

Bostadssegregation och resursfördelning till primärvården

Finn Diderichsen

Sjuklighet, dödlighet och vårdbehov varierar kraftigt mellan exempelvis samboende och ensamboende personer och mellan arbetare och tjänstemän och företagare. Samtidigt vet vi, att bostadssegregationen har lett till att olika grupper bor i olika geografiska områden.

Följaktligen uppvisar behoven av hälso- och sjukvårdens insatser geografiska variationer. I denna artikel diskuteras några metoder för mera behovsbaserade resursfördelningar mellan olika primärvårdsområden.

Finn Diderichsen är t f professor i socialmedicin vid Socialmedicinska institutionen i Sundbyberg och har arbetat med planeringsfrågor bl a i HS-90-utredningen.

Bakgrund

Frågan om metoder för behovsbaserad planering har aktualiserats genom hälso- och sjukvårdslagens krav på en sådan planering (§ 7). Frågan har behandlats bl a i HS 90-utredningen (SOU 1984: 40). Dessa inledande analyser har föranlett regeringen att betona vikten av att detta utvecklingsarbete fortsätter och leder till konkreta förslag. Statsrådet anför således i propositionen 1984/85: 181 om utvecklingslinjer för hälso- och sjukvård m m (s 112).

Idag råder det betydande skillnader i utbyggnaden av hälso- och sjukvården mellan landstingen och inte minst inom landstingen mellan olika kommuner och kommundelar. Detta gäller i särskilt hög grad utbyggnaden av privatläkarvård och företagshälsovård men även inom den landstingskommunala hälso- och sjukvården. De prestationsrelaterade statliga ersättningarna till sjukvårdshuvudmännen har bidragit till denna utveckling. — — —

Då befolkningens åldersmässiga och sociala struktur uppvisar såväl regionala som inomregionala skillnader, blir syftet med en mera behovsrelaterad resursfördelning inte bara att skapa förutsättningar för en vård som är lika tillgänglig för alla oberoende av bostadsort utan även oberoende av ålder, civilstånd, yrke, sysselsättning, etnisk tillhörighet och medborgarskap. För att nå detta mål måste dock den behovsbaserade geografiska resursfördelningen kombineras med åtgärder som beaktar vårdens inriktning, tillgänglighet, kvalitet och effekt på de hälso- och vårdpolitiska riskgrupperna i det geografiska området. — — —

Det bör betonas att införandet av behovskriterier för den geografiska resursfördelningen är en av flera åtgärder för att nå de hälso- och vårdpolitiska jämlikhetsmålen.

Det är samtidigt viktigt att utveckla instrument med vilka man löpande kan identifiera och följa hälso- och sjukvårdsverksamhetens kontakt med riskgrupper och effekt på hälsotillstånd och vårdbehov.

En löpande avstämning bör också ske av verksamheten mot befolkningens behov och önskemål. Det bör ske i en dialog mellan den lokala hälso- och sjukvårdspersonalen och befolkningens representanter. (1)

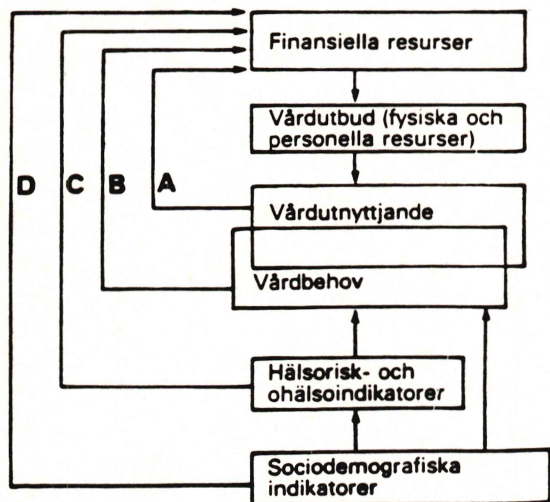
Att fördela hälso- och sjukvårdsresurser efter behov kräver kunskaper om ohälsans fördelning och om olika åtgärders effekt och resursanvändningens effektivitet. Särskilt om det senare saknar vi idag kunskaper.

Det grundläggande antagandet är således att man genom att påverka den geografiska fördelningen av finansiella resurser till investeringar eller drift kan

påverka vårdens tillgänglighet, innehåll och effekt så att den bättre motsvarar behoven hos olika grupper.

Med utgångspunkt i modellen i *figur 1* kan man diskutera alternativ för användning av hälsodata som underlag för den geografiska fördelningen av resurser.

Figur 1. Modell för samband mellan finansiella resurser och alternativa behovsindikatorer



Ur: HS90: SOU 1984: 40

I alternativ A baseras resursfördelningen på tidigare faktiskt vårdutnyttjande. Vårdutnyttjandet inom ett visst geografiskt område (eller ett visst medicinskt verksamhetsområde) blir kriterium på det geografiska områdets (verksamhetsområdets) resursbehov. Med tanke på att vårdutnyttjandet i ett visst geografiskt område mer blir ett mått på tidigare vårdutbud än en valid indikator på detta områdes behov av vård, kan detta alternativ inte betraktas som behovsbaserat. Därtill kommer att dagens vårdutnyttjande är uttryck för gårdagens vårdutbud, vårdstruktur och prioriteringar. Metoden får också en konserverande effekt vad avser omstruktureringar (tex mellan länssjukvård och primärvård).

Alternativ B bygger på att man direkt kan beräkna det totala vårdbehovet i ett område. En finns

inga allmänt accepterade direkta mått på vårdbehov. Det bästa vi kan göra är att söka efter bra indikatorer på vårdbehov. (Alternativ C respektive D eller kombinationer av dessa).

Alternativ C utgår – liksom alternativ D – från att någon typ av ohälsomått kan tjäna som indikator på vårdbehov. Vid en geografisk resursfördelning jämför man det faktiska hälsotillståndet i olika geografiska områden med hjälp av något lämpligt mått.

Alternativ D skiljer sig från alternativ C genom att man, i stället för att använda ett direkt mått på tex hälsotillstånd hos befolkningarna i de geografiska områden, mellan vilka resursfördelning skall göras, utnyttjar kända samband mellan demografiska och socioekonomiska variabler å ena sidan och hälsorisker och ohälsa eller andra indikatorer på behov å den andra. De faktorer som i första hand är aktuella är de som är lättillgängliga via folkbokföringen (ålder, civilstånd, nationalitet) eller Folk- och Bostadsräkningen (sysselsättning, yrke, hushållsstruktur och bostadsförhållande). (2)

Ett exempel

Om man skall beräkna vikter för olika befolkningskategorier enligt alternativ D kan man utgå ifrån dessa grupperers vårdutnyttjande, om man på goda grunder kan förutsätta att fördelningen av vårdutnyttjandet mellan olika grupper motsvarar fördelningen av vårdbehovet. Det är möjligen fallet för den slutna vården.

I de samkörningar som inom HS-90 utredningen gjordes mellan slutenvårdsregistret och Folk- och bostadsräkningen 1975 visades bla att antalet vård dagar per invånare var ca 25% högre bland arbetare jämfört med tjänstemän och mer än dubbelt så hög bland ensamboende jämfört med samboende och även flerfaldigt högre bland icke förvärvsarbetande jämfört med förvärvsarbetande (2).

För öppna vården kan vi inte på samma sätt anta en proportionalitet mellan vårdutnyttjande och vårdbehov. HS-90 har således avgränsat ett antal "vårdpolitiska riskgrupper" som enligt olika levnadsnivåundersökningar förefaller ha ett lägre behovsrelaterat vårdutnyttjande än andra. Det gäller exempelvis äldre ensamboende, invandrare samt långvarigt arbetslösa och förtidspensionerade.

Tabell 1. Viktberäkning utifrån andel med långvarig sjukdom och utan tillgång till omsorg enligt ULF 80/81. Riket 16–84 år.

		Andel med långv sjd utan besvär	Andel med långv sjd med besvär	Andel utan hjälp vid sjukdom	Index
16–44 år					
Ej sambo	arbetare	16,6	9,6	13,8	73
	tjänstemän	18,0	10,6	17,8	78
	företagare	17,8	7,8	14,8	69
	studerande	15,1	6,6	4,9	63
	övriga	18,0	21,1	10,4	104
Sambo	arbetare	18,0	12,7	5,0	80
	tjänstemän	16,1	5,9	2,9	61
	företagare	16,4	10,1	3,6	72
	studerande	14,7	9,5	4,8	70
	övriga	18,7	21,7	9,1	105
45–64 år					
Ej sambo	arbetare	29,0	25,4	31,4	128
	tjänstemän	28,5	16,7	28,2	102
	företagare	34,4	10,3	27,9	87
	övriga	19,4	61,5	30,5	226
Sambo	arbetare	30,6	18,5	2,9	100
	tjänstemän	28,3	11,4	2,8	81
	företagare	25,2	17,9	4,3	97
	övriga	27,1	42,9	6,6	165
65–84 år					
Ej sambo		37,8	38,4	26,7	167
Sambo		40,1	32,2	5,3	142
Totalt 16–84 år		24,1	18,7	9,4	100

I stället för att beräkna vikter utifrån existerande vårdutnyttjande kan man studera fördelningen av långvarig sjukdom i olika grader och tillgång till informell omsorg enligt SCBs levnadsnivåundersökningar (ULF) (3). På basis av dessa uppgifter kan man beräkna ett behovsindex (se tabell 1).

Skillnaderna mellan olika grupper är här betydligt mindre än vad gäller vård dagar i slutet vård. Grovt sett kan man säga att arbetare ligger 25% högre än tjänstemän, icke förvärvsarbetande 50% högre än förvärvsarbetande eller studerande och ensamboende 25% högre än samboende. Dessa skillnader kan förefalla små och utan så stor praktisk betydelse i resursfördelningssammanhang. Men den sammanlagda effekten kan bli betydande, om man jämför olika vårdcentralsområden inom de större städernas segregerade bostadsmarknad.

Jämför man exempelvis områden i Danderyds och Botkyrkas kommuner i Stockholms län kan andelen arbetare, andelen icke förvärvsarbetande och andelen ensamboende ofta variera med en faktor 2–3 för alla variablerna samtidigt. Detta leder till att vårdbehovet enligt denna modell är minst 40% högre i Botkyrka jämfört med Danderyd. Som jämförelse kan nämnas att dödligheten är 38% högre bland invånare i Botkyrka jämfört med jämnåriga i Danderyd, samtidigt som sjukfrånvaron är mer än dubbelt så hög.

Som bekant är primärvårdsresurserna för dagen inte fördelade på ett sätt som motsvarar detta.

Kommentar

En mera behovsrelaterad resursfördelning mellan olika geografiska områden är inget ändamål i sig

utan ett sätt bland flera att sträva mot vad HS 90 kallat vårdpolitiska jämlikhetsmål, dvs att vårdutbudet och vårdutnyttjandet anpassas till olika gruppers behov. Särskilt betonas vikten av att verksamheten blir lättillgänglig för de grupper som har de största behoven exempelvis äldre, ensamboende, vissa lågutbildade arbetaryrken, arbetslöshet m fl.

Men som noterades inledningsvis är en behovsrelaterad geografisk resursfördelning endast ett nödvändigt men icke tillräckligt medel att nå ett sådant mål. Erfarenheter från England där ett fördelningskriterium för anslag till sjukvårdsregionerna infördes 1978 kan illustrera problemet. Resursfördelningen i England förändrades således att bla Londonregionen med låg dödlighet drabbades av nedskärningar medan vissa regioner i Norra England och Wales fick ökade bidrag. Detta ledde bla till nedskärningar vid en del äldre sjukhus i centrala London. Och just i dessa områden bodde en hög andel äldre och socialt utsatta med stora sjukvårdsbehov. Fenomenet kan illustreras i Sverige också. Stockholms Läns Landsting har som helhet en ganska ung och frisk befolkning men inom länet, i vissa äldre församlingar i Centrala Stockholm, finner vi några av de högsta dödstalerna i hela landet. En nedskärning av resurserna till länet som helhet måste alltså följas av en motsvarande behovsrelaterad resursfördelning på lägre geografisk nivå. I själva verket kan man säga att ju mera uttalad bostadssegregationen är i en region eller en kommun ju viktigare är det att denna typ av behovsrelaterade resursfördelningskriterier används på så låg geografisk nivå som möjligt – primärvårdsområde eller vårdlagsområde.

Därtill kommer att olika verksamheter som påpekat i HS 90 utredningen inte når alla grupper i befolkningen lika bra. Vissa typer av hälsoupplýsning och psykoterapi har exempelvis visat sig ha dålig räckvidd bland socialt utsatta grupper. Det hjälper då inte att resurser till dessa verksamheter blir bättre fördelade – problemet ligger i verksamhetens innehåll.

Det blir således av central betydelse att kombinera en diskussion av resursfördelningen i den geografiska dimensionen, med en diskussion om resursfördelningen mellan verksamhetsområden.

Det bör också betonas att någon typ av uppföljning för att studera hur vårdutnyttjandet hos olika grupper står i relation till deras vårdbehov är viktigt. Hittills har vi på nationell nivå varit hänvisade till SCB:s intervjustudier som ett mycket grovt instrument. Lokalt har man oftast med stort utbyte gjort mindre uppsökande projekt bland vissa patientkategorier exempelvis utskrivna från mentalsjukhus och andra hemsjukvårdspatienter m fl för att belysa deras vårdsituation. På sikt torde landstingens patientdatabaser kunna bli av stort värde i synnerhet om de utvidgas med statistik från öppen vård och påförs vissa sociala variabler om bostad och socioekonomisk grupp m.

Denna typ av indexkonstruktioner ger nödvändigtvis en mycket grov bild av verkligheten. Ett stort antal faktorer som påverkar vårdbehovet lokalt fångas inte upp. Vi tror dock att indexkonstruktionerna kan användas för fördelning av vissa *basresurser* som utgör en del av rambudgeten. En del bör dock reserveras som *tillägsresurs* och fördelas utifrån noggranna diskussioner mellan centrala och lokala instanser om lokala förhållanden av betydelse för vårdbehovet och produktiviteten.

REFERENSER

1. Regeringens proposition 1984/85: 181 Utvecklingslinjer för hälso- och sjukvården, m m.
2. Hälsopolitiska mål och behovsbaserad planering. SOU 1984: 40.
3. *Diderichsen, F:* Behovsrelaterade resursfördelningskriterier från statens ersättningar till sjukvårdshuvudmännen. Promemoria till Socialdepartementet. Stencil. Sundbyberg 1985.