

Kan vårdresurser omfördelas efter socioekonomiska behovskriterier?

Göran Dahlgren

Den tillgängliga statistiken är entydig: andelen som drabbas av ohälsa och tidig död är mycket större i socialgrupp III än i socialgrupp I-II. Tendensen är så genomgående att den kan jämföras med ohälsans åldersmässiga fördelning. Mot denna bakgrund kan man kräva att vårdresurserna fördelas såväl med hänsyn till befolkningens ålder som dess socioekonomiska karaktär. Från ett jämlikhetsideologiskt perspektiv bör också förebyggande insatser fördelas med hänsyn till vad som i hälsopolitiska riskgrupper, tex arbetare, utländska medborgare, ensamboende vuxna med eller utan barn.

Göran Dahlgren är departementsråd med ansvar för hälso- och sjukvårdsenheten inom socialdepartementet.

Hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf om "god hälsa och vård på lika villkor" är en självklar bas för dagens diskussion kring omfördelning av sjukvårdens resurser. Den är en utgångspunkt för en hälso- och sjukvårdspolitisk jämlikhetsstrategi som bla innebär att *hälsopolitiken* bör inriktas så att *hela* befolkningen får *goda möjligheter* att leva ett hälsosamt liv. I dag är dessa möjligheter mycket olika mellan olika befolkningsgrupper beroende på olika livsstil och livsvillkor, tex arbetsmiljö och risk för arbetslöshet.

"Vård på lika villkor" innebär vidare att hälso- och sjukvårdens resurser skall fördelas med hänsyn till befolkningens *behov* av vård inom ett visst område.

Syftet med denna artikel är att något försöka belysa hur dessa hälso-, resp vårdpolitiska jämlikhets-

mål kan beaktas vid fördelningen av resurser mellan:

- Geografiska områden mht olika ålders- och socio-ekonomisk struktur
- Verksamheter (förebyggande - behandlande - rehabiliterande)
- Vårdsnivåer (primär-länssjukvård)

Ohälsans sociala och yrkesmässiga fördelning

En nödvändig bas för detta resonemang är givetvis kunskap om nuläget - dvs fakta om ohälsans och vårdutnyttjandets fördelning inom befolkningen. Vanligen görs denna typ av redovisningar endast med hänsyn till ålder och kön. Jag önskar därför komplettera denna bild med vissa delvis nya fakta om ohälsans sociala- och yrkesmässiga fördelning.

Om vi först ser på de stora folksjukdomarnas fördelning i detta perspektiv kan konstateras att:

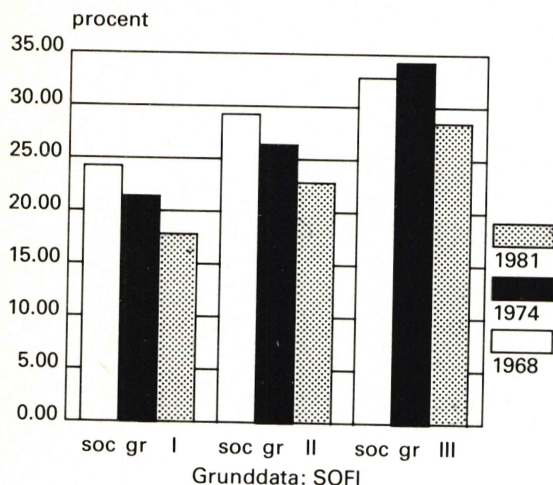
- *Hjärt-kärlsjukdomar* är betydligt vanligare i socialgrupp III än i I. I yrkesverksam ålder är det tex arbetare och lägre tjänstemän som har det högsta utnyttjandet av slutna vård pga hjärt-kärlsjukdomar.

Högriskgrupper - mätt i andel vårdade slutna vård män 16-64 år - är bla sjukvårdsbiträden, livsmedelsarbetare, verkstadsmekaniker, trafikledare, servitörer och svetsare. Lågriskgrupper är högskollärare, jordbrukare och läkare.

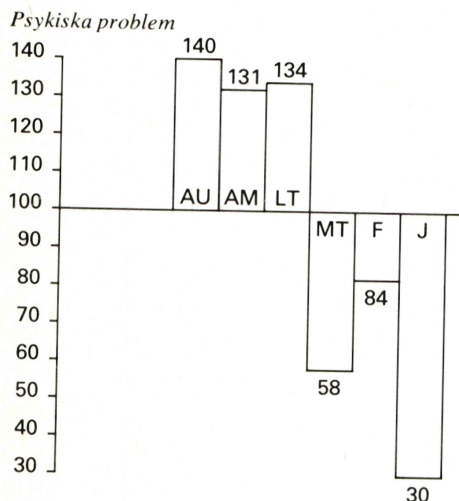
- *Nedsatt psykiskt välbefinnande* En rad olika ohälsaindikationer pekar mot att psykiska problem är vanligare inom socialgrupp III än socialgrupp I.

Enligt socialforskningsinstitutets levnadsnivåstatistik har - som framgår av *figur 1* - andelen med nedsatt psykiskt välbefinnande minskat kraftigt

Figur 1 Nedsatt psykiskt välbefinnande befolkning 15–75 år



Figur 2 Vårdtillfällen i slutenvård för psykiska problem. (Män) Index där alla med yrkesuppgifter = 100



Teckenförklaring

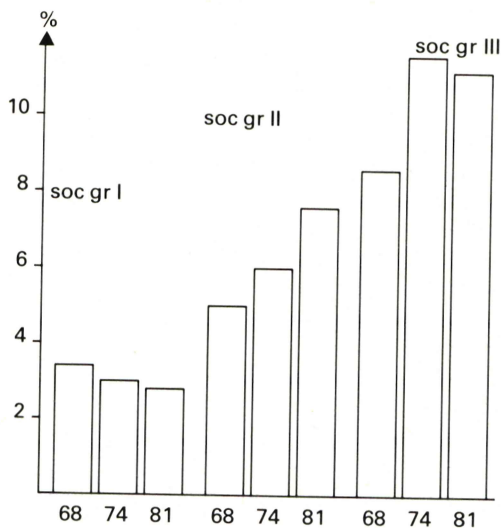
AU = Arbetare utan fackutbildning
 AM = Arbetare med fackutbildning
 LT = Lägre tjänstemän
 HT = Högre tjänstemän
 F = Företagare
 J = Jordbrukare

inom socialgrupp I och II mellan 1968 till 1981 medan en motsvarande minskning ej skett för socialgrupp III. Klasskillnaderna har således ökat.

Uttryckt som antal vårdtillfällen i slutenvård för olika yrkesgrupper pga psykiska problem får man en fördelning mellan arbetare och lägre tjänstemän respektive högre tjänstemän, företagare och jordbrukare enligt figur 2.

Rörelseorganens sjukdomar är också vanligast inom socialgrupp III. Uttryckt som andel av befolkningen som har mycket värk i skuldror, axlar, rygg och höfter kan – som framgår av figur 3 – också konstateras att redan mycket stora skillnader mellan socialgrupperna har ökat ytterligare under det senaste decenniet.

Figur 3 Andel med mycket värk i skuldror, axlar, rygg eller höfter, 1968–81



Källa: SOFI

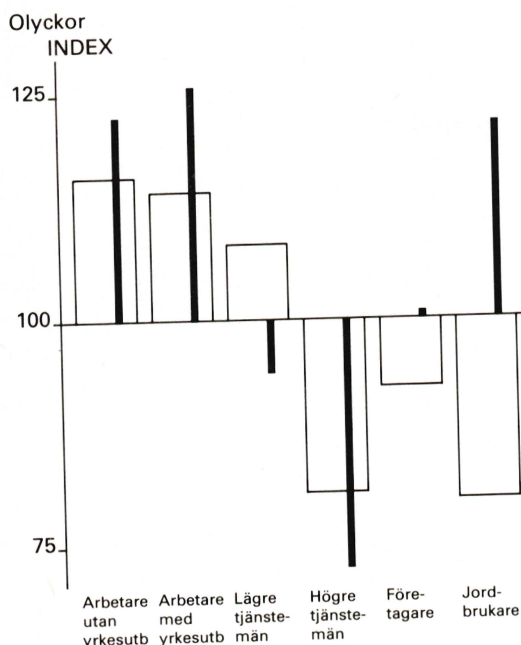
Tumörer

Socialgrupp III har en överdödlighet i lungcancer, magsäckscancer och livmoderhalscancer medan bröstcancer är något vanligare bland kvinnor i socialgrupp I.

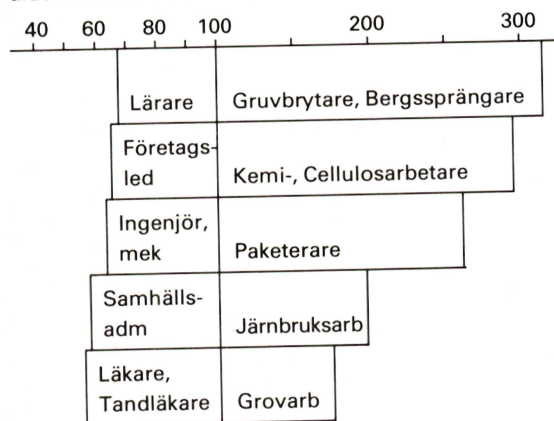
Yrkesgrupper med hög lungcancerfrekvens är blädders och maskinmanskaper, tunnplåtslagare, isolerare, typografer. Arbetare inom möbelindustrin har en kraftig överrisk för cancer i näsa och bihåla.

– *Alkoholrelaterade sjukdomar* Den genomsnittliga alkoholkonsumtionen är rätt lika i olika social-

Figur 4 Vårdtillfällen män 16—64 år åldersstandardiserat index (= 100 för alla som anget yrke 1 FoB 75) socioekonomiska grupper



Figur 5 Vårdtillfällen/inväsnare Olyckor män 40—64 år åldersstandardiserat index



grupper medan alkoholskadorna tycks vara större i socialgrupp III. Stora mörkertal finns dock genom den dolda alkoholismen.

- Möjligheterna att undvika skador är – inte speciellt överraskande – också starkt relaterat till yrkesbakgrund.

Detta kan illustreras av figur 4 över antalet vårdtillfällen (sluten vård) pga skador för män i åldern 16—64 år. (Smala staplarna avser vårdtillfällen – skador. De breda staplarna avser totalt antal vårdutnyttjande – alla diagnoser – för samma grupper).

Ser man på vårdutnyttjande pga skador i olika yrkesgrupper blir givetvis skillnaderna än större. (figur 5)

Sammanfattningsvis

Bilden är entydig. Andelen som drabbas av ohälsa och tidig död är med få undantag störst i socialgrupp III. Denna trend är så genomgående att den kan jämföras med ohälsans åldersmässiga fördelning.

Vilka yrkesgrupper har minst möjlighet att leva ett hälsosamt liv?

Ett sätt att belysa den frågan är att – inom hela befolkningen i yrkesverksam ålder – se vilka yrkesgrupper som har en överdödlighet på 10 % eller mer minst 10 % högre andel som vårdats på sjukhus (sluten vård) än genomsnittet och som tillhör en yrkesgrupp som är bland de 25 % som har högst andel förtidspensionerade.

Därvid framkommer, som redovisas i tabell 1, att bland män finns 19 yrkesgrupper som uppfyller minst två av dessa kriterier (dvs kan betraktas som "högriskgrupper"). Skärps kriterierna ytterligare för att få fram "mycket utpräglade högriskgrupper" där samtliga 3 kriterier är uppfyllda kvarstår – som också framgår av tabell 1 – 9 yrkesgrupper.

I tabell 1 finns också ett antal yrkesgrupper med en dödlighet och ett slutenvårdsutnyttjande som ligger minst 25 procent över genomsnittet. Fem yrkesgrupper hamnar i denna "extrema högriskgrupp".

Slutligen har angivits de fyra yrkesgrupper som har en överdödlighet på minst 50 procent.

Samtliga dessa uppgifter avser män. Uppgifterna om dödlighet avser män födda 1896–1940 som dog 1961–1970. För slutenvårdsutnyttjandet har ett åldersstandardiserat index beräknats över andelen män i åldern 16–64 år i varje yrkesgrupp med minst ett slutenvårdstillfälle 1976.

Förtidspensionerade – slutligen – avser dem

Tabell 1 Yrke och ohälsa – män

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

som förtidspensionerades 1971–1976 och som enligt FoB 1970 tillhörde en yrkesgrupp.

Vid en motsvarande analys vad avser kvinnor framkommer följande högriskgrupper.

- Lokförare, konduktörer, trafikbiträden
- Verkstads-, byggnads- och metallarbetare
- Elektroarbete
- Träarbetare
- Grafiker
- Livsmedelsarbetare
- Kemiskt-tekniskt arbete
- Övriga tillverkningsindustrier
- Driftövervakning, maskinskötsel
- Paketering
- Hushållsarbete

Med de definitioner på "mycket utpräglad" respektive "extrem högriskgrupp" som tidigare redovisats vad avser män framkommer – för kvinnorna – inga motsvarande yrkesgrupper.

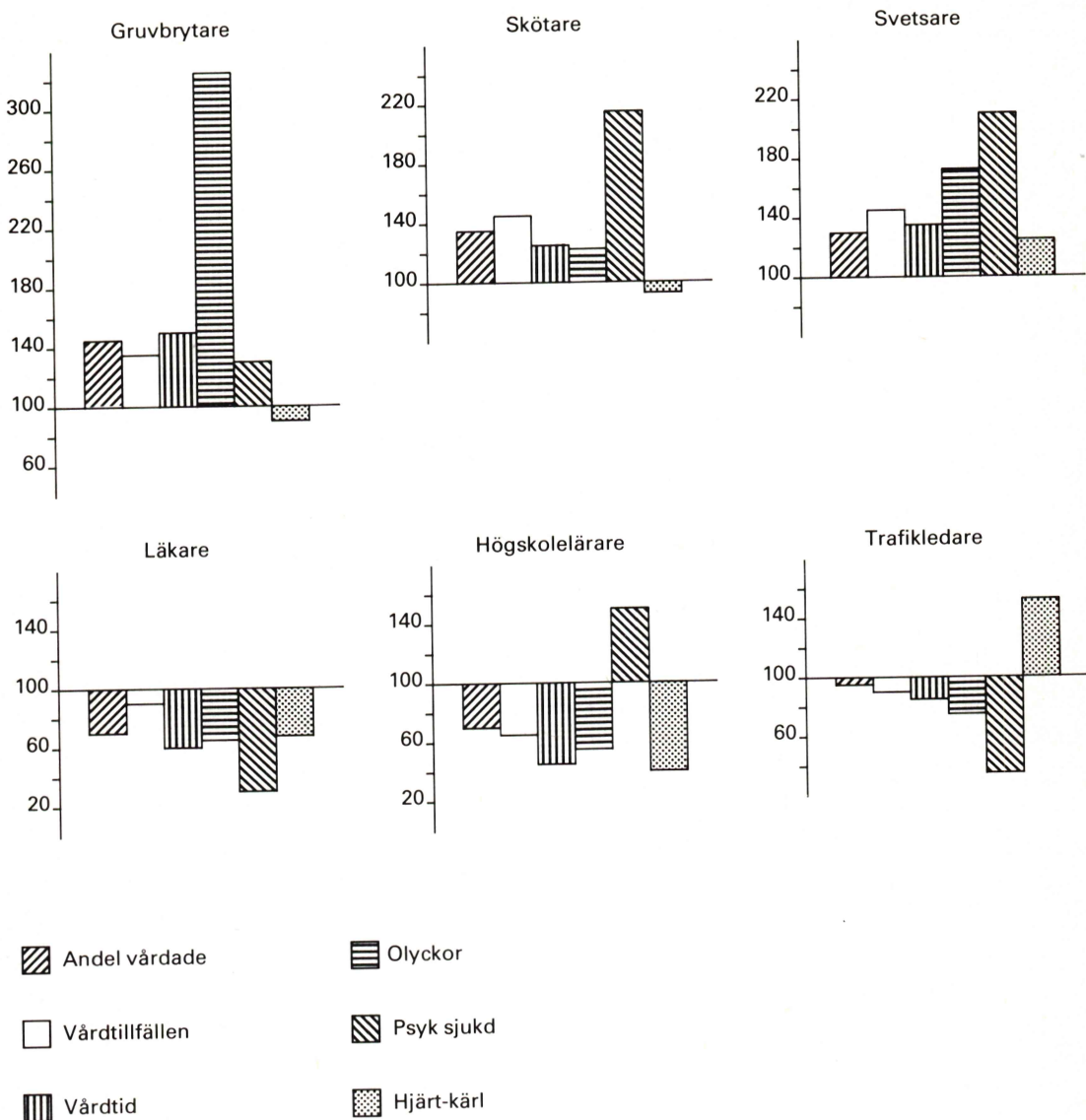
Ett annat sätt att illustrera såväl det genomgående strukturella klassperspektivet på ohälsans för-

delning som variationer vad avser olika sjukdomar mellan olika yrkesgrupper är enligt ohälsoprofiler för några typiska arbetare respektive högre tjänstemanna/akademikeryrken av den typ som illustreras i figur 6. (Från vänster till höger avser staplarna total andel vårdade, vårdtillfällen, vård dagar samt vårdade p g a olyckor, psykiska problem och hjärt-kärlsjukdomar – allt i slutet vård).

Det är samtidigt väsentligt betona att ett klarläggande av *orsakerna* till de redovisade skillnaderna kräver ytterligare analyser. Generellt kan dock konstateras att genetiska faktorer och selektion – att man tillhör socialgrupp I för att man är frisk och vice versa – ej förklarar de redovisade socioekonomiska skillnaderna. Huvudorsakerna ligger i olika livsvillkor och därmed riskexponering samt för vissa sjukdomar i olikheter i livsstil.

Oberoende av orsakerna är dock den faktiska fördelningen av ohälsa och tidig död ett självklart underlag för en bedömning av vårdbehov och därmed en behovsbaserad resursfördelning.

Figur 6 Ohälsoprofil i olika yrken
Män 16—64 år



Fördelning av vårdresurser mellan olika geografiska områden

De skillnader som i dag finns mellan vårdutbudet mellan olika landsting är i första hand relaterade till landstingens skattekraft och ej till olika vårdbehov. Inom landstingen är de finansiella resurserna vanligen fördelade med hänsyn till befolkningens ålderssammansättning men utan hänsyn till de olika vård-

behov som finns pga olika socio-ekonomisk struktur. Mot denna bakgrund kan följande tre teser formuleras.

1. En behovsbaserad resursfördelning bör baseras på såväl befolkningens ålder som socio-ekonomiska karaktär.
2. Fördelningskriterier kan i princip vara samma vare sig det gäller att fördela statliga medel till

olika landsting eller fördelning av resurser mellan primärvårdsområden inom ett landsting. Vid fördelning mellan ex primärvårdsområden bör dock dessa kriterier kompletteras med hälsodata som kan fånga upp specifikt lokala förhållanden av betydelse för hälsotillståndet (tex stora industrier).

3. Motsvarande behovskriterier bör vara vägledande vid fördelning av vårdpersonal inklusive läkare.

Denna typ av objektiva resursfördelningskriterier används föredan i ett ökande antal länder, tex England, Norge och Danmark.

Vid fördelningen av de statliga bidagen till amtskommunerna i Danmark använder man som behovskriterier förutom ålder även socio-ekonomiska fakta som "andel barn till ensamstående som erhåller förhöjt barnbidrag" och "ensamstående i åldersgruppen 65 år och äldre".

I Norge har man ersatt den tidigare ersättningen per vård dag – som tenderar att förstärka snarare än reducera gapet mellan behov och resurser – med en ramfinansiering baserad på ålder och könsstruktur, antal förtidspensionärer, dödlighet (SMR) samt en avståndsfaktor.

Hälsodata som underlag för förebyggande insatser

Kunskap om ohälsans fördelning är givetvis också av betydelse vid *planering av förebyggande insatser*. De socio-ekonomiska skillnaderna pekar i sig på de förebyggande insatsernas potentiella betydelse.

Denna typ av deskriptiv epidemiologi kan också vara ett första steg för att identifiera olika riskgrupper. Ett forskningsområde av strategisk betydelse är mot denna bakgrund att söka belysa orsakerna till ohälsans ojämlika fördelning mellan olika social- och yrkesgrupper.

Det torde dock vara svårt att på basis av objektiva behovsbedömningar göra en direkt avvägning mellan förebyggande behandling och rehabiliterande insatser. Däremot kan man på basis av denna typ av deskriptiv epidemiologi identifiera följande hälsopolitiska riskgrupper:

- Arbetare (tex tidigare redovisade högriskgrupper)

- Arbetslösa
- Utländska medborgare
- Ensamboende vuxna med eller utan barn

Fördelning av resurser mellan vårdnivåer

En kraftigt utbyggd primärvård är sedan länge ett uttalat men också ouppfyllt mål inom den svenska hälso- och sjukvården. De styrmedel som krävs för en omfördelning av resurser från läns- till primärvården är bl a relaterade till:

- *behovsbaserad resursfördelning för varje primärvårdsområde* och en politisk förankring ex genom primärvårdsnämnder
- *samordning med arbetsmarknadspolitiska insatser* (det gäller en omstrukturering av en av Sveriges största branscher)
- *allmänna råd och riktlinjer* för den medicinska verksamheten och vårdprogram

Lika viktigt som att utveckla dessa styrmedel är att genom information skapa motivation för förändringsarbetet inom hälso- och sjukvårdssystemet och bland berörda befolkningsgrupper.

Vidare krävs en medveten förändring av såväl utbildnings- som forskningspolitiken för att möjliggöra de vårdideologiska motiv som ligger bakom prioriteringen av en utbyggd primärvård.

Fakta om hälsoförhållanden och vårdutnyttjande är i detta sammanhang främst av betydelse för en bedömning av vårdens tillgänglighet. Därvid kan följande tillgänglighetsmått vara av speciellt intresse:

Geografisk tillgänglighet: Hur påverkar minskade avstånd – genom en utbyggd primärvård – det faktiska vårdutnyttjandet.

Socio-ekonomisk tillgänglighet: Betyder en utbyggd primärvård minskade kostnader för den enskilde tex tid, transporter. Hur påverkar ökade patientavgifter vårdutnyttjandet.

Kulturell tillgänglighet: Kan en utbyggd primärvård skapa bättre förutsättningar för god vård åt invandrare och lågutbildade.

Funktionell tillgänglighet: Innebär en omfördelning från länssjukvård till primärvård längre öppettider, minskade köer, ökad kontinuitet samt minskade otillfredsställda vårdbehov.

Utifrån beskrivningar av olika gruppers faktiska

vårdutnyttjande – och kunskap om deras sannolika vårdbehov – kan följande vårdpolitiska riskgrupper identifieras:

- *Ålderspensionärer* (speciellt män) som tycks ha ett något lägre vårdutnyttjande än vad som kunde förväntas utifrån uppskattade vårdbehov.
- *Glesbygdsbor*. För dem som bor i "norra glesbygden" har tex andelen som uppger sig ha en fast läkare att vända sig till minskat mellan 1975 och 1981 från 39 procent till 29 procent samtidigt som motsvarande andel för resten av befolkningen legat och ligger på omkring 50 procent.
- *Invandrare* (speciellt utomnordiska) som har högre otillfredsställda vårdbehov och möter också ofta kulturella/språkliga hinder som utgör problem för en god vård.
- *Grupper som saknar företagshälsovård* (tex hemarbetande)

Ser man ur ett vårdbehovsperspektiv på fördelningen av resurser mellan vårdnivåer är givetvis den avgörande frågan i vilken utsträckning en utbyggd primärvård kan fånga upp och möta dessa vårdpolitiska riskgruppers behov på ett bättre sätt än den nuvarande sjukhusorienterade vårdstrukturen.

Några avslutande kommentarer

Nästa steg mot en behovsplanerad resursfördelning kan vara att beakta ohälsans sociala och yrkesrelaterade fördelning på samma sätt som man idag uppskattar vårdbehov utifrån befolkningens åldersstruktur. Det innebär inte att socio-ekonomisk struktur – lika lite som ålder – ersätter behovet av att också direkt använda olika hälsodata som underlag också för såväl inriktning som omfattning av hälso- och sjukvårdens insatser. Det minskar inte heller behovet av att beakta existerande regionala variationer i vårdutbud. Hälso- och sjukvårdsplanering är – och kommer sannolikt alltid att vara – en process där många mål och resurskrav måste vägas samman. Genom att explicit föra in befolkningsrelaterade vårdbehovsbedömningar i denna process ökar dock sannolikheten för ett ur folkhälsosynpunkt effektivt utnyttjande av tillgängliga finansiella och personella resurser. Detta synsätt blir då – i enlighet med intentionerna i HSL:s portalparagraf – samtidigt grunden för en hälso- och vårdpolitisk jämlikhetsstrategi.