistik (se t ex 32).

Uppgifterna till patientstatistiken samlas in rutinmässigt efter det att patienten skrivits ut från kliniken. Självfallet måste man räkna med att vissa felaktigheter belastar materialet. Innan årsmaterialet sammanställs sker dock datamaskinella rimlighetskontroller och rättning av vissa felaktiga poster.

För att få en uppfattning om kvaliteten på 1977 års material har dessutom vissa tester genomförts för denna studie. Främst kontrollerades därvid materialet med hänsyn till ålders- och könsfördelning, klinikfördelning och medelvårdtider. Några avvikelser i jämförelse med andra material som kunde tyda på systematiska fel i materialet kunde inte upptäckas. Däremot upptäcktes ett fåtal poster med inbördes motstridiga uppgifter. Dessa poster togs bort ur materialet.

Utöver sådana rimlighetskontroller har även materialets omfattning jämförts med landstingets verksamhetsstatistik. På grund av icke helt överensstämmande begrepp och definitioner mellan landstingets produktionsstatistik och patientstatistiken är det inte möjligt att efter en jämförelse dra säkra slutsatser om patientstatistikens fullständighet och kvalitet. Det förefaller emellertid som om patientstatistiken skulle ha ett obetydligt bortfall (mindre än två procent) i jämförelse med produktionsstatistiken. Bortfallet är dessvärre inte jämt fördelat. Patientstatistiken från lasarettet i Enköping har i det närmaste sju procent färre vårdtillfällen än vad som anges i produktionsstatistiken. Akademiska sjukhusets patientstatistik är däremot

Tabell 2 Materialets omfattning beträffande slutna somatisk korttidsvård för personer bosatta i Uppsala län 1977

Antal utskrivningar från	
Akademiska sjukhuset	24 189
Enköpings lasarett	4 191
Samariterhemmets sjukhus	3 342
Totalt	31 722
Kvarvarande poster efter koordinatsättning	31 611
Antal vårdtillfällen efter felsökning	31 494
Antal vårdade personer	20 664

av allt att döma i det närmaste fullständig. Eftersom Akademiska sjukhuset har hela länet som upptagningsområde blir ojämnheten i materialet något uttunnad. En obetydlig underskattning av vårdutnyttjandet inom Enköpings och Håbo kommuner torde dock kvarstå på grund av detta bortfall.

Det bör vidare uppmärksammas att materialet endast omfattar vårdtillfällena vid sjukhusen inom Uppsala län. Den utomlänsvård som personer från Uppsala län fått under 1977 ingår således ej. Den procentuella andelen personer som vårdats i slutna vård torde dock påverkats endast marginellt av denna brist i materialet, eftersom flera av de som vårdats utanför länet sannolikt även vårdats vid något av sjukhusen inom länet. Möjligen kan andelen vårdade i Älvkarleby underskattats något genom att vissa akutfall kan ha vårdats i Gävle.

Den fullständiga patientstatistiken som sjukhusen redovisar omfattar samtliga patienter oavsett hemvist. Föreliggande studie omfattar dock endast de patienter som var bosatta i Uppsala län under år 1977 eller del därav. I tabell 2 redovisas materialets omfattning beträffande dessa personer samt den successiva reducering av materialet som skedde i samband med integrering och felsökning.

3.2.1 Mått på vårdutnyttjande

Vid en analys av vårdutnyttjandet måste man först klarlägga vilket eller vilka kvantitativa mått på vårdkonsumtionen som man vill använda. Antal vård dagar och antal vårdtillfällen är de två mått som alltid finns tillgängliga inom vårdstatistiken. Det enklaste måttet på vårdutnyttjande torde dock vara att ange om en person har vårdats i slutna vård eller ej. Denna dikotoma variabel (vårdad/icke vårdad) har flera fördelar. Tillförlitligheten i måttet torde öka ju enklare mått man använder. Vidare är det rimligt att anta att en viss del av bortfallet av vårdtillfällen i materialet avser personer som vårdats vid ytterligare tillfällen som ingår i materialet. Även ur validitetssynpunkt har den dikotoma variabeln fördelar när man studerar socioekonomiska och demografiska faktorer inverkan på vårdutnyttjandet eftersom en mängd vårdorganisationsfrågor påverkar hur lång en vårdepisod blir och hur många vårdtillfällen den kommer att omfatta.

För att minimera effekter av felregistreringar, bortfall och inverkan av vårdorganisationsförhållanden används således så gott som genomgående den dikotoma variabeln vårdad/icke vårdad som mått på vårdutnyttjandet. I ett fåtal fall kräver dock frågeställningarna att vårdtiden ingår i analysen och således används i dessa fall antalet vård dagar som mått på vårdutnyttjande i slutna vård.

3.3 Material från folk- och bostadsräkningar

Befolkningsstatistiken och patientstatistiken saknar bl a uppgifter om personernas socioekonomiska förhållanden. Det är därför angeläget att komplettera materialet med uppgifter som möjliggör sådana socioekonomiskt inriktade analyser som denna studie avser. De folk- och bostadsräkningar (FoB) som genomförs regelbundet torde vara den källa som i detta

sammanhang kan bidra med det bästa materialet. FoB-materialet innehåller bl a uppgifter om civilstånd och sammanboende, yrke och sysselsättningsförhållanden, inkomst och bostadsstandard m m. I rapportserien från FoB 75 finns en utförlig redogörelse över materialets omfattning och innehåll (11).

Folk- och bostadsräkningen genomförs vart femte år. Eftersom denna studie avser vårdutnyttjandet 1977 valdes i första hand FoB 75 som källa för de socioekonomiska uppgifterna. Vissa kompletteringar av materialet har även gjorts med uppgifter från FoB 60, främst för att kunna använda en socioekonomisk indelning även av ålderspensionärerna.

3.3.1 Några begrepp

Folk- och bostadsräkningen innehåller ingen sammanfattande socioekonomisk indelning. En klassificering genomfördes därför på basis av de tre FoB-variablerna sysselsättning, yrkesställning och yrke. För att möjliggöra jämförelser med andra material eftersträvades en klassificering som så nära som möjligt sammanföll med Statistiska centralbyråns socioekonomiska indelning (SEI) (36). En fullständig anpassning till SEI går emellertid inte att genomföra med den information som finns tillgänglig i FoB-materialet. SEI är för detaljerad för att det skall vara möjligt. För att begränsa klassificeringsfelen och behålla så stor jämförbarhet med SEI som möjligt reducerades därför indelningen till fem grupper som framgår av figur 1. Vid klassificering av hushållens socioekonomiska indelning har den hushållsmedlem som tillhörde den "högsta" socioekonomiska gruppen i figur 1 bestämt hushållets status.

Civilståndsklassificeringen i FoB omfattar kategorierna ogift, gift, skild och änka/änkling. Vissa omklassificeringar genomfördes med hänsyn till uppgift om samboendeförhållanden. Till gifta hänfördes även samboende ogifta, skilda och änkor/änklingar. Vidare omfattar kategorin skilda även gifta som ej uppgivits vara sammanboende.

<i>Socioekonomisk grupp</i>	<i>Definition/Omfattning</i>
Ej förvärvsarbetande	De som förvärvsarbetar mindre än 16 tim per vecka
Arbetare	Yrken normalt organiserade inom LO
Tjänstemän	Yrken normalt organiserade inom TCO eller SACO/SR
Jordbrukare	Egna företagare med jordbrukaryrken
Företagare	Egna företagare, oavsett verksamhetens omfattning

Figur 1. Den använda socioekonomiska indelningen

3.3.2 Materialets kvalitet och omfattning

Statistiska centralbyrån har genomfört vissa studier för att få en uppfattning om FoB-materialets kvalitet. Dessa studier omfattar bl a sysselsättningsdata och bostadsdata. Resultaten beträffande FoB 75 visar att cirka 4,5 procent av antalet personer i åldern 16-74 år är felklassificerade beträffande sysselsättning. Motsvarande andelar för yrkesställning är 2,8 procent och för yrke 8,0 procent. Beträffande bostadsdata gäller största felklassificeringen antal rum i småhuslägenheter (16,2 procent fel). Det vanligaste felet innebär en underrapportering av antalet. (11).

Folk- och bostadsräkningens datainsamling genomfördes i oktober 1975. Övrigt material i denna studie avser år 1977. Vid en samkörning mellan dessa två register måste det således uppstå ett bortfall beroende på de befolkningsförändringar som uppstått under den mellanliggande tiden. En stor del av det kraftiga bortfallet i den yngsta åldersgruppen i tabell 3 beror således på att uppgifter saknas för samtliga barn under två år. Totalt uppgår bortfallet till 10,4 procent. Av tabell 3 framgår vidare att bortfallet är mycket ojämnt fördelat vilket beror på skillnader i flyttningsbenägenhet i olika åldrar och kommunernas olika sysselsättningsstruktur.

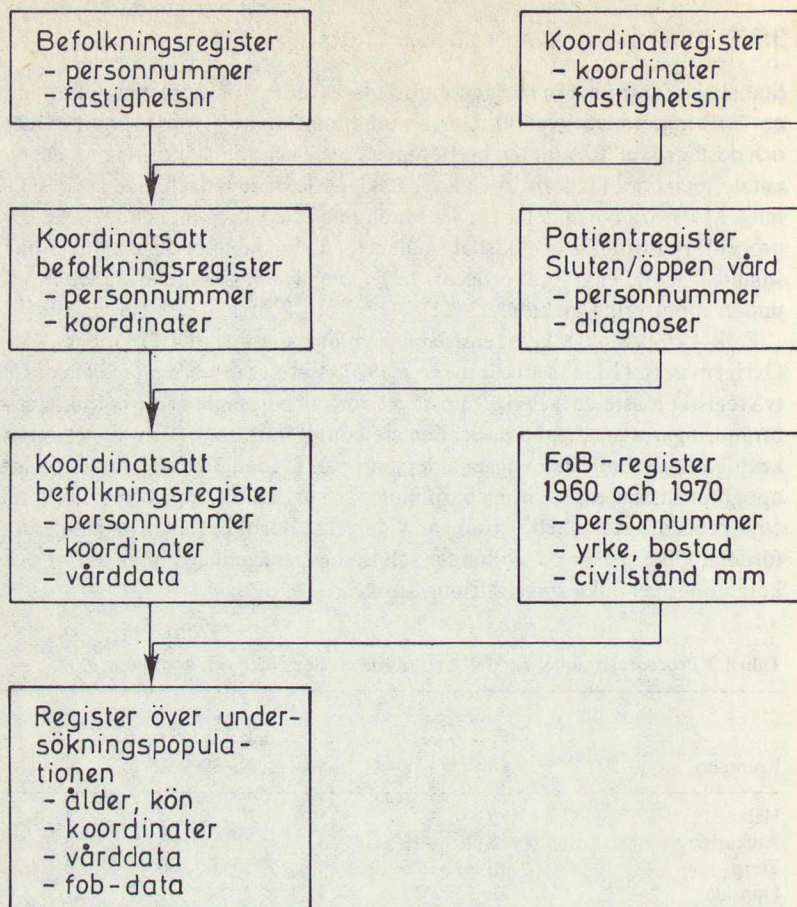
Tabell 3 Procentuell andel bortfall av FoB-data efter ålder och kommun

Kommun	Ålder					Totalt
	-14	15-44	45-64	65-74	75-	
Håbo	29	23	15	9	4	23
Älvkarleby	18	9	3	1	0	8
Tierp	15	6	2	1	0	6
Uppsala	19	13	3	2	1	11
Enköping	17	8	2	2	1	8
Östhammar	21	11	4	2	0	10
Totalt	19	12	3	2	1	10

Med hänsyn till bortfallets fördelning kommer endast den översiktliga deskriptiva analysen samt karteringarna att omfatta hela materialet medan de mer detaljerade analyserna med multivariata analysmetoder kommer att utföras på delpopulationer med mindre omfattande bortfall av FoB-uppgifter.

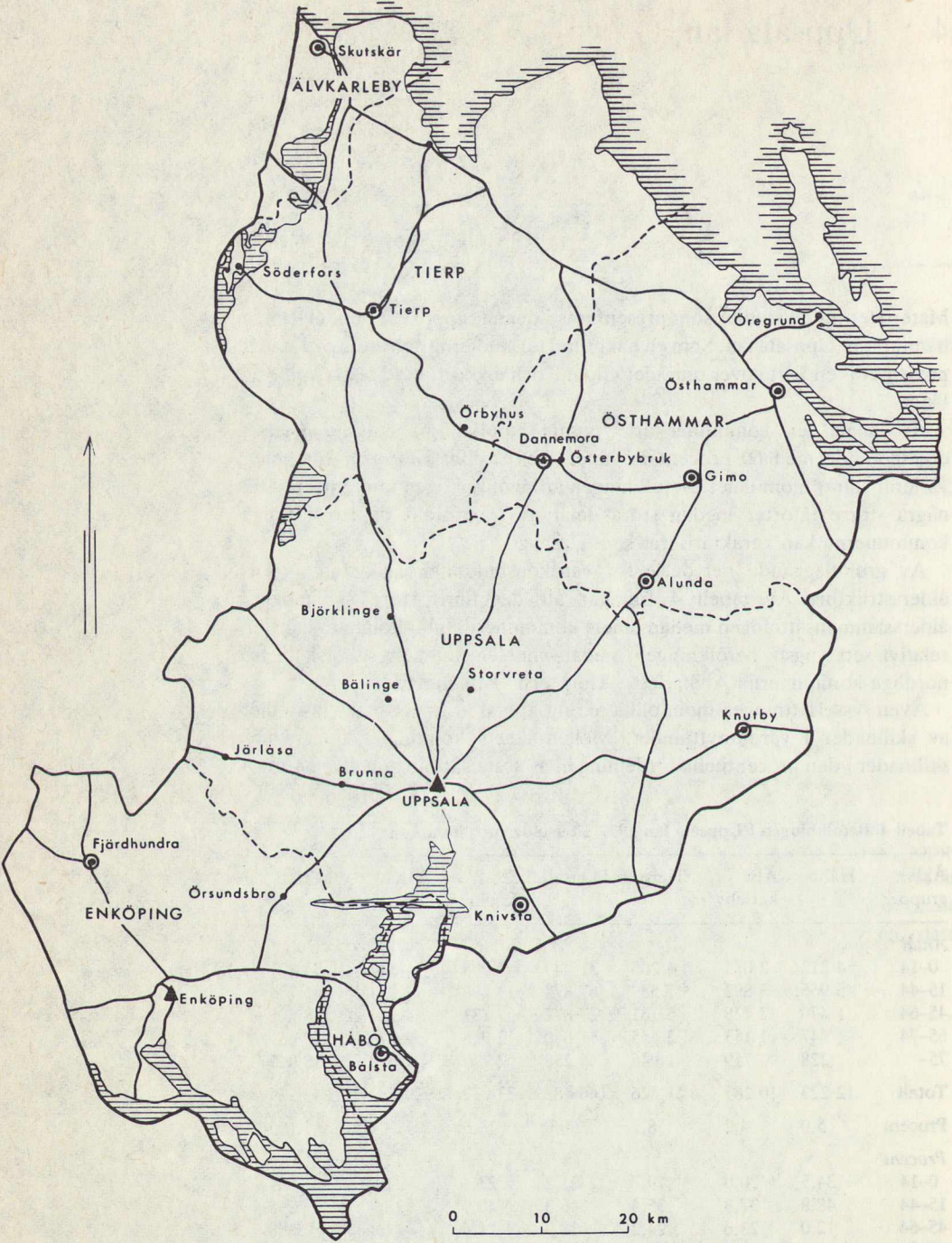
3.4 Sammanställning av materialet

Det ovan beskrivna materialet består av ett antal delregister som sammanställts till ett och samma register genom ett record linkage-förfarande. Identifikationsbegreppet är genomgående personnummer. Tillstånd att få genomföra samkörningar mellan de olika personregistren har erhållits från Datainspektionen. I figur 2 visas en schematisk bild av de olika stegen i samkörningarna mellan registren.



Figur 2. Översikt över registeruppbyggnaden

Den sista samkörningen för att skapa registret över undersökningsspopulationen genomfördes av Statistiska centralbyrån. Det slutliga registret är avidentifierat och innehåller således inga personnummer. Detta förfarande var en förutsättning för att SCB skulle kunna ge tillgång till individuella data ur folk- och bostadsräkningarna.



Figur 3. Karta över Uppsala län

Tabell 5 Procentuell fördelning av sysselsättningen i Uppsala län 1975 efter näringsgren och kommun

Näringsgren	Håbo	Älvkarleby	Tierp	Uppsala	Enköping	Östhammar	Totalt
Jord- och skogsbruk	8,0	2,3	16,7	5,2	15,4	14,4	8,3
Tillverkn.industri	21,3	51,3	41,0	14,3	29,9	33,6	22,1
Byggnadsindustri	23,0	13,9	7,1	8,2	6,2	22,8	9,9
Varuhandel	10,9	7,0	7,9	12,3	13,8	5,2	11,2
Samfärdsel, post, tele	5,1	3,9	4,2	5,4	4,6	4,7	5,1
Privata tjänster	10,4	6,4	5,4	12,5	7,7	6,2	10,4
Offentliga tjänster	21,3	15,1	17,7	42,1	22,3	13,1	33,1
Totalt	100	100	100	100	100	100	100

Källa: Länsrapport 1979 för Uppsala län.

grenar vilket framgår av tabell 5. I Uppsala dominerar den offentliga sektorn starkt medan Tierp och Enköping har viss dominans inom jordbruk och tillverkningsindustri. Den mest ensidiga näringsgrensstrukturen finns i Älvkarleby där mer än hälften av sysselsättningen finns inom tillverkningsindustrin.

Även sjukvårdens struktur och dimensionering uppvisar stora skillnader mellan länets olika kommuner. Av störst intresse för denna studie är distriktsläkarväsandets och lasarettsvårdens omfattning och fördelning mellan länets kommuner. Länets tre sjukhus för somatisk korttidsvård är belägna i Uppsala och Enköping med en synnerligen stor dominans vad beträffar vårdplatser, specialiteter, medicinsk service etc till Akademiska sjukhuset i Uppsala.

Allmänläkarvård i offentlig regi var däremot av relativt blygsam omfattning i Uppsala år 1977. Primärvården är under utbyggnad i länet och längst hade man vid denna tidpunkt kommit i Tierp. Mätt i antal besök per invånare hade allmänläkarvården mer än dubbelt så stor omfattning i Tierp som i Uppsala under 1977 vilket framgår av tabell 6. Utöver den öppna vård som redovisas i denna tabell fanns det under år 1977 även vissa specialist-

Tabell 6 Antal besök per invånare hos allmänläkare i Uppsala län 1977

Kommun	Besök/inv
Håbo	1,16
Älvkarleby	1,14
Tierp	1,32
Uppsala	0,52
Enköping	0,63
Östhammar	0,88
Totalt	0,69

Källa: Sammanställning över antalet läkarbesök 1977 från landstingets planeringsavdelning.

läkare i öppen vård utanför sjukhusen. I Tierp fanns barn-, gynekologi- och öronspecialiteterna företrädda. Distriktsbarnläkarmottagningar fanns även i Uppsala och Enköping. I Uppsala fanns dessutom en ögonläkarmottagning inom distriktsläkarorganisationen.

Uppgifterna i tabell 6 är inte ålders- och könsstandardiserade då detta inte varit möjligt med hänsyn till underlagsmaterialet.

II En översiktlig redovisning av vårdutnyttjandet

I denna del beskrivs utnyttjandet av sluten somatisk korttidsvård i Uppsala län 1977. Först redovisas de skillnader som föreligger i vårdutnyttjande mellan länets kommuner. Därefter redovisas skillnader i vårdutnyttjande med hänsyn till ålder, kön, civilstånd, socioekonomiska indelningar samt avstånd till sjukhusen.

5 Skillnader mellan kommuner i Uppsala län

Jämförelser beträffande vårdutnyttjande mellan olika administrativa områden är relativt vanliga. Inom HS 90-projektet har tidigare redovisats skillnader på länsnivå (23). Landstingens verksamhetsstatistik beträffande slutna vård kan dock i allmänhet inte brytas ner på kommunnivå, eftersom den slutna vårdens upptagningsområden vanligen omfattar mer än en kommun. Med en befolkningsrelaterad statistik är det emellertid lätt att redovisa även primärkommunala skillnader i vårdutnyttjandet.

Översikten över skillnader i utnyttjandet av den slutna somatiska korttidsvården inleds med en redovisning av skillnaderna mellan länets sex kommuner. Fördelningen av vårdutnyttjandet framgår av tabell 7. Vårdutnyttjandet redovisas som den procentuella andel av befolkningen som vårdats minst en gång i slutna vård under 1977.

Tabell 7 Procentuell andel vårdade i slutna somatisk korttidsvård i Uppsala län 1977 efter kön, ålder och kommun

Åldersgrupp	Håbo	Älvkarleby	Tierp	Uppsala	Enköping	Östhammar	Totalt
Män							
0-14	6,7	4,5	6,1	8,5	8,2	5,7	7,7
15-44	4,1	3,5	4,6	4,6	6,3	4,9	4,8
45-64	10,1	10,8	8,7	9,6	10,7	8,9	9,7
65-74	18,4	13,1	14,0	16,1	14,1	13,9	15,2
75-	25,7	24,2	23,1	26,6	24,8	19,5	24,8
Kvinnor							
0-14	4,4	4,4	4,0	6,4	5,1	5,6	5,7
15-44	6,9	4,8	5,6	6,9	8,6	6,3	6,9
45-64	8,8	9,9	8,0	9,5	9,3	9,2	9,3
65-74	15,6	14,3	11,1	14,0	11,7	11,1	13,2
75-	22,0	17,2	17,6	21,9	22,4	16,2	20,6
Totalt	8,5	7,3	7,3	8,7	9,3	7,6	8,5
Antal invånare							
Män	6 283	5 149	10 946	71 388	16 667	10 569	121 002
Kvinnor	5 940	5 138	10 380	75 094	16 365	10 015	122 932
Summa	12 223	10 287	21 326	146 482	33 032	20 584	243 934

Anm: Totaluppgiften är ålders- och könsstandardiserad med hela länet som standardpopulation

Av den ålders- och könsstandardiserade totaluppgiften framgår att Enköpings kommun 1977 hade den största andelen vårdade medan Älvkarleby och Tierps kommuner hade den lägsta andelen. Skillnaden är relativt stor. Den procentuella andelen vårdade i Enköping var mer än 1,25 gånger större än de två nordliga kommunernas. I de olika köns- och åldersgrupperna i tabell 7 finns det dock flera avvikelser från detta mönster. Älvkarleby svarade exempelvis för den största andelen vårdade i åldersgruppen 45 till 64 år medan Enköping trots allt endast hade den högsta vårdandelen i tre av de tio olika grupperna.

Rimligen förekommer även skillnader i vårdutnyttjandet inom kommunerna, exempelvis på församlingsnivå. En ytterligare nedbrytning av materialet kommer dock inte att ske i detta sammanhang. Däremot kommer en mer detaljerad analys av geografiska skillnader i vårdutnyttjandet att genomföras med hjälp av kartering senare i denna rapport.

Tabell 7. Vårdutnyttjandet i Enköping, Älvkarleby och Tierps kommuner 1977, efter kön, ålder och kommun.

Åldersgrupp	Enköping		Älvkarleby		Tierps	
	Antal vårdade	Andelen vårdade	Antal vårdade	Andelen vårdade	Antal vårdade	Andelen vårdade
Totalt	10 239	10,28%	2 140	17,9%	2 901	10,1%
Kvinnor	5 901	10,1%	1 138	10,1%	1 500	9,7%
Män	4 338	10,5%	1 002	17,9%	1 401	10,4%
0-14	48	0,5%	13	1,3%	48	0,4%
15-44	43	0,4%	13	1,3%	43	0,4%
45-64	1 014	10,1%	1 014	10,1%	1 014	10,1%
65-74	2 214	21,6%	2 214	21,6%	2 214	21,6%
75+	6 858	67,1%	6 858	67,1%	6 858	67,1%

6 Demografiska faktorer

6.1 Ålder och kön

Skillnader i vårdutnyttjande mellan olika åldersgrupper har påvisats i många sammanhang. För flertalet sjukvårdskonsumtionsformer finner man ett U-format ålderssamband. Vårdutnyttjandet, som är relativt högt under de första levnadsåren, sjunker under barnåren, har ett minimum i tidiga ungdomsår och stiger därefter kontinuerligt (33). Denna karaktäristik gäller även för den slutna somatiska korttidsvården i Uppsala vilket framgår av tabell 8.

För att ålderssambandet klart skall framgå har barnåldersgruppen fått en mer detaljerad indelning än övriga åldersgrupper i tabell 8. En närmare granskning genom uppdelning i femårsgrupper även i de övriga åldrarna visar att för män ligger andelen av befolkningen som utnyttjat den slutna vården mellan 4 och 5 procent för åldersgrupperna upp till 40 år. Därefter börjar en allt starkare ökning av vårdutnyttjandet och i 80-årsåldern vårdades närmare 30 procent av den manliga befolkningen minst en gång under 1977. Detta innebär att de åldersgrupper som utnyttjade vården mest gjorde det i en utsträckning som var cirka 6 gånger större än åldersgruppen med det minsta vårdutnyttjandet.

Av tabell 8 framgår även skillnaderna mellan män och kvinnor. En mindre andel av flickorna vårdas i slutna vård än av pojkarna men från och med

Tabell 8 Procentuell andel vårdade i slutna somatisk korttidsvård resp antal invånare i Uppsala län 1977 efter ålder och kön

Åldersgrupp	Män		Kvinnor	
	Proc	Antal i befolkn	Proc	Antal i befolkn
0- 4	14,0	8 847	10,5	8 341
5- 9	5,2	9 294	3,3	8 770
10-14	4,3	9 253	3,7	8 822
15-44	4,8	53 922	6,9	52 837
45-64	9,7	23 789	9,3	24 416
65-74	15,2	9 699	13,2	10 932
75-	24,8	6 198	20,6	8 814
Totalt	8,3	121 002	8,7	122 932

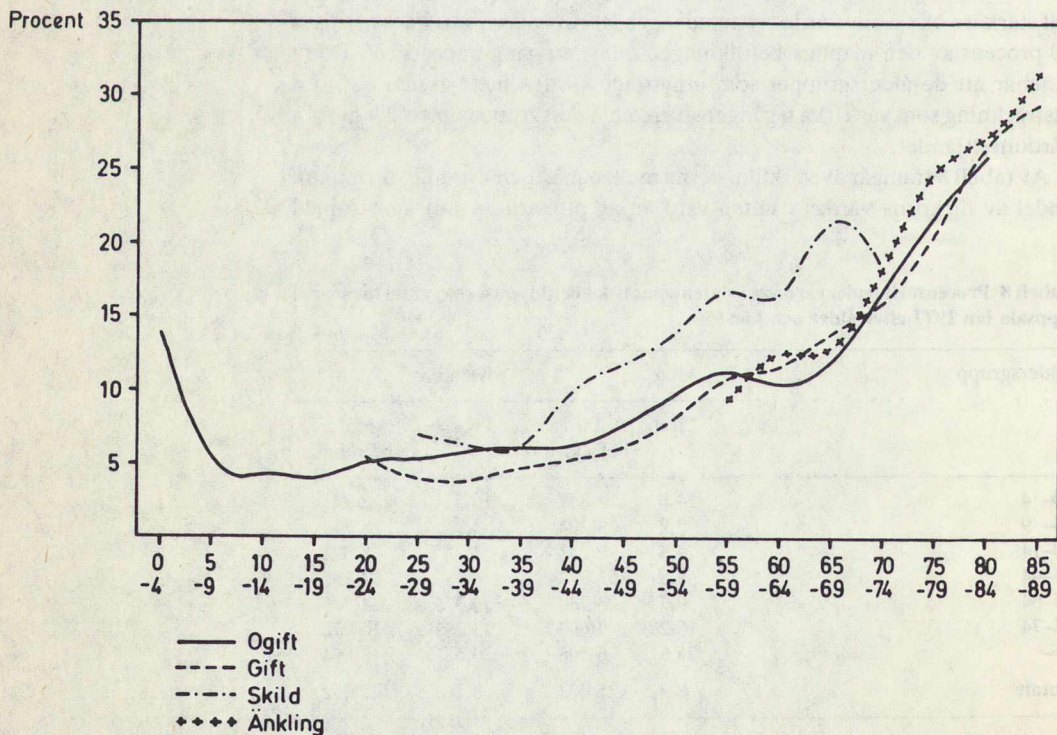
15-årsåldern är andelen störst bland kvinnor. I 50-årsåldern är skillnaderna mellan könen små och från och med 55-årsåldern är det männen som har det större vårdutnyttjandet. Det bör observeras att detta mönster gäller trots att BB-vården ej ingår i denna studie, vilket framgår av beskrivningen av materialet i kapitel 3.

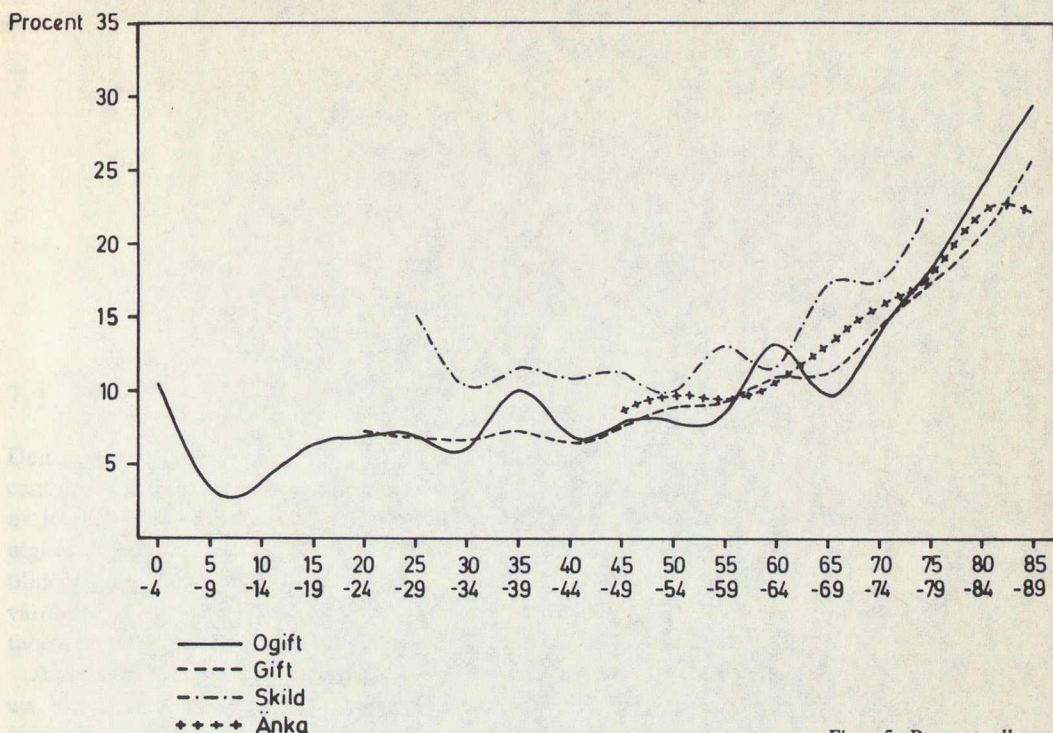
Ökningstakten i vårdutnyttjandet är således lägre för kvinnor än för män. Andelen kvinnor i 80-årsåldern som varit inskrivna i den slutna vården var således endast drygt 3 gånger så stor som andelen i 20-årsåldern, medan det för män - som ovan nämnts - var 6 gånger större andel bland 80-åringarna.

6.2 Civilstånd

Möjligheterna att på ett meningsfullt sätt studera civilståndets betydelse för vårdutnyttjandet begränsas i hög grad av att det officiellt registrerade civilståndet ofta inte ger en adekvat bild av de faktiska samboendeförhållandena. Genom att folk- och bostadsräkningarna innehåller uppgifter om såväl civilstånd som samboendeförhållanden har det varit möjligt att omklassificera civilståndet med hänsyn till om personen sammanbor eller ej. Uppgiften om samboende var därvid vägledande och den väsentligaste omklassificeringen innebär att alla som uppgavs vara samboende har

Figur 4. Procentuell andel män vårdade i slutna somatisk korttidsvård i Uppsala län 1977 efter ålder och civilstånd





Figur 5. Procentuell andel kvinnor vårdade i slutna somatisk korttidsvård i Uppsala län 1977 efter ålder och civilstånd

betraktats som gifta. Klassificeringen beskrivs närmare i kapitel 3.

Med denna indelning visade det sig att de frånskilda (inkl gifta ej sammanboende) männen hade ett klart högre vårdutnyttjande än övriga män. I åldrarna från cirka 45 år till 74 år var skillnaden mellan skilda och gifta cirka 5 procentenheter, eller annorlunda uttryckt, de frånskilda utnyttjade den slutna vården 50 procent mer än gifta. Däremot var skillnaden obetydlig mellan ogifta (ej sammanboende) och gifta. En mer detaljerad bild av civilståndets samband med vårdutnyttjandet framgår av figur 4.

Kvinnorna uppvisar ett annorlunda mönster. I åldersgruppen 45 till 64 år var andelen vårdade visserligen något högre bland de frånskilda än bland gifta men skillnaden var obetydlig. Skillnaderna var betydligt större bland de yngre kvinnorna där andelen vårdade var nästan dubbelt så stor för skilda jämfört med gifta. Detta förhållande illustreras i figur 5.

7 Socioekonomiska faktorer

7.1 Familjens socioekonomiska status

Den socioekonomiska indelningen följer så långt det varit möjligt Statistiska centralbyråns indelning (36) vilket närmare beskrivits i kapitel 3. Två typer av klassificeringar gjordes, dels en individbaserad indelning som enbart utgick från individens egen status, dels en indelning där varje individ tilldelades den "högsta" SEI-koden i familjen. Fördelningen av männens vårdutnyttjande efter ålder och familjens socioekonomiska grupp framgår av tabell 9.

Antalet observationer som ingår i tabell 9 är således 107 260 vilket innebär ett bortfall på cirka 11 procent. Bortfallet drabbade främst de lägre åldersgrupperna, vilket närmare redovisats i tabell 3 i kapitel 3.

På grund av att antalet män som förvärvsarbetar i åldrarna 75 år och däröver var så litet redovisas inga beräkningar av antalet vårdade för dessa grupper. Beträffande de ej förvärvsarbetande i övrigt så bör det observeras att detta är en mycket heterogen grupp som omfattar bl a studerande,

Tabell 9 Procentuell andel män vårdade i sluten somatisk korttidsvård i Uppsala län 1977 resp antal män efter ålder och familjens SEI-tillhörighet enl FoB 75

Ålders- grupp	Ej förv arbet.	Arbe- tare	Tjänste- män	Jordbru- kare	Företa- gare	Totalt
Andel vårdade						
0-14	7,8	5,6	5,3	3,3	4,2	5,4
15-44	5,9	5,4	3,9	4,6	4,8	4,8
45-64	17,2	9,5	9,0	7,7	8,5	9,7
65-74	16,4	12,6	14,7	9,1	15,6	15,2
75-	24,9					24,8
Antal individer i befolkningen						
0-14	1 535	8 476	9 897	914	1 255	22 077
15-44	5 795	19 162	18 162	1 354	2 166	46 639
45-64	1 874	9 177	8 332	1 934	1 622	22 939
65-74	6 146	1 566	907	475	379	9 473
75-	5 856	95	73	49	59	6 132
Totalt	21 206	38 476	37 371	4 726	5 481	107 260

hemarbetande, arbetslösa, sjukpensionärer och ålderspensionärer. Denna grupp kommer inte att analyseras närmare i detta sammanhang. Det kan dock konstateras att andelen vårdade bland de icke förvärvsarbetande genomgående var större än för de förvärvsarbetande.

Den grupp som mest skiljer sig från övriga bland de förvärvsarbetande i tabell 9 är jordbrukarna. Bortsett från åldersgruppen 15 till 44 år - där skillnaderna överlag var små - var andelen vårdade från jordbrukarfamiljerna signifikant lägre både i jämförelse med arbetare och tjänstemän, med skillnader som varierade mellan en och fem procentenheter. Bland arbetare och tjänstemän var andelen vårdade i allmänhet ungefär lika stor. Emellertid utnyttjade tjänstemannagruppen den slutna vården i signifikant mindre omfattning än arbetarna i åldersgruppen 15 till 44 år.

Det kan således konstateras att det finns statistiskt signifikanta skillnader i vårdutnyttjandet mellan olika socioekonomiska grupper, även om dessa skillnader är relativt små. Det var dock inte möjligt att åtskilja de äldre i socioekonomiskt avseende i redovisningarna i tabell 9 på grund av att så gott som samtliga klassificerades som ej förvärvsarbetande. För att belysa frågan om skillnader i vårdutnyttjandet även bland de äldre mot bakgrund av deras tidigare socioekonomiska tillhörighet, kompletterades den socioekonomiska indelningen med hjälp av uppgifter från folk- och bostadsräkningen från 1960. De personer som enligt FoB 75 ej förvärvsarbetade eller för vilka uppgift saknades och som fanns med i FoB 60 som förvärvsarbetande har klassificerats med hjälp av uppgifterna i FoB 60. Den fördelning som vårdutnyttjandet hade efter denna indelning framgår av tabell 10.

Den stora skillnaden beträffande den socioekonomiska indelningen

Tabell 10 Procentuell andel män vårdade i slutna somatisk korttidsvård i Uppsala län 1977 resp antal män efter ålder och familjens SEI-tillhörighet enl FoB 60 eller FoB 75

Ålders- grupp	Ej förv arbet.	Arbetare	Tjänste- män	Jordbru- kare	Företa- gare	Totalt
Andel vårdade						
0-14	7,8	5,6	5,3	3,3	4,2	5,4
15-44	5,3	5,6	3,9	4,6	4,8	4,8
45-64	19,0	10,1	9,2	7,9	9,3	9,7
65-74	14,9	14,7	16,3	12,9	18,9	15,2
75-84	26,2	23,4	23,6	21,3	24,1	23,7
85-	30,5					29,6
Antal individer i befolkningen						
0-14	1 535	8 476	9 897	914	1 255	22 077
15-44	5 443	19 773	18 295	1 357	2 179	47 047
45-64	501	10 302	8 729	2 057	1 794	23 383
65-74	524	4 847	1 972	1 321	938	9 602
75-84	867	2 356	666	703	452	5 044
85-	791	168	48	73	40	1 120
Totalt	9 661	45 922	39 607	6 425	6 658	108 273

mellan tabell 9 och tabell 10 består således i att över 11 500 individer omklassificerats från ej förvärvsarbetande till någon av de andra grupperna. Dessutom har bortfallet minskat något till cirka 10,5 procent. Beträffande andel vårdade i sluten vård kvarstår huvudintrycket att jordbrukarna utnyttjar vården i mindre omfattning än övriga förvärvsarbetande. Skillnaderna mellan de fyra grupperna förvärvsarbetande visade sig emellertid vara mycket små i de högsta åldersklasserna. I åldersgruppen 75 år och äldre fanns inga signifikanta skillnader.

För alla grupper med förvärvsarbetande gäller att andelen vårdade i åldern 65 till 74 år var högre när den socioekonomiska indelningen grundade sig på både FoB 60 och FoB 75 än enbart på FoB 75. De grupper som uppvisade den största ökningen i andel vårdade var jordbrukarna och företagarna. Detta förefaller naturligt eftersom man inom dessa grupper har de största möjligheterna att påverka sin egen pensionering och därvid kommer naturligtvis hälsotillståndet att påverka beslutet. Av tabellerna 9 och 10 framgår emellertid att denna ökning i andelen vårdade uppträder redan i åldersgruppen 45 till 64 år och har således inte enbart samband med ålderspensionering. Det finns således skäl att undersöka hur grunden för den socioekonomiska indelningen påverkar resultatet av analysen av sambandet mellan socioekonomiska grupper och utnyttjandet av slutna somatisk vård.

7.2 Jämförelse mellan klassificering enligt FoB 60 och FoB 75

Tabellerna i föregående avsnitt baserades på familjens socioekonomiska status. Om man skall studera betydelsen av klassificeringsgrund - FoB 60 eller FoB 75 - är det väsentligt att utgå från en socioekonomisk indelning som baseras enbart på uppgifter om individen och ej hans familj. I annat fall riskerar man att förändringar i socioekonomisk status exempelvis beror på ändrat civilstånd eller på att den andra parten i ett samboendeförhållande ändrat yrke. Fördelningen av andel vårdade efter socioekonomisk indelning ändras dock endast obetydligt beträffande män i förvärvsarbetande åldrar

Tabell 11 Antal män i åldern 45 till 64 år i Uppsala län 1977 efter SEI-tillhörighet enligt FoB 60 resp FoB 75

FoB 60	FoB 75					Totalt
	Ej förv arbet.	Arbe- tare	Tjänste- män	Jord- brukare	Före- tagare	
Ej förvärv.	249	92	182	2	14	539
Arbetare	1 227	7 293	1 547	296	491	10 854
Tjänstemän	302	427	3 780	28	137	4 674
Jordbrukare	159	481	92	1 517	47	2 296
Företagare	188	366	237	29	640	1 460
Totalt	2 125	8 659	5 838	1 872	1 329	19 823

eftersom den egna socioekonomiska koden sammanfaller med familjens för över 90 procent av männen i åldrarna 20 till 64 år.

För att studera betydelsen av vilken klassificeringsgrund som används valdes samtliga män i åldrarna 45 till 64 år för vilka det fanns uppgifter både från FoB 60 och FoB 75. Förändringarna mellan de två tidpunkterna framgår av tabell 11.

Av tabell 11 framgår att de allra flesta tillhörde samma socioekonomiska indelning vid båda folk- och bostadsräkningarna. Drygt 6 300 eller cirka 32 procent har dock en annan grupptillhörighet 1975 än 1960. En särskilt intressant grupp utgör de som 1960 klassificerades som förvärvsarbete men som 1975 ej var förvärvsarbete. I tabell 12 jämförs denna grupp med de som förvärvsarbetade och klassificerades på samma sätt vid båda tidpunkterna.

Av tabell 12 framgår således att de som under tiden 1960 till 1975 övergått från att vara förvärvsarbete till att inte förvärvsarbeta till ungefär dubbelt så stor andel var vårdade i slutenvård under 1977. Skillnaden mellan de två grupperna minskar med stigande ålder men är hela tiden klart signifikant. Vårdutnyttjandet bland de grupper som 1960 eller 1975 förvärvsarbetade blir således starkt underskattat om beräkningarna endast baseras på de individer som fortfarande förvärvsarbetar. Då man vanligen anser att socialgrupptillhörigheten inte förändras i samband med sjuk- eller ålderspensionering bör indelningen i detta fall baseras på uppgifter både ur FoB 75 och FoB 60.

En annan jämförelse av intresse gäller de individer som förvärvsarbetade vid båda tidpunkterna. En klar majoritet av dessa registrerades på samma sätt vid båda tidpunkterna. En mindre del av tjänstemännen från 1960 klassificerades dock som arbetare 1975 och vissa arbetare 1960 var tjänstemän 1975. En närmare analys visar att några signifikanta skillnader i vårdutnyttjande mellan de grupper som hade oförändrad socialgrupptillhörighet och de som ändrat sin tillhörighet inte förelåg.

Tabell 12 Procentuell andel män vårdade i slutenvård i Uppsala län 1977 efter ålder och förändring i SEI-tillhörighet mellan 1960 och 1975

Åldersgrupp	Förv. arb 1960 – Ej förv. arb 1975	Oförändrad SEI-tillh.	Skillnad
45–49	14,9	6,2	8,7
50–54	17,7	7,3	10,3
55–59	18,9	9,8	9,1
60–64	16,2	10,3	5,9
Totalt	17,0	8,6	8,4
Antal individer	1 876	13 230	

Anm.: Totaluppgiften är ålderstandardiserad med samtliga män i åldern 45–64 år i Uppsala län som standardpopulation

7.3 Socioekonomisk indelning efter familj respektive individ

Som tidigare påpekats spelar det inte så stor roll om man väljer att klassificera männen efter familjens socioekonomiska status eller individens eftersom över 90 procent av männen i åldern 20 till 64 år klassificeras på samma sätt i båda fallen. För kvinnor gäller dock att för fler än var tredje förändras den socioekonomiska tillhörigheten om klassificeringen utgår från familjen istället för individen. Som utgångspunkt för jämförelsen mellan fördelningen efter familjens respektive den egna socioekonomiska gruppen redovisas kvinnornas vårdutnyttjande fördelat efter familjens socioekonomiska grupp i tabell 13.

Antalet observationer som ingår i tabell 13 är drygt 110 000 vilket innebär ett bortfall på cirka 10 procent. Bortfallet drabbade främst de lägre åldersgrupperna, vilket närmare redovisats i tabell 3 i kapitel 3. Om man utgår från familjens socioekonomiska status kan man konstatera att kvinnornas vårdutnyttjande har ett mönster som i stort liknar männens med avseende på den socioekonomiska indelningen. Således var den procentuella andelen som någon gång under 1977 vårdats i sluten vård lägre bland kvinnor som tillhörde jordbrukarfamiljerna än motsvarande andel i de andra grupperna. Skillnaderna var dock små, framförallt i de högre åldersgrupperna.

Med hänsyn till att den egna socioekonomiska tillhörigheten förutsätter att individen kommit upp i förvärsarbetande ålder för att någon uppdelning på socioekonomiska grupper skall kunna göras, begränsas denna jämförelse till åldersgrupperna 15 till 84 år. Andelen kvinnor som någon gång vårdats i

Tabell 13 Procentuell andel kvinnor vårdade i sluten somatisk korttidsvård i Uppsala län 1977 resp antal kvinnor efter ålder och familjens SEI-tillhörighet enl FoB 60 eller FoB 75

Åldersgrupp	Ej förv. arbet.	Arbetare	Tjänstemän	Jordbrukare	Företagare	Totalt
Andel vårdade						
0-14	5,7	4,3	3,9	2,4	3,9	4,1
15-44	7,9	7,9	6,2	5,7	7,0	7,0
45-64	12,4	10,0	8,5	7,5	8,7	9,3
65-74	14,9	13,3	11,7	11,4	12,8	13,2
75-84	20,5	18,9	17,0	17,4	18,4	19,7
85-	23,8					24,2
Antal individer i befolkningen						
0-14	1 403	8 064	9 418	841	1 144	20 870
15-44	4 576	17 259	20 884	1 410	2 148	46 277
45-64	1 500	10 067	8 758	1 850	1 641	23 816
65-74	2 739	4 326	1 972	950	767	10 754
75-84	4 085	1 599	529	322	299	6 834
85-	1 754	85	18	11	19	1 887
Totalt	16 057	41 400	41 579	5 384	6 018	110 438

Tabell 14 Procentuell andel kvinnor vårdade i slutna somatiska korttidsvård i Uppsala län 1977 resp antal kvinnor efter ålder och egen SEI-tillhörighet enl FoB 60 eller FoB 75

Åldersgrupp	Ej förv. arbet.	Arbetare	Tjänstemän	Jordbrukare	Företagare	Totalt
Andel vårdade						
15-44	6,6	8,4	6,3	4,2	6,2	7,0
45-64	10,1	9,4	8,3	6,3	9,3	9,3
65-74	13,5	13,0	12,2	10,8	10,5	13,2
75-84	19,6	20,0	17,7	20,7	23,3	19,6
Antal individer i befolkningen						
15-44	19 105	13 025	13 293	189	437	46 049
45-64	8 053	9 429	5 392	397	518	23 789
65-74	7 037	2 384	1 026	83	219	10 749
75-84	5 531	849	293	29	129	6 831

slutna vård under 1977 fördelade efter den egna socioekonomiska tillhörigheten framgår av tabell 14.

Det mest iögonfallande vid en jämförelse mellan tabellerna 13 och 14 är att skillnaderna framförallt inom grupperna arbetare och tjänstemän är mycket små. Detta gäller främst i de lägre åldersgrupperna, men även i de högre åldersgrupperna är skillnaderna små och ej statistiskt signifikanta. En närmare analys visar att en hemmafru i exempelvis en tjänstemannafamilj utnyttjar vården i ungefär samma utsträckning som förvärvsarbetande kvinnliga tjänstemän. Några skillnader i vårdutnyttjande mellan hemmafruar och förvärvsarbetande kvinnor i motsvarande socioekonomiska grupp fanns inte utom i åldersgruppen 15 till 44 år där arbetarkvinnorna utnyttjade den slutna vården i större utsträckning än hemmafruarna.

8 Avstånd till sjukhus

Att mäta och värdera avståndets betydelse för vårdutnyttjandet är problematiskt, dels därför att det inte finns bra och allmänt accepterade mått på avstånd (t ex i kilometer, timmar restid eller kronor reskostnad), dels därför att det i allmänhet är svårt att operationalisera det mått man valt. Någon form av approximation blir alltid nödvändig. Håkansson (14) använde i en jämförande studie på landstingsnivå som mått på avstånd den genomsnittliga reseersättning som utgår i samband med medicinsk vård. I denna studie används bostadsfastigheternas koordinater för att beräkna avståndet. Även detta är naturligtvis endast en uppskattning av det faktiska reseavståndet, eftersom beräkningen avser fågelvägen utan hänsyn till vägnätets utformning. Genomgående är således de angivna avstånden en underskattning av de faktiska. Vårdutnyttjandet med hänsyn till avstånd till sjukhus framgår av tabell 15. Den beräknade andelen vårdade har standardiserats med hänsyn till ålder och kön varvid hela länets befolkning användes som standard.

Vårdutnyttjandet mätt på detta sätt minskade således relativt snabbt med ett växande avstånd från sjukhuset. Efter cirka 10 km förefaller dock en ytterligare avståndsökning endast obetydligt påverka vårdutnyttjandet. Av tabell 15 framgår vidare att det inte förelåg någon nämnvärd skillnad mellan kvinnor och män i detta avseende.

Ett tänkbart samband mellan vårdutnyttjande och avstånd är att den större andelen vårdade i närheten av sjukhuset har en kortare genomsnittlig vårdtid än de som bor längre bort. Av tabell 16 framgår att detta i viss mån gällde för patienterna i Uppsala läns somatiska vård under 1977. Sambandet mellan

Tabell 15 Procentuell andel vårdade i slutet somatisk korttidsvård i Uppsala län 1977 efter kön och avstånd till sjukhus

Kön	Avstånd i kilometer				
	0-4	5-9	10-14	15-49	50-
Män	9,1	8,0	7,4	7,7	7,2
Kvinnor	9,3	8,5	8,0	8,5	7,2
Totalt	9,2	8,3	7,7	8,1	7,2
Antal	121 453	15 482	14 634	56 061	36 304

Anm.: Procenttalen är ålders- och könsstandardiserade med hela länet som standardpopulation

Tabell 16 Medeltal vård dagar per patient i slutna somatisk korttidsvård i Uppsala län 1977 efter kön och avstånd till sjukhus

Kön	Avstånd i kilometer				
	0-4	5-9	10-14	15-49	50-
Män	10,3	10,0	9,2	10,2	10,8
Kvinnor	10,9	11,6	10,3	11,0	11,3
Totalt	10,6	10,8	9,7	10,6	11,1
Antal	11 143	1 172	1 047	4 438	2 864

Anm.: Vårdtidsuppgifterna är ålders- och könsstandardiserade med samtliga patienter från länet som standardpopulation

avstånd och vårdtid är dock något oklart, i synnerhet vid korta avstånd. Utvecklingen mellan de två första avståndsklasserna skiljer sig för män respektive kvinnor. Från och med ett avstånd på 10 km ökar dock medelvårdtiden både för män och kvinnor.

Mot bakgrund av vad som redovisats i de närmast föregående kapitlen samt av den bakgrundsbeskrivning av länet som gavs i kapitel 4 är det vanskligt att förklara skillnader i vårdutnyttjande enbart med ålders- och könsstandardiserad statistik. I det följande kommer vissa försök göras att samtidigt studera flera av de variabler som berörts i denna del, varvid även skillnaderna med hänsyn till avstånd till sjukhus kommer att diskuteras.

III Analys av sambanden

I denna del skall de olika resultaten från föregående kapitel studeras i ett sammanhang. Geografiska och statistiska metoder används parallellt. Slutligen förs en sammanfattande diskussion av de funna resultaten beträffande faktorer som påverkar vårdutnyttjandet inom sluten somatisk korttidsvård.

9 Faktorer som påverkar vårdutnyttjandet

Vid en analys av vårdutnyttjandet måste man först ta ställning till vilket eller vilka kvantitativa mått på vårdkonsumtionen som man vill använda. I kapitel 3 diskuterades kortfattat några alternativa mått på utnyttjandet av sluten somatisk korttidsvård, varvid konstaterades att den dikotoma variabeln vårdad/icke vårdad hade flera fördelar. I de flesta analyser kommer därför detta mått på vårdutnyttjandet att utgöra beroende variabel. Bl a mot bakgrund av vad som påpekats i kapitel 8 angående avståndets betydelse kommer dock i vissa analyser antal vårdagar under året att användas som beroende variabel.

De oberoende variabler som används i detta kapitel är i princip de som ingick i den översiktliga redovisningen i del II, d v s ålder, kön, civilstånd, socioekonomisk grupp samt avstånd till sjukhus. Eftersom könsskillnaderna i vårdutnyttjandet växlar i olika åldrar görs separata analyser för män respektive kvinnor. Beträffande den socioekonomiska indelningen och civilstånd är det nödvändigt att skapa dikotoma variabler för de kategorier som man vill ha med i analyserna, exempelvis tjänstemän och jordbrukare.

Vissa begränsningar i analysernas omfattning görs i detta kapitel. För att minska problemen med bortfall av FoB-data exkluderas Håbo kommun (se tabell 3 i kapitel 3). Eftersom det dessutom finns viss risk för bortfall av vårdtillfällen från Älvkarleby kommun på grund av att vissa akutfall kan ha vårdats i Gävle, exkluderas även Älvkarleby. Vidare ingår inte Enköpings kommun i analyserna i detta kapitel på grund av de brister i patientstatistikens täckning som påtalats i kapitel 3. Slutligen sker en begränsning även med hänsyn till ålder. Eftersom de socioekonomiska uppgifterna i stor utsträckning saknas för dem som är 85 år och äldre får denna åldersgrupp utgå. Härigenom minskar även risken för att analysen på ett okontrollerat sätt skulle påverkas av skillnader i långtidssjukvårdens omfattning. Analyserna i detta kapitel omfattar således ett material som består av befolkningen upp till och med 84 års ålder i Uppsala, Tierp och Östhammar. Inom detta material uppgår bortfallet för civilstånds- och SEI-variablerna till cirka 10,5 procent. För åldersgruppen 18 - 84 år, som även kommer att analyseras separat, är bortfallet något mindre, nämligen 8,5 procent.

9.1 Demografiska, socioekonomiska och geografiska faktorer

I tidigare avsnitt har ålderns betydelse för vårdutnyttjandet beskrivits. Med hänsyn till ålderssambandets karaktär - det U-formade sambandet - och ålderns starka inflytande torde det vara av intresse att studera materialet över hela åldersskalan i en sammanhållen analys. Detta medför dock vissa svårigheter. De socioekonomiska variablerna torde ha olika inflytande i olika åldersintervall. Vidare saknas socioekonomiska data helt för barn under två år, beroende på tidsskillnaden mellan FoB 75 och de övriga data som härrör från 1977. För att de första levnadsårens höga vårdutnyttjande skall omfattas av analyserna har de socioekonomiska uppgifterna som saknats i åldrarna 0 till 2 år ersatts med motsvarande medelvärden för åldersgruppen 0 till 5 år. Onödigt bortfall på civilståndsvariabeln har undvikits genom att samtliga upp till och med 18 år betraktats som ogifta om annan uppgift ej förelåg. Detta förfarande att ersätta bortfall på enstaka variabler har gjorts för att många dataprogram för statistiska analyser endast accepterar de poster som har värden för samtliga variabler.

Som analysmetod har valts logistisk regression. Fördelen med regressionsanalyser är främst att man samtidigt kan studera inverkan från flera oberoende variabler på en beroende variabel. Olika modeller - dvs ekvationer där i detta fall vårdutnyttjandet förklaras av olika uppsättningar variabler - kan analyseras statistiskt. Den logistiska regressionsanalysen används i de fall då den beroende variabeln är dikotom. För en beskrivning logistisk regressionsanalys hänvisas till någon relativt nyutkommen lärobok i epidemiologisk metodik (t ex 6, 18 eller 29).

Genom tidigare studier av vårdutnyttjandet har framkommit att en regressionsmodell bör innefatta kvadrerad ålder för att det U-formade ålderssambandet skall kunna återges i modellen. Vidare bör avståndsvariabeln logaritmeras för att anpassningen till modellen skall bli så bra som möjligt (12). Dessa två variabeltransformationer ingick därför redan från början i analyserna. Civilståndet karaktäriserades med hjälp av två dikotoma variabler, nämligen frånskilda och änkor/änklingar. För den socioekonomiska indelningen skapades dikotoma variabler för samtliga kategorier, dvs ej förvärvsarbete, arbetare, tjänstemän, jordbrukare och egna företagare. Olika uppsättningar med dikotoma variabler prövades för att finna en modell med enbart signifikanta förklarande variabler.

För såväl män som kvinnor visade de första analyserna att fyra av de dikotoma oberoende variablerna, nämligen änkor/änklingar, ej förvärvsarbete, arbetare samt egna företagare, ej signifikant bidrog till förklaringen av vårdutnyttjandet. Det kan förefalla förvånande att variabeln ej förvärvsarbete inte påverkade vårdutnyttjandet signifikant med hänsyn till att man tidigare funnit att denna kategori har ett högt vårdutnyttjande. Det bör dock observeras att till grund för den socioekonomiska indelningen i denna analys ligger såväl FoB 60 som FoB 75. Detta medför att skillnaderna mellan förvärvsarbete och icke förvärvsarbete minskar vilket visats i kapitel 7. Vidare är de ej förvärvsarbete en mycket heterogen grupp, vars vårdutnyttjande i relation till övriga varierar kraftigt mellan olika åldersgrupper.

Tabell 17 Logistisk regressionsanalys med förekomsten av sluten somatisk korttidsvård som beroende variabel, enbart män

Variabel	Beta- estimat	Odds-kvot		P
		Estimat	95-proc konf interv	
Intercept	-1,8679			0,0000
Ålder	-0,0593			0,0000
Kvadrerad ålder	0,0009			0,0000
Log avstånd	-0,1648	0,85	0,80-0,89	0,0000
Frånskild	0,4664	1,59	1,41-1,80	0,0000
Tjänsteman	-0,0982	0,91	0,86-0,96	0,0007
Jordbrukare	-0,1555	0,86	0,77-0,96	0,0059
För hela modellen				
Antal observationer: 84554 varav 6994 (8,3 proc) vårdats				
Chi-kvadrat: 2516,32 med 6 frihetsgrader				R-kvadrat: 0,052

Resultatet av en förnyad analys som endast omfattar de variabler som signifikant bidrog till vårdutnyttjandet framgår av tabell 17. Som referensgrupp för den socioekonomiska indelningen användes således de som varken är tjänstemän eller jordbrukare.

Med hjälp av betaestimaterna i tabell 17 och de formler som gäller för logistisk regression, kan man beräkna sannolikheterna för olika grupper att bli inskrivna i sluten vård. Av särskilt intresse är att beräkna hur sannolikheten förändras då värdet på en av de förklarande variablerna ändras medan övriga variabler hålls konstanta. Vad innebär det exempelvis om värdet på variabeln frånskild ändras från 0 till 1, d v s hur stor är sannolikheten för sluten vård för frånskilda män i förhållande till övriga män? Måttet på denna förändring brukar betecknas relativ risk. Odds-kvoten för frånskilda uppgår enligt tabell 17 till 1,59 och har ett 95-procentigt konfidensintervall från 1,41 till 1,80. För det material som studeras här, med relativt liten procentuell andel som vårdats i sluten vård och relativt små odds-kvoter, utgör odds-kvoten en god approximation för den relativa risken. Man kan således säga att sannolikheten är ungefär 1,6 gånger större för att frånskilda män skall skrivas in i sluten vård än övriga män.

Eftersom åldern i denna analys även ingår i kvadrerad form - och i följande analyser dessutom ingår i andra variabler - måste beräkningen av odds-kvoten ta hänsyn till flera variabler samtidigt. Därför redovisas inga odds-kvoter för åldersförändringar i tabellerna. Ålderns inverkan kommer istället senare att bli illustreras grafiskt.

Modellen som redovisas i tabell 17 kan dock vidareutvecklas något. Vad som i första hand förefaller rimligt är att komplettera modellen med interaktionstermer mellan ålder och avstånd. Olika effekter av avstånd till sjukhuset i olika åldersgrupper skulle klarläggas i en sådan modell. Resultatet av analysen av denna modell framgår av tabell 18.

Av tabell 18 framgår således att de införda interaktionstermerna signifikant påverkar sannolikheten att bli vårdad i sluten vård enligt den uppställda modellen. Efter en hyfsning av ekvationen i tabell 18 kan man se

Tabell 18 Logistisk regressionsanalys med interaktionstermer och sluten somatisk korttidsvård som beroende variabel, enbart män

Variabel	Beta- estimat	Odds-kvot		P
		Estimat	95-proc konf interv	
Intercept	-1,6394			0,0000
Ålder	-0,0750			0,0000
Kvadrerad ålder	0,0011			0,0000
Log avstånd	-0,4094			0,0000
Log avst x ålder	0,0164			0,0000
Log avst x kv ålder	-0,0002			0,0001
Fränskild	0,4796	1,62	1,43-1,82	0,0000
Tjänsteman	-0,0949	0,91	0,86-0,96	0,0011
Jordbrukare	-0,1593	0,85	0,76-0,95	0,0049

För hela modellen
 Antal observationer: 84554 varav 6994 (8,3 proc) vårdats
 Chi-kvadrat: 2533,05 med 8 frihetsgrader R-kvadrat: 0,052

att den statistiska innebörden av interaktionstermerna är att avståndet till sjukhus har endast obetydlig effekt i åldersgrupperna runt 45 år medan effekten är betydligt större ju äldre eller yngre befolkningen är.

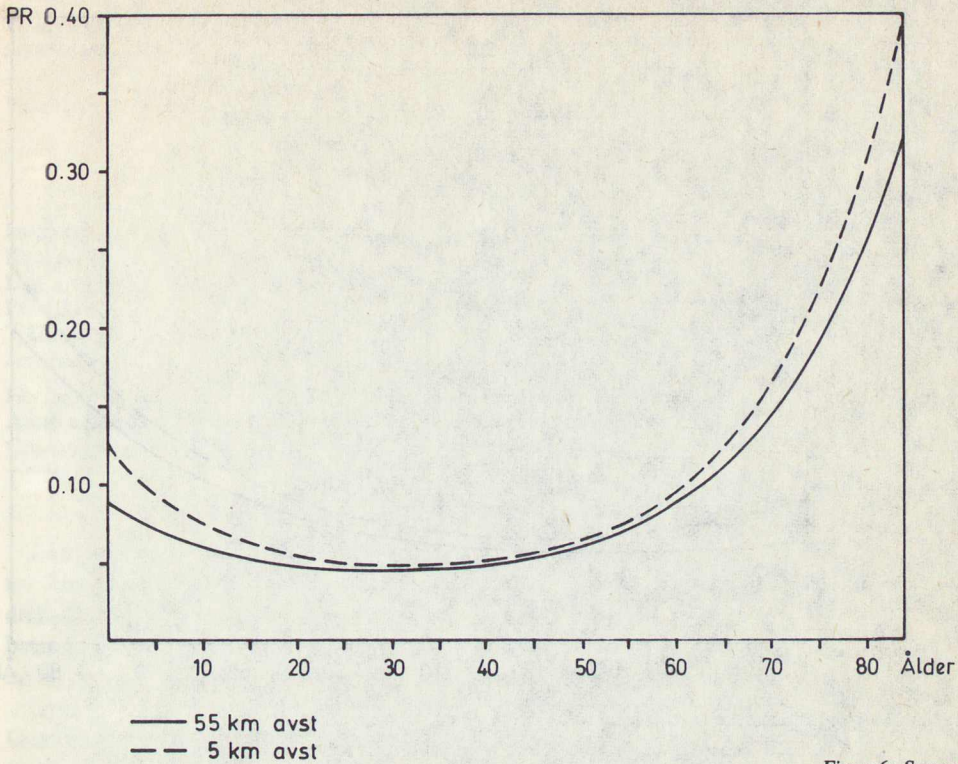
Motsvarande analyser har även genomförts beträffande kvinnors utnyttjande av sluten somatisk vård. Resultatet av analysen av den modell som omfattar interaktionstermerna mellan ålder och avstånd presenteras i tabell 19.

Skillnaderna mellan modellerna för män (tabell 18) och kvinnor (tabell 19) består främst i ålderns olika effekter. Man kan från tabeller beräkna att sannolikheten för att män i 70-års åldern skall bli inskrivna i sluten vård är

Tabell 19 Logistisk regressionsanalys med interaktionstermer och sluten somatisk korttidsvård som beroende variabel, enbart kvinnor

Variabel	Beta- estimat	Odds-kvot		P
		Estimat	95-proc konf interv	
Intercept	-1,9848			0,0000
Ålder	-0,0321			0,0000
Kvadrerad ålder	0,0005			0,0000
Log avstånd	-0,3835			0,0000
Log avst x ålder	0,0100			0,0157
Log avst x kv ålder	-0,0001			0,0340
Fränskild	0,3576	1,43	1,30-1,58	0,0000
Tjänsteman	-0,2185	0,80	0,76-0,85	0,0000
Jordbrukare	-0,1787	0,84	0,74-0,95	0,0055

För hela modellen
 Antal observationer: 86754 varav 7519 (8,7 proc) vårdats
 Chi-kvadrat: 1449,00 med 8 frihetsgrader R-kvadrat: 0,028



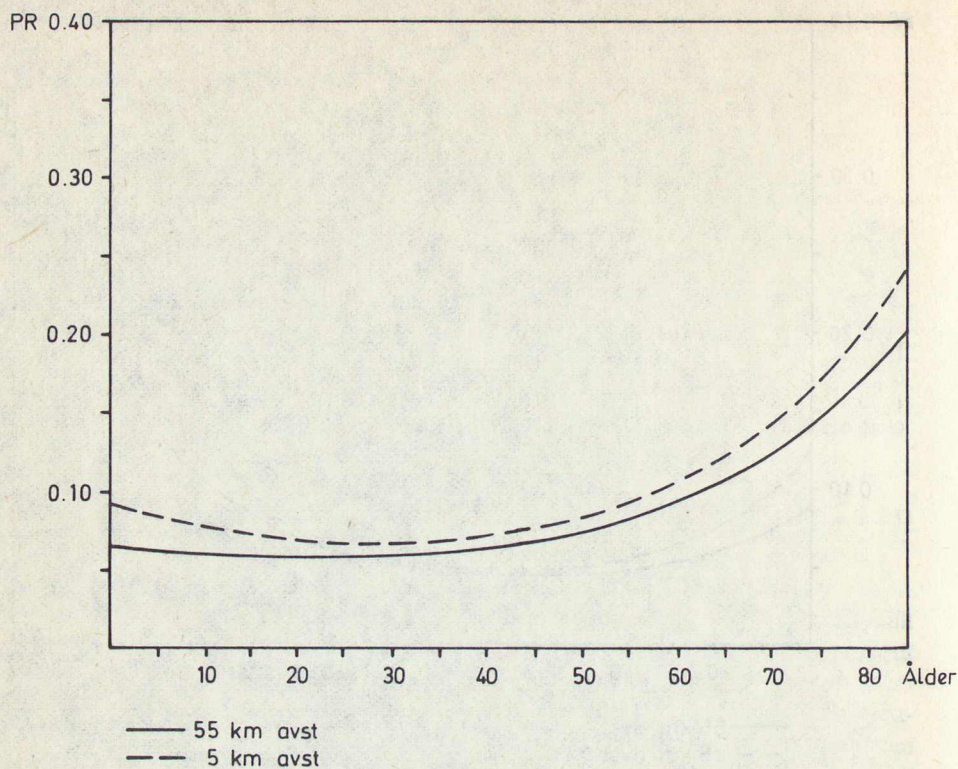
Figur 6: Sannolikheten för män att bli inskrivna i slutna somatiska korttidsvård efter ålder och avstånd

mer än 4 gånger så stor som sannolikheten för 35-åriga män. En motsvarande åldersjämförelse för kvinnor visar att sannolikheten för de äldre kvinnorna är endast något mer än dubbelt så stor som de yngres. Ålderssambandet beskriver således en betydligt flackare kurva för kvinnor än för män. Även inverkan från variabeln frånskild är svagare för kvinnor än för män. De socioekonomiska variablerna har dock en starkare inverkan på vårdutnyttjandet bland kvinnor än bland män.

Totalt sett beskrivs männens utnyttjande av slutna vård bättre av modellen än kvinnornas. Man måste dock konstatera att båda modellerna har mycket låga förklaringsvärden. Skillnaden i förklaringsvärden torde främst bero på att ålderssambandet inte lika bra kan anpassas till en andragradskurva för kvinnor som för män.

För att åskådliggöra de två modellerna som presenterats i tabellerna 18 och 19, framförallt beträffande ålderns och avståndets innebörd visas även sambanden i grafisk form. Figurerna 6 och 7 illustrerar sambandet mellan sannolikheten för att bli inskriven i slutna vård och ålder. Den lägre kurvan visar sannolikheten vid 55 km avstånd till Akademiska sjukhuset, medan den över gäller vid 5 km avstånd. Figur 6 avser män, medan figur 7 gäller kvinnor.

Tolkningen av modellerna kommer att diskuteras närmare i det avslutande kapitlet i denna rapport. En grundläggande fråga måste dock först belysas



Figur 7: Sannolikheten för kvinnor att bli inskrivna i slutet somatisk korttidsvård efter ålder och avstånd

något. De skillnader i vårdutnyttjande som påvisats mellan olika socioekonomiska grupper kan ges flera olika förklaringar. I det följande kommer i första hand frågan om vilken betydelse skillnader i sjuklighet har i jämförelse med andra tänkbara orsaker till skillnader i vårdutnyttjandet att diskuteras. De skillnader som inte kan förklaras av olikheter i sjuklighet kan bero på att sjukvården är olika tillgänglig för olika grupper i samhället eller efterfrågas i olika stor omfattning. Skillnader i efterfrågan kan i sin tur bli bero på olika tillgång till alternativa vårdformer. Skillnader av det senare slaget skulle kunna tyda på en social ojämlikhet i sjukvården.

9.2 Social ojämlikhet i hälsa eller vårdutnyttjande

En förutsättning för att kunna jämföra effekterna på vårdutnyttjandet av hälsans fördelning och den socioekonomiska indelningen är tillgång till hälsodata av någon form. Några direkta data om hälsotillståndet finns ej i det studerade materialet. Därför måste man finna någon lämplig indikator på hälsans fördelning med hänsyn till yrken. Problemet att finna indikatorer på hälsoläget i en befolkning sammanfaller i många avseenden med sjukvårdsplaneringens problem att mäta behov av sjukvård.

Tabell 20 Logistisk regressionsanalys med förekomsten av sluten somatisk korttidsvård som beroende variabel, enbart män i åldern 18-84 år

Variabel	Beta- estimat	Odds-kvot		P
		Estimat	95-proc konf interv	
Intercept	-3,1724			0,0000
Kvadrerad ålder	0,0004			0,0000
Log avstånd	-0,1631	0,85	0,80-0,90	0,0000
Frånskild	0,3358	1,40	1,23-1,59	0,0000
Tjänsteman	-0,1916	0,83	0,77-0,89	0,0000
Jordbrukare	-0,1741	0,84	0,75-0,95	0,0040
För hela modellen				
Antal observationer: 53642 varav 4628 (8,6 proc) vårdats				
Chi-kvadrat: 1769,69 med 5 frihetsgrader				R-kvadrat: 0,056

I en internationellt uppmärksammas studie i England - Sharing resources for health in England - har flera olika indikatorer på behov av sjukvård diskuterats (30). Arbetsgruppen bakom rapporten stannade för att - beträffande akut somatisk sjukhusvård - rekommendera mortalitetstal som en av de uppgifter som bör ligga till grund för resursfördelningen.

Svensk statistik över mortalitetens fördelning efter yrken finns tillgänglig. Genom en samkörning av FoB 60 och dödsorsaksstatistik från åren 1961 till 1970 har SCB bl a beräknat dödstal fördelade efter yrken (8). Som en indikator på ohälsans fördelning har således de av SCB beräknade åldersstandardiserade dödstalen använts. Samtliga personer som enligt minst en av de två folk- och bostadsräkningarna (FoB 60 och FoB 75) betraktats som yrkesverksamma har påförts uppgift om den aktuella dödligheten för sitt kön och yrke. Nya analyser av vårdutnyttjandet med yrkesrelaterad dödlighet som en av de förklarande variablerna kan således göras. Resultatet av dessa analyser kan sedan jämföras med analyser som bl a omfattar den socioekonomiska indelningen.

Jämförelserna kan dock inte göras direkt med de tidigare presenterade analyserna eftersom dessa omfattar alla åldrar. De yrkesverksamma begränsas enligt ovanstående definition till åldersgruppen 18 till 84 år. Ett första steg blir således att göra om de analyser som baseras på socioekonomisk indelning och därvid begränsa materialet till de förvärvsarbetande. Den bästa modellen beträffande män efter dessa begränsningar i materialet presenteras i tabell 20.

Skillnaden beträffande de förklarande variablerna mellan denna modell som begränsas till de förvärvsarbetande ligger således i att ålderns inverkan endast representeras av kvadrerad ålder. Interaktionstermerna mellan ålder och avstånd var ej signifikanta och medtogs därför inte i denna modell.

De alternativa data som används för att belysa frågan om skillnaderna i vårdutnyttjande är en återspeglning av verkliga skillnader i sjuklighet är således hämtade från SCB:s statistik över dödlighetens fördelning med avseende på yrken (8). SCB redovisar dödligheten på olika sätt. De mått som används i detta sammanhang är antal döda per 100 000 i åldrarna 45-64 år

Tabell 21 Deskriptiv statistik över variabeln yrkesdödlighet för män i åldern 18-84 år i Uppsala län 1977 efter SEI-tillhörighet enl FoB 60 och FoB 75

	Arbetare	Tjänstemän	Jordbrukare	Företagare	Totalt
Minimum	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0
Median	1,9	1,4	0,0	2,2	1,8
3:e kvartil	2,4	2,4	0,0	3,1	2,4
Maximum	6,9	5,5	0,0	5,5	6,9
Medelvärde	1,9	1,8	0,0	2,4	1,8
Typvärde	1,9	1,3	0,0	2,2	1,3

under perioden 1966-1970. Innan uppgifterna togs in i analyserna standardiserades variabeln så att den erhöll minimivärdet 0 och standardavvikelsen 1. För att ge en inblick i hur dödligheten varierar mellan de socioekonomiska grupper som används i denna studie presenteras i tabell 21 beskrivande statistik över den dödlighetsvariabel som sedan kommer att ingå i regressionsanalyserna.

Inom arbetar- och tjänstemannagrupperna finns en mängd olika yrken med skilda dödlighetstal. Av tabell 21 framgår att de flesta måtten tyder på att tjänstemannagruppen som helhet har en lägre dödlighet än arbetarna, även om det inte finns någon klar gräns mellan dessa grupper med avseende på yrkesrelaterad dödlighet. Jordbrukarna bildar inte bara en grupp i den socioekonomiska indelningen, utan representerar dessutom endast ett yrke, varför det inte finns någon spridning på dödlighetsstatistiken för jordbrukarna. I tabell 22 redovisas en första modell som bl a innehåller yrkesrelaterad dödlighet som förklarande variabel.

En jämförelse mellan de två modellerna i tabellerna 20 och 22 visar inte på några större skillnader i statistiskt avseende. För båda modellerna är de ingående variabelernas signifikans synnerligen hög. Den statistiska analysen ger således lika mycket stöd åt hypotesen om social ojämlikhet i vårdutnytt-

Tabell 22 Logistisk regressionsanalys med förekomsten av slutna somatisk korttidsvård som beroende variabel och med yrkesdödlighet som en förklarande variabel, enbart män i åldern 18-84 år

Variabel	Beta- estimat	Odds-kvot		P
		Estimat	95-proc konf interv	
Intercept	-3,4842			0,0000
Kvadrerad ålder	0,0004			0,0000
Log avstånd	-0,1049	0,90	0,85-0,96	0,0008
Frånskild	0,3398	1,40	1,23-1,60	0,0000
Yrkesdödlighet	0,0848	1,09	1,06-1,12	0,0000

För hela modellen

Antal observationer: 53634 varav 4628 (8,6 proc) vårdats

Chi-kvadrat: 1765,31 med 4 frihetsgrader

R-kvadrat: 0,056

Tabell 23 Logistisk regressionsanalys med förekomsten av slutna somatisk korttidsvård som beroende variabel och både SEI-variabler och yrkesdödlighet som förklarande variabler, enbart män i åldern 18-84 år

Variabel	Beta- estimat	Odds-kvot		P
		Estimat	95-proc konf interv	
Intercept	-3,3667			0,0000
Kvadrerad ålder	0,0004			0,0000
Log avstånd	-0,1430	0,87	0,81-0,92	0,0000
Frånskild	0,3332	1,40	1,23-1,59	0,0000
Tjänsteman	-0,1733	0,84	0,78-0,90	0,0000
Yrkesdödlighet	0,0821	1,09	1,05-1,12	0,0000
För hela modellen				
Antal observationer: 53634 varav 4628 (8,6 proc) vårdats				
Chi-kvadrat: 1788,65 med 5 frihetsgrader			R-kvadrat: 0,057	

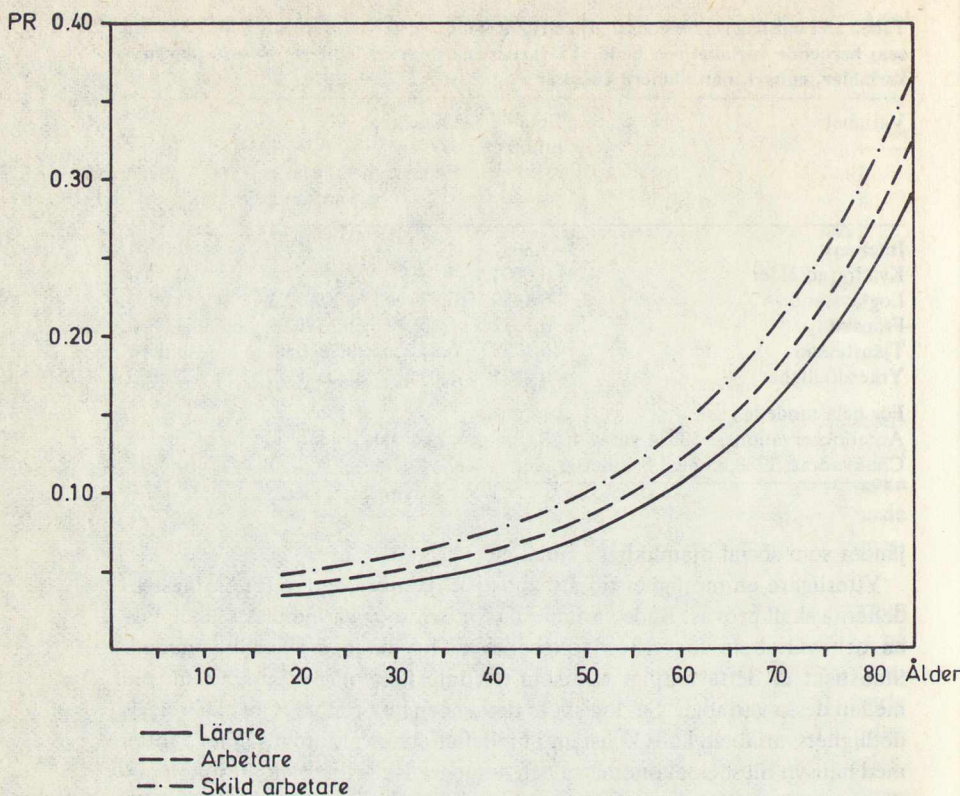
jandet som social ojämlikhet i sjuklighet.

Ytterligare en möjlighet till att statistiskt jämföra de två förklaringsmodellerna skall prövas. Både variablerna för den socioekonomiska indelningen och variabeln för yrkesdödligheten tillåts nu ingå i samma modell. Statistiskt är detta möjligt eftersom det inte finns något linjärt samband mellan dessa variabler. Saklogiskt är detta även helt rimligt. Om exempelvis dödlighetsvariabeln hålls konstant i modellen, kan vårdutnyttjandet variera med hänsyn till socioekonomiska och demografiska variabler. Resultatet av den logistiska regressionsanalysen som omfattar samtliga statistiskt signifikanta variabler framgår av tabell 23.

Den modell som innehåller variabler för såväl yrkesrelaterad dödlighet som socioekonomisk indelning visar sig således vara den statistiskt bästa modellen. Chi-kvadratvärdet är klart bättre än de två övriga modellernas och samtliga variablers beta-estimat är synnerligen signifikanta. Vissa försök att ytterligare förbättra modellen har gjorts, exempelvis genom att införa en interaktionsterm för yrkesdödlighet och ålder. Någon bättre modell med de variabler som varit tillgängliga har dock inte varit möjlig att finna.

Sammantaget torde de tre modeller som presenterats i tabellerna 20, 22 och 23 innebära att olikheterna i vårdutnyttjandet kan ges flera tolkningar. Vissa skillnader kan förklaras med de skillnader i hälsotillstånd som dödligheten är en indikator på. Utöver det som dessa skillnader förklarar utnyttjar tjänstemännen den slutna somatiska korttidsvården i lägre grad än övriga. Detta skulle kunna tolkas på så sätt att tjänstemännen har bättre tillgång till eller mer aktivt efterfrågar alternativa vårdformer till slutna vård. En annan tolkning kan vara att tjänstemännens sjuklighet överskattas när yrkesdödligheten används som indikator på hälsotillståndet. Detta blir nämligen fallet om det bland tjänstemännen finns få sjukdomstillstånd som är av den karaktären att de kräver slutna vård men inte påverkar dödligheten.

För att illustrera innebörden av den logistiska modellen i tabell 23 presenteras en grafisk framställning av modellen i figur 8. Den av modellen predicerade sannolikheten för att bli inskriven i slutna somatisk vård i olika



Figur 8: Sannolikheten för förvävsarbetande män i tre olika yrken att bli inskrivna i slutet somatisk korttidsvård efter ålder

åldrar framställs för tre grupper av individer. Lärare - en i Uppsala vanlig yrkesgrupp får utgöra ett exempel på lågt vårdutnyttjande. Arbetare i grafiskt arbete samt frånskilda arbetare i verkstadsarbete exemplifierar kategorier med högre vårdutnyttjande.

Motsvarande analyser har även genomförts beträffande kvinnor. Antalet förvävsarbetande kvinnor i de tre kommunerna är dock betydligt färre än antalet män, knappt 38 000. Vidare är ålderssambandet - vilket påpekats tidigare - av en annan karaktär. Den yrkesrelaterade dödligheten för kvinnor skiljer sig också avsevärt från männens, bl a genom en betydligt mindre spridning. Detta innebär att det är betydligt svårare att analysera sjukvårdsutnyttjandet för kvinnor än för män i regressionsmodeller. Bl a blir förklaringsvärdena synnerligen låga (R-kvadrat cirka 0,012) varför det förefaller mycket tveksamt att jämföra olika modeller. Man kan dock konstatera att i en modell som innehåller både yrkesrelaterad dödlighet och socioekonomisk indelning blir variabeln yrkesdödlighet ej signifikant.

9.3 Faktorer som påverkar vårdtidens längd

Inledningsvis i detta kapitel påpekades att de flesta analyser skulle göras med den dikotoma variabeln vårdad/icke vårdad som beroende variabel. Med hjälp av sådana analyser kan frågan om vården är tillgänglig på lika villkor belysts. Det är emellertid möjligt att vissa demografiska, socioekonomiska och geografiska faktorer även kan tänkas påverka vårdtidens längd. Ett sådant tänkbart samband, nämligen det mellan vårdtid och avstånd till sjukhus, belystes något i kapitel 8. Utöver avstånd skall i detta avsnitt ytterligare några faktorer eventuella samband med vårdtidens längd analyseras.

Analysmetoden i detta avsnitt är linjär multipel regressionsanalys. De första analyserna syftade främst till att klargöra om sambandet mellan de förklarande variablerna och vårdtiden är av additiv eller multiplikativ natur, d v s om den beroende variabeln skall vara antal vård dagar eller logaritmerat för antalet vård dagar. Förklaringsvärdena var klart bättre då den beroende variabeln logaritmerats, varför den multiplikativa modellen användes genomgående här.

Olika angreppssätt prövades med från början samtliga demografiska, socioekonomiska och geografiska variabler med i modellerna. Det visade sig bl a att avstånd till sjukhus inte hade något signifikant samband med vårdtidens längd. Olika modeller testades, även en modell som skulle ta till vara ett eventuellt U-format samband. Det vaga samband som kunde skönjas i den översiktliga redovisningen i tabell 16 med först minskande vårdtider och därefter ökande vårdtider med ökande avstånd från sjukhuset är således inte statistiskt signifikant i en regressionsmodell som omfattar även demografiska och socioekonomiska variabler. Den slutliga modellen med de faktorer som visat sig signifikant påverka vårdtiden presenteras i tabell 24.

Åldern spelar ungefär samma roll för vårdtidens längd för såväl män som kvinnor. En åldersökning med 10 år innebär enligt modellen att antalet vård dagar ökar med knappt 20 procent. Civilståndet påverkar dock vårdtiden endast för män, såväl fränskilda som änklings har mellan 13 och

Tabell 24 Regressionsanalys avseende faktorer som påverkar vårdtidens längd inom sluten somatisk korttidsvård

Variabel	Män		Kvinnor	
	Parameter estimat	P	Parameter estimat	P
Intercept	0,6075	0,0001	0,6136	0,0001
Ålder	0,0073	0,0001	0,0074	0,0001
Fränskild	0,0540	0,0111		
Änkling	0,0589	0,0061		
Tjänsteman	-0,0287	0,0064	-0,0373	0,0002
För hela modellen				
Beroende variabel: logaritmerat antal vård dagar				
Antal observationer:	6777		7357	
R-kvadrat:	0,227		0,206	

15 procent fler vård dagar än övriga. En tänkbar förklaring till denna skillnad mellan män och kvinnor kan vara att utskrivningsbeslutet inte påverkas av kvinnors hemförhållande, medan däremot de ensamma männen får stanna kvar på sjukhuset något längre än de män som lever i en familj. En annan rimlig förklaring skulle kunna vara att det bland männen fanns skillnader i sjuklighet mellan civilståndet, medan någon sådan motsvarande skillnad inte fanns bland kvinnorna.

Att de demografiska faktorerna påverkar vårdtiden förefaller tämligen naturligt. Något mer svårtolkat är det faktum att för både män och kvinnor gäller att medlemmarna i tjänstemannafamiljerna har knappt 10 procent färre vård dagar än övriga. En tänkbar tolkning är att man bland tjänstemän har bättre förutsättningar att anpassa sin arbetssituation så att man kan underlätta vård i hemmet av anhöriga.

10 Leder ökade resurser inom primärvården till minskade krav på slutenvård?

Inledningsvis i denna rapport angavs syftet bl a vara att studera geografiska skillnader i vårdutnyttjandet samt betydelsen av primärvårdens omfattning för utnyttjandet av den slutna somatiska korttidsvården. Ett naturligt angreppssätt för detta delsyfte är att genomföra en kartografisk studie av vårdkonsumtionen. Genom att studera det geografiska mönstret i vårdutnyttjandet blir det möjligt att belysa frågan om det finns något samband mellan utnyttjandet av slutenvård och tillgången på primärvård.

Som ett första steg före den kartografiska analysen skall dock två av de tidigare presenterade tabellerna sammanställas till en tabell för att enkelt jämföra besökstal i öppen vård med utnyttjandet av den slutna vården. Denna jämförelse av öppen och slutenvård presenteras i tabell 25.

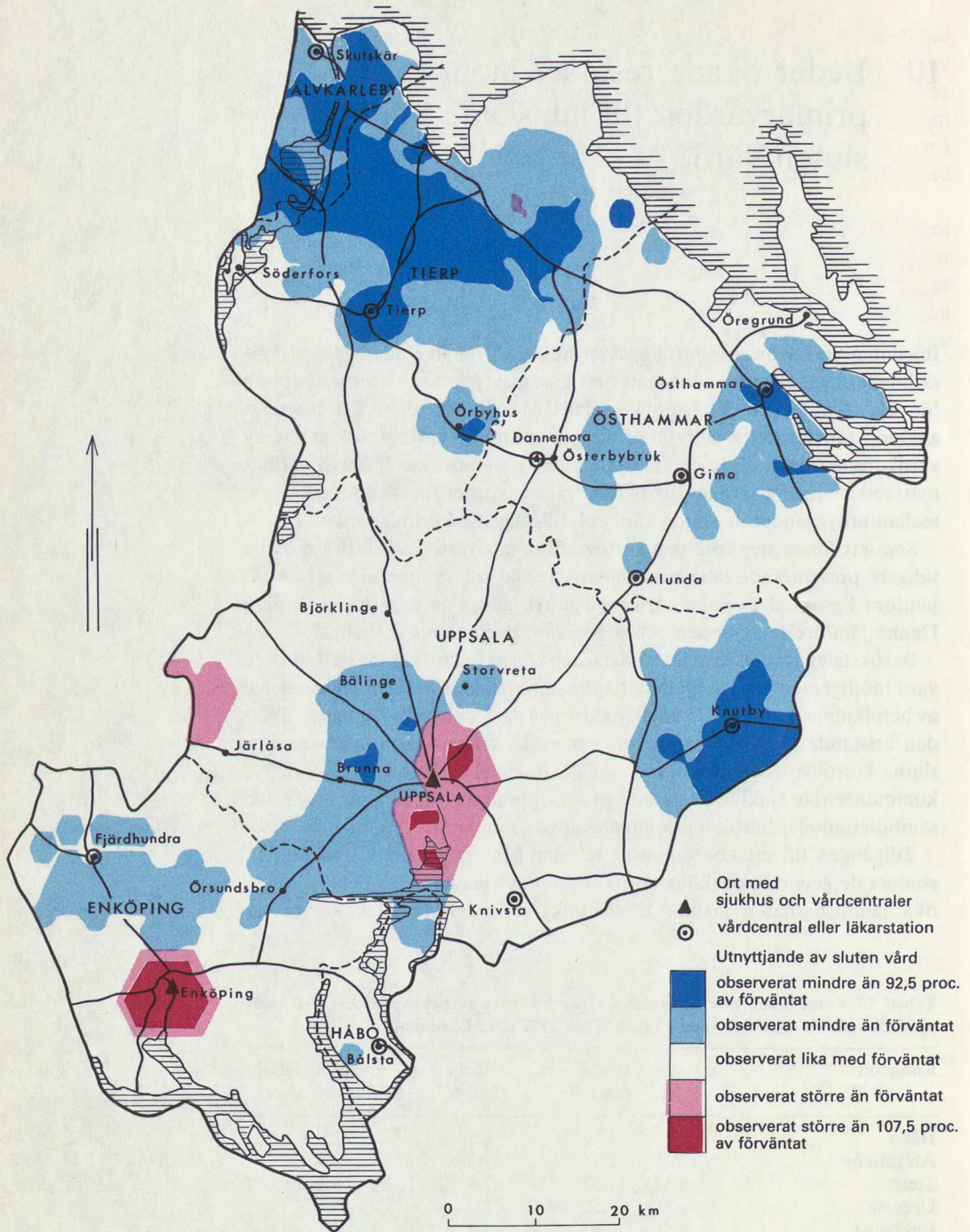
Besökstalen i tabell 25 är inte ålders- och könsstandardiserade då detta inte varit möjligt med hänsyn till underlagsmaterialet. Den procentuella andelen av befolkningen som var 75 år eller äldre har därför angivits i tabellen. Trots den bristande jämförbarheten torde man dock kunna konstatera att den slutna korttidsvården utnyttjas av en större andel av befolkningen i de två kommuner där sjukhusen är belägna - Uppsala och Enköping - och där samtidigt antalet besök hos allmänläkare är som lägst.

Tillgången till ett koordinatsatt register gör det emellertid möjligt att studera de geografiska skillnaderna i vårdutnyttjandet mer i detalj. För att öka jämförbarheten mellan länets olika delar måste dock åtminstone

Tabell 25 Antal besök hos allmänläkare per invånare respektive procentuell andel vårdade i slutenvård i Uppsala län 1977 efter kommuner

Kommun	Besök per inv	Andel vårdade	Andel i befolkning 75 år och äldre
Håbo	1,16	8,5	1,9
Älvkarleby	1,14	7,3	7,4
Tierp	1,32	7,3	9,1
Uppsala	0,52	8,7	5,6
Enköping	0,63	9,3	6,5
Östhammar	0,88	7,6	8,1
Totalt	0,69	8,5	6,2

Källa: Sammanställning över antalet läkarbesök 1977 från landstingets planeringsavdelning samt Patientstatistik från slutenvård



Figur 9: Ålders- och könsstandardiserade vårdkonsumtionskvoter för slutna vård i Uppsala län 1977

skillnader i befolkningens åldersfördelning beaktas. I figur 9 presenteras en karta över utnyttjandet av sluten vård inom Uppsala län. Av tekniska skäl ingår dock inte skärgården utanför Upplandskusten i den kartografiska framställningen. Kartan har tagits fram med den metod som beskrevs översiktligt i kapitel 2 och visar således kvoten mellan det faktiska vårdutnyttjandet och det förväntade med hänsyn tagen till befolkningens ålders- och könssammansättning.

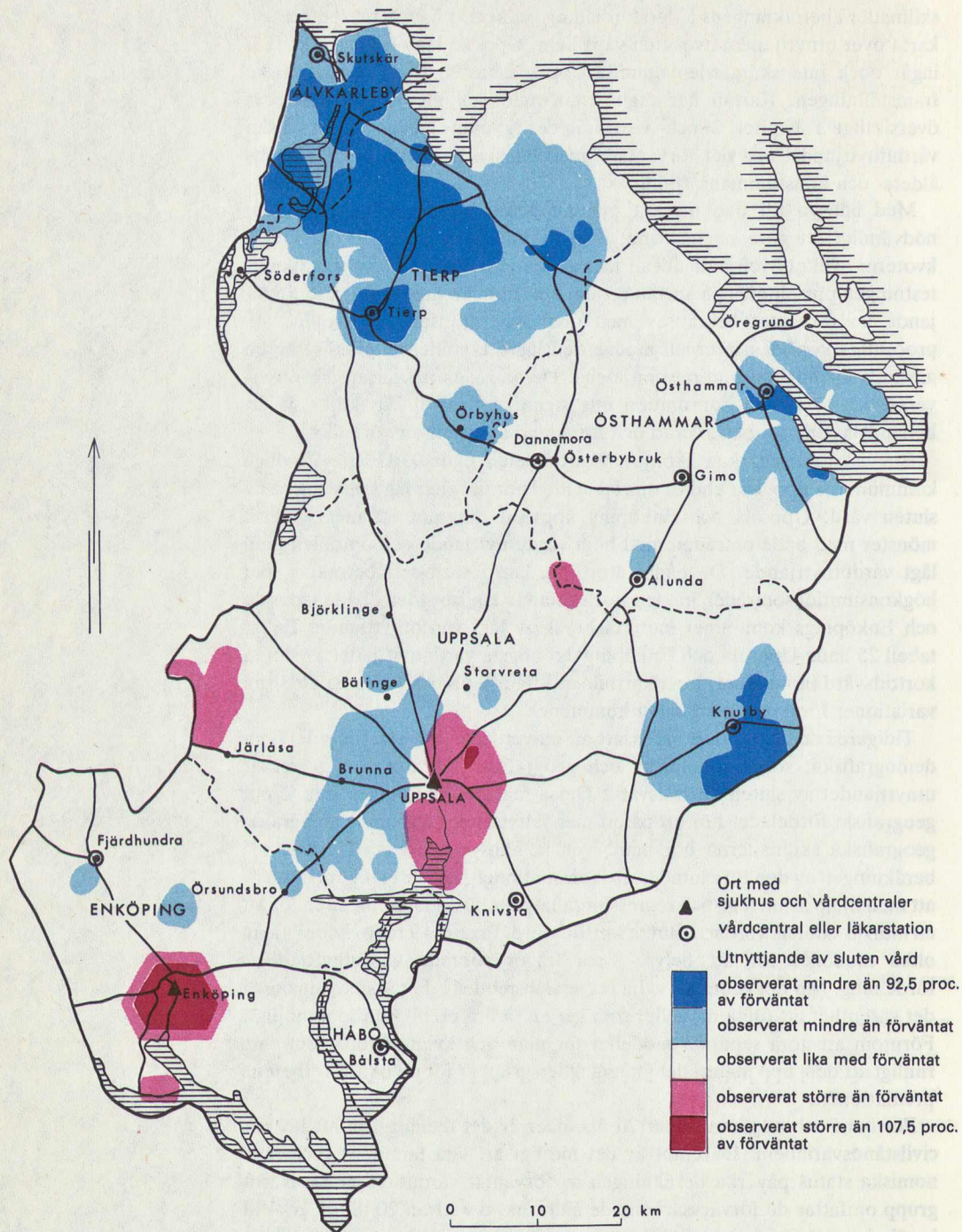
Med hänsyn till den mycket ojämna befolkningsfördelningen är det nödvändigt att göra någon form av signifikanstestning av de beräknade kvoterna, vilket även påtalades i metodkapitlet. Resultatet av signifikanstestningen presenteras på kartan genom att områden med lägre vårdutnyttjande än förväntat begränsas med den övre gränsen för kvotens 90-procentiga konfidensintervall medan den lägre konfidensintervallsgrenen används för högkonsumtionsområdena. De områden på kartan där observerad och förväntad konsumtion inte signifikant ($P=0,05$) skiljer sig åt, behandlas som om observerad och förväntad konsumtion vore lika.

Ett visst mönster kan skönjas i kartbilden i figur 9. De tre nordliga kommunerna uppvisar endast områden med normal eller låg konsumtion av sluten vård. Uppsala och Enköping uppvisar däremot ett mer varierat mönster med både områden med högt vårdutnyttjande och områden med lågt vårdutnyttjande. De båda tätorterna kan i stort sett betraktas som högkonsumtionsområden medan stora delar av landsbygden i både Uppsala och Enköpings kommuner karaktäriseras av lågt vårdutnyttjande. Enligt tabell 25 hade Uppsala och Enköping det högsta vårdutnyttjadet av sluten korttidsvård inom länet, men kartbilden i figur 9 visar således på att stora variationer förekom inom dessa kommuner.

Tidigare i denna rapport har visats att utöver ålder och kön finns det flera demografiska, socioekonomiska och geografiska faktorer som påverkar utnyttjandet av sluten korttidsvård. Dessa faktorer är rimligen inte jämnt geografiskt fördelade. För att på ett mer rättvisande sätt kunna studera de geografiska skillnaderna bör man även ta hänsyn till dessa faktorer vid beräkningen av den förväntade vårdkonsumtionen. Ett sätt att göra detta är att med hjälp av en logistisk regressionsanalys beräkna sannolikheten för att en individ skall ha vårdats i sluten korttidsvård. I kapitel 9 redovisades några olika modeller för att belysa vissa frågor rörande vårdutnyttjandets fördelning. När det gäller att välja regressionsmodell i detta sammanhang är det väsentligt att finna modeller som ger en så bra prediktion som möjligt. Förutom att göra separata modeller för män och kvinnor torde det vara rimligt att dela upp materialet i några åldersgrupper för att öka säkerheten i prediktionen.

För barn och ungdom under 20 års ålder är det meningslöst att beakta civilståndsvariabeln. Däremot är det möjligt att låta familjens socioekonomiska status påverka beräkningen av förväntat vårdutnyttjande. Nästa grupp omfattar de förvärvsarbetande åldrarna, d v s från 20 till 65 år. Vid beräkning av förväntat vårdutnyttjande för denna åldersgrupp används förutom ålder även uppgift om civilstånd och familjens SEI-tillhörighet. För den återstående, äldsta åldersgruppen används däremot endast åldern vid beräkning av förväntat vårdutnyttjande.

För att materialet även fortsättningsvis skall ha samma omfattning som vid



Figur 10: Demografiskt och socioekonomiskt standardiserade vårdkonsumtionskvoter för sluten vård i Uppsala län 1977

framställningen av kartan i figur 9 måste problemen med det bortfall som avser civilstånd och socioekonomiska faktorer lösas. Som tidigare påpekats saknas samtliga FoB-uppgifter för barn under två år. För dessa barn antas att samma fördelning av SEI-tillhörighet gäller som för övriga barn upp till och med fem år. För övriga åldrar gäller följande: Saknas uppgift om civilstånd så antas att personen inte är frånskild, vilket är ett tillräckligt antagande eftersom endast variabeln frånskild signifikant påverkar vårdutnyttjandet. Bortfall beträffande den socioekonomiska grupperingen har omklassificerats till tjänstemannagruppen. Detta har gjorts dels för att tjänstemannayrkena dominerar inom Uppsala län, dels för att vårdutnyttjandets omfattning bland dem som saknar socioekonomisk gruppering i stort sett överensstämmer med tjänstemännens. Resultatet av karteringen framgår av kartan i figur 10.

Mönstret i kartbilden i figur 10 har många likheter med den karta som redovisades först (figur 9). Den största skillnaden mellan de två kartorna består i att den andra kartan (figur 10) - då beräkningen av förväntat vårdutnyttjande även tog hänsyn till civilstånd och SEI-tillhörighet - har en större yta där observerad vårdkonsumtion inte signifikant skiljer sig från förväntad. Detta är en helt rimlig skillnad. Kartan som enbart baseras på befolkningens ålders- och könsfördelning återspeglar således inte bara geografiska skillnader i vårdutnyttjandet utan ger även en indirekt bild av den socioekonomiska strukturen. Detta senare inslag i kartbilden ingår dock ej i kartan i figur 10.

De skillnader i vårdutnyttjande mellan olika delar av länet som nu redovisas kan således inte förklaras av skillnader i demografisk eller socioekonomisk struktur. Genom signifikantestning bör även större delen av den slumpmässiga inverkan på kartbilden vara eliminerad. De förklarings- ar som därför ligger närmast till hands gäller skillnader i sjuklighet och skillnader i sjukvårdens resursutbud. För att kunna belysa det senare har samtliga allmänläkarmottagningar utanför tätorterna Enköping och Uppsala markerats på kartan. Även dessa två tätorter har markerats på kartan och som påpekats i kapitel 4 finns där ett rikt utbud på sjukhusvård medan primärvården var av mindre omfattning i dessa tätorter vid tiden för denna studie.

Kan man nu med hjälp av dessa kartor besvara frågan om ökade resurser inom primärvården leder till minskade krav på slutna vård? Naturligtvis kan kartorna inte användas som bevis på samband av detta slag, men däremot torde de kunna tjäna som ett väsentligt diskussionsunderlag.

En av de synpunkter som framförts i debatten om vilka effekter en resursförstärkning inom den öppna vården får på den slutna, innebär att fler intagningar kommer att krävas. Argumentet för denna ståndpunkt är att antalet utredningar kommer att öka och därmed ökar också kraven på de delar av sjukvården som av tekniska och medicinska skäl sker inom den slutna vården (2). Kartorna över vårdutnyttjandet ger emellertid inget stöd åt denna ståndpunkt. Om vi bortser från situationen i tätorterna Enköping och Uppsala gäller att i närheten av vårdcentraler och läkarstationer finns inga områden som karaktäriseras av högt utnyttjande av den slutna vården. Endast områden där det faktiska vårdutnyttjandet överensstämmer med eller är mindre än det förväntade finns i närheten av utbudet av allmänläkarvård. Exempelvis omges läkarstationen i Knutby i östra delen av

Uppsala kommun av ett område där utnyttjandet av den slutna vården är mindre än förväntat. Samma sak gäller hälsocentralen i Tierp och dess omgivning.

Den motsatta ståndpunkten, nämligen att en utbyggd primärvård kommer att medföra en minskad belastning på den slutna vården (35), får emellertid inte heller ett entydigt stöd av kartbilden. Flera av vårdcentralerna ligger i områden där den slutna vården har en för hela länet normal omfattning. Detta gäller t ex Bålsta, Knivsta och Gimo. Ingen av dessa tre vårdcentraler hade dock så stort besöksantal i förhållande till folkmängden i upptagningsområdet som Tierp. Man skulle således kunna hävda att resurserna i dessa områden inte var tillräckliga för att de skulle påverka omfattningen av den slutna vården.

Än mer komplicerad blir tolkningen av vårdutnyttjandet i de två tätorterna Enköping och Uppsala. En tänkbar förklaring till den högre vårdkonsumtionen i tätorterna skulle kunna vara att sjukligheten var högre. En indikator på detta förhållande är att det finns en viss överdödlighet bland män i storstäder (7). Detta skulle således möjligen kunna vara en förklaring som gäller Uppsala. Emellertid är skillnaderna i dödlighet små varför skillnaderna i sjukvårdens resursutbud torde vara mer intressanta som tänkbara förklaringar till det högre vårdutnyttjandet. Brister i primärvårdens kapacitet torde rimligen medföra att andra vårdformer efterfrågas, främst sjukhusansluten öppen vård. En sjukhusbaserad patient-läkarkontakt ökar sannolikt möjligheterna för en patient att bli inskriven i slutna vård, vilket skulle kunna vara en förklaring till det högre vårdutnyttjandet i Enköping och Uppsala (1).

Sammanfattningsvis kan således konstateras att karteringen av utnyttjandet av den slutna korttidsvården inte ger något stöd åt hypotesen att en utbyggnad av primärvården kommer att leda till en ökad efterfrågan av slutna vård. Vissa förhållanden, t ex det låga utnyttjandet av slutna korttidsvård av befolkningen i Tierp, kan tydas som att en resursförstärkning av primärvården kan leda till minskade krav på slutna vård. Vidare torde den sjukhusanslutna öppna vården fungera som en inkörsport till slutna sjukhusvård. I det avslutande kapitlet kommer bli en diskussion av frågan om relationen mellan resurser i primärvård och utnyttjande av slutna korttidsvård att ytterligare utvecklas.

11 Sammanfattande diskussion

Frågan om den svenska sjukvården är jämlik har fått särskild aktualitet genom att lagstiftningen inom hälso- och sjukvårdsområdet tagit upp krav på jämlikhet (15). Eftersom hälso- och sjukvårdslagen även ålägger landstingen ett planeringsansvar, är det angeläget att kartlägga vilka eventuella brister som den nuvarande sjukvårdsorganisationen har med avseende på jämlikhet. Innebörden av jämlikhet kan naturligtvis definieras på olika sätt. Med jämlik sjukvård avses i denna studie att likartade sjukvårdsbehov tillgodoses på likvärdigt sätt. Genom att materialet till denna studie sammanställts från olika källor, har det varit möjligt att studera vårdutnyttjandet ur såväl demografisk, socioekonomisk som geografisk synvinkel.

Materialet är dessvärre inte fullständigt beträffande de variabler som hämtats från folk- och bostadsräkningarna. Detta innebär att ett bortfall på cirka 10 procent kan ha påverkat resultatet av analyserna. I kapitel 10 påpekades att den del av populationen för vilka FoB-variabler saknades hade ett vårdutnyttjande som var av ungefär samma omfattning som tjänstemännens. Om hela bortfallet består av tjänstemän skulle således analyserna påverkas högst obetydligt. Om däremot de personer för vilka det saknas FoB-uppgifter är arbetare skulle skillnaden mellan tjänstemän och arbetare minska något. Bortfallet beror huvudsakligen på den inflyttning till länet som skett mellan 1975 och 1977. Eftersom sysselsättningsutvecklingen i Uppsala län under 1970-talet inneburit att den offentliga förvaltningen varit mest expansiv och sysselsättningen inom tillverkningsindustri och byggnadsindustri har minskat (26) torde en stor del av de till länet inflyttade vara tjänstemän.

Den socioekonomiska indelningen ansluter så långt det varit möjligt till Statistiska centralbyråns indelning (SEI) (36). Det huvudsakliga intresset har inriktats på de som var förvärsarbetande enligt FoB 60 eller FoB 75. Några detaljerade studier av vårdutnyttjandet bland de som icke förvärsarbetade har emellertid inte genomförts. Sannolikt skulle en särredovisning av exempelvis studerande, hemmafruar respektive pensionärer visa på stora skillnader i utnyttjandet av den slutna somatiska korttidsvården.

11.1 Sjuklighetens betydelse

En ur planeringssynpunkt viktig fråga gäller om skillnaderna i vårdutnyttjande mellan olika grupper i samhället verkligen orsakas av sjuklighetens

fördelning eller av andra faktorer. Några entydiga svar torde det inte vara möjligt att ge, men vissa huvuddrag i vårdutnyttjandemönstret skall ändå diskuteras.

Av de faktorer som analyserats i denna studie har uppenbarligen åldern den största sambandet med vårdutnyttjandet. Detta gäller inte bara den slutna korttidsvården som studerats här utan även flertalet andra vårdformer (33). Även när man sökt andra mått på sjuklighet, vid t ex intervjuundersökningar angående långvarig sjukdom, nedsatt arbetsförmåga eller funktionsnedsättningar har man funnit en ökad sjuklighet vid stigande ålder (20). De variationer i vårdutnyttjande som förklaras av åldern torde således i allt väsentligt vara ett uttryck för sjuklighetens fördelning.

Även de frånskilda har ett vårdutnyttjandemönster med många gemensamma drag med vad som rapporterats i andra studier. Andersen och medförfattare (3) visade att de frånskilda har ett högre utnyttjande av öppen vård samt längre vårdtider i slutna vård. Däremot var inte den procentuella andelen inskrivna i slutna vård större bland frånskilda än övriga, vilket således avviker från resultatet i denna studie. Detta kan möjligen bero på att i Andersens studie särredovisades inte korttidsvården, varför eventuella skillnader som finns inom korttidsvården men inte inom långtidsvården kan uttunnas. Senare har även bl a Nyström (22) studerat vårdkonsumtion och hälsa bland de frånskilda och funnit flera faktorer som indikerar att de frånskildas högre vårdutnyttjande har sin grund i högre sjuklighet. Sambandet mellan dödlighet och civilstånd har också studerats i en rapport från Spri (9). Framför allt bland medelålders män fann man en markant överdödlighet för frånskilda. Sannolikt kan denna överdödlighet förklaras av skillnader i alkoholvanor. Sammanfattningsvis torde således det högre vårdutnyttjandet bland frånskilda ha sin huvudsakliga grund i en högre sjuklighet.

Jordbrukarna och tjänstemännen är de två socioekonomiska grupper som i denna studie avviker från övriga genom ett signifikant lägre vårdutnyttjande. Jordbrukarnas hälsotillstånd och vårdutnyttjande har varit föremål för flera studier som tillsammans dock ger en inte helt entydig bild. Å ena sidan har jordbrukarna enligt SCB:s dödsfallsstudie (8) den lägsta dödligheten bland män. Låga dödlighetstal för jordbrukare har även rapporterats från exempelvis Finland (40). Även lågt vårdutnyttjande, särskilt beträffande öppen vård, finns belagt (3). Utifrån dessa resultat kan det förefalla rimligt att jordbrukarna utnyttjar den slutna vården i låg omfattning såsom denna studie visar. Å andra sidan har jordbrukarna enligt arbetsskadestatistiken (4) en högre frekvens arbetsskador än genomsnittligt. Även Thelin (38) rapporterar i en studie om jordbrukarnas arbete och hälsa hög sjuklighet beroende på olycksfall och hävdar dessutom att det i många sjukdomsgrupper inte finns några signifikanta skillnader i sjuklighet mellan jordbrukare och andra yrkesgrupper. I studien av levnadsförhållanden (20), där det upplevda hälsotillståndet kartläggs, rapporteras bl a beträffande jordbrukare en större andel män med långvarig sjukdom än genomsnittligt bland förvärvsarbetande i åldern 45 - 64 år. Bilden av jordbrukarnas sjuklighet är således inte helt entydig. Det är alltså möjligt att jordbrukarna på grund av sina speciella livsvillkor och sina attityder till sjukdom och sjukvård utnyttjar sjukvården i mindre omfattning än andra med motsvarande sjuklighet.

Tjänstemännen utgör en relativt heterogen grupp i den socioekonomiska

indelning som tillämpats i denna studie. Trots detta pekar analyserna på ett signifikant lågt utnyttjande av slutna korttidsvård. I olika studier av förhållandet mellan samhällsklass och hälsa rapporteras minskade hälsoproblem med ökande social status (se t ex 20,39). Det är således tänkbart att tjänstemännen utnyttjar vården mindre än arbetare tack vare bättre hälsa.

I samband med diskussionen i kapitel 9 om tjänstemännens lägre vårdutnyttjande - även då yrkesdödligheten ingick i i analysen - påtalades en svårighet att använda dödlighetstal som indikator på sjuklighet, nämligen att vissa sjukdomar kan medföra betydande vårdbehov trots att de inte i nämnvärd grad påverkar dödligheten. Ytterligare ett skäl till försiktighet i bedömningarna av analyser med yrkesrelaterad dödlighet som förklarande variabel ligger i den ständiga förändringen av arbetsinnehåll och arbetsmiljö inom olika yrken. Dessutom tillkommer ständigt nya yrken som grupperas ihop med de tidigare befintliga yrkena i yrkesklassifikationen. Även om det således finns skäl till försiktighet i bedömningarna torde man kunna konstatera att en stor del av de socioekonomiska skillnaderna i vårdutnyttjande har sin grund i skillnader i sjuklighet.

11.2 Primärvårdens betydelse

De geografiska aspekterna på vårdutnyttjandet belyses i denna studie på olika sätt. Fördelningen av vårdutnyttjandet framgår dels av redovisningen av vårdutnyttjandet inom respektive primärkommun, dels genom karteringar. Vidare har avståndets betydelse beaktats i flera analyser. Med hänsyn till de många samband som finns mellan demografiska och socioekonomiska faktorer å den ena sidan och den geografiska fördelningen å den andra är det emellertid nödvändigt att hålla samman analyserna.

Utöver de skillnader i sjuklighet som finns beroende på socioekonomiska och demografiska faktorer torde de geografiska skillnaderna i sjuklighet vara försumbara inom ett så begränsat område som Uppsala län. Den rimliga förklaringen till skillnaderna i vårdutnyttjande blir då sjukvårdens resursutbud och tillgänglighet. De geografiska skillnaderna i utnyttjandet av den slutna korttidsvården framgår inte bara av kartorna utan även av att avståndet till Akademiska sjukhuset ingår i de statistiska analyserna i kapitel 9. De två olika sätten att se på de geografiska skillnaderna ger - visserligen med olika detaljeringsgrad - samma resultat. Ju längre avstånd till sjukhuset, desto mindre andel av befolkningen har varit inskriven i slutna vård. Såväl regressionsanalyserna som kartorna kan alltså ses som en illustration till att sjukhuset är vad Allander (1) kallat en vårdmagnet.

Skillnader i sjukvårdens resursutbud i olika delar av länet har tidigare påpekats. För stora delar av Uppsala län kan även avståndet till sjukhus ges en tolkning i relation till sjukvårdens resursutbud. När avståndet till sjukhuset ökar framstår nämligen den icke sjukhusanslutna öppna vården som ett naturligare och mer lättillgängligt alternativ. Den primära sjukvårdskontakten kommer därmed i allt högre grad att tas utanför sjukhusen varför inskrivning i slutna vård kommer att kräva remittering och resor.

Sjukvårdens resurser utanför sjukhusen är emellertid mångskiftande

varför det är svårt att utifrån en analys av detta slag avgöra vilken betydelse primärvården har för utnyttjandet av den slutna sjukhusvården. Distriktsläkarsvårsvårdens omfattning varierar kraftigt även mellan de delar av länet som ligger utanför tätorterna i Uppsala och Enköping. Möjligheterna att upprätthålla önskvärd läkarkontinuitet skiftar liksom resurserna för omvårdnad i form av distriktssköterskor och primärkommunal hemhjälp. Det är således svårt att på basis av statistiska och kartografiska analyser avgöra hur olika delar av primärvården påverkar utnyttjandet av den slutna korttidsvården.

Förekomsten av specialisläkare i öppen vård komplicerar ytterligare tolkningen av sambanden mellan omfattningen av öppen vård utanför sjukhus och utnyttjandet av slutna korttidsvård. Specialisläkare i offentlig öppen vård finns främst i Tierp medan de privatpraktiserande specialisläkarna inom Uppsala län huvudsakligen arbetar i Uppsala. Det är naturligtvis helt möjligt att specialisläkarna i Tierp bidragit till att Tierpsborna använt den slutna vården i mindre omfattning än förväntat. En studie av betydelsen av öronspecialist vid vårdcentral visade att antalet besök vid öronkliniken öppenvårdsmottagning minskade med cirka 60 procent när en specialist i öronsjukdomar fanns vid hälsocentralen i Tierp (5). Den för intagning i slutna vård så betydelsefulla patient-läkarkontakten vid sjukhusmottagningar minskar således när det finns specialister som arbetar i icke sjukhusanslutna öppen vård. Samtidigt kan man dock konstatera att det finns flera områden i Uppsala och Östhammars kommuner på stort avstånd från specialisläkarnas mottagningar, med ett vårdutnyttjandet inom slutna vård som är lägre än förväntat. Förekomsten av specialister i öppen vård torde således inte vara något nödvändigt villkor för att utnyttjandet av den slutna vården skall vara mindre än förväntat. Situationen i centrala Uppsala är i detta avseende mer svåranalyserad. Den ringa omfattningen av den offentliga allmänläkarvården kompenseras dels av sjukhusanslutna öppen vård, dels av privatläkarvård. Det kan emellertid konstateras att nettoeffekten av detta resursutbud var ett relativt högt utnyttjande av den slutna korttidsvården.

I kapitel 10 konstaterades att karteringen av utnyttjandet av den slutna korttidsvården inte gav något stöd åt hypotesen att en utbyggnad av primärvården skulle leda till ökad efterfrågan av slutna korttidsvård. Vissa förhållanden kunde tvärtom ses som tecken på att en resursförstärkning inom primärvården kan leda till minskade krav på slutna somatisk korttidsvård. Att en väl fungerande primärvård kan vara en förklaring till lågt utnyttjande av slutna vård framgår även av en studie av vårdutnyttjandet i Västerbotten (42). De problem som aktualiserats i detta kapitel belyser några tolknings-svårigheter. De huvudsakliga slutsatserna i kapitel 10 torde trots detta kvarstå. Såväl regressionsanalyserna som karteringarna tyder på att närhet till sjukhus leder till högt utnyttjande av slutna vård, medan närhet till primärvård åtminstone inte ökar utnyttjandet av den slutna vården.

11.3 Några konklusioner för hälso- och sjukvårdsplaneringen

De i planeringssammanhang viktigaste slutsatserna av denna studie torde vara att bortsett från de geografiska skillnaderna i vårdutnyttjandet torde de största skillnaderna bero på olikheter i hälsotillstånd. Detta förhållande får konsekvenser av olika slag för hälso- och sjukvårdsplaneringen. Vid planering på kort sikt kan det vara nödvändigt att vid resurstilldelningen till den slutna somatiska korttidsvården beakta inte bara åldersfördelningen utan även socioekonomiska förhållanden och skilsmässofrekvens. För planering på längre sikt måste huvudmålsättningen vara att genom prevention förbättra hälsan bland de grupper i samhället som idag utnyttjar vården mest, eftersom skillnader i vårdutnyttjande till så stor del förefaller bero på skillnader i hälsotillstånd.

Skillnader mellan olika yrkesgrupper - eller mellan andra sociala indelningar - i upplevd hälsa, vårdutnyttjande och dödlighet har studerats i många sammanhang (se t ex 8, 20). Om man vill använda socioekonomiska faktorer i planeringssammanhang är det emellertid väsentligt att vara uppmärksam på det man kallat healthy worker effect (10). Den innebär att man riskerar att underskatta sjukligheten (vårdbehovet) i en yrkesgrupp om man inte tar hänsyn till sjukligheten hos dem som inte längre är kvar i yrket. I denna studie gäller detta speciellt dem som upphört att vara förvärvsarbetande. Detta framgår bl a av jämförelserna i vårdutnyttjandet mellan den socioekonomiska indelning som enbart baserats på FoB 75 och den som kompletterats med uppgifter från FoB 60.

Ett rimligt krav på ett planeringsinstrument är att det inte är onödigt svårhanterat. Det är således önskvärt att inte fler faktorer än vad som är nödvändigt tillåts påverka planeringen. Åldern är uppenbarligen den faktor som har den största betydelsen i detta sammanhang. Visserligen kan man som i England (30) låta mortalitetsstatistik ingå i underlaget för fördelning av resurser till somatisk korttidsvård, men enligt resultaten i denna studie bör dock mortalitetsuppgifterna - i jämförelse med åldersstrukturen - ges en underordnad roll i planeringsprocessen. Det är vidare väsentligt att uppmärksamma att även vissa sjukdomar som inte påverkar dödligheten i nämnvärd omfattning kräver sluten vård.

Om primärvården byggs ut i enlighet med de långsiktiga planerna finns det av resultaten i denna studie att döma ingen anledning att räkna med att detta förhållande i sig kommer att medföra några ökade krav på intagning i somatisk korttidsvård. Huruvida primärvården kommer att innebära en avlastning från den slutna vården är dock svårare att uttala sig om. Primärvården är ännu i ett tidigt utvecklingsstadium varför det är svårt att avgöra vilka långsiktiga effekter primärvården får för utnyttjandet av den slutna vården. Genom ett intensifierat samarbete mellan sjukhuskliniker och den öppna vården utanför sjukhusen och ökade resurser för vård i hemmet torde det dock vara möjligt att även överföra vissa fall till öppen vård.

11.4 Är den slutna vården jämlik?

Med en ojämlig sjukvård brukar i allmänhet avses ett sjukvårdssystem där de resursstarka utnyttjar en större del av sjukvården än vad deras hälsotillstånd motiverar i jämförelse med andra grupper. Denna typ av ojämlighet har man bl a funnit i England. Hart (13) formulerade i början av 1970-talet The Inverse Care Law, vilken innebär att tillgången till god medicinsk vård tenderar att vara omvänt korrelerad med behovet av vård. Senare har man bl a i den s k Black Report (39) visat att ojämligheten i vårdutnyttjande är särskilt påtaglig när det gäller hälsovårdande insatser. Beträffande slutna vård fann man däremot att den utnyttjades i högre grad av arbetarklassen än övriga, vilket förklarades med förmodanden om högre sjuklighet och/eller större svårigheter att erhålla adekvat vård i hemmet (39). Denna studie tyder inte på att det finns någon ojämlighet av det slaget i svensk slutna somatisk korttidsvård. Möjligheterna att utnyttja den slutna sjukvården försvåras visserligen av långa avstånd till sjukhusen, men denna ojämlighet kan man naturligtvis inte komma ifrån och den måste kompenseras med andra insatser från sjukvårdshuvudmännen, främst i form av en väl fungerande ambulansservice samt en lokalt förankrad primärvård.

Att tillgången till den slutna somatiska korttidsvården i stort sett kan betraktas som jämlik innebär dock inte med nödvändighet att patienterna upplever sjukvården som jämlik. Patienternas möjligheter att förstå, påverka och tillgodogöra sig vården är sannolikt inte jämlikt fördelade mellan olika grupper i samhället. Sådana aspekter på sjukvårdens jämlikhet ligger dock utanför ramen för denna studie.

Referenser

1. *Allander E.* Centrallasarettet som vårdmagnet. Skillnader i slutet somatisk vård Falun-Borlänge 1968. Stockholm: Karolinska institutet, 1972.
2. *Allander E & Landell N-E.* Vård åt vem? Från sjukvårdsteknik till fördelningsproblem. En programskiss. Socialmedicinsk tidskrift 1976;53:353-64.
3. *Andersen R, Smedby B & Anderson O W.* Medical Care Use in Sweden and the United States -- A Comparative Analysis of System and Behavior. Chicago: Center for Health Administration Studies, Research Series No. 27, 1970.
4. Arbetsskador 1980 - yrkesrelaterade risker. Sveriges officiella statistik. Stockholm: Arbetskyddsstyrelsen, Statistiska centralbyrån, 1983.
5. *Berg B, Bredberg G, Korpela M & Smedby B.* Betydelsen av en öronspecialist vid vårdcentral. Läkartidningen 1980;77:1752-54.
6. *Breslow NE & Day NE.* Statistical Methods in Cancer Research. Volume I - The analysis of case-control studies. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 1980. (IARC Scientific Publications No. 32)
7. *Carlsson G, Arvidsson O, Bygren L-O & Werkö L.* Liv och hälsa. En kartläggning av hälsoutvecklingen i Sverige. Stockholm: Liber Förlag, 1979.
8. Dödsfallsregister 1961 - 1970. PM från SCB 1981:5.
9. Dödsorsak? Dödsorsaksstatistik som underlag för planering. Stockholm: Spri, 1983 (Spri rapport 122).
10. *Foldspang A, Juul S, Olsen J & Sabroe S.* Epidemiologi. Sygdom og befolkning. Köpenhamn: Munksgaard, 1981.
11. Folk- och bostadsräkningen 1975. Del 11: Folk- och bostadsräkningens uppläggning och genomförande. Sveriges officiella statistik. Stockholm: Statistiska Centralbyrån, 1979.
12. *Haglund B.* Geografiska aspekter på konsumtionen av slutet somatisk korttidsvård. Uppsala: Socialmedicinska institutionen, 1981. Stencil.
13. *Hart J T.* The Inverse Care Law. The Lancet 1971;I:405-12.
14. *Håkansson S.* Kostnadsvariationer inom sjukvården - jämförande studier på landstings- och kliniknivå. Stockholm: Akademi litteratur, 1980.
15. Hälsö- och sjukvårdsstatistik. SFS 1982:763.
16. Hälsö- och sjukvårdsstatistik. Principprogram. Stockholm: Socialstyrelsen, 1979. (Socialstyrelsen redovisar 1979:1).

17. Hälsoproblem i ett landsting - ett planeringsunderlag. Stockholm: Spri, 1979 (Spri rapport 14).
18. *Kleinbaum D, Kupper L & Morgenstern H*. Epidemiologic Research. Principles and Quantitative Methods. Belmont, California: Lifetime Learning Publications, 1982.
19. Koordinater och offentliga data. Gävle: Centralnämnden för fastighetsdata (CFD), 1974.
20. Levnadsförhållanden. Rapport nr 11. Hälsa och sjukvårdskonsumtion 1975. Sveriges officiella statistik. Stockholm: Statiska Centralbyrån, 1978.
21. *Nordbeck S & Rystedt B*. Computer cartography. Lund: Studentlitteratur, 1972.
22. *Nyström S*. The Use of Somatic Hospital Care among Divorced. Scandinavian Journal of Social Medicine, Supplement 17. Stockholm: Almqvist & Wiksell, 1980.
23. Ohälsa och vårdutnyttjande. Hälsa- och sjukvård inför 90-talet (HS 90). Stockholm: Allmänna Förlaget, 1981. (SOU 1981:2).
24. *Pettersson S*. Kartering av vårdkonsumtion. Uppsala: Socialmedicinska institutionen, 1977. Stencil.
25. *Pettersson S, Arvidson S & Smedby B*. Kartering av vårdutnyttjande i Tierp. Uppsala: Socialmedicinska institutionen, 1979. Stencil.
26. Samhällsplanering i Uppsala län. Länsrapport 1983. Uppsala: Länsstyrelsen, Uppsala län, 1983.
27. SAS Institute inc. SAS User's Guide: Basic, 1982 Edition. Cary, NC: SAS Institute Inc., 1982.
28. SAS Supplemental Library User's Guide. 1980 Edition. Cary, NC: SAS Institute Inc., 1980.
29. *Schlesselman J J*. Case-Control Studies. Design, Conduct, Analysis. New York: Oxford University Press, 1982.
30. Sharing resources for health in England. Report of the Resource Allocation Working Party. London: Department of Health and Social Security, 1976.
31. Sluten kroppssjukvård i Uppsala sjukvårdsregion 1964 och 1965. Socialstyrelsen redovisar. Patientstatistik: 1. Stockholm: Socialstyrelsen, 1969.
32. Sluten kroppssjukvård i Uppsala sjukvårdsregion 1975-1977. Sveriges Officiella Statistik. Statistiska Meddelanden. HS 1980:21.1-2.
33. *Smedby B*. Faktorer som påverkar vårdbehov och vårdutnyttjande. I: Riktlinjer för hälso- och sjukvårdsplanering. Stockholm: Spri, 1971. (Spri rapport 14/71).
34. *Smedby B, Kjellström T & Berfenstam R*. Sjukhusvårdens konsumenter. Stockholm: Spri, 1972. (Spri rapport 18/72).
35. Socialstyrelsens principprogram för hälso- och sjukvård inför 80-talet. Stockholm: Socialstyrelsen, 1976.
36. Socioekonomisk indelning (SEI). Meddelanden i samordningsfrågor 1982:4. Stockholm: Statistiska Centralbyrån, 1983.
37. Statistikbehov och statistikproduktion för regionala utredningar. Stockholm: Allmänna Förlaget, 1968. (SOU 1968:27).

38. *Thelin A.* Work and Health Among Farmers. A Study of 191 Farmers in Kronoberg County, Sweden. Scandinavia Journal of Social Medicine, Supplementum 22. Stockholm: Almqvist & Wiksell, 1980.
39. *Townsend P & Davidson N (eds):* Inequalities in Health. Harmondsworth, England: Penguin Books Ltd, 1982.
40. *Valkonen, T:* Socioeconomic Mortality Differentials in Finland. I: Hälsa för alla i Norden år 2000. Stockholm: Nordiska hälsovårdshögskolan och socialstyrelsen, 1983.
41. *White R R.* Probability Maps of Leukaemia Mortalities in England and Wales. I: McGlashan N D (ed). Medical Geography. Techniques and Field Studies. London: Methuen & Co Ltd, 1972.
42. Vårdutnyttjande - ett mått på ohälsa? Befolkningens kontakter med hälso- och sjukvården som underlag för planering. Stockholm: Spri, 1984 (Spri rapport 158).
43. *Öberg T & Linder A.* Kartografisk beskrivning av sjukdomspanoramata. Jönköping: Länsläkarorganisationen i Jönköpings län, 1977. Stencil.

Bilaga 4

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 5

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

Hälsouppllysning (Nils Östby)

Ohälsa och vårdutnyttjande (SOU 1981:2)

Allmänna hälsoindikatorer (Göran Dahlgren, Mari Ann Regen, Curt-Lennart Spetz)

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:

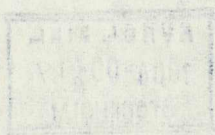
Sjukdom ett relativt begrepp (Lisbeth Sachs) 1980:5

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. Näringsstillstånd. Ju.
9. Förslag till lag om Kooperativa föreningar. I.
10. Kompletterande motståndformer. 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. LÅS 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. Hälso- och sjukvård inför 90-talet. [HS 90] Huvudrapport. S.
41. Hälso- och sjukvård inför 90-talet. [HS 90] Huvudrapport. S.
42. Hälso- och sjukvård inför 90-talet. [HS 90] Huvudrapport. S.
43. Hälso- och sjukvård inför 90-talet. [HS 90] Huvudrapport. S.
44. Hälso- och sjukvård inför 90-talet. [HS 90] Huvudrapport. S.
45. Hälso- och sjukvård inför 90-talet. [HS 90] Huvudrapport. S.
46. Hälso- och sjukvård inför 90-talet. [HS 90] Huvudrapport. S.
47. Hälso- och sjukvård inför 90-talet. [HS 90] Huvudrapport. S.
48. Hälso- och sjukvård inför 90-talet. [HS 90] Huvudrapport. S.
49. Hälso- och sjukvård inför 90-talet. [HS 90] Huvudrapport. S.
50. Hälso- och sjukvård inför 90-talet. [HS 90] Huvudrapport. S.
51. Hälso- och sjukvård inför 90-talet. [HS 90] Huvudrapport. S.
52. Hälso- och sjukvård inför 90-talet. [HS 90] Huvudrapport. S.
53. Hälso- och sjukvård inför 90-talet. [HS 90] Huvudrapport. S.
54. Hälso- och sjukvård inför 90-talet. [HS 90] Huvudrapport. S.
55. Hälso- och sjukvård inför 90-talet. [HS 90] Huvudrapport. S.
56. Hälso- och sjukvård inför 90-talet. [HS 90] Huvudrapport. S.
57. Hälso- och sjukvård inför 90-talet. [HS 90] Huvudrapport. S.
58. Hälso- och sjukvård inför 90-talet. [HS 90] Huvudrapport. S.
59. Hälso- och sjukvård inför 90-talet. [HS 90] Huvudrapport. S.
60. Hälso- och sjukvård inför 90-talet. [HS 90] Huvudrapport. S.
61. Hälso- och sjukvård inför 90-talet. [HS 90] Huvudrapport. S.
62. Hälso- och sjukvård inför 90-talet. [HS 90] Huvudrapport. S.
63. Hälso- och sjukvård inför 90-talet. [HS 90] Huvudrapport. S.
64. Hälso- och sjukvård inför 90-talet. [HS 90] Huvudrapport. S.
65. Hälso- och sjukvård inför 90-talet. [HS 90] Huvudrapport. S.
66. Hälso- och sjukvård inför 90-talet. [HS 90] Huvudrapport. S.
67. Hälso- och sjukvård inför 90-talet. [HS 90] Huvudrapport. S.
68. Hälso- och sjukvård inför 90-talet. [HS 90] Huvudrapport. S.
69. Hälso- och sjukvård inför 90-talet. [HS 90] Huvudrapport. S.
70. Hälso- och sjukvård inför 90-talet. [HS 90] Huvudrapport. S.
71. Hälso- och sjukvård inför 90-talet. [HS 90] Huvudrapport. S.
72. Hälso- och sjukvård inför 90-talet. [HS 90] Huvudrapport. S.
73. Hälso- och sjukvård inför 90-talet. [HS 90] Huvudrapport. S.
74. Hälso- och sjukvård inför 90-talet. [HS 90] Huvudrapport. S.
75. Hälso- och sjukvård inför 90-talet. [HS 90] Huvudrapport. S.
76. Hälso- och sjukvård inför 90-talet. [HS 90] Huvudrapport. S.
77. Hälso- och sjukvård inför 90-talet. [HS 90] Huvudrapport. S.
78. Hälso- och sjukvård inför 90-talet. [HS 90] Huvudrapport. S.
79. Hälso- och sjukvård inför 90-talet. [HS 90] Huvudrapport. S.
80. Hälso- och sjukvård inför 90-talet. [HS 90] Huvudrapport. S.
81. Hälso- och sjukvård inför 90-talet. [HS 90] Huvudrapport. S.
82. Hälso- och sjukvård inför 90-talet. [HS 90] Huvudrapport. S.
83. Hälso- och sjukvård inför 90-talet. [HS 90] Huvudrapport. S.
84. Hälso- och sjukvård inför 90-talet. [HS 90] Huvudrapport. S.
85. Hälso- och sjukvård inför 90-talet. [HS 90] Huvudrapport. S.
86. Hälso- och sjukvård inför 90-talet. [HS 90] Huvudrapport. S.
87. Hälso- och sjukvård inför 90-talet. [HS 90] Huvudrapport. S.
88. Hälso- och sjukvård inför 90-talet. [HS 90] Huvudrapport. S.
89. Hälso- och sjukvård inför 90-talet. [HS 90] Huvudrapport. S.
90. Hälso- och sjukvård inför 90-talet. [HS 90] Huvudrapport. S.
91. Hälso- och sjukvård inför 90-talet. [HS 90] Huvudrapport. S.
92. Hälso- och sjukvård inför 90-talet. [HS 90] Huvudrapport. S.
93. Hälso- och sjukvård inför 90-talet. [HS 90] Huvudrapport. S.
94. Hälso- och sjukvård inför 90-talet. [HS 90] Huvudrapport. S.
95. Hälso- och sjukvård inför 90-talet. [HS 90] Huvudrapport. S.
96. Hälso- och sjukvård inför 90-talet. [HS 90] Huvudrapport. S.
97. Hälso- och sjukvård inför 90-talet. [HS 90] Huvudrapport. S.
98. Hälso- och sjukvård inför 90-talet. [HS 90] Huvudrapport. S.
99. Hälso- och sjukvård inför 90-talet. [HS 90] Huvudrapport. S.
100. Hälso- och sjukvård inför 90-talet. [HS 90] Huvudrapport. S.



Statens offentliga utredningar 1984

Systematisk förteckning

Justitiedepartementet

Kommissionen mot ekonomisk brottslighet. 1. Domstolar och eko-brott. [3] 2. Näringsstillstånd. [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]
Hälsa- och sjukvård inför 90-talet. (HS 90)
1. Hälsa- och sjukvård inför 90-talet, (HS 90) Huvudrapport. [39]
2. Hälsopolitiska mål och behovsbaserad planering. Underlagsstudie. [40] 3. Hälsopolitiska mål och behovsbaserad planering. Huvudbilaga 1-3 Huvudbilaga 1: Fakta om ohälsans sociala och yrkesmässiga fördelning i Sverige, Huvudbilaga 2: Arbetsmiljö, yrke, utnyttjade av sluten vård, Huvudbilaga 3: Den jämlika sjukvården? [41]

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]

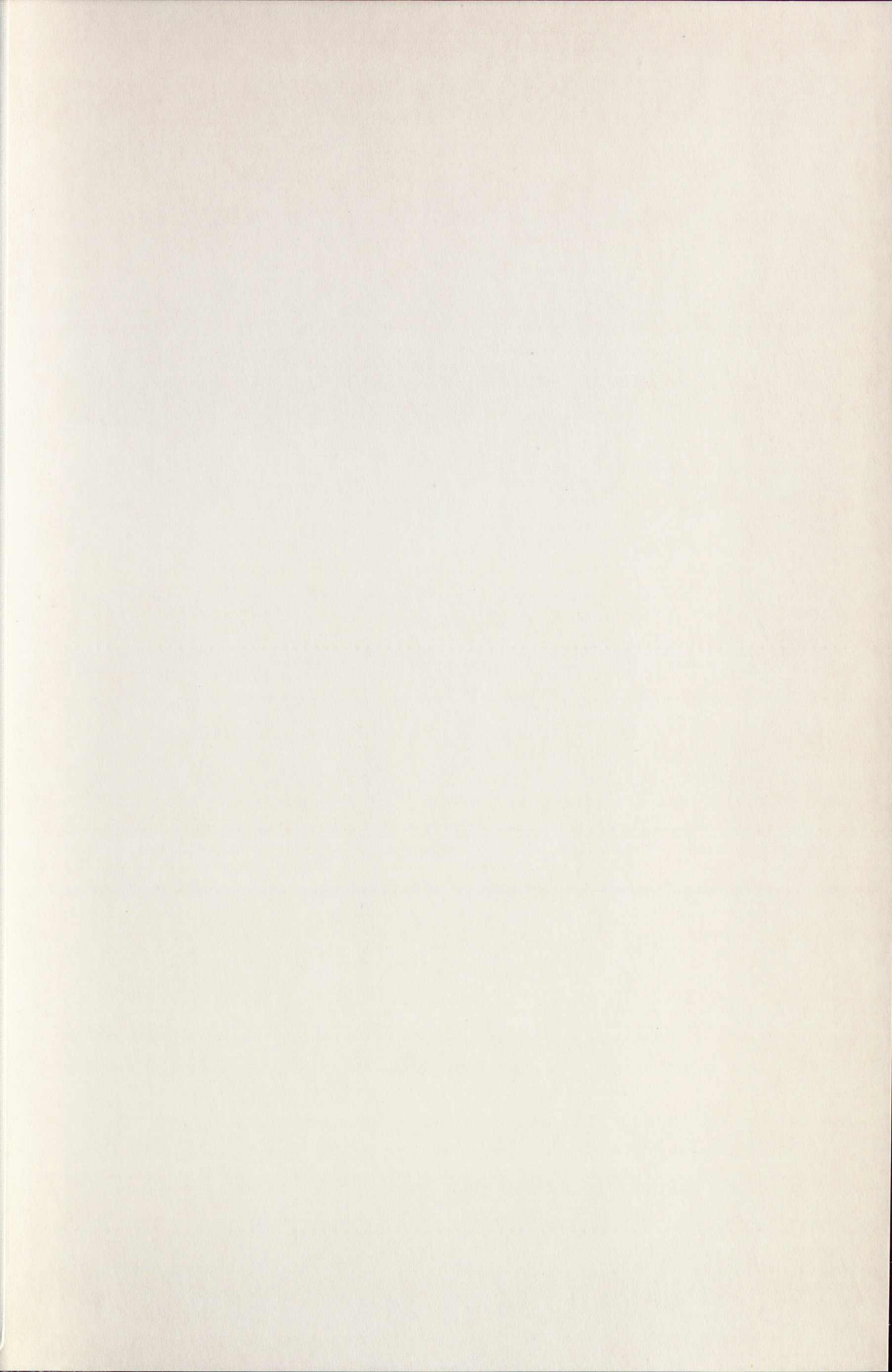
Bostadsdepartementet

Bostadskommittén. 1. Bostadskommitténs 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]





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 slutna 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.