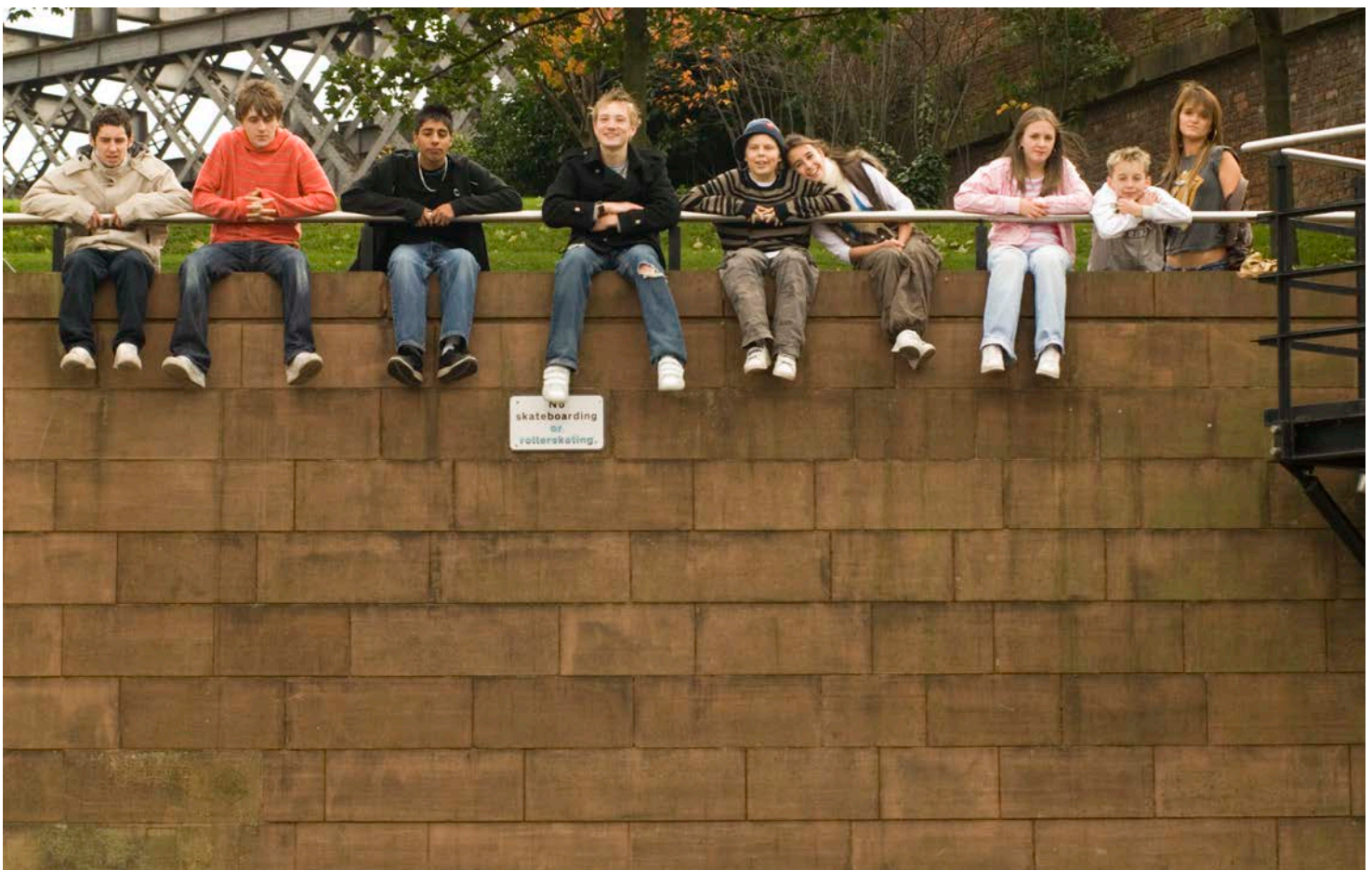


# Vårdkontaktmönster hos befolkningsgrupper

## Barn och ungdomar




Citera gärna Centrum för epidemiologi och samhällsmedicins rapporter, men glöm inte att uppge källan. Bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten. Det innebär att du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.





**Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin**

Box 1497, 171 29 Solna  
ces@sll.se



Rapport 2015:5  
ISBN 978-91-87691-21-8



Författare: Anders Walander  
Layout: Viktoria Jonze  
 Omslagsfoto: Thinkstock

Stockholm maj 2015

Rapporten kan laddas ner från Folkhälsoguiden,  
[www.folkhalsoguiden.se](http://www.folkhalsoguiden.se)

# Förord

Tillgång till hälso- och sjukvård är en av hälsans viktigaste bestämningsfaktorer. Samtidigt är hälsan ojämnt fördelad mellan befolkningsgrupper i samhället. Det väcker frågan om hur tillgången till och mönstret för sjukvårdskontakter ser ut hos grupper i befolkningen.

Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin har i uppdrag från Stockholms läns landsting att löpande följa hur mönstren för sjukvårdskontakter ser ut och förändras hos befolkningsgrupper, med avseende på ålder, kön, social bakgrund och boendeområde.

Föreliggande rapport är en uppföljning av vårdkontaktmönstren hos barn och ungdomar, mot bakgrund av ålder, kön, familjetyp, boendeform och föräldrars utbildning, och kommer att följas av ytterligare studier för övriga åldergrupper.

Av rapporten framgår att det finns stora skillnader i vårdens omfattning och vårdkontaktmönster mellan olika grupper av barn och ungdomar, samtidigt som mönstren varierar mellan olika typer av vård. Särskilt kan lyftas fram att resultaten tyder på att fördjupade studier kan behövas av sociala skillnader i komplikationer vid födsel och hos nyfödda barn.

*Cecilia Magnusson*

Verksamhetschef

Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin Stockholms läns landsting, SLSO

# Innehåll

Förord .....	3
Sammanfattning.....	5
Inledning.....	6
Metod.....	6
Dataunderlag och definitioner .....	6
Datavaliditet .....	8
Sociodemografiska faktorer .....	9
Vårdkontaktmönster hos barn- och ungdomar .....	13
Ålder.....	13
Kön.....	16
Utbildning.....	19
Boendeform .....	23
Familjetyp.....	26
Diskussion och slutsatser.....	29
Referenser .....	30
Bilagor .....	31
Bilaga 1. Resultattabeller .....	31
Bilaga 2. Beskrivning av befolkningsdata.....	39

# Sammanfattning

Syftet med rapporten är att beskriva skillnader i vårdkontaktmönster och omfattningen av sjukvård med avseende på ett antal sociodemografiska befolkningsfaktorer, framförallt som ett kunskapsunderlag om sjukvårdsnyttjande. De faktorer som ingått är ålder, kön, förälders utbildning, boendeform och familjetyp.

Resultaten visar sammantaget på tydliga skillnader i vårdvolymerna hos barn och ungdomar, med avseende på ålder, föräldrars utbildningsnivå, boendeform och familjetyp, men i något varierande omfattning beroende på vårdgren, vårdform och bakgrundsfaktor.

Omfattningen av sjukvårdskostnader liksom omfattningen av slutenvård är påtagligt högre hos små barn i åldern 0–1 år, där somatisk specialistvård svarar för den helt dominerande delen av sjukvården. Med undantag av psykiatri finns allmänt sett ett u-format samband mellan ålder och omfattningen av sjukvård, med minst omfattning av sjukvård i åldrarna 6–12 år. De stora vårdvolymerna inom psykiatri finns i tonåren.

Föräldrars utbildningsnivå har ett starkt samband med vårdvolymerna, särskilt inom somatisk specialistvård och psykiatri, med avtagande vårdvolymerna ju högre utbildning föräldrarna har. Undantag är ett omvänt samband för medelvårdtider inom psykiatrisk slutenvård.

Även med avseende på familjens boendeform, finns ett tydligt samband med omfattningen av sjukvård, med generellt sett mest omfattande sjukvård hos boende i hyresrätter och lägst hos boende i småhus.

Mönstret med avseende på familjetyp skiljer sig något från utbildning och boendeform, med förhållandevis små skillnader i vårdvolymerna mellan barn till ensamstående och barn till gifta och samboende inom somatisk specialistvård och primärvård. Barn till ensamstående har däremot genomgående högre vårdvolymerna än andra inom psykiatrisk vård.

Sett till vårdgrenar, är skillnaderna i vårdvolymerna mellan befolkningsgrupper små, och ofta försumbara inom primärvården. Inom somatisk specialistvård finns tydliga skillnader i vårdvolymerna utifrån föräldrars utbildningsnivå och boendeform, men i lägre grad utifrån familjetyp, medan familjetyp och boendeform visar starka samband med omfattningen av psykiatrisk vård.

Mot bakgrund av att den absoluta huvuddelen av sjukvårdskostnaderna för den somatiska specialistsjukvården finns i åldrarna 0–1 år, kan det finnas anledning att gå vidare och studera sociala skillnader i komplikationer i samband med barns födsel.

# Inledning

Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin har ett uppdrag att kartlägga och analysera befolkningsgruppers vårdutnyttjande. Som en del i detta görs löpande uppföljningar av vårdkontaktmönstren inom sjukvården i Stockholms läns landsting. Tidigare studier för 2002 och 2006 har visat på omfattande skillnader i vårdvolym och vårdkontaktmönster mellan olika befolkningsgrupper<sup>1</sup>. En motsvarande uppföljning görs nu för 2011, med tre rapporter uppdelade på levnadsperioderna barn och ungdom (0–19 år), personer i yrkesverksam ålder (20–64år) och äldre personer (65 +), där denna rapport utgör den första och innefattar åldrarna 0–19 år. Jämfört med tidigare uppföljningar ingår något fler mått över vårdkontakter än tidigare.

Syftet med rapporten är sålunda att beskriva skillnader i vårdkontaktmönster och omfattningen av sjukvård med avseende på ett antal centrala sociodemografiska faktorer, framförallt som ett kunskapsunderlag om sjukvårdsnyttjande.

Frågeställningarna för den här rapporten har varit:

- Hur ser vårdkontaktmönstren bland barn och ungdomar ut med avseende på ett antal relevanta sociodemografiska faktorer?
- Skiljer sig vårdkontaktmönstren mellan vårdgrenarna?
- Finns det avvikelser hos några grupper i omfattningen av sjukvård, i förhållande till ett mer allmänt mönster?

## Metod

Analyserna baseras på länkade data på individnivå över vårdkontakter och sociodemografisk bakgrund, för invånare i Stockholms län 2011. Det grundmått som använts för vårdvolym är individens antal öppenvårdsbesök, antal slutenvårdstillfällen och slutenvårdsdagar samt vårdkostnad under 2011.

En vårdgrensuppdelning har gjorts i primärvård, somatisk sjukhusbaserad vård (akutsomatik, geriatrik), psykiatri (inkl BUP och beroendevård).

Kostnaderna för somatisk sjukhusbaserad vård består av landstingets registrerade ersättningskostnad till vårdgivaren för varje vårdkontakt. För primärvård och psykiatri har en approximerad vårdkostnad beräknats utifrån landstingets självkostnadsberäkningar.

Eftersom det rör sig om totaldata har statistiska spridningsmått (slumpmässiga urvalsfel) inte varit relevanta.

## Dataunderlag och definitioner

Dataunderlaget utgörs av Stockholms läns landstings vårdregister för öppen-, sluten-, och privatvård ("VAL-databaserna") samt länkade sociodemografiska data ur Sveriges offentliga register via SCB, för personer som varit folkbokförda i Stockholms län någon gång under 2011. I studiens värddata ingår i princip all landstingsfinansierad sjukvård för invånare i Stockholms län 2011, med undantag av avancerad hemsjukvård, kommunal sjukvård, MVC och BVC. Slutenvårdsdata inkluderar endast avslutade

---

<sup>1</sup> Walander, Ålander, Burström (2005), Walander (2012,2013)

vårdtillfällen. Avgränsningen och definitioner av utförd sjukvård har följt de vedertagna riktlinjerna inom Stockholms läns landsting<sup>2</sup>, det vill säga i första hand utifrån uppdragstyper och därefter utifrån klinik- och kombikoder. "Ej giltig vård" har exkluderats<sup>3</sup>. Alla typer av vårdgivare och vårdinrättningar inom dessa ramar ingår i studien, det vill säga såväl läkarkontakter som andra vårdgivare. I öppenvårdsbesök ingår telefonkontakter mellan patienter och vårdgivare, som leder till en journalanteckning.

De mått som använts på omfattning av sjukvård är antal öppenvårdsbesök, slutenvårdtillfällen, slutenvårdsdagar och sjukvårdskostnader, för landstingsfinansierad sjukvård hos invånare i Stockholms län 2011. Samtliga mått har beräknats per invånare och åldersstandardiserats, genom direkt åldersstandardisering med länspopulationen 2011 som standardpopulation.

Sociodemografiska data kommer från offentliga register via SCB (LISA, RTB, Fastighetstaxeringsregistret) och avser i första hand uppgifter vid årets slut 31/12 och i andra hand vid det föregående årsskiftet. På grund av att bortfallet är något större med avseende på utbildning, så har den senast registrerade uppgiften i utbildningsregistren mellan 1990 och 2011 använts.

De sociodemografiska faktorer som belyses i rapporten är ålder, kön, familjetyp, boendeform och utbildning. Ålder avser ålder vid årets slut och redovisas både i ettårsklasser och grupperat till färre åldersklasser. Kategoriseringen av kön består av Män (Pojkar) och Kvinnor (Flickor). Familjetyp har utifrån SCB:s familjetypsvariabel dikotomiserats till kategorierna Gift/Samboende förälder respektive Ensamstående förälder. Uppgiften om bostadsform har konstruerats genom att kombinera SCB:s variabler för juridisk ägarform för boendet och typ av boende (taxeringsenhetstyp) till kategorierna Bostadsrättslägenhet, Småhus inklusive BR-/HR-radhus och lantbruk, Hyresrätt inklusive övrigt. Uppgifter om utbildning avser förälders utbildning. Hos gifta samboende föräldrar, avses utbildningen hos föräldern med den högsta utbildningen. Utbildning har kategoriserats utifrån SCB:s variabel om utbildningsnivå enligt SUN2000, till fem kategorier: Förgymnasial utbildning, Gymnasial utbildning i högst 2 år eller 3-årig gymnasial yrkesinriktad utbildning, Gymnasial 3-årig teoretisk utbildning eller eftergymnasial utbildning i högst 2 år, Eftergymnasial utbildning 2–3 år, Eftergymnasial utbildning mer än 3 år. (Se även Bilaga 2)

Utbildning har tidigare visat sig ha ett starkt samband med vårdkontakter<sup>4</sup>, samtidigt som flera andra faktorer, som inkomst och socioekonomisk position till stor del fångas in under utbildning. Även familjetyp har tidigare visat sig ha betydelse för vårdkontaktmönster, och är samtidigt intressant mot bakgrund av den höga andelen ensamföräldrar och ensamhushåll i Stockholms län. Motsvarande har även visat sig med avseende på boendeform, som samtidigt är en stark indikator på socioekonomisk position men också anknyter till boendemiljö och boendesegregation<sup>5</sup>. Skillnader med avseende födelseland har i tidigare studier till stor del visat sig hänföras till andra sociala faktorer som inkomst, utbildning, boende etc. och har därför inte tagits med i denna

---

<sup>2</sup> <http://www.gups.sll.se/val/default.htm>

<sup>3</sup> Innefattar vårdkontakter med kodning för "Ej debiterbar vård" inom akutsomatisk vård, "Öppenvårdsbesök med inläggning" och besökstyperna "Ej vård", "Utebliven", "Tekniska hjälpmedel". Inom slutenvård har endast avslutade vårdtillfällen inkluderats.

<sup>4</sup> Walander (2012,2013), Galobardes et al (2006,2007)

<sup>5</sup> För en mer fullständig bakgrund om hälsans bestämningsfaktorer, se WHO (2008) och Rostila (2012). För en genomgång av indikatorer på socioekonomisk position inom folkhälsovetenskap, se Galobardes et al (2006,2007)

rapport<sup>6</sup>. Samtliga faktorer återspeglar även sociala skillnader i hälsa, vilket har direkt bäring på mönstret för vårdkontakter<sup>7</sup>.

I rapporten visas vårdkontaktmönstret i regel i form av diagram, med syftet att mer åskådliggöra mönster än att redovisa exakta siffror. För ålder så visas mönstret vanligtvis i 1-årsklasser, dvs uppdelat på varje specifik ålder i intervallet 0–19 år.

## Datavaliditet

Sammantaget finns vissa osäkerheter i resultaten på grund av brister i datavaliditeten. Det gäller främst mätten sjukvårdskostnader och familjetyp, liksom bortfallet av vissa uppgifter generellt. När det gäller sjukvårdskostnader, saknas uppgifter om vissa typer av vård i använt data, framförallt hemsjukvård, kommunal sjukvård och annan vård som inte är landstingsfinansierad, men denna typ av vård innefattar endast barn och ungdomar i mycket liten omfattning och bör därför inte ha betydelse för resultaten.

När det gäller validiteten i familjetypsvariabeln, finns det brister i dataunderlaget, framförallt beträffande problem med att identifiera vissa familjebildningar. Problemet med identifiering av familjebildningar gäller att ogifta sammanboende utan gemensamma barn ofta identifieras som ensamstående i befolkningsstatistiken och att antalet ensamstående därför kan bli överskattat. Det gör att ensamstående och samboende med barn sammanblandas något och att skillnaderna i resultat mellan familjetyperna kan bli något mindre än vad som är det faktiska förhållandet.

Bortfallet i sociodemografiska uppgifter är obefintligt för ålder och kön, runt 0,1 procent för boendeform och familjetyp och 2,1 procent för utbildning.

---

<sup>6</sup> Walander (2012,2013)

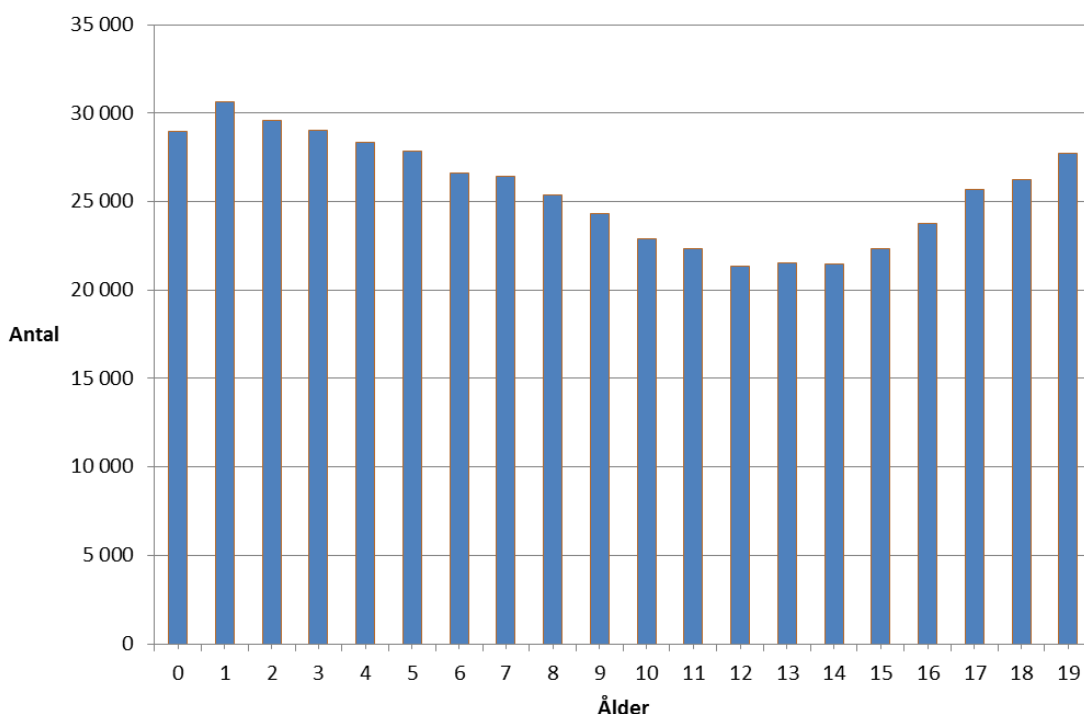
<sup>7</sup> Socialstyrelsen (2013)



# Sociodemografiska faktorer

I det följande redovisas de sociodemografiska faktorer som ingår i rapporten mer i detalj, med kategoriindelningen, motiveringar, samt dess tänkbara samband med omfattningen av hälso- och sjukvård<sup>8</sup>. Dessutom visas antalet invånare för de olika kategorierna i åldrarna 0–19 år. Totalsiffran för antal invånare kan variera mellan faktorerna, på grund av att omfattningen av uppgifter saknas skiljer sig åt.

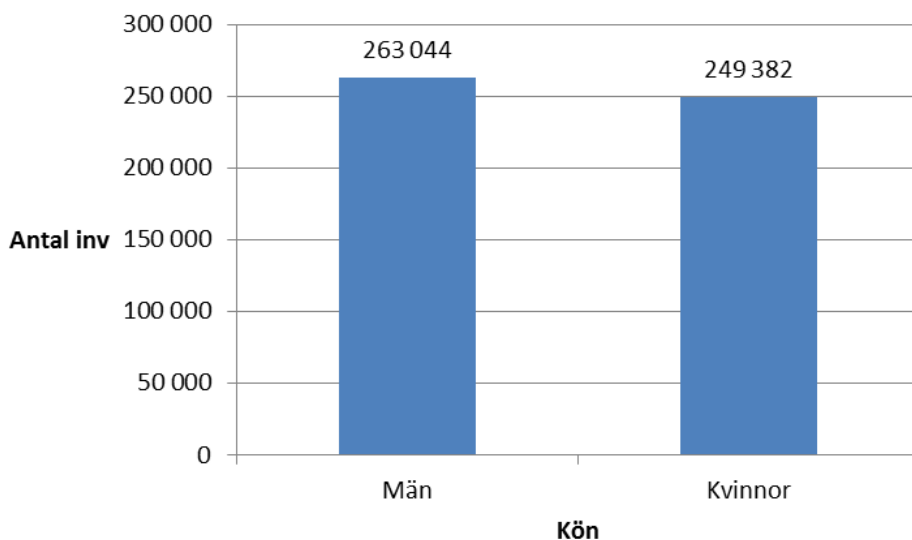
Det fanns 512 426 invånare i åldrarna 0–19 år i länet 2011, med viss variation över åldrarna. Sett över hela livsspannet, har ju ålder ett starkt samband med ohälsa och omfattningen av sjukvårdskontakter. Det gäller i något lägre grad för olika åldrar bland barn och ungdomar, men hälsokomplikationer är ändå vanligare bland de yngsta och de äldsta barnen och ungdomarna.



Figur 1. Antal invånare efter ålder. Invånare 0–19 år inom Stockholms län 2011.

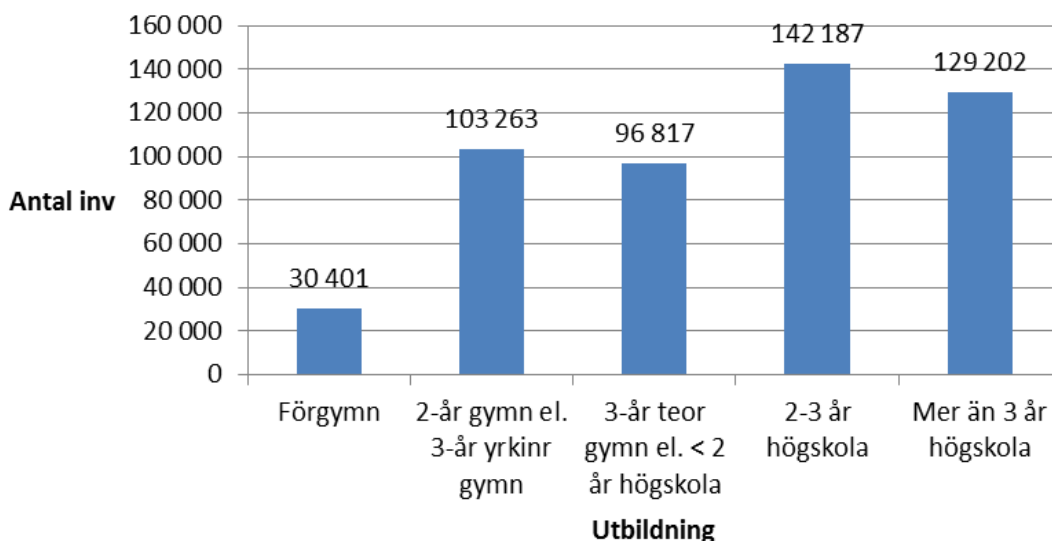
Även kön har betydelse för skillnader i ohälsa, men även för vård sökande beteende. Sammantaget finns något fler pojkar än flickor i åldrarna 0–19 år.

<sup>8</sup> Redovisningen av faktorernas samband med hälsa och sjukvårdskontakter bygger framförallt på Galobardes et al (2006,2007)



Figur 2. Antal invånare efter kön. Invånare 0–19 år inom Stockholms län 2011.

Utöver att föräldrarnas utbildningsnivå visat sig ha betydelse för barnens hälsa, har utbildning även relevans för omfattningen av sjukvårdskontakter i andra avseenden. Dels har utbildningsnivå relevans för kunskap om hälsa och om sjukvården (hälsolitteracitet), dels har utbildning en stark koppling till inkomst och socioekonomisk situation, som i sin tur är faktorer kopplade till individens förutsättningar för hälso- och sjukvårdskontakter.

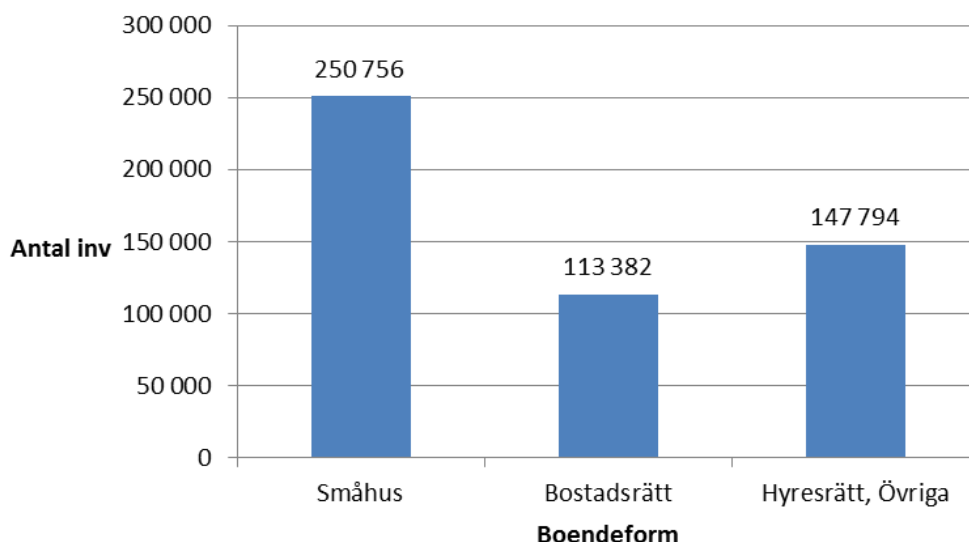


Figur 3. Antal invånare efter förälders högsta utbildning. Invånare 0–19 år inom Stockholms län 2011.

Grunden för indelningen av utbildningsgrupperna har varit att få förhållandevis jämnstora grupper, men också att fånga in den socioekonomiska situationen, vilket dels motiverat gruppen "Förgymnasial utbildning" och uppdelningen av gymnasieutbildningar i yrkesinriktade respektive teoretiska, dels motiverat indelningen

av den stora högskolegruppen i flera grupper. Antalet barn och ungdomar med förälder som har högst förgymnasial utbildning är förhållandevis få, medan flertalet har föräldrar med högskoleutbildning.

Boendeform har som socioekonomisk indikator en stark koppling till ohälsa och omfattning av sjukvård. Boendeform har grupperats till "Småhus", "Bostadsrätt" och "Hyresrätt". I småhusgruppen ingår alla typer av småhus, även bostads- och hyresrätter, medan hyresrättsgruppen även innefattar den marginella gruppen av övriga bostäder<sup>9</sup>.



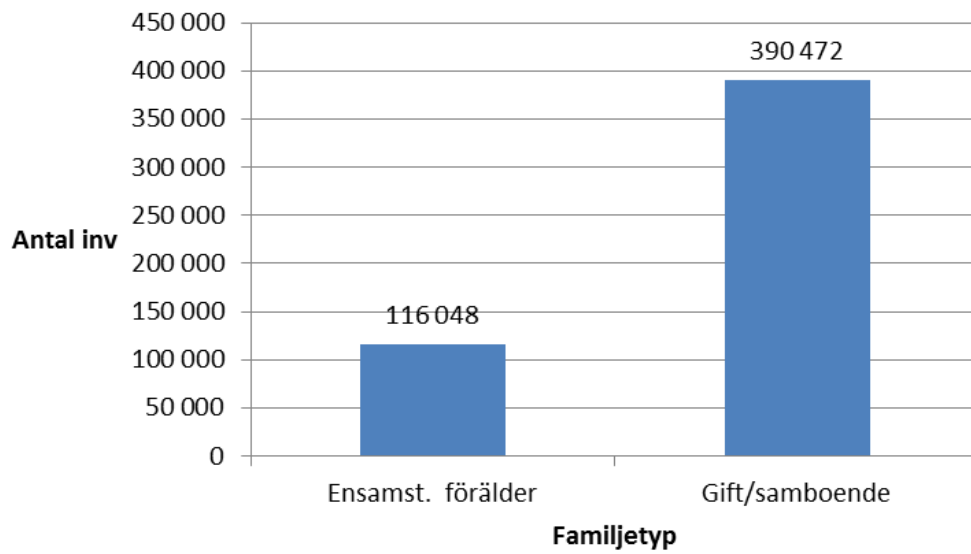
Figur 4. Antal invånare efter boendeform. Invånare 0–19 år inom Stockholms län 2011.

Något flera barn och ungdomar bor sammantaget i lägenhet än i småhus, men småhusboende är den största gruppen av de tre och hyresrättsboende näst vanligast.

Variationen i familjetyper är kanske särskilt stor inom Stockholms län, samtidigt som familjetyp till stor del är kopplat till skillnader i levnadsförhållanden. Det gör det intressant att studera betydelsen av familjetyp för omfattningen av sjukvård. I rapporten har gjorts en uppdelning av familjetyp i två kategorier, barn till "Ensamstående förälder" respektive "Gifta eller samboende föräldrar". Drygt tjugo procent av barnen har en ensamstående förälder (varav ca 30 % är män<sup>10</sup>).

<sup>9</sup> Övriga bostäder kan röra sig om industri- eller andra typer av verksamhetslokaler, båtar etc.

<sup>10</sup> I rapporten studeras skillnader för familjetyp i sig, varför en kombination med kön inte gjorts.



**Figur 5. Antal invånare efter familjetyp. Invånare 0–19 år inom Stockholms län 2011.**

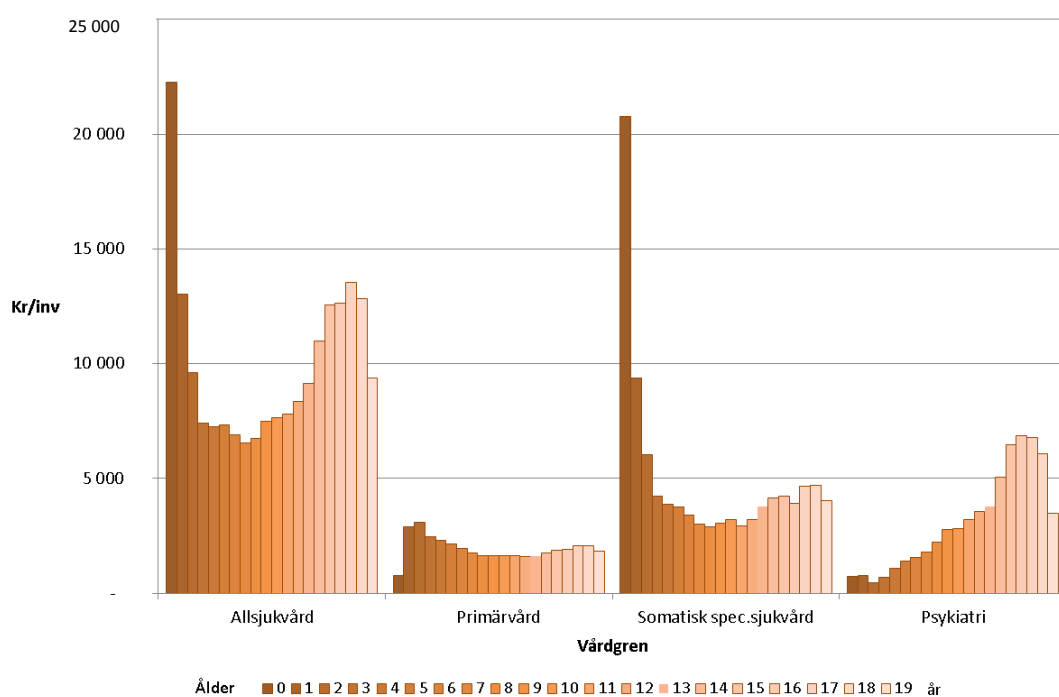
# Vårdkontaktmönster hos barn- och ungdomar

## Ålder

För ålder visas resultaten i ettårsklasser i sammanhängande diagram för åldrarna 0–19 år, för att på så sätt mer åskådliggöra åldersmönstret för vårdkontakter.

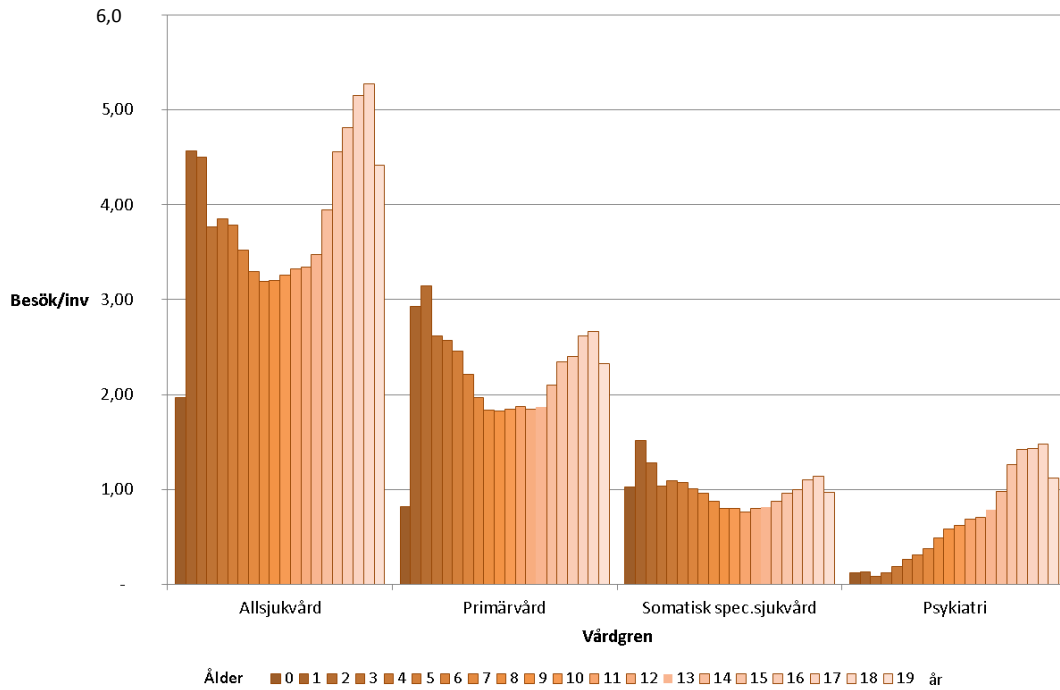
Det finns sammantaget ett u-format samband mellan ålder och omfattningen av sjukvård hos barn och ungdomar, med höga vårdkostnader och omfattande vård vid 0–1 år. Därefter avtar omfattningen successivt fram till 8–10 årsåldern. Mönstret är i stort likadant för alla vårdgrenar, förutom psykiatri, och mest markant inom somatisk specialistvård. Från 8–10 årsåldern stiger omfattningen av sjukvård med stigande ålder, men når inte upp till samma omfattning som vid 0–1 år.

Sjukvårdskostnaden är mycket hög bland barn 0–1 år, där kostnaden i stort sett helt kan hänföras till somatisk specialistvård (Figur 6). Den större delen av sjukvårdskostnaderna bland ungdomar kan däremot hänföras till psykiatrikontakter.



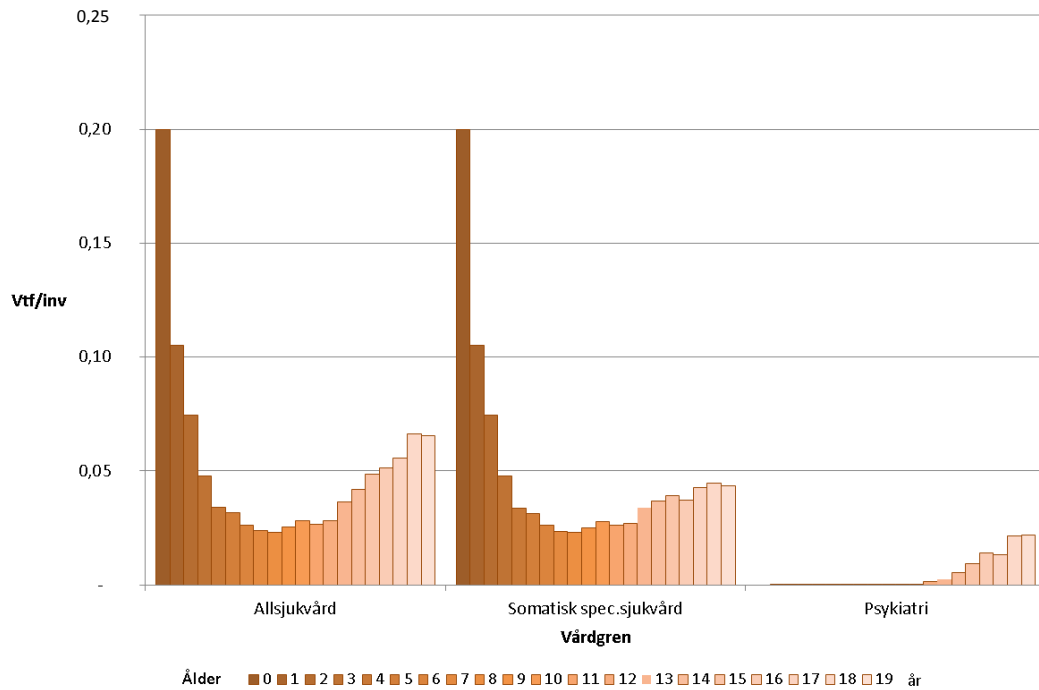
Figur 6. Genomsnittliga sjukvårdskostnader per invånare (kronor), efter ålder i ettårsklasser 0–19 år och per vårdgren. Invånare 0–19 år inom Stockholms län 2011.

Sett till antalet öppenvårdsbesök, så är variationen mellan åldrarna något mindre, med primärvård som den vårdgren som har flest besök. Det genomsnittliga antalet besök är sammanlagt högst bland de högre åldrarna, framförallt på grund av fler psykiatribesök (Figur 7).

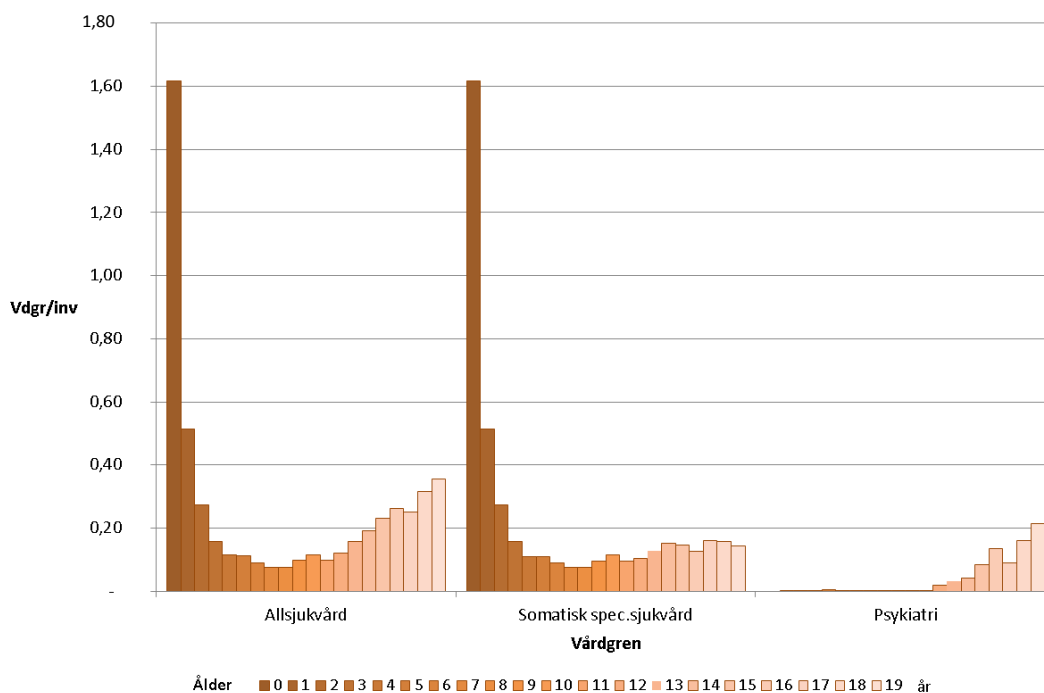


**Figur 7. Genomsnittligt antal öppenvårdsbesök per invånare, efter ålder i ettårsklasser 0–19 år och per vårdgren. Invånare 0–19 år inom Stockholms län 2011.**

Skillnaderna i slutenvårdskontakter är mer dramatiska, med mycket stort antal slutenvårdstillfällen (Figur 8) och slutenvårdsdagar hos små barn (Figur 9). I övrigt liknar mönstren för slutenvård det sammantagna mönstret för sjukvårdskostnader, med först avtagande och sedan stigande volymer. Flertalet slutenvårdskontakter sker inom somatisk specialistvård i alla åldrar.



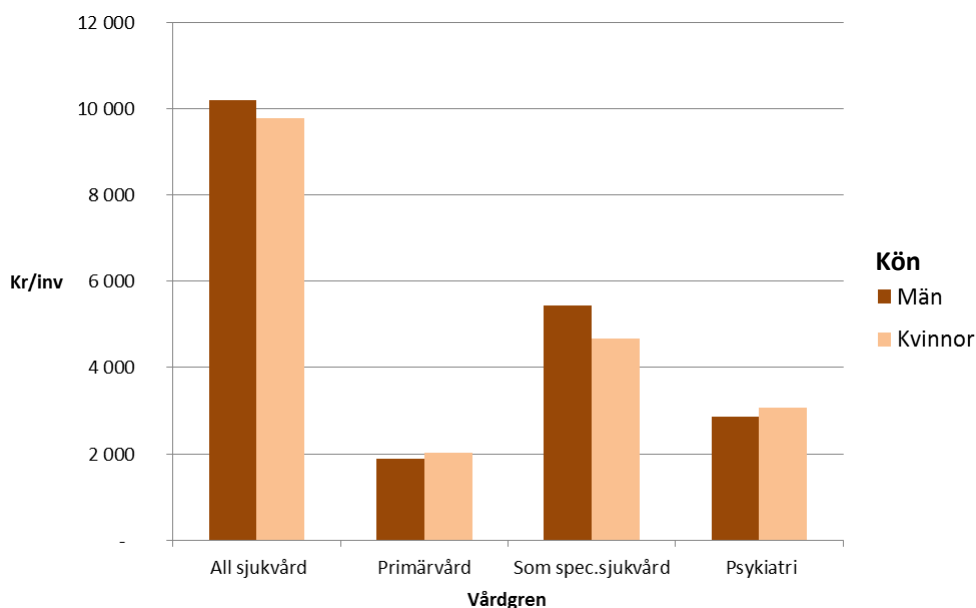
Figur 8. Genomsnittligt antal slutenvårdstillfällen per invånare, efter ålder i ettårsklasser 0–19 år och per vårdgren. Invånare 0–19 år inom Stockholms län 2011.



**Figur 9. Genomsnittligt antal slutenvårdsdagar per invånare, efter ålder i ettårsklasser 0-19 år och per vårdgren. Invånare 0-19 år inom Stockholms län 2011.**

## Kön

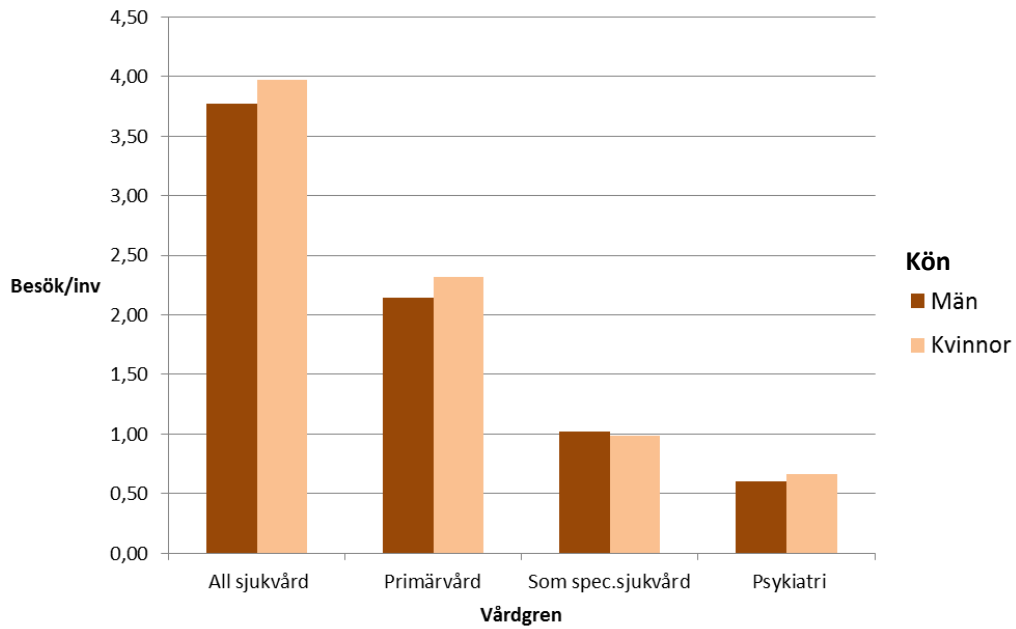
Skillnaderna med avseende på kön är sammantaget relativt små. När det gäller sjukvårdskostnader, så är skillnaden störst inom somatisk specialistsjukvård, där män har högre kostnader än kvinnor (Figur 10).



**Figur 10. Genomsnittliga sjukvårdskostnader per invånare (kronor), efter kön och vårdgren. Invånare 0-19 år inom Stockholms län 2011. Ålderstandardiserat.**

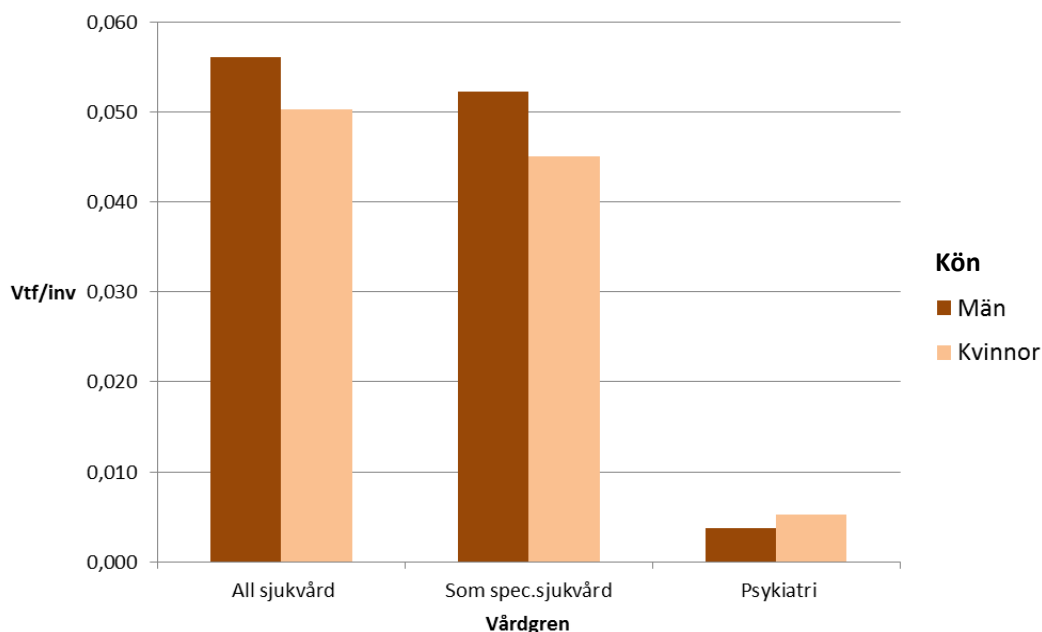


Mönstret för öppenvårdsbesök ser annorlunda ut, där skillnaden är störst inom primärvård, med kvinnor som de som har flest antal besök (Figur 11).

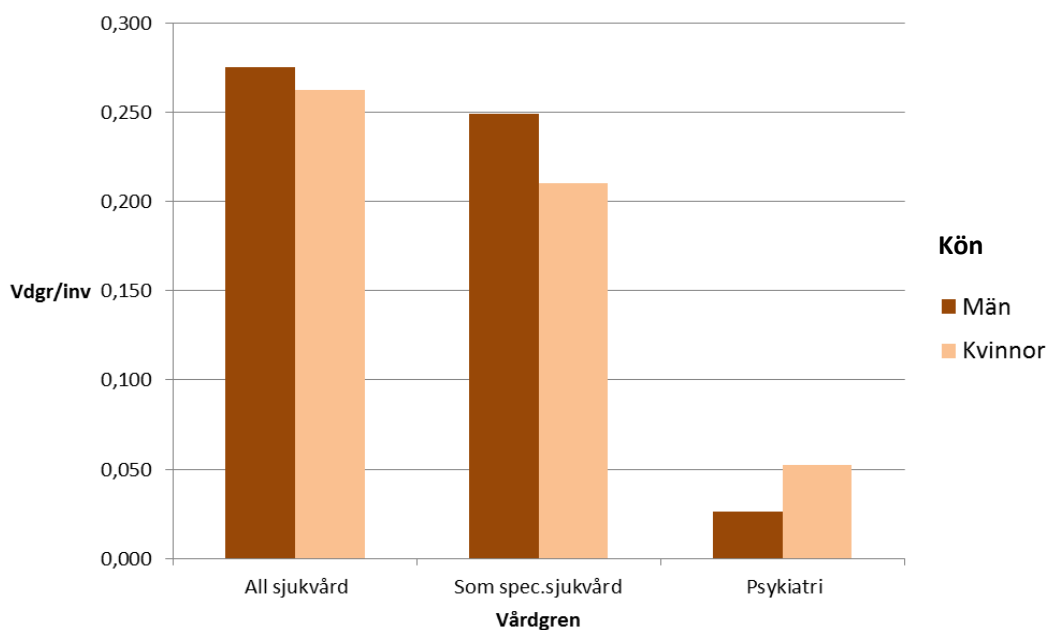


Figur 11. Genomsnittligt antal öppenvårdsbesök per invånare, efter kön och vårdgren. Invånare 0–19 år inom Stockholms län 2011. Ålderstandardiserat.

Skillnaderna mellan könen är något tydligare inom slutenvården, där antalet vårdtillfällen är högre hos män inom somatisk specialistsjukvård, men högre för kvinnor inom psykiatri (Figur 12). Skillnaden inom psykiatri är ännu större med avseende på antal slutenvårdsdagar, vilket gör att kvinnor i genomsnitt också har betydligt längre vårdtider per vårdtillfälle (medelvårdtider) än män (Figur 13).



Figur 12. Genomsnittligt antal slutenvårdstillfällen per invånare, efter kön och vårdgren. Invånare 0–19 år inom Stockholms län 2011. Ålderstandardiserat.

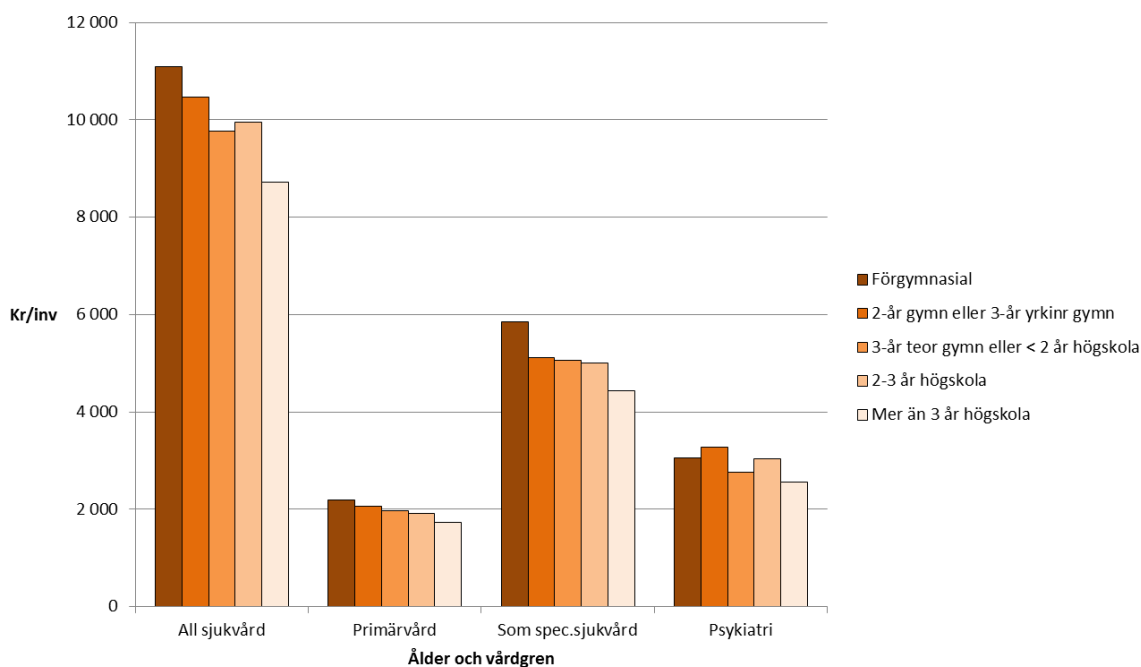


Figur 13. Genomsnittligt antal slutenvårdsdagar per invånare, efter kön och vårdgren. Invånare 0–19 år inom Stockholms län 2011. Ålderstandardiserat.

## Utbildning

Mot bakgrund av att gymnasieskolan sedan ett tag är treårig för alla utbildning, samt att en stor andel av befolkningen har högskoleutbildning, har utbildning har delats in i fem kategorier, för att skilja mellan dels yrkesinriktade och teoretiska gymnasieutbildningar, dels högskoleutbildningar av olika längd.

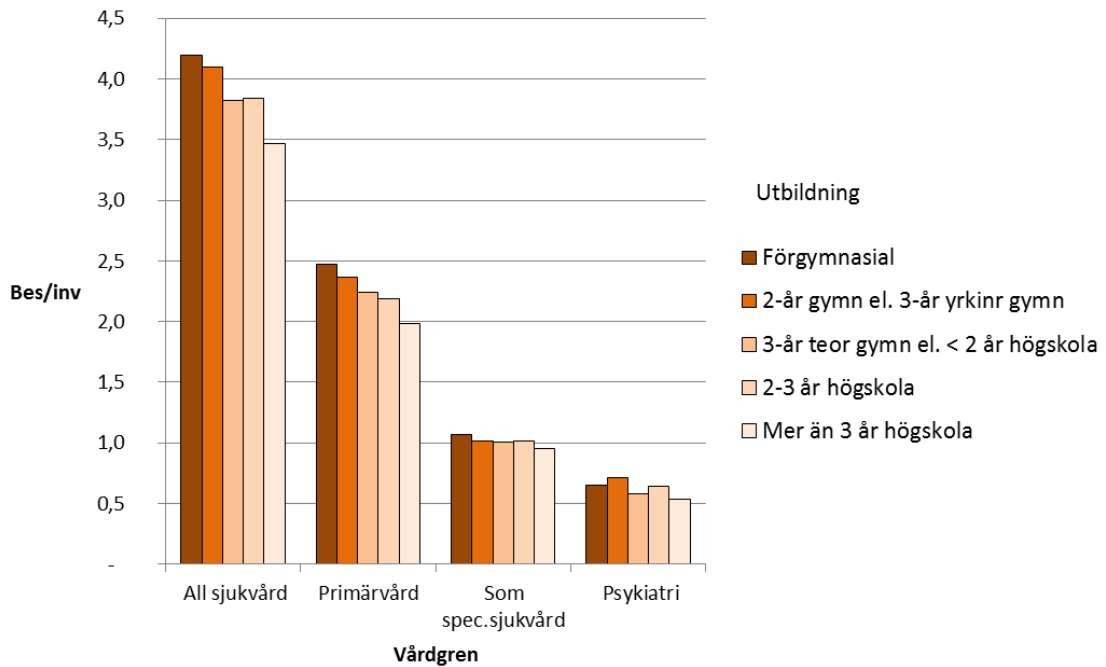
Det finns sammantaget ett tydligt samband mellan omfattningen av sjukvård och föräldrars utbildningsnivå framförallt inom primärvård och somatisk specialistvård, med en avtagande omfattning av sjukvård ju högre föräldrars utbildning är. Sett till omfattningen av sjukvård uttryckt i sjukvårdskostnader, är sambandet särskilt tydligt inom somatisk specialistvård, vilket också ger ett genomslag i skillnaderna i kostnader för all sjukvård sammantaget (Figur 14).



**Figur 14. Genomsnittliga sjukvårdskostnader per invånare (kronor), efter förälders utbildningsnivå och vårdgren. Invånare 0–19 år inom Stockholms län 2011. Ålderstandardiserat.**

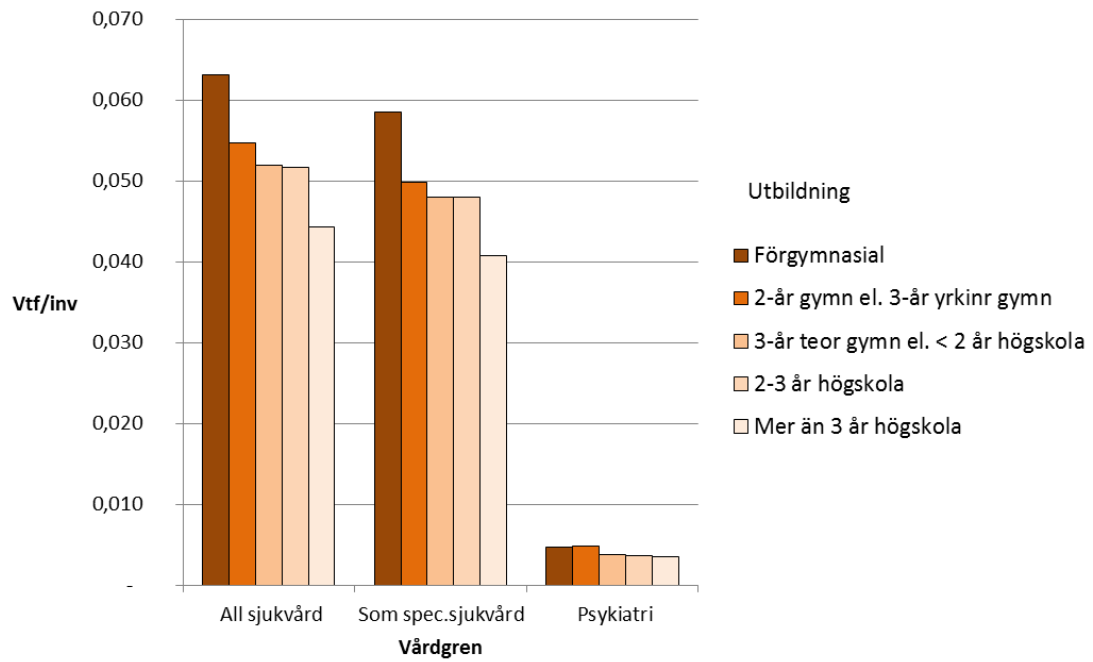
Möjligtvis kan en stor del av skillnaderna hänföras till vården av små barn 0–1 år, som har betydligt högre sjukvårdskostnader än barn och ungdomar i andra åldrar (se Figur 6 ovan).

Det sociala mönstret ser i stort sett likadant ut för öppenvårdsbesök, men med något större skillnader mellan utbildningsgrupperna inom primärvård och något mindre skillnader inom somatisk specialistvård (Figur 15).



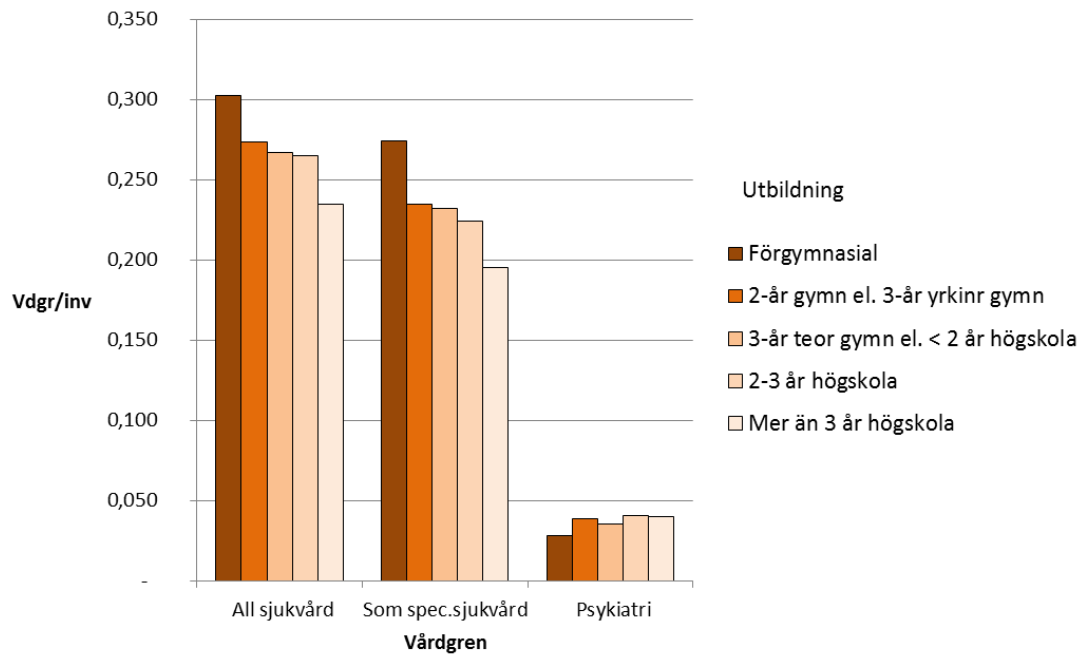
**Figur 15. Genomsnittligt antal öppenvårdsbesök per invånare, efter förälders utbildningsnivå och vårdgren. Invånare 0–19 år inom Stockholms län 2011. Ålderstandardiserat.**

Skillnaderna är mer påtagliga inom slutenvård, framförallt inom somatisk specialistvård (Figur 16).



**Figur 16. Genomsnittligt antal slutenvårdstillfällen per invånare, efter förälders utbildningsnivå och vårdgren. Invånare 0–19 år inom Stockholms län 2011. Ålderstandardiserat.**

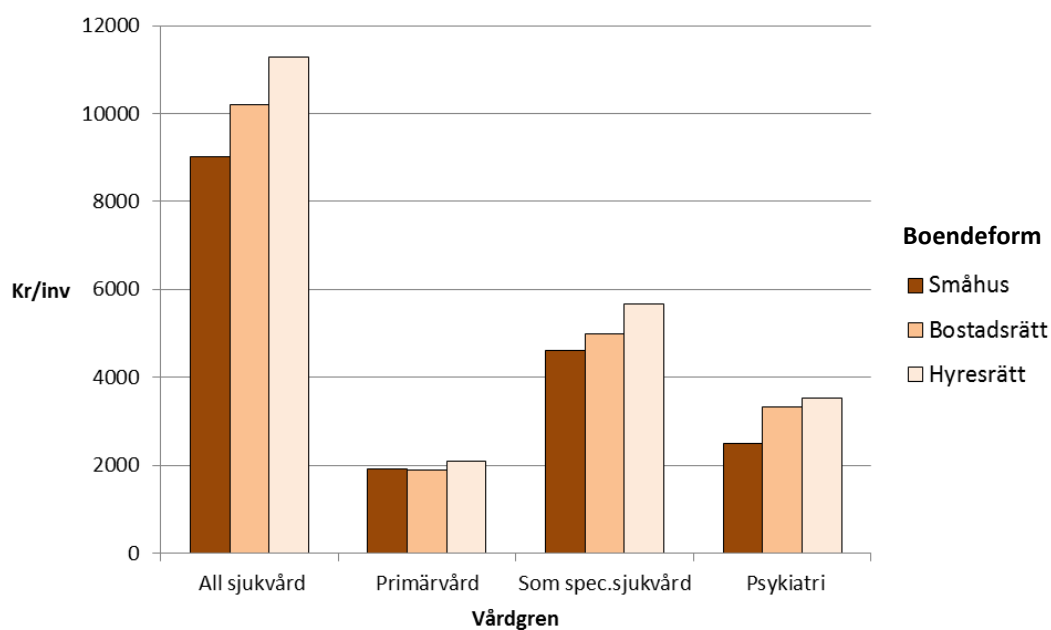
Noterbart inom psykiatri, är att mönstret över slutenvårdsdagar är omvänt mot mönstret över vårdtillfällen, vilket visar att medelvårdtiderna, det vill säga det genomsnittliga antalet vårddagar per vårdtillfälle, är betydligt längre hos barn till högutbildade föräldrar än till lågutbildade (Figur 17). Som nämnts tidigare, så innefattar psykiatri både allmänpsykiatri, BUP och beroendevård.



**Figur 17. Genomsnittligt antal slutenvårdsdagar per invånare, efter förälders utbildningsnivå och vårdgren. Invånare 0–19 år inom Stockholms län 2011. Ålderstandardiserat.**

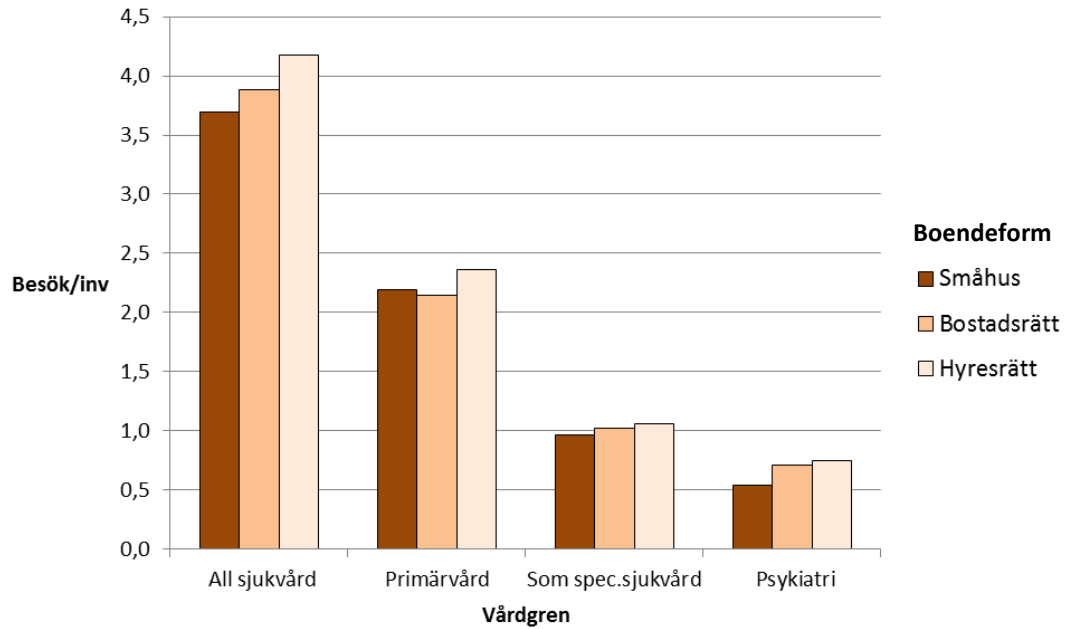
## Boendeform

Även med avseende på boendeform finns genomgående tydliga skillnader. Vårdvolymerna är lägst bland boende i småhus och högst bland boende i hyreshus, med boende i bostadsrätt däremellan (se fig 19,20,21). Det gäller även för måttet sjukvårdskostnader, med undantag av primärvård, där skillnaderna är små (Figur 18).



**Figur 18. Genomsnittliga sjukvårdskostnader per invånare (kronor), efter boendeform och vårdgren. Invånare 0–19 år inom Stockholms län 2011. Ålderstandardiserat.**

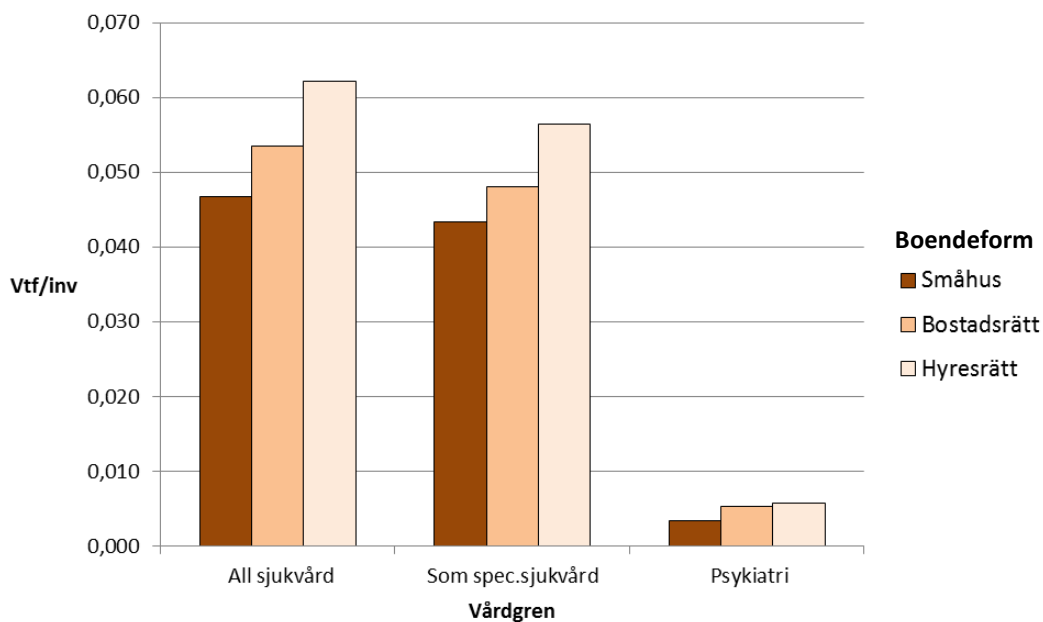
Skillnaderna mellan befolkningsgrupperna är något mindre med avseende på öppenvårdsbesök för all sjukvård totalt och för somatisk specialistsjukvård, men ändå tydliga. Jämfört med resultaten för sjukvårdskostnader, så är storleken på vårdvolymer för öppenvårdsbesök delvis omvänd mellan vårdgrenarna (Figur 19).



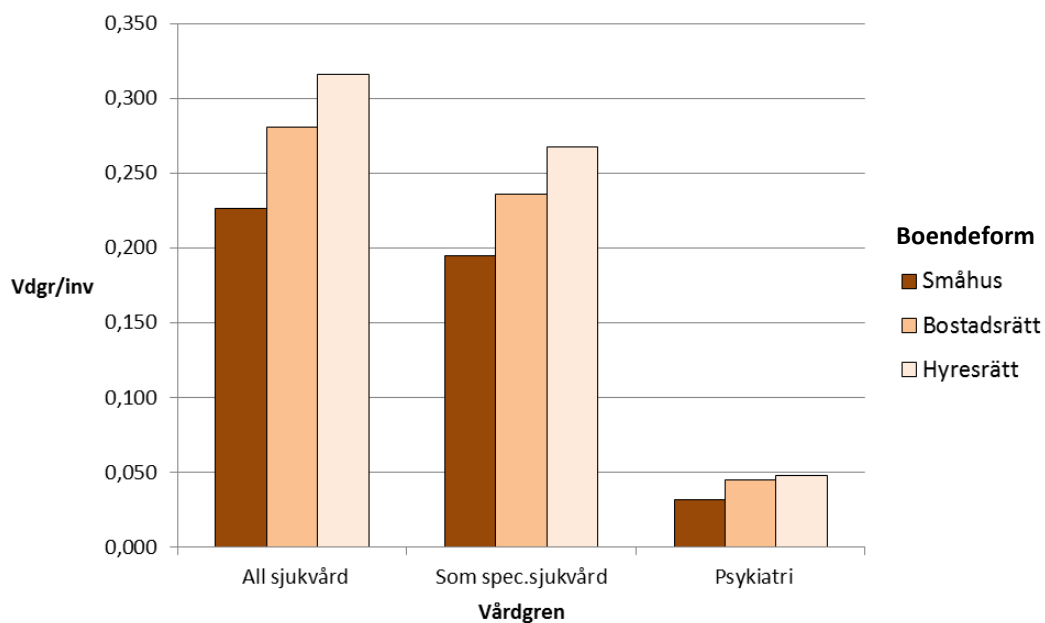
Figur 19. Genomsnittligt antal öppenvårdsbesök per invånare, efter boendeform och vårdgren. Invånare 0–19 år inom Stockholms län 2011. Ålderstandardiserat.



Inom slutenvård är de relativa skillnaderna mer tydliga och markanta i samtliga avseenden, både mätt som vårdtillfällen (Figur 20) och vårddagar (Figur 21).



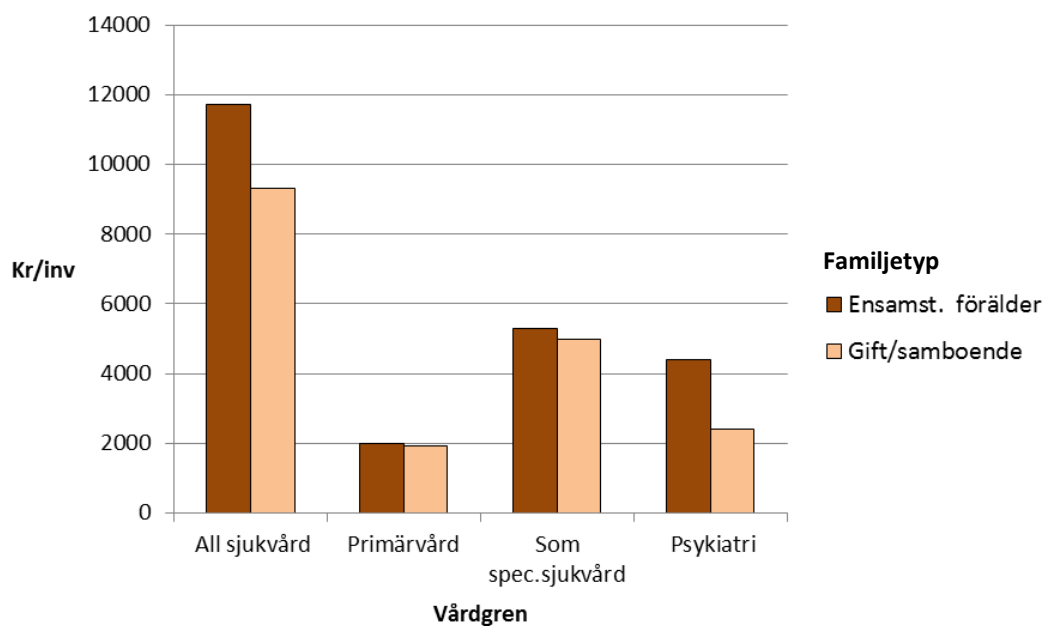
**Figur 20. Genomsnittligt antal slutenvårdstillfällen per invånare, efter boendeform och vårdgren. Invånare 0–19 år inom Stockholms län 2011. Ålderstandardiserat.**



**Figur 21. Genomsnittligt antal slutenvårddagar per invånare, efter boendeform och vårdgren. Invånare 0–19 år inom Stockholms län 2011. Ålderstandardiserat.**

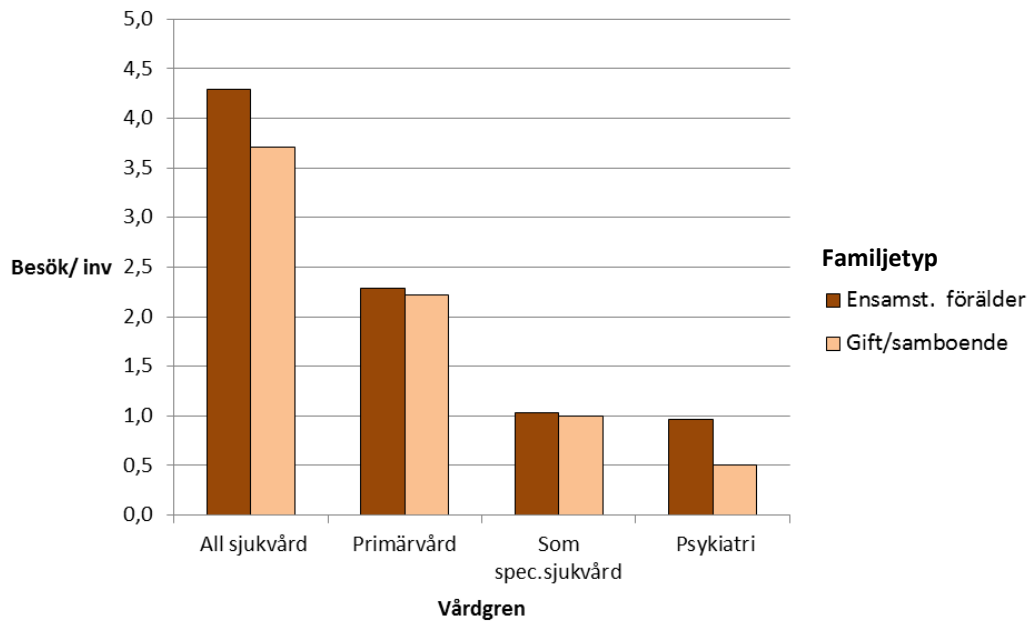
## Familjetyp

Skillnaderna i vårdvolymen med avseende på familjetyp är tydliga främst inom psykiatri, där barn till ensamstående har märkbart större vårdvolym än barn till gifta och sammanboende. Motsvarande gäller även för vårdvolymen uttryckta som sjukvårdskostnader, men skillnaden inom somatisk specialistvård är däremot förhållandevis liten och i det närmast försumbar inom primärvård (Figur 22).



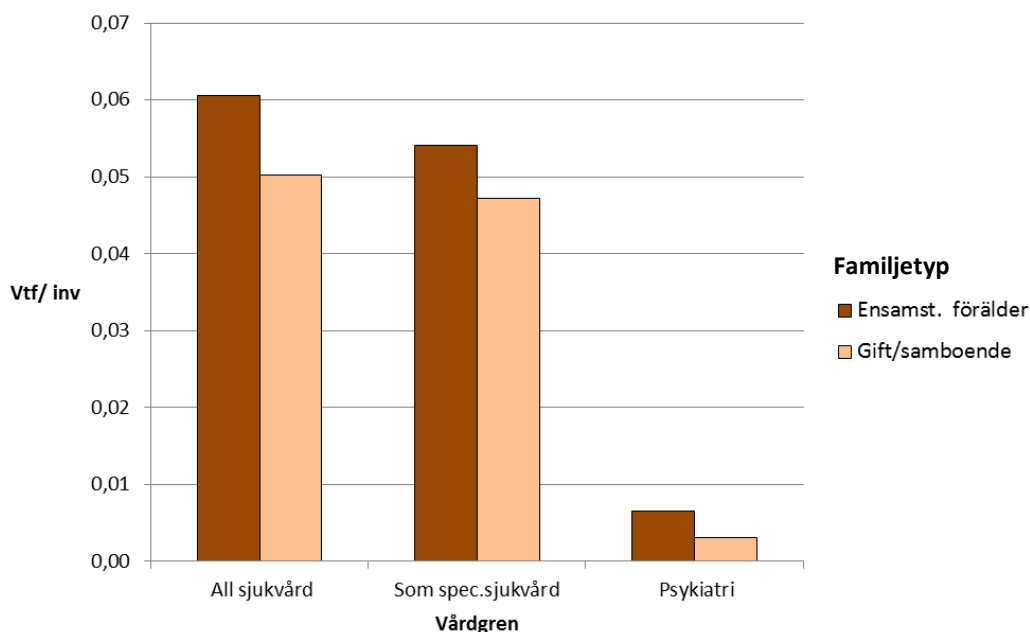
**Figur 22. Genomsnittliga sjukvårdskostnader per invånare (kronor), efter familjetyp och vårdgren. Invånare 0–19 år inom Stockholms län 2011. Ålderstandardiserat.**

Inom öppenvården är mönstret i stort detsamma, men med en ännu mindre skillnad inom somatisk specialistvård (Figur 23).



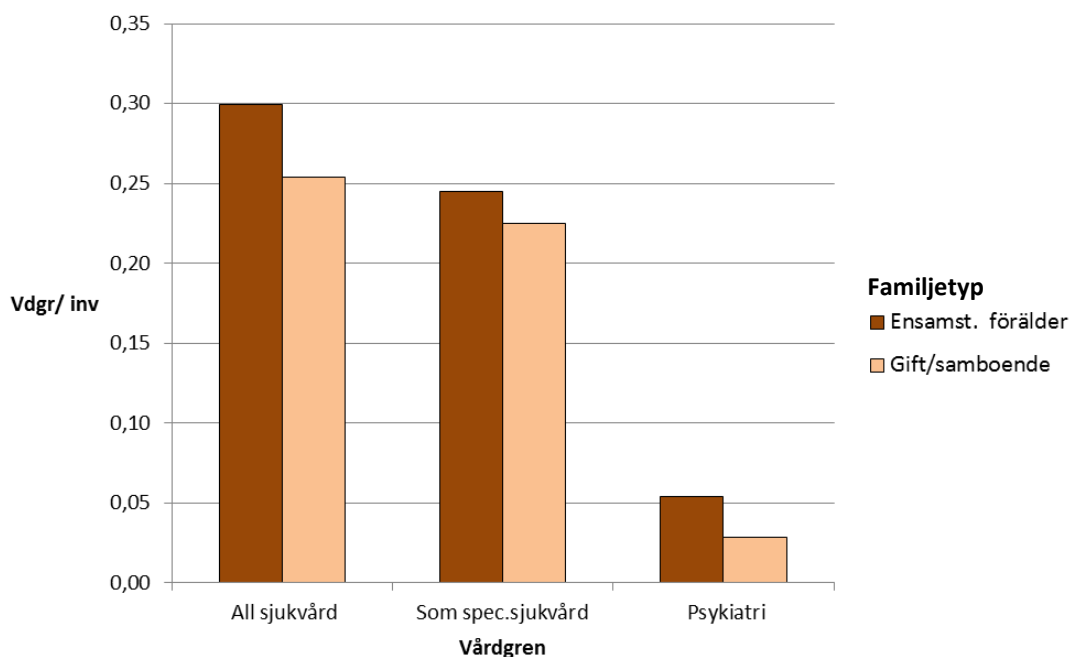
Figur 23. Genomsnittligt antal öppenvårdsbesök per invånare, efter familjetyp och vårdgren. Invånare 0–19 år inom Stockholms län 2011. Ålderstandardiserat.

Däremot är skillnaderna tydligare inom slutenvård för somatisk specialistvård, och fortsatt tydliga inom psykiatri (Figur 24).



**Figur 24. Genomsnittligt antal slutenvårdstillfällen per invånare, efter familjetyp och vårdgren. Invånare 0–19 år inom Stockholms län 2011. Ålderstandardiserat.**

Mönstret för vårdtillfällen och vårddagar är i stort detsamma, med undantag av en något mindre skillnad för vårddagar inom somatisk specialistvård, och därmed något kortare medelvårdtider (antal vårddagar per vårdtillfälle) hos barn till ensamstående (Figur 25).



**Figur 25. Genomsnittligt antal slutenvårdsdagar per invånare, efter familjetyp och vårdgren. Invånare 0–19 år inom Stockholms län 2011. Ålderstandardiserat.**

## Diskussion och slutsatser

Resultaten visar sammantaget på tydliga skillnader i vårdvolymer hos barn och ungdomar, med avseende på ålder, föräldrars utbildningsnivå, boendeform och familjetyp, men i något varierande omfattning beroende på vårdgren, vårdform och bakgrundsfaktor.

Omfattningen av sjukvårdskostnader och slutenvård är högst hos små barn i åldern 0–1 år, där somatisk specialistvård svarar för den helt dominerande delen av sjukvården. Med undantag av psykiatri finns allmänt sett ett u-format samband mellan ålder och omfattningen av sjukvård, med minst omfattning av sjukvård i åldrarna 6–12 år. De stora vårdvolymererna inom psykiatri finns i tonårsåldrarna.

För föräldrars utbildningsnivå finns ett samband med vårdvolymer, särskilt inom somatisk specialistvård och psykiatri, med avtagande vårdvolymer ju högre utbildning föräldrarna har. Undantag här är ett omvänt samband för medelvårdtider inom psykiatri.

Även med avseende på familjens boendeform finns ett tydligt samband med omfattningen av sjukvård, med generellt sett mest omfattande sjukvård hos boende i hyresrätter och lägst hos boende i småhus.

Mönstret med avseende på familjetyp skiljer sig något från utbildning och boendeform, med förhållandevis små skillnader i vårdvolymer mellan barn till ensamstående och barn till gifta och samboende inom somatisk specialistvård och primärvård, medan barn till ensamstående genomgående har högre vårdvolymer inom psykiatrisk vård.

Vid jämförelser mellan vårdgrenar framgår att skillnaderna i vårdvolymer mellan befolkningsgrupperna är mindre, och ofta försumbara inom primärvård. Inom somatisk specialistvård finns tydliga skillnader i vårdvolymer utifrån föräldrars utbildningsnivå och boendeform, men i lägre grad utifrån familjetyp, medan sambandet inom psykiatri är tydligast för familjetyp och boendeform.

Vid sidan av kända bestämnings- och förklaringsfaktorer till i hälsa och sjukvårdsvolymer, så framstår det ändå, objektivt sett, som förvånande att skillnaderna i omfattningen av sjukvård är så pass stora hos barn, med avseende på de studerade bakgrundsfaktorerna. Mot bakgrund av att den absoluta huvuddelen av sjukvårdskostnaderna, särskilt inom somatisk specialistsjukvård, finns i åldrarna 0–1 år (se Figur 6), så kan det finnas anledning att gå vidare och studera bakgrunden till sociala skillnader i komplikationer i samband med barns födsel.

Andra förhållanden som kan behöva en fördjupad analys är orsakerna till att omfattningen av psykiatrisk vård skiljer sig så pass mycket mellan barn till ensamstående respektive samboende, liksom de längre medelvårdtiderna inom psykiatri hos barn till högutbildade. Ett första steg i en sådan analys kan innefatta mer specifika skillnader i typ av ohälsa och sjukvård.

# Referenser

Galobardes B, Shaw M, Lawlor D A, Lynch J W, Smith G D. (2006). Indicators of socioeconomic position (part 1). *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 60 (s. 7–12)

Galobardes B, Lynch J, Smith G D. (2007). Measuring socioeconomic position in health research. *British Medical Bulletin*, vol. 81/82 (s. 21–37)

Rostila M & Toivanen S (red.). (2012) *Den orättvisa hälsan*. Stockholm, Liber.

Socialstyrelsen (2013). *Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013*. Stockholm, Socialstyrelsen

Walander A, Ålander S, Burström B. (2004) *Sociala skillnader i vårdutnyttjande. Yrkesverksamma äldre (Rapport Vård på lika villkor 1:2004)*. Stockholm, Samhällsmedicin SLL.

Walander A. (2012) *Arbetsrapport. Område, individ och omfattningen av sjukvård. Delrapport 1: Betydelsen av individers sociodemografiska bakgrund för omfattningen av sjukvård*. Solna, Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, SLL

Walander A. (2013) *Arbetsrapport. Område, individ och omfattningen av sjukvård. Delrapport 2: Betydelsen av individers bakgrund för omfattningen av sjukvård. Vårdgrensvisa, faktiska och bakgrundsjusterade sjukvårdskostnader*. Solna, Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, SLL

WHO, Commission on Social Determinants of Health. (2008) *Closing the gap in one generation*. Geneva, WHO.

# Bilagor

## Bilaga 1. Resultattabeller

Tabell 1. Sjukvårdskostnader per invånare (kronor), 1-årsklasser SLL 2011

	Totalt	Primärvård	Somatisk spec sjukvård	Psykiatri
Ålder				
0	22 278	760	20 780	737
1	13 047	2 883	9 375	789
2	9 609	3 108	6 024	477
3	7 412	2 475	4 231	706
4	7 271	2 292	3 875	1 104
5	7 318	2 137	3 760	1 421
6	6 898	1 942	3 405	1 551
7	6 535	1 755	3 004	1 776
8	6 760	1 638	2 879	2 242
9	7 475	1 638	3 048	2 789
10	7 667	1 624	3 207	2 836
11	7 795	1 636	2 949	3 210
12	8 374	1 601	3 222	3 550
13	9 159	1 614	3 772	3 774
14	10 967	1 743	4 164	5 061
15	12 560	1 882	4 219	6 459
16	12 652	1 910	3 899	6 842
17	13 533	2 082	4 677	6 775
18	12 838	2 072	4 703	6 063
19	9 374	1 826	4 046	3 502

**Tabell 2. Antal öppenvårdsbesök per invånare, 1-årsklasser SLL 2011**

	Totalt	Primärvård	Somatisk spec sjukvård	Psykiatri
Ålder				
0	2,0	0,8	1,0	0,1
1	4,6	2,9	1,5	0,1
2	4,5	3,1	1,3	0,1
3	3,8	2,6	1,0	0,1
4	3,8	2,6	1,1	0,2
5	3,8	2,5	1,1	0,3
6	3,5	2,2	1,0	0,3
7	3,3	2,0	1,0	0,4
8	3,2	1,8	0,9	0,5
9	3,2	1,8	0,8	0,6
10	3,3	1,8	0,8	0,6
11	3,3	1,9	0,8	0,7
12	3,3	1,8	0,8	0,7
13	3,5	1,9	0,8	0,8
14	3,9	2,1	0,9	1,0
15	4,6	2,3	1,0	1,3
16	4,8	2,4	1,0	1,4
17	5,2	2,6	1,1	1,4
18	5,3	2,7	1,1	1,5
19	4,4	2,3	1,0	1,1



**Tabell 3. Antal slutenvårdstillfällen per invånare, 1-årsklasser SLL 2011**

	<b>Totalt</b>	<b>Somatisk spec sjukvård</b>	<b>Psykiatri</b>
Ålder			
0	0,200	0,200	-
1	0,105	0,105	0,000
2	0,075	0,075	0,000
3	0,048	0,048	0,000
4	0,034	0,034	0,000
5	0,032	0,031	0,000
6	0,026	0,026	0,000
7	0,024	0,024	0,000
8	0,023	0,023	0,000
9	0,025	0,025	0,000
10	0,028	0,028	0,000
11	0,026	0,026	0,000
12	0,028	0,027	0,001
13	0,036	0,034	0,002
14	0,042	0,037	0,005
15	0,048	0,039	0,009
16	0,051	0,037	0,014
17	0,056	0,043	0,013
18	0,066	0,045	0,022
19	0,065	0,043	0,022

**Tabell 4. Antal slutenvård dagar per invånare, 1-årsklasser SLL 2011**

	<b>Totalt</b>	<b>Somatisk spec sjukvård</b>	<b>Psykiatri</b>
Ålder			
0	1,615	1,615	-
1	0,515	0,514	0,000
2	0,275	0,272	0,002
3	0,158	0,158	0,000
4	0,115	0,110	0,005
5	0,111	0,110	0,002
6	0,090	0,090	0,000
7	0,076	0,075	0,000
8	0,076	0,076	0,001
9	0,097	0,095	0,003
10	0,115	0,114	0,002
11	0,099	0,097	0,003
12	0,121	0,102	0,018
13	0,158	0,127	0,031
14	0,192	0,151	0,042
15	0,231	0,146	0,085
16	0,261	0,125	0,136
17	0,251	0,161	0,091
18	0,316	0,157	0,160
19	0,356	0,143	0,213

**Tabell 5. Vårdkontaktmått efter kön, SLL 2011. Åldersstandardiserat.**

	<b>Män</b>	<b>Kvinnor</b>
<b>Sjukvårdskostnad per invånare (kr)</b>		
Totalt	10 188	9 767
Primärvård	1 886	2 019
Somatisk spec sjukvård	5 446	4 677
Psykiatri	2 856	3 071
<b>Antal öppenvårdsbesök per invånare</b>		
Totalt	3,77	3,97
Primärvård	2,14	2,32
Somatisk spec sjukvård	1,02	0,98
Psykiatri	0,60	0,66
<b>Antal slutenvårdstillfällen per invånare</b>		
Totalt	0,056	0,050
Somatisk spec sjukvård	0,052	0,045
Psykiatri	0,004	0,005
<b>Antal slutenvård dagar per invånare</b>		
Totalt	0,275	0,262
Somatisk spec sjukvård	0,249	0,210
Psykiatri	0,026	0,052

**Tabell 6. Vårdkontaktmått efter utbildningsnivå, SLL 2011. Åldersstandardiserat.**

	Förgymnasial	2-år gymnel 3-år yrkinrgymn	3-år teor gymnel < 2 år högskola	2-3 år högskola	Mer än 3 år högskola
<b>Sjukvårdskostnad per invånare (kr)</b>					
Totalt	12 040	11 083	9 891	9 901	8 827
Primärvård	2 229	2 151	2 008	1 957	1 746
Somatisk spec sjukvård	6 467	5 399	5 190	4 931	4 586
Psykiatri	3 344	3 533	2 693	3 013	2 494
<b>Antal öppenvårdsbesök per invånare</b>					
Totalt	4,3	4,3	3,9	3,9	3,5
Primärvård	1,1	1,1	1,0	1,0	1,0
Somatisk spec sjukvård	2,5	2,5	2,3	2,2	2,0
Psykiatri	0,7	0,8	0,6	0,6	0,5
<b>Antal slutenvårdstillfällen per invånare</b>					
Totalt	0,071	0,058	0,054	0,051	0,045
Somatisk spec.sjukvård	0,066	0,053	0,049	0,048	0,042
Psykiatri	0,005	0,005	0,004	0,004	0,003
<b>Antal slutenvård dagar per invånare</b>					
Totalt	0,332	0,284	0,278	0,263	0,239
Somatisk spec.sjukvård	0,305	0,250	0,238	0,222	0,204
Psykiatri	0,027	0,034	0,041	0,041	0,035

**Tabell 7. Vårdkontaktmått efter boendeform, SLL 2011. Åldersstandardiserat.**

	<b>Småhus</b>	<b>Bostadsrätt</b>	<b>Hyresrätt</b>
<b>Sjukvårdskostnad per invånare (kr)</b>			
Totalt	9 016	10 204	11 295
Primärvård	1 908	1 883	2 089
Somatisk spec sjukvård	4 601	5 002	5 677
Psykiatri	2 507	3 319	3 529
<b>Antal öppenvårdsbesök per invånare</b>			
Totalt	3,7	3,9	4,2
Primärvård	2,2	2,1	2,4
Somatisk spec sjukvård	1,0	1,0	1,1
Psykiatri	0,5	0,7	0,7
<b>Antal slutenvårdstillfällen per invånare</b>			
Totalt	0,047	0,054	0,062
Somatisk spec sjukvård	0,043	0,048	0,056
Psykiatri	0,003	0,005	0,006
<b>Antal slutenvård dagar per invånare</b>			
Totalt	0,227	0,281	0,316
Somatisk spec sjukvård	0,195	0,236	0,268
Psykiatri	0,032	0,045	0,048

**Tabell 8. Vårdkontaktmått efter familjetyp, SLL 2011. Åldersstandardiserat.**

	Ensamstående förälder	Gift/samboende
<b>Sjukvårdskostnad per invånare (kr)</b>		
Totalt	11 708	9 326
Primärvård	1 998	1 940
Somatisk spec sjukvård	5 300	4 993
Psykiatri	4 410	2 393
<b>Antal öppenvårdsbesök per invånare</b>		
Totalt	4,3	3,7
Primärvård	2,3	2,2
Somatisk spec sjukvård	1,0	1,0
Psykiatri	1,0	0,5
<b>Antal slutenvårdstillfällen per invånare</b>		
Totalt	0,061	0,050
Somatisk spec.sjukvård	0,054	0,047
Psykiatri	0,007	0,003
<b>Antal slutenvård dagar per invånare</b>		
Totalt	0,299	0,254
Somatisk spec sjukvård	0,245	0,225
Psykiatri	0,054	0,029

## Bilaga 2. Beskrivning av befolkningsdata

Variabel	Datakällor	Beskrivning, Kategorier
Ålder	Register över totalbefolkningen (RTB)	Ålder 31/12 2011. Åldersgrupper i 1-årsintervall 0–19 år
Kön	Register över totalbefolkningen (RTB)	- Kvinna - Man
Familjetyp	LISA	- Gift/Samboende förälder - Singelförälder
Bostadsform	Fastighetstaxeringsregistret	- Bostadsrättslägenhet - Småhus, inkl BR/HR-småhus och lantbruk - Hyresrätt, inkl övrigt
Utbildning	LISA/Utbildningsregistret, 1990–2011	Uppgift för förälder med högsta utbildning: - Förgymnasial utbildning - Gymnasial utbildning högst 2 år, eller 3-årig gymnasial yrkesinriktad utbildning - Gymnasial 3-årig teoretisk utbildning, eller eftergymnasial utbildning, högst 2 år - Eftergymnasial utbildning, 2–3 år - Eftergymnasial utbildning, mer än 3 år







ISBN 978-91-87691-21-8



**Centrum för epidemiologi  
och samhällsmedicin**

STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING