

Sociala skillnader i kontakten med öppen vård

Bengt Haglund

En studie av utnyttjandet av öppen vård publicerades nyligen av Epidemiologiskt centrum. Studien som var baserad på SCBs undersökningar av levnadsförhållanden kom fram till slutsatsen att den öppna sjukvården i stora drag måste anses som jämlik. Emellertid fanns det växande ojämlikheter när det gäller de ej tillgodosedda vårdbehoven. För männens del fanns de även sociala skillnader i tillgång till egen läkare och vidare fanns det klara sociala skillnader i utnyttjandet av jourmottagningarna. Föreliggande artikel sammanfattar och diskuterar några av tecknen på brister i jämlikheten i kontakterna med sjukvården.

Bengt Haglund är docent i hälso- och sjukvårdsforskning och innehar en FoU-tjänst vid Epidemiologiskt Centrum, Socialstyrelsen.

Det svenska sjukvårdssystemet har under senare år varit föremål för mycken diskussion och flera förändringar. Bakgrunden till detta växlar. Det kan vara patientönskemål om förbättrad patient-läkarkontinuitet (1,2) eller krav på minskade köer till sjukvården (3). Det förändrade ekonomiska läget och en växande insikt om att våra resurser är begränsade ligger emellertid även bakom många förändringar. Den oro som begränsningarna har skapat har lett till en debatt om prioriteringsfrågor inom sjukvården (4).

När resurser omfördelas och verksamheter omorganiseras finns det alltid en risk att några befolkningsgrupper drabbas hårdare än andra. En sådan utveckling skulle dock strida mot det övergripande målet för den svenska sjukvården, nämligen "en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen" (5).

Frågan om jämlikhet i vårdutnyttjandet har varit föremål för ett flertal studier såväl i Sverige som i andra länder. Ett tidigt svenskt exempel utgör Spri-rapporten "Hur mår Du Sverige?" som bl a studerade vårdutnyttjande i olika sociala grupper (6). Man fann därvid ett betydligt större vårdutnyttjande bland lägre sociala grupper än högre, men skillnaderna utjämnades nästan

helt efter standardisering för ålder och antal långvariga sjukdomar. En registerbaserad studie av öppen vård – vars generaliserbarhet visserligen begränsas av att materialet enbart gäller en mindre landsbygdskommun – kom även den till resultatet att skillnaderna i utnyttjandet av öppen vård i allt väsentligt beror på hälsotillståndet (7). Till de internationellt uppmärksammade studierna hör rapporter om ojämlikheter i såväl hälsa som vårdutnyttjande i England (8).

Nyligen publicerades av Epidemiologiskt Centrum en studie av utnyttjandet av öppen vård (9). Även denna studie kom till slutsatsen att svensk öppen sjukvård i stora drag måste anses som jämlik. Det fanns dock sprickor i muren. Föreliggande artikel är en sammanfattande redovisning och diskussion av några av de brister i jämlikhet som framkom i studien. Två områden kommer att beröras: ej tillgodosedda vårdbehov samt indikatorer på kvalitativa skillnader i vården.

Material och metod

Statistiska centralbyrån (SCB) genomför sedan 1974 årliga undersökningar av levnadsförhållanden, de s k ULF-studierna. Dessa undersökningar är intervjustudier som vänder sig till den vuxna befolkningen (10). Varje omgång omfattar cirka 12-15 000 intervjuer, men från och med 1980 fördelades av kostnadsskäl dessa intervjuer på två år, vilket innebär att första fullständiga intervjuomgången för 1980-talet avser åren 1980-81.

Frågor om hälsa och vårdutnyttjande finns med i varje omgång av ULF men dessutom genomfördes under 1980-talet två omgångar med fördjupningsavsnitt beträffande hälso- och sjukvård (1980-81 och 1988-89). Dessa två årgångar används i föreliggande studie, exklusive de cirka två procent av intervjupersonerna som är indirekt intervjuade eller bor på institution av något slag.

I ULF-materialet finns flera olika variabler som kan användas vid sociala indelningar. Genomgående används två indelningar. Den första utgörs av den socioekonomiska indelningen (SEI) och utgår från det hushåll som individen tillhör. Varje individ får den inom

hushållet högsta förekommande SEI-koden enligt en bestämd dominansordning som utarbetats av SCB (11). Indelningen kan användas på olika detaljeringsnivåer, men brukar i allmänhet omfatta två grupper arbetare, tre grupper tjänstemän samt egna företagare och lantbrukare. Gränsdragningen mellan tjänstemän på mellannivå respektive högre tjänstemän förändrades 1981 vilket medför att dessa två grupper måste slås samman i denna studie.

Den andra indelningen är mer direkt knuten till individen och avser omfattningen på skolutbildningen. Indelningen är i grundmaterialet tämligen detaljerad. För att undvika alltför små grupper har emellertid utbildningen klassificerats i fyra grupper: högst grundskola, ett till två års gymnasiestudier, treårigt gymnasium samt eftergymnasial utbildning.

De valda sociala indelningarna leder till naturliga begränsningar av åldersgrupperna. I alltför unga år motsvarar den aktuella utbildningsnivån i många fall inte alls den slutliga. Dessutom är många unga fortfarande hemmaboende och får därför sin socioekonomiska ställning bestämd av föräldrarna. Därför ingår inte de som är yngre än 25 år i materialet. Vidare begränsas materialet till personer som är högst 74 år därför att uppgifter om utbildning saknas för de äldsta i 1980 års ULF. Totalt omfattar materialet 19 610 direkt intervjuade personer med eget boende i åldern 25 till 74 år.

Tabell 1. Antal personer och procentuell andel med ej tillgodosedda vårdbehov under en tremånadersperiod efter sociala indelningar enligt ULF 1980-89.

	Män				Kvinnor			
	1980-81		1988-89		1980-81		1988-89	
	Antal	Proc	Antal	Proc	Antal	Proc	Antal	Proc
<i>Socioekonomi</i>								
Ej facklärd arbetare	1023	7,5	784	12,4	1150	10,3	882	14,8
Facklärd arbetare	1031	7,1	897	11,9	841	7,6	688	13,9
Tjänstemän, lägre	518	7,0	539	10,8	710	6,1	649	13,5
Tjänstemän, övriga	1588	6,2	1656	8,2	1589	5,7	1560	9,7
Företagare	511	8,9	481	10,9	449	7,5	535	12,9
Lantbrukare	293	12,5	169	11,1	310	7,4	246	10,7
Uppg saknas	75	7,7	71	16,0	189	12,6	131	12,2
<i>Utbildning</i>								
Högst grundskola	2122	7,9	1519	11,4	2555	7,9	1639	13,9
Kort gymnasieutbildning	1251	8,2	1327	11,3	1568	7,2	1678	12,8
Gymnasium	690	5,9	633	10,3	240	8,8	298	11,5
Post gymnasial utbildn	970	6,4	1110	8,2	858	6,9	1068	9,1
Uppg saknas	6	..	8	..	17	..	8	..
<i>Totalt</i>	5039	7,4	4597	10,4	5238	7,6	4691	12,3

För att underlätta jämförelser mellan olika grupper, trots att t ex skillnader i åldersfördelning gör att direkta jämförelser inte blir möjliga, används i denna studie multipel logistisk regressionsanalys (12). Genom denna metod kan två eller flera grupper jämföras med avseende på risken att den studerade händelsen inträffar. Risken mäts med denna analysmetod i allmänhet som odds, dvs kvoten mellan de för vilka händelsen inträffat och de för vilka den inte inträffat. Närmare beskrivning av material och metod har publicerats tidigare (9).

Ej tillgodosedda vårdbehov

En av frågorna i ULF gäller om man haft behov av att söka läkarvård men inte gjort det. Den procentuella andel av befolkningen som vid minst ett tillfälle under en period om tre månader hade upplevt behov av att söka läkare men inte gjort det uppgick 1988-89 till cirka 11 procent vilket var en ökning med cirka fyra procentenheter från 1980-talets början (*tabell 1*). Skillnaden mellan män och kvinnor var i detta avseende tämligen liten, i synnerhet vid undersökningen 1980-81.

Vissa sociala skillnader framgår av tabell 1. Exempelvis vid indelningen efter utbildning visade både män och kvinnor en tydlig social gradient vid 1988-89-års undersökning. Det är emellertid möjligt att jämförelser av detta slag påverkas av andra faktorer såsom ålder och närhet till vårdutbud. En analys med dessa variab-

ler under kontroll visar att det fanns klara sociala skillnaderna i ej tillgodosedda vårdbehov bland män år 1988-89 (tabell 2). Arbetare och lägre tjänstemän hade signifikant högre odds för ej tillgodosedda vårdbehov än tjänstemän på mellannivå och högre. Vid den tidigare mätningen var skillnaden mellan grupperna mindre. Företagare och lantbrukare hade ett annat mönster. Dessa två grupper hade de högsta oddskvoterna vid 1980-81-års medan de vid den senare undersökningen hade oddskvoter vars nedre konfidensintervall låg mycket nära 1.

Tabell 2. Ej tillgodosedda vårdbehov bland män efter socioekonomi och utbildning enligt ULF 1980-1989. Oddskvoter¹.

	1980 - 1981		1988 - 1989	
	OR	(95% konf int)	OR	(95% konf int)
<i>Socioekonomi</i>				
Ej fackl arb	1,40	(1,02-1,91)	1,73	(1,30-2,29)
Fackl arbetare	1,29	(0,94-1,77)	1,63	(1,24-2,15)
Tjm, lägre	1,23	(0,83-1,83)	1,47	(1,06-2,03)
Tjm, övriga ²	1,0		1,0	
Företagare	1,63	(1,13-2,36)	1,44	(1,03-2,03)
Lantbrukare	2,28	(1,70-3,92)	1,62	(0,96-2,75)
<i>Utbildning</i>				
Grundskola	1,40	(1,03-1,92)	1,61	(1,22-2,13)
Kort gymn utb	1,38	(0,99-1,92)	1,48	(1,12-1,96)
Gymnasium	0,95	(0,63-1,44)	1,29	(0,92-1,81)
Post gymn utb ²	1,0		1,0	

¹ Justerade för ålder och vårdens tillgänglighet genom logistisk regressionsanalys
² Referensgrupp

Indelningen av männen efter utbildning visar på ett mönster som liknar analysen efter socioekonomiska grupper. För båda årgångarna hade de med lägst utbildning den största risken för att ha uppgivit ej tillgodosedda vårdbehov. Skillnaden mellan grupperna var störst 1988-89 och vidare var vid denna undersökning även skillnaden mellan de med kort gymnasieutbildning och de postgymnasialt utbildade statistiskt säkerställd.

Motsvarande analys avseende kvinnornas ej tillgodosedda vårdbehov visar att arbetare hade signifikant högre odds än tjänstemän vid båda undersökningarna (tabell 3). Beträffande utbildning var resultaten för 1988-89 nästan identiska med männens resultat: ju lägre utbildning desto högre odds för ej tillgodosedda vårdbehov.

Tabell 3. Ej tillgodosedda vårdbehov bland kvinnor efter socioekonomi och utbildning enligt ULF 1980-1989. Oddskvoter¹.

	1980 - 1981		1988 - 1989	
	OR	(95% konf int)	OR	(95% konf int)
<i>Socioekonomi</i>				
Ej fackl arb	2,02	(1,51-2,69)	1,66	(1,28-2,15)
Fackl arbetare	1,40	(1,01-1,96)	1,53	(1,16-2,03)
Tjm, lägre	1,08	(0,74-1,57)	1,40	(1,05-1,86)
Tjm, övriga ²	1,0		1,0	
Företagare	1,38	(0,91-2,07)	1,44	(1,06-1,95)
Lantbrukare	1,44	(0,89-2,34)	1,24	(0,80-1,93)
<i>Utbildning</i>				
Grundskola	1,22	(0,89-1,67)	1,62	(1,25-2,11)
Kort gymn utb	1,07	(0,77-1,48)	1,44	(1,12-1,86)
Gymnasium	1,39	(0,83-2,33)	1,30	(0,86-1,97)
Post gymn utb ²	1,0		1,0	

¹ Justerade för ålder och vårdens tillgänglighet genom logistisk regressionsanalys
² Referensgrupp

Förändringen under 1980-talet av omfattningen av ej tillgodosedda vårdbehov framgår delvis av tabell 1 . Förändringarna kan dock bero på exempelvis förändrad ålderssammansättning. En multivariat analys visar att för männens del hade samtliga socioekonomiska grupper utom företagare och lantbrukare signifikant högre odds 1988-89 än 1980-81. Beträffande kvinnorna var det endast lantbrukarna som ej hade en statistiskt säkerställd ökning av ej tillgodosedda vårdbehov. Indelningen efter utbildning ger den lägsta ökningstakten av ej tillgodosedda vårdbehov för män med postgymnasial utbildning och kvinnor med gymnasieutbildning eller högre.

Sammantaget ger de två tvärsnittsstudierna och studien av utvecklingen under 1980-talet ett klart intryck av växande sociala klyftor när det gäller ej tillgodosedda vårdbehov, framför allt när befolkningen indelas efter utbildning.

Kvalitativa skillnader i vårdutnyttjande

I Statistiska centralbyråns undersökning av levnadsförhållanden (ULF) ställs inga direkta frågor om hur man uppfattar kvaliteten i vården. Däremot finns det frågor som kan tolkas som indikatorer på kvalitet. Den aspekt på kvalitet som skall belysas i det följande gäller kontinuiteten i patient-läkarrelationen.

En av frågorna i ULF gäller om man har en bestämd läkare som man brukar vända sig till. Svaren på frågan visar att 1988-89 hade cirka 38 procent av männen och knappt 45 procent av kvinnorna en bestämd läkare att

Tabell 4. Antal personer och procentuell andel med bestämd läkare enligt ULF 1980-1989 efter kön och sociala indelningar.

	Män				Kvinnor			
	1980-81		1988-89		1980-81		1988-89	
	Antal	Proc	Antal	Proc	Antal	Proc	Antal	Proc
<i>Socioekonomi</i>								
Ej facklärd arbetare	1026	47,5	785	34,0	1151	48,8	883	47,1
Facklärd arbetare	1031	47,1	898	37,1	842	47,3	687	43,7
Tjänstemän, lägre	519	46,1	539	42,3	711	55,2	649	47,7
Tjänstemän, övriga	1596	50,1	1659	40,9	1594	48,4	1560	42,1
Företagare	512	39,7	480	36,1	449	52,6	535	43,7
Lantbrukare	294	39,2	169	40,9	310	54,2	246	48,1
Uppg saknas	75	41,6	71	32,7	189	44,8	131	46,8
<i>Utbildning</i>								
Högst grundskola	2126	46,9	1522	40,2	2557	51,6	1639	49,0
Kort gymnasieutbildning	1255	45,8	1326	35,4	1572	49,4	1677	43,4
Gymnasium	693	50,0	633	42,1	240	51,3	299	41,9
Post gymnasial utbildning	972	45,2	1112	37,8	860	44,7	1068	40,8
Uppgift saknas	7	..	8	..	17	..	8	..
<i>Totalt</i>	5053	46,7	4601	38,5	5246	49,8	4691	44,7

vända sig till (tabell 4). Detta innebär att för såväl män som kvinnor minskade andelen med bestämd läkare under 1980-talet. Minskningen gäller samtliga grupper som redovisas i tabell 4 utom den lilla gruppen manliga lantbrukare.

Det kan förefalla något överaskande att andelen i befolkningen med bestämd läkare minskar under en tid då landstingen bygger ut primärvården och i många fall även satsar på en organisation av vården som befrämjar patient-läkarkontinuiteten. Förändringen är emellertid inte tillfällig utan en fortsättning på en utveckling som iakttagits tidigare (13). En närmare analys av vilken typ av läkare som avses visar dock att primärvården svarar för en växande del av de fasta patient-läkarkontakterna. För männens del var det oförändrat cirka 10 procent som hade en distriktsläkare som sin läkare medan kvinnorna svarade för en ökning från drygt 15 procent till något mer än 18 procent.

Med undantag för dem som uppgav fast läkarkontakt med distriktsläkarna minskade andelen avseende alla övriga läkargrupper, dvs privatläkare, företagsläkare och sjukhusläkare. För männens del var minskningen störst när det gäller företagsläkare – från drygt 18 procent till 14 procent – medan privatläkarnas minskning från 15 till 11 procent var den största förändringen för kvinnorna.

En närmare analys visar att andelen som har en be-

stämd läkare att vända sig till ökar med stigande ålder, försämrat hälsotillstånd och ökat vårdutnyttjande. Detta tyder på att ett ökat behov av kontinuitet i läkarkontakten också leder till en förbättrad patient-läkarkontinuitet.

Sambanden mellan de variabler som förefaller vara förknippade med att ha en bestämd läkare gör det nöd-

Tabell 5. Tillgång till egen läkare bland män efter socioekonomi och utbildning enligt ULF 1980-1989. Oddskvoter¹.

	1980 - 1981		1988 - 1989	
	OR (95% konf int)		OR (95% konf int)	
<i>Socioekonomi</i>				
Ej fackl arb ²	1,0		1,0	
Fackl arbetare	1,06	(0,88-1,28)	1,10	(0,89-1,36)
Tjm, lägre	1,10	(0,88-1,38)	1,49	(1,17-1,89)
Tjm, övriga	1,35	(1,14-1,60)	1,54	(1,27-1,86)
Företagare	0,78	(0,62-0,99)	1,20	(0,93-1,54)
Lantbrukare	0,66	(0,50-0,87)	1,23	(0,86-1,77)
<i>Utbildning</i>				
Grundskola ²	1,0		1,0	
Kort gymn utb	1,20	(1,03-1,39)	1,01	(0,86-1,19)
Gymnasium	1,42	(1,18-1,70)	1,26	(1,03-1,54)
Post gymn utb	1,28	(1,08-1,51)	1,20	(1,01-1,42)

¹ Justerade för ålder, hälsotillstånd och vårdens tillgänglighet genom logistisk regressionsanalys

² Referensgrupp

vändigt med en multivariat analys. Beträffande socioekonomisk indelning ökade sannolikheten för att män skall ha tillgång till bestämd läkare med ökande social status (tabell 5). Detta gällde framför allt 1988-89 medan det vid den tidigare undersökningen endast var tjänstemän på mellannivå och högre som uppvisade statistiskt säkerställd skillnad i jämförelse med de ej facklärd arbetarna. Egna företagare och lantbrukare hade bestämd läkare i mindre utsträckning än arbetare 1980-81 vilket inte var fallet vid den senare undersökningen. Då männens uppgifter om tillgång till egen läkare analyseras efter utbildning visar båda åren likartade resultat. De med högre utbildningen hade i större utsträckning en egen läkare att vända sig till.

Motsvarande analyser för kvinnor ger en annorlunda bild beträffande utbildning (tabell 6). Med högre utbildning – dock ej postgymnasial utbildning – följde större odds för tillgång till egen läkare under 1980-81. Vid den senare undersökningen fanns dock inga skillnader av betydelse kvar mellan utbildningsgrupperna. Beträffande de socioekonomiska grupperna är det tidsmässiga mönstret det omvända i förhållande till männen. Vid den första undersökningen fanns statistiskt säkerställda skillnader mellan ej facklärd arbetare och samtliga övriga grupper utom facklärd arbetare. Vid undersökningen 1988-89 var alla sociala skillnader beträffande tillgång till egen läkare borta.

Den minskning som redovisades i tabell 4 av ande-

len i befolkningen som ansåg sig ha en bestämd läkare att vända sig till vid behov kvarstår även i en analys som tar hänsyn till förändringar i befolkningen mellan de två tidpunkterna. Analysen visar vidare att utvecklingen för männens del medförde växande sociala skillnader medan det för kvinnorna skedde en viss utjämning genom försämringar för en tidigare gynnad grupp.

De som inte har en bestämd läkare att vända sig till vid behov torde i större uträkning besöka jourmottagningar. En analys av hur besöken fördelar sig mellan olika mottagningstyper förstärker intrycket av sociala skillnader i vårdkvalitet för männen: andelen jourbesök ökar med minskande social status (9).

Diskussion

Även om det övergripande intrycket av svensk sjukvård är en vård på lika villkor så kan närmare analyser avslöja brister i ett jämlikhetsperspektiv. De ej tillgodosedda vårdbehoven utgör exempel på bristande jämlikhet. För såväl män som kvinnor visade föreliggande studie att andelen med ej tillgodosedda vårdbehov ökar med minskande social status.

En jämförelse mellan början och slutet av 1980-talet visar på klart växande andelar i befolkningen med ej tillgodosedda vårdbehov. Huruvida detta är ett tecken på försämringar inom sjukvården eller ökade krav på sjukvården är svårt att säga. Genom att denna förändring varit starkast bland de minst gynnade har vi även fått växande sociala klyftor inom detta område.

De studerade indikatorerna på kvalitativa skillnader i vårdutnyttjande visar även på sociala skillnader, dock endast beträffande männen. Egen läkare är vanligare bland högutbildade och högre tjänstemän än bland lågutbildade och arbetare. Dessa sociala skillnader återspeglas även i analysen rörande jourbesökens andel av totala antalet besök. De i samhället bättre ställda gör en mindre andel av sina läkarbesök på jourmottagning.

Sociala skillnader i vårdens kvalitet finns rapporterade från många andra studier. Text fann man i Stockholm ett socialt mönster i utnyttjandet av akutmottagningar som till stora drag överensstämmer med resultaten i denna studie (14). En minskande andel besök på akutmottagningar med ökat välbefinnande har även rapporterats från USA (15). Vidare finns ett flertal rapporter om sociala skillnader i vårdkvalitet i England (8). Även om storleken på de sociala skillnaderna varierar mellan länderna kan man trots betydande skillnader i sjukvårdssystem finna stora likheter i mönstret av sociala skillnader i vårdkvalitet.

Tabell 6. Tillgång till egen läkare bland kvinnor efter socioekonomi och utbildning enligt ULF 1980-1989. Oddskvoter.

	1980 - 1981		1988 - 1989	
	OR (95% konf int)		OR (95% konf int)	
<i>Socioekonomi</i>				
Ej fackl arb ²	1,0		1,0	
Fackl arbetare	1,12	(0,92-1,35)	0,98	(0,79-1,21)
Tjm, lägre	1,59	(1,30-1,95)	1,09	(0,88-1,36)
Tjm, övriga	1,32	(1,12-1,56)	1,04	(0,87-1,25)
Företagare	1,35	(1,07-1,70)	1,12	(0,89-1,42)
Lantbrukare	1,39	(1,06-1,82)	1,22	(0,90-1,65)
<i>Utbildning</i>				
Grundskola ²	1,0		1,0	
Kort gymn utb	1,19	(1,03-1,36)	1,11	(0,95-1,29)
Gymnasium	1,36	(1,02-1,82)	1,11	(0,85-1,45)
Post gymn utb	1,16	(0,98-1,37)	1,11	(0,94-1,33)

¹ Justerade för ålder, hälsotillstånd och vårdens tillgänglighet genom logistisk regressionsanalys

² Referensgrupp

De sociala skillnader som framkommit i denna studie är dock relativt små i jämförelse med vad som rapporterats beträffande tandvården. Exempelvis gäller för män att oddsen för att en högre tjänsteman skall ha besökt tandläkare för mindre än två år sedan är nästan tre gånger så stora som för ej facklärd arbetare (9).

Det yttersta målet med en vård på lika villkor är en god hälsa för hela befolkningen. Ett jämlikt vårdutnyttjande borde på sikt leda till en jämlik hälsa. Ojämligheter i hälsa förefaller dock finnas i alla samhällen även där relativt god jämlikhet i vårdutnyttjande uppnåtts. Det har därför framförts kritik mot jämlikhetspolitikens möjligheter att förbättra folkhälsan (16). Åtgärder enbart inom sjukvården är uppenbarligen inte tillräckliga för att åstadkomma en god hälsa för hela befolkningen.

Att fördela ett växande välbefinnande är säkert en tacksammare politisk uppgift än att fördela konsekvenserna av växande budgetunderskott och statsskuld. I en tid då de politiska besluten mest handlar om besparingar och begränsningar i välfärdssystemet är det väsentligt att påminna om högtidliga försäkringar om vård på lika villkor.

REFERENSER

1. Husläkare - en enklare och tryggare sjukvård. Betänkande av kontinuitetsutredningen. Stockholm, Allmänna Förlaget, 1978 (SOU 1978:74).
2. Om husläkare mm. Proposition 1992/93:160.

3. God vård i rätt tid. 1992 års vårdgaranti. Allmänna råd från socialstyrelsen 1991:11.
4. Vårdens svåra val. Rapport från utredningen om prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Stockholm, Allmänna förlaget, 1993 (SOU 1993:93).
5. Hälso- och sjukvårdslag. SFS 1982:763.
6. Hur mår du Sverige? Ohälsa och vårdutnyttjande i Sverige - undersökningar om levnadsförhållanden (ULF) som underlag i planeringen. Stockholm, Spri, 1982 (Spri rapport nr 82).
7. Haglund B: Vilka får sjukvård? En statistisk och kartografisk studie av vårdutnyttjande i Uppsala län. Uppsala, Almqvist & Wiksell International, 1986.
8. Townsend P, Davidson N (eds): Inequalities in health: The Black report and The health divide. Harmondsworth, Penguin Books, 1990.
9. Haglund B: Vård på lika villkor. EpC-rapport 1994:3. Epidemiologiskt Centrum, Socialstyrelsen, 1994.
10. Levnadsförhållanden. Appendix 13. Teknisk rapport avseende 1984-85 års, 1986-87 års och 1988-89 års undersökningar av levnadsförhållanden. Stockholm, Statistiska centralbyrån, 1991.
11. Socioekonomisk indelning (SEI). Meddelanden i samordningsfrågor 1982:4. Stockholm, Statistiska centralbyrån, 1983.
12. Schlesselman J J: Case-Control Studies. Design, conduct, analysis. New York, Oxford University Press, 1982.
13. Ohälsa och sjukvård 1975-1983. SCB. Levnadsförhållanden. Rapport 42.
14. Genell K, Rosenqvist U: Heavy users of an emergency department: Psycho-social and medical characteristics, other health care contacts and the effect of a hospital social worker intervention. Soc Sci med 1985;21:761-770.
15. Kleinman J C, Gold M, Makuc D: Use of ambulatory medical care by the poor: another look at equity. Med Care 1981;XIX(10):1011-29.
16. Charlton B G: Is inequality bad for the national health?. Lancet 1994;343:221-2.