

AÐGANGUR AÐ HEILBRIGÐISÞJÓNUSTU Á ÍSLANDI

Rúnar Vilhjálmsson, Ólafur Ólafsson, Jóhann Ág. Sigurðsson
og Tryggvi Þór Herbertsson

Reykjavík
Landlæknisembættið
Júlí 2001

Útgefandi: Landlæknisembættið
Forsíða: Innn hf.
Prentvinnsla: Prentsmiðjan Oddi hf.
ISBN: 9979-9392-8-1

Efnisyfirlit

Útdráttur	5	Eftirmálgreinar	44
Abstract	8	Heimildaskrá	45
Kafli 1: Aðgangur og réttlæti		Viðauki A: Lýðfræðileg samsetning	
í heilbrigðisþjónustu	11	úrtaks og þýðis	49
1.1 Aðgangur að		Viðauki B: Lýðfræðileg samsetning	
heilbrigðisþjónustu	11	vegins úrtaks	50
1.1.1 Skilgreining á aðgengi	12	Viðauki C: Öryggismörk (vikmörk)	
1.2 Réttlæti í heilbrigðis-		fyrir hlutföll í rannsókninni	50
þjónustunni	13	Viðauki D: Listi yfir sjúkdómseinkenni	
Kafli 2: Aðferðir	15	sem einkenna-viðbragða hlutfallið	
2.1 Rannsóknin Heilbrigði		byggir á	51
og lífskjör Íslendinga	15	Viðauki E: Spurningar úr spurningalista	
2.1.1 Framkvæmd rannsóknar	15	tengdar aðgengi og réttlæti í heilbrigðis	
Kafli 3: Aðgangur að heilbrigðisþjónustu	17	þjónustu og bakgrunni svarenda	52
3.1 Mögulegur aðgangur			
að heilbrigðisþjónustu	17		
3.2 Raunverulegur aðgangur:			
Notkun heilbrigðisþjónustu	21		
3.2.1 Læknaheimsóknir	21		
3.2.2 Fyrirbyggjandi heimsóknir	25		
3.2.3 Sjúkrahúsþjónusta	27		
Kafli 4: Réttlæti í heilbrigðisþjónustunni			
á Íslandi	29		
4.1 Þjónustunotkun miðað við			
hlutlægt mat á þörf	29		
4.2 Þjónustunotkun miðað við			
huglægt mat á þörf	36		
Kafli 5: Samantekt og umræða	39		
5.1 Munur á aðgengi hópa	39		
5.2 Ástæður vannotkunar þjónustu ..	41		
5.3 Leiðir til úrbóta	42		

ÚTDRÁTTUR

Miklar breytingar hafa orðið á uppbyggingu heilsugæslu á Íslandi á undanförunum áratugum. Einn megin tilgangur breytinganna hefur verið að skapa jafnrétti í heilbrigðisþjónustu í samræmi við lög um heilbrigðisþjónustu og þingsályktun Alþingis um íslenska heilbrigðisáætlun. Hér varðar hvað mestu uppbygging heilsugæslustöðva, en stöðvarnar voru frá upphafi að lang stærstum hluta byggðar og reknar af ríkinu. Auk þess að byggja upp þjónustukerfi heilsugæslunnar hefur ríkið um langt árabil tekið þátt í kostnaði vegna notkunar sjúklinga á lækniþjónustu og lyfjum, og veitt sjúklingum að auki sérstaka afslætti vegna mikils lækniþjónustu- og lyfjakostnaðar. Hin opinbera uppbygging á heilsugæslukerfinu og þátttaka í lækni- og lyfjakostnaði hefur án nokkurs vafa dregið úr muni sem annars hefði orðið á aðgengi að heilsugæsluþjónustu milli einstaklinga og þjóðfélagshópa. Engu að síður hefur ýmislegt bent til að nokkuð skorti á jafnan aðgang að heilbrigðisþjónustunni, m.a. vegna aðstæðna og breytinga innan heilbrigðiskerfisins á undanförunum árum.

Munur á aðgengi milli hópa

Til að leggja mat á aðgengi að íslensku heilbrigðisþjónustunni var framkvæmd viðamikil rannsókn haustið 1998 í samstarfi Háskóla Íslands og Landlæknisembættisins, undir stjórn Rúnars Vilhjálmssonar, prófessors. Rannsóknin byggir á landsúrtaki 1924 einstaklinga á aldrinum 18-75 ára. Við mat á því hvort notkun heilbrigðisþjónustu samræmdest þjónustupörf einstaklinga og hópa var stuðst við erlendar og innlendar viðmiðanir sérfræðinga og mat svarenda sjálfra á þörf sinni fyrir þjónustu.

Niðurstöðurnar benda til að um verulegan mun sé að ræða á aðgengi að heilsugæslu milli hópa. Þannig hefur ungt fólk sjaldnar en aðrir aldurshópar heimilislækni sem það þekkir, en hins vegar á fólk á miðjum aldri erfiðast með að komast frá verkefnum ef leita þarf læknis. Áætluð vannotkun lækniþjónustu í veikindum (þ.e. notkun undir erlendum viðmiðunum) er mest hjá yngsta aldurshópnum (18-24 ára), áætluð vannotkun fyrirbyggjandi heilbrigðisþjónustu er einnig mest hjá yngsta aldurshópnum, og einstaklingar í yngsta aldurshópurinn hafa oftari en aðrir frestað eða felld niður ferð til læknis sem þeir telja þörf fyrir (32%), þar af segjast 13% í yngsta aldurshópnum hafa frestað ferð til læknis af kostnaðarástæðum.

Að því er kynferði varðar hafa fleiri konur heimilislækni sem þær þekkja með nafni en karlar. Notkun kvenna á heilbrigðisþjónustu er í betra samræmi við erlendar viðmiðanir en hjá körlum, bæði í sambandi við lækniþjónustu í veikindum og blóðþrýstingseftirlit.

Af hjúskaparstéttunum eru einhleypir sjaldnast með heimilislækni, en fráskildir eiga erfiðast með að komast/fara til lækis. Áætluð vannotkun lækniþjónustu í veikindum er mest meðal einhleypa og fráskilinna. Stærstar gloppur í blóðþrýstingseftirliti og leghálsskoðunum er að finna meðal einhleypa, en ekkjur fara sjaldnast í brjóstaskoðanir. Loks eru fráskildir líklegastir allra hjúskaparstétta til að fresta/fella niður ferð til lækis, en einhleypir koma þar á eftir. Í stuttu máli má því segja að aðgangur að heilbrigðisþjónustu sé lakastur meðal einhleypa og fráskilinna.

Nokkur munur er á aðgengi að þjónustu milli læknishéraða og skera Vesturland, Norðurland vestra, Austurland og Suðurland sig nokkuð úr, bæði þegar mögulegur aðgangur að þjónustu er athugaður og notkun lækniþjónustu í veikindum. Þetta tengist því að hlutfall íbúa í dreifbýli er hæst í þessum læknishéruðum og deifbýlisbúar mæta verulegum aðgangshindrunum í heilbrigðisþjónustunni bæði hérlandis og erlendis.

Fólk á vinnumarkaði og barnaforeldrar hafa lakara aðgengi að heilbrigðisþjónustunni og nota hana síður í veikindum en fólk sem ekki er á vinnumarkaði og fólk sem ekki hefur fyrir börnum að sjá. Sömuleiðis hafa barnaforeldrar frekar en aðrir frestað/fellt niður lækisheimsókn sem þeir töldu þörf fyrir.

Lítinn munur er að finna á aðgengi eftir menntun, nema þegar kemur að fyrirbyggjandi þjónustu, en fólk sem eingöngu hefur grunnmenntun fylgist síður með blóðþrýstingi en aðrir menntunarhópar og grunnskólamenntaðar konur fara síður í leghálsskoðanir en framhalds- og háskólamenntaðar konur, sé miðað við erlenda staðla.

Loks sýna niðurstöðurnar að lágtekjufólk hefur lakara aðgengi að heilbrigðisþjónustunni (meiri fjarlægð frá þjónustustað, tímafrekara að fara til lækis). Fólk með háar tekjur fylgist betur með blóðþrýstingi en fólk með miðlungs- eða lágar tekjur. Þá hafa einstaklingar með lægst tekjur oftast frestað eða felldu niður ferð til lækis af kostnaðarástæðum (13%).

Ástæður

Fjölmargar ástæður geta legið til grundvallar þeim mun á aðgengi sem hér er rakinn. Sumar þessar ástæður tengjast viðhorfum einstaklinga og fjölskylduáðstæðum þeirra, sumar tengjast möguleikum útivinnandi fólks á veikindadögum og launagreiðslum í veikindum og enn aðrar tengjast heilbrigðisþjónustunni. Af þessum síðastnefndu ástæðum má nefna mun á stöðugildum og þjónustustigi milli læknishéraða, samþjöppun lækniþjónustu í byggðakjörnum, tengslaleysi milli sjúklinga og starfsmanna í heilsugæslunni vegna örra mannskipta og manneklu, landfræðilegan hreyfanleika ungs fólks með tilheyrandi tengslaleysi við heilsugæsluna og vaxandi þátttöku sjúklinga í kostnaði við lyf og læknishjálp. Þá getur samfélagsumræða um þjónustukostnað sjúklinga skapað kostnaðarvæntingar sem draga úr þjónustunotkun einstaklinga.

Tillögur til úrbóta

Færa má rök fyrir að árangursríkustu leiðir heilbrigðisyfirvalda til að bæta aðgengi og draga úr muni milli þjóðfélagshópa felist í böttum sjúkratryggingum og styrkingu heilsugæslukerfisins til að tryggja að allir hafi heimilislækni og tengsl við heilbrigðisstarfsmann og missi ekki þau tengsl t.d. þegar flutt er til annarra héraða. Í þessu sambandi má nefna að mikilvæg leið fyrir heilsugæsluna til að nálgast ungmennin er í gegnum framhalds- og háskólana. Þá getur aukin almenningsfræðsla um heilsufar og þjónustuúræði í heilsugæslunni einnig skipt máli. Loks er mikilvægt að efla aðgang dreifbýlisfólks að heilsugæsluþjónustunni með sérstakri áherslu heilsugæslustöðva á að ná til íbúa strjálra og afskekktara byggða, m.a. með kynningu á starfsemi sinni og þjónustutilboðum.

ABSTRACT

Access to health services in Iceland
by Runar Vilhjalmsón, Ólafur Ólafsson,
Jóhann A. Sigurdsson and
Tryggvi Thor Herbertsson

The health care system in Iceland has changed considerably in recent decades, following legislative amendments and a parliamentary white paper on health policy. An important purpose of these efforts has been to create a more equitable services system, primarily through the establishment of community health centers. Since the beginning, the health centers have been funded primarily by the central government. In addition to strengthening the system of primary care delivery, the central government has largely covered the costs of physician visits and drugs, and reimbursed patients exceeding certain limits in cumulative out-of-pocket costs. Governmental involvement in building the institutional framework of primary health care and financing health services has undoubtedly contributed to reducing differences between individuals and groups in access to health care. Nevertheless, conditions within the health system (e.g. maldistribution of professionals) and recent changes (primarily budgetary controls) would suggest that access to health services is neither optimal nor equal.

Group differences in access to care

This investigation of access to health services in Iceland was based on the health survey “Health and Living Conditions in Iceland”, a comprehensive postal health survey conducted in cooperation between the University of Iceland and the Icelandic Directorate of Health, and directed by Professor Runar Vilhjalmsón. The health survey is based on a representative random sample of non-institutionalized Icelandic nationals, age 18-75, living in Iceland at the time of data collection in September of 1998. A total of 1924 respondents returned valid questionnaires resulting in a response rate of 69%.

The results indicated considerable group differences in access to primary health services. The youngest age group (18-24) was the least likely to have a particular doctor they know (by name) as their source of care (69%), whereas individuals between early maturity and middle age (35-44) were the most likely to report difficulties getting away from daily engagements if they needed to go to the doctor (21%). The estimated underutilization of symptomatic physician services (based on the Symptoms Response Ratio, SRR) was greatest in the youngest age group, estimated underutilization of preventive physician services was also greatest in the youngest age group, and individuals in the youngest age group were the most likely to report postponing or cancelling a needed visit to the doctor in the past 6 months (32%), mostly because of cost concerns (13% of the total age group).

As for gender differences, more women than men have a particular doctor they know as their source of care (69%). Women's use of health services is also closer to international standards of adequate levels of care, both in terms of symptomatic physician visits in general (SRR) and blood pressure (BP) checks.

Of the marital groups, single individuals were the least likely to have a particular doctor they know as their source of care (74%), but divorced/separated were the most likely to report difficulties getting away from daily engagements if they needed to go to the doctor (21%). The estimated underutilization of symptomatic physician care (SRR) was greatest among single and divorced individuals. The greatest gaps in BP checks and cervical examinations (based on international standards) are to be found among single individuals, but widows are least likely to have an adequate frequency of breast examinations. The divorced/separated were the most likely to report having postponed or cancelled a needed visit to the doctor in the past 6 months (33%), followed by single individuals (25%). In short, access to health services was lowest among the single and divorced.

Some regional differences in access were found. Of 8 health regions, the West, North-West, East, and South were at the greatest disadvantage, both in terms of potential access, and physician visits for symptoms. These results are partially explained by the fact that the proportion of rural residents is highest in the disadvantaged regions and rural residents face considerable access problems both in Iceland and abroad.

Parents of children under 18, and those actively involved in the labor market had lower potential access to health services and used physician services less for symptoms than non-parents and the occupationally inactive. Parents of children were also more likely to report having postponed or cancelled a needed visit to the doctor in the past 6 months (28%).

Access differences between educational groups were non-significant, with the exception of preventive care. Individuals with only primary education were more likely than the high school or university educated to have inadequate BP checks, and women with only primary education were more likely to lack cervical examinations (based on international standards).

Finally, the results showed that low income individuals (with less than 1 million Icel. KR in total 1997 income) had lower potential access to primary health care (greater

geographic distance, more travel time), and were more likely to report postponement or cancellation of needed visits to the doctor in the past 6 months due to cost concerns (13%). Also, high income individuals (with more than 2 million Icel. KR in total 1997 income) had a better BP check record than other income groups.

Explanations

Various explanations could account for the reported access differences. Some pertain to individual attitudes and family conditions, others are related to the ability and right of employed individuals to get sickness leave and be paid while absent. Other explanations pertain directly to the organization and content of formal health services. Among the latter are health district variations in supply and distribution of health professionals, aggregation of services in urban areas, lack of personal contacts between patients and health professionals (impersonality) because of turnover and manpower shortages, the geographic mobility of young people, and recent increase in out-of-pocket costs of patients related to physician visits and drugs. Public discussion on high or increased health care costs of patients may also affect people's cost expectations, resulting in decreased use of services.

Suggestions/Proposals

It can be argued that the most effective ways of health authorities to enhance access and reduce access differences between social groups involve strengthening the current national health insurance system and reducing maldistribution of primary health care providers to ensure that all Icelanders have a specific health provider, and do not lose personal contacts when moving to another health district. Here, it should be noted that an important way to reach young adults is through high schools and universities. Increased dissemination of accurate information concerning people's health and primary health service options is also of importance. Finally, it is important to improve access to primary health services in the countryside through systematic attempts by health centers to reach residents in rural and isolated areas, e.g. by spreading information among area residents about available services and providing special service offers to targeted groups.

Kafli 1

AÐGANGUR OG RÉTTLÆTI Í HEILBRIGÐISÞJÓNUSTU

Í helstu nágrannalöndum Íslendinga fara reglubundið fram heildstæðar heilbrigðiskannanir meðal almennings í samstarfi heilbrigðisyfirvalda og vísindastofnana (Cox og félagar, 1987; Lahelma og félagar, 1994; Rasmussen, 1994; US Department of Health and Human Services, 1991). Þessar kannanir afla fjölbættra upplýsinga um heilsuviðhorf, heilsuvandamál og notkun heilbrigðisþjónustu meðal almennings sem hafa reynst mikilvægar í rannsóknum á lýðheilsu sem og í allri umræðu um ástand og stefnumótun í heilbrigðismálum.

Á Íslandi hafa ekki farið fram heildrænar heilbrigðiskannanir á landsvísu með sama hætti og í nágrannalöndunum. Hins vegar hafa farið hér fram þrengri athuganir og rannsóknir á tilteknum þáttum heilsufars og heilbrigðismála, gjarnan í afmörkuðum hópum. Upplýsingar um almennt heilbrigðisástand og þjónustunotkun Íslendinga eru því um margt takmarkaðar. Könnunin Heilbrigði og lífskjör Íslendinga hefur að markmiði að bæta hér að nokkru úr. Könnunin hófst haustið 1998 og lýtur að fjölmörgum þáttum heilbrigðis og þjónustunotkunar Íslendinga. Meðal þess sem könnunin fæst við er mögulegur og raunverulegur aðgangur Íslendinga að heilbrigðisþjónustunni og spurningin um réttlæti í þjónustudreifingunni (equity of services). Þessi atriði eru umfjöllunarefni þessa rits.

1.1 Aðgangur að heilbrigðisþjónustu

Í 1. grein laga um heilbrigðisþjónustu frá 1990 er m.a. kveðið á um að „allir landsmenn skuli eiga kost á fullkomnustu heilbrigðisþjónustu sem á hverjum tíma eru tök á að veita”. Í þingsályktun Alþingis frá 19. mars 1991 undir heitinu Íslensk heilbrigðisáætlun segir í 1. grein að tilgangur heilbrigðisþjónustunnar sé „að skapa jafnrétti í heilbrigðisþjónustu”. Síðar í sömu grein segir: „Gefa þarf sérstakan gaum að þörfum þeirra sem verst eru settir og þjóðfélagshópa sem ekki njóta fyllsta jafnréttis til að öðlast heilbrigði eða njóta heilbrigðisþjónustu”. Þá segir eftirfarandi í nýút-

kominni Heilbrigðisáætlun til ársins 2010 (markmið 2): „Mikilvægt er að aðgengi að heilbrigðisþjónustu sé auðvelt og sem jafnast fyrir alla landsmenn” (Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, 2000, bls. 35).

Í opinberri heilbrigðismálaumræðu á Íslandi hefur ríkt samkomulag um að jafn aðgangur að heilbrigðisþjónustunni sé eitt mikilvægasta markmið heilbrigðismálanna. Í samræmi við þetta markmið hefur ríkisvaldið m.a. staðið að uppbyggingu heilsugæslustöðva um allt land, byggt og rekið lands-, fjórðungs- og héraðssjúkrahús, staðið að fullu undir kostnaði sjúklinga við sjúkrahúsinnlagnir, auk þess að taka þátt í greiðslum vegna kostnaðar við notkun einstaklinga á lækniþjónustu og lyfjum. Ýmsar aðstæður og breytingar innan heilbrigðisþjónustunnar á undanförunum árum hafa þó hamlað gegn jöfnum aðgangi almennings að þjónustunni. Má þar m.a. nefna mun á hlutfallslegum fjölda heilbrigðisstarfsmanna og þjónustustigi milli læknishéraða, vaxandi þátttöku sjúklinga í kostnaði við lyf og læknishjálp og samþjöppun lækniþjónustu í þéttbýliskjörnum. Því miður er þekking á umfangi og ástæðum aðgangshindrana í heilbrigðisþjónustunni af mjög skörum skammti hérlandis og afar brýnt að úr því sé bætt.

1.1.1 Skilgreining á aðgengi

Aðgangur að heilbrigðisþjónustu má skipta í mögulegan og raunverulegan (Aday og fl., 1980). Mögulegur aðgangur varðar tækifæri eða skilyrði einstaklinga til að nota heilbrigðisþjónustuna ef á þyrfti að halda og er háður skipulagi, umfangi og dreifingu heilbrigðisþjónustunnar, svo og daglegum aðstæðum fólks (Aday og fl., 1984). Slíkan aðgangur má m.a. meta út frá því hvort einstaklingar hafa ákveðinn þjónustuaðila að snúa sér til í heilbrigðiskerfinu, hve löng leiðin er til þjónustuaðilans og hve langan tíma ferðin tekur. Þá má einnig meta mögulegan aðgangur að heilbrigðiskerfinu út frá því hve auðvelt eða erfitt er fyrir einstaklinga að komast frá vinnu, heimilisstörfum eða öðrum verkefnum til að leita sér heilbrigðisþjónustu. Raunverulegur aðgangur varðar þjónustu sem einstaklingar nota t.d. í formi heimsóknar til lækna eða annarra heilbrigðisstarfsmanna á stofu, göngudeildir eða heilsugæslustöðvar, eða innlagna á spítala. Raunverulegur aðgangur varðar einnig umfang og innihald þeirrar þjónustu sem menn fá hjá þessum aðilum og stofnunum (Aday og fl., 1984).

Þegar aðgangur að heilbrigðiskerfinu er skoðaður þarf að huga bæði að mögulegum og raunverulegum aðgangi. Mögulegur aðgangur hefur mikla þýðingu á sjálfu sér. Einstaklingur sem hefur góðan mögulegan aðgang gæti greiðlega sótt sér þjónustu ef á þyrfti að halda. Slíkt aðgengi hefur áhrif á lífsgæði hans og jafnvel vellíðan, jafnvel þó hann noti ekki þjónustuna. Raunverulegur aðgangur, t.d. í formi læknisheimsóknar, getur síðan ráðið úrslitum um hvort tekst að fyrirbyggja eða ráða bót á heilsuvandamáli sem hefur eða gæti komið upp.

1.2 Réttlæti í heilbrigðisþjónustunni

Eitt af mikilvægustu markmiðum heilbrigðiskerfisins er þjónusturéttlæti (equity of services) og er þá yfirleitt átt við að dreifing eða útteiling þjónustunnar til samfélagsþegnanna sé réttlát eða sanngjörn. Til eru ólíkar skilgreiningar á réttlátri almenningssþjónustu. Ein er sú að allir þegnar samfélagsins hafi sama aðgang að þjónustu eða njóti sömu þjónustu. Þó þessi skilgreining geti átt við um suma þætti almenningssþjónustu á hún að takmörkuðu leyti við þegar kemur að heilbrigðisþjónustunni. Ástæðan er sú að þörf einstaklinga fyrir þjónustu er afar mismunandi, hvort sem um fyrirbyggjandi eða veikindatengda þjónustu er að ræða. Lu Ann Aday og Ronald Andersen (1981) hafa sett fram útbreidda skilgreiningu sem gengur út frá að réttlæti ríki í heilbrigðisþjónustunni ef aðgangur einstaklinga að þjónustunni er í samræmi við þörf þeirra fyrir þjónustuna. Þörf í þessu sambandi miðast bæði við mat einstaklinganna sjálfra á heilsufari sínu, svo og mat lækna eða annars fagfólks. Þessari skilgreiningu er unnt að beita þegar athugaður er raunverulegur aðgangur að heilbrigðisþjónustunni. Er þá athugað hvort notkun einstaklings á tiltekinni þjónustu er í samræmi við staðla eða ráðleggingar fagmanna (að teknu tiliti til ástands einstaklingsins), ellegar í samræmi við mat einstaklingsins sjálfs á heilsufari sínu og þörf sinni fyrir heilbrigðisþjónustu. Hæpnara er að beita skilgreiningu Aday og Andersen þegar rætt er um mögulegan aðgang að heilbrigðisþjónustunni, einfaldlega vegna þess að þörf fyrir mögulegan aðgang getur verið afar erfitt að meta. Auk þess gætu einstaklingar með réttu talið sig illa setta að hafa ekki aðgang að mikilvægri þjónustu, enda þótt síðar kæmi í ljós að þeir þyrftu hana ekki.

Á grundvelli þess sem hér hefur verið sagt má færa rök fyrir því að réttlát heilbrigðisþjónusta felist í jöfnum mögulegum aðgangi einstaklinga að þjónustu, enda sé ekki fyrirfram gefið að tilteknir einstaklingar eða hópar þurfi ekki þjónustuna. Þetta þýðir að í réttlátri heilbrigðisþjónustu ættu allir að hafa að minnsta kosti einhvern þjónustuaðila að leita til (sem þeir þekktu), fara svipaða vegalengd eða komast á svipuðum tíma til þessa þjónustuaðila, og eiga álíka auðvelt með að komast frá verkefnum í vinnu, á heimili eða annars staðar til að sækja þjónustu hjá þessum aðila. Að því er varðar raunverulegan aðgang að þjónustu, má segja að réttlát heilbrigðisþjónusta felist ekki í jöfnum aðgangi, heldur í þjónustunotkun samkvæmt þörf, eins og Aday og Andersen gera grein fyrir. Heilbrigðisþjónustan er réttlát í þessu sambandi, ef einstaklingar í svipaðri stöðu eða með sams konar heilsuvandamál njóta sambærilegrar þjónustu (m.t.t. tegundar, magns og gæða).

Vestrænar rannsóknir á notkun heilbrigðisþjónustunnar, einkum læknaheimsóknum, benda til hópamunar á þann hátt að eldra fólk, konur, fólk sem ekki hefur vinnu og fólk með lægri tekjur noti heilbrigðisþjónustuna meira en fólk á miðjum aldri og yngra, karlar, fólk sem hefur vinnu og fólk með hærri tekjur (Andersen og Anderson, 1979; Andersen og fl., 1996; Cockerham, 1998, bls. 104-121). Þetta skýrist að mestu af því að raunveruleg þjónustubörf hópanna er ólík (m.t.t. algengis, samsetningar og alvarleika sjúkdóma/veikinda/fatlana). Þó er ekki þar með sagt að þjónustunotkun samræmist að öllu leyti þörf í hópnum. Þannig hefur komið í ljós að vannotkun á heilbrigðisþjónustu (þ.e. þjónustunotkun undir þörf) er meiri meðal karla en kvenna

og fólks í lægri stéttum samanborið við fólk í hærri stéttum (Aday og Andersen, 1983; Dutton, 1986; Nathansson, 1979; Whitehead, 1997). Þá benda erlendar niðurstöður til minni notkunar heilbrigðisþjónustu í vissum aldurshópum og meðal dreifbýlisfólks (Aday og Andersen, 1983; Aday og fl., 1984; Benzeval og Judge, 1996) og ógífra (Benzeval og Judge, 1996), að teknu tilliti til þjónustuparfar.

Í þeim niðurstöðum sem hér fara á eftir verður fyrst greint frá mögulegum aðgangi ólíkra samfélagshópa að heilbrigðisþjónustunni á Íslandi. Því næst er greint frá raunverulegum aðgangi þessarra hópa og í því sambandi athugaður fjöldi læknaheimsókana og hlutfall þeirra sem leitaði læknis sl. 12 mánuði, bæði almennt og í fyrirbyggjandi skyni. Þá er greint frá hlutfalli þeirra sem lagst hefur á spítala. Loks er réttlæti íslensku heilbrigðisþjónustunnar athugað út frá því hvort mögulegur aðgangur hópa að þjónustunni sé jafn og hvort raunverulegur aðgangur hópanna sé í samræmi við þörf fyrir þjónustuna, bæði að því er varðar veikindatengda og fyrirbyggjandi þjónustu. Í öllum tilvikum er aðgangur athugaður eftir aldri, kynferði, hjúskaparstöðu, búsetu, atvinnu-
stöðu, foreldrastöðu, menntun og tekjum. Ástæðan fyrir samanburði á þessum hópum er sú að erlendar rannsóknir benda til að aðgangur hópanna að heilbrigðisþjónustunni geti verið breytilegur, auk þess sem vísbendingar eru um að svo geti einnig verið að einhverju leyti hérlandis.

Kafli 2

AÐFERÐIR

2.1 Rannsóknin Heilbrigði og lífskjör Íslendinga

Rannsóknin „Heilbrigði og lífskjör Íslendinga” er samstarfsverkefni aðila innan Háskóla Íslands og Landlæknisembættisins. Að rannsókninni standa Dr. Rúnar Vilhjálmsson, prófessor, sem er verkefnisstjóri, Ólafur Ólafsson, fyrrverandi landlæknir, Dr. Jóhann Á. Sigurðsson, prófessor og Dr. Tryggvi Þór Herbertsson, dósent. Rannsóknarráð Íslands (Vísindasjóður) og Rannsóknasjóður Háskóla Íslands hafa veitt styrki til rannsóknarinnar sem byggist á tveimur póstkönnunum meðal Íslendinga, búsettra á Íslandi, á aldrinum 18-75 ára, sem valdir eru með tilviljunaraðferð úr þjóðskrá. Fyrri póstkönnunin fór fram á tímabilinu september-nóvember 1998 og seinni póstkönnunin fór fram á sama tímabili 1999. Þetta rit byggist á niðurstöðum úr fyrri könnuninni.

2.1.1 Framkvæmd rannsókna

Rannsóknin Heilbrigði og lífskjör Íslendinga byggðist á póstkönnun samkvæmt hinni svonefndu Heildaraðferð (Dillman, 1978, 1983), en með þeirri aðferð hafa heimtur í almennum póstkönnunum yfirleitt verið góðar og mun betri en með eldri aðferðum. Í samræmi við Heildaraðferðina var fyrst sendur út spurningalisti ásamt fylgibréfi er fjallaði um tilgang rannsóknarinnar og mikilvægi, innihald spurningalistans, nafnleynd og hvert einstaklingar í úrtakinu gætu beint spurningum ef einhverjar væru. Einni viku eftir fyrstu útsendingu var öllum í úrtakinu sent póstkort er þakkaði þeim þátttökuna sem þegar höfðu sent listann, en hvatti hina til að taka þátt. Þremur vikum eftir upphaflegu sendinguna var þeim sem ekki höfðu svarað eða neitað þátttöku sendur spurningalistiinn í annað sinn ásamt nýju fylgibréfi. Sjö vikum eftir upphaflegu sendinguna var þeim sem þá höfðu ekki svarað eða neitað þátttöku sendur spurningalistiinn í þriðja sinn ásamt nýju fylgibréfi. Að loknum póstsendingum var loks hringt í þá sem ekki höfðu skilað spurningalista eða neitað þátttöku og þeir spurðir hvort þeir vildu skila útfylltum spurningalista.

Alls skiluðu 1924 útfylltum spurningalistum. Heimtur voru frá 67-72% eftir hópum, en í heildarhópnum voru heimturnar 69%. Lýðfræðileg samsetning svarendahóps og

Þýðis reyndist mjög áþekk, sem bendir til að svarendahópurinn endurspegli þýðið almennt vel (sjá viðauka A). Þó má nefna að svörun var lægri meðal karla en kvenna og meðal íbúa á Reykjavíkursvæðinu en íbúa á landsbyggðinni. Af þessum ástæðum voru svör þátttakenda vegin eftir kynferði og búsetu svo svarendahópurinn endurspegladi þýðið betur. Lýðfræðilega samsetningu vegins úrtaks rannsóknarinnar er að finna í viðauka B. Vegna þess að svarendahópur rannsóknarinnar er mjög stór eru reiknaðar prósentur og meðaltöl almennt nákvæmari en venja er til í könnunum hérlandis (sjá viðauka C).

Í þessu riti er munur á aðgengi hópa að þjónustu metinn með kí-kvaðrat (χ^2) marktækniprófi þegar um samanburð á tíðni er að ræða, með t-prófi (óháðir hópar) þegar meðaltöl tveggja hópa eru borin saman og F-prófi þegar meðaltöl þriggja eða fleiri hópa eru borin saman.

Kafli 3

AÐGANGUR AÐ HEILBRIGÐISÞJÓNUSTU

3.1 Mögulegur aðgangur að heilbrigðisþjónustu

Eins og áður er nefnt snýst mögulegur aðgangur um skilyrði manna til að nota heilbrigðisþjónustuna ef á þyrfti að halda. Til að meta mögulegan aðgang voru svarendur spurðir 4 spurninga sem allar hafa verið notaðar í erlendum rannsóknum á aðgengi: Hvort þeir hefðu heimilislækni sem þeir þekktu með nafni, hvort þeir ættu erfitt með að komast frá daglegum verkefnum ef leita þyrfti læknis, hvort langt væri fyrir þá að fara til læknis (meira en 20 km) og hvort það tæki þá langan tíma (meira en 20 mínútur) (sjá spurningar í viðauka E). Fyrstu spurningunni er ætlað að meta hvort svarandinn hafi einhvern ákveðinn lækni sem veitir honum og heimili hans lækniþjónustu og sem svarandinn kannast við.¹ Önnur spurningin tekur tillit til þess að aðgengi að heilbrigðisþjónustunni getur ákvarðast (að hluta) af aðstæðum utan heilbrigðisþjónustunnar sjálfrar. Þriðja og fjórða spurningin eru nátengdar og varða hina beinu fyrirhöfn af því að nálgast þjónustuna.

Í heild kváðust 79,6% hafa heimilislækni sem þeir þekktu með nafni (20,4% svöruðu neitandi), 17,3% sögðust eiga erfitt með að komast frá verkefnum ef leita þyrfti læknis, 5,0% fóru venjulega langan veg til læknis og 6,9% voru venjulega langan tíma á leiðinni.

Tafla 1 sýnir mun á mögulegum aðgangi að heilbrigðisþjónustunni milli einstakra hópa. Samkvæmt töflunni er marktækur aldersmunur útfrá tveimur mælikvörðum aðgengis. Í báðum tilvikum hefur eldra fólk mest aðgengi. Aðeins tæp 69% ungmenna (18-24 ára) hafa heimilislækni sem þau þekkja með nafni, meðan rúmlega 90% eldra fólks (65-75 ára) hefur heimilislækni sem það þekkir (aðrir aldurshópar eru þar á milli). Þessi munur kann að skýrast af því að yngra fólk hefur minni reynslu af heilbrigðisþjónustunni en þeir sem eldri eru og telur sig almennt við góða heilsu. Í þessu kann þó að felast þversögn, því tengslaleysi við heilbrigðisþjónustuna getur ógnað heilsu yngra fólksins síðar. Eins og taflan sýnir á eldra fólk sjaldnar en aðrir aldurshópar í erfiðleikum með að komast frá verkefnum til að fara til læknis (minni verkefnabinding), en slíkir erfiðleikar eru algengastir á fertugs- og fimmtugsaldrinum (19-20%). Þetta skýrist væntanlega að miklu leyti af því að eldra fólk sinnir síður við-

miklum og ósveigjanlegum verkefnum á vinnustað, heimili, eða öðrum vettvangi, en slík verkefni eru einmitt umfangsmest í kringum mitt aldursskeiðið. Ekki er að finna marktækan mun á vegalendum eða tíma sem það tekur aldurshópana að komast til læknis.

Tafla 1 sýnir að í samanburði við konur hafa karlar marktækt síður heimilislækni sem þeir þekkja (74% á móti 85%). Þessi munur kann að skýrast að nokkru af sömu þáttum og nefndir voru varðandi yngra fólkið að framan, þ.e. minni reynslu karla af heilbrigðisþjónustunni. Fjöldi rannsókna sýnir að karlar hafa minni þekkingu á heilbrigðismálum almennt en konur og afla sér síður upplýsinga um slík mál (Feldman, 1966; Hrafn V. Friðriksson, 1990). Þetta kann að koma þeim í koll síðar og valda því að þeir leiti sér frekar aðstoðar þegar vandamálín eru komin upp eða komin á alvarlegra stig. Þá getur hins vegar reynst erfiðara að meðhöndla þau. Athygli vekur að karlar og konur eiga álíka auðvelt með að komast frá verkefnum til að leita sér lækninga, andstætt því sem haldið hefur verið fram af sumum höfundum (sjá Marcus og Siegel, 1982). Verulegur munur er á aðgangi að heilbrigðisþjónustu eftir hjúskaparstöðu. Ekkjur og ekkjar hafa oftast heimilislækni sem þau þekkja (90%), en einhleypir sjaldnast (74%). Þessi munur samræmist að mestu aldursmuninum að framan (einhleypir eru oftast ungir og ekkjur/ekklar eldra fólk). Þá kemur í ljós að fráskyldir þurfa oftast að verja löngum tíma í ferðir til læknis (15%), en gift fólk og sambúðarfólk sjaldnast (5%). Þessi munur gæti skýrst af mismunandi aðgangi þessarra hópa að samgöngutækjum. Þá eiga fráskyldir (21%) og giftir/sambúðarfólk (18%) erfiðast með að komast frá verkefnum ef leita þarf læknis. Skýringar á þessu má rekja til meiri og ósveigjanlegri verkefna fráskilinna og giftra/sambúðarfólks í vinnu eða á heimili. Almennt sýnir tafla 1 að staða fráskilinna er lakari en annarra hjúskaparstétta hvað varðar mögulegan aðgang að heilbrigðisþjónustu, en einhleypir koma næst á eftir.

Tafla 1 sýnir mikinn mun á aðgangi að heilbrigðisþjónustu eftir búsetu (læknishéruðum). Aðeins 58% íbúa á Norðurlandi vestra hafa heimilislækni sem þeir þekkja með nafni, meðan 88% íbúa í Reykjavík og á Norðurlandi eystra hafa heimilislækni sem þeir þekkja. Íbúar á Norðurlandi vestra þurfa oftast en aðrir að fara langa leið til læknis eða á heilsugæslustöð (21%), en Vestlendingar þurfa oftast en aðrir að verja löngum tíma í slíkar ferðir (15%). Þá sýnir taflan að íbúar á Norðurlandi vestra eiga oftast en aðrir í erfiðleikum með að komast frá verkefnum ef leita þyrfti læknis (32%). Almennt sýna niðurstöðurnar að mögulegur aðgangur að heilbrigðisþjónustu er áberandi lakastur á Norðurlandi vestra, en bestur í Reykjavík. Skýringar á þessum mun milli læknishéraða má m.a. rekja til ólíks hlutfalls dreifbýlisbúa í héruðunum og ólíkrar fjarlægðar frá þjónustustað, auk mismunandi stöðugleika í starfsmannahaldi og ólíks mannafla í heilsugæslu milli héraða. Óstöðugleiki í starfsmannahaldi leiðir til þess að þeim fjölgar sem ekki hafa tiltekinn lækni sem þeir þekkja. Stærð landsvæða og samþjöppun þjónustu geta einnig aukið vegalengdir og ferðatíma að þjónustustað. Þá gæti mismunur á uppbyggingu atvinnulífs og stærð eða samsetningu fjölskyldna milli læknishéraða skýrt mismun á erfiðni við að losna frá verkefnum ef sækja þarf heilbrigðisþjónustu.

Tafla 1. Mögulegur aðgangur að heilbrigðisþjónustu (N=1924)

	Hef heimilis- lækni sem ég þekki með nafni	Erfitt að komast frá verkefnum ef leita þyrfti læknis	Meira en 20 km. til læknis eða á heilsugæslustöð	Tekur meira en 20 mín. að fara til læknis eða á heilsugæslustöð
Aldur	% (fjöldi)	% (fjöldi)	% (fjöldi)	% (fjöldi)
18-24	68,6 (234/341)	16,1 (55/341)	6,9 (23/335)	8,7 (29/332)
25-34	75,7 (331/437)	18,1 (79/436)	4,4 (19/430)	6,7 (29/435)
35-44	80,3 (330/411)	20,8 (86/413)	4,4 (18/406)	6,4 (26/408)
45-54	85,7 (269/314)	18,8 (58/309)	4,5 (14/309)	5,4 (17/314)
55-64	84,7 (172/203)	13,4 (27/201)	5,0 (10/202)	7,4 (15/202)
65-75	90,2 (175/194) ***	11,2 (20/179) *	5,4 (10/186) ^{EM}	6,8 (13/190) ^{EM}
Kynferði				
Karl	74,1 (710/958)	18,2 (173/951)	4,6 (44/952)	6,4 (61/949)
Kona	85,1 (802/942) ***	16,4 (152/927) ^{EM}	5,3 (49/917) ^{EM}	7,4 (69/933) ^{EM}
Hjúskaparstaða				
Gift(ur)/Sambúð	81,3 (1042/1281)	18,0 (229/1269)	4,7 (60/1270)	5,3 (68/1278)
Einhleyp(ur)	73,5 (338/460)	15,4 (70/456)	5,5 (25/451)	9,7 (44/452)
Fráskilin(n)	77,1 (64/83)	20,5 (17/83)	6,3 (5/80)	14,8 (12/81)
Ekkja/ekkill	90,0 (45/50) ***	4,2 (2/48) *	4,4 (2/45) ^{EM}	8,3 (4/48) ***
Búseta				
Vesturland	67,0 (63/94)	19,6 (18/92)	11,8 (11/93)	14,9 (14/94)
Vestfirðir	74,1 (43/58)	19,0 (11/58)	12,1 (7/58)	8,6 (5/58)
Norðurl. vestra	57,9 (37/65)	32,3 (21/65)	21,0 (13/62)	12,3 (8/65)
Norðurl. eystra	87,7 (157/179)	23,6 (43/182)	9,9 (18/181)	10,6 (19/180)
Austurland	64,2 (52/81)	26,9 (21/78)	7,3 (6/82)	6,2 (5/81)
Suðurland	76,6 (105/137)	24,3 (33/136)	13,1 (18/137)	10,5 (14/133)
Reykjanes	74,1 (387/522)	16,3 (84/514)	1,4 (7/517)	2,7 (14/519)
Reykjavík	87,6 (669/764) ***	12,5 (94/753) ***	1,8 (13/738) ***	6,5 (49/751) **
Atvinnustaða				
Ekki í starfi	83,5 (212/254)	15,7 (38/242)	4,4 (11/249)	8,6 (22/255)
Hlutastarf	83,7 (381/455)	12,8 (59/460)	5,5 (25/453)	8,6 (39/453)
Fullt starf	77,1 (918/1191) **	19,4 (228/1176) **	4,9 (57/1167) ^{EM}	5,8 (68/1173) ^{EM}
Foreldri (yngsta barn <18 ára)				
Já	79,0 (679/859)	21,5 (184/856)	5,2 (44/854)	5,8 (50/857)
Nei	79,8 (820/1027) ^{EM}	13,8 (139/1007) ***	4,9 (49/1003) ^{EM}	7,6 (77/1011) ^{EM}

Tafla 1 frh.

	Hef heimilis- lækni sem ég þekki með nafni	Erfitt að komast frá verkefnum ef leita þyrfti læknis	Meira en 20 km. til læknis eða á heilsugæslustöð	Tekur meira en 20 mín. að fara til læknis eða á heilsugæslustöð
	% (fjöldi)	% (fjöldi)	% (fjöldi)	% (fjöldi)
Menntun				
Grunnskóli	77,7 (400/515)	18,1 (91/504)	7,1 (36/505)	9,2 (47/509)
Framhaldsskóli	79,3 (783/988)	16,9 (167/988)	4,1 (40/981)	5,8 (57/986)
Háskólastig	81,9 (272/332) ^{EM}	15,0 (50/333) ^{EM}	3,7 (12/326) *	5,8 (19/327) *
Heildartekjur einstaklings 1997				
0-999 þús.	80,6 (412/511)	16,5 (84/509)	6,9 (35/504)	11,2 (57/510)
1000-2000 þús.	79,3 (479/604)	15,5 (94/607)	3,8 (23/601)	5,3 (32/602)
2100 og hærri	76,8 (384/500) ^{EM}	20,4 (101/496) ^{EM}	2,8 (14/499) **	3,2 (16/496) ***

^{EM} Ekki tölfræðilega marktækur munur milli hópa, * marktækur munur við 5% marktæknimörk, **marktækur munur við 1% marktæknimörk og *** marktækur munur við 0,1% marktæknimörk, samkvæmt kí-kvaðrat prófi.

Tafla 1 sýnir að atvinnustaða tengist aðgangi að heilbrigðisþjónustu. 77% einstaklinga í fullu starfi hafa heimilislækni sem þeir þekkja. Hlutfallið er marktækt hærra eða 84% hjá einstaklingum í hlutastarfi og þeim sem ekki starfa á vinnumarkaði. Einstaklingar í fullu starfi eiga erfiðara með að komast frá verkefnum og leita læknis ef á þyrfti að halda. Þessar niðurstöður benda til hindrana og sambandsleysis fullvinnandi fólks við heilbrigðisþjónustuna sem gæti tengst ósveigjanleika sumra vinnustaða í veikindum starfsmanna, takmörkuðum fjölda heimilaðra veikindadaga og jafnvel ofuráherslu sumra starfsmanna á vinnu sína.

Ekki reyndist marktækur munur á aðgangi að heilbrigðisþjónustu milli barnaforelda og þeirra sem ekki áttu börn undir lögaldri, að einum mælikvarða undanskildum: Barnaforeldrar áttu frekar í erfiðleikum með að komast frá verkefnum ef leita þyrfti læknis. Skýra má þessar niðurstöður með hliðstæðum hætti og í tilviki fullvinnandi einstaklinga. Þeir sem þurfa að famfæra og annast börn eru stundum of uppteknir til að annast sjálfa sig, þar á meðal að leita sér heilbrigðisþjónustu (Brown og fl., 1975; Gove, 1984).

Tafla 1 sýnir lítinn mun á aðgangi að heilbrigðisþjónustu eftir menntun. Þó er heldur líklegra að þeir sem einungis hafa grunnmenntun ferðist langt og lengi til þjónustu-aðila. Þessar niðurstöður tengjast að einhverju leyti búsetu (sjá að framan) þar sem meira er um grunnskólamenntað fólk á landsbyggðinni og landsbyggðarfólk fer oftar langa vegalengd til þjónustuaðila en fólk á Reykjavíkursvæðinu. Einnig getur menntun tengst lífskjörum og aðgangi að samgöngutækjum (sjá umföllun um tekjur).

Munur á aðgangi að heilbrigðisþjónustunni er svipaður eftir tekjum eins og menntun, þó tekjumunurinn sé heldur skarpari. Þannig fer lágtekjufólk oftar langa og tímafreka leið til læknis. Tekjumunur af þessu tagi í erlendum rannsóknum hefur verið skýrður á tvennan hátt. Annars vegar hefur verið bent á erfiðari samgöngur lágtekjufólks, en

stór hluti þess notar einungis almenningssamgöngutæki. Hins vegar hefur verið nefnt að heilbrigðiskerfið þjónusti almennt illa lágtekjuszæði í samfélaginu, sbr. niðurstöður breskra og bandarískra rannsókna um fleiri sjúklinga á hvern lækni á lágtekjuszæðum (sjá Cockerham, 1998, bls. 259-261). Fyrirnefnda skýringin á ef til vill betur við í þessu tilviki.

3.2 Raunverulegur aðgangur: Notkun heilbrigðisþjónustu

3.2.1 Læknaheimsóknir

Raunverulegan aðgang að heilbrigðisþjónustu má meðal annars meta út frá fjölda læknaheimsókna (sjá spurningar í viðauka E). Að meðaltali fóru svarendur (18-75 ára) í samtals 2,9 heimsóknir til læknis á 12 mánaða tímabili (staðalfrávik 4,4 heimsóknir). Tafla 2 sýnir fjölda læknaheimsókna í einstökum hópum. Marktækt samband er milli aldurs og læknaheimsókna. Þessu sambandi má líkja við hallandi J. Heimsóknir eru rúmlega 3 meðal ungmenna (18-24 ára), lækka síðan og ná lágmarki í aldurshópnum 35-44 ára, en hækka eftir það. Þættir sem hafa mikil áhrif á þennan hópamun eru aukin krónísk veikindi eftir fimmtugt og mæðravernd og fæðingarhjálp í tveimur yngstu aldurshópnum. Sálrænir og félagslegir þættir geta líka komið við sögu, s.s. aldursbundin viðhorf til heilbrigðismála og ólík verkefnabinding eftir aldri (þ.e. að fólk kringum miðjan aldur eigi erfiðara með að losna frá daglegum verkefnum).

Tafla 2. Læknaheimsóknir í einstökum hópum sl. 12 mánuði (N=1924)

	\bar{x}	s	se \bar{x}	n
Aldur				
18-24	3,16	3,90	0,21	341
25-34	2,73	4,43	0,21	439
35-44	2,49	3,41	0,17	414
45-54	2,56	4,13	0,23	319 **
55-64	3,43	5,91	0,41	207
65-75	3,81	4,91	0,35	200
Kynferði				
Karl	2,52	4,00	0,13	966
Kona	3,32	4,64	0,15	954 ***
Hjúskaparstaða				
Gift(ur)/Samb.	2,86	4,25	0,12	1296
Einhleyp(ur)	2,97	4,40	0,20	463
Fráskilin(n)	2,97	4,37	0,48	83 **
Ekkja/ekkill	4,37	6,52	0,92	50

Tafla 2 frh.

	\bar{x}	s	se \bar{x}	n
Búseta				
Vesturland	3,22	5,79	0,60	94
Vestfirðir	2,90	3,19	0,42	59
Norðurl. vestra	2,26	3,35	0,42	65
Norðurl. eystra	3,41	6,22	0,46	182
Austurland	2,45	3,97	0,43	84 ^{EM}
Suðurland	3,07	4,75	0,40	139
Reykjanes	2,51	3,43	0,15	527
Reykjavík	3,11	4,28	0,15	770
Atvinnustaða				
Ekki í starfi	4,66	6,43	0,40	259
Hlutastarf	2,75	4,20	0,20	463 ^{***}
Fullt starf	2,60	3,72	0,11	1197
Foreldri (yngsta barn <18 ára)				
Já	2,60	3,75	0,13	864
Nei	3,17	4,78	0,15	1041 ^{**}
Menntun				
Grunnskóli	3,03	4,31	0,19	520
Framhaldsskóli	2,93	4,63	0,15	998 ^{EM}
Háskólastig	2,68	3,57	0,20	334
Heildartekjur einstaklings 1997				
0-999 þús.	3,56	5,28	0,23	517
1000-2000 þús.	2,79	3,88	0,16	612 ^{***}
2100 og hærri	2,33	3,74	0,17	501
^{EM} Ekki tölfræðilega marktækur munur milli hópa, * marktækur munur við 5% marktæknimörk, ** marktækur munur við 1% marktæknimörk og *** marktækur munur við 0,1% marktæknimörk, samkvæmt t- og F-prófum.				

Eins og við var að búast sýnir tafla 2 að konur fara oftar til læknis en karlar (3,3 heimsóknir að meðaltali á móti 2,5). Helstu skýringar á þessum mun samkvæmt erlendum rannsóknum eru mæðravernd og fæðingarhjálp, auk heimsókna vegna kynbundinna sjúkdóma sem lang oftast eru kvensjúkdómar (t.d. legsig, óreglulegar blæðingar, brjóstakrabbamein). Jákvæðari viðhorf kvenna til heilbrigðismála, betri þekking þeirra á einkennum sjúkdóma, betri mögulegur aðgangur kvenna að þjónustu og fleiri þættir kunna þó einnig að skýra þennan kynjamun að einhverju leyti (Cleary og fl., 1982; Feldman, 1966; Nathanson, 1979).

Munur á læknaheimsóknum eftir hjúskaparstöðu felst í því að ekkjur/ekklar fara mun oftast til læknis en aðrar hjúskaparstéttir. Hærri aldur þessa hóps og tengsl aldurs við krónísk heilsuvandamál eru að líkindum megin skýringarnar á þessum niðurstöðum. Einnig kann að vera að ekkjufólk hafi meiri tíma til að sinna veikindum sínum en aðrir hjúskaparhópar (minni verkefnabinding) og fari oftast til læknis af þeim sökum. Samkvæmt töflu 2 voru læknaheimsóknir að meðaltali frá 2,3 á Norðurlandi vestra til 3,4 á Norðurlandi eystra. Munur milli læknishéraða í heild reyndist þó ekki tölfræðilega marktækur.

Munur á læknaheimsóknum eftir atvinnustöðu byggist á því að þeir sem ekki starfa á vinnumarkaði fara mun oftast til lækna en fólk í hlutastarfi eða fullu starfi. Þetta kann að skýrast af lakari heilsu margra einstaklinga sem eru utan vinnumarkaðar (meiri þjónustubarfar), auk greiðari aðgangs þeirra að heilbrigðisþjónustu vegna minni verkefnabindingar.

Barnaforeldrar fara sjaldnar til læknis en þeir sem ekki hafa fyrir börnum að sjá, þó munurinn sé ekki mikill (2,60 heimsóknir á móti 3,17). Gera má ráð fyrir að meiri verkefnabinding forelda skýri þennan mun að miklu leyti.

Ekki reynist marktækur munur á læknaheimsóknum eftir menntun. Hins vegar er marktækur munur eftir tekjum: Fólk í lægsta tekjuhópnum (0-900 þús) fer oftast til læknis og fólk með hæstar tekjur (2.100 þús. eða hærri) fer sjaldnast. Þetta öfuga samband tekna og læknaheimsókna er almennt fyrir hendi í svonefndum félagslegum heilbrigðiskerfum (socialized medical system) (Cockerham, 1998) og stafar fyrst og fremst af því að lágtekjufólk hefur meiri þörf fyrir heilbrigðisþjónustuna (Andersen og Anderson, 1979; Dutton, 1986). Það er þó ekki þar með sagt að þjónustunotkun lágtekjufólks sé í jafn góðu samræmi við þörf og annarra tekjuhópa. Hér þarf að hafa í huga að þörf lágtekjufólks fyrir heilbrigðisþjónustu er almennt mun meiri. Þegar tekið er tillit til þarfar fyrir þjónustu sýna sumar erlendar rannsóknir að þjónustunotkun lágtekjufólks umfram aðra tekjuhópa þyrfti að vera enn meiri en raun ber vitni til að tengsl þjónustubarfar og notkunar væru þau sömu í öllum tekjuhópum (Dutton, 1986) (sjá nánari umfjöllun um þjónustubörf og þjónustunotkun í 4. kafla).

Raunverulegan aðgang að lækniþjónustu er ekki eingöngu hægt að meta út frá fjölda læknaheimsókna. Einnig skiptir máli að athuga hlutfall einstaklinga sem fer til læknis. Sumir höfundar telja slíkt hlutfall betri mælikvarða á raunverulegan aðgang að þjónustu en fjölda heimsókna því það gefur til kynna hvort einstaklingar og hópar hafi yfirleitt haft einhver tengsl við heilbrigðisþjónustuna (Dutton, 1986).

Í heild höfðu 74,0% svarenda leitað til læknis sl. 12 mánuði. Tafla 3 sýnir þetta hlutfall í einstökum hópum. Athyglisvert er að almennt er ekki marktækur munur á hlutföllum milli hópa, ef kynferði er frátalið. Taflan sýnir að konur eru líklegri en karlar til að leita læknis (77% á móti 71%) og skýringar á því líklega þær sömu og áður voru nefndar í samanburði kynjanna. Í heild sýnir taflan að tengsl fullorðinna við heilbrigðisþjónustuna eru almenn. Sú staðreynd að hópamunur er fremur fyrir hendi varðandi meðalfjölda læknaheimsókna (tafla 2) en hlutfall sem fer til læknis (tafla 3) sýnir að þó meðlimir í hópnum séu álíka líklegir að hafa samband við lækni er mismunandi eftir hópum í hvaða mæli þjónustan er notuð.

Tafla 3. Hlutfall sem hefur farið til læknis sl. 12 mánuði (N=1924).

Aldur	% (fjöldi)
18-24	78,6 (268/341)
25-34	74,7 (328/439)
35-44	72,0 (298/414)
45-54	72,7 (232/319)
55-64	73,4 (152/207)
65-75	70,5 (141/200) ^{EM}
Kynferði	
Karl	70,7 (683/966)
Kona	77,3 (737/954) **
Hjúskaparstaða	
Gift(ur)/Sambúð	74,9 (971/1296)
Einhleyp(ur)	73,2 (339/463)
Fráskilin(n)	72,3 (60/83)
Ekkja/ekkill	68,0 (34/50) ^{EM}
Búseta	
Vesturland	68,1 (64/94)
Vestfirðir	72,9 (43/59)
Norðurl. vestra	69,2 (45/65)
Norðurl. eystra	78,0 (142/182)
Austurland	69,0 (58/84)
Suðurland	71,9 (100/139)
Reykjanes	73,2 (386/527)
Reykjavík	75,5 (581/770) ^{EM}

Atvinnustaða	% (fjöldi)
Ekki í starfi	79,5 (206/259)
Hlutastarf	
Fullt starf	72,8 (871/1197) ^{EM}
Foreldri (yngsta barn <18 ára)	
Já	73,8 (638/864)
Nei	74,2 (772/1041) ^{EM}
Menntun	
Grunnskóli	72,7 (378/520)
Framhaldsskóli	74,3 (742/998)
Háskólastig	78,1 (261/334) ^{EM}
Heildartekjur einstaklings 1997	
0-999 þús.	77,9 (403/517)
1000-2000 þús.	73,0 (447/612)
2100 og hærri	73,9 (370/501) ^{EM}

^{EM} Ekki tölfræðilega marktækur munur milli hópa, * marktækur munur við 5% marktæknimörk, ** marktækur munur við 1% marktæknimörk og *** marktækur munur við 0,1% marktæknimörk, samkvæmt kí-kvaðrat prófi.

3.2.2 Fyrirbyggjandi heimsóknir

Fram að þessu hefur raunverulegur aðgangur að lækniþjónustu beinst að lækniþjónustu almennt, óháð því hvort um er að ræða heimsóknir vegna veikinda eða í fyrirbyggjandi skyni. Fólk fer í fyrirbyggjandi heimsóknir til að fá faglegt mat á heilsu sinni eða til að fá ráðleggingar varðandi viðhald og eflingu heilsunnar (sjá spurningu í viðauka E). Fyrirbyggjandi heimsóknir geta stuðlað að bættum lifnaðarháttum, aukinni þekkingu á áhættuþáttum og einkennum sjúkdóma og réttum viðbrögðum ef veikindi koma upp. Um leið og fyrirbyggjandi heimsóknir hafa heilsufarslegt gildi geta þeir sparað einstaklingnum og samfélaginu verulega fjármuni þegar til lengri tíma er litið. Í rannsókninni voru svarendur spurðir hvort þeir hefðu farið til lækni “í fyrirbyggjandi skyni til að láta skoða eða rannsaka hvort heilsan sé í lagi eða til að fá ráðleggingar um viðhald góðrar heilsu”. Í heild höfðu 34,4% svarenda farið til lækni í fyrirbyggjandi skyni síðastliðna 12 mánuði.

Tafla 4 sýnir hlutfall einstaklinga sem fóru í fyrirbyggjandi heimsóknir eftir hópum. Marktækur munur kemur fram milli aldurshópa. Fyrirbyggjandi þjónustunotkun er svipuð frá 18-44 ára aldurs (26-28%), en eykst jafnt og þétt eftir það og er 53% í hópi 65-75 ára. Þá fara konur frekar í fyrirbyggjandi heimsóknir en karlar (38% á móti 31%). Afgerandi munur kemur fram á hjúskaparstéttum, þar sem ekkjur/ekklar eru mun líklegri en aðrar hjúskaparstéttir að nota fyrirbyggjandi lækniþjónustu (52%), en gift fólk og sambúðarfólk kemur þar á eftir (36%). Þeir sem ekki eru í starfi á vinnumarkaði nota fyrirbyggjandi þjónustu meira en þeir sem eru í hlutastarfi eða fullu starfi (42% á móti 33%). Þá fara barnaforeldrar síður til lækni í fyrirbyggjandi skyni en þeir sem ekki hafa börn á framfæri sínu. Ekki er marktækur munur á fyrirbyggjandi þjónustunotkun eftir búsetu, né eftir menntun eða tekjum. Skýringar á þessum hópamun á fyrirbyggjandi lækniþjónustunotkun geta verið margar og mismunandi. Hér geta skipt máli misjafnlega jákvæð viðhorf í einstökum hópum til fyrirbyggjandi heilbrigðisþjónustu og forvarna (Dutton, 1978), ólík verkefnabinding og aðgangur að heilsugæslu, mismunandi viðhorf, væntingar og hvatning vina, vandamanna og vinnuveitenda, ólíkt mat einstaklinga á eigin sjúkdómslíkum (sjúkdómshættu), og misjöfn hvatning frá heilbrigðisþjónustunni sjálfri (Fishbein o.fl., 1980; Rosenstock, 1974).

Tafla 4. Hlutfall sem hefur farið til læknis í fyrirbyggjandi skyni sl. 12 mánuði (N=1924).

Aldur	% (fjöldi)
18-24	27,5 (94/342)
25-34	26,0 (114/439)
35-44	28,0 (116/414)
45-54	42,0 (134/319)
55-64	47,6 (99/208)
65-75	52,5 (105/200) ***
Kynferði	
Karl	31,3 (302/966)
Kona	37,5 (359/957) **
Hjúskaparstaða	
Gift(ur)/Sambúð	35,7 (463/1297)
Einhleyp(ur)	29,2 (135/463)
Fráskilin(n)	28,9 (24/83)
Ekkja/ekkill	52,0 (26/50) **
Búseta	
Vesturland	28,4 (27/95)
Vestfirðir	27,1(16/59)
Norðurl. vestra	32,3 (21/65)
Norðurl. eystra	39,6 (72/182)
Austurland	31,0 (26/84)
Suðurland	30,2 (42/139)
Reykjanes	35,3 (186/527)
Reykjavík	35,3 (272/771) ^{EM}

Atvinnustaða	% (fjöldi)
Ekki í starfi	42,1 (109/259)
Hlutastarf	33,3 (154/463)
Fullt starf	33,2 (398/1200) *
Foreldri (yngsta barn <18 ára)	
Já	28,3 (245/865)
Nei	39,1 (407/1042) ***
Menntun	
Grunnskóli	31,9 (166/520)
Framhaldsskóli	34,4 (344/999)
Háskólastig	34,4 (115/334) ^{EM}
Heildartekjur einstaklings 1997	
0-999 þús.	34,6 (179/517)
1000-2000 þús.	32,0 (196/612)
2100 og hærri	32,1 (161/502) ^{EM}

^{EM}Ekki tölfræðilega marktækur munur milli hópa, * marktækur munur við 5% marktæknimörk, ** marktækur munur við 1% marktæknimörk og *** marktækur munur við 0,1% marktæknimörk, samkvæmt kí-kvaðrat prófi.

3.2.3 Sjúkrahúspjónusta

Auk notkunar lækis- og heilsugæslupjónustu, snertir raunverulegur aðgangur einnig þjónustu sjúkrastofnana. Í rannsókninni voru svarendur spurðir hvort þeir hefðu lagst inn á spítala síðastliðna 12 mánuði (sjá spurningar í viðauka E). Í heild reyndist innlagnartíðnin 10,7%.

Tafla 5 sýnir hlutfall innlagðra eftir hópum. Eins og vænta mátti er marktækur munur á aldurshópum. Hæst er hlutfall innlagðra (16,5%) í elsta aldurshópnum (65-75 ára), en aldurshóparnir 18-24 og 25-35 koma þar á eftir. Konur leggjast frekar inn en karlar (13,2% á móti 8,3%). Þeir sem ekki starfa á vinnumarkaði leggjast frekar inn en þeir sem gegna hálfu eða heilu starfi. Þá leggst lágtekjufólk frekar inn en fólk sem hefur miðlungs eða háar tekjur. Loks sýnir taflan að þótt innlagnartölur séu nokkuð breytilegar eftir búsetu, hjúskaparstöðu, foreldrastöðu og menntun er í engu tilviki um tölfræðilega marktækan mun að ræða.

Samkvæmt niðurstöðum erlendra rannsókna virðist hópamunur á spítalainnlögnum stafa af heilsufarsþáttum fremur en sálrænum, félagslegum eða efnahagslegum þáttum, enda er sjúkrahúsvistun víða ókeypis eða því sem næst fyrir sjúklinginn, auk þess sem innlagnir ákvarðast af læknum á lækisfræðilegum grundvelli, meðan læknaheimsóknir utan spítala eru oftast að frumkvæði leikmanna (einstaklinganna sjálfra, fjölskyldna þeirra og jafnvel vinnuveitenda) og greiðast að verulegum hluta af þeim. Svigrúm fyrir félagsvísindalegar skýringar er því minna í sambandi við spítalainnlagnir en læknaheimsóknir (Andersen og Anderson, 1979). Svo virðist sem hærri innlagnartíðni eldra fólks en annarra aldurshópa stafi einkum af hærri algergi alvarlegra krónískra sjúkdóma meðal eldra fólksins, meðan fremur há innlagnartíðni yngstu aldurshópanna stafi einkum af barnsfæðingum kvenna. Þá skýra barnsfæðingar og meðgöngu- og fæðingartengd vandamál megnið af kynjamuni á spítalainnlögnum (Andersen og Anderson, 1979; Nathanson, 1979). Loks má ætla að munur á spítalainnlögnum eftir atvinnuþátttöku og tekjum stafi helst af því að fólk utan vinnumarkaðar og lágtekjufólk eigi oftast við langvinn og alvarleg veikindi að stríða en vinnandi fólk og fólk með góðar tekjur og þurfi því oftast að leggjast á spítala.

Tafla 5. Hlutfall sem lagst hefur á spítala sl. 12 mánuði (N=1924).

Aldur	% (fjöldi)
18-24	12,0 (41/342)
25-34	11,2 (49/439)
35-44	8,9 (37/414)
45-54	8,2 (26/319)
55-64	9,7 (20/206)
65-75	16,5 (33/200) *
Kynferði	
Karl	8,3 (80/966)
Kona	13,2 (126/955) ***
Hjúskaparstaða	
Gift(ur)/Sambúð	11,1 (144/1297)
Einhleyp(ur)	9,9 (46/463)
Fraskilin(n)	10,8 (9/83)
Ekkja/ekkill	10,0 (5/50) ^{EM}
Búseta	
Vesturland	13,8 (13/94)
Vestfirðir	11,9 (7/59)
Norðurl. vestra	9,2 (6/65)
Norðurl. eystra	12,6 (23/182)
Austurland	9,5 (8/84)
Suðurland	10,1 (14/139)
Reykjanes	10,6 (56/527)
Reykjavík	10,4 (80/770) ^{EM}

Atvinnustaða	% (fjöldi)
Ekki í starfi	16,6 (43/259)
Hlutastarf	12,1 (56/463)
Fullt starf	8,7 (107/1199) ***
Foreldri (yngsta barn <18 ára)	
Já	11,6 (100/865)
Nei	10,0 (104/1041) ^{EM}
Menntun	
Grunnskóli	13,1 (68/519)
Framhaldsskóli	9,8 (98/999)
Háskólastig	10,2 (34/334) ^{EM}
Heildartekjur einstaklings 1997	
0-999 þús.	14,1 (73/517)
1000-2000 þús.	10,0 (61/612)
2100 og hærri	8,4 (42/502) **

^{EM} Ekki tölfræðilega marktækur munur milli hópa, * marktækur munur við 5% marktæknimörk, ** marktækur munur við 1% marktæknimörk og *** marktækur munur við 0,1% marktæknimörk, samkvæmt kí-kvaðrat prófi.

Kafli 4

RÉTTLÆTI Í HEILBRIGÐISÞJÓNUSTUNNI Á ÍSLANDI

Fram að þessu hefur umfjöllunin beinst að mögulegum eða raunverulegum aðgangi samfélagshópa að heilbrigðisþjónustunni. Mikilvægri spurningu er þó enn ósvarað: Ríkir réttlæti (equity) eða ranglæti (inequity) í heilbrigðisþjónustunni? Þessa spurningu má endurorða á eftirfarandi hátt í samræmi við réttlætisskilgreininguna sem sett var fram í 1. kafla (bls. 4): Hafa allir hópar samfélagsins sama mögulega aðgang að heilbrigðisþjónustu og er raunveruleg notkun hópanna á þjónustu í samræmi við þörf þeirra fyrir þjónustuna? Rétt er að hafa í huga að ekkert heilbrigðiskerfi er fullkomlega réttlátt. Málið snýst fremur um það hve réttlæti eða ranglæti heilbrigðisþjónustunnar er mikið. Til að leggja mat á þetta voru notaðir bæði hlutlægir og huglægir mælikvarðar. Að því er hlutlæga mælikvarða varðar var í fyrsta lagi athugað hve ójöfn hlutföll mögulegs aðgangs voru milli hópa samkvæmt töflu 1 hér að framan. Í öðru lagi var lagt hlutlægt mat á notkun lækniþjónustu miðað við þjónustubörf eins og hún er áætluð af læknum. Í því sambandi var athugað “einkenna-viðbragða hlutfall” (sjá síðar), hlutfall þeirra sem fylgjast með blóðþrýstingi eins og ráðlagt er og hlutfall kvenna sem fer í brjósta-skoðun og leghálsskoðun eins og ráðlagt er. Að því er huglægt mat á þjónustubörf varðar var reiknað hlutfall svarenda sem frestuðu eða felldu niður lækniheimsókn sem þeir töldu sjálfir þörf fyrir.

4.1 Þjónustunotkun miðað við hlutlægt mat á þörf

Ef leggja á hlutlægt mat á réttlæti í heilbrigðisþjónustunni á Íslandi skulum við fyrst líta að nýju á töflu 1 að framan. Hún sýnir að eldra fólk, konur, ekkjur og ekkjar, íbúar í Reykjavík, þeir sem eru minna (eða ekki) á vinnumarkaði, þeir sem ekki eiga börn undir lögdri, þeir sem hafa framhaldsmenntun og miðlungs eða háar tekjur hafa greiðari aðgang að lækni- og heilsugæsluþjónustu en aðrir. Sér í lagi er munurinn mikill milli aldurshópa, hjúskaparstétta, búsetuhópa (læknishéraða) og tekjuhópa. Ef réttlæti er skilgreint útfrá jöfnum mögulegum aðgangi einstaklinga og hópa að þjónustu (sjá bls. 13) benda niðurstöðurnar því til að hér ríki töluvert óréttlæti (inequity) í heilbrigðiskerfinu.

En hvað með réttlæti í dreifingu raunverulega fenginnar þjónustu? Til að leggja tilteknið mat á það var fyrst reiknað svonefnt einkenna-viðbragða hlutfall. Þetta hlutfall er mælikvarði á notkun lækniþjónustu vegna 15 sjúkdómseinkenna miðað við þjónustuþörf eins og hún er áætluð af erlendum sérfræðingum (Taylor og fl., 1975; Andersen, 1980; Aday og Andersen, 1983). Svarendur voru spurðir hvort þeir hefðu haft einkennin sl. 12 mánuði og hvort þeir hefðu leitað til læknis vegna þeirra (sjá atriði og spurningar í viðaukum D og E). Fjöldi svarenda sem leitaði læknis vegna einkennanna var síðan borinn saman við áætlanir 40 sérfræðinga um hlutfallslegan fjölda einstaklinga á ólíkum aldri sem þyrfti að nota lækniþjónustu vegna einkennanna. Þessar fjöldatölur voru settar inn í formúlu fyrir einkenna-viðbragða hlutfallið $((A-E)/E) \cdot (100)$, þar sem A er athugaður heimsóknafjöldi og E er ráðlagður heimsóknafjöldi. Við samanburð á einkenna-viðbragða hlutföllum einstakra hópa var valinn viðmiðunarhópur í hverjum samanburði, hlutfallstala hans sett á núll og aðrir hópar sýndir sem frávik frá núlli. Einkennalista einkenna-viðbragða hlutfallsins getur að líta í viðauka D. Vegna fjölda marktækniprófana í tengslum við einkenna-viðbragða hlutfallið og hættu á að tilviljunarmunur teldist marktækur voru lægstu marktæknimörk sem miðað er við lækkuð úr 5% í 1%. Einkenna-viðbragða hlutfall fyrir úrtakið í heild reyndist -44,6 ($p=0,001$). Þetta þýðir að í heild eru læknaheimsóknir Íslendinga í veikindum marktækt eða 45% færri en ráðlagt er skv. mati hinna erlendu sérfræðinga. Raunar kom í ljós að allir samfélagshópar voru marktækt frá ráðlagðri þjónustunotkun í veikindum, að ekkjum/ekklum undanskildum.

Tafla 6 sýnir mun á einkenna-viðbragða hlutföllum eftir samfélagshópum. Taflan gefur til kynna hve einstakir hópar eru mörgum prósentum nær (+) eða fjær (-) ráðlagðri (recommended, appropriate) þjónustunotkun í veikindum miðað við samanburðarhóp (með gildið núll) og hvort sá prósentumunur er tölfræðilega marktækur. Samkvæmt töflunni er marktækur munur á einkenna-viðbragða hlutföllum milli aldurshópa. Elsti aldurshópurinn er marktækt nær ráðlagðri þjónustunotkun í veikindum en aðrir aldurshópar. Eftir því sem aldurshópurinn er yngri því fjær er þjónustunotkunin ráðlögðu marki. Þannig er lækniþjónustunotkun (heimsóknir) yngsta aldurshópsins 37% fjær ráðlögðu marki en elsta hópsins. Þá eru karlar marktækt fjær ráðlagðri þjónustunotkun í veikindum en konur (munurinn er 7%). Ennfremur má sjá að í samanburði við gifta og sambúðarfólk er staða einhleypra marktækt lakari, en ekkja og ekkla marktækt betri. Þannig eru ekkjur og ekklar 35% nær ráðlagðri lækniþjónustunotkun í veikindum en giftir og sambúðarfólk, sem aftur eru 14 prósent nær ráðlagðri notkun en einhleypir. Þá sýnir tafla 6 marktækan mun milli læknishéraða. Það læknishérað sem stendur best að vígi eru Vestfirðir. Þar eru læknaheimsóknir vegna veikinda 15% nær ráðlagðri notkun en í Reykjavík og er sá munur marktækur. Hins vegar eru þrjú önnur læknishéruð lakar sett en Reykjavík, þ.e. Vesturland (18% fjær), Austurland (16% fjær) og Suðurland (10% fjær). Önnur læknishéruð (Norðurland vestra, Norðurland eystra og Reykjanes) voru álíka sett og Reykjavík. Tafla 6 sýnir ennfremur að þeir sem starfa á vinnumarkaði eru umtalsvert fjær ráðlagðri þjónustunotkun en þeir sem ekki starfa á vinnumarkaði (20-22% fjær). Ekki reyndist munur á einkenna-viðbragða hlutföllum eftir foreldrastöðu, menntun eða tekjum.

**Tafla 6. Notkun læknisþjónustu miðað við þjónustupörf:
Munur á „einkenna-viðbragða hlutföllum” (Symptoms-Response Ratios)
eftir hópum^a**

Aldur	SSR (%)
18-24	-37,13 ***
25-34	-33,32 ***
35-44	-26,22 ***
45-54	-15,23 ***
55-64	-9,64 **
65-75	0
Kynferði	
Karl	-7,25 **
Kona	0
Hjúskaparstaða	
Gift(ur)/Sambúð	0
Einhleyp(ur)	-14,35 ***
Fráskilin(n)	-4,02 ^{EM}
Ekkja/ekkill	+35,45 ***
Búseta	
Vesturland	-18,33 ***
Vestfirðir	+15,11 ***
Norðurl. vestra	-3,49 ^{EM}
Norðurl. eystra	+2,66 ^{EM}
Austurland	-16,36 ***
Suðurland	-10,40 **
Reykjanes	-6,53 ^{EM}
Reykjavík	0

Atvinnustaða	SSR (%)
Ekki í starfi	0
Hlutastarf	-20,11 ***
Fullt starf	-22,56 ***
Foreldri (yngsta barn <18 ára)	
Já	0
Nei	+4,91 ^{EM}
Menntun	
Grunnskóli	0
Framhaldsskóli	-1,70 ^{EM}
Háskólastig	-1,29 ^{EM}
Heildartekjur einstaklings 1997	
0-999 þús.	+4,10 ^{EM}
1000-2000 þús.	0,08 ^{EM}
2100 og hærri	0

^a Taflan gefur til kynna hve einstakir hópar eru mörgum prósentum nær (+) eða fjær (-) ráðlagðri lækniþjónustunotkun miðað við samanburðarhóp (með gildið núll).

^{EM} Ekki tölfræðilega marktækt frávik frá samanburðarhópi, ** frávik marktækt við 1% marktæknimörk og *** frávik marktækt við 0,1% marktæknimörk, skv. kí-kvaðrat prófi.

Niðurstöður varðandi einkenna-viðbragða hlutfallið almennt og hópamunin sérstaklega benda til að Íslendingar noti lækniþjónustu almennt minna í veikindum sínum en hinir erlendu sérfræðingar ráðleggja. Álykta mátti að í þessu felist almennt ákveðið óréttlæti (inequity) í notkun lækniþjónustunnar, þ.e. að einstaklingar fái ekki þá þjónustu sem til efni er til og lög um heilbrigðisþjónustu bjóða. Við þetta má bæta að tafla 6 sýni að notkun lækniþjónustu í veikindum er misjöfn milli hópa, þar sem yngra fólk, karlar, einhleypir, íbúar á Vestur-, Austur- og Suðurlandi og útvinnandi koma lakar út en aðrir samkvæmt okkar viðmiðunum. Þetta bendir til umtalsverðs óréttlætis í dreifingu lækniþjónustu til einstakra hópa (sjá áðurnefnda skilgreiningu á réttlæti á bls. 4).

Fram að þessu hefur mat á notkun lækniþjónustu eftir þjónustuhörf beinst að veikindatengdri notkun. Hvað er að segja um fyrirbyggjandi þjónustunotkun? Er hún í samræmi við þörf eða er um vannotkun að ræða í einstökum hópum? Til að leita svara við þeirri spurningu voru svarendur spurðir hve langt var síðan þeir fóru síðast í blóðþrýstingsmælingu. Konurnar voru til viðbótar spurðar hve langt var síðan þær fóru í leghálsskoðun og brjóstaskoðun (sjá spurningar í viðauka E). Til að leggja mat á hvort blóðþrýstingseftirlit var í samræmi við þörf er stuðst við alþjóðlegan staðal sem gerir ráð fyrir að blóðþrýstingsmæling fari fram á a.m.k. 5 ára fresti til 64 ára aldurs og á a.m.k. tveggja ára fresti frá 65 ára aldri (Aday og fl., 1984, bls. 34). Við mat á hvort leghálsskoðun var í samræmi við þörf er stuðst við staðal bandaríska krabbameinsfélagsins (American Cancer Society) sem gerir ráð fyrir leghálsskoðun á þriggja ára fresti (Aday og fl., 1984, bls. 34; Millman, 1993). Einnig voru til samanburðar notaðar starfsreglur Leitarstöðvar Krabbameinsfélagsins um hópskoðanir, en samkvæmt þeim eru íslenskar konur boðaðar í leghálsskrabbameinsleit á tveggja ára fresti frá 20-69 ára (konur yngri en 20 ára og 70 ára og eldri eru ekki boðaðar) (Krabbameinsfélagið, 1997).² Við mat á hvort brjóstaskoðun var í samræmi við þörf er byggt á staðli bandaríska krabbameinsfélagsins sem miðar við að farið sé í brjóstaskoðun hjá sérmenntuðum heilbrigðisstarfsmanni á a.m.k. þriggja ára fresti frá 20 til 39 ára aldurs, en árlega frá 40 ára aldri (American Cancer Society, 1999). Hafa ber í huga að brjóstaskoðun samkvæmt þessari viðmiðun er bæði með og án brjóstarröntgenmyndatöku (tilhögun hópskoðana vegna brjóstakrabbameins samkvæmt starfsreglum Leitarstöðvar Krabbameinsfélagsins miðast hins vegar við myndatöku).

Í heild var blóðþrýstingseftirlit í samræmi við hinn erlenda staðal (ráðlagða notkun sérfræðinga) hjá 79,7% svarenda. Tafla 7 sýnir hlutfall í einstökum hópum sem lét mæla blóðþrýsting eins og ráðlagt er. Taflan sýnir að tilhneiging er til bættis blóðþrýstingseftirlits með aldrinum. Lakast er eftirlitið hjá ungmönnum (18-24 ára) þar sem aðeins 66% létu mæla blóðþrýsting eins og ráðlagt er. Þá kemur fram munur á kynjunum, þar sem blóðþrýstingseftirlit er marktækt lakara hjá körlum (76%) en konum (84%). Af hjúskaparstéttum eru einhleypir með lang lakast blóðþrýstingseftirlit (63%). Þá er lakara eftirlit með blóðþrýstingi meðal útvinnandi fólks en þeirra sem ekki eru á vinnumarkaði. Þeir sem ekki hafa börn á framfæri hafa sömuleiðis lakara eftirlit en barnaforeldrar. Loks kemur fram menntunar- og tekjuhópamunur á blóðþrýstingseftirliti, þar sem lágtekjufólk og fólk sem eingöngu hefur grunnmenntun hefur lakara eftirlit með blóðþrýstingi en miðlungs- og hátekjufólk og framhaldsmenntaðir. Tafla 7 sýnir ekki marktækan mun á blóðþrýstingseftirliti milli búsetuhópa.

Tafla 7. Notkun fyrirbyggjandi heilbrigðisþjónustu miðað við þjónustubörf: Hlutfall í einstökum hópum sem fylgist með blóðþrýstingi eins og ráðlagt er skv. erlendum staðli (N=1924)

	Blóðþrýstings- mæling
Aldur	% (fjöldi)
18-24	66,3 (222/335)
25-34	75,9 (330/435)
35-44	81,8 (336/411)
45-54	85,4 (263/308)
55-64	92,0 (183/199)
65-75	86,3 (164/190) ***
Kynferði	
Karl	75,7 (726/959)
Kona	83,9 (772/920) ***
Hjúskaparstaða	
Gift(ur)/Sambúð	85,6 (1089/1272)
Einhleyp(ur)	63,1 (289/458)
Fráskilin(n)	83,8 (67/80)
Ekkja/ekkill	82,6 (38/46) ***
Búseta	
Vesturland	80,6 (75/93)
Vestfirðir	79,3 (46/58)
Norðurl. vestra	77,8 (49/63)
Norðurl. eystra	82,8 (149/180)
Austurland	74,1 (60/81)
Suðurland	78,7 (107/136)
Reykjanes	78,9 (408/517)
Reykjavík	80,3 (604/752) ^{EM}

	Blóðþrýstings- mæling
Atvinnustaða	% (fjöldi)
Ekki í starfi	86,2 (218/253)
Hlutastarf	79,6 (360/452)
Fullt starf	78,9 (921/1175) *
Foreldri (yngsta barn <18 ára)	
Já	83,1 (712/857)
Nei	76,9 (775/1008) ***
Menntun	
Grunnskóli	73,5 (375/510)
Framhaldsskóli	82,7 (810/980)
Háskólastig	81,3 (269/331) ***
Heildartekjur einstaklings 1997	
0-999 þús.	78,4 (396/505)
1000-2000 þús.	76,4 (459/601)
2100 og hærri	82,9 (412/497) *

^{EM} Ekki tölfræðilega marktækur munur milli hópa, * marktækur munur við 5% marktæknimörk, ** marktækur munur við 1% marktæknimörk og *** marktækur munur við 0,1% marktæknimörk, samkvæmt kí-kvaðrat prófi

Þegar athuguð er fyrirbyggjandi þjónustunotkun kvenna miðað við hina erlendu staðla (ráðlagða notkun) sýna niðurstöðurnar að brjóstaskoðanir voru í samræmi við staðal hjá aðeins 48,5% kvenna, en leghálsskoðanir samræmdust staðli hjá 84,5% kvenna. Sé miðað við starfsreglur Krabbameinsfélagsins vegna leghálsskrabbameinsleitar voru leghálsskoðanir í samræmi við staðal hjá 85,2% kvenna. Lágst hlutfall kvenna sem fer í brjóstaskoðun skv. staðli gæti skýrst af því að íslenskar konur fari almennt ekki í brjóstaskoðun til læknis nema í tengslum við brjóstarröntgenmyndatöku, auk þess sem saga brjóstakrabbameinsskoðana hérlandis er mun styttri en leghálsskrabbameinsskoðana.

Tafla 8 sýnir hlutfall í einstökum hópum kvenna sem fór í brjóstaskoðun og leghálsskoðun eins og staðlarnir gera ráð fyrir. Taflan sýnir marktækan mun eftir aldri, hjúskaparstöðu, atvinnustöðu, foreldrastöðu og menntun. Nánar tiltekið eru brjóstaskoðanir eldri kvenna og ekkja fjær ráðlögðu marki en annarra kvenna, en skýr meirihluti í þessum hópum fer ekki í brjóstaskoðanir eins og staðalinn kveður á um. Að því er leghálsskoðanir varðar var marktækur aldursmunur miðað við hinn erlenda staðal, á þann hátt að þjónustunotkun yngstu kvennanna (18-24 ára) var oftast undir ráðlögðu marki (37%) og næst oftast hjá elstu konunum (65-75 ára) (21%). Hins vegar er ekki marktækur aldursmunur á leghálsskoðunum sé miðað við hinn innlenda staðal. Ástæðan er sú að yngstu og elstu konurnar eru ekki boðaðar í hópskoðun hérlandis (og því reiknast ekki vannotkun þjónustu hjá þeim). Af hjúskaparhópum voru leghálsskoðanir oftast undir ráðlögðu marki hjá einhleypum konum, hvort sem miðað var við innlendan eða erlendan staðal. Jafnframt voru leghálsskoðanir útivinnandi kvenna fjær hinum innlenda staðli en annarra kvenna. Þá voru leghálsskoðanir í mun betra samræmi við innlendan og erlendan staðal hjá mæðrum barna (undir 18 ára) en hjá öðrum konum. Loks sýnir tafla 8 að marktækur munur er á leghálsskoðunum eftir menntun miðað við hinn erlenda staðal, þar sem þjónustunotkunin er óhagstæðust hjá konum sem eingöngu hafa grunnmenntun, en hagstæðust meðal háskólamenntaðra kvenna. Fyrrgreindur munur á brjóstaskoðunum skýrist fyrst og fremst af því að eldri konur hafa lakari raunverulegan aðgang að þjónustunni en aðrar konur. Munur á leghálsskoðunum virðist einkum skýrast af því að aðgangur að þjónustunni er mun greiðari meðal barnshafandi kvenna og kvenna sem hafa eignast börn en barnlausra kvenna.

Tafla 8. Fyrirbyggjandi heilbrigðisþjónusta kvenna miðað við þjónustubörf: Hlutfall í einstökum hópum sem fer í brjóstaskoðun og leghálsskoðun eins og ráðlagt er skv. stöðlum (N=957)

Aldur	Brjóstaskoðun % (fjöldi)	Leghálsskoðun	
		Erlendur staðall % (fjöldi)	Innlendur staðall % (fjöldi)
18-24	51,1 (94/184)	62,6 (114/182)	85,9 (158/184)
25-34	42,9 (87/203)	90,9 (190/209)	86,1 (180/209)
35-44	54,7 (105/192)	91,8 (179/195)	84,6 (165/195)
45-54	54,2 (84/155)	90,9 (140/154)	84,4 (130/154)
55-64	50,5 (47/93)	92,4 (85/92)	84,8 (78/92)
65-75	31,6 (30/95) **	79,2 (76/96) ***	85,1 (80/94) ^{EM}
Hjúskaparstaða			
Gift(ur)/Sambúð	48,6 (309/636)	91,5 (584/638)	87,3 (556/637)
Einhleyp(ur)	49,0 (100/204)	63,3 (131/207)	78,8 (164/208)
Fráskilin(n)	51,2 (22/43)	90,9 (40/44)	81,4 (35/43)
Ekkja	44,8 (13/29) **	79,3 (23/29) ***	90,0 (27/30) *
Búseta			
Vesturland	52,3 (23/44)	82,2 (37/45)	91,1 (41/45)
Vestfirðir	48,1 (13/27)	85,2 (23/27)	89,3 (25/28)
Norðurl. vestra	50,0 (15/30)	83,9 (26/31)	83,9 (26/31)
Norðurl. eystra	60,5 (52/86)	93,3 (83/89)	92,0 (81/88)
Austurland	43,2 (16/37)	94,7 (36/38)	89,7 (35/39)
Suðurland	38,5 (25/65)	85,9 (55/64)	87,1 (54/62)
Reykjanes	51,2 (130/254)	81,7 (206/252)	85,2 (218/256)
Reykjavík	45,8 (174/380) ^{EM}	83,5 (319/382) ^{EM}	82,3 (312/379) ^{EM}
Atvinnustaða			
Ekki í starfi	47,9 (78/163)	82,3 (135/164)	90,4 (150/166)
Hlutastarf	49,9 (176/353)	85,4 (303/355)	86,4 (304/352)
Fullt starf	47,7 (194/407) ^{EM}	84,8 (346/408) ^{EM}	82,0 (336/410) *
Foreldri (m. barn <18 ára)			
Já	51,1 (218/427)	94,0 (407/433)	88,2 (382/433)
Nei	46,5 (228/490) ^{EM}	76,0 (371/488) ***	82,4 (403/489) *

Tafla 8 frh.

Menntun	Brjóstaskoðun % (fjöldi)	Leghálsskoðun	
		Erlendur staðall % (fjöldi)	Innlendur staðall % (fjöldi)
Grunnskóli	51,8 (133/257)	79,7 (204/256)	88,0 (227/258)
Framhaldsskóli	46,3 (231/499)	86,1 (432/502)	83,8 (419/500)
Háskólastig	53,1 (78/147) ^{EM}	90,0 (135/150)*	85,3 (128/150) ^{EM}
Heildartekjur einstaklings 1997			
0-999 þús.	49,6 (180/363)	83,0 (302/364)	85,4 (310/363)
1000-2000 þús.	51,2 (168/328)	89,0 (292/328)	85,4 (280/328)
2100 og hærri	40,0 (26/65) ^{EM}	88,1 (59/67) ^{EM}	83,3 (55/66) ^{EM}

^{EM} Ekki tölfræðilega marktækur munur milli hópa, * marktækur munur við 5% marktækni-mörk, ** marktækur munur við 1% marktæknimörk og *** marktækur munur við 0,1% marktæknimörk, samkvæmt kí-kvaðrat prófi.

4.2 Þjónustunotkun miðað við huglægt mat á þörf

Í umræðunni um þjónusturéttlæti hér að framan hefur mat á notkun heilbrigðisþjónustu miðast við þjónustubörf eins og hún er metin af erlendum og innlendum sérfræðingum. Eins og áður hefur komið fram er þörf ekki einungis hægt að skoða út frá faglegu mati sérfræðinga. Einnig skiptir máli að athuga þjónustunotkun miðað við mat einstaklingsins sjálfs á þörf sinni fyrir þjónustu. Í þessu sambandi voru svarendur spurðir hvort þeir hefðu frestað eða fellt niður læknisheimsókn sem þeir töldu sjálfir þörf fyrir á síðastliðnum 6 mánuðum. Ef um slíkt var að ræða voru þeir einnig spurðir um ástæður (sjá spurningar í viðauka E). Í ljós kom að 23,9% höfðu frestað eða fellt niður ferð til lækni sem þeir töldu þörf fyrir síðastliðna 6 mánuði. Þetta er hátt hlutfall á ekki lengra tímabili. Fjölmargar ástæður voru nefndar fyrir frestuninni eða niðurfellingunni, m.a. kostnaður (of dýrt að fara), önnur verkefni sem þurfti að sinna, að ferð til lækni væri of tímafrek, að ekki væri vitað til hvaða lækni ætti að leita, að erfitt væri að segja lækni frá vandanum og að viðkomandi óttaðist að læknirinn finndi að eitthvað alvarlegt væri að. Algengustu ástæðurnar sem svarendur nefndu voru önnur verkefni sem þurfti að sinna (45% frestana/niðurfellinga) og kostnaður þjónustunnar (31% frestana/niðurfellinga). M.ö.o. sögðust 10,7% svarenda hafa fellt niður eða frestað læknisheimsókn vegna verkefnabindingar, hvort sem var á vinnustað, heimili eða annars staðar, og 7,3% sögðust hafa fellt niður eða frestað læknisheimsókn vegna væntanlegs kostnaðar við þjónustuna (lyf og læknishjálp). Fróðlegt er að bera þessar niðurstöður saman við niðurstöður úr könnun sem Landlæknisembættið lét gera meðal 18-75 ára Íslendinga í apríl 1998, þar sem m.a. var spurt um niðurfellingu eða frestun læknaheimsókna vegna kostnaðar síðastliðna 12 mánuði. Í ljós kom að 14,8% svarenda höfðu frestað eða fellt niður heimsókn vegna kostnaðar sl. 12 mánuði (Kristinn Ólafsson og Ingólfur Árnason, 1998; Birna Þórðardóttir, 1998). Talan er sambærileg og í þessari rannsókn þar sem viðmiðunartímabil Landlæknisembættisins var tvöfalt lengra.

Tafla 9. Notkun læknisþjónustu miðað við þjónustustörf:
Hlutfall sem frestaði eða felldi niður læknisheimsókn sem þörf var fyrir
síðastliðna 6 mánuði (N=1924)

	Frestaði/felldi niður ferð til læknis	Frestaði/felldi niður ferð til læknis v/annarra verkefna	Frestaði/felldi niður ferð til læknis af kostnaðarástæðum
Aldur	% (fjöldi)	% (fjöldi)	% (fjöldi)
18-24	31,7 (105/331)	16,0 (53/331)	13,0 (43/331)
25-34	27,2 (117/430)	16,0 (69/430)	7,2 (31/430)
35-44	27,3 (110/403)	10,9 (44/403)	9,4 (38/403)
45-54	20,1 (60/299)	6,7 (20/299)	3,3 (10/299)
55-64	17,5 (33/189)	3,7 (7/189)	6,3 (12/189)
65-75	7,4 (13/176) ***	1,1 (2/176) ***	0,0 (0/176) ***
Kynferði			
Karl	22,3 (206/925)	10,3 (95/925)	7,1 (66/925)
Kona	25,7 (232/902) ^{EM}	11,1 (100/902) ^{EM}	7,5 (68/902) ^{EM}
Hjúskaparstaða			
Gift(ur)/Sambúð	23,6 (293/1243)	10,0 (124/1243)	5,7 (71/1243)
Einhleyp(ur)	24,8 (110/443)	13,5 (60/443)	10,4 (46/443)
Fráskilin(n)	33,3 (25/75)	12,0 (9/75)	18,7 (14/75)
Ekkja/ekkill	7,1 (3/42) *	2,4 (1/42) ^{EM}	0,0 (0/42) ***
Búseta			
Vesturland	27,5 (25/91)	9,9 (9/91)	8,8 (8/91)
Vestfirðir1	6,7 (9/54)	5,6 (3/54)	3,7 (2/54)
Norðurl. vestra	26,6 (17/64)	7,8 (5/64)	4,7 (3/64)
Norðurl. eystra	24,3 (42/173)	8,7 (15/173)	8,1 (14/173)
Austurland	30,3 (23/76)	11,8 (9/76)	5,3 (4/76)
Suðurland	20,9 (27/129)	10,9 (14/129)	4,7 (6/129)
Reykjanes	22,1 (111/503)	10,3 (52/503)	6,2 (31/503)
Reykjavík	24,8 (183/737) ^{EM}	12,1 (89/737) ^{EM}	8,8 (65/737) ^{EM}
Atvinnustaða			
Ekki í starfi	23,3 (56/240)	8,3 (20/240)	7,1 (17/240)
Hlutastarf	23,4 (104/444)	9,2 (41/444)	7,2 (32/444)
Fullt starf	24,3 (278/1143) ^{EM}	11,7 (134/1143) ^{EM}	7,3 (84/1143) ^{EM}
Foreldri (m. barn <18 ára)			
Já	27,7 (233/842)	8,7 (85/974)	7,6 (64/842)
Nei	20,8 (203/974) ***	12,9 (109/842) **	7,2 (70/974) ^{EM}

Tafla 9 frh.

Menntun	Frestaði/felldi niður ferð til læknis % (fjöldi)	Frestaði/felldi niður ferð til læknis v/annarra verkefna % (fjöldi)	Frestaði/felldi niður ferð til læknis af kostnaðarástæðum % (fjöldi)
Grunnskóli	23,0 (112/486)	9,3 (45/486)	7,8 (38/486)
Framhaldsskóli	24,6 (236/961)	10,5 (101/961)	7,3 (70/961)
Háskólastig	23,8 (78/328) ^{EM}	13,7 (45/328) ^{EM}	6,4 (21/328) ^{EM}
Heildartekjur einstaklings 1977			
0-999 þús.	27,0 (132/489)	11,2 (55/489)	10,6 (52/489)
0-499 þús.	30,2 (48/159)	11,9 (19/159)	12,6 (20/159)
500-999 þús.	25,5 (84/329)	10,9 (36/329)	9,7 (32/329)
1000-2000 þús.	21,6 (127/587)	8,7 (51/587)	8,0 (47/587)
2100 og hærri	23,7 (116/490) ^{EM}	13,7 (67/490) [*]	3,5 (17/490) ^{***}

^{EM} Ekki tölfraðilega marktækur munur milli hópa, ^{*} marktækur munur við 5% marktækni-mörk, ^{**} marktækur munur við 1% marktækni-mörk og ^{***} marktækur munur við 0,1% marktækni-mörk, samkvæmt kí-kvaðrat prófi.

Mun á frestun eða niðurfellingu læknisþjónustu milli hópa getur að líta í töflu 9. Taflan sýnir að ungmenni (18-24 ára) voru líklegust aldurshópa til að fresta/fella niður ferð til læknis sl. 6 mánuði, en hlutfallið var 32%. Þessi staða ungmennanna miðað við aðra aldurshópa skýrist aðallega af öðrum verkefnum (16%) og kostnaðarástæðum (of dýrt að fara), en 13% ungmennanna höfðu felld niður eða frestað læknisheimsókn af þeim sökum. Þá voru fráskildir líklegastir hjúskaparstétta að hafa felld niður eða frestað læknisheimsókn (33%), aðallega af kostnaðarástæðum (19%). Barnaforeldrar frestuðu/slepptu læknisheimsókn frekar en þeir sem ekki höfðu fyrir börnum að sjá. Ekki var munur á tekjuhópum almennt varðandi frestun/niðurfellingu læknaheimsókna, en hins vegar var fólk með lægstar tekjur líklegra til að hafa frestað eða felld niður læknisheimsókn af kostnaðarástæðum (13%) en fólk með hærri tekjur. Enginn marktækur munur kom fram á frestunum/niðurfellingum á læknaheimsóknum eftir kynferði, búsetu, atvinnustöðu eða menntun. Tölurnar í töflu 9 benda til verulegs óréttlætis í þjónustudreifingunni miðað við þá skilgreiningu á réttlæti sem áður er nefnd (bls. 4). Sér í lagi er staðan slök meðal yngra fólks, fráskilinna, barnaforeldra, og að nokkru leyti lágtekjufólks.

Kafli 5

SAMANTEKT OG UMRÆÐA

Miklar breytingar hafa orðið á uppbyggingu heilsugæslu á Íslandi á undanförunum áratugum. Einn megin tilgangur breytinganna hefur verið að skapa jafnrétti í heilbrigðisþjónustu. Hér varðar hvað mestu uppbygging heilsugæslustöðva í kjölfar laga um heilbrigðisþjónustu frá 1973, en stöðvarnar voru frá upphafi að lang stærstum hluta byggðar og reknar af ríkinu (Ingibjörg R. Magnúsdóttir, 1985, 1992). Í þann aldarfjórðung sem síðan er liðinn hafa heilsugæslustöðvar verið byggðar upp í hverju heilsugæsluumdæmi í öllum 8 læknishéruðum landsins. Uppbygging heilsugæslustöðvanna leiddi ekki eingöngu til fjölgunar heilsugæslulækna og tryggari aðgangs að lækniþjónustu í héraði, heldur veitti hún íbúum landsins aðgang að hjúkrunarþjónustu sem yfirleitt hafði ekki hafði verið á boðstólum í heilsugæslunni, ef skólahjúkrun er undanskilin. Auk þess að byggja upp þjónustukerfi heilsugæslunnar hefur ríkið um langt árabil tekið þátt í kostnaði vegna notkunar sjúklinga á lækniþjónustu og lyfjum, og veitt sjúklingum að auki sérstaka afslætti vegna mikils lækniþjónustukostnaðar ("afsláttarkort") og lyfjakostnaðar ("lyfjaskírteini"). Hin opinbera uppbygging á heilsugæslukerfinu og þátttaka í lækni- og lyfjakostnaði hefur án nokkurs vafa dregið úr muni sem annars hefði orðið á aðgengi að heilsugæsluþjónustu milli einstaklinga og þjóðfélagshópa.

5.1 Munur á aðgengi hópa

Engu að síður leiðir þessi rannsókn í ljós að verulegur munur er á aðgengi einstakra hópa. Niðurstöður rannsóknarinnar sýna að ungt fólk hefur sjaldnar en aðrir aldurshópar heimilislækni sem það þekkir, en hins vegar á fólk á miðjum aldri erfiðast með að komast frá verkefnum ef leita þarf lækni. Læknaheimsóknir eru flestar í elstu og yngstu aldurshópunum og sama er að segja um sjúkrahúsinnlagnir. Þá fer miðaldra og eldra fólk oftast til lækni í fyrirbyggjandi skyni. Vannotkun lækniþjónustu í veikindum, þ.e. notkun undir áætlaðri þjónustupörf skv. erlendum stöðlum, er samt mest hjá yngsta aldurshópnum (18-24 ára), vannotkun fyrirbyggjandi heilbrigðisþjónustu er einnig mest hjá yngsta aldurshópnum, og yngsti aldurshópurinn frestaði oftast eða felldi niður ferð til lækni sem talin var þörf fyrir síðast-

liðna 6 mánuði (31,7%), þar af sögðust 13% í yngsta aldurshópnum hafa frestað ferð til læknis af kostnaðarástæðum.

Að því er kynferði varðar hafa fleiri konur heimilislækni sem þær þekkja með nafni en karlar. Konur fara frekar og oftar til læknis en karlar bæði almennt og í fyrirbyggjandi skyni. Þær leggjast líka oftar inn á spítala. Notkun kvenna á heilbrigðisþjónustu er í betra samræmi við áætlaða þörf (skv. erlendum stöðlum) en hjá körlum, bæði í sambandi við læknisþjónustu í veikindum og blóðþrýstingseftirlit.

Af hjúskaparstéttunum eru einhleypir sjaldnast með heimilislækni, en fráskildir eiga erfðast með að komast/fara til læknis. Flestar eru læknaheimsóknir meðal ekkja og ekkla bæði almennt og í fyrirbyggjandi skyni. Hins vegar er vannotkun læknisþjónustu í veikindum mest meðal einhleypa og fráskilinna. Stærstar gloppur í blóðþrýstingseftirliti og leghálsskoðunum er að finna meðal einhleypa, en ekkjur fara sjaldnast í brjóstaskoðanir. Loks eru fráskildir líklegastir allra hjúskaparstétta til að fresta/fella niður ferð til læknis, en einhleypir koma þar á eftir. Í stuttu máli má því segja að aðgangur að heilbrigðisþjónustu sé minnstur meðal einhleypa og fráskilinna.

Nokkur munur er á aðgangi að þjónustu milli læknishéraða og skera Vesturland, Norðurland vestra, Austurland og Suðurland sig nokkuð úr, bæði þegar mögulegur aðgangur að þjónustu er athugaður og notkun læknisþjónustu í veikindum. Þetta tengist því að hlutfall íbúa í dreifbýli er hæst í þessum læknishéruðum (Hagstofa Íslands, 1999a, bls. 38-39) og deifbýlisbúar mæta verulegum aðgangshindrunum í heilbrigðisþjónustunni bæði héraendis og erlendis (Aday og fl., 1984; Benzeval og Judge, 1996).

Fólk á vinnumarkaði og barnaforeldrar hafa almennt lakari aðgang að heilbrigðisþjónustunni og nota hana síður í veikindum en fólk sem ekki er á vinnumarkaði og fólk sem ekki hefur fyrir börnum að sjá. Hins vegar fóru barnaforeldrar frekar í blóðþrýstingseftirlit og leghálsskoðun en aðrir.

Lítinn mun er að finna á aðgengi eftir menntun, nema þegar kemur að fyrirbyggjandi þjónustu, en fólk sem eingöngu hefur grunnmenntun fylgist síður með blóðþrýstingi en aðrir menntunarhópar og grunnskólamenntaðar konur fara síður í leghálsskoðanir en framhalds- og háskólamenntaðar konur, sé miðað við erlenda staðla.

Loks sýna niðurstöðurnar að lágtekjufólk hefur lakara aðgengi að heilbrigðisþjónustunni (meiri fjarlægð frá þjónustustað, tímafrekara að fara til læknis). Fólk með háar tekjur fylgist betur með blóðþrýstingi en fólk með miðlungs- eða lágar tekjur. Þá hafa lágtekjueinstaklingar frekar frestað eða fellt niður ferð til læknis af kostnaðarástæðum en fólk með miðlungs eða háar tekjur.

Sá munur á mögulegum og raunverulegum aðgangi að íslensku heilbrigðisþjónustunni sem hér hefur verið lýst er tölfræðilega marktækur og í mörgum tilvikum verulegur. Þessar niðurstöður sýna að þótt í lögum um heilbrigðisþjónustu frá 1990 (1. grein) sé kveðið á um að allir Íslendingar “skuli eiga kost á fullkomnustu heilbrigðisþjónustu sem á hverjum tíma eru tök á að veita” og mikilvægt sé “að aðgengi að heilbrigðisþjónustu sé auðvelt og sem jafnast fyrir alla landsmenn” eins og segir í Heilbrigðisáætlun til ársins 2010 (Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, 2000, bls. 35), er töluverður vegur frá að því markmiði sé náð, sérstaklega þegar litið er til yngra fólks, einhleypa og fráskilinna, barnafólks, útvinnaðandi einstaklinga og lágtekjufólks.

5.2 Ástæður vannotkunar þjónustu

Ástæður þeirrar vannotkunar heilbrigðisþjónustu sem hér hefur verið áætluð geta verið margvíslegar og tengjast í fyrsta lagi heilbrigðiskerfinu sjálfu. Í þessu sambandi má nefna að ýmsar aðstæður og breytingar innan heilbrigðisþjónustunnar á undanförnum árum hafa hamlað gegn jöfnum aðgangi almennings að þjónustunni. Fimm þættir skipta einkum máli í þessu sambandi: 1) Í fyrsta lagi hefur lengi verið verulegur munur á hlutfallslegum fjölda og stöðuheimildum heilbrigðisstarfsmanna og þjónustustigi (vægi sérfræðilæknishjálpar) milli læknishéraða og heilsugæsluumdæma (Ingibjörg R. Magnúsdóttir, 1992; Landlæknisembættið, 1999, bls. 184-185; Tryggingastofnun ríkisins, 1999, bls. 39). Þetta þýðir að einstaklingar og hópar í samfélaginu hafa ekki haft sama aðgang að þjónustu heilbrigðisstarfsmanna. Hér munar mestu um ólíkan aðgang landsmanna að sérfræðilæknishjálp, sem fyrst og fremst er bundin við stærri þéttbýlisstaði. 2) Þá má nefna að uppbygging heilsugæslustöðva hefur valdið ákveðinni samþjöppun læknisþjónustu í byggðakjörnum og víða langt vegalengdir dreifbýlisfólks að þjónustunni og dregið úr samskiptum við heilbrigðisstarfsmenn. Í þeim læknishéruðum þar sem hátt hlutfall íbúa býr í dreifbýli er um verulegan vanda að ræða. Í þessu sambandi má t.d. nefna Norðurland vestra sem er það læknishérað sem hefur hæst hlutfall íbúa í “strjálbýli”, eða 28% (Hagstofa Íslands, 1999a, bls. 38), en þar fara 21,0% íbúanna langa leið til læknis eða á heilsugæslustöð og 12,3% eru lengi að komast þangað (sjá töflu 1). 3) Enn fremur er í sumum heilsugæsluumdæmum að finna alvarlegar gloppur í heilsugæslukerfinu með tilheyrandi tengslaleysi milli sjúklinga og lækna, ýmist vegna örra mannaskipta, erfiðleika að manna stöður í tilteknum heilsugæsluumdæmum (einkum þar sem um svonefndar H1 stöðvar er að ræða), eða vegna ónógs fjölda stöðuheimilda og viðvarandi biðlista (sjá t.d. Pétur Pétursson, 1997). 4) Þá hefur þátttaka sjúklinga í þjónustukostnaði vaxið á undanförunum árum (sjá t.d. Landlæknisembættið, 1999, bls. 77). Þetta stafar m.a. af því að sumar meðferðir sem áður voru veittar á sjúkradeildum spítala sjúklingi að kostnaðarlausu, eru nú framkvæmdar á læknastofum eða sem ferliverk á spítölum og þarf þá sjúklingur að bera hluta kostnaðarins. Einnig hafa á undanförunum árum orðið breytingar á reglum um kostnaðarhlut sjúklinga í læknishjálp og lyfjum sem aukið hafa greiðslur sjúklinga. Nú greiðir sjúklingur 700 kr. í almennt gjald vegna komu á heilsugæslustöð eða til heimilislæknis. Fyrir sérfræðingsheimsókn greiðir sjúklingur 1.800 kr. í fast gjald og 40% af kostnaði umfram það (þessar upphæðir eru lægri fyrir elli- og örorkulífeyrisþega og börn). Á móti kemur réttur á afsláttarkorti, sem veitir afslátt af þjónustugjöldum þegar kostnaður sjúklings hefur náð tilteknu marki (þ.e. 18 þús. á árinu og gildir kortið frá þeim tíma og út árið). Þetta afsláttarkerfi miðast fyrst og fremst við hagsmuni langveikra og þeirra sem þurfa á síendurtekinni þjónustu að halda. Hlutfallslega há þjónustugjöld þeirra sem nota heilbrigðiskerfið með tilfallandi eða stopulum (oft ófullnægjandi) hætti, eru hins vegar til þess fallin að skapa kostnaðaráhrif (væntiáhrif), einkum vegna sérfræðiþjónustunnar, sem halda aftur af notkun þjónustu sem á þarf að halda síðar. Þá má nefna að síendurteknar breytingar heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytisins á reglugerð um greiðslur almannatrygginga í lyfjakostnaði sjúklinga hafa almennt gengið í þá átt að lækka útgjöld Tryggingastofnunar

„til að ná markmiðum fjárlaga“ eins og ráðuneytið hefur sjálft orðað það. Samkvæmt gildandi reglugerð er lyfjakostnaður greiddur að fullu fyrir tiltekin „lífsnauðsynleg“ lyf (stjórnumerkt í lyfjaskrá) sem sjúklingur þarf að nota „að staðaldri“. Jafnframt tekur Tryggingastofnun drjúgan þátt í kostnaði við B-merkt lyf í lyfjaskrá, sem sjúklingi er „brýn nauðsyn“, að nota að staðaldri. Þá tekur Tryggingastofnun takmarkaðan þátt í kostnaði við E-merkt lyf í lyfjaskrá. Lang stærstur hluti lyfja í lyfjaskrá er O-merktur, bæði lyfseðilskyld og ólyfseðilskyld lyf, og tekur Tryggingastofnun ekki þátt í kostnaði vegna þeirra. Til viðbótar við þessar reglur er heimilt að lækka frekar eða fella niður kostnaðarhlut sjúklings í ákveðnum sjúkdómstílfellum með útgáfu lyfjaskírteinis, enda sé sjúklingnum brýn nauðsyn að nota lyf til lengri tíma eða að staðaldri. Eins og í tilfelli lækisþjónustu að framan miðast kostnaðarhlutdeild ríkisins vegna lyfjakostnaðar fyrst og fremst við langveika og þá sem þurfa á síendurtekinni eða stöðugri lyfjameðferð að halda vegna alvarlegra sjúkdóma. Hlutfallslega hár lyfjakostnaður þeirra sem nota stök lyf vegna tímabundinna veikinda eða heilbrigðisáfalla er til þess fallinn að skapa kostnaðaráhrif (væntiáhrif) sem geta haldið aftur af læknaheimsóknum vegna lyfjaávéisana eða ferða í apótek til að leysa út lyf. 5) Loks er það verulegt umhugsunarefni að aðgangur 18-24 ára ungmenna að heilsugæsluþjónustunni er mun minni en annarra aldurshópa. Það einkennir þennan hóp að vera landfræðilega hreyfanlegur, en verulegur hluti þessa hóps hefur búsetu annars staðar en á lögheimili sínu. Innan þessa aldurshóps er miklu herra hlutfall nemenda en í öðrum aldurshópum, bæði framhaldsskóla- og háskólanemenda (sjá Hagstofa Íslands, 1999a, bls. 262-263). Hins vegar er ekki boðið upp á hjúkrunarþjónustu eða aðra heilsugæslu fyrir þennan hóp í skólunum.

5.3 Leiðir til úrbóta

Í ljósi ofangreindrar umræðu má halda því fram að árangursríkustu leiðir heilbrigðis- yfirvalda til að auka aðgengi og draga úr muni milli þjóðfélagshópa felist í bættum sjúkratryggingum, endurskoðun þjónustugjalda og styrkingu heilsugæslukerfisins til að tryggja að allir hafi heimilislækni og tengsl við heimilislækni og heilsugæsluhjúkrunarfræðing og missi ekki þau tengsl t.d. þegar flutt er til annarra héraða vegna vinnu eða náms (sjá t.d. Aday og fl., 1984, bls. 65, 71; Donelan, 1996). Í þessu sambandi má nefna að mikilvæg leið fyrir heilsugæsluna til að nálgast ungmennin er í gegnum skólana. Hér hefur Ísland þá sérstöðu í samanburði við mörg nágrannalönd, að ekki er boðið upp á nemendaheilsugæslu á framhaldsskóla- eða háskólastigi, ef tilraunaverkefni af þessu tagi í Menntaskólanum í Hamrahlíð er undanskilið. Eðlilegt er að héraendis fari fram skipuleg athugun á því hvort og með hvaða hætti reglubundin heilsugæsla í framhaldsskólum og háskólum landsins geti verið fýsilegur kostur. Mikilvægt er að efla aðgang dreifbýlisfólks að heilsugæsluþjónustunni. Heilsugæsluumdæmi með dreifbýli þurfa að leggja sérstaka áherslu á að ná til íbúa strjálra og afskekktra byggða, m.a. með kynningu á starfsemi sinni og hvatningu um þjónustunotkun vegna tiltekinna sjúkdóma og fyrirbyggjandi rannsókna eftir því sem við á. Loks er mikilvægt að efla aðgang almennings að sérfræðilæknishjálp með aukinni þátttöku sérfræð-

inga í þjónustu heilsugæslustöðvanna umhverfis landið (tímabundnar þjónustuferðir). Þetta fyrirkomulag er lengst komið hér á landi í sambandi við augnlækningar og gæti fyrirkomulag auglæknisþjónustu verið fyrirmynd að víðtækari sérfræðiþjónustu við heilsugæslustöðvar landsins.

Þótt þær breyttu áherslur sem hér um ræðir fælu í sér kostnaðarauka ríkissjóðs, er líklegt að þær nytu viðtæks stuðnings meðal almennings. Í þessu sambandi má nefna að í könnun landlæknisembættisins frá 1998 sem áður hefur verið nefnd voru svarendur (18-75 ára) spurðir hvort þeim finndist „að það ætti að auka eða minnka framlög ríkisins til heilbrigðismála“ eða hvort þau ættu „að vera óbreytt.“ Í ljós kom að 85,8% sögðu að það ætti að auka framlög ríkisins til heilbrigðismála, aðeins 1,1% sögðu að minnka ætti framlögin og 13,1% vildu hafa framlögin óbreytt (Kristinn Ólafsson og Ingólfur Árnason, 1998; Pröstur Haraldsson, 1998). Hér er þó einnig rétt að nefna að efling heilsugæsluþjónustu getur sparað fjármuni eða dregið úr kostnaðaraukningu í öðrum þáttum heilbrigðiskerfisins þegar til lengri tíma er litið, einkum í sjúkrahúsrekstrinum, með fækkun fyrstu innlagna vegna veikinda og fækkun endurinnlagna vegna enduruppkomu veikinda.

Til viðbótar við það sem hér hefur verið nefnt er rétt að geta þess að skýringar á notkun heilbrigðisþjónustu liggja einnig utan heilbrigðiskerfisins sjálfs. Til dæmis tengjast þær atvinnulífni, svo sem möguleika starfsmanna á veikindadögum, launagreiðslum í veikindum og öðru svigrúmi frá vinnuveitanda. Bæði stjórnvöld og aðilar vinnumarkaðarins geta haft áhrif á þessa þætti. Þá tengjast ástæður notkunar heilbrigðisþjónustu að einhverju leyti fjölskyldunni. T.d. getur fjölskyldufólk verið bundið viðamiklum eða brýnum heimilisverkefnum og átt erfitt með að komast til læknis eða á heilsugæslustöð. Í þessu sambandi má nefna að fleiri börn eru í íslenskum fjölskyldum en norrænum á sama tíma og dagvistar- og leikskólaþjónusta er takmarkaðri hérlandis (Kristinn Karlsson, 1994; Rúnar Vilhjálmsson, 1998). Þá er að nefna að heilbrigðisþekking annarra fjölskyldumeðlima og afstaða þeirra til heilbrigðisþjónustu getur haft sín áhrif á þjónustunotkunina. Þá skiptir ekki síst máli þekking einstaklingsins sjálfs á heilbrigði og heilsueflingu, einkennum sjúkdóma og þjónustukostum í heilbrigðiskerfinu og afstaða hans til heilbrigðisstarfsmanna og notkunar á þjónustu þeirra.

Rétt er að leggja áherslu á að hollustuhættir einstaklinga (positive health behavior) og sjálfsútmönnun þeirra í heilbrigði og veikindum (self care, egenvård) eru að sjálfsögðu afar þýðingarmiklir þættir í viðhaldi lýðheilbrigðis og ber að styrkja m.a. af hálfu heilbrigðiskerfisins í gegnum heilbrigðisfræðslu og annað forvarnar- og heilsueflingarstarf. Í þessu sambandi ber að líta á þjónustuleit einstaklinga og sjálfsútmönnun þeirra sem gagnkvæmt uppbætandi þætti fremur en sem andstæður.

Næstu skref í rannsóknum á aðgengi að íslensku heilbrigðisþjónustunni felast í að greina nánar mismunandi ástæður fyrir þeim hópamuni á aðgengi sem hér hefur komið fram. Einnig þarf að athuga nánar aðstæður og alvarleika veikinda meðal þeirra sem ekki nota heilsugæsluþjónustuna þrátt fyrir ráðleggingar sérfræðinga og þrátt fyrir að þeir sjálfir telji sig þurfa þess. Niðurstöður slíkra rannsókna eru mikilvægar þegar leggja á mat á vægi einstakra aðgerða sem unnt er að beita til að draga úr tilteknum aðgengismun og auka þar með réttlæti í dreifingu íslensku heilbrigðisþjónustunnar.

Eftirmálgreinar

1. Rétt er að nefna í þessu sambandi að heilsugæslustöðvar út um landið gera ekki kröfu um að einstaklingar hafi sérstakan heimilislækni. Við tímapantanir er einungis farið fram á að væntanlegur notandi læknisþjónustu á stöðinni sé búsettur í heilsugæsluumdæminu. Þetta breytir þó ekki því að tengsl við tiltekinn lækni hafa áhrif á notkun læknisþjónustu samkvæmt erlendum niðurstöðum (sjá t.d. Aday og Andersen, 1984, bls. 76-77). Okkar niðurstöður eru sambærilegar þeim erlendu. Þannig reyndist meðal heimsóknafjöldi á Stór-Reykjavíkursvæðinu vera 3,1 hjá þeim sem kváðust hafa tiltekinn heimilislækni, en 2,0 hjá þeim sem kváðust ekki hafa slíkan lækni ($p < 0,001$). Á landsbyggðinni var munurinn meiri. Þar var meðal heimsóknafjöldinn 3,5 og 1,8 eftir því hvort svarið kváðust hafa tiltekinn heimilislækni eða ekki ($p < 0,001$). Auk þess má nefna að lítið hefur verið á persónubundin tengsl við lækni sem mælikvarða á gæði þeirrar læknisþjónustu sem menn fá (Dutton, 1978).

2. Mismunur á innlendum og erlendum stöðlum vegna leghálskrabbameinsleitar þarf ekki að gefa til kynna ágeining milli innlendra og erlendra lækna um gagnsemi þess að fara í leghálsskoðun. Ástæðan er m.a. sú að hinn innlendi staðall tekur mið af klínískum sjónarmiðum auk hagnýtra þátta, s.s. aðstöðu til leitarstarfs og möguleika að fá íslenskar konur til þátttöku í leitinni.

HEIMILDASKRÁ

- Aday, L. A. og Andersen, R. M. (1983). Equity of access to medical care: A conceptual and empirical overview. Í: President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research, Securing access to health care. Vol. 3 (bls. 19-54). Washington, DC: President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research.
- Aday, L. A. og fl. (1980). Health care in the U.S.: Equitable for whom? Beverly Hills, CA: Sage.
- Aday, L. A. og Andersen, R. (1981). Equity of access to medical care: A conceptual and empirical overview. Medical Care, 19, 4-27.
- Aday, L. A., Fleming, G V. og Andersen, R. (1984). Access to medical care in the US: Who has it, who doesn't? Chicago, IL: Pluribus Press.
- American Cancer Society (1999). Breast cancer: Detection and symptoms. Washington, DC: Höfundur. Sótt 22. nóvember 1999 af Vefnum: http://www3.cancer.org/cancerinfo/main_cont.asp?st=ds&ct=5.
- Andersen, R. (1980). Health status indices and access to medical care. American Journal of Public Health, 68, 458-463.
- Andersen, R. and Anderson, O. W. (1979). Trends in the use of health services. Í: H. Freeman, S. Levine og L. Reeder (ritstj.), Handbook of medical sociology, 3. útg. (bls. 371-391). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Andersen, R. M., Rice, T. H., Kominski, G. F. (1996). Changing the US health care system. San Francisco: Jossey-Bass.
- Benzeval, M. og Judge, K. (1996). Access to health care in England: Continuing inequalities in the distribution of GPs. Journal of Public Health Medicine, 18, 33-40.
- Birna Þórðardóttir (1998). Aðgengi að lækniþjónustu tekjutengt. Læknablaðið, 84, 762-763.
- Booth, A. og Amato, P. (1991). Divorce and psychological stress. Journal of Health and Social Behavior, 32, 396-407.
- Brown, G.W., Bhrolchain, M. N. og Harris, T. (1975). Social class and psychiatric disturbance among women in an urban population. Sociology, 9, 225-254.

- Cleary, P. D., Mechanic, D. og Greenley, J. R. (1982). Sex differences in medical care utilization: An empirical investigation. *Journal of Health and Social Behavior*, 23, 106-119.
- Cockerham, W. C. (1998). *Medical sociology*. 7. útg. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Cox, B. D., Blaxter, M., Buckle, A. J. L. og fl. (1987). *The health and lifestyle survey: Preliminary report*. Cambridge: Health Promotion Research Trust.
- Diderichsen, F. (1990). Health and social inequities in Sweden. *Social Science and Medicine*, 31, 359-367.
- Dillman D. A. (1978) *Mail and Telephone Surveys: The Total Design Method*. New York: Wiley.
- Dillman D. A. (1983) *Mail and other self-administered questionnaires*. Í: P. H. Rossi, J. D. Wright og A. B. Anderson (ritstj.), *Handbook of Survey Research* (bls. 359-377). Orlando, FL: Academic Press.
- Donelan, K., Blendon, R. J., Hill, C. A., Hoffman, C., Rowland, D., Frankel, M. og Altman, D. (1996). Whatever happened to the health insurance crisis in the United States? Voices from a national survey. *JAMA*, 276 (16), 1346-1350.
- Dutton, D. B. (1978). Explaining the low use of health services by the poor: Costs, attitudes, or delivery systems? *American Sociological Review*, 43, 348-368.
- Dutton, D. B. (1986). Social class, health, and illness. Í: L. H. Aiken og D. Mechanic (ritstj.), *Applications of social science to clinical medicine and health policy* (bls. 31-62). New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Feldman, J. (1966). *The dissemination of health information*. Chicago: Aldine.
- Fishbein, M., Ajzen I. og McArdele, J. (1980). Changing the behavior of alcoholics: Effective persuasive communication. Í: I. Ajzen og M. Fishbein (ritstj.), *Understanding attitudes and predicting social behavior* (bls. 217-242). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Gove, W. R. (1984). Gender differences in mental and physical illness: The effects of fixed roles and nurturant roles. *Social Science and Medicine*, 19, 77-84.
- Hagstofa Íslands (1999a). *Landshagir 1999*. Reykjavík: Höfundur.
- Hagstofa Íslands (1999b). *Mannfjöldi 18-75 ára 1. desember 1998 eftir kyni og kjörðæmum*. Óbirt. Reykjavík: Höfundur.
- Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið (2000). *Heilbrigðisáætlun til ársins 2010: Langtímamarkmið í heilbrigðismálum*. Reykjavík: Höfundur.
- Hrafn V. Friðriksson (1990). *Forvarnakönnun: Fjölmiðlar og heilbrigðisfræðsla, heilsufarseftirlit og áhættuþættir, lífsstílsbreytingar*. Reykjavík: Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið.

- Ingibjörg R. Magnúsdóttir (1985). Heilsugæslustöðvar. Reykjavík: Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið.
- Ingibjörg R. Magnúsdóttir (1992). Heilsugæslustöðvar. Reykjavík: Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið.
- Krabbameinsfélagið (1997). Starfsreglur Leitarstöðvar Krabbameinsfélagsins. Læknablaðið, 83, 604-608.
- Kristinn Karlsson (1994). Fjölskyldur og heimili á Íslandi, breytingar síðustu áratugi og sérstaða Íslands. Í: Ingibjörg Broddadóttir (ritstj.), Fjölskyldan: Uppspretta lífs-gilda (bls. 129-148). Reykjavík: Félagsmálaráðuneytið.
- Kristinn Ólafsson og Ingólfur Árnason (1998). Landlæknisembættið. Markaðsrann-sókn, mars 1998. Reykjavík: Gallup, Íslenskar markaðsrannsóknir.
- Lahelma, E., Manderbacka, K., Rahkonen, O. og Karisto, A. (1994). Comparisons of inequalities in health: Evidence from national surveys in Finland, Norway and Sweden. Social Science and Medicine, 38, 517-524.
- Landlæknisembættið (1999). Heilbrigðisskýrslur 1993-1994. Reykjavík: Landlæknis-embættið og Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið.
- Marcus, A. C. og Siegel, J. M. (1982). Sex differences in the use of physician services: A preliminary test of the fixed role hypothesis. Journal of Health and Social Behavior, 23, 186-197.
- Millman, M. (1993). Access to health care in America. Washington, DC: National Academy Press.
- Nathansson, C. A. (1979). Sex, illness, and medical care: A review of data, theory, and method. Í: G. L. Albrecht og P. C. Higgins (ritstj.), Health, illness, and medicine (bls. 16-40). Boston, MA: Houghton Mifflin.
- Ómar S. Harðarson og Lárus Blöndal (1999). Vinnumarkaður 1998. Reykjavík: Hagstofa Íslands.
- Pétur Pétursson (1997). Heilsugæsla á heljarþröm. Læknablaðið, 83, 598-602.
- Rasmussen, N. K. (1994). The Danish Health and Morbidity Survey Program. Archives of Public Health, 52, 91-97.
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. Health Education Monographs, 2, 328-335.
- Rúnar Vilhjálmsson (1998). Aðstæður kvenna: Um uppeldisstofnanir, heimilið, vinnuna og fjármálin. Í: Lilja S. Jónsdóttir (ritstj.), Heilsufar kvenna (bls. 23-32). Reykjavík: Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið.
- Sigurður Snævarr (1999). Heildartekjur eftir aldri 1996 og 1997. Óbirt. Reykjavík: Þjóðhagsstofnun.

- Taylor D. G., Aday, L. A. og Andersen, R. (1975). A social indicator of access to medical care. *Journal of Health and Social Behavior*, 16, 39-49.
- Tryggingastofnun ríkisins (1999). Staðtölur almannatrygginga 1998. Reykjavík: Tryggingastofnun ríkisins.
- Þróstur Haraldsson (1988). Gallup-könnun: 86% vilja auka framlög ríkisins til heilbrigðismála. *Læknablaðið*, 84, 882.
- US Department of Health and Human Services (1992). Vital and health statistics: Current estimates from the national Health Interview Survey, 1991. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics
- Whitehead, M., Evandrou, M., Haglund, B. og Diderichsen F. (1997). As the health divide widens in Sweden and Britain, what's happening to access to care? *British Medical Journal*, 315, 1006-1009.

Viðauki A. Lýðfræðileg samsetning úrtaks og þýðis

Aldur	Úrtak		Þýði ^a		Mismunur
	n	%	N	%	
18-24	348	18,1	29.458	15,8	+2,3
25-34	434	22,6	41.002	22,1	+0,5
35-44	414	21,5	41.446	22,3	-0,8
45-54	319	16,6	33.027	17,8	-1,2
55-64	209	10,9	21.026	11,3	-0,4
65-75	200	10,4	19.580	10,6	-0,2 ^{EM}
Kynferði					
Karl	850	44,2	93.229	50,2	-6,0
Kona	1074	55,8	92.309	49,8	+6,0 ^{**}
Hjúskaparstaða^b					
Gift(ur)/Í sambúð	1070	78,9	102.500	78,4	+0,5
Einhleyp/ur	195	14,4	17.700	13,5	+0,9
Áður giftur	91	6,7	10.600	8,1	-1,4 ^{EM}
Búseta					
Vesturland	139	7,2	9.166	4,9	+2,3
Vestfirðir	64	3,3	5.715	3,1	+0,2
Norðurl. vestra	64	3,3	6.239	3,4	-0,1
Norðurl. eystra	198	10,3	17.545	9,5	+0,8
Austurland	78	4,1	8.135	4,4	-0,3
Suðurland	165	8,6	13.450	7,2	+1,4
Reykjanes	494	25,7	50.877	27,4	-1,7
Reykjavík	721	37,5	74.411	40,1	-2,6 ^{**}
Atvinnustaða^b					
Ekki í starfi	111	8,1	12.600	9,6	-1,5
Í starfi	1265	91,9	118.200	90,4	+1,5 ^{EM}
Menntun^b					
Grunnmenntun	502	37,4	49.900	38,1	-0,7
Framhaldsmenntun	840	62,6	80.900	61,9	+0,7 ^{EM}
Heildartekjur einstaklings 1997^c					
	\bar{x}	s	μ		
	1710,79	1070,69	1674,53		36,26 ^{EM}

^a Upplýsingar um alders-, kynja- og búsetuskiptingu þýðis 1998 eru fengnar frá Hagstofu Íslands (1999a, 1999b). Upplýsingar um hjúskaparstöðu, atvinnustöðu og menntun áætlaðs þýðis 1998 eru fengnar úr vinnumarkaðsriti Hagstofunnar (Ómar S. Harðarson og Lárus Blöndal, 1999, bls. 25-26, 31). Upplýsingar um heildartekjur þýðis 1998 eru fengnar frá þjóðhagsstofnun (Sigurður Snævarr, 1999).

^b Samanburður á hjúskaparstöðu, atvinnustöðu og menntun úrtaks og þýðis miðast við aldurshópinn 25-64 ára.

^c Samanburður á tekjum úrtaks og þýðis byggist á aldurshópnum 21-75 ára.

^{EM} Ekki tölfræðilega marktækur munur, ^{**} marktækur munur við 1% marktæknimörk.

Viðauki B. Lýðfræðileg samsetning vegins úrtaks (N=1924)

Aldur	n	%
18-24	342	17,8
25-34	439	22,8
35-44	416	21,6
45-54	319	16,6
55-64	208	0,8
65-75	200	10,4
Kynferði		
Karl	967	50,3
Kona	957	49,7
Búseta		
Vesturland	139	7,2
Vestfirðir	64	3,3
Norðurl. vestra	64	3,3
Norðurl. eystra	198	10,3
Austurland	78	4,1
Suðurland	165	8,6
Reykjanes	494	25,7
Reykjavík	721	37,5

Atvinnustaða	n	%
Ekki í starfi	259	13,5
Hlutastarf	463	24,1
Fullt starf	1201	62,5
Menntun		
Grunnskóli	520	28,0
Framhaldsskóli	999	53,9
Háskólastig	336	18,1
Heildartekjur einstaklings 1997		
0-999 þús.	516	31,6
1000-2000 þús.	612	37,5
2100-3200 þús.	351	21,5
3300 þús.+	152	9,3
Aldur \bar{x} s		
	40,79	15,63
Heildartekjur einstaklings 1997		
	1686,19	1102,08

Viðauki C. Öryggismörk (vikmörk) fyrir hlutföll í rannsókninni (N=1924)

Hlutfall	Öryggismörk	
	95%	99%
5%	+/-0,97	+/-1,28
10%	+/-1,34	+/-1,76
15%	+/-1,60	+/-2,10
20%	+/-1,79	+/-2,35
25%	+/-1,93	+/-2,55
30%	+/-2,05	+/-2,70
35%	+/-2,13	+/-2,81
40%	+/-2,19	+/-2,88
45%	+/-2,22	+/-2,93

Hlutfall	95%	99%
50%	+/-2,23	+/-2,94
55%	+/-2,22	+/-2,93
60%	+/-2,19	+/-2,88
65%	+/-2,13	+/-2,81
70%	+/-2,05	+/-2,70
75%	+/-1,93	+/-2,55
80%	+/-1,79	+/-2,35
85%	+/-1,60	+/-2,10
90%	+/-1,34	+/-1,76
95%	+/-0,97	+/-1,28

Viðauki D. Listi yfir sjúkdómseinkenni sem einkenna- viðbragða hlutfallið byggir

1. Hósti einhvern tíma að degi eða nóttu í a.m.k. 3 vikur
2. Skyndileg þreytu- eða svimaköst
3. Þreyta í fleiri vikur án tilefnis
4. Tíðir höfuðverkir
5. Niðurgangur (lausar hægðir) í fjóra eða fimm daga
6. Tíðir bakverkir
7. Andþyngsli, jafnvel eftir léttu vinnu
8. Stífni eða verkur í liðum eða vöðvum á morgnana
9. Verkur eða bólga í einhverjum lið á daginn
10. Þyngdartap um 5 kíló eða meir án sérstaks tilefnis
11. Endurteknir verkir í eða við hjarta
12. Endurteknar meltingartruflanir eða ólga í maga
13. Hálsbólga eða nefrennsli með 38° hita í minnst 2 daga
14. Verkir í kvið eða maga í a.m.k. 2 daga
15. Sýkingar, óþægindi eða verkir í augum eða eyrum

Viðauki E. Spurningar úr spurningalista tengdar aðgengi og réttlæti í heilbrigðisþjónustu og bakgrunni svarenda

I. UM „MÖGULEGAN AÐGANG“ AÐ HEILBRIGÐISÞJÓNUSTU

14. Hefur þú heimilislækni sem þú þekkir með nafni?

Já Nei

33. Hve erfitt væri fyrir þig að komast frá vinnu, heimilisstörfum eða öðrum verk efnum ef þú yrðir veik/ur og þyrftir að fara til læknis?

Nánast útilokað	Mjög erfitt	Nokkuð erfitt	Dálítið erfitt	Alls ekki erfitt
--------------------	----------------	------------------	-------------------	---------------------

34. Hve langt er frá heimili þínu til þess læknis eða heilsugæslustöðvar sem þú notar oftast?

Minna en 1 km	1-2 km	3-4 km	5-10 km	11-20 km	21-30 km	30-40 km	Meira en 40 km
------------------	-----------	-----------	------------	-------------	-------------	-------------	-------------------

35. Hve langan tíma tekur það þig að fara frá heimili þínu til þess læknis eða heilsugæslustöðvar sem þú notar oftast, miðað við þinn venjulega ferðamáta?

Minna en 5 mín.	5-10 mín.	11-15 mín.	16-20 mín.	21-30 mín.	31-40 mín.	41-60 mín.	Meira en 60 mín.
--------------------	--------------	---------------	---------------	---------------	---------------	---------------	---------------------

II. UM NOTKUN Á HEILBRIGÐISÞJÓNUSTU

19. Hve oft hefur þú farið til eftirfarandi aðila undanfarna 12 mánuði?

a) Læknis, ef geðlæknar eru undanskildir? Svar: Í _____skipti.

b) Geðlæknis? Svar: Í _____skipti.

22. Stundum fer fólk til læknis í fyrirbyggjandi skyni til að láta skoða eða rannsaka hvort heilsan sé í lagi eða til að fá ráðleggingar um viðhald góðrar heilsu.

a) Hve oft fórst þú til læknis í fyrirbyggjandi skyni undanfarna 12 mánuði?

Svar: Í _____skipti.

24. Hve oft varst þú lögð/lagður inn á spítala undanfarna 12 mánuði ef dvöl á geðdeild er ekki talin með?

Svar: Í _____ skipti.

26. Hve oft varst þú lögð/lagður inn á geðdeild undanfarna 12 mánuði?

Svar: _____ skipti.

Viðauki E frh.

III. SPURNINGAR TENGDA EINKENNA—VIÐBRAGÐA HLUTFALLINU

40. Hefurðu haft eftirfarandi einkenni síðastliðna 12 mánuði, og ef svo er, hefur þú leitað til læknis vegna þessarra einkenna síðastliðna 12 mánuði? (Krossaðu í réttan reit fyrir hvern lið frá a til k að neðan).

Hef ekki haft það sl. 12 mán.	Hef haft það, en ekki leitað til læknis vegna þess	Hef haft það og leitað til læknis vegna þess
-------------------------------------	---	---

- a) Hósti einhvern tíma að degi
eða nóttu í a.m.k. 3 vikur
- b) Skyndileg þreytu- eða svimaköst
- c) Þreyta í fleiri vikur án tilefnis
- d) Tíðir höfuðverkir
- e) Niðurgangur (lausar hægðir)
í fjóra eða fimm daga
- f) Tíðir bakverkir
- g) Andþyngsli jafnvel eftir léttu vinnu
- h) Stífni eða verkur í liðum eða
vöðvum á morgnana
- i) Verkur eða bólga í einhverjum
lið á daginn
- j) Þyngdartap um 5 kíló eða meir
án sérstaks tilefnis
- k) Endurteknir verkir í eða við hjarta

40. Hefurðu haft þessi einkenni sl. 12 mánuði og leitað til læknis vegna þeirra sl. 12 mánuði? (Krossaðu í réttan reit fyrir hvern lið frá l til o að neðan).

Hef ekki
haft það
sl. 12 mán.

Hef haft það,
en ekki leitað
til læknis
vegna þess

Hef haft það
og leitað
til læknis
vegna þess

- l) Endurteknar meltingartruflanir eða ólga í maga
- m) Hálsbólga eða nefrennsli með 38° hita í minnst 2 daga
- n) Verkir í kvið eða maga í a.m.k 2 daga
- o) Sýkingar, óþægindi eða verkir í augum eða eyrum

Viðauki E frh.

IV. SPURNINGAR TENGDA FYRIRBYGGJANDI NOTKUN HEILBRIGÐIS-ÞJÓNUSTU MIÐAÐ VIÐ ÞJÓNUSTUÞÖRF

27. Hve langt er síðan þú fórst síðast í:

Aldrei farið	Um 1 ár e. minna	1,5 til 2 ár	2,5 til 3 ár	3,5 til 4 ár	4,5 til 5 ár	Meira en 5 ár
-----------------	---------------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	------------------

- a) Blóðþrýstingsmælingu
- b) Konur: Leghálsskoðun (gynskoðun)
- c) Konur: Brjóstaskoðun

V. SPURNINGAR TENGDA NOTKUN HEILBRIGÐIS-ÞJÓNUSTU MIÐAÐ VIÐ HUGLÆGT MAT Á ÞJÓNUSTUÞÖRF

20. Þurftir þú að fara til læknis einhvern tíma á síðastliðnum 6 mánuðum, en hættir við það eða frestaðir því?

Já Nei

21. Ef þú svaraðir spurningu 20 játandi, hver var ástæðan fyrir að þú hættir við eða frestaðir að fara til læknis? (Krossaðu í réttan við liði a til e).

Já Nei

- a) Kostnaður (of dýrt)
- b) Ég vissi ekki til hvaða læknis ég ætti að leita
- c) Ég átti erfitt með að fara til læknis vegna annarra verkefna
- d) Mér fannst of tímafrekt að fara til læknis
- e) Ég óttaðist að læknirinn finndi eitthvað alvarlegt að mér

Já Nei

- f) Ég taldi að ferð til læknis myndi ekki gera mikið gagn
- g) Ég átti erfitt með að segja lækni frá vanda mínum
- h) Ég vildi ekki að aðrir kæmust að því hver vandi minn var
- i) Annað: Hvað?

Viðauki E frh.

VI. BAKGRUNNUR

71. Hvert er kyn þitt?

Karl Kona

72. Hver er hjúskaparstaða þín?

Gift/ur Í sambúð Í föstu sambandi Einhleyp/ur Fráskilin/n Ekkja/Ekkill

73. Ef þú ert foreldri, hver er fjöldi barna þinna?

Svar: _____ börn.

74. Ef þú ert foreldri, hver er aldur yngsta barns þíns
(ef þú átt eitt barn hver er þá aldur þess)?

Svar: _____ ár.

76. Hver er aldur þinn?

Svar: _____ ár.

77. Hve margar stundir vinnurðu að jafnaði á viku utan heimilis?

Svar: _____ stundir á viku.

86. Á hvaða bili áætlarðu að heildartekjur þínar hafi verið á síðasta ári (föst laun, yfirvinna, aukagreiðslur, styrkir/bætur, lífeyrisgreiðslur)?

0-499	500-999	1000-1499	1,5-2,0	2,1-2,6	2,7-3,2	3,3-3,8	3,9-4,4	4,5-5,0	5,1 eða
þús.	þús.	þús.	milj.	milj.	milj.	milj.	milj.	milj.	meira

Viðauki E frh.

VI. BAKGRUNNUR

88. Hvert er hæsta menntun þín?

Barna-, unglinga- eða grunnskólapróf

Gagnfræðapróf eða landspróf

Stúdentspróf

Annað próf á framhaldsskólastigi

Tækniskólapróf (annað en BS-próf)

Háskólastigspróf—grunnnám (t.d. BA-, BS-, eða BEd-próf)

MA eða MS próf

Doktorspróf (Dr., PhD)

