

Kan vi kartlägga den lokala befolkningens hälsoförhållanden?

En översikt av tillgänglig registerstatistik

Måns Rosén

Sverige är unikt i världen när det gäller registerstatistik. Det finns en mängd register som på lokal nivå kan beskriva befolkningens hälsoförhållanden och de tänkbara förhållanden i samhället som kan orsaka dessa problem. Men vi har hittills inte utnyttjat dessa möjligheter.

I denna artikel ges en översikt av olika register och några möjligheter och problem med att tolka dessa data på lokal nivå.

Spri, socialmedicinska institutionen i Umeå och Västerbottens läns landsting bedriver för närvarande ett projekt som bl a skall belysa möjligheterna att med hjälp av registerstatistik ge primärvården ett bättre underlag för ett aktivt hälsoarbete. Måns Rosén är utredare och ansvarig för detta projekt på Spri.

Sverige är unikt i världen när det gäller registerstatistik. Det finns register om nästan allt (25). Dessa statistiska uppgifter samlas in regelbundet, vilket gör det möjligt att följa utvecklingen över tiden. Dödsorsaksuppgifter för hela befolkningen finns tex redovisade från år 1751. Statistiken är oftast rikstäckande och ganska fullständig. Registerdata finns ofta tillgängliga på mindre geografiska områden – från läns- ända ner till församlingsnivå.

Möjligheterna att göra lokala hälsobeskrivningar måste därför anses mycket gynnsamma. Men det finns naturligtvis många problem. Registerstatistiken mäter olika saker och inte alltid vad vi vill. Vidare är kvaliteten i dessa data inte alltid tillräckliga.

Register som belyser befolkningens hälso- problem

Översikter och sammanställningar av register som beskriver befolkningens hälsoproblem finns dokumenterade på olika håll (7, 14, 15, 20, 21, 22). I en Spri-rapport "Hälsoproblem i ett landsting – ett planeringsunderlag" (14) redovisas en tabell över sådana register och möjligheterna att ta fram dessa data på läns- och kommunnivå (tabell 1).

Aktivt och lokalt bedrivit hälsoarbete kan dock behöva data på lägre administrativa enheter än kommunnivå. I storstäder och andra större kommuner delar man tex upp befolkningsansvaret på ett flertal primärvårdsenheter. I många register kan man också redovisa data på församlingsnivå.

I hälso- och sjukvårdsplaneringen talar man ofta om vårdbehov, vårdefterfrågan och vårdkonsumtion. Patientstatistik från slutna kroppssjukvård och då vanligtvis använd i planeringen, men denna källa redovisar bara en del av vårdkonsumtionen. För närvarande saknar vi en utbyggd öppenvårdsstatistik, vilket gör det omöjligt att få en mer total bild av vårdkonsumtionen. Socialstyrelsen redovisar i en studie (24) en hel del problem och möjligheter med att analysera statistik om vårdkonsumtion.

Statistik som belyser befolkningens sjuklighet eller vårdbehov är mer sällsynta. SCB:s undersökningar om levnadsförhållanden (ULF) är väl den enda av de ovan uppräknade registren som belyser befolkningens upplevda besvär och/eller vårdbehov. Dödsorsaksstatistiken, cancerregistret etc kan väl i viss mån vara uttryck för medicinskt definierad sjuklighet.

Slutsatsen blir att vi måste vara medvetna om att

Tabell 1: Exempel på statistikkällor som belyser befolkningens hälsoförhållanden och dess sjukvårdsutnyttjande

Statistikkälla	Bearbetningar av statistiken är möjlig på	
	läns-nivå	kommun-nivå
1 Dödsorsaksregister	×	×
2 Undersökn av levnadsförhållanden (SCB)	×	×
3 Missbildningsregister	×	×
4 Medicinskt födelseregister	×	×
5 Cancerregister	×	×
6 Tuberkulosregister	×	×
7 Sjukskrivningsstatistik	×	×
8 Förtidspensionering	×	×
9 Yrkesskadestatistik	×	×
10 Statistik fr gynekologisk hälsoundersökning	×	
11 Statistik fr hälsokontroller av 4-åringar	×	×
12 Statistik om smittsamma sjukdomar	×	×
13 Försvarsmaktens inskrivningsstatistik	×	×
14 Patientstatistik fr sluten kroppssjukvård	×	×
15 Patientstatistik fr psykiatrisk vård	×	×
16 Läkemedelsstatistik	×	×
17 Statistik om läkemedelsbiverkningar	×	×
18 Abortstatistik	×	
19 Tvillingregistret	×	×
20 Blyregister		
21 Dammlungregister		
22 Statistik om distrikts-tandvård	×	
23 Statistik om vägtrafikolyckor		
24 Bygghälsoregister		
	20	17

dessa register mäter olika saker och bara belyser en del av den lokala befolkningens hälsoproblem. Till- sammans kan de dock vara ett av flera viktiga un- derlag för primärvårdens framtida hälsoarbete.

Register som belyser samhälle och omgivning

Genom de ovan redovisade registren bör det vara möjligt att identifiera lokala hälsoproblem. Skall denna kunskap resultera i några vidtagna åtgärder

Varje register belyser en begränsad del av den lokala befolkningens hälsoproblem, men till- sammans kan de ge ett viktigt underlag för primärvårdens framtida hälsoarbete.

måste vi också ha kännedom om tänkbara orsaker till dessa hälsoproblem. Tre starka skäl talar för att vi måste studera mer orsaksoorienterade register:

- Om man vill hitta bakomliggande faktorer (or- saker) till brister i befolkningens hälsotillstånd, så blir det nödvändigt att även studera utvecklingen av dessa omgivningsfaktorer. Det kan då gälla sociala och ekonomiska förhållanden, situationen på arbetsmarknaden, familjestrukturen, utsläpp av miljöfarliga gifter, alkohol- och tobakskon- sumtion, utbudet av sjukvårdsresurser etc. Den- na bakgrundsstatistik kan ge vägledning om tänk- bara förklaringar till upptäckta avvikelser.
- Statistik som rör sjuklighet och dödlighet regis- rerar endast tillfället då individen insjuknar eller dör. Detta är ju ofta en sen "varningssignal" eftersom orsaker till sjukdomar ofta kan hänföras till förhållanden som gällt under de senaste 10–30 åren. Genom att studera den orsaksoorienterade statistiken borde det ibland vara möjligt att på ett tidigare stadium upptäcka framtida hälsoprob- lem. En kraftigt ökad alkoholkonsumtion skulle kunna vara en "tidig" varningssignal på framtida hälsoproblem i form av ett ökat antal fall av alko- holsjukdomar.
- Allmän kunskap om lokalsamhällets struktur och särdrag kan göra vårdpersonal mfl mer obser- vanta i sitt hälsoarbete.

Det finns en mycket rik flora av statistikkällor som redovisar data om samhälle och omgivning. Statis- tiska centralbyrån (SCB) ger tex ut "Vägledning i Sveriges officiella statistik" (25) och "Regional sta- tistik vid SCB" (22) för den som vill tränga in i det här området. Även andra publikationer (22, 26) kan ge en vägledning i denna snårskog.

Kommentarer till några av dessa register

Samhällsförhållanden

Folk- och Bostadsräkningen (FoB) utgör en av de viktigaste statistikkällorna över demografiska och socio-ekonomiska förhållanden både i landet som helhet och i dess olika delar. Det är en totalundersökning som genomförs vart femte år.

Folk- och Bostadsräkningarna ger uppgifter om totalbefolkning, befolkning efter kön och åldersklass, förvärvsarbetande befolkning efter kön och åldersklass, sysselsättning inom olika branscher, hushållsstorlek, lägenhetskvalité och hustyp m.m. Folk- och Bostadsräkningen är en enkätundersökning.

Sedan 1961 utför SCB löpande statistiska undersökningar om läget på arbetsmarknaden, de s k arbetskraftsundersökningarna (AKU). Dessa undersökningar baseras på representativa urval och uppgifter om sysselsättningsförhållanden insamlade från enskilda personer genom intervjuer (1).

SCB har även ett flertal andra register som belyser den regionala samhällsstrukturen, däribland särskilt utarbetade statistikpaket för kommunerna. DEMOPAK är ett statistikpaket som för hel- och halvår ger detaljerad befolkningsstatistik. INOPAK redovisar varje år befolkningens inkomstförhållanden. AVIPAK ger information om flyttningar och andra befolkningsförändringar. Levnadsnivåundersökningar (ULF) ger också information om samhällsstrukturen. Länsarbetsnämnden kan lämna uppgifter om arbetslöshetsstatistik. I "Årsbok för Sveriges kommuner" (26) kan man få statistiska uppgifter om tex socialhjälp, skattekraft och skatteutjämningsbidrag.

Livsstil

I första hand är det av intresse att studera alkohol- och tobakskonsumtionen. En mängd studier har redovisat alkoholens och tobakens skadliga verkningar på människokroppen. I dagens samhälle utgör antagligen alkohol och tobak de två största riskfaktorerna för befolkningens hälsa.

Alkohol- och tobakskonsumtionen varierar mycket mellan olika delar av landet. Storstäderna har tex alltid visat upp höga alkohol- och tobaksvanor

.....
I storstäderna röker man mer än i mindre tätbefolkade områden. 49% av männen i Malmöhus län röker dagligen mot 31% i Norrbotten. Pendeln ser dock ut att svänga! Nu röker 25% av skolpojarna i Malmöhus län mot 31% i Norrbotten.
.....

jämfört med mindre tätbefolkade områden i Sverige. Andelen män som röker dagligen är tex högst i Malmöhus län med 49%, medan Norrbotten med 31% har en mycket låg andel dagligrökare (9). Dessa data är hämtade från SCB:s undersökningar om levnadsförhållanden (ULF). Pendeln ser dock ut att svänga! Enligt skolöverstyrelsens enkäter om skolorngdomarnas alkohol-, tobaks- och narkotikavanor (13) så röker 25% av pojarna (årskurs 9) i Malmöhus län mot 31% i Norrbotten. Detta är inte ett enstaka exempel utan kan ses som en mer genomgående trend. Skillnaderna i alkohol- och rökvanor har utjämnats mellan storstäderna och övriga delar av Sverige.

SCB:s undersökningar om levnadsförhållanden (ULF) och skolöverstyrelsens enkäter bör ge en möjlighet att belysa förändringar i rökvanorna på länsnivå. För att kunna studera förändringar på kommunnivå fordras mer detaljerade studier av den typ som bedrivits i Skaraborg (11).

Systembolaget kan genom sin försäljningsstatistik ta fram ungefärliga uppgifter om alkoholkonsumtionen på läns- och kommunnivå. De största problemen blir här att regionalt beräkna storleken av hembränning, egen vintillverkning, införsel vid utlandsresor etc.

Miljöförhållanden

Riksdagen tog 1974 ställning till formerna för utveckling av ett informationssystem för miljövården. Miljövårdens informationssystem (MI) är ett samlingsnamn för olika utvecklingsprojekt som syftar till att hjälpa myndigheter, kommuner, forskare, organisationer mfl att få önskad information om vårt lands miljöförhållanden och faktorer som påverkar miljön. Ansvarig är Miljödatanämnden på jordbruksdepartementet.

I samband med riksdagens ställningstagande beslöts att en årlig publikation kallad Miljöstatistisk årsbok skulle sammanställas och ges ut av SCB. De första publikationerna som utgivits är "Miljöstatistisk årsbok 1977. Naturmiljön" och "Miljöstatistisk årsbok 1978. Arbetsmiljön". (18, 19).

Den miljöstatistiska årsboken för naturmiljön innehåller bl a uppgifter om produktion och utsläpp av olika miljöfarliga ämnen och produkter. Vidare finns det uppgifter om förhållandena i mark, vatten och luft, dvs i naturmiljön. Årsboken om arbetsmiljön redovisar bl a uppgifter om yrkesskador, arbetsolycksfall, sjukskrivning, åtgärder för att förbättra arbetsmiljön.

De som har ansvar för den lokala befolkningens hälsa vill framför allt studera hälsoutvecklingen inom sitt eget område. Då krävs data på lokal nivå, men mer generella forskningsresultat och registerstudier på riksnivå kan ändå vara av stort värde när man bedriver ett aktivt hälsoarbete på lokal nivå. Det gäller då möjligheterna att identifiera risk- och behovsgrupper. I en studie som vi bedrivit på Spri i samarbete med Socialmedicinska institutionen vid Umeå universitet redovisas uppgifter om arbetsmiljöns betydelse för hur vi mår och för hur vi utnyttjar vår sjukvård (12). Resultat från denna studie pekar bl a på att yrkesgrupper som av arbetsmiljöskäl inte borde röka röker mest. Andelen som röker dagligen i dessa yrkesgrupper är också högst i de yngre åldersgrupperna. Ett aktivt hälsopolitiskt arbete kan då innebära riktade tobaksprogram mot yngre mäniskor i de yrkesgrupper där riskerna för att drabbas av tex lungcancer och bronkit är stora. Vi bygger i detta fall på antagandet att resultaten är giltiga även på den lokala nivån.

Kan vi lita på registerdata?

Vi måste kunna lita på registerdata om det skall bli ett värdefullt underlag i ett aktivt och lokalt bedrivet hälsoarbete. Kan vi det? Vilka problem måste vi försöka hantera för att få ett tillräckligt tillförlitligt planeringsunderlag? Jag tar här kortfattat upp några av dessa problem.

Problem med små tal. Presenterar man data på kommunnivå från tex dödsorsaksstatistiken så blir antalet observationer relativt litet. Speciellt om en

Yrkesgrupper som av arbetsmiljöskäl inte borde röka röker mest.

mindre vanligt förekommande dödsorsak studeras för män respektive kvinnor. Under hela tioårsperioden 1965–1975 registrerades tex 63 manliga dödsfall i huvudgruppen skador genom yttre våld och förgiftning i Norsjö kommun (14) i Västerbotten. Få observationer gör naturligtvis tolkningen mer osäker.

Problem med standardisering. Många hälsoproblem vet vi sedan gammalt att de varierar med kön, ålder, yrke och civilstånd. Dessa faktorer bör då helst kontrolleras om vi vill hitta avvikelser som beror på andra lokala förhållanden. Problemet är att ju mer materialet splittras upp, desto färre observationer får vi, vilket i sin tur leder till mer osäkra resultat. De statistiska standardiseringsmetoder som står till förfogande har också både för- och nackdelar (10).

Problem med många jämförelser. När man gör jämförelser mellan länet och tex ett stort antal kommuner eller församlingar uppdelade på kön dyker ytterligare ett problem upp, det sk mass-signifikansproblemet. Detta innebär att ju fler underpopulationer man har desto större är risken att drabbas av ett stort antal falska signifikanser. Femtio församlingar uppdelade på kön och tjugo sjukdomsgrupper ger totalt 2000 ($50 \times 2 \times 20$) underpopulationer. På en 5%-ig signifikansnivå så kan vi räkna med att ca 100 jämförelser visar signifikanta avvikelser trots att skillnaderna egentligen beror på slumpen. Eklund m fl (3,8) har diskuterat hur man delvis kan komma till rätta med detta problem.

Problem med gruppbase data. Enligt förslaget till ny hälso- och sjukvårdslag skall sjukvården inte bara behandla sjukdomar och skador utan även förebygga och uppspåra dessa. Detta innebär att den lokala hälso- och sjukvårdsorganisationen i större utsträckning måste identifiera de faktorer som orsakar de lokala hälsoproblemen. I sökandet efter dessa sjukdomsorsaker får vi i analyserna ibland nöja oss med aggregerade och ej individbase data. Aggregerade data är alltså uppgifter

som samlats in för en grupp eller ett geografiskt område utan att dessa data kan hänföras till en speciell individ. Detta innebär problem med tillförlitligheten i analyserna (23). En väg att komma till rätta med en del av dessa problem är samkörningar av olika register på individnivå. Folk- och bostadsräkningen samkörs t ex med cancerregistret i det sk cancer-miljöregistret (6).

Möjligheterna att använda personuppgifter från register och att samköra olika register regleras i Sverige av en sekretesslag och av en datalag. Den nya sekretesslagen (1980:880) gäller från 1 januari 1981 och datalagen (1973:289) är från 1973. Datalagen är för närvarande under omarbetande. Datainspektionen (DI) är den tillstånds- och tillsynsmyndighet som bla avgör om personregister får upprättas eller om tillstånd kan ges till samkörningar av register.

Rent generellt kan man säga att för forskning har tillstånd ofta varit möjligt att få för insamling av personuppgifter från enskilda register. Datainspektionen har däremot varit mer restriktiva med att lämna tillstånd för samkörningar av olika register.

Epidemiologisk forskning är och kommer i ökad utsträckning att bli ett mycket viktigt underlag för hälso- och sjukvården. Det är därför mycket väsentligt att möjligheterna till epidemiologiska studier inte hindras på grund av en alltför restriktiv lagstiftning. Såväl forskningsinstitutioner som centrala organisationer inom hälso- och sjukvården har ett stort ansvar för att dessa frågor bevakas i fortsättningen.

Problem med flyttningsströmmar. Befolkningens in- och utflyttningar mellan kommuner orsakar tolkningsproblem. För det första finns problem när det gäller att tolka långvarig exposition för vissa riskfaktorer (alkohol, industri-/arbetsmiljö mm). De individer som dör kan t ex komma från andra orter. In- och utflyttningar utgör på samma sätt ett problem när dödsfallen relateras till en viss medelfolkmängd. Får man med den andel av befolkningen som verkligen exponerats för riskerna?

Problem vid diagnossättning. Tillförlitligheten i våra registerdata beror till stor del på läkarens möjlighet att fastställa en "riktig" diagnos. Flera studier tyder t ex på att många dödsfall klassificeras i

Primärvården behöver hjälp både med att utvärdera olika register och med att utveckla metoder för att utnyttja dessa register.

fel sjukdomsgrupp (2, 5, 17). Säkerheten i diagnosen beror i hög grad på:

- vilka undersökningar som görs (klinisk diagnos, laboratorieprov, obduktion etc),
- bedömarens (läkarens) bakgrund, erfarenhet och intresse,
- hur väldefinierade och allmänt accepterade diagnoskriterierna är för olika sjukdomar,
- diagnosens detaljeringsgrad (huvud- eller undergrupper i den internationella sjukdomsklassifikationen).

Andra statistiska kvalitetsproblem. Behovet av att utvärdera andra aspekter av datakvaliteten är också stora. Exempel på detta är analyser av bortfall, registreringsrutiner, metoder vid enkät- och intervjuundersökningar etc. Bengt Brorsson (4) har t ex i sin avhandling belyst problemet med intervjuareffekter. Dessa effekter kan slå speciellt hårt i regionala/lokala analyser där antalet intervjuare är litet.

Det här var några, men långtifrån alla, kvalitetsproblem som vi måste brottas med om primärvården och andra lokala organ skall kunna använda registerdata i ett "offensivt" hälsoarbete. För att kunna förverkliga detta behöver primärvården hjälp både med att utvärdera olika statistikällor och med att utveckla metoder för att utnyttja dessa register. Statistikproducenterna (SCB, RFV, Socialstyrelsen etc) måste i fortsättningen ta på sig ett större ansvar för att utvärdera kvaliteten i dessa register. På Sprä kan vi ett ansvar för att tillsammans med forskningsinstitutioner och användare utveckla metoder och arbetssätt för att samla in, bearbeta och analysera registerstatistik som ett underlag i den regionala och lokala hälso- och sjukvårdsplaneringen.

REFERENSER

1. Arbetskraftsundersökningarna 1963–1975, Stat medd Am 1978: 32, SOS, SCB, 1978.
2. Britton, M: Diagnostic errors discovered at autopsy, Acta Med Scand 196: 203–210, 1974.
3. Broberg, E, Eklund, G: Mass-signifikansproblem vid jämförelser mellan observerade och förväntade fall, Statistiska institutionen vid Stockholms Universitet, juni 1977.
4. Brorsson, B: Mätfel i hälsointervjuer. Litteraturoversikt och studier av intervjuareffekter. Urval nr 12.
5. de Faire, U, Friberg, L, Lorich, U, Lundman, T: A validation of cause – of death certification in 1.156 deaths. Acta medica scandinavia 200: 223–228, 1976.
6. Einhorn, I, Rapaport, E, Wennström G, Wiklund, K: Cancermiljö-registret tillgängligt för forskning, Läkartidningen 75, 3415–3417, 1978
7. Epidemiologiska undersökningar och Miljövårdens informationsystem, Miljödatanämnden 1976.
8. Eklund, G, Seeger, P: Massguifikansanalys, Statistisk Tidskrift, 3: 355–365, 1965.
9. Eriksson, C-G, Rosén, M: Rökvanan bland skolgång och vuxna i olika sjukvårdsområden. Socialmedicinsk tidskrift 57: 251–254, 1980.
10. Fleiss, J L: Statistical methods for rates and proportions. John Wiley & Sons, New York, 1973.
11. Haglund, B o., a: Hälsoprofil Skaraborg. En utgångspunkt för kommundiagnoser – basen för förebyggande medicinskt arbete. Landstingets hälsovård. Hälsovårdsenheten i Skövde, 1980.
12. Hanning, M, Nyström, L, Rosén, M.: Hälsa och sjukvårdsutnyttjande i olika arbetsmiljöer. Bearbetningar av SCB:s levnadsnivåundersökningar åren 1975–1977. Rapport till Arbetskyddsfonden, Spri, 1980.
13. Hibell, B, Jonsson, E: Undersökning av skolgångens alkohol-, narkotika-, tobaks- och sniftningsvanor våren 1978.
14. Hälsoproblem i ett landsting – ett planeringsunderlag. Spri rapport nr 14, 1979.
15. Informationskällor om arbetsmiljöbetingad ohälsa m m. Bilaga till SOU 1976: 17, Arbetsmarknadsdepartementet DsA 1976: 3.
16. Lilienfeld, A M & Kordan, B: " A study of variability in the interpretation of chest X-rays in the detection of lungcancer", Cancer Res 26: 2145–2147, 1966.
17. Ljungberg, S, Moell, H, Rydén, A, Ringnér, A, Ståhl, R: Synpunkter på dödsbevisens validitet, Länsläkarorganisationen, 1978.
18. Miljöstatistisk årsbok 1977, Naturmiljön. SOS, SCB 1977.
19. Miljöstatistisk årsbok 1978. Arbetsmiljön. Provutgåva, SCB, 1979.
20. Principprogram för hälso- och sjukvårdsstatistik (inkl bilaga), Socialstyrelsen redovisar 1979: 1, Stockholm 1979.
21. Regional statistik vid SCB 1975/76 och 1976/77, MIS 1977: 11, SCB.
22. Regionalstatistik på beställning, SCB 1978
23. Robinson, WS: Ecological correlations and the behaviour of individuals. Am Soc-Rev, 15: 351–357, 1950.
24. Sjukvårdsresurser och vårdutnyttjande. En förstudie inom projektet Studier över sjukvårdskonsumtion, Socialstyrelsen 1980.
25. Vägledning i Sveriges officiella statistik 1978, SCB 1978.
26. Årsbok för Sveriges kommuner, SOS, SCB.

HULTAFORS SANATORIUM

Sveriges största helårskurort

Högt naturskönt läge.

Rika behandlingsresurser.

Sjukgymnastik, massage, medicinska bad, stor inomhusbassäng, bastu och solbad vid egen sjö, tennisbana, gymnastiksal med badminton och bordtennis etc.

Överläkare: Dr N. Blomstedt

Behandling av invärtes sjukdomar, led-sjukdomar, ämnesomsättningsrubbningar, hjärtsjukdomar, tillstånd orsakade av överansträngning och stress.

Prospekt och upplysningar genom
"Rumsbeställningen" Hultafors
Sanatorium, tel. 033/950 50.
Postadress: 510 35 Bollebygd.

BIDRAG TILL
SVERIGES OFFICIELLA STATISTIK.

N:o HELSO- OCH SJUKVÅRDEN. I.

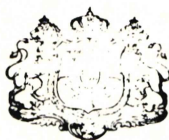
Ny foljd. 10.

SUNDHETS-COLLEGIUM

UNDERDÅNIGA BERÄTTELSE

FÖR ÅRET

1870.



STOCKHOLM, 1873.
P. A. NORSTEDT & SÖNER
KÖNIGL. BOKFÖRÄGARE

Malmöhus län

Skurups nybildade distrikt består af Skurups, Slimminge, Örsjö, Solberga och Haslebösarps socknar, hvilka äro belägna i Wemmenhögs härad och utgöra nordöstra hörnet af detsamma. Dess folkmängd utgöres af mellan 6 och 7,000 personer. Landet är slätt, här och der några smärre höjder och skogar i norra delarne. Inom distriktet ligga flera större herresäten, såsom Svaneholm, Brådda, Skönabäck, Ryssgård och Thorsjö med flera. Kring de flesta bondgårdarne äro planterade träd. Till hafvet är en mils väg, till närmaste stad. Ystad, något öfver 2 mil och till Anderslöv, der provincialläkaren är bosatt och under hvilken distriktet förut hörde, nära 2 mil.

Jordmånen är till största delen mycket god och givande; här och der finnas större och mindre torfmossar. Åkerbruket skötes efter nyaste tidens fordringar medelst jordens drainering och mörklägning. Näsbyholmssjön, som ligger i venstra kanten af och till en del inom distriktet, har för ett par år sedan blifvit uttappad och framställde under större delen af året bilden av en äng, som lemnat ymnig afkastning af hö, hvilket med begärlighet köptes af de kringboende och på så sätt höjde gödselkraften af deras jord. Födan är i allmänhet god och består af både kött och fläsk. Till dryck begagnas hufvudsakligen "dricka" eller öl. Kaffe njutes allmänt, ofta med tillsats af cikoria; ibland tillsättes brännvin eller rom för männernas räkning. Brännvin njutes ej i anmärkningsvärdt öfvermått. Arbetaren förtär i allmänhet mycket föda åt gången, dock är densamma ej så kraftig, utan består mest af potatis och sill, antingen salt, om vintern, eller färsk, om sommaren, med surt bröd samt varmt dricka eller sur mjölk till supanmat. Lynnet är oftast flegmatiskt. Sparasamhet, beroende på starkt utpreglad egoism, är ett utmärkande drag hos bonden här på orten; också är välståndet allmänt. Bjudningar äro vid Jul- och andra högtider vanliga och då sparas hvarken på mat eller dryck. Klädedräkten hos männen har intet utmärkande, sedan den närmast sig köpstadsbefolkningens. Qvinnornas kläder äro till största delen hemmavädda och bestå af "väskan"; vid högtider hafva de rika sidenklädningar. Om sitt hufvud hafva de 4, 5, ja' stundom 6 olika kläden. Bostäderna hos allmogen bestå af flera rum, hvaraf likväl blott ett eller två begagnas till dagligt bruk och som om vintern uppvärmas med jernugnar. — Såsom endemiska sjukdomar äro kronisk magkatarr och magsyra här mycket gängse och orsakas af lefnadssättet. Skrofler förekomma ej heller sällsynt, men under form af ögon- och öronaffektioner.

(Distr.-läkaren Roth).