

Yngre vuxna personers vårdkonsumtion

Lena Knutsson-Medin

Olle Östman

I nedanstående artikel redovisas resultatet av en studie av vårdkonsumtionen hos yngre vuxna personer i åldersperioden 20—25 år. Därvid framgår bl a att andelen unga vuxna med psykiatrisk vårdkonsumtion är betydande. Samvariation mellan psykiatrisk vård och socialvård föreligger ofta. En mindre del av personerna svarar för en betydande del av vårdkonsumtionen. Andelen med psykiatrisk vård, socialvård och somatisk sjukhusvård är större på den centrala orten med stort vårdutbud än perifert i vårdområdet.

Undersökningen har utförts av Lena Knutsson-Medin och Olle Östman, vilka tjänstgör som kurator resp bitr överläkare vid psykiatriska kliniken, Akademiska sjukhuset, Uppsala.

Undersökningspopulationen

I samband med en efterundersökning av ett barn- och ungdomspsykiatriskt patientmaterial från Akademiska sjukhuset i Uppsala erfordrades en kontrollgrupp. Ur denna framkom därvid värdefull information som bedömes vara av allmänt intresse, varför en sammanfattning av resultaten sammanställts.

Kontrollgruppen utvaldes på så sätt att ur försäkringskassans register med sk F-kort uttogs i löpande följd de som var födda fr o m 1 januari 1948. För att motsvara den geografiska fördelningen inom länet togs 120 från Uppsala kommun och 40 vardera från Tierp och Enköping. Materialet omfattade alltså totalt 200 personer.

Av undersökningspersonerna visade sig 17 personer ha inflyttat till Sverige efter fyllda 20 års ålder. Då patientgruppen undersöktes för 6-års-

perioden 20—25 år var det inte möjligt att er-hålla likvärdig information om dessa 17 personers vårdkonsumtion för att tillåta jämförelser mellan de båda grupperna. De uteslöts därför ur under-sökningen. De 183 personer, som närmare under-söktes kom därför att fördelas på bostadsort och kön enligt *tabell 1*.

Tabell 1. Undersökningspersoner fördelade efter bostad och kön.

	Män	Kvinnor	Totalt antal	Andel av hela materialet i %
Uppsala	53	53	106	58 %
Enköping	18	19	37	20 %
Tierp	23	17	40	22 %
Totalt	94	89	183	

Uppsala kommun innehåller till större delen tätortsbefolkning, men i viss utsträckning också ren landsbygd. Näringslivet är differentierat, utbildningsnivån hög. Industrisysselsättningen är relativt låg. Enköping är i betydande utsträckning industristad. Tierp består av glesbygd med jordbruk, skogsbruk men även mindre tätorter med industri.

Undersökningsvariabler

Ur försäkringskassans F-kort erhöles information om antal sjukskrivningsdagar, sjukperioder, olika diagnoser, pension eller sjukbidrag samt förekomst av sjukhusvård, arbetsvård, m m. Dessa variabler registrerades för den 6-årsperiod då undersök-ningspersonerna var 20—25 år gamla. En uppdel-nings skedde även i de två åldersperioderna 20—22 år resp 23—25 år.

Antalet sjukskrivningsdagar och sjukskrivnings-perioder beräknades för varje individ. Därvid

skedde uppdelning i följande grupper: psykiatrisk, psykosomatisk, olycksfall samt övrig somatisk diagnos.

De psykosomatiska diagnoserna bestod oftast av gastrit, huvudvärk, migrän, illamående. I gruppen olycksfall var frakturer, sårskador, vrickningar vanligast. I gruppen övriga somatiska sjukdomar var olika former av influensa, öli, magsjuka och gynekologiska sjukdomar vanligast. Sannolikt bör en del av dessa sjukskrivningar egentligen höra till den psykosomatiska gruppen.

Ur F-korten har i allmänhet framkommit vilka som vårdats på sjukhus. Vid genomgång av sjukhusjournaler har de som varit föremål för slutn somatisk vård indelats i följande diagnosgrupper: övervägande funktionella och psykosomatiska tillstånd, olycksfall samt övriga somatiska sjukdomar.

För att närmare kartlägga den psykiatriska vårdkonsumtionen genomgicks journalarkiven vid samtliga psykiatriska vårdinrättningar inom vårdområdet och journaler lånades från berörda sjukhus utanför det egna länet. Det var därvid möjligt att registrera antalet polikliniska besök samt förekomst av slutn psykiatrisk sjukvård.

Antalet personer, som uppburit bidrag genom arbetsvårdens försorg har noterats. Fördelningen på olika yrkesgrupper har också kunnat erhållas ur F-korten och skapat möjlighet att söka efter samband mellan vårdkonsumtion och yrkeskategorier.

För att studera hur stor andel som erhöi någon form av socialvård genomgicks socialregistren.

Denna undersökning begränsades dock till åldersperioden 23—25 år.

RESULTAT

Sjukskrivningsförhållanden

På hela 6-årsperioden förbrukade de 183 personerna totalt 14 277 sjukdagar (7 387 för männen och 6 890 för kvinnorna). Antalet sjukperioder var totalt 1 354 (673 för männen och 681 för kvinnorna).

Fördelningen av sjukskrivningsdagar mellan diagnosgrupper var följande:

Psykiatrisk diagnos	19 %
Psykosomatisk diagnos	11 %
Olycksfall	17 %
Övrig somatisk diagnos	53 %

En person har under hela perioden uppburit sjukpension på grund av utvecklingsstörning och var inskriven vid omsorgsstyrelsen. Denne har inte inräknats bland sjukskrivningsdagarna.

Sjuktalet (antalet sjukpenningdagar per sjukpenningförsäkrad och år) ökade från 12,2 under första 3-årsperioden till 13,8 under den andra 3-årsperioden. Frekvensen sjukskrivningar ökade från 1,1 till 1,4 per person och år. Varje sjukskrivningsperiods längd minskade från 13 till 9,7 dagar. En ökad tendens till korttidssjukfrånvaro kan alltså konstateras.

Beträffande sjukskrivningsdagarnas fördelning mellan olika diagnosgrupper och mellan tätort och landsbygd noterades vissa skillnader. (Se tabell 2.)

Tabell 2. Medeltal sjukskrivningsdagar per person och år under 6-årsperioden.

	Totalt		Psykiatrisk diagnos		Psykosomat. diagnos		Olycksfall		Somatisk diagnos	
	Män	Kv.	Män	Kv.	Män	Kv.	Män	Kv.	Män	Kv.
Uppsala	11,0	15,6	2,2	3,0	1,2	0,6	4,3	0,5	3,5	11,5
Enköping	11,4	9,7	1,6	1,6	1,9	0,2	2,1	0,3	5,8	7,6
Tierp	19,2	8,1	4,9	0,2	5,0	1,5	4,1	0,8	5,2	5,6
Summa	13,1	12,9	2,7	2,2	2,3	0,7	3,8	0,5	4,3	9,5
Män + Kv.	13,0		2,5		1,5		2,2		6,9	

Ur denna framgår att skillnaden mellan könen är annorlunda i Uppsala, där kvinnor är mest sjukskrivna jämfört med Enköping och främst Tierp, där kvinnorna är betydligt mindre sjukskrivna. Det föreligger manlig övervikt för psykosomatiska diagnoser och för olycksfall. Däremot dominerar somatisk diagnos bland kvinnor med undantag för Tierp, där avvikelserna sannolikt förklaras av kvinnornas lägre tendens till sjukskrivning där.

Spridningen av antalet sjukskrivningsdagar hos personerna i materialet är stort. Ca 15 % är sjukskrivna i medeltal mer än 1 månad per år men lika många är inte sjukskrivna alls under hela 6-årsperioden. Till den senare gruppen hör huvudsakligen personer med kvalificerade yrken och högre utbildning, men även studerande och hemmafruar ingår, vilket ju naturligen förklaras av att de har mycket låg eller ingen sjukpenning alls.

Sluten somatisk vård

För hela materialet registrerades under 6-årsperioden 77 påbörjade veckor i sluten somatisk sjukvård. Viss kvinnlig dominans föreligger, 45 mot 32 veckor för män. Uppdelning i de två 3-årsperioderna ger ingen nämnvärd skillnad dem emellan. Sluten somatisk vård sker i klart högre utsträckning i Uppsala än i Enköping och Tierp. Psykosomatiska tillstånd och olycksfall utgör en minoritet, övriga kroppssjukdomar dominerar. Antal personer som beretts somatisk vård är 46, därav 18 män och 28 kvinnor.

Psykiatrisk vård

18 personer motsvarande ca 10 % av samtliga har behandlats *polikliniskt* vid psykiatrisk mottagning. Fördelningen mellan kön, bostadsort och antal besök framgår av *tabell 3*. Därur framgår att några få personer svarar för många besök. Klar övervikt föreligger för männen i Uppsala. Antalet personer som söker psykiater är något högre i Uppsala, och de som söker gör fler besök än i såväl Enköping som Tierp. Någon säker skillnad mellan åldersperioderna 20—23 år och 23—25 år har inte framkommit. Totalt innebär detta ca 0,11 besök hos psykiater per person och år med högsta värdet 0,16 för Uppsala och lägsta 0,025 för Tierp. Antalet besök per invånare och år var 1973 på hela befolkningen i riket 0,09 mot i Uppsala län 0,14 (enligt Hälso- och sjukvård i Uppsala län 1985).

Vid genomgång av vårddiagnoserna dominerar neurotiska störningar som förekommer hos 8 av de 18 psykiatriska patienterna. Reaktiv insufficiens förekom hos 5, psykopatisk personlighetsstörning hos 3. Vardera 1 schizofreni och 1 mano-depressiv sjukhistoria förekom. Den psykiska sjukdomsbilden komplicerades hos 3 personer av alkoholmissbruk och 2 av dessa missbrukade dessutom narkotiska preparat.

Sluten psykiatrisk vård har beretts sammanlagt 9 personer under den aktuella 6-årsperioden, motsvarande ca 5 % av samtliga och alla dessa återfinns även bland de polikliniska patienterna. De fördelar sig på 5 män och 4 kvinnor och fördelas mellan samtliga orter som ingår i undersök-

Tabell 3. Psykiatriska öppenvårdsbesök under åldersperioden 20—25 år.

	Totalt antal besök			Antal personer med besök			Antal personer med			
	Män	Kv.	Totalt	Män	Kv.	Totalt	Andel i % av materialet	1 besök	2—5 besök	fler än 5 besök
Uppsala	85	17	102	7	5	12	11 %	3	5	4
Enköping	1	12	13	1	2	3	8 %	1	1	1
Tierp	4	2	6	2	1	3	8 %	1	2	—
Summa	90	31	121	10	8	18	10 %	5	8	5

ningen. Det låga antalet tillåter inte några slutsatser om eventuella skillnader i frekvens. Vårdtiderna fördelar sig från 1 vecka till flera månader. Diagnoserna har varit 1 mano-depressiv psykos, 1 schizofreni, 3 neuros, 1 reaktiv insufficiens och 3 psykopatisk personlighet.

Aborter

Av de 98 kvinnorna genomgick 8 aborter under 6-årsperioden och 1 steriliseradees.

Arbetsvård

Ur F-korten framgår vilka som uppburit ekonomisk ersättning för arbetsvårdande åtgärd såsom arbetsträning, skyddad sysselsättning samt utbildningsbidrag. Totalt 9 personer har registrerats för arbetsvårdande åtgärder, 6 i Uppsala och 3 i Tierp. Det motsvarar ca 5 % av hela populationen.

Socialvård

Vid genomgång av socialregistren i Uppsala, Enköping och Tierp visar det sig att totalt 27 personer ur materialet har beretts någon form av social hjälpinsats under åldersperioden 23—25 år, dvs ca 15 % av samtliga. Därav har 23 erhållit ekonomiska stödåtgärder och 4 nykterhetsvård. Andelen med socialvård är klart större i Uppsala än i Enköping och Tierp. (Se tabell 4!) En klar övervikt för män föreligger, mest markant för nykterhetsvård, där ingen kvinna återfinns.

Av de 27 personer som återfanns i socialre-

gistren hade 9, dvs 1/3 samtidigt behandlats psykiatriskt. Av de 9 personer som beretts psykiatrisk sjukhusvård återfanns hela 6 i socialregister.

DISKUSSION

Vårdkonsumtionens storlek

Undersökningsmaterialet är begränsat och tillåter inga vidlyftigare slutsatser. Det omfattar yngre vuxna personer, som sjukvårdsmässigt kan förmodas endast i begränsad utsträckning belasta sjukvården.

Psykiatrisk och psykosomatisk diagnos utgör närmare 1/3 av samtliga sjukskrivningar. Därtill kan förmodas att en del av korttidsfrånvaron, där den angivna diagnosen varit somatisk, väsentligen betingas av sociala förhållanden.

Liksom i andra vårdstudier (Lindegård & Carlsson, Smedby) finner även vi att en mindre del av personerna svarar för en betydande del av vårdkonsumtionen. Därvid framgår även arbetssituationens betydelse för sjukskrivningsförhållandena. Personer med kvalificerade yrken och hög utbildning visar låg sjukskrivningsfrekvens. Lågstatusyrken är förenade med hög sjukskrivningsfrekvens. Trivseln i arbetslivet, motivationen till arbetet, spelar säkerligen en stor roll vad gäller tolerans mot sjukdomssymtom som arbetshinder. Sjukdom och handikapp kan förmodas leda till yrken med sämre status, vilket då kan medföra minskad motivation till arbetet och utöver vad sjukdomen

Tabell 4. Förekomst i socialregister vid 23—25 års ålder.

	Ekonomiska stödåtgärder			Nykterhetsvård			Socialvård, totalt			Andel i % av personerna
	Män	Kv.	Totalt	Män	Kv.	Totalt	Män	Kv.	Totalt	
Uppsala	11	8	19	3	0	3	14	8	22	21 %
Enköping	1	0	1	0	0	0	1	0	1	3 %
Tierp	2	1	3	1	0	1	3	1	4	10 %
Summa	14	9	23	4	0	4	18	9	27	15 %

medför ytterligare öka benägenheten till sjukskrivning.

En ökande tendens till sjukskrivning noteras i den högre åldersgruppen. Detta kan till en del förklaras av studier och av att männen under åldersperioden 20—22 år fullgjort värnplikts-tjänstgöring och under denna tid inte registrerats hos försäkringskassorna för sjukdom. Den resterande ökningen torde ungefär motsvara den allmänt ökande tendensen till sjukskrivning i samhället under tiden 1968—1973, som undersökningen omfattar, och torde alltså ej vara relaterad till den ökande åldern i undersökningsgruppen.

I en undersökning från Göteborg granskades sjukvårdskonsumtionen under en 5-årsperiod i åldersgruppen 45—55 år (Lindegård & Carlson). Andelen personer med sluten somatisk vård och sjukskrivningsfrekvensen ligger i denna åldersgrupp klart högre än i vårt material. Andelen med sluten psykiatrisk vård är däremot något lägre än i vårt material. Andelen utan vårdkonsumtion är i båda undersökningarna ca 15 %.

En betydande andel av de undersökta personerna i vårt material har behandlats av psykiater, 10 % i öppen och 5 % i sluten psykiatrisk vård. Den första siffran är sannolikt en underskattning, då endast besök vid sjukhusmottagningar kunnat noteras. Vid studentpsykiatermottagningen, hos privatpraktiserande psykiater, under värnplikts-tjänstgöring kan ytterligare ett antal besök ha skett. Tillsammans med att ca 1/3 av sjukskrivningarna varit av psykiatrisk natur styrker detta tyngden av psykiatriska faktorerers betydelse vad gäller yngre vuxnas vårdkonsumtion i Sverige.

Enligt Hagnells undersökning av den totala befolkningen i en sydsvensk kommun är den årliga incidensen för psykisk sjukdom i åldersgruppen 20—25 år ca 1,5 % för män och ca 4 % för kvinnor. För 6-årsperioden skulle detta innebära ca 30 psykiatriska sjukdomsfall, som då skall jämföras med de 18 personer som faktiskt sökt psykiater.

Närmare 15 % av de undersökta personerna fanns under treårsperioden 23—25 års ålder registrerade i socialregister. Andelen unga vuxna personer, som erhåller socialvård, är alltså bety-

dande. Det kan förmodas att större medvetenhet om sociala rättigheter och ökad tillgänglighet av dessa ökar utnyttjandet av socialvården. Den höga ungdomsarbetslösheten kan vara bidragande faktor.

Samvariationen mellan socialvård och psykiatrisk vård är som väntat stor. Flertalet av personer med psykiatrisk slutenvård har också beretts socialvård. Nödvändigheten av ökat samarbete mellan dessa vårdformer framstår klart.

Skillnaden mellan kön

Beträffande sjukskrivningsförhållanden noteras att männen betydligt oftare är sjukskrivna med psykosomatisk diagnos och olycksfallsdiagnos. Däremot är sjukskrivning med somatisk diagnos dubbelt så vanligt hos kvinnor som män. Orsakerna till dessa skillnader synes oklara.

I sluten somatisk vård dominerar kvinnorna något. Detta förklaras av förekomsten gynekologiska sjukdomar, bl a ett antal legala aborter, som ingår i materialet. Mödravård och förlossningsvård har däremot inte redovisats som sjukvård i vårt material.

Beträffande psykiatrisk vård finns en viss dominans för män, vilket avviker från andra undersökningar (Hagnell, Smedby). Denna skillnad torde dock delvis förklaras av ett antal män med alkoholproblem och stort antal läkarbesök. Det är troligt att här skett en förändring under det senaste decenniet så att alkoholproblem nu i ökad utsträckning skötes inom sjukvårdens ram med såväl sjukhusvård, läkarbesök i öppen vård som sjukskrivning.

Även beträffande socialvård föreligger en klar dominans för män. Alkoholproblematik torde i viss utsträckning förklara även denna skillnad mellan könen. Dessutom registreras ibland enbart mannen, när hela familjen erhåller socialvård. För registrerad nykterhetsvård förekommer enbart män, ingen kvinna.

Skillnaden mellan centralort och periferi

Beträffande sjukskrivningsförhållanden noteras främst att kvinnorna i Uppsala är sjukskrivna dubbelt så ofta som kvinnorna i Enköping och

Tierp. Denna skillnad kan knappast bero på att sjukdom är vanligare i Uppsala, i så fall skulle samma förhållande rimligen också gälla männen. Sociala skillnader mellan orterna är rimligare förklaring. Sysselsättningsgraden i yrkeslivet är större bland kvinnorna i Uppsala än i övriga länet, där stor brist råder på kvinnliga arbetstillfällen. Stresen kan möjligen vara högre på centralorten. Låg sjukpenning, som t ex för hemarbetande kvinnor, vilka är vanligare perifert, leder troligen också till få sjukskrivningstillfällen.

Sluten somatisk vård förekommer i något ökad utsträckning i Uppsala jämfört med övriga länet. Det kan alltså förefalla som närheten till det stora somatiska sjukhuset med dess många specialkliniker ökar tendensen till utnyttjande av dess resurser. Det brukar annars ibland hävdas att närheten till sjukhuset gör att vården kan klaras utan inläggning. Denna undersökning talar alltså för att detta kan vara ett felaktigt antagande, och att närheten leder till öppen vård vid sjukhuset och att denna i ökad utsträckning också initierar slutten vård. Om denna vårdpolicy är medicinskt riktig så innebär den också en ojämlig fördelning av sjukvård, där landsbygden med långa avstånd till sjukhuset i otillräcklig utsträckning erhåller nödvändig sjukhusvård. Den alternativa förklaringen är att invånarna i närheten av sjukhuset erhåller sjukhusvård som medicinskt egentligen inte är nödvändig. Den senare förklaringen är svår att acceptera mot bakgrund av den platsbrist, som sjukhusvården oftast arbetar med.

Samma ojämlika förhållande tycks gälla den psykiatriska vården. En större andel av personerna bosatta i Uppsala erhåller psykiatrisk behandling hos specialist än i övriga länet. Därtill ges dessa personer tillfälle till betydligt fler besök hos specialisten. Så är besöksfrekvensen hos psykiater per person och år 0,16 i Uppsala mot en-

dast 0,025 i Tierp. Liknande skillnader finns i andra undersökningar (Hartelius). Andelen sjukskrivningsdagar med psykiatrisk diagnos är däremot likartat fördelad över hela länet. Rimligen beror skillnaden även här främst på att Uppsala är enda orten med tillgång till psykiatriska mottagningar. Fördomarna mot att söka psykiatrisk hjälp kan också tänkas vara mindre på den större orten.

Även beträffande frekvensen socialvård finns motsvarande skillnad, fast ännu mera uttalad. I Uppsala har hela 21 % erhållit någon form av social hjälpinsats, i Enköping och Tierp endast 3 % resp 10 %. Även här föreligger sannolikt en mer utbyggd och differentierad socialvård i Uppsala än i övriga länet. Ökad medvetenhet om samhällsliga rättigheter och mindre fördomar kan också tänkas bidra till skillnaderna. En viss koncentrering av yngre vuxna med social problematik till den större orten är naturligtvis också trolig. Sannolikt ligger dock en del av förklaringen även här i en ojämlig fördelning av resurser till glesbygdens nackdel.

REFERENSER

1. *Hagnell, Olle*: The incidence and duration of episodes of mental illness in a total population. — Psychiatric epidemiology, Oxford University Press. 1970.
2. *Hartelius, Hans*: An Investigation of Mental Morbidity. — Acta Psych. Scand. Suppl. 228. 1972.
3. *Hälsa- och sjukvård 1985*. Översiktlig plan för C-län. — Landstinget, Uppsala.
4. *Lindegård, Bengt & Carlson, Marianne*: Fem års sjukvårdskonsumtion bland göteborgare födda 1912—1921. — Socialmedicinsk Tidskrift 50, 1973, 43—48.
5. *Smedby, Björn*: Storkonsumenter av läkarvård. — Socialmedicinsk Tidskrift 51, 1974, 462—468.