



**EKONOMI
HÖGSKOLAN**
Lunds universitet

Nationalekonomiska institutionen
Magisteruppsats 10 poäng

Vilka faktorer påverkar vårdutnyttjande hos unga?

-En jämförelse mellan ungas och äldres benägenhet att söka hälso- och sjukvård i Sverige

Yvonne Thorsén

Handledare: Lars Söderström och Martin Nordin
Framlagd i april 2007

Sammanfattning

I Hälsa och sjukvårdslagen står bland annat ”Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen”. Att se om detta mål stämmer överens med verkligheten är ett omfattande projekt. I den här uppstasen diskuteras de olika sätt som finns för att mäta lika fördelning av vård; vårdutnyttjande, tillgång till vård, sjukvård fördelat utifrån behov och fördelning av hälsostatus i befolkningen. Uppsatsen innehåller även en empirisk analys av vårdutnyttjande där unga mellan 18-30 år jämförs med åldersgruppen 31-65 år. Detta för att se om ungas och äldres vårdutnyttjande skiljer sig åt och för att se vilka faktorer som påverkar unga respektive äldres benägenhet att söka sjukvård. Data som studeras kommer från Folkhälsoenkäten 2004. De två frågor som har analyserats är ”Har du under de tre senaste månaderna haft kontakt med sjukvården?” och ”Har du under de tre senaste månaderna ansett dig vara i behov av läkarvård men ändå avstått från att söka vård?”. Den första frågan analyserar det generella vårdsökandet i grupperna och den andra frågan behandlar det otillfredsställda vårdbehovet. Analysen visade att unga vuxna utnyttjar sjukvård i högre grad än äldre efter kontroll för hälsostatus och övriga faktorer. Undersökningen visade också på att yrkesarbetande och invandrare hade ett större otillfredsställt vårdbehov än den övriga befolkningen.

Nyckelord: Vårdutnyttjande, tillgång till vård, otillfredsställt vårdbehov, efterfrågan på vård, unga vuxnas vårdsökande.

Innehållsförteckning

1. Inledning	5
1.1 Syfte.....	6
1.2 Disposition.....	6
1.3 Hälso- och sjukvårdens organisation.....	7
1.3.1 Landsting/Regioner.....	7
1.3.2 Kommuner.....	8
1.3.3 Kostnader och finansiering.....	8
2. Vårdutnyttjande i Sverige	10
2.1 Vårdutnyttjande bland olika grupper i Sverige.....	12
2.1.1 Mäns och kvinnors vårdutnyttjande.....	13
2.1.2 Skillnader i vårdutnyttjande mellan födda och invandrade svenskar.....	14
2.2 Tidigare studier av fördelningen av sjukvård i Sverige.....	15
3. Efterfrågan på hälso- och sjukvård	18
3.1 Grossmans modell.....	19
3.1.1 Ålder.....	20
3.1.2 Lönenivå.....	21
3.1.3 Utbildning.....	22
3.2 Utveckling av Grossmans modell.....	23
4. Olika sätt att mäta fördelningen av sjukvård i befolkningen	24
4.1 Att mäta sjukvård fördelat utifrån behov.....	24
4.2 Att mäta fördelningen av hälsostatus.....	25
4.3 Att mäta tillgång till vård.....	26
4.3.1 Finansiella kostnader.....	26
4.3.2 Finansiella kostnader och tidskostnader.....	27
4.3.3 Alternativkostnader mätt i nyttotermer.....	28
4.4 Att mäta utnyttjande av vård.....	28
5. Empiriskt material och metod	30
5.1 Data.....	30
5.2 Metod.....	31
5.3 Deskriptiv statistik.....	37
5.4 Ekonometrisk modell.....	40
6. Resultat	43
6.1 Sammanfattning av resultat.....	50
6.2 Tänkbara problem med analysmetoden.....	51
7. Diskussion	53
8. Referenser	60

Tabellförteckning

<i>Tabell 1 Landstingens utgifter</i>	8
<i>Tabell 2 Förväntade effekter på vårdsökande</i>	36
<i>Tabell 3 Förväntade effekter på "behov av vård men inte sökt"</i>	36
<i>Tabell 4 Frekvenser</i>	37
<i>Tabell 5 "Har du under de tre senaste månaderna haft kontakt med sjukvården?"</i>	44
<i>Tabell 6 "Har du under de tre senaste månaderna haft kontakt med sjukvården?"</i>	46
<i>Tabell 7 "Har du under de tre senaste månaderna ansett dig vara i behov av läkarvård men ändå avstått från att söka vård?"</i>	47
<i>Tabell 8 Har du under de tre senaste månaderna ansett dig vara i behov av läkarvård men ändå avstått från att söka vård?</i>	49

1. Inledning

Sjukvården i Sverige bygger på en jämlikhetstanke, lika vård för lika behov. I praktiken motsvaras det av skattefinansierad vård med relativt låga patientavgifter. Men det är inte bara kostnader som avgör om olika individer söker vård i jämförbar omfattning då de är sjuka. Andra faktorer som kan avgöra om en person söker vård eller ej är avstånd till vårdinrättningen, förtroende för sjukvården, hur lätt det är att få en tid hos läkaren, kunskap om vart man ska vända sig m.m. Att mäta om jämlikhetstanken är uppfylld i Sverige kräver studier i många olika fält. I den här uppsatsen undersöks först och främst ungas vårdutnyttjande och vilka faktorer som påverkar om gruppen 18-30 åringar söker vård i jämförelse med gruppen 31-65 åringar.

Vårdsökande har studerats både av beteendevetare och nationalekonomer men det råder fortfarande oklarheter kring vad som egentligen bör undersökas då vårdsökande och vårdutnyttjande skall studeras. Det finns två ingångar till att studera hur användandet av sjukvård ser ut i befolkningen. Vårdutnyttjande kan ses som individens *egen efterfrågan på vård* eller som *fördelningen av vård i befolkningen*. Här kommer båda varianterna att diskuteras men den största betoningen ligger på fördelningen av vård i samhället och hur denna skall mätas.

Efterfrågan på vård är ett vagt begrepp eftersom all efterfrågan inte behöver leda till att en person faktiskt söker vård. Efterfrågan på sjukvård är dock ett väl avhandlat område, främst genom Michael Grossmans modell från 1972 som diskuteras längre fram i uppsatsen. De olika sätt att mäta fördelningen av sjukvård på som diskuteras i uppsatsen är; fördelning utifrån behov, fördelning av hälsostatus, fördelning av tillgång till vård och fördelning av vårdutnyttjande.

I den här uppsatsen har vårdsökandet i Sverige undersökts i en empirisk analys. Detta gjordes ur två aspekter, vårdutnyttjande och otillfredsställt vårdbehov. För analysen användes data från Folkhälsoinstitutets Folkhälsoenkät från 2004 med svar från ca 12 000 respondenter. Vårdutnyttjande analyserades utifrån svaren på frågan ”Har du under de senaste tre månaderna varit i kontakt med sjukvården?”. Behov av vård som inte kommer till uttryck genom vårdutnyttjande undersöktes utifrån svaren på frågan "Har du under de tre senaste månaderna avstått att söka vård trots behov?".

Flera undersökningar har tidigare visat att det finns vissa skillnader i vårdutnyttjande mellan olika grupper i samhället (se bl.a. Burström 2002 och SOU 2000:38). I dessa studier fanns det tecken på att vårdutnyttjandet bland unga tenderade att minska. Den här undersökningen syftar till att ta reda på om dessa skillnader kvarstår och speciellt till att titta närmare på de ungas vårdsökande. Det visade sig att ungas vårdsökande till och med är högre än de äldres då hälsostatus och flera andra variabler inkluderas i analysen. Skillnader i vårdsökande som berodde på kön och utbildning uppdagades och vad det gäller otillfredställt vårdbehov så visade det sig att yrkesarbetande och utlandsfödda i större utsträckning än övriga angav att de undvikit att söka vård trots behov. Flera frågor väcktes i och med dessa resultat. Beror dessa skillnader på varierande preferenser för hälsa och sjukvård eller beror de på ojämlikhet i tillgången på sjukvård? Vad består i så fall dessa ojämlikheter av? Finansiella kostnader (inklusive informationskostnader), tidskostnader, eller beror det på att personal inom sjukvården behandlar vissa grupper annorlunda? Bör samhället sträva efter ett så jämnt vårdutnyttjande som möjligt där alla utnyttjar sjukvården lika efter lika behov eller bör individens egna preferenser för vård få styra?

1.1 Syfte

Syftet med uppsatsen är att undersöka vårdutnyttjandet i Sverige med särskilt fokus på åldersskillnader. Unga, i åldrarna 18-30 år, kommer att uppmärksammas speciellt för att se om vårdutnyttjandet inom gruppen unga skiljer sig från populationen i sin helhet. Vidare kommer skillnader i vårdutnyttjande att diskuteras med utgångspunkt i olika sätt att mäta fördelningen av sjukvård i en population. Detta behövs för att kunna avgöra om eventuella skillnader i fördelningen av sjukvård mellan olika samhällsgrupper är ett välfärdsproblem eller om det beror på skillnader i preferenser för hälsa och sjukvård mellan olika grupper.

1.2 Disposition

Uppsatsen är uppdelad i en teoretisk del och en empirisk del med en efterföljande diskussion. Den teoretiska delen innefattar bakgrundsinformation om det svenska sjukvårdssystemet samt

en genomgång av teorier kring vårdutnyttjande. Den empiriska delen innehåller en studie av data från Folkhälsoenkäten 2004. De avsnitt som innehåller teorier kring vårdutnyttjande innehåller två delar som kan förklara skillnader i vårdutnyttjande; efterfrågan på vård och olika sätt att mäta fördelningen av sjukvård. Teorierna används för att konstruera utformandet av den empiriska modellen. Den empiriska delen innehåller en genomgång av den modell, binary logistic, som används samt metoden för att genomföra de fyra regressioner som ingår i analysen. Avslutningsvis innehåller uppsatsen en diskussion kring resultaten av analysen.

1.3 Hälso- och sjukvårdens organisation

Sjukvården i Sverige drivs främst i offentlig regi. Sjukvården finansieras med skatter och sjukvårdsförsäkringen täcker alla som bor i Sverige (även invånare i EU-länder kan täckas av sjukvårdsförsäkringen då de vistas i Sverige). Ansvaret för sjukvården är uppdelat mellan landsting och kommuner.

1.3.1 Landsting/Regioner

Större delen av hälso- och sjukvården i Sverige lyder under landstingen. Landstingens sjukvård kan delas in i tre nivåer: regionsjukvård, länsjukvård och primärvård. Primärvården ansvarar för bl.a. medicinsk behandling, preventiv vård och rehabilitering. Länsjukvården står för mer specialicerad vård. Länsjukhusen tillhandahåller både öppen- och slutenvård och kan ha olika kliniker som är specialiserade på t.ex. kirurgi, radiologi eller medicin. Regionsjukhusen har än mer specialistkompetens och behandlar komplicerade sjukdomar och skador. Regionsjukhusen är även universitetssjukhus som bedriver forskning och utbildning. Alla landsting har inte ett regionsjukhus, men i dessa fall finns avtal med andra landsting där patienterna kan erbjudas avancerad vård. Från och med den 1 januari 2003 har patienter rätt att söka öppenvård var som helst i landet på samma villkor som i sitt hemlandsting. Det innebär att då hemlandstinget beslutat om en viss behandling kan patienten välja att få den utförd var som helst i landet. Den största delen av landstingens verksamhet (ca 70 %) finansieras av landstingsskatten. Övriga utgifter bekostas med inkomster från patientavgifter, försäljning av tjänster men även av bidrag från staten (Socialdepartementet 2006). Sedan 1 januari 2005 finns ett system för utjämning mellan landsting och kommuner i olika delar av

landet. Utjämningsystemet innebär att flertalet kommuner och landsting får bidrag från staten och att en del kommuner och landsting får betala avgifter till staten. Syftet med utjämningsen är att resurssvaga landsting och kommuner ska få bättre möjligheter att tillgodose invånarnas behov (Finansdepartementet 2006).

Vad gäller landstingens utgifter är det den specialiserade vården som tar störst resurser i anspråk. Landstingens ungefärliga uppdelning av utgifter redovisas i tabell 1.

Tabell 1 Landstingens utgifter

Primärvård	18%
Specialiserad somatisk vård	59%
Specialiserad psykiatrisk vård	10%
Tandvård	3%
Övrig hälso- och sjukvård	9%
Politisk verksamhet	1%
	<hr/>
	100%

Källa: Socialdepartementet 2006

1.3.2 Kommuner

Kommunerna i Sverige ansvarar för vård av de äldre och funktionshindrade som bor i särskilt boende. Ungefär hälften av kommunerna i Sverige har slutit avtal om att landstingen ska ansvara för vården av de gamla och funktionshindrade som bor hemma. I övriga kommuner har kommunen detta ansvar. Den vård som ges av läkare har landstingen däremot alltid ansvar för (Socialdepartementet 2006).

1.3.3 Kostnader och finansiering

2003 stod hälso- och sjukvårdssektorn för 9,3 % av Sveriges BNP. I denna andel ingår förutom landstingens och kommunernas utgifter för hälso- och sjukvård även individens enskilda utgifter för bl.a. läkemedel, glasögon och patientavgifter. Patienternas del av kostnaderna var 2003 ca 15 % av de totala utgifterna för hälso- och sjukvården. Den största delen av hushållens utgifter för hälso- och sjukvård går till läkemedel och tandvård. Landstingen beslutar själva, inom vissa ramar, hur stora patientavgifterna ska vara. Avgifterna har avsikten att styra patienter till rätt vårdinrättning. Det är till exempel mer kostsamt att

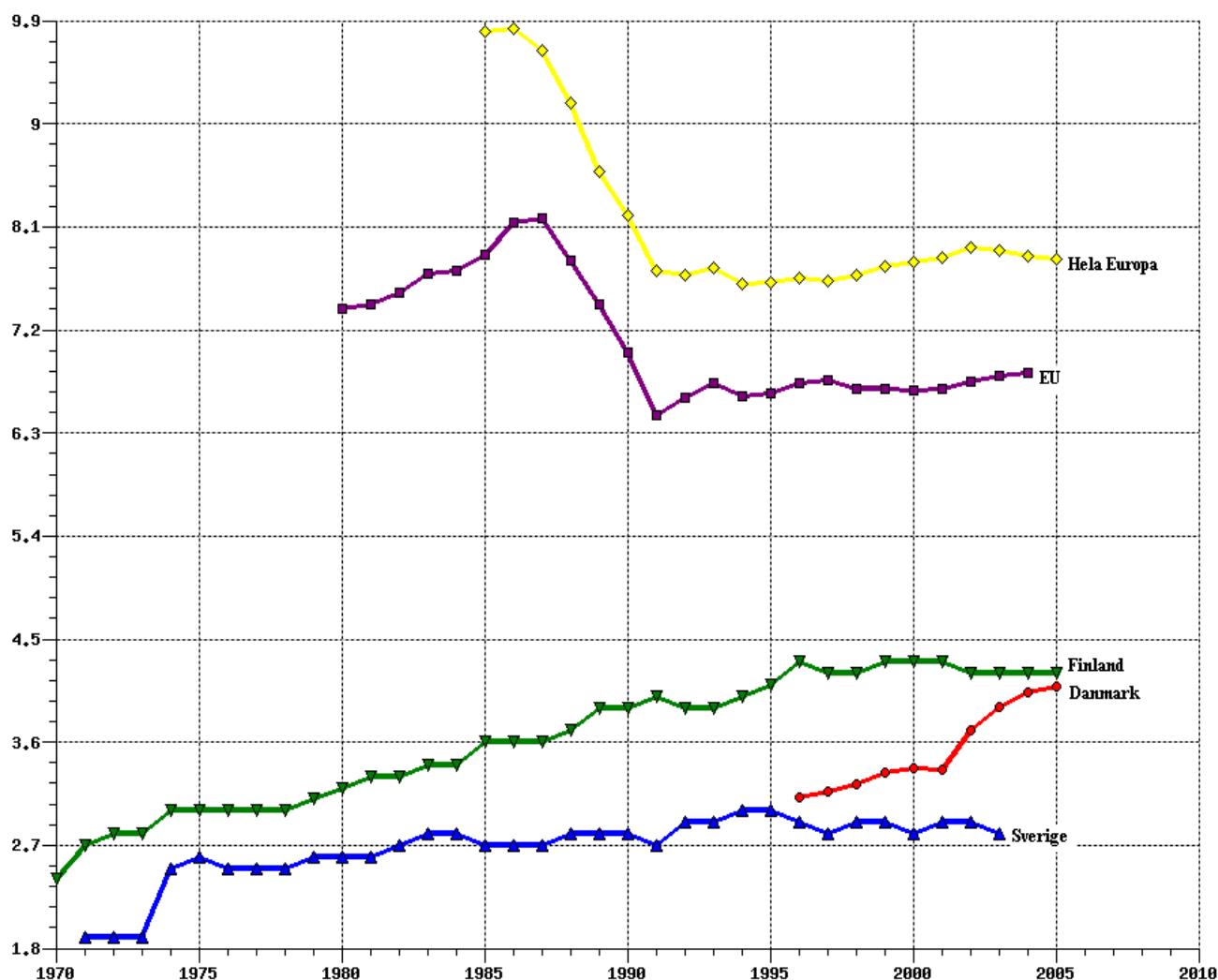
uppsöka akutmottagningar än att söka sig till primärvården. Det finns emellertid ett högkostnadsskydd för patientavgifter vilket innebär att ingen behöver betala mer än 900 kr under ett år i egenavgifter. Även för läkemedel finns ett högkostnadsskydd som innebär att en person inte behöver betala mer än 1800 kr på ett år för receptförskrivna läkemedel (Socialdepartementet 2006).

2. Vårdutnyttjande i Sverige

I det här avsnittet ges en kort bakgrundsbild till utnyttjandet av hälso- och sjukvård i Sverige. Tidigare studier på området refereras.

Under 1990-talet skedde stora förändringar inom svensk sjukvård. Styr- och ägandeformerna förändrades och kommunerna övertog en del av det som tidigare var landstingens ansvar. Privata vårdgivare blev vanligare och vissa landsting införde beställar-utförarmodeller för att förbättra produktiviteten. Dessa förändringar innebar förkortade vårdtider. Medelvårdtiden, den genomsnittliga tiden för varje avslutat vårdtillfälle, gick från 11 till 7 dagar under 1990-talet. En av anledningarna till den minskade vårdtiden är att kommunerna fick ta över ansvaret för många av de äldre som tidigare vårdades länge på sjukhus i landstingens regi. Förbättrade medicinska tekniker har också gjort att vårdtiderna minskat. Ingrepp som tidigare krävde att patienten låg kvar på sjukhuset för att återhämta sig har med tiden blivit skonsammare för patienten. Det minskar kostnaderna genom att det är möjligt för patienten att lämna sjukhuset tidigare (SOU 2000:38). Vad gäller öppenvården har antalet besök emellertid legat relativt konstant ända sedan 1970-talet. I diagram 1 visas antalet besök i öppenvården per person under ett år för olika länder. Sverige ligger betydligt under snittet för hela Europa som är ca 8 läkarbesök per person och år. De svenska öppenvårdsbesöken har legat relativt konstant på ca 2.8 besök per person och år medan de danska vårdtillfällena har stigit under de senaste åren. Även Finland har haft en, om än ganska måttlig, ökning av antalet besök i öppenvården.

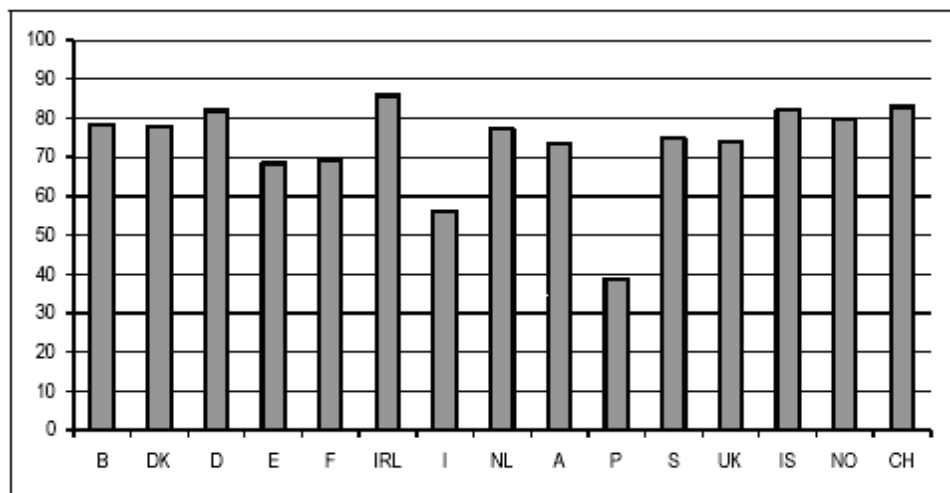
Diagram 1 Antal besök i öppenvården per person och år



Källa: WHO 2006

Det låga utnyttjandet av öppenvård i Sverige är belagt i flera undersökningar (Eurostat 2003, van Doorslaer 2004) och väcker flera frågor. Är det svenska vårdutnyttjandet ”för lågt” och därigenom en faktor som bidrar till sämre hälsa? Eller är det andra länder som har ett ”för högt” vårdutnyttjande? Eller är det möjligtvis så att Sveriges befolkning har relativt god hälsa och därför inte behöver uppsöka vård i lika hög grad som människor i flera andra länder? I tabell 3 redovisas procentandelen av populationen som anser att deras hälsa är god eller mycket god för några europeiska länder.

Diagram 2 *Andelen i populationen som uppfattar sin hälsa som god eller mycket god*



Källa: Eurostat 2003

Enligt diagram 2 ligger andelen som anser att de har en bra hälsa i Sverige (S) kring 75 % av befolkningen. Det är ett ungefärligt medelvärde för de länder som redovisas i tabellen. Bäst hälsa anser sig irländarna (IRL) ha, ca 85 % av befolkningen anser att de har en bra hälsostatus. Sämst uppfattar portugiserna (P) sin hälsostatus, under 40 % anser att de har en god eller mycket god hälsa. Danmark (DK), som enligt diagram 1 hade ett mycket högt antal besök i öppenvården har också en hög andel i befolkningen som anser att deras hälsa är bra, knappt 80 %. Utifrån dessa tal går det inte att avgöra hur antalet läkarbesök är relaterat till hälsostatusen i ett land. Frågan kvarstår ifall en dålig hälsostatus leder till ett stort antal läkarbesök eller om en bra hälsostatus beror på god tillgång till öppenvård eller om dessa två faktorer inte är relaterade till varandra.

2.1 Vårdutnyttjande bland olika grupper i Sverige

Den svenska sjukvårdsorganisationen är uppbyggd enligt grundtanken att alla ska ha lika tillgång till vård vid lika behov. Paragraf 2 i Hälso och sjukvårdslagen (1992:567) lyder:

"Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.

Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården."

Vårdutnyttjandet skiljer sig emellertid mellan olika grupper i samhället. Den största skillnaden i vårdutnyttjande finner man mellan extra vårdkrävande grupper och de som inte utnyttjar vården över huvud taget. Enligt en undersökning i Skåne stod 3,5 % av innevånarna för hela 50 % av vårdutnyttjandet medan 25 % inte utnyttjade någon vård alls. Det fanns även en extremt liten grupp på 0,022 % av befolkningen som utnyttjade 12 % av sjukvårdens resurser. Dessa extremt vårdkrävande patienter kan ställa till problem då sjukvårdens effektivitet skall jämföras mellan olika regioner. Det beror på att dessa vårdkrävande patienter inte är slumpmässigt fördelade över landet och ett landsting med många vårdkrävande patienter drabbas av oproportionerligt stora kostnader i jämförelse med landsting med få extremt vårdkrävande patienter (Socialstyrelsen 2004a). Det finns emellertid även individuella och socioekonomiska faktorer som påverkar vårdutnyttjandet i Sverige. Några av dessa diskuteras i följande avsnitt.

2.1.1 Mäns och kvinnors vårdutnyttjande

Även om kvinnor i Sverige har högre livslängd än män så är deras sjuklighet högre. Kvinnor har ett betydligt högre ohälsotal, antalet ersatta dagar i form av sjukpenning/rehabilitering och sjuk/aktivitetsersättning, än män. År 2003 var ohälsotalet för män i Sverige 34,7 dagar och för kvinnor 51,9 dagar. Kvinnor utnyttjar också vård i en större omfattning än män. Förutom kvinnors högre sjuklighet så är vård i samband med barnafödande en faktor bakom kvinnors högre vårdsökande. Det finns flera faktorer som gör att mäns och kvinnors behov av vård och vårdsökande skiljer sig åt. Sociokulturella faktorer gör att män och kvinnor har olika arbetsförhållanden, levnadsvillkor och beteende. Biologiskt finns det skillnader mellan män och kvinnor som kan ligga till grund för olika stort behov av vård. Skillnaderna kan också tänkas bero på att kvinnor uppmärksammar symptom i högre grad än män och att kvinnor har större sannolikhet att söka vård för både botande och förebyggande åtgärder än vad män har. Att arbetsförhållandena skiljer sig åt mellan män och kvinnor kan också tänkas påverka skillnader i efterfrågan på vård. Kvinnor har lägre lön och sämre inflytande på arbetsplatsen än män vilket är en faktor som ökar ohälsan. Även om kvinnor har ett högre vårdsökande än män tyder studier på att kostnaderna för sjukvården per innevånare ändå är högre för män. Enligt en undersökning i Region Skåne kostar mäns sjukvård mer för åldersgrupperna 0-15 år och för befolkningen över 64 år. I gruppen 15-64 åringar har kvinnor större kostnader för

sjukvård. För den yngre delen av åldersgruppen 15-64 åringar kan kvinnors högre kostnader tänkas höra samman med vårdsökande i samband med reproduktionen. (Socialstyrelsen 2004b). Varför män under 15 och över 64 år har större kostnader för sjukvård trots att kvinnor generellt har ett högre vårdsökande är oklart. En orsak skulle kunna tänkas vara att män söker vård i ett senare skede än kvinnor och behöver därför mer omfattande behandling när de väl söker vård. Det är också möjligt att det finns ett inslag av diskriminering då män i högre utsträckning får tillgång till dyr, avancerad sjukvård än kvinnor.

2.1.2 Skillnader i vårdutnyttjande mellan infödda och invandrade svenskar

I en studie på ULF-data undersöktes vårdutnyttjandet bland svenskar inflyttade från Chile, Polen, Turkiet och Iran för att se om detta skilde sig från vårdutnyttjandet hos infödda svenskar (Hjern et al.. 2001). Studien visar att de fyra grupperna utlandsfödda utnyttjade vården i lika hög grad eller i högre grad än infödda svenskar. Orsaken till det i vissa fall högre vårdutnyttjandet tros vara större behov av vård eftersom skillnaderna försvann då man korregerade för vårdbehov. I en studie av samma data som används i den här uppsatsen visar det sig dock att utlandsfödda i högre grad än svenskfödda upplever att de känt sig kränkta då de uppsökt vård. Utlandsfödda anger också att de i större utsträckning än svenskfödda undvikit att söka vård trots ett upplevt behov (Dagens Nyheter 060514).

2.2 Tidigare studier av fördelningen av sjukvård i Sverige

Olle Lundberg har i SOU-rapporten 2000:38 analyserat svenska data från ULF-undersökningarna för att undersöka om det existerar ojämlikhet i vårdutnyttjandet mellan olika befolkningsgrupper. ULF står för "Undersökningar av levnadsförhållanden" och är årliga intervjuundersökningar i Statistiska centralbyråns regi. Lundberg har analyserat data från åren 1988-1989 och 1996-1997 för att se om det har skett några förändringar av vårdutnyttjandet mellan tidsperioderna. Om det finns förändringar kan det tänkas bero på förändringar i sjukvårdens organisation under 1990-talet. Respondenterna har analyserats mot bakgrundsvariablerna kön, ålder, födelseland, familjetyp och social klasstillhörighet.

Andelen i populationen som hade haft någon form av läkarkontakt under de senaste tre månaderna var drygt 40 % vid båda mättillfällena. Denna andel innefattar även de som haft kontakt med en läkare över telefon eller besökt läkare trots att de var friska, t.ex. för att få en vaccination. Vid en snävare definition av läkarkontakt, då endast besök hos läkare för egna sjukdomar eller besvär har medräknats, uppger ca 25 % att de uppsökt läkarvård under de tre senaste månaderna. Även denna andel gäller vid båda tidpunkterna. Vidare gick det att utläsa att äldre personer söker läkarvård i högre utsträckning än yngre, vilket är ett resultat som kan förutspås då äldre generellt sett har sämre hälsa än yngre. Vid det senare mättillfället var det en lägre andel av de yngre som angav att de sökt läkarkontakt under de senaste tre månaderna. Bland de äldre var andelen som sökt läkarkontakt högre vid det senare mättillfället. Detta skulle kunna vara ett tecken på att skillnaderna mellan yngres och äldres vårdsökande ökat över tiden.

För att undersöka om vårdutnyttjandet är lika fördelat mellan de olika grupperna har Lundberg tagit hänsyn till hälsostatus i en utökad analys av vårdutnyttjandet. Fyra aspekter av hälsostatus har inkluderats i analysen; självskattad hälsa, begränsande långvarig sjukdom, långvarig sjukdom med svåra besvär samt ängslan, oro eller ångest. I den utökade analysen är det den snävare formen av läkarkontakt som har analyserats, telefonkontakt, vaccinationer och dylikt är alltså inte medräknat. Då vårdbehov har tagits i beaktande går det att avgöra om vårdutnyttjandet är jämt fördelat över de olika grupperna. Resultaten visar att kvinnor söker vård i något högre utsträckning än män, även med hänsyn taget till hälsostatus, ålder, ursprungsland, familjesituation och socioekonomisk grupp. Då hänsyn är taget till hälsostatus

visar det sig att tjänstemän söker vård i högre utsträckning än arbetare och egna företagare. Minst vård med hänseende till hälsostatus söker de som inte kan klassificeras i någon bestämd grupp. Skillnader mellan de socioekonomiska grupperna har inte förändrats mellan undersökningens två perioder. Däremot har skillnaderna mellan åldersgrupperna förändrats. Även med hänsyn taget till hälsostatus har de yngres vårdsökande minskat och de äldres ökat. Enligt analysen skulle skälet härtill vara att de äldre underutnyttjade vården med avseende på deras hälsostatus vid det första analystillfället i slutet av 1980-talet och vid det senare mättillfället, i slutet av 1990-talet, hade tendensen svängt så att de äldre istället överutnyttjade vården. De yngre tycks ha minskat sitt vårdutnyttjande och detta kan inte förklaras med att deras hälsostatus har förbättrats.

ULF-datan innehåller även information om förekomsten av att respondenterna inte sökt vård trots att de ansett sig vara i behov av det. I analysmaterialet inkluderas de som angett att de *någon gång* avstått från att söka vård trots behov samt de som angivit att de *helt* avstått från att söka vård. Andelen som svarade ja på frågan om de någon gång ansett sig vara i behov av läkarvård (under de tre senaste månaderna) men ändå inte sökt vård är ca 11 % vid de båda mättillfällena. Andelen som angav att de helt undvikit att söka vård trots behov har sjunkit från slutet av 1980-talet till det senare mättillfället i slutet av 1990-talet, från 5,9 % till 5,3 %. Detta resultat är något förvånande eftersom patientavgifterna stigit under samma period och ett av skälen till att inte söka vård kan tänkas vara att man inte har råd. I en jämförelse mellan olika grupper visar det sig att unga, utrikes födda, ensamstående med barn och arbetare i högre grad har avstått från att söka vård än andra grupper. Bland åldersgrupperna märks att det endast är hos 16-24 åringar som andelen som helt avstått att söka läkarvård har ökat. Bland alla övriga åldersgrupper var andelen som helt avstått från att söka läkarvård lägre 1996-1997 än 1988-1989.

Sammanfattningsvis visar undersökningen att skillnaderna i vårdutnyttjande mellan olika grupper är relativt små. Skillnaderna har heller inte förändrats under 1990-talet. En skillnad som däremot märks är att unga i gruppen 16-24 år sökte mindre vård i slutet av 1990-talet än vad de gjorde under slutet av 1980-talet. Dessa skillnader kunde inte förklaras med att de hade blivit friskare.

Bo Burström (2002) behandlar samma ämne som Lundberg, om ojämlikheten har ökat i den svenska sjukvården under 1990-talet. Burström har även använt sig av samma datamaterial som Lundberg, ULF-intervjuer från åren 1988-1989 och 1996-1997. I Burströms

undersökning är emellertid respondenter under 25 års ålder uteslutna på grund av att deras inkomstuppgifter anses vara för osäkra. Burström har specifikt analyserat de individer i stickprovet som uppgav att de led av en ”långvarig begränsande sjukdom/åkomma”. Knappt 30 % av de svarande uppgav att de led av en långvarig begränsande sjukdom. Sannolikheten för att ha en sådan sjukdom eller åkomma ökade ju lägre inkomst respondenten hade. Det skedde en viss förändring av vårdutnyttjandet mellan de två mättidpunkterna i gruppen som angav att de led av en långvarig begränsande sjukdom. Andelen som angav att de varit inlagda på sjukhus minskade medan andelen som uppsökt akutvård ökade. Skillnaderna är emellertid inte stora mellan de två tidpunkterna.

Burström fann att individer i de högre inkomstgrupperna hade ett högre vårdsökande relativt de lägre inkomstgrupperna under slutet av 1990-talet än i slutet av 1980-talet. Det skulle kunna vara ett tecken på att skillnaderna i vårdutnyttjandet mellan inkomstgrupperna ökade mellan tidpunkterna. Så behöver dock inte vara fallet eftersom ohälsan har ökat under 1990-talet, även bland höginkomsttagarna. Det självuppskattade hälsan ansågs vara sämre under slutet av 1990-talet och andelen som angav att de led av oro eller ångest var också högre under det senare mättillfället. Burström anger förändringar i sjukvårdssystemet som en förklaring till att låginkomsttagare utnyttjar relativt sett mindre vård under slutet av 1990-talet än i slutet av 1980-talet. Antalet platser i slutenvården minskade under 1990-talet och till följd av det minskade vårdutnyttjandet hos individer med långvariga, begränsande sjukdomar. Eftersom låginkomsttagare generellt sett har en sämre hälsostatus än höginkomsttagare är det troligt att de minskade antalet vårdplatser främst drabbade låginkomsttagare. Det kan enligt Burström vara ett av skälen till att relationen mellan höginkomsttagares och låginkomsttagares vårdutnyttjande förändrats så att höginkomsttagare utnyttjade en relativt sett större del av vårdresurserna i slutet av 1990-talet än i slutet av 1980-talet.

3. Efterfrågan på hälso- och sjukvård

För att en individ överhuvudtaget skall börja fundera på att uppsöka läkare krävs det att personen tycker att det är bättre att vara frisk än att vara sjuk och på så sätt har en efterfrågan på hälsa. Vidare skall denna efterfrågan hälsa kanaliseras till efterfrågan på sjukvård. I detta avsnitt kommer orsakerna till efterfrågan på hälsa och sjukvård att diskuteras.

Enligt Pohlmeier och Ulrich (1995) består individens efterfrågan på sjukvård av två steg. I det första steget tar individen själv initiativ till att uppsöka läkare för att få vård. I det andra steget bestämmer läkaren omfattningen på den vård som patienten behöver. Den samlade vårdkonsumtionen består därför både av individens egna beslut samt av andra aktörers beslut.

Det första steget i efterfrågan på sjukvård bygger hos Pohlmeier och Ulrich på Grossmans modell från 1972 om individens efterfrågan på hälsa. Det andra steget omfattar principal-agentteorier som behandlar läkarens roll som beslutsfattare. För att läkarens roll skall ha ekonomisk betydelse för utkomsten av efterfrågan på sjukvård behöver läkaren reagera på ekonomiska incitament. Det innebär att läkaren inte bara har patientens bästa som mål för de rekommenderade behandlingarna utan även sin egen nytta. Läkaren kan påverka sin egen lön, varaktigheten på patientens behandling och om patienten skall remitteras till en annan instans eller om läkaren själv skall stå för hela behandlingen. Läkaren gör dessa val utifrån sina egna konsumtions- och fritidsval (Pohlmeier och Ulrich 1995). I den här uppsatsen kommer främst det första steget i efterfrågan på vård, dvs. patientens eget beslut att söka vård att behandlas. Det innebär att besök hos specialistläkare eller inläggning på sjukhus inte kommer att analyseras eftersom dessa sker efter beslut av läkare i Sverige.

3.1 Grossmans modell

Michael Grossman beskriver i sin artikel "On the Concept of Health Capital and the Demand for Health" från 1972 hälsa som en form av humankapital. Hälsa som humankapital ("hälsokapital") skiljer sig dock från andra former av humankapital. Där en persons humankapital i form av samlade kunskaper påverkar dennes produktivitet och förmåga att tjäna pengar påverkar hälsokapitalet istället tiden som individen kan lägga på arbete. Ju friskare en person är, dvs ju större hälsokapital hon/han bestitter desto mer kan personen arbeta. Hälsa går inte att köpa av producenter av sjukvård utan är istället något som individen själv producerar genom input av tid och pengar. Hälsa är en kapitalvara eftersom den varar i mer än en period. Individen kan både investera i framtida hälsa samt konsumera utfallet av god hälsa omedelbart. Det kan vara värt att investera i hälsa eftersom god hälsa ökar möjligheterna att få högre lön och därmed öka konsumtionsmöjligheterna. Hälsa deprecierar emellertid med tiden, ju äldre en individ blir, desto mer måste hon/han investera i sjukvård och andra hälsobefrämjande produkter för att behålla en god hälsa. Enligt Grossman efterfrågar individen inte sjukvård i sig när denne uppsöker en vårdinrättning, utan istället förbättrad hälsa. Det gör att sjukvård är en så kallad härledd efterfrågan. Sjukvård är inte den enda faktor som används för att producera hälsa, även t.ex. kosthållning och motion påverkar individens hälsostatus. I Grossmans modell används emellertid sjukvård som den främsta faktorn för att påverka produktionen av hälsa.

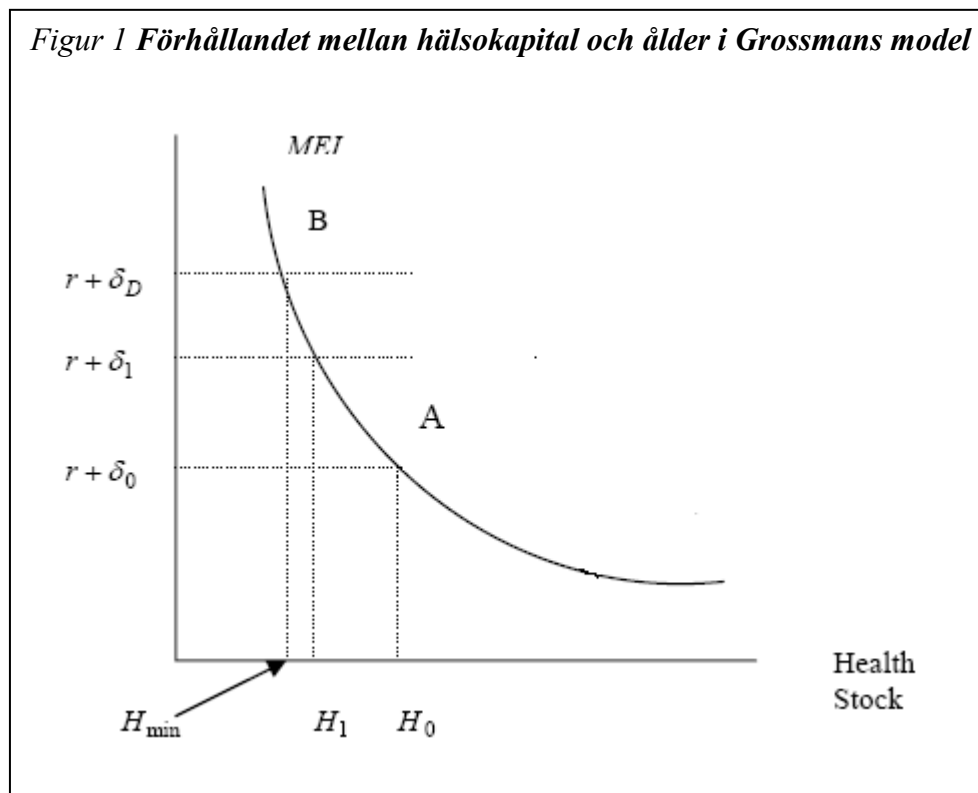
I modellen definieras individens hälsostatus (HS) antingen ur ett objektiva perspektiv, en utifrån mätbar hälsoförbättring, eller som en subjektiv upplevelse av den egna hälsan som endast individen själv kan uppskatta. I modellen är sjukvård (HC) den behandling individen genomgår. Den direkta marginella nyttan av att konsumera sjukvård är ofta negativ ($\delta U / \delta HC < 0$). Det beror på att en behandling kan orsaka smärta och oro. Men konsumtion av sjukvård har även två positiva effekter för individen givet att behandlingen lyckas. Den första är individens egen uppfattning om hälsostatusens påverkan på individens nyttonivå, som kan antas vara positiv eftersom de flesta kan antas få positiv nytta av att må bra ($\delta U / \delta HS > 0$). Den andra positiva effekten av sjukvård är marginalnyttan av sjukvård på individens objektiva hälsostatus ($\delta HS / \delta HC > 0$). Välfärdseffekten av att konsumera sjukvård är således $(\delta U / \delta HS)(\delta HS / \delta HC)$, en kombination av individens uppfattning om hälsans bidragande till den egna nyttan samt behandlingens påverkan på individens hälsostatus (Hurley 2000).

Det finns ett flertal faktorer som påverkar produktionen av hälsa, här kommer ålder, lönenivå och utbildning att diskuteras närmare.

3.1.1 Ålder

I Grossmans modell är döden en endogen variabel, den inträffar när hälsostatusen når till en viss lägstanivå H_{min} . Ju yngre en person är desto billigare är det att hålla en hög nivå av hälsa. Vid en högre ålder ökar deprecieringstakten på hälsokapital och därför har äldre individer inte råd att inneha ett lika stort hälsokapital. Till slut är deprecieringstakten så hög att hälsokapitalet sjunker till lägstanivån där personen inte längre lever. Det är dock inte givet hur individens bruttoinvestering i hälsa kommer att utvecklas under livet. De totala investeringarna i hälsa kan stiga, sjunka eller vara neutrala under en persons livstid. Det beror på att en ökning i deprecieringstakten både leder till att efterfrågan på hälsokapital hos individen minskar och att det givna utbudet av hälsa för en viss summa investerat hälsokapital minskar. Om utbudet av hälsa givet en investeringsnivå förändras mer än efterfrågan på hälsokapital skulle individen vilja investera i mer hälsokapital. Om, å andra sidan, efterfrågan på hälsokapital förändras mer än utbudet av hälsa skulle individerna ha incitament att minska bruttoinvesteringarna i hälsokapital ju äldre de blev (Grossman 2000). Figur 2 nedan beskriver relationen mellan ålder och investeringar i hälsa ytterligare.

Figur 1 Förhållandet mellan hälsokapital och ålder i Grossmans model



Källa: Madden 2002

I Figur 2 motsvarar y-axeln kostnaden för hälsokapital, r är alternativkostnaden för kapital, dvs. räntan, och δ är deprecieringstakten. δ_D motsvarar den högsta deprecieringstakten, det kan motsvara en äldre person. X-axeln visar individens hälsokapital. MEI kurvan i figuren motsvarar marginaleffektiviteten på investeringar i hälsa. Kurvan ges av $(W \cdot G)/C$ där W är personens lön, G är marginalavkastningen på investeringar i hälsa och C är direkta kostnader för investeringar i hälsa. MEI-kurvan beskriver mönstret för hur marginalavkastningen minskar då individen investerar allt mer i hälsokapital. För en individ med deprecieringstakten δ_0 är den optimala kvantiteten hälsokapital H_0 . En yngre person har alltså en högre optimal hälsonivå än en äldre. När personen blivit äldre och deprecieringstakten ökat till δ_D är den optimala kvantiteten av hälsokapital H_{\min} vilket innebär att personen inte investerar mer i hälsokapital då avkastningen är för låg. Detta slutar med döden! (Madden 2002)

3.1.2 Lönenivå

Ju högre inkomster en person kan få, desto högre avkastning ger det att ha en god hälsa. Det beror på att en god hälsa ger fler friska dagar och därigenom möjlighet att arbeta mer och få högre inkomster. Höga inkomster gör emellertid att även tidskostnaderna för att söka vård blir

högre. Om god hälsa kräver stora investeringar i tid är det inte säkert att höginkomsttagaren väljer att investera i hälsa i någon större omfattning. För låginkomsttagaren är förhållandet det motsatta. Låginkomsttagaren väljer hellre att investera tid än pengar för att höja sin hälsostatus (Grossman 1972).

3.1.3 Utbildning

Enligt Grossmans modell ökar utbildning effektiviteten i produktionen av både hushållsvaror och hälsa. Eftersom effektiviteten av de pengar och den tid som används för att producera hälsa eller varor ökar, behövs mindre insatser för att producera samma mängd hälsa eller varor då en person är välutbildad. Grossman (2000) hävdar i en återkoppling till sina tidigare studier att utbildning är den enskilt mest betydande faktorn bakom en god hälsostatus. Oavsett om hälsa mäts som medellivslängd, sjukdomstal, självskattad hälsa eller fysiologiska indikatorer på hälsa så tyder de flesta empiriska studier på att utbildning är av största vikt för hälsan. Utbildning är nära sammankopplad med faktorer som inkomst och yrke som också påverkar hälsostatusen hos individen men flertalet studier har kunnat visa att det finns en skillnad i hälsostatus som varken kan spåras till inkomst eller yrke utan som beror på utbildningsnivå. Det finns olika möjliga förklaringar till hur utbildning påverkar hälsan i positiv riktning. Den första möjligheten är att utbildning i sig leder till bättre hälsa genom att mer välutbildade personer blir effektivare på att producera hälsa. Välutbildade människor kan till exempel ha större kunskap om de skadliga följderna av cigarettrökning. En annan förklaring kan vara att individer med bättre hälsa väljer högre utbildning i större utsträckning än individer med dålig hälsa. Skälet därtill skulle kunna vara att hälsosammare studenter lyckas bättre med sina studier än elever med sämre hälsa. En tredje förklaring till varför utbildning leder till bättre hälsa kan även vara att det inte finns något samband mellan utbildning och hälsa utan att det istället finns andra variabler som påverkar både hälsa och utbildning men som inte är mätbara eller utesluts ur de flesta mätningar. Dessa variabler kan t.ex. vara fysisk och psykisk förmåga eller föräldrars inverkan som påverkar både hälsa och utbildning i antingen positiv eller negativ riktning.

3.2 Utveckling av Grossmans modell

Under senare år har modeller för efterfrågan på hälsa utökats och modifierats i ett flertal riktningar. En av dessa är att istället för att se individen som den enhet som producerar hälsa så ser man istället till familjen som den enhet som producerar hälsa. En skillnad som då uppstår är att hela familjens inkomst är av betydelse till skillnad från hos Grossman som såg till den enskilda individens inkomst som en faktor som påverkar efterfrågan på hälsa. Detta har implikationer då familjen väljer att allokera hälsa på olika sätt mellan medlemmarna. Eftersom hälsokapital är en investering som inte kan flyttas mellan individer kan hälsokapital inte heller delas vid en skilsmässa så som övriga investeringar, t.ex. ett hus. Risker för skilsmässa gör därför att incitamenten för att investera i den andra partners hälsokapital minskar för båda parterna i ett förhållande (Bolin et al. 2002).

En ytterligare utveckling av modellen för efterfrågan på hälsa innefattar en aspekt av anpassning. Denna modell antar att individer anpassar sig till en sämre hälsostatus då deras hälsa försämras och därigenom efterfrågar de inte lika mycket hälsa som då hälsostatusen var som bäst. I praktiken har det innebörden att individen inte upplever den försämrade hälsostatusen som en lika stor kostnad som den hade varit utan anpassning till det försämrade hälsoläget. Det gör att personen efterfrågar mindre sjukvård och mer övrig konsumtion än vad som hade varit fallet utan anpassning (Gjerde 2005).

Liljas (1998) adderar en faktor av osäkerhet till modellen över efterfrågan på hälsa. Han låter hälsostatusen vara stokastisk och beroende av virus, klimat, olyckor etc., det finns alltså ett mått av osäkerhet som avgör vem som blir sjuk och vem som håller sig frisk. Osäkerheten gör att riskaversa individer investerar mer i hälsokapital än de hade gjort om hälsoutfallet var givet. Orsaken därtill är att de vill minska risken för ett utfall med dålig hälsa. Liljas utökar modellen ytterligare genom att inkludera sjukförsäkringar. Sjukförsäkringar som ersätter individen för förlorad inkomst vid sjukdom och frånvaro från arbetet förändrar incitamenten för att investera i hälsa. Det gör att individen inte värdesätter hälsa lika högt som i fallet utan sjukförsäkring. Då det inte ger ett lika stort inkomstbortfall att vara sjuk lönar det sig inte lika mycket att investera i hälsokapital.

4. Olika sätt att mäta fördelningen av sjukvård i befolkningen

Det finns stora problem med att definiera vad man egentligen vill mäta när man vill avgöra om medborgarna i ett land har god tillgång till sjukvård och om sjukvården är fördelad på ett önskvärt sätt mellan olika befolkningsgrupper. Är det önskvärt att alla skall ha samma möjlighet att uppsöka sjukvård? Att kostnaden skall vara densamma för alla? Eller att alla skall utnyttja sjukvården i förhållande till sina behov, och i så fall: hur skall behov definieras? Eller är det kanske resultatet av sjukvården, individernas hälsa som skall mätas? Det finns också en skiljelinje mellan om man vill mäta individens nytta av sjukvården eller den allmänna hälsostatusen i landet. Detta avsnitt behandlar aspekter av dessa alternativ.

Det är en vitt spridd åsikt att sjukvård bör ges till dem som är i störst behov av den och inte till dem som har störst betalningsmöjlighet. En av anledningarna till det är att sjukvård har en mycket stor inverkan på välbefinnandet hos individer. Hälsa innefattar också en hög utsträckning av slumpmässighet, det kan vara godtyckligt vem som drabbas av en sjukdom och personen behöver inte själv ha åsamkat sin dåliga hälsa. Det slumpmässiga utfallet av hälsostatus hos olika individer gör att det finns anledning att vilja utjämna hälsoutfallen i befolkningen (Hurley 2000).

4.1 Att mäta sjukvård fördelat utifrån behov

Behov kan definieras på en mängd olika sätt. De två mest frekvent förekommande definitionerna är behov definierat utifrån initial hälsostatus samt behov som en möjlighet att dra nytta av vård. Då behov definieras utifrån hälsostatus innebär det att personer med dålig hälsa har större behov av vård än personer med god hälsa. Problemet med den definitionen är att det innebär att en sjuk person är i behov av vård oavsett om personen kan dra nytta av behandlingen eller ej. Det gör att en mer användbar definition av behov av sjukvård är att kunna dra nytta av den. Culyer och Wagstaff (1993) ställer upp två villkor för att en person skall kunna sägas ha ett behov av en vara. För det första så skall varan behövas för att uppnå ett visst önskvärt mål. För det andra skall detta specifika mål vara betydande nog för att rättfärdiga en så stark term som "behov". Definitionen av behov som möjlighet att dra nytta

av sjukvård implicerar att en person kan vara i behov av vård utan att vara sjuk, dvs. preventiva åtgärder, och att en person kan vara svårt sjuk utan att vara i behov av vård (om inga behandlingar kan göra nytta). Vidare kan det diskuteras *hur mycket* sjukvård en person är i behov av. En vanlig definition av mängden vård som behövs är att behovet finns så länge sjukvård har en positiv marginalnytta (Culyer och Wagstaff 1993). Denna definition är emellertid problematisk eftersom det skulle bli orimliga kostnader för sjukvård om man behandlade alla som kunde få någon grad av förbättrad hälsostatus av en behandling. Det bör finnas någon form av gräns för hur lite nytta en behandling kan ha för att den skall utföras.

4.2 Att mäta fördelningen av hälsostatus

Argumentet för att använda lika fördelning av hälsa som mätverktyg för effektiv fördelning av sjukvård är att sjukvård är en härledd efterfrågan, det är inte sjukvården i sig som patienten efterfrågar då hon/han söker vård utan en bättre hälsa. Därför bör man (t.ex. enligt Culyer och Wagstaff 1993) använda resultatet av sjukvård, befolkningens hälsostatus, som ett mått på hur jämnt sjukvården är fördelad i befolkningen. Sjukvård bör fördelas så att hälsostatusen i befolkningen är så jämt fördelad mellan individer som möjligt. Om det finns skillnader i hälsostatus mellan t.ex. hög- och låginkomsttagare kan det enligt denna teori vara ett tecken på en icke-optimalt fördelad sjukvård. Hälsostatus kan mätas i QALYs (Quality Adjusted Life Years) eller DALYs (Disability Adjusted Life Years). Sjukvård är emellertid inte den enda faktorn bakom en god hälsa. Därför bör även andra faktorer som påverkar hälsan inbegripas i detta fördelningsperspektiv (Hurley 2000). Man kan fråga sig om samhället skall sträva efter lika hälsa hos *alla* grupper i samhället. Om man exempelvis skulle sträva efter samma hälsa bland 90-åringar och 1-åringar skulle resultatet bli att enorma resurser lades på 90-åringarna och väldigt lite på 1-åringarna. Av detta följer att det krävs någon form av restriktion för vilka grupper som kan underställas en strävan efter lika hälsa. Att exempelvis sträva efter lika hälsa oberoende av inkomst är mer rimligt.

4.3 Att mäta tillgång till vård

Lika *tillgång* till vård innebär att alla individer i samhället skall ha lika möjligheter att erhålla vård. Begreppet kan vidgas så att tillgången till vård skall vara jämnt fördelad utifrån behov för att göra begreppet mer rimligt. Tillgång till vård analyserar fördelning av vård utifrån ett utbudsperspektiv. Utbudet av vård skall vara detsamma för de individer som har lika stora behov av vård. Vårdkonsumtionen kan skilja individer emellan även om de har lika stort behov beroende på hur deras individuella preferenser för hälsa och sjukvård ser ut. Det innebär att sjukvården kan vara fördelad på ett rättvist sätt även om olika grupper utnyttjar vården i olika hög grad (Culyer och Wagstaff 1993).

Kostnader påverkar huruvida en individ väljer att söka vård eller ej. En definition av lika tillgång till vård innebär att de som har lika stora kostnader för att söka vård också har lika tillgång till vård (Steen 1995). Individer antas undermedvetet göra en kostnads-effektivitetsanalys och efter det bestämma om de skall söka vård för sina besvär eller ej. Steen (1995) delar upp kostnaderna för att nyttja sjukvård i tre steg:

- 1) Kostnader definieras som endast de *direkta finansiella kostnader* som konsumenten måste betala då denne utnyttjar sjukvård.
- 2) Både de *direkta finansiella kostnaderna samt även tidskostnader* för sjukbesöket inkluderas.
- 3) Kostnaderna mäts i *nyttotermer istället för i monetära termer*. Både nyttokostnaden för tid och marginalkostnaden för finansiella utgifter inkluderas.

4.3.1 Finansiella kostnader

Finansiella kostnader utgörs främst av avgiften som patienten betalar till vårdinrättningen. Dessa utgifter kan bestå av patientavgifter, självrisk då individen har en privat sjukförsäkring eller hela kostnaden för sjukbesöket. Ytterligare finansiella kostnader kan utgöras av kostnader för medicin, resekostnader till och från vårdinrättningen, barnvakt etc. Eventuellt kan informationskostnader inkluderas i de finansiella kostnaderna. Individer behöver information för att känna till vilka vårdalternativ som erbjuds och utan information är det troligt att individer söker vård i mindre utsträckning (Steen 1995).

I Sverige är det dock inte de direkta finansiella kostnaderna som utgör merparten av finansieringen av sjukvården utan skatter. Att sjukvården är skattefinansierad gör att individerna i landet måste uppfatta att de får ”valuta för pengarna” då de betalar skatt till sjukvårdssektorn. Det är en aspekt som gör att sjukvården bör vara lättillgänglig och hålla hög kvalitet för att befolkningen skall vara beredd att avsätta en del av sin inkomst till den. Om sjukvården endast skulle fördelas efter behov kan det leda till att nästan alla pengar går till en liten grupp svårt sjuka och en mycket liten del till den stora allmänheten med mindre åkommor. Det skulle kunna leda till att majoriteten känner att de inte får valuta för sina skattepengar och kräver lägre skatter (Diderichsen 1995). Detta gäller även då sjukvården finansieras med privata sjukförsäkringar. För att individen ska vara villig att betala för en sjukförsäkring bör tillgången till vård vara god.

4.3.2 Finansiella kostnader och tidskostnader

Då tidskostnaderna för att söka vård läggs till till de finansiella kostnaderna ökar den totala summan som en individ måste överväga att spendera då han eller hon funderar på att söka vård. Tidskostnaderna kan utgöras av alternativkostnaderna för resan till vårdinrättningen, tiden det tar att vänta på sin tur och tiden själva för behandlingen. Tidskostnader är en betydande del av de totala kostnaderna för den enskilda individen i länder som Sverige där vården i huvudsak är offentligt finansierad. Alternativkostnaden för tid beror på de alternativa aktiviteterna som individen kan utföra istället för att söka vård. Generellt sett har höginkomsttagare högre tidskostnad än låginkomsttagare. Det beror på att höginkomsttagarnas alternativa aktivitet, att jobba, genererar högre inkomster än för låginkomsttagaren. Det kan dock vara problematiskt att endast använda lönenivån som en approximation för individens tidskostnad. Lönen kan till exempel vara styrd av fackliga avtal och andra regleringar och då motsvarar lönen inte den verkliga alternativkostnad en person har för att lägga tid på arbete istället för på fritid. Det kan även vara problematiskt att använda lönenivån som en alternativkostnad för personer som står utanför arbetskraften eller för dem som har en reducerad inkomst på grund av sjukdom (Steen 1995). I Sverige skiljer sig tidskostnaderna för att söka vård mycket beroende på de varierande avstånden till vårdinrättningar. Individer i glesbygd har oftast betydligt längre avstånd till sjukhuset än personer som bor i en storstadsregion.

4.3.3 Alternativkostnader mätt i nyttotermer

Då man mäter lika tillgång till vård i termer av finansiella kostnader och tidskostnader innebär det att även om kostnaden är lika stor för alla individer så drabbar utgifterna för sjukvård olika personer olika hårt. Ett sätt att komma till rätta med detta är att mäta alternativkostnaden för att söka vård i nyttotermer. Kostnaden för att söka vård för en individ justeras då för alternativkostnaden för pengar. Innebörden av att använda lika alternativkostnad istället för lika finansiell kostnad är att en fattig person skall betala mindre än en rik person för att vården skall vara rättvist fördelad. Den fattige har nämligen högre alternativkostnad för pengar än den som har god ekonomi (Steen 1995).

Sammanfattningsvis så är fördelningen av tillgång till vård komplicerat att uppskatta och ta fram jämförbara siffror på. Lika tillgång till vård för lika behov fungerar bättre som en utgångspunkt för etiska riktlinjer för sjukvårdens organisation än som ett mått på jämlikhet i fördelningen av sjukvård.

4.4 Att mäta utnyttjande av vård

Lika vårdutnyttjande för lika behov sägs ofta vara synonymt med lika tillgång till vård. I så fall är utnyttjandet av sjukvård ett resultat av att vården är tillgänglig. Vårdutnyttjande kan ses som ett jämförelsemått sett från efterfrågesidan eftersom vårdutnyttjande till skillnad från tillgång till vård kräver att patienten själv uppsöker en vårdinrättning (Culyer och Wagstaff 1993).

Mooney et al. (1991) har framfört ett antal argument *mot* att använda vårdutnyttjande som ett mått på rättvis fördelning av vård. De hävdar att patientens preferenser för vård inte tas med i beräkningarna då vårdutnyttjande används som ett jämförelsemått. För att vården skall vara rättvist fördelad utifrån ett utnyttjandemått krävs att alla individer med lika stora behov skall ges samma behandling. Det lämnar inget utrymme för individens egna preferenser. Detta skulle kunna vara kränkande mot patienternas integritet och möjlighet att själv välja hur mycket sjukvård de vill ha. Mooney et al. hävdar också att konsumenter som har preferenser för mindre sjukvård än genomsnittet skulle bli negativt diskriminerade då vården skulle fördelas med lika utnyttjande som rättvisegrund. Om dessa individer inte skulle vilja lägga tid och eventuellt pengar på vård så skulle kravet om lika vårdutnyttjande ändå kräva det av dem

för att situationen skulle vara rättvis. De menar att forskare traditionellt använt sig av vårdutnyttjande som ett mått på jämlik fördelning av vård för att det är betydligt lättare att mäta än tillgång till vård. Mooney et al. förespråkar istället ett rättvisemått som bygger på lika tillgång till vård.

Culyer et al. (1992) hävdar att vårdutnyttjande *bör* användas då ojämlikheter i fördelningen av sjukvård undersöks. Individens olika preferenser för sjukvård kan mycket väl bero på skillnader i t.ex. utbildning. Då är det av vikt att undersöka hur stor påverkan utbildning har och eventuellt förbättra kunskapen om sjukvårdssektorn hos lågutbildade. Även om två individer har samma alternativkostnad för att söka vård och därigenom lika tillgång till vård kan det finnas andra faktorer som gör att vårdutnyttjandet skiljer sig och som är värt att ta hänsyn till då sjukvårdssystemet utformas. Culyer et al. menar därför att vårdutnyttjande är det mätverktyg som bör användas då jämlik fördelning av sjukvård undersöks.

5. Empiriskt material och metod

I kommande avsnitt beskrivs genomförandet av en empirisk analys av vårdutnyttjandet bland 18-65 åringar i Sverige.

5.1 Data

Analysen baseras på enkätundersökningen ”Hälsa på lika villkor” som gjordes under 2004 på uppdrag av Statens folkhälsoinstitut. Statistiska centralbyrån (SCB) genomförde enkäten som ägde rum under perioden mars-juni 2004. Totalt svarade 12166 personer på enkäten vilket motsvarade 60,8 % av urvalet. Enkäten hade formen av en postenkät med tre påminnelser. Populationen som man avsåg att undersöka bestod av samtliga personer i Sverige i åldrarna 18-84 år. Urvalet skedde utifrån registret över totalbefolkningen (RTB) som består av samtliga individer som är folkbokförda i Sverige. Utifrån denna population som den 31/12 2003 bestod av 6 891 560 personer beslutades om en urvalsstorlek på 20 000 personer. Med hjälp av SCB:s urvalsprogram valdes 20 100 individer genom obundet slumpmässigt urval. Efter korrektion för övertäckning bestod nettourvalet av 20 004 individer (SCB 2004).

För att resultaten skall kunna anses vara gällande för hela populationen har vikter använts. Dessa vikter skall kompensera för olika stort bortfall i olika grupper, t.ex. män/kvinnor eller unga/gamla. Om vissa grupper har svarat på enkäten i högre utsträckning än andra grupper kan resultatet bli snedvridet. Det beror på att olika grupper kan ha olika fördelning av svarsalternativen och därigenom blir det övervikt åt svaren hos den grupp som svarat mest frekvent på enkäten. Enkätsvaren har därför kalibrerats med hjälp av vikter för att få en så sanningsenlig bild av populationen som möjligt (SCB 2004).

Enkäten bestod av 86 frågor som handlade om bl.a. hälsa, vårdutnyttjande, ekonomiska förhållanden, arbete och sysselsättning. Utöver frågorna i enkäten har uppgifter gällande bl.a. födelseår, kön, civilstånd, utbildningsnivå och disponibel inkomst hämtats från RTB.

De enkätfrågor som är av största intresse för den här analysen är:

1) Har du under de tre senaste månaderna haft kontakt med sjukvården?

2) Har du under de tre senaste månaderna ansett dig vara i behov av läkarvård men ändå avstått från att söka vård?

Dessa frågor hade förfyllda valalternativ som respondenterna fick välja mellan.

5.2 Metod

Avsikten med undersökningen är att analysera utnyttjandet av primärvård i Sverige. Analysen sker i två delar, dels undersöks om individerna i stickprovet angivit att de varit i kontakt med sjukvården under de senaste tre månaderna och dels analyseras respondenternas svar på frågan om de under de tre senaste månaderna ansett sig vara i behov av läkarvård men ändå avstått från att söka vård. Genom att undersöka vårdutnyttjandet i populationen är avsikten att ta reda på om olika grupper utnyttjar vården utöver eller i underkant med sina behov. Genom att undersöka vilka individer som undviker att söka vård trots upplevt behov är syftet att ta reda på om det finns behov av vård som inte kommer till uttryck i form av vårdsökande. Syftet är också att ta reda på vilka grupper som i så fall under- eller överutnyttjar sjukvården.

Metoden att mäta både vårdutnyttjande och otillfredsställt vårdbehov är ett sätt att försöka undkomma svårigheterna med att mäta fördelningen av sjukvården. Vårdutnyttjandet visar i vilken utsträckning olika grupper har tillgång till vård och även om de uppsöker läkare vid behov. Frågan om individen ansett sig vara i behov av vård men ändå inte uppsökt vård är ett försök att fånga upp dem som inte har tillräckligt god tillgång till vård. Den senare gruppen är svår att uppskatta på något annat sätt eftersom deras behov inte syns i statistiken då de inte efterfrågat någon vård. Det otillfredsställda vårdbehovet är viktigt att uppskatta eftersom det kan ge en bild av sjukvårdens tillgänglighet och vilka det är som anser sig ha god respektive dålig tillgång till sjukvård. Genom att inkludera aktivt vårdsökande och icketillfredsställt vårdbehov har man två variabler som är relativt lätta att mäta och som tillsammans ger en bredare bild av tillgången till vård i populationen relativt till om endast vårdsökande skulle undersökas.

Fyra regressioner över vårdsökande inkluderas i analysen. Den första regressionen innefattar de individer i stickprovet som är under 65 år och den beroende variabeln är individens

vårdsökande under de tre senaste månaderna, alltså svaret på fråga 1. För att se om det finns skillnader mellan hela populationen mellan 18-65 år och de mellan 18-30 år inkluderas interaktionsvariabler där de oberoende variablerna multipliceras med en dummyvariabel för om individen tillhör åldersgruppen 18-30 år. Samma regression genomförs också då endast svaranden mellan 18-30 års ålder inkluderas för att se vilka oberoende variabler som har störst inverkan på ungas vårdsökande. I nästa steg kommer behov av vård som inte har lett till vårdsökande att analyseras. I en regression över populationen mellan 18-65 år undersöks svaret på fråga 2 ovan. Även här inkluderas interaktionsvariabler med dummyvariabler för om individen tillhör åldersgruppen 18-30 år. En regression genomförs ytterligare en gång för svar på fråga 2 där endast unga i gruppen 18-30 år är inkluderade.

De oberoende variabler som inkluderas i regressionerna är; ålder, inkomst, kön, hälsostatus, yrkesarbete, utbildning och födelseland.

Hälsostatus antas motsvara behov av vård även om det är en otillräcklig definition (se avsnitt 4.1). Det är av högsta vikt att hälsostatus inkluderas i modeller över vårdutnyttjande eftersom låginkomsttagare generellt sett har högre sjuklighet och därför är i större behov av vård än andra grupper (Gertham 1997). Om hälsostatus inte inkluderas i regressionen över vårdutnyttjande blir resultatet troligtvis att låginkomsttagare ser ut att utnyttja sjukvård i betydligt högre grad än höginkomsttagare. I regressionen över vårdutnyttjande och ”behov men inte sökt vård” motsvaras hälsostatus av två variabler; kronisk sjukdom och självskattad hälsa. Variabeln kronisk sjukdom är en dummyvariabel med värdet 1 då respondenten svarat ja på frågan ”Har du någon långvarig sjukdom, besvär efter olycksfall, nedsatt funktion eller annat långvarigt hälsoproblem?” Självskattad hälsa motsvaras fem dummyvariabler som är svaret på frågan, ”Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?”. De fem dummyvariablerna är ”Mycket bra”, ”Bra”, ”Någorlunda”, ”Dåligt” och slutligen ”Mycket dåligt”. För att ha en bas att jämföra med är dummyvariabeln ”Bra” exkluderad ur regressionen. Det innebär att då resultaten tolkas så anger de övriga variablerna för självskattad hälsa hur mycket dessa hälsotillstånd förändrar utfallet i jämförelse med hälsotillståndet ”Bra”. Hälsostatus är den mest svårdefinierade variabeln i modellen eftersom det är mycket svårt att jämföra och rangordna olika individers hälsostatus. Kombinationen av självskattad hälsa och kronisk sjukdom används i ett flertal analyser av vårdutnyttjande och därav så även i denna undersökning (se bl.a. Gertham 1997 och Burström 2002). Hälsostatus är den viktigaste variabeln som påverkar vårdutnyttjande. Det är högst troligt att dålig hälsa leder till ett större

vårdutnyttjande eftersom personer med dålig hälsa har stor anledning till att söka vård. Hälsostatusens effekt på om individer undviker att söka vård trots behov är mer svåröversäglbart. Det kan tänkas att personer med dålig hälsa sällan undviker att söka vård trots behov då konsekvenserna av att inte söka vård är allvarligare än för en person med god hälsostatus. Det går emellertid också att föreställa sig att individer med dålig hälsa ofta besöker läkare och att det därför upplevs som mer besvärande att gå till doktorn för mindre åkommor, därigenom ökar det otillfredsställda vårdbehovet.

Variabeln *ålder* analyseras som en kontinuerlig variabel i de fyra regressionerna. Även kvadraten på variabeln *ålder*, *ålder*² inkluderas i regressionerna. Detta för att kunna avgöra hur marginaleffekten av åldersvariabeln ser ut. Åldersvariabeln är framtagen ur registret över totalbefolkningen (RTB). I regressionerna har individer över 65 år uteslutits. Det beror på att äldre personer ofta har ett betydligt större behov av sjukvård än yngre, till följd av deras sämre hälsostatus. Det är också troligt att de äldres vårdbehov varierar mer än hos de yngre. Flera studier har visat att de ungas vårdutnyttjande har minskat under 1990-talet och det är därför viktigt att se om unga är en grupp som underutnyttjar sjukvården i förhållande till sina behov (se SOU 2000:38 och Burström 2002). Ungas och äldres vårdbehov skiljer sig troligtvis. Eftersom unga generellt sett har bättre hälsostatus är det troligt att unga söker vård för mindre allvarliga symtom och därför behöver det inte vara ett stort problem om unga underutnyttjar vården. En farhåga kan emellertid vara att unga inte söker vård för t.ex. könssjukdomar som kan ge allvarliga konsekvenser om de förblir obehandlade (se VanDevanter, Messeri et al. 2005).

Inkomst är framtaget som individens disponibla inkomst ur RTB. Individuell disponibel inkomst är ett relativt nytt begrepp. Nettoinkomsten för varje individ beräknas som inkomster inklusive eventuella positiva transfereringar minus skatt och övriga negativa transfereringar (återbetalning studieskuld, betalt underhållsbidrag). Transfereringar som riktar sig till hela hushållet, t.ex. bostadsbidrag och socialbidrag, delas mellan de vuxna individerna i respektive hushåll¹.

Det är möjligt att inkomst påverkar vårdsökande i positiv riktning. Det beror på att höga inkomster gör att det är dyrt att vara sjuk och att det därför lönar sig att söka vård. Detta gäller

¹ Detta enligt e-mailkontakt med Petter Lundberg på Statistiska centralbyrån 070125

om tidskostnaden för att söka vård är låg. Om tidskostnaden är hög, dvs. det är lång väntetid för att få tillgång till sjukvård kan det istället vara så att höginkomsttagare undviker att söka vård eftersom alternativkostnaden för att vänta på vård är så hög. I Sverige är de direkta finansiella kostnaderna (t.ex. patientavgifter) relativt låga men tidskostnaderna i form av väntetid kan ibland vara höga. Det är därför oklart hur inkomster påverkar vårdsökande.

Kön är en dummyvariabel där basen 0 står för man och 1 står för kvinna. För att underlätta tolkningen av variabeln kommer ”kön” härnäst motsvaras av ”kvinna”. Enligt flertalet studier söker kvinnor vård i större omfattning än män i förhållande till sina behov (se bl.a. Burström 2002, SOU 2000:38, Socialstyrelsen 2004b). Även om kvinnor söker vård i större utsträckning än män tyder några av dessa studier på att kvinnor också undviker att söka vård trots behov i större omfattning än män. Detta skulle innebära att man kan förvänta sig positiv påverkan av att vara kvinna både på vårdsökande och ”behov av vård men inte sökt”.

Yrkesarbete mäts som en dummyvariabel där 1 innebär att respondenten yrkesarbetar och 0 innebär övrig sysselsättning dvs. studier, arbetslöshet, sjukskrivning, pension, tjänstledighet, föräldraledighet eller annat. Om yrkesarbete har en positiv eller negativ inverkan på vårdsökande är osäkert eftersom det finns incitament som pekar i båda riktningarna. Det som talar för att yrkesarbete har en negativ inverkan på vårdsökandet är att tidskostnaden för att söka vård blir högre då en person måste avsätta arbetstid för att söka läkarvård. Vad som talar för att yrkesarbetande har en större sannolikhet att söka vård än personer utan yrkesarbete är att personer som arbetar tjänar på att investera i sin hälsa och därigenom få fler friska dagar i framtiden. Det är också oklart ifall yrkesarbete ökar sannolikheten att undvika att söka vård trots behov. Även här gör alternativkostnaden för arbetstid att det blir dyrt att gå till läkaren men också dyrt att stanna hemma och vara sjuk.

Utbildning mäts som antal skolår utifrån registret över totalbefolkningen. Enligt Grossman (2000) är utbildning den variabel som har enskilt störst inverkan på individers efterfrågan på hälsa (se kap 3.1.3). Det är därför troligt att högre utbildning ger ett positivt utslag på vårdutnyttjandet och ett negativt utslag på sannolikheten att inte söka vård trots behov. En av orsakerna därtill kan vara att välutbildade individer har bättre kunskap om hur sjukvårdssystemet fungerar.

Födelseland mäts som en dummyvariabel där basen 0 innebär att respondenten är född i Sverige och 1 innebär att respondenten är född utanför Sverige. Uppgifterna kommer från registret över totalbefolkningen (RTB). Det är troligt att födelseland har inverkan på individers vårdsökande eftersom vårdsökande påverkas av tillgång till information om hur sjukvårdssystemet fungerar. Personer som är födda i Sverige har troligtvis större kunskap om det svenska sjukvårdssystemet än personer födda i något annat land. Även svårigheter att förstå svenska kan ha negativ inverkan på sannolikheten att söka vård. Födelseland är inte på något sätt en fullvärdig variabel för att mäta informationsbrist och övriga faktorer som gör det svårare att uppsöka vård. Exempelvis finns det en trolig övertäckning i datamaterialet då det är troligt att adopterade personer har samma grad av kunskap om det svenska sjukvårdssystemet som personer födda i Sverige. Det är också möjligt att det finns en undertäckning då personer som är födda i Sverige av föräldrar som invandrat en kort tid före barnens födsel kan tänkas ha sämre kunskaper om det svenska sjukvårdssystemet än övriga personer födda i Sverige.

Interaktionsvariabler för åldersgruppen 18-30 år för variablerna kön, hälsostatus, inkomst, yrkesarbete, utbildning och födelseland är inkluderade i två av regressionerna. Interaktionsvariablerna består av en dummyvariabel som anger att personen är mellan 18-30 år multiplicerat med de olika beroende variablerna. Dessa interaktionsvariabler är inkluderade för att påvisa om variablerna i modellen påverkar 18-30 åringar annorlunda än övriga åldrar, dvs 31-65. Där det finns signifikanta skillnader kan man utgå ifrån att dessa variabler har mer eller mindre påverkan på ungas vårdsökande än på vårdsökandet i populationen mellan 31-65 år och därmed att skillnaden härrör från att det är skilda effekter på unga jämfört med äldre. Interaktionsvariablerna gör att resultaten från regressionerna där de är inkluderade beskriver vårdutnyttjandet i gruppen 31-65 åringar . Det gör det visserligen svårare att jämföra grupperna 18-30 åringar och 31-65 åringar men vinsten är att det går att se om det finns några variabler som påverkar unga mer eller mindre än 31-65 åringarna vad det gäller vårdsökande.

Tabell 2 Förväntade effekter på vård sökande

Bakgrundsvariabler	Förväntade marginaleffekter
Ålder	Positiv/Negativ
Inkomst	Positiv/ Negativ
Kvinna	Positiv
Kronisk sjukdom	Positiv
Självskattad hälsa	Positiv
Sysselsättning	Positiv/ Negativ
Utbildning	Positiv
Födelse land (utanför Sverige)	Negativ

Tabell 3 Förväntade effekter på "behov av vård men inte sökt"

Bakgrundsvariabler	Förväntade marginaleffekter
Ålder	Positiv/Negativ
Inkomst	Positiv/ Negativ
Kvinna	Positiv/Negativ
Kronisk sjukdom	Negativ
Självskattad hälsa	Negativ
Sysselsättning	Positiv/ Negativ
Utbildning	Negativ
Födelse land (utanför Sverige)	Positiv

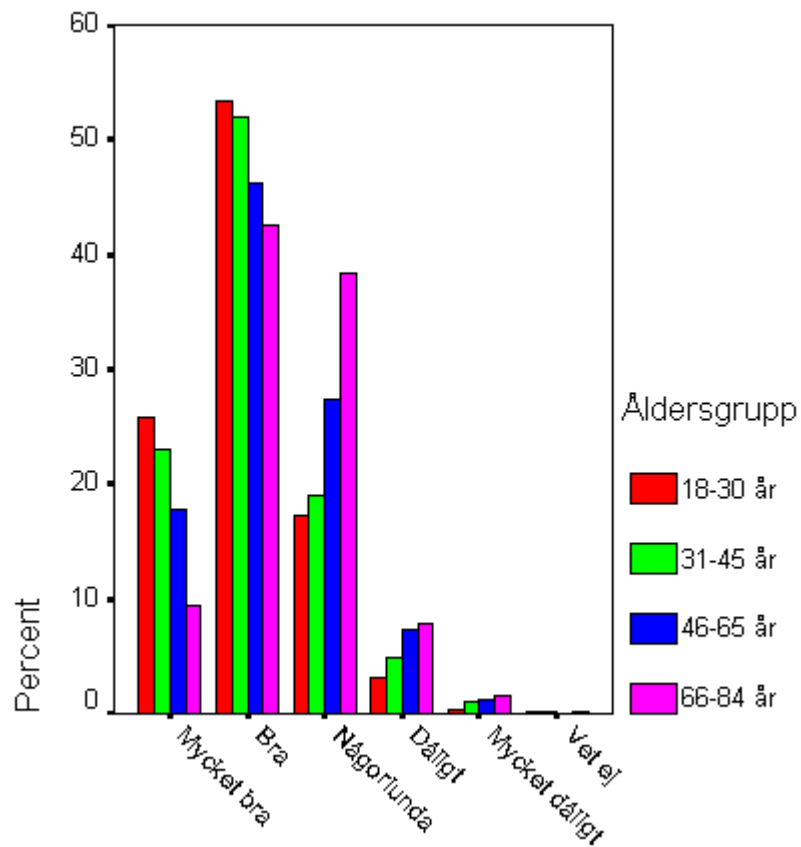
5.3 Deskriptiv statistik

Tabell 4 Frekvenser för populationen 18-84 år

Variabel	Procentuell frekvens	Variabel	Procentuell frekvens
Kön		Självskattad hälsa	
Kvinnor	54,6 %	Mycket bra	18,9 %
Män	45,4 %	Bra	48,3 %
Ålder		Någorlunda	25,6 %
Medelålder	49,11 år	Dålig	6,0 %
18-30 år	18,1 %	Mycket dålig	1,1 %
31-45 år	25,6 %	Haft kontakt med sjukvården under de 3 senaste månaderna?	
46-65 år	35,9 %	Ja	52,6 %
66-84 år	20,4 %	Nej	47,4 %
Födelseland		Läkare på sjukhusmott.	40,5 %
Sverige	88,6 %	Distriktssköterska	7,3 %
Övriga Norden	3,9 %	Akutmottagning	5,7 %
Övriga Europa	3,7 %	Varit inlagd på sjukhus	3,4 %
Utanför Europa	3,8 %	Undvikit att söka vård trots behov?	
Utbildning		Ja	14,0 %
Folkskola eller grundskola	24,2 %	Nej	86,0 %
Realskola eller flickskola	4,9 %	Orsaker till att inte söka vård?²	
2-årigt gymnasium eller yrkesskola	16,1 %	Besvären gick över	2,9 %
3-4 årigt gymnasium	18,1 %	För långa väntetider	3,3 %
Högskola < 3år	9,1 %	Svårt att komma fram på telefon	3,1 %
Högskola > 3år	20,1 %	Fick inte besökstid snabbt nog	1,6 %
Yrkesarbetar		Negativa erfarenheter från tidigare besök	3,5 %
Ja	48,0 %	Ekonomiska skäl	2,1 %
Nej	52,0 %	Hade inte tid	2,6 %
Kronisk sjukdom		Visste inte vart jag skulle vända mig	1,7 %
Ja	59,9 %	Annan orsak	3,4 %
Nej	40,1 %		

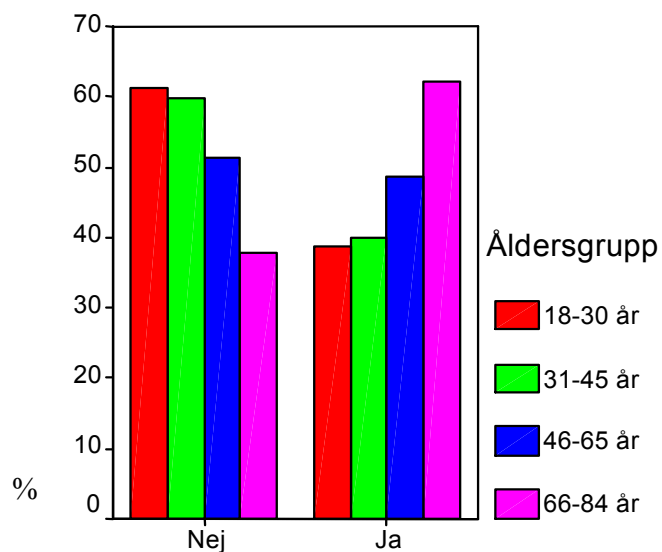
² Procentsatserna summeras till 14 %, dvs, den andel som angivit att de ej sökt vård trots behov

Diagram 3 Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?



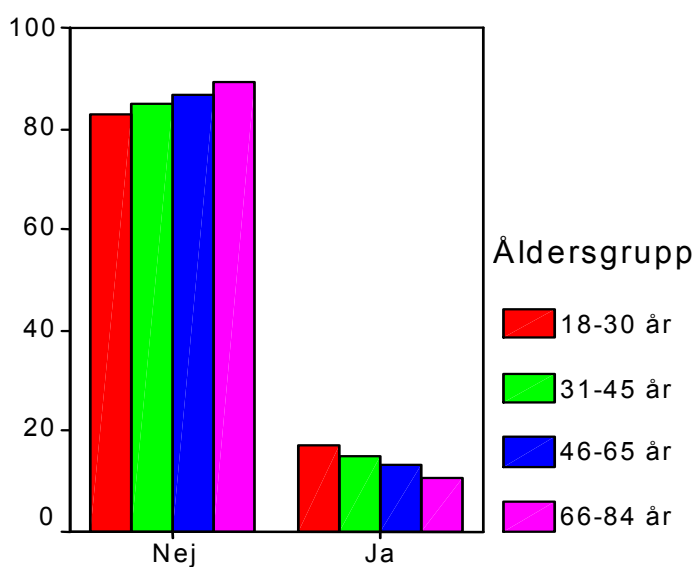
I enlighet med vad man kan förvänta sig mår yngre bättre än äldre. Glädjande nog är det endast ca 10 % av de äldre som anger att deras hälsa är dålig eller mycket dålig.

Diagram 4 Har du under de tre senaste månaderna haft kontakt med sjukvården?



Diagrammet ovan visar att de äldre i stickprovet söker mer vård än yngre vilket är helt i enlighet med vad man kan förvänta sig. Äldres sämre hälsa bör leda till att de söker mer vård.

Diagram 5 ”Har du under de tre senaste månaderna ansett dig vara i behov av läkarvård men ändå avstått från att söka vård?”



I diagrammet ovan kan det utläsas att unga i högre grad än äldre undviker att söka vård.

5.4 Ekonometrisk modell

Variablerna ”vårdsökande” och ”behov men inte sökt vård” är bägge binära variabler. Det innebär att det endast finns två möjliga utfall; Ja eller Nej. Dessa två alternativ motsvaras numerärt av 1 och 0. Eftersom en linjär regression kan ge resultat som ger värden som är mindre än 0 och större än 1 är en dylik inte lämplig att utföra på ett datamaterial där den beroende variabeln är binär. Istället kommer en logistisk regression att genomföras. Jag har använt mig av en binär logistisk regression i statistikprogrammet SPSS 14.0. Logistisk regression uppskattar sannolikheten för att en händelse skall inträffa genom att den räknar ut förändringen i de logaritmerade oddsen för att den beroende variabeln skall luta mer åt ”ja” eller ”nej”. Den logistiska regressionen skiljer sig från OLS-regressionen genom att den logistiska regressionen inte antar att det existerar något linjärt samband mellan den beroende variabeln och de oberoende variablerna. Den logistiska regressionen kräver heller inte att variablerna skall vara normalfördelade eller att homoskedasticitet föreligger. Det gör att den logistiska regressionsmetoden kan användas för datamaterial där de strängare kraven för OLS inte är uppfyllda. För att en logistisk regressionsmetod skall vara lämplig krävs emellertid att observationerna är oberoende och att de oberoende variablerna är linjärt relaterade till logaritmen av den beroende variabeln vilket antas vara uppfyllt i det här fallet (Garson 2006).

Den binära logistiska regressionsmodellen bygger på att man tänker sig en sannolikhet (Z) att en händelse skall inträffa. Z är den beroende variabeln i regressionen. Sannolikheten att Z skall inträffa beskrivs som

$$\pi_i = \frac{e^z}{1 + e^z} = \frac{1}{1 + e^{-z}}$$

eller

$$z_i = \log\left(\frac{\pi_i}{1 - \pi_i}\right)$$

Där π_i är sannolikheten att fall i inträffar och z_i är värdet på den icke-observerade kontinuerliga variabeln för fall i (SPSS 14.0 Tutorial).

I modellen antas även att Z är linjärt relaterad till de bestämmande variablerna.

$$z_i = b_0 + b_1x_{i1} + b_2x_{i2} + b_3x_{i3} \dots + b_px_{ip}$$

Där x_{ij} är oberoende variabel nummer j för fall nummer i och b_j är koefficient nummer j .
 p är antalet prediktioner.

Eftersom Z inte är en observerbar variabel måste den ersättas av de oberoende variabelernas sannolikheter.

$$\pi_i = \frac{1}{1 + e^{-(b_0 + b_1x_{i1} + b_2x_{i2} + b_3x_{i3} \dots + b_px_{ip})}}$$

Regressionskoefficienterna får man sedan fram genom en upprepad maximum likelihood model (SPSS 14.0 Tutorial). Den binära logistiska modellens lämplighet, hur väl den motsvarar datamaterialet, kan testas på fler sätt, bl.a. genom χ^2 - och Waldtest. Här används en version av χ^2 testet kallad Hosmer and Lemeshow goodness-of-fit test. För att den skattade modellen skall gälla som en förklaring till den beroende variabeln krävs att H-L testet *icke* är signifikant på 0,05 nivån. Signifikansen skall visa på ett så högt tal som möjligt för att den skattade regressionen skall vara en god beskrivning av datamaterialet (Garson 2006).

Svaren analyseras utifrån variablerna ålder, inkomst, kön, hälsostatus, sysselsättning, utbildning och födelseland.

Hela populationen mellan 18-65 år:

$$\text{Sökt läkarvård de tre senaste månaderna} = \alpha + \beta_1 \textit{kvinna} + \beta_2 \textit{ålder} + \beta_3 \textit{ålder}^2 + \beta_4 \textit{inkomst} + \beta_5 \textit{kronisk} + \beta_6 \textit{självskatthälsa} + \beta_7 \textit{utbildning} + \beta_8 \textit{yrkesarbete} + \beta_9 \textit{födelseland} + \varepsilon$$

$$\text{Behov av vård men inte sökt} = \alpha + \beta_1 \textit{kvinna} + \beta_2 \textit{ålder} + \beta_3 \textit{ålder}^2 + \beta_4 \textit{inkomst} + \beta_5 \textit{kronisk} + \beta_6 \textit{självskatthälsa} + \beta_7 \textit{utbildning} + \beta_8 \textit{yrkesarbete} + \beta_9 \textit{födelseland} + \varepsilon$$

Unga mellan 18-30 år:

$$\begin{aligned} \text{Sökt läkarvård de tre senaste månaderna} &= \alpha + \beta_1 \textit{kvinna} + \beta_2 \textit{ålder} + \beta_3 \textit{ålder}^2 + \beta_4 \textit{inkomst} + \beta_5 \textit{kronisk} \\ &+ \beta_6 \textit{självskatthälsa} + \beta_7 \textit{utbildning} + \beta_8 \textit{yrkesarbete} + \beta_9 \textit{födelseland} + \varepsilon \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Behov av vård men inte sökt} &= \alpha + \beta_1 \textit{kvinna} + \beta_2 \textit{ålder} + \beta_3 \textit{ålder}^2 + \beta_4 \textit{inkomst} + \beta_5 \textit{kronisk} \\ &+ \beta_6 \textit{självskatthälsa} + \beta_7 \textit{utbildning} + \beta_8 \textit{yrkesarbete} + \beta_9 \textit{födelseland} + \varepsilon \end{aligned}$$

6. Resultat

Vid tolkning av den binära logistiska modellen bör man ha några saker i åtanke. Koefficienterna kan, precis som vid OLS-regression användas för att ta fram ett uppskattat värde på den beroende variabeln. Koefficienterna kan däremot inte tolkas på ett lika entydigt sätt som i OLS-regressionen. Koefficienterna i den logistiska regressionen beräknar förändringen i de logaritmerade oddsen för den beroende variabeln då en oberoende variabel ökar med en enhet. För att tolka de oberoende variabelernas påverkan på den beroende variabeln är det därför lämpligare att se till oddsen än till koefficienterna. Oddstalen är exponentialfunktionen av de logaritmerade oddsen. Om koefficienten exempelvis är $b = 0,405$, som i koefficienten för kvinna i den första regressionen, så är det motsvarande oddstalet för variabeln $e^{0,405}$ vilket är 1,499. Oddstalet kan tolkas som förhållandet mellan att en händelse skall inträffa och att den inte inträffar. Det kan skrivas som

Oddstal = Sannolikheten för att händelse A skall inträffa / 1-(Sannolikheten för att händelse A skall inträffa)

Oddstal skrivs ofta som t.ex. 2:7 där sannolikheten är 2 att en händelse skall inträffa och 7 för att den inte skall inträffa. Oddstalet i det här fallet skulle vara 0,2857. Ett oddstal som ligger nära noll tyder på att den oberoende variabeln har en starkt negativ påverkan på den beroende variabeln. Om oddstalet ligger nära 1 har den oberoende variabeln mycket liten inverkan på den beroende variabeln (Garson 2006).

För signifikansnivåerna redovisas endast de värden som har en signifikansnivå under 10%. För övriga, icke-signifikanta, resultat redovisas endast att de är icke-signifikanta, i.s.

Tabell 5 ”Har du under de tre senaste månaderna haft kontakt med sjukvården?”
Populationen mellan 18-65 år

Bakgrundsvariabel	Koefficient	Standard avvikelse	Signifikans	Odds
Kvinna	0,405	0,055	0,000	1,499
Ålder	- 0,063	0,019	0,001	0,939
Ålder ²	0,001	0,000	0,000	1,001
Självskattad hälsa				
Mycket bra	-0,398	0,073	0,000	0,328
Någorlunda	0,735	0,067	0,000	2,085
Dålig	1,542	0,137	0,000	4,672
Mycket dålig	1,702	0,334	0,000	5,487
Kronisk sjukdom	1,064	0,58	0,000	2,899
Inkomst	0,005	0,003	0,079	1,005
Yrkesarbetar	-0,18	0,059	i.s	0,983
Utbildning	0,032	0,011	0,003	1,033
Född utanför Sverige	0,081	0,083	i.s	1,085
Interaktionsvariabler				
Kvinna*ålder 18-30 år	0,340	0,113	0,003	1,405
Kronisk *ålder 18-30 år	0,067	0,123	i.s	1,069
Inkomst *ålder 18-30 år	0,019	0,010	0,058	1,019
Yrkesarbetar *ålder 18-30 år	-0,062	0,124	i.s	0,940
Utbildning *ålder 18-30 år	-0,038	0,016	0,021	0,963
Födelseland *ålder 18-30år	0,035	0,188	i.s	1,036
Mycket bra*ålder 18-30 år	0,160	0,138	i.s	1,173
Någorlunda*ålder 18-30år	-0,233	0,145	i.s	0,792
Dålig*ålder 18-30år	-0,857	0,317	0,007	0,425
Mycket dålig*ålder 18-30år	0,701	1,152	i.s	2,015

Regressionen ovan visar vilka variabler som påverkar populationens vårdsökande. Svaret på frågan, ”Har du under de tre senaste månaderna haft kontakt med sjukvården?”, kan ses om en indikation på hur vårdutnyttjandet i befolkningen är fördelat mellan olika grupper. Eftersom interaktionsvariabler för åldersgruppen 18-30 år är inkluderade visar de första variablerna utfallet för gruppen 31-65 åringar. Till en början visar resultaten att det finns en signifikant och tydlig skillnad mellan mäns och kvinnors vårdutnyttjande. Oddstalet för att en kvinna skall ha sökt vård är 1,499 vilket indikerar att kvinnor söker vård i betydligt högre

utsträckning i åldrarna 31-65 år. Vad gäller åldersvariabeln så är även den signifikant och tyder på att i åldersgruppen 31-65 år söker de yngre vård i högre utsträckning än de äldre vilket är tvärt emot vad tidigare studier visat. Variabeln Ålder² pekar dock på att denna effekt är något avtagande. Vårdutnyttjandet i åldersgruppen 31-65 år förefaller därför att minska med åldern men med en avtagande tendens. Variablerna för självskattad hälsa och kronisk sjukdom får ses som kontrollvariabler eftersom dessa variabler bör ha den största påverkan på om människor väljer att söka vård eller ej. Följaktligen är dessa variabler också signifikanta på 0.1% nivån och följer det mönster man kan förvänta sig, de som angett att deras hälsostatus är mycket bra har låga odds för att uppsöka sjukvården medan för dem som har angett att de har mycket dålig hälsa är oddsen 5,487 mot 1 för att uppsöka sjukvård i jämförelse med någon som angett att hans/hennes hälsa är bra. Inkomstvariabeln är signifikant på 10% nivån vilket tyder på att högre inkomst har en positiv påverkan på vårdsökandet även om signifikansen är låg. Det finns inga signifikanta skillnader i vårdsökandet mellan dem som angett att de yrkesarbetar och dem som har annan försörjning. Däremot har fler skolår en positiv inverkan på sannolikheten att uppsöka vård. Ett års ytterligare skolgång ger oddstal på 1,033 för att individen skall ha sökt vård. Att vara född utanför Sverige har ingen påverkan på sannolikheten att söka vård.

Interaktionsvariablerna som kombinerar dummyvariabeln åldersgrupp 18-30 år med de övriga variablerna i modellen påvisar eventuella skillnader mellan den unga åldersgruppen och populationen mellan 31-65 år i de inkluderade variablerna. I regressionen över vårdutnyttjande visar interaktionsvariablerna med ”kvinna”, ”inkomst” och ”utbildning” på viss signifikans. Dessa resultat tyder på att för den yngre åldersgruppen har kvinnligt kön en större påverkan på vårdsökande än för den äldre åldersgruppen. Inkomst har en signifikans på 0,058 och det är därför inte helt klart om inkomst har större inverkan på unga än på den övriga populationen. Signifikansen för utbildning, 0,021, och den negativa koefficienten tyder på att utbildning har mindre inverkan på de yngres vårdsökande än vad som gäller för övriga populationen. Även variabeln ”dålig” för självskattad hälsa visar på en signifikant skillnad mellan unga och äldre, här skulle det vara ett tecken på att dålig hälsa påverkar de yngres vårdsökande i mindre utsträckning än för de äldre.

Modellen i sin helhet är signifikant då Hosmer and Lemeshow testet visar på en signifikans på 0,612. Det är betydligt högre än 0,05 vilket krävs för att modellen i tillräckligt hög grad skall motsvara datamaterialet.

**Tabell 6 "Har du under de tre senaste månaderna haft kontakt med sjukvården?"
Populationen mellan 18-30 år**

Bakgrundsvariabel	Koefficient	Standard avvikelse	Signifikans	Odds
Kvinna	0,753	0,101	0,000	2,123
Ålder	-0,096	0,203	i.s	0,908
Ålder ²	0,002	0,004	i.s	1,002
Mycket bra	-0,224	0,119	0,059	0,799
Någorlunda	0,518	0,131	0,000	1,679
Dålig	0,698	0,298	0,016	2,009
Mycket dålig	2,391	1,105	0,030	10,928
Kronisk sjukdom	1,142	0,110	0,000	3,132
Inkomst	0,018	0,011	i.s	1,018
Yrkesarbetar	-0,094	0,109	i.s	0,911
Utbildning	0,011	0,031	i.s	1,011
Född utanför Sverige	0,104	0,172	i.s	1,109

I gruppen 18-30 åringar finns inga oväntade skillnader som kan påvisas med de inkluderade variablerna. Det finns en stor skillnad mellan män och kvinnor men en del av den skillnaden kan tänkas härröra från vårdsökande i samband med graviditet. Bland 18-30 åringarna tycks det alltså endast vara hälsostatus och kön som avgör hur frekvent man uppsöker sjukvård. Hosmer and Lemeshow testet visar på en signifikanstal på 0,229 vilket är tillräckligt för att modellen skall motsvara datamaterialet.

Tabell 7 ”Har du under de tre senaste månaderna ansett dig vara i behov av läkarvård men ändå avstått från att söka vård?”

Populationen 18-65 år

Bakgrundsvariabel	Koefficient	Standard avvikelse	Signifikans	Odds
Kvinna	0,042	0,074	i.s	1,043
Ålder	0,036	0,032	i.s	1,037
Ålder ²	-0,001	0,000	0,032	0,999
Mycket bra	-0,897	0,145	0,000	0,408
Någorlunda	1,092	0,087	0,000	2,982
Dålig	1,539	0,128	0,000	4,662
Mycket dålig	1,718	0,252	0,000	5,573
Kronisk sjukdom	0,146	0,082	0,075	1,158
Inkomst	0,001	0,004	i.s	1,001
Yrkesarbetar	0,198	0,081	0,015	1,219
Utbildning	-0,016	0,016	i.s	0,984
Född utanför Sverige	0,767	0,094	0,000	2,154
Interaktionsvariabler				
Kvinna*ålder 18-30 år	0,018	0,145	i.s	1,018
Kronisk *ålder 18-30 år	0,381	0,154	0,013	1,464
Inkomst *ålder 18-30 år	-0,024	0,013	0,063	0,976
Yrkesarbetar *ålder 18-30 år	-0,093	0,159	i.s	0,911
Utbildning *ålder 18-30 år	0,041	0,021	0,050	1,041
Födelseland *ålder 18-30 år	-0,281	0,212	i.s	0,755
Mycket bra*ålder 18-30 år	0,396	0,228	i.s	1,486
Någorlunda*ålder 18-30 år	-0,087	0,167	i.s	0,917
Dålig*ålder 18-30 år	-0,212	0,300	i.s	0,809
Mycket dålig*ålder 18-30 år	-0,025	0,734	i.s	1,026

Resultaten av regressionen för svaret på frågan, ”Har du under de tre senaste månaderna ansett dig vara i behov av läkarvård men ändå avstått från att söka vård?”, antas motsvara det otillfredsställda vårdbehovet i populationen. Tillsammans med resultaten över vårdutnyttjandet ger det en mer fullödig bild av efterfrågan på sjukvård i Sverige. Till skillnad från resultaten över vårdutnyttjandet finns det inga påvisbara skillnader mellan män och

kvinnor vad gäller otillfredsställt vårdbehov. Det går heller inte att dra några slutsatser om skillnader mellan olika åldersgrupper. Det finns dock högst signifikanta skillnader i otillfredsställt vårdbehov som beror på variablerna för självskattad hälsa. Individer som angett att deras hälsostatus är, någorlunda, dålig eller mycket dålig anger i betydligt högre utsträckning att de inte sökt vård trots att de varit i behov av det. Denna tendens finns också bland de kroniskt sjuka, även om signifikansen, 0,075 inte är särskilt stark. Det finns inga synbara skillnader i otillfredsställt vårdbehov mellan hög- och låginkomsttagare eller mellan hög- och lågutbildade. Däremot har yrkesarbete en påvisbar inverkan på otillfredsställt vårdbehov. De individer som angett att de yrkesarbetar, anger i högre utsträckning att de undvikit att söka vård trots behov än de som har annan sysselsättning. Den största skillnaden finns dock mellan de som är födda i och utanför Sverige. Utlandsfödda anger i betydligt högre grad än svenskfödda att de undvikit att söka vård trots behov.

Det finns tre interaktionsvariabler som påvisar att det finns signifikanta skillnader mellan den äldre och den yngre åldersgruppen i stickprovet, ”kronisk”, ”utbildning” och ”inkomst”. Resultaten visar på att kronisk sjukdom påverkar otillfredsställt vårdbehov i högre grad för de yngre än för de äldre, dvs om man är en kroniskt sjuk ungdom är man mer benägen att inte söka vård än vad kroniskt sjuka i populationen mellan 31-65 år skulle vara. Inkomst verkar däremot ha en mindre inverkan på att inte söka vård trots behov hos unga än för de äldre. Slutligen visar interaktionskoefficienten för utbildning att högre utbildning hos de unga i större utsträckning än för de äldre leder till att individen undviker att söka vård.

Hosmer and Lemeshow testet visar på en signifikans på 0,300 och modellen i sin helhet klarar därför de uppsatta signifikanskraven.

Tabell 8 Har du under de tre senaste månaderna ansett dig vara i behov av läkarvård men ändå avstått från att söka vård?

Populationen 18-30 år

Bakgrundsvariabel	Koefficient	Standard avvikelse	Signifikans	Odds
Kvinna	0,064	0,125	i.s	1,066
Ålder	0,855	0,271	0,002	2,353
Ålder ²	-0,017	0,005	0,002	0,983
Självskattad hälsa				
Mycket bra	-0,486	0,178	0,006	0,615
Någorlunda	1,000	0,146	0,000	2,718
Dålig	1,299	0,276	0,000	3,667
Mycket dålig	1,671	0,697	0,016	5,319
Kronisk sjukdom	0,520	0,132	0,000	1,682
Inkomst	-0,034	0,015	0,022	0,967
Yrkesarbetar	0,097	0,137	i.s	1,102
Utbildning	-0,016	0,038	i.s	0,985
Född utanför Sverige	0,392	0,197	0,047	1,480

Inte heller bland de unga mellan 18-30 år har kön någon inverkan på otillfredsställt vårdbehov. Resultaten visar att det finns en skillnad i otillfredsställt vårdutnyttjande inom åldersgruppen. Det otillfredsställda vårdbehovet ökar med åldern men med en avtagande margineffekt. Resultaten visar också att även för de unga innebär sämre hälsostatus att individen har ett större otillfredsställt vårdbehov. En intressant skillnad mellan hela populationen och åldersgruppen 18-30 åringar är att inkomst är en signifikant variabel bland de unga men inte inom gruppen 31-65 åringar. Ju högre inkomst de unga har desto mindre sannolikhet är det att de skall ha ett otillfredsställt vårdbehov. Födelseland är precis som för hela populationen en signifikant betydande faktor för otillfredsställt vårdbehov. Hosmer and

Lemeshow testet visar på en signifikans på 0,637 vilket gör att modellen kan anses motsvara datamaterialet på ett tillräckligt tillförlitligt vis.

6.1 Sammanfattning av resultat

Analysen innefattar fyra regressioner som beskriver vårdutnyttjandet i Sverige i gruppen 18-30 åringar och gruppen 31-65 åringar under mars-juni 2004. Eftersom tidigare studier har visat tecken på att ungas vårdutnyttjande har minskat fanns det anledning att specifikt undersöka vårdutnyttjandet i den gruppen (SOU 2000:38 och Burström 2002). För att få en fullödigare bild av vårdbehovet både som vårdutnyttjande och som behov av vård analyserades två enkätfrågor: ”Har du under de tre senaste månaderna haft kontakt med sjukvården?” och ”Har du under de tre senaste månaderna ansett dig vara i behov av läkarvård men ändå avstått från att söka vård?”. De viktigaste resultaten kan summeras som

- 52,6 % av respondenterna anger att de haft kontakt med sjukvården under de tre senaste månaderna. De flesta av respondenterna, 40,5 %, angav att kontakten med sjukvården bestod i besök hos läkare på en sjukhusmottagning.
- 14 % angav att de undvikit att söka vård trots att de ansett sig vara i behov av vård under de tre senaste månaderna. Den vanligaste orsaken till att inte söka vård var negativa erfarenheter från tidigare besök, vilket 3,5 % av hela stickprovet svarade. För långa väntetider och att besvären gick över var också vanliga orsaker.
- Kvinnor söker vård oftare än män, denna skillnad är än större i gruppen 18-30 åringar. Däremot finns det inga signifikanta skillnader i otillfredsställt vårdbehov mellan könen.
- Yngre söker *mer* vård än äldre i gruppen 31-65 år efter att hälsostatus och övriga variabler är kontrollerade för. Det finns dock en liten avtagande marginaleffekt. Ålder har ingen signifikant påverkan på otillfredsställt vårdbehov i åldersgruppen 31-65 år. I gruppen 18-30 år kunde inga skillnader i vårdsökande som beror på ålder påvisas. I gruppen 18-30 åringar pekar dock resultaten på att det otillfredsställda vårdbehovet ökar med åldern, om än med en avtagande marginaleffekt.
- Självskattad hälsa och kronisk sjukdom har, så som man kan förvänta sig, en stark signifikant påverkan på vårdsökande. Det gäller både bland 31-65 åringar och bland

18-30 åringar. I den yngre gruppen har kronisk sjukdom en speciellt stor inverkan på vårdsökandet.

- Självskattad hälsa och kronisk sjukdom har även stor inverkan på otillfredsställt vårdbehov. Ju sämre hälsa en individ har, desto större sannolikhet är det att personen inte sökt vård trots behov. Detta gäller i lika hög grad för 31-65 åringarna som för de unga.
- Inkomst har mycket liten eller ingen påverkan på vårdsökande för de båda grupperna. För populationen mellan 31-65 år har inkomst heller ingen påverkan ifall individen undvikit att söka vård trots behov. Däremot finns det signifikanta skillnader mellan hög- och låginkomsttagare i gruppen 18-30 år. De med låg inkomst hade i högre utsträckning än de med hög inkomst undvikit att söka vård.
- Om individen yrkesarbetar eller ej hade ingen inverkan på vårdsökande. För 31-65 åringarna innebar emellertid yrkesarbete att individen hade större sannolikhet att ha ett otillfredsställt vårdbehov. Denna skillnad fanns ej i gruppen 18-30 åringar.
- Utbildning hade inverkan på 31-65 åringarnas vårdsökande, högre utbildning ledde till högre vårdsökande. Denna skillnad gick inte att påvisa hos de yngre. Utbildning hade ingen påverkan på otillfredsställt vårdbehov för någon av grupperna.
- Att vara född utanför Sverige hade ingen påverkan på vårdsökandet i populationen. Däremot hade det mycket stor inverkan på att ha ett otillfredsställt vårdbehov, både i hela populationen och bland de yngre. Utrikesfödda hade undvikit att söka vård i betydligt högre utsträckning än inrikesfödda.

6.2 Tänkbara problem med analysmetoden

Det finns vissa problem med att se vårdutnyttjande ur ett ekonomiskt perspektiv. Det är troligt att det finns många psykologiska och kulturella faktorer som påverkar vårdsökande som inte har kunnat inkluderas i denna analys. Dessa faktorer såsom till exempel familjens mönster kring vårdsökande och tillit till sjukvården kan vara bättre lämpade för en kvalitativ beteendevetenskaplig undersökning.

Ett problem som bör betänkas då man analyserar resultaten av en enkätundersökning är att respondenterna kan ha svårt att minnas hur de agerat under en tidsperiod, här tre månader. Det

som talar för att detta inte skulle vara ett allt för stort problem i den här analysen är att tidsperioden är relativt kort.

Ett ytterligare problem med studien kan vara att det inte går att utröna om personen söker vård för första gången för den specifika åkomman eller om besöket rör sig om ett återbesök på inrådan av läkare. Det ställer till problem då det främst är individens egna initiativ till vård sökande som har varit av intresse för analysen. Om besöket rör sig om ett återbesök kommer läkarens roll in i bilden och hon/han kan påverka i vilken utsträckning olika individer söker vård. Det gör att individens egen roll som den som efterfrågar sjukvård blir mer oklar och andra aspekter, såsom diskriminering och läkarens roll som ekonomisk intressent, kommer in i bilden. Detta problem gör att det finns ytterligare en anledning att titta mer på dem som angett att de inte sökt vård trots behov än på dem som sökt vård.

Interaktionsvariablerna i analysen har nackdelen att det blir svårare att jämföra de två undersökta grupperna 18-30 åringar och 31-65 åringar vad gäller vård sökande och otillfredsställt vårdbehov. Däremot går det att jämföra om de inkluderade variablerna har större eller mindre inverkan på någon särskild grupp.

Bland orsakerna till att inte söka vård trots behov är inte orsaken att personen inte trodde att sjukvården skulle kunna förbättra hälsan inkluderad. Detta har i andra studier visat sig vara en avgörande faktor för om individen söker vård eller ej. I en studie av Westin et al. (2004) var den största orsaken till att individerna i undersökningen inte sökt vård att de inte trodde att ett läkarbesök skulle kunna förbättra deras hälsa.

De angivna orsakerna till att inte söka vård förtjänar att undersökas ytterligare men plats- och tidsbrist lämnar inget utrymme för det i den här uppsatsen.

7. Diskussion

Andelen som haft kontakt med sjukvården under de tre senaste månaderna, 52,6 %, skulle kunna ses som en viss ökning från slutet av 1990-talet då siffran för någon form av läkarkontakt under de tre senaste månaderna var ca 40 % av befolkningen, dessa siffror kunde även inkludera telefonkontakt (SOU 2000:38). I den här undersökningen svarade 40,5 % att de besökt läkare på sjukhusmottagning under de tre senaste månaderna. Det ser alltså ut som om det har skett en generell ökning av individer som anger att de sökt läkarvård. Detta behöver dock inte ge något utslag på antalet besök i öppenvården (se diagram 1) om det är så att de som tidigare gjorde ett stort antal läkarbesök har minskat sitt vårdsökande till förmån för att en större del av befolkningen söker vård. Det skulle dock krävas utförligare analyser för att bekräfta denna hypotes.

Det ser ut som om antalet som undvikit att söka vård trots behov har ökat sedan slutet av 1990-talet. I SOU 2000:38 var antalet som ej sökt vård trots behov någon gång under de tre senaste månaderna ca 11 %. I den här analysen var den siffran 14 %. Det kan ha två orsaker, antingen kan sjukvården ha blivit mindre tillgänglig eller så har behoven hos befolkningen ökat. Det skulle kunna finnas en tidsaspekt som gör att även om antalet läkarbesök ökar så ökar ändå det otillfredsställda behovet. Det beror på att sjukvården får allt större möjligheter att bota olika sjukdomar och åkommor på grund av teknikutveckling. Det innebär att behovet av sjukvård i befolkningen ökar från år till år då en aspekt av att ha ett behov av sjukvård är att vården skall kunna förbättra hälsostatusen hos individen. Då teknikutvecklingen gör att allt fler kan botas leder det också till ökade behov. Det är troligt att behovet av sjukvård kommer att öka i framtiden på grund av teknikutvecklingen och förutom det så kommer även den ökade levnadslängden göra att människor behöver mer sjukvård. För att de ökade behoven skall komma i uttryck som vårdsökande krävs dock att individerna är medvetna om sjukvårdens framsteg. Detta för att de själva ska anse att de har behov av sjukvård för en åkomma som kanske tidigare inte gick att åtgärda med sjukvårdens hjälp.

Flera resultat i analysen pekar mot att sjukvården i Sverige är relativt lika fördelad mellan olika befolkningsgrupper. Bland annat tycks inkomster inte ha någon stor inverkan på vårdsökandet i populationen. Det stämmer överens med målet för den svenska sjukvården som enligt hälso- och sjukvårdslagen (1992:567) lyder, "Målet för hälso- och sjukvården är en

god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.” Detta verkar enligt min analys vara uppfyllt i alla fall vad det gäller olika inkomstgrupper. Inom gruppen 18-30 åringar fanns det dock signifikanta skillnader i otillfredsställt vårdbehov som berodde på inkomstskillnader. Det kan å andra sidan vara svårt att avgöra inkomstens betydelse bland unga eftersom många försörjer sig på studielån och därmed har väldigt låga inkomster vilket gör det svårt att jämföra studenterna med dem som har ett arbete och troligtvis tjänar betydligt mer. Det är också tänkbart att alla inkomster inte kan mätas med den disponibla inkomsten eftersom många unga i åldern 18-30 år fortfarande bor hemma och/eller får ekonomiskt stöd av sina föräldrar. Ungas inkomster anses så svåruppskattade att gruppen unga upp till 25 år ibland utesluts ur studier av vårdutnyttjande (se exempelvis Burström 2002). Av dessa skäl är det vanskligt att dra några klara slutsatser om inkomstens påverkan på ungas vårdutnyttjande. En övergripande slutsats är att vårdutnyttjandet i Sverige inte påverkas i någon högre utsträckning av individers disponibla inkomst.

Vidare så visar studien att verkligheten stämmer överens med det uppsatta målet i Hälso- och sjukvårdslagen (1992:567) på ytterligare en punkt, ”den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården”. Det som i analysen används som mått på behov, hälsostatus och kronisk sjukdom, har nämligen den största påverkan på vårdutnyttjande i regressionerna. Detta märks tydligast i regressionen över ”kontakt med sjukvården under de 3 senaste månaderna” för populationen mellan 31-65 år. Där är både variablerna för självskattad hälsa och variabeln för kronisk sjukdom signifikanta på 0,001 nivån. Resultaten visar däremot även att de med sämst hälsa inte får hela sitt behov av sjukvård uppfyllt. På frågan, ”Har du under de tre senaste månaderna ansett dig vara i behov av läkarvård men ändå avstått från att söka vård?”, visar det sig att i båda regressionerna, den för populationen mellan 31-65 år samt den för 18-30 åringar, att variablerna för självskattad hälsa är starkt signifikanta. För 31-65 åringarna är kronisk sjukdom inte signifikant vad det gäller otillfredsställt vårdbehov men för 18-30 åringarna har kronisk sjukdom en stark påverkan på ett otillfredsställt vårdbehov. En möjlig anledning kan vara att individer med dålig hälsa som ofta uppsöker sjukvården lägger en större del av sin inkomst och tid på sjukvård och de anser sig därför inte ha råd eller tid att söka än mer vård som skulle mätta deras behov. Det kan också vara så att personer med dålig hälsa har haft omfattande kontakt med sjukvården och har dåliga erfarenheter som gör att de drar sig för att söka vård. Det är värt att komma ihåg att det är en liten grupp individer som utnyttjar en stor del av sjukvårdens resurser. Det är möjligt att denna grupp skulle behöva en ännu större del av resurserna för att få sina behov tillfredställda (se kap 2.1).

Vad gäller ålderns påverkan på vårdsökande så tyder min analys på att i gruppen 31-65 åringar så söker unga mer vård än äldre då man kontrollerat för hälsostatus och övriga variabler. Det är en motsatt effekt från den som tydliggörs av diagram 4 vilket visar på vikten av att inkludera kontrollvariabler då man vill göra en grundläggande analys. Dessa resultat går också på tvären med tidigare undersökningar på området som har visat på att unga söker allt mindre vård (SOU 2000:38). I gruppen 18-30 åringar har dock ålder ingen signifikant påverkan på vårdsökande. En anledning till att unga vuxna söker mer vård än medelålders kan tänkas vara att individer över 65 år, som ofta har ett stort vårdbehov, utesluts i denna analys och att de kvarstående individerna är personer med relativt lågt vårdbehov. På så sätt påvisas vårdbehovet hos befolkningen i förvärsarbetande ålder och då upptäcks de ungas högre vårdutnyttjande. Det finns ett antal möjliga förklaringar till ungas högre vårdsökande; vårdsökande i samband med graviditet för kvinnor, vaccinationer och dylikt i samband med utlandsresor som kan tänkas vara vanligt bland yngre, unga kan också tänkas vara mer riskbenägna än äldre och det kan därför antas att de behöver uppsöka läkarvård i samband med olyckor oftare än äldre. Enligt Grossmans efterfrågeteori (se kap 3.1) så beror de äldres lägre vårdutnyttjande givet hälsostatus på att deras efterfrågan på hälsa inte ökar i samma takt som kostnaderna för att uppehålla samma hälsostatus ökar. De äldre ökar alltså inte sitt vårdsökande i den omfattning de skulle behöva för att motsvara sina ökade behov av vård. En förklaring till detta skulle kunna ligga i att de äldre anpassar sig till en sämre hälsostatus och väljer att inte försöka uppnå en bättre hälsostatus till vilket pris som helst utan väljer hellre att konsumera andra varor (se kap 3.2). Det skulle också kunna tänkas att det har skett en attitydförändring till vårdsökande i den unga delen av befolkningen och att vi kommer se ett högre vårdsökande i framtiden. Det är oklart om de unga vuxnas högre vårdutnyttjande beror på att de äldre på något sätt är diskriminerade i fördelningen av sjukvård. Analysresultaten visar att det inte finns några signifikanta skillnader som beror på åldersvariabeln vad det gäller otillfredsställt vårdbehov vilket ger en fingervisning om att ingen av grupperna anser sig underutnyttja vården i förhållande till sina behov.

Kvinnors högre vårdutnyttjande kan till viss del förklaras av vårdbesök i samband med barnafödande, något som märks tydligt då skillnaderna i vårdutnyttjande är extra stort i den yngre åldersgruppen, 18-30 år. Som tidigare nämnts finns det troligtvis även kulturella och biologiska faktorer som påverkar skillnaden i vårdutnyttjande mellan könen. Kvinnor har generellt sett högre sjuklighet än män vilket torde öka vårdsökandet. Intressant är att det inte

finns några signifikanta skillnader i otillfredsställt vårdbehov som kan härledas till könen. Det kan vara ett tecken på att den nuvarande skillnaden i vårdutnyttjande mellan könen är i någorlunda balans, dvs. även om kvinnor utnyttjar vård i högre utsträckning än män så anser inget av könen specifikt att de inte får sina behov tillfredställda.

Ett intressant resultat av analysen är att individer som yrkesarbetar i högre utsträckning än de med övrig försörjning (t.ex. arbetslösa, förtidspensionärer och studerande) angett att de undvikit att söka vård trots ett upplevt behov. Den troligaste anledningen därtill är att personer med ett yrkesarbete har svårt att ta sig tid till att gå till läkaren. Yrkesarbetande har högre tidskostnad för att söka vård än vad de flesta med övrig sysselsättning har och detta tycks påverka vårdsökandet. Detta är inget självklart resultat eftersom yrkesarbetande troligtvis också har högre alternativkostnader för att vara sjuka och de borde därför vara extra måna om att bli friska snabbt vid sjukdom istället för att stanna hemma från arbetet. Ur ett välfärdsperspektiv kan det vara problematiskt att yrkesarbetande inte söker vård trots behov. En möjlig lösning skulle kunna vara att se över anställdas rättigheter att uppsöka sjukvård på arbetstid utan att förlora en för stor del av inkomsten.

Analysen påvisade en skillnad i vårdutnyttjande som härrör från utbildningsnivå hos 31-65 åringarna. Välutbildade har enligt analysen en större benägenhet att söka vård än lågutbildade, givet kontroll för de övriga variablerna. Utbildning hade däremot ingen påverkan på otillfredsställt vårdbehov. Detta resultat stämmer överens med Grossmans teori om att högre utbildning skulle leda till högre efterfrågan på hälsa och därigenom även högre efterfrågan på sjukvård (se kap 3.1.3). Det är tänkvärt att utbildning har större inverkan än inkomst på vårdutnyttjandet i Sverige. Det skulle kunna vara ett tecken på att utbildning är en mer betydande socioekonomisk faktor för påverkan på hälsan i befolkningen än vad inkomst är. Det kan vara värt att hålla i minnet om man vill öka de lägre socioekonomiska gruppernas vårdutnyttjande. Det skulle innebära att man ser de lågutbildade snarare än låginkomsttagarna som en grupp som har svårare att tillgodogöra sig sjukvården. Det är möjligt att de relativt låga kostnaderna (i form av patientavgifter) har gjort att ekonomi inte är en stor faktor som påverkar individens vårdsökande. Även högkostnadsskyddet torde verka för att ekonomi är en mindre betydande variabel för vårdsökande. Det gick inte att påvisa några skillnader i vårdsökande som berodde på utbildning hos 18-30 åringarna. Det faller sig ganska naturligt med tanke på att många i den åldern fortfarande utbildar sig och inte har börjat dra nytta av sin utbildning än.

Ett av de entydigaste resultaten av analysen är att födelse-land påverkar individens otillfredsställda vårdbehov. De som är födda utanför Sverige angav i betydligt högre utsträckning att de undviker att söka vård trots att de ansåg sig vara i behov av det. Det fanns däremot inga påvisbara skillnader i vårdsökande som kunde sägas bero på födelse-land. Det är möjligt att utlandsfödda har ett högre behov av vård än svenskfödda men att detta inte kommer till uttryck i vårdsökande eftersom utlandsfödda av olika orsaker undviker att söka vård i den utsträckning de egentligen skulle behöva. Det kan ses som ett välfärdsproblem att gruppen utlandsfödda inte söker vård i motsvarighet till sina behov. Möjliga förklaringar till utlandsföddas motstånd till att söka vård kan tänkas vara problem med att bli förstådd, dåliga kunskaper om det svenska sjukvårdssystemet och dåliga erfarenheter från tidigare sjukbesök. Det är tydligt att det finns mer att göra för att främja vårdutnyttjandet för gruppen utlandsfödda.

I den här analysen är det *vårdutnyttjande* som har använts som måttstock för att analysera hur olika grupper tillgodogör sig vård i Sverige. Det innebär att det är viktigt att hålla i åtanke att även om det finns skillnader i vårdutnyttjande t.ex. mellan låg- och högutbildade så behöver det ändå inte vara ett tecken på en fördelning av vård som är orättvis på något sätt. Skillnaderna kan istället ses som skillnader i preferenser för sjukvård mellan låg- och högutbildade. Dessa skillnader skulle vidare kunna analyseras med hjälp av teorier om efterfrågan på hälsa.

Hade man istället velat studera *tillgång till vård* hade det varit möjligt att jämföra kostnader för olika individer för att uppsöka sjukvård. I Sverige, där sjukvården är offentligt finansierad genom skatter, är de direkta finansiella kostnaderna för att uppsöka sjukvård de samma för individer som uppsöker samma vårdinrättning. Däremot kan patientavgifterna skilja sig för olika vårdinrättningar och mellan olika landsting. Tidskostnaderna varierar betydligt mer än de finansiella kostnaderna från individ till individ. De som bor långt ifrån en vårdinrättning, t.ex. på landsbygden, har högre tidskostnad för att uppsöka vård än andra. För att få en bild av hur tidskostnader i form av avstånd påverkar individens vårdsökande hade det varit av vikt att känna till avståndet till närmaste vårdinrättning för individerna.

Om det istället hade varit *sjukvård i förhållande till behov* som hade studerats hade flera problem uppstått. Det är mycket svårt att avgöra hur stort en individs behov av vård är för att

sedan kunna jämföra det med andra individers behov. I den här analysen har hälsostatus använts som en uppskattning av behov men hälsostatus säger ingenting om huruvida individen kan dra nytta av sjukvård eller ej. Om sjukvården skulle fördelas helt efter behov är det troligt att resurserna skulle koncentreras än mer till de svårast sjuka och att insatser som endast marginellt skulle förbättra de sämst ställdas hälsa skulle genomföras. Nu visar analysen att hälsostatus har en mycket stark påverkan på vårdutnyttjande vilket är positivt eftersom det är ett tecken på att de med störst behov får mest vård. Det visar sig däremot också att de med sämst hälsa i högre grad än de med god hälsa har ett otillfredsställt vårdbehov. Det kan dock finnas en poäng med att vårdutnyttjandet är spritt till en större del av befolkningen till skillnad från om de med sämst hälsa skulle bruka nästan all vård. Det beror på att sjukvården i Sverige till största delen är skattefinansierad. För att medborgarna skall vara villiga att betala för sjukvården kan det vara nödvändigt att vårdutnyttjandet är spritt i befolkningen och att de som betalar skatt känner att de kan få tillgång till vård när de är sjuka, även om det inte är någon allvarlig åkomma. Det kan alltså finnas skäl utöver de etiska som bör styra fördelningen av sjukvård.

Det är också möjligt att personer med stort vårdbehov har preferenser för att lägga mindre tid och pengar på vård än vad deras behov egentligen motsvarar. Om sjukvård är en stor post bland utgifterna kan det tänkas att individen väljer att lägga tid och pengar även på andra saker. Det kan vara en förklaring till att unga med bra hälsostatus konsumerar mer vård i förhållande till sina behov än äldre med sämre hälsa. De äldre kanske väljer att konsumera andra varor istället för att lägga en stor del av sin tid på att uppsöka vård.

En vidare analys av jämlikhet inom sjukvårdssektorn skulle kunna innehålla analyser av *hälsostatusen* i olika befolkningsgrupper. Lika hälsa olika samhällsgrupper emellan är ett högt mål för jämlikhet. Det kräver också någon form av restriktion för att inte bli en absurditet. Utan restriktioner skulle "lika hälsostatus hos alla" innebära att samhället skulle sträva efter samma hälsonivå hos småbarn och gamla. Men med vissa restriktioner är det troligt att betydligt större sjukvårdsinsatser skulle behöva riktas mot lågutbildade och låginkomsttagare. Ur ett rättviseperspektiv kan det vara tveksamt att styra över resurser från dem som prioriterar hälsa högt och sällan är sjuka, t.ex. genom att regelbundet uppsöka sjukvård, motionera och äta rätt kost, till de som prioriterar hälsa lägre och t.ex. röker.

Av den här analysen har det framkommit att ”inte sökt vård trots behov” är en viktig aspekt då fördelningen av sjukvård i en population skall undersökas. Med denna fråga och efterföljande orsaker därtill fångar man upp dem som inte anser sig ha god tillgång till vård av en eller annan anledning. Genom att se hur stor den här gruppen är går det att jämföra tillgången till sjukvård mellan olika tidpunkter. Det är svårare att göra om endast vårdutnyttjande studeras eftersom vårdutnyttjande är så nära sammankopplat med behov vilket är svårt att mäta och jämföra mellan olika studier och tidpunkter. Olika vårdutnyttjande kan också förklaras med olika preferenser för vård och det behöver inte vara ett välfärdsproblem att individer har olika önskemål om hur mycket tid och pengar de vill lägga på sjukvård.

I kapitel 2 frågade jag mig om det låga antalet besök i löppenvården i Sverige var ett problem eller om andra länder har ett ”för högt” vårdutnyttjande. Den här analysen lämnar inget svar på den frågan men det finns förmodligen flera åtgärder den svenska sjukvården skulle kunna ta till för att öka tillgängligheten till sjukvård. Studien har visat att det inte är några större problem med att nå den unga befolkningen. De anger att de utnyttjar vården i ungefär lika hög grad som de äldre (under 65 år). Inte heller mellan könen verkar det finnas någon skillnad i otillfredställt behov. Det finns en skillnad i vårdutnyttjande som beror på utbildning men det kan vara en skillnad i efterfrågan på hälsa mellan olika grupper vilket inte självklart är ett välfärdsproblem. Däremot skulle mycket kunna göras för att bättre nå ut till invandrade svenskar. Att en grupp så tydligt undviker att söka vård trots upplevt behov bör tas på allvar och det skulle vara önskvärt att fundera över hur tillgängligheten till vård för utlandsfödda kunde förbättras. Men ökat vårdutnyttjande leder också till ökade kostnader och det skulle krävas fler studier för att kartlägga om en förbättrad tillgänglighet till vård för t.ex. lågutbildade och invandrade skulle ha någon effekt på folkhälsan.

8. Referenser

Tryckta källor

Bolin K, Jacobson L, Lindgren B, 2002 "The family as the health producer-when spouses act strategically" *Journal of Health Economics* vol. 21 sid. 475-495

Burström B, 2002 "Increasing inequalities in health care utilisation across income groups in Sweden during the 1990s?" *Health policy* vol. 62 sid. 117-129

Culyer A.J, Wagstaff A, 1992 "Utilisation as a measure of equity by Mooney, Hall, Donaldson and Gerard" *Journal of Health Economics* vol. 11 sid. 93-98

Culyer A.J, Wagstaff A, 1993 "Equity and equality in health and health care" *Journal of Health Economics* vol. 12 sid. 431-457

Dagens Nyheter 060514 "Invandrare kränkta i vården" A Bratt

van Deanter N.L, Messeri P, et al. 2005 "A Community-Based Intervention Designed to Increase Preventive Health Care Seeking Among Adolescents: The Gonorrhea Community Action Project" *American Journal of Public Health* vol. 95 nr. 2 sid. 331-337

Diderichsen F, 1995 "Market reforms in health care and sustainability of the welfare state: lessons from Sweden" *Health Policy* vol. 32 sid. 141-153

van Doorslaer E, Masseria C, 2004 "Income-Related Inequality in the Use of Medical Care in 21 OECD Countries" OECD Health Working Papers

Gerdtham U.G, 1997 "Equity in health care utilization: Further tests based on hurdle models and Swedish micro data" *Health Economics* vol. 6 sid. 303-319

Gjerde J, Grepperud S, Kverndokk S, 2005 "On adaptation and the demand for health" *Applied Economics* vol. 37 sid.1283-1301

Grossman M, 1972 "On the Concept of Health Capital and the Demand for Health" *The Journal of Political Economy* vol. 80 nr. 2 sid. 223-255

Grossman M, 2000 "The Human Capital Model" kap. 7 i *Handbook of Health Economics* vol. 1A red. Culyer A.J och Newhouse J.P, Elsevier

Hjern A, Haglund B, Person G, Rosén M, 2001 "Is there equality in access to health services for ethnic minorities in Sweden?" *European Journal of Public Health* vol. 11 sid. 147-152

Hurley J, 2000 "An overview of the Normative Economics of the Health Sector" kap. 2 i *Handbook of Health Economics* vol. 1A red. Culyer A.J och Newhouse J.P, Elsevier

Hälso- och sjukvårdslagen, SFS 1992:567, Socialdepartementet

Liljas B, 2000 "The demand for health with uncertainty and insurance" *Journal of Health Economics* vol.19 sid. 821-827

Mooney G, Hall J, Donaldson C, Gerard K, 1991 "Utilisation as a measure of equity: Weighing heat?" *Journal of Health Economics* vol. 10 sid. 475-480

Pohlmeier W, Ulrich V, 1995 "An Econometric Model of the Two-Part Decision making Process in the Demand for Health Care" *The Journal of Human Resources* vol. 30 nr. 2 sid. 339-361

SCB 2004 "Hälsa på lika villkor?" Enkätundersökning 2004, Det nationella urvalet. Teknisk rapport. Statistiska centralbyrån, enkätenheten.

Socialstyrelsen 2004a "Om primärvårdens domän och strategier, Slutrapport för Socialstyrelsens projekt: Primärvårdens roll för hälso- och sjukvårdens systemeffektivitet" P.A Svalander

Socialstyrelsen 2004b "Jämställd vård? Könsperspektiv på hälso- och sjukvården"

SOU 2000:38 "Välfärd, vård och omsorg" O Lundberg, kap. 3: "Sjukvård och vårdutnyttjande" sid. 107-136

Steen K, 1995 "Equality of Access in Health Care" Avhandling vid Lunds universitet

Westin M, Åhs A, Bränd Persson K, Westerling R, 2004 "A large proportion of Swedish citizens refrain from seeking medical care – lack of confidence in the medical services a plausible explanation?" *Health Policy* vol. 68 sid. 333-344

Elektroniska källor

Garson D.G, 2006 "Logistic Regression" NC State University 060801
<http://www2.chass.ncsu.edu/garson/pa765/logistic.htm>

Eurostat 2003 "Health in Europe, Results from 1997-2000 surveys" 060515
http://epp.eurostat.cec.eu.int/cache/ITY_OFFPUB/KS-57-03-184/EN/KS-57-03-184-EN.PDF

Finansdepartementet 2006 "Utjämningsystemet" 070123
<http://www.regeringen.se/sb/d/3082/a/24068>

Madden D, 2002 "Topic 1: The Demand for Health Capital – the Grossman Model" 070430
<http://www.ucd.ie/economics/staff/dmadden/Topic%201%20-%20Grossman%20Model%20-%202007%20version.pdf>

Socialdepartementet 2006 "Hälso- och sjukvården i Sverige"

Faktablad Nr 15 maj 2005 060519

<http://www.regeringen.se/content/1/c6/04/56/78/1986546d.pdf>

WHO 2006 European health for all database (HFA-DB) 060519

<http://data.euro.who.int/hfad/>

Övriga källor

E-mailkontakt med Petter Lundberg på Statistiska centralbyrån 070125

SPSS Tutorial, hjälpprogram i statistikprogrammet SPSS, SPSS inc. 2005