

# Frestun lækniþjónustu meðal Íslendinga: Umfang og skýringar

Rúnar Vilhjálmsson, félagsfræðingur<sup>1</sup>

## ÁGRIP

**Tilgangur:** Jafnt aðgengi að heilbrigðisþjónustu er meginmarkmið í félagslegum heilbrigðiskerfum eins og því íslenska. Fyrri innlendar rannsóknir benda til þess að talsverður munur sé á aðgengi einstaklinga og hópa að heilbrigðisþjónustunni. Markmið rannsóknarinnar var að kortleggja frestun lækniþjónustu í ólíkum samfélagsþópum fullorðinna Íslendinga og meta vægi einstakra áhrifaþátta.

**Efniviður og aðferðir:** Rannsóknin byggði á landskönnuninni Heilbrigði og aðstæður Íslendinga I. Spurningalistar voru póstsendir til þjóðskrárártaks Íslendinga á aldri 18-75 ára. 1532 manns svöruðu könnuninni og heimtur voru 60%.

**Niðurstöður:** Alls höfðu 22% fullorðinna Íslendinga frestað eða fellt niður lækniþjónustu á sex mánaða tímabili. Frestunarhlutföll voru misjöfn eftir þópum. Þeir sem voru ungir að árum í fullri vinnu, áttu við fjárhagserfiðleika að etja, höfðu há heimilisútgjöld vegna heilbrigðisþjónustu, áttu erfitt með að komast frá daglegum verkefnum, voru óánægðir með síðustu lækniheimsókn, eða glímdu við langvinna sjúkdóma og kvilla, frestuðu oft en aðrir ferð til lækni.

**Ályktun:** Nokkuð algengt er að Íslendingar fresti eða felli niður lækniþjónustu sem þeir telja þörf fyrir. Jafnframt er verulegur munur á tíðni frestunar milli fólks og hópa. Niðurstöðurnar eru umhugsunarefni í ljósi þess meginmarkmiðs heilbrigðiskerfisins að allir landsmenn hafi jafnan aðgang að heilbrigðisþjónustu. Mikilvægt er að heilbrigðisyfirvöld leiti leiða til að jafna aðgengi einstaklinga og hópa að lækniþjónustu og vinni gegn frestun eða niðurfellingu hennar.

## Inngangur

<sup>1</sup>Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands.

Fyrirspurnir:  
Rúnar Vilhjálmsson  
[runarv@hi.is](mailto:runarv@hi.is)

Barst: 31. mars  
2011, - samþykkt  
til birtingar: 14.  
september 2011.

Höfundur tiltekur engin hagsmunatengsl.  
Rannsóknina styrktu  
Rannsóknasjóður Rannsóknar- og Rannsóknasjóður Háskóla Íslands.

Samkvæmt lögum um heilbrigðisþjónustu nr. 40/2007 skulu allir landsmenn eiga kost á fullkomnustu heilbrigðisþjónustu sem tök eru á að veita á hverjum tíma. Í íslenskri heilbrigðisáætlun til ársins 2010 kemur fram að mikilvægt sé að aðgengi að heilbrigðisþjónustu sé auðvelt og sem jafnast fyrir alla landsmenn (markmið 2). Bein útgjöld einstaklinga megi aldrei vera það mikil að þau komi í veg fyrir að fólk leiti sér nauðsynlegrar heilbrigðisþjónustu (markmið 17).<sup>1, 2</sup>

Segja má að jafnt aðgengi að heilbrigðisþjónustu sé meginmarkmið í félagslegum heilbrigðiskerfum eins og því íslenska.<sup>1, 3</sup> Þetta markmið gerir ráð fyrir að notkun einstaklinga á heilbrigðisþjónustu ráðist af þörf þeirra fyrir þjónustuna. Ef aðgengi að heilbrigðisþjónustu er jafnt, ætti ólík notkun einstaklinga á þjónustunni einungis að stafa af því að einn hefur meiri þörf fyrir þjónustuna en annar. Ef ólík notkun þjónustunnar stafar af ólíkum möguleikum einstaklinga til að verða sér úti um þjónustuna, eða af því að sumir hafa ríkari tilhneigingu en aðrir til að leita sér aðstoðar vegna tiltekinna einkenna eða aðstæðna, má ætla að um sé að ræða ójafnt aðgengi og ójafnræði í útdeilingu þjónustunnar.<sup>4, 5</sup>

### Félags- og lýðfræðilegir þættir

Fjölmargar erlendar rannsóknir á ólíku aðgengi einstaklinga og hópa að heilbrigðis- og lækniþjónustu liggja fyrir. Þannig virðist eldra fólk frekar leita til heilbrigðisþjónustunnar en miðaldra og yngra fólk

þegar upp koma ýmsir kvillar og sjúkdómar.<sup>6, 7</sup> Þetta getur stafað af því að eldra fólk hafi meiri tilhneigingu til þjónustunotkunar eða betri tækifæri til þess en aðrir aldurshópar. Jafnframt virðast konur nota heilbrigðisþjónustu frekar en karlar, ekki síst við skammvinnu eða bráð einkenni.<sup>6</sup> Raunar benda rannsóknir til þess að kynferði hafi sjálfstæð áhrif á þjónustunotkun þótt tekið sé tillit til sjúkdóma og kvilla.<sup>8-10</sup> Fáar rannsóknir hafa athugað aðgengi að heilbrigðisþjónustu eftir hjúskapar- eða foreldrastöðu, en þó eru vísbendingar um að aðgengi giftra og ekkjufólks sé betra en einhleypra og fráskilinna,<sup>8, 9</sup> en óljósara er hvort foreldrar leikskólubarna noti heilbrigðisþjónustuna frekar eða síður en þeir sem ekki hafa fyrir börnum að sjá.<sup>5, 11</sup> Ólíkar niðurstöður hafa komið fram um aðgengi að heilbrigðisþjónustu eftir búsetu, þar sem sumar rannsóknir leiða í ljós búsetumun<sup>12</sup> en aðrar ekki.<sup>13</sup> Þá benda rannsóknir til að útivistandi fólk noti heilbrigðisþjónustuna síður vegna veikinda en þeir sem ekki vinna úti<sup>7</sup>, sem kann að stafa af því að útivistandi fólk komist síður frá verkefnum til að sækja sér heilbrigðisþjónustu. Rannsakendur virðast almennt sammála um að lágtekjufólk noti heilbrigðisþjónustuna í ríkari mæli en fólk með hærri tekjur. Þegar tekið hefur verið tillit til þarfar fyrir heilbrigðisþjónustuna minnkar munur á þjónustunotkun tekjuhópanna<sup>6, 14</sup> og þegar kemur að einkarekinni þjónustu og sérfræðiþjónustu virðist lágtekjufólk nota heilbrigðisþjónustuna minna en þörf

**Tafla I.** Frestun/niðurfelling læknisheimsóknar eftir skýringarbreytum.

	Frestun/niðurfelling heimsóknar		
	% (fjöldi)	Phi/ Cramér's V	p <sup>a</sup>
<b>Aldur</b>			
18-24	27,4 (57/208)		
25-34	29,9 (81/271)		
35-44	22,6 (70/310)		
45-54	20,7 (60/290)	0,15	0,00
55-64	16,9 (40/237)		
65+	9,3 (16/172)		
<b>Kynferði</b>			
Karl	20,6 (155/752)		
Kona	22,7 (168/740)	0,03	0,33
<b>Hjúskaparstaða</b>			
Gift(ur)/Sambúð	19,5 (208/1069)		
Einhleyp(ur)	27,6 (79/286)		
Fráskilin(n)	27,8 (25/90)	0,09	0,01
Ekkja/Ekkill	20,0 (6/30)		
<b>Foreldri barns yngra en 6 ára</b>			
Já	25,8 (100/388)		
Nei	20,2 (220/1088)	0,06	0,02
<b>Atvinnustaða</b>			
Utan vinnumarkaðar	17,3 (31/179)		
Hlutastarf	17,5 (65/371)	0,08	0,02
Fullt starf (≥ 40 stundir)	23,9 (199/834)		
<b>Atvinnulaus</b>			
Já	21,5 (17/79)		
Nei	21,8 (283/1296)	-0,00	0,95
<b>Í námi</b>			
Já	26,4 (73/277)		
Nei	20,5 (229/1116)	0,06	0,04
<b>Búseta</b>			
Reykjavíkursvæði	20,5 (195/952)		
Landsbyggð	23,7 (128/540)	0,04	0,15
<b>Menntun</b>			
Grunnskólapróf	22,7 (107/472)		
Framhaldsskólapróf	22,0 (131/596)	0,03	0,60
Háskólapróf	19,9 (77/387)		
<b>Fjölskyldutekjur á síðasta ári</b>			
0-2,4 milljónir	27,1 (55/203)		
2,5-6,4 milljónir	23,2 (148/638)	0,08	0,03
6,5 milljónir eða meira	18,2 (80/440)		
<b>Fjárhagserfiðleikar</b>			
Engir	17,5 (196/1117)		
Nokkrir (1-3)	28,0 (71/254)	0,24	0,00
Miklir (4+)	58,8 (50/85)		

krefur.<sup>15-17</sup> Ólíkt því sem gildir um tekjur virðist menntun hafa lítil áhrif á aðgengi að heilbrigðisþjónustu ef marka má erlendar rannsóknir.<sup>9,16</sup> Þó eru vísbendingar um að fólk með minni menntun noti sérfræðiþjónustu síður en þeir sem hafa meiri menntun og að fyrirbyggjandi notkun heilbrigðisþjónustu sé fátíðari hjá fólki með minni menntun.<sup>16</sup>

#### Hlutverk og skyldur

Misjafnt er hversu sveigjanlegar starfsskyldur og dagleg verkefni fólks eru. Þeir sem gegna ósveigjanlegum hlutverkum og eiga erfitt með að komast frá daglegum skyldum í vinnu eða á heimili gætu frestað heimsókn til heilbrigðisstarfsmanns þótt þeir teldu þörf á heimsókninni. Bandarískar rannsóknir benda til að útvinnandi fólk og fólk með miklar fjárhagslegar skuldbindingar leiti síður en aðrir til heilbrigðisþjónustunnar með langvinn veikindi sín.<sup>7</sup> Þetta kann meðal annars að stafa af erfiðleikum við að komast frá daglegum verkefnum, en þó skortir vitneskju um það.

#### Heilsufar og örorka

Heilsufar getur haft áhrif á aðgengi fólks að heilbrigðisþjónustu. Þeir sem búa við langvinna sjúkdóma, andlega eða líkamlega fötlun og örorku þurfa oft að leita til fleiri en eins aðila í heilbrigðiskerfinu yfir lengri tíma.<sup>18</sup> Slíkar aðstæður geta leitt til aukinnar frestunar eða niðurfellingar heimsókna.<sup>19</sup> Þá er mögulegt að erfiðleikar langveikra og fatlaðra við að ferðast um og komast til og frá þjónustuaðilum hamli notkun heilbrigðisþjónustu.

#### Heilbrigðisþjónustan

Loks má nefna að aðgengi og frestun heilbrigðisþjónustu ræðst að verulegu leyti af því hvernig þjónustan er skipulögð og hvernig greitt er fyrir hana. Einstaklingar sem hafa tiltekinn lækni sem þeir þekkja með nafni og geta snúið sér til nota heilbrigðisþjónustuna frekar en hinir sem ekki hafa tengsl við lækni.<sup>13, 16</sup> Þeir sem búa í næsta nágrenni þjónustustaðar leita frekar til læknis en hinir sem þurfa að fara um lengri veg.<sup>21</sup> Einnig benda niðurstöður til að þeir sem hafa áður kostað miklu til heilbrigðisþjónustu fresti frekar en aðrir ferð til læknis.<sup>19, 21</sup>

Innlendar rannsóknir benda til þess að útgjöld sjúklinga í heilbrigðisþjónustunni á Íslandi hafi aukist undanfarin ár og að aðgengi að þjónustu sé misjafnt milli hópa. Í rannsóknnum sem byggðust á heilbrigðiskönnun meðal fullorðinna Íslendinga frá 1997, kom í ljós að yngra fólk, fráskildir, foreldrar ungra barna og lágtækjufólk frestaði frekar læknisþjónustu en aðrir. Þá kom í ljós að þeir sem bjuggu við fjárhagserfiðleika, höfðu haft mikil útgjöld vegna heilbrigðisþjónustu, áttu erfitt með að komast frá daglegum verkefnum, þurftu að fara um lengri veg til læknis, höfðu ekki afsláttarkort eða bjuggu við langvinna sjúkdóma, frestuðu frekar en aðrir ferð til læknis.<sup>5, 19, 20</sup>

Enn er sitthvað á huldu um þjónustufrestun hérlendis og hinar ýmsu ástæður hennar. Þá er ekki vitað hvort breytingar hafi orðið á frestun læknisþjónustu eða helstu áhrifaþáttum frestunar. Þessari rannsókn er ætlað að kortleggja frestun læknisþjónustu í einstökum samfélagshópum fullorðinna Íslendinga og meta vægi mögulegra áhrifaþátta. Athugað er hvort frestun læknisþjónustu er með misjöfnum hætti eftir félags- og lýðfræðilegum þáttum og hvort fjárhagserfiðleikar og ósveigjanleg hlutverk (erfiðleikar að komast frá daglegum verkefnum) kunni

að hamla notkun lækniþjónustunnar. Þá er athugað hvort neikvæð viðhorf og neikvæð reynsla af lækniþjónustunni tengist frestun þjónustunnar. Eins er athugað hvort tengsl við lækni og þjónustustað, vegalengd og ferðatími á þjónustustaðinn, afsláttarkort og fyrri útgjöld vegna heilbrigðisþjónustu tengist frestun hennar. Jafnframt er athugað hvort þeir sem eiga við langvinna sjúkdóma og örorku að glíma fresti frekar ferð til lækni en aðrir. Að lokum er lagt mat á hvaða þættir skipta mestu þegar leitað er skýringa á frestun lækniþjónustunnar.

## Efniviður og aðferðir

Rannsóknin byggir á landskönnuninni Heilbrigði og aðstaður Íslendinga I sem fram fór haustið 2006.<sup>22, 23</sup> Íslenskir ríkisborgarar á aldrinum 18-75 ára og búsettir á Íslandi voru valdir með slembiaðferð úr þjóðskrá. Langstærstur hluti spurninga í listanum var forþröfaður og prófaður í fyrri heilbrigðiskönnunum meðal Íslendinga.<sup>5, 24</sup> Framkvæmd póstkönnunarinnar fylgdi svokallaðri heildaraðferð (Total Design Method, TDM) sem náð hefur betri heimtum í póstkönnunum en eldri aðferðir.<sup>25</sup> Í samræmi við TDM-aðferðina var sendur út spurningalisti allt að þrisvar sinnum á sjö vikna tímabili. Þá var einnig sent út ítrekunar- og þakkarkort viku eftir fyrstu útsendingu spurningalista. Í framhaldi af síðustu útsendingu spurningalista samkvæmt TDM-aðferðinni var að auki hringt í alla sem ekki höfðu skilað lista eða neitað að taka þátt. Alls svöruðu 1532 manns könnuninni og svarhlutfall var 60,03%. Lýðfræðileg samsetning svarendahóps og þýðis var mjög áþekkt, nema hvað svörin var heldur hærri meðal kvenna en karla og hærri meðal íbúa á landsbyggðinni en íbúa á höfuðborgarsvæðinu. Niðurstöður voru því vegnar eftir búsetu og kynferði svo þær gæfu réttari mynd af þýðinu.<sup>22</sup> Persónuvernd og vísindasiðanefnd veittu leyfi fyrir framkvæmd landskönnunarinnar.

Frestun lækniþjónustu var metin með eftirfarandi spurningu: „Þurftir þú að fara til lækni einhvern tíma á síðastliðnum sex mánuðum, en hættir við það eða frestaðir því (já, nei)?“ Könnuð voru tengsl frestunar lækniþjónustu við eftirfarandi breytur: Aldur, kynferði, hjúskaparstöðu (gift(ur)/í sambúð, í föstu sambandi/einhleyp(ur), fráskilin(n), ekkja/ekkill), foreldra-  
stöðu (barn yngra en sex ára, ekki barn yngra en sex ára), atvinnustöðu (ekki í starfi, hlutastarf, fullt starf), atvinnuleysi (atvinnulaus nú, ekki atvinnulaus nú), námsstöðu (í skóla, ekki í skóla), búsetu (höfuðborgarsvæði, landsbyggð), menntun (grunnskóla-, gagnfræða- eða landspróf, sérskóla- eða stúdentspróf, háskólastigspróf), heimilistekjur (árstekjur í krónum), fjárhagserfiðleika (átta atriða kvarði, svo sem að eiga í vandræðum með að borga af reikningum, hafa ekki ráð á matvörum, fatnaði, eða húsbúnaði sem þörf var fyrir; Chronbach's alpha=0,84), ósveigjanleg hlutverk (fimm þrepa kvarði frá „alls ekki erfitt“ til „nánast útilokað“ að komast frá daglegum verkefnum ef leita þyrfti lækni), ánægju með síðustu heimsókn til lækni (mjög eða frekar ánægður, hlutlaus, mjög eða frekar óánægður), afstöðu til notkunar fólks á lækniþjónustu (frekar eða mjög mótfallin/n, hlutlaus, frekar eða mjög fylgjandi), hvort viðkomandi hafi heimilislækni, eða fari venjulega á tiltekinn stað þegar leitað er til lækni, vegalengd (í kílómetrum) og ferðatíma (í mínútum) til þess lækni eða heilsugæslustöðvar sem viðkomandi notar oftast, heildarútgjöld fjölskyldunnar til heilbrigðismála á ársgrundvelli

Tafla I - Framhald

	Frestun/niðurfelling heimsóknar		
	% (fjöldi)	Phi/ Cramér's V	p <sup>a</sup>
Ósveigjanleg hlutverk (Að komast frá daglegum verkefnum)			
Ekki erfitt	16,7 (172/1031)		
Dálítið erfitt	31,7 (71/224)	0,19	0,00
Nokkuð eða mjög erfitt	36,3 (78/215)		
Ánægja með síðustu lækniheimsókn			
Óánægð(ur)	45,6 (52/114)		
Hlutlaus	31,8 (68/214)	0,21	0,00
Ánægð(ur)	17,4 (186/1071)		
Afstaða til notkunar lækniþjónustu			
Neikvæð	10,0 (1/10)		
Hlutlaus	21,3 (32/150)	0,02	0,66
Jákvæð	21,9 (283/1294)		
Hefur heimilislækni			
Já	21,4 (231/1081)		
Nei	23,1 (90/389)	-0,02	0,47
Fer á tiltekinn stað þegar leita þarf til lækni			
Já	21,2 (250/1178)		
Nei	24,7 (71/288)	-0,03	0,21
Vegalengd til lækni			
Stutt (≤20 kílómetrar)	21,6 (294/1358)		
Löng (>20 kílómetrar)	20,2 (18/89)	-0,01	0,75
Ferðatími til lækni			
Stuttur (≤20 mínútur)	21,8 (292/1337)		
Langur (>20 mínútur)	20,3 (25/123)	-0,01	0,70
Heildarútgjöld fjölskyldu til heilbrigðismála (í þúsundum króna á ári)			
0-50,0	15,7 (50/319)		
50,1-93,7	23,7 (75/317)		
93,8-142,0	19,8 (64/323)	0,10	0,01
142,1+	26,4 (83/314)		
Heildarútgjöld fjölskyldu til heilbrigðismála (% af fjölskyldutekjum)			
0-1,04	13,8 (39/283)		
1,05-1,83	22,7 (64/282)		
1,84-3,01	18,6 (52/279)	0,17	0,00
3,02+	32,5 (92/283)		
Afsláttarkort vegna komugjalda			
Já	22,3 (48/215)		
Nei	21,7 (274/1263)	0,01	0,84
Langvinnir sjúkdómar eða kvillar			
Enginn	16,8 (117/697)		
Einn	22,4 (71/317)		
Tveir	23,1 (43/186)	0,14	0,00
Þrjár eða fleiri	31,7 (92/290)		
Örorka (75%)			
Já	33,8 (24/71)		
Nei	21,2 (279/1318)	0,07	0,01

<sup>a</sup> p-gildi vísar til sambands milli skýringarbreytu (til dæmis aldurs) og frestunar/niðurfellingar heimsóknar

(í þúsundum króna), heilbrigðisútgjöld fjölskyldu sem hlutfall af fjölskyldutekjum, hvort viðkomandi hafi afsláttarkort vegna komugjalda, 75% örorku, og langvinna sjúkdóma/kvilla (hvort svarendur hafi haft einhvern af 48 langvinnum sjúkdómum og kvillum síðastliðna 12 mánuði, og hvort lækni hafi staðfest það).<sup>23</sup>

Í tölfraeðilegri úrvinnslu voru tengsl frestunar lækniheimsóknar við aðrar breytur fyrst athuguð með krosstöflum (cross-tabulation), marktæki sambanda ákvörðuð með kí-kvaðrat prófi, og fí-fylgnistuðull reiknaður fyrir minni (2x2) krosstöflur, en Cramer's V-fylgnistuðull þegar krosstöflurnar voru stærri. Til að leggja mat á mikilvægustu skýringabreytur frestunar voru hrein (nettó) tengsl marktækra óháðra breyta við frestun lækniþjónustu metin með marghliða lógaritmalínulegri aðhvarfsgreiningu (*multivariate logistic regression*). Óháðar breytur voru valdar í aðhvarfsjöfnuna ein af annarri með framvirku þrepavali (*stepwise selection*) þar til allar marktækar óháðar breytur voru komnar í jöfnuna. Þess má geta að í krosstöflugreiningunni voru allar jafnbilabreytur flokkaðar (sjá lýsingu á breytum að framan), en óflokkaðar í aðhvarfsgreiningunni.

**Niðurstöður**

Alls höfðu 22% svarenda frestað lækniheimsókn sem þeir töldu þörf fyrir síðastliðna sex mánuði. Tafla I sýnir tengsl einstakra breyta við frestun lækniþjónustu. Elsta fólkið frestaði sjaldnast lækniheimsókn en yngra fólkið oftast, einhleypir og fráskildir frestuðu frekar heimsókn en aðrar hjúskaparstéttir, foreldrar leikskólabarna, fólk í fullu starfi, stúdentar og lágtekjufólk frestaði sömuleiðis frekar en aðrir lækniheimsókn. Þá sýnir tafla I að þeir sem bjuggu við fjárhagserfiðleika, áttu erfitt með að komast frá daglegum verkefnum, voru óánægðir með þá

lækniþjónustu sem þeir höfðu áður fengið, höfðu haft mikinn kostnað af heilbrigðisþjónustunni, voru langveikir, eða öryrkjar, frestuðu frekar lækniþjónustu en aðrir. Ekki reyndist marktækur munur á frestun með tilliti til kynferðis, atvinnuleysis, búsetu, menntunar, viðhorfa til lækniþjónustu, afsláttarkorts, ferðatíma eða vegalengdar til lækni, eða þess að hafa heimilislækni eða fara á tiltekin stað þegar leita skal lækni.

Tafla II sýnir niðurstöður aðhvarfsgreiningar á þeim skýringabáttum sem höfðu marktæk hrein (nettó) tengsl við frestun lækniþjónustu að teknu tilliti til annarra skýringabátta. Samkvæmt niðurstöðunum minnka líkur á frestun með hækkandi aldri, en með aukinni atvinnuþátttöku aukast líkurnar. Fjárhagserfiðleikar, bein útgjöld fjölskyldu vegna heilbrigðisþjónustu, ósveigjanleg hlutverk (erfiðleikar við að komast frá daglegum verkefnum) og óánægja með síðustu lækniheimsókn auka einnig líkur á frestun lækniþjónustu. Þá sýnir tafla II að eftir því sem langvinnir sjúkdómar og kvillar eru fleiri aukast líkur á frestun lækniþjónustu. Negelkerke R<sup>2</sup> er 0,243 og gefur til kynna hve stóran hluta af breytileika í frestun lækniþjónustu má rekja til skýringarbreytanna (á skalanum frá 0-1).

**Umræða**

Samkvæmt rannsókninni frestuðu 22% fullorðinna Íslendinga lækniþjónustu á sex mánaða tímabili. Þetta er svipað hlutfall og níu árum fyrr<sup>5, 19</sup> þegar 24% fullorðinna Íslendinga sögðust hafa frestað lækniþjónustu sem þeir þurftu á að halda (munurinn á hlutföllunum er ekki marktækur). Lág frestunarlutfall meðal eldra fólks er í samræmi við fyrri erlendar og innlendar niðurstöður.<sup>6, 7, 19</sup> Það hefur meðal annars verið skýrt með því að eldra fólk hafi almennt góða tryggingavernd í heilbrigðiskerfinu (lægri komugjöld og rétt til afsláttarkorts við lægri útgjaldamörk), hafi gjarnan lausan tíma til að sinna heilsu sinni og veikindum, og hafi oftast tengsl við ákveðna heilbrigðisstarfsmenn og þekkingu á heilbrigðiskerfinu vegna fyrri þjónustunotkunar, en allir þessir þættir vinna gegn frestun lækniþjónustu.<sup>5, 19</sup> Hátt frestunarlutfall meðal yngra fólks er að mestu í samræmi við fyrri innlendar rannsóknir<sup>5, 19</sup> sem er sérstakt umhugsunarefni. Rétt er að hafa í huga að yngra fólkið hefur almennt fremur lágur tekjur, en þarf engu að síður að greiða sömu komugjöld í heilbrigðiskerfinu og tekjuhærra fólk. Þá er yngra fólkið landfræðilega hreyfanlegt (ekki síst námsmenn) og hefur takmarkaða reynslu af heilbrigðiskerfinu, en hvort tveggja getur hamlað notkun heilbrigðisþjónustunnar. Í þessu sambandi væri ástæða til að huga betur að tryggingavernd og aðgengi þessa hóps og aukinni nærþjónustu, til dæmis í formi almennrar skólaheilsugæslu fyrir námsmenn á framhalds- og háskólastigi. Tengsl atvinnuþátttöku við frestun lækniþjónustu hafa verið skýrð með því að einstaklingar í fullu starfi séu oft uppteknir og gefi sér síður tíma til að leita sér lækninga en þeir sem eru í hlutastarfi eða utan vinnumarkaðar.<sup>7, 19</sup> Þessi skýring tengist þeirri niðurstöðu rannsóknarinnar að fólk sem á erfitt með að komast frá daglegum verkefnum frestar frekar heimsókn til lækni. Heilbrigðiskerfið og þá einkum heilsugæslan gæti komið til móts við þennan hóp einstaklinga með aukinni vaktþjónustu á kvöldin og um helgar, enda veikist fólk ekki endilega á dagvinnutíma heilsugæslustöðvanna. Þá er það umhugsunarvert að takmörkuð vaktþjónusta heilsugæslunnar krefst margfalt hærri komugjalda en

**Tafla II.** Lógaritmalínuleg aðhvarfsgreining á þáttum tengdum frestun/níðurfellingu lækniþjónustu (framvirk þrepavali) (N=941)<sup>a</sup>.

	B (SE B)	OR	(95% CI)	p
Aldur (ár)	-0,031 (0,007)	0,969	(0,956, 0,983)	0,000
Atvinnuþátttaka (klukkustundir á viku)	0,012 (0,005)	1,012	(1,003, 1,021)	0,012
Fjárhagserfiðleikar (kvarði frá 0 til 8)	0,237 (0,053)	1,268	(1,142, 1,408)	0,000
Heildarútgjöld fjölskyldu vegna heilbrigðismála (þúsundir króna á ári)	0,004 (0,001)	1,004	(1,001, 1,006)	0,012
Ósveigjanleg hlutverk (kvarði frá 0 til 4)	0,327 (0,085)	1,386	(1,174, 1,637)	0,000
Ánægja með síðustu lækniheimsókn (kvarði frá -2 til 2)	-0,518 (0,086)	0,596	(0,503, 0,705)	0,000
Langvinnir sjúkdómar/ kvillar (fjöldi)	0,201 (0,051)	1,223	(1,106, 1,351)	0,000
Fasti	-1,037			
Likelihood Ratio $\chi^2$ (df)	161,064 (7)			
Negelkerke R <sup>2</sup>	0,243			

<sup>a</sup> Tala í sviga gefur til kynna fjölda einstaklinga með gild svör á öllum breytum aðhvarfsgreiningarinnar. Öðrum einstaklingum var sleppt (listwise deletion).

þjónusta sem í boði er á dagvinnutíma. Líklegt er að það fæli ýmsa frá heilsugæslunni sem eru uppteknir á daginn við vinnu eða nám en kæmust frekar til læknis á kvöldin og um helgar. Há uppsöfnuð útgjöld vegna heilbrigðismála og fjárhagserfiðleikar einstaklinga auka einnig til muna frestun læknisþjónustu. Þessar niðurstöður benda til að aðgerðir stjórnvalda til að draga úr kostnaðar- og fjárhagsáhrifum í heilbrigðisþjónustunni hafi ekki tekist sem skyldi. Þá gefur rannsóknin til kynna að neikvæð reynsla af heilbrigðiskerfinu fæli fólk frá frekari þjónustunotkun. Þessar niðurstöður eru í samræmi við tilgátu um kerfisþröskuld (*systems barrier*), sem sett var fram fyrir allmörgum árum af bandaríska félagsfræðingnum Diane Dutton, en samkvæmt henni hafa einstaklingar og hópar misjafna reynslu af heilbrigðiskerfinu sem skýrir af hverju sumir leita síður til heilbrigðisþjónustunnar en aðrir.<sup>26</sup> Loks er að nefna þær niðurstöður rannsóknarinnar að langveikir einstaklingar frestuðu frekar en aðrir ferð til læknis og að líkur á frestun jukust eftir því sem langvinnir kvillar einstaklingsins voru fleiri. Bent hefur verið á að langveikir þurfi oft að leita á fleiri staði vegna heilsuvandamála sinna og jafnvel oft á hvern stað,<sup>18</sup> sem getur aukið líkur á frestun eða niðurfellingu læknisheimsóknar.<sup>19</sup> Auk þess eru uppsöfnuð útgjöld vegna heilbrigðisþjónustu oft há hjá þessum einstaklingum. Ein helsta gagnrýni á vestræn heilbrigðiskerfi er að vegna vaxandi sérhæfingar og aðgreiningar stofnana og starfsmanna sé þjónustan oft brotakernd og ósamfelld og því ráðist það að miklu leyti af sjúklingnum sjálfum hvort þjónustan sem hann þarf á að halda sé óslitin og heildstæð. Þetta á ekki síst við um langveika. Leiðir til að bæta aðgengi og draga úr frestun eða niðurfellingu þjónustu felast því meðal annars í að styrkja tengsl og samstarf þjónustuaðila, færa þjónustuna nær sjúklingnum og veita honum aukna ráðgjöf og aðstoð við útvegum nauðsynlegrar þjónustu.

Nokkrar skýringarbreytur höfðu marktæk tengsl við frestun læknisþjónustu einar og sér (tafla I), en reyndust ekki marktækar í marghliða aðhvarfsgreiningu þegar tekið var tillit áhrifa annarra breyta (tafla II). Í því sambandi má sérstaklega nefna að þó munur væri á frestun eftir fjölskyldutekjum, tengdust fjölskyldutekjur ekki frestun með beinum hætti í aðhvarfsgreiningu, einkum vegna áhrifa fjárhagserfiðleika og langvinnra veikinda, en báðir þættirnir tengdust tekjum. Þá frestuðu öryrkjar mun oftær læknisheimsókn en aðrir, en örorka tengdist ekki frestun með beinum hætti í aðhvarfsgreiningu, einkum vegna áhrifa aldurs, langvinnra veikinda, fjárhagserfiðleika og útgjalda vegna heilbrigðismála, en allir þessir þættir tengdust örorku.

Styrkleikar rannsóknarinnar felast meðal annars í því að úrtak var á landsvísu, heimtur voru viðunandi og raunar betri en almennt gerist í póstkönnunum meðal almennings,<sup>27</sup> auk þess sem fjölmargar skýringarbreytur voru teknar til athugunar. Meðal takmarkana má nefna að rannsóknin byggði á þversniðskönnun og sambönd breyta voru athuguð á einum tímapunkti. Því gefur rannsóknin ekki óbyggjandi niðurstöður um orsakatengsl milli breyta. Þá er rétt að nefna að ekki var lagt klínískt mat á ástand og einkenni þeirra sem frestuðu læknisþjónustu og því ekki unnt greina frestunartilvik eftir alvarleika þeirra. Þörf er á rannsóknum með langtímasniði er meta áhrif skýringarbreyta á frestun læknisþjónustu fram í tímann. Þá er ástæða til að greina alvarleika frestunartilvika og leggja mat á hvort frestun kunni að vera misalvarleg eða -afdrifarík eftir því hvaða samfélagshópur á í hlut.

### Ályktanir

Talsvert er um að Íslendingar fresti eða felli niður læknisþjónustu, jafnvel þótt þeir telji þörf fyrir þjónustuna. Jafnframt er verulegur munur á frestunartíðni milli einstaklinga og hópa. Frestun var fátíðust hjá eldra fólki, en algengust hjá langveikum og öryrkjum, þeim sem glímdu við fjárhagserfiðleika, höfðu kostað miklu til heilbrigðismála, áttu erfitt með að komast frá daglegum verkefnum eða voru óánægðir með síðustu læknisheimsókn. Niðurstöðurnar eru verulegt umhugsunarefni í ljósi þess meginmarkmiðs íslenska heilbrigðiskerfisins að allir landsmenn hafi sem jafnastan aðgang að heilbrigðisþjónustu. Mikilvægt er að heilbrigðisyfirvöld leiti leiða til að jafna aðgengi einstaklinga og hópa að heilbrigðisþjónustunni og vinni gegn frestun eða niðurfellingu hennar, svo sem með aukinni tryggingavernd, einkum í viðkvæmum hópum, eflingu heilsugæslunnar og vaktþjónustu innan hennar, og annarri nærþjónustu, svo sem heimatengdri þjónustu og skólaheilsugæslu.

### Þakkir

Heilbrigðiskönnunin Heilbrigði og aðstæður Íslendinga hlaut styrk frá Rannsóknasjóði Rannís og Rannsóknasjóði Háskóla Íslands.

## Heimildir

1. Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið. Heilbrigðis-áætlun til ársins 2010: Langtímamarkmið í heilbrigðismálum. Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, Reykjavík 2001.
2. Vilhjálmsson R. Íslenska heilbrigðiskerfið á krossgötum. Í: Jóhannesson G., ritstj. Rannsóknir í félagsvísindum VIII. Félagsvísindastofnun, Reykjavík 2007: 197-206.
3. Cockerham WC. Medical sociology, 11th ed.: Prentice-Hall, Upper Saddle River, NJ 2010.
4. Aday LA, Fleming GV, Andersen R. Access to medical care in the US: Who has it, who doesn't? Pluribus Press, Chicago, IL 1984.
5. Vilhjálmsson R, Ólafsson Ó, Sigurðsson JÁ, Herbertsson TP (2001). Aðgangur að heilbrigðisþjónustu á Íslandi. Landlæknisembættið, Reykjavík 2001. [www.landlaeknir.is/Uploads/FileGallery/Utgafa/utg\\_adgangur01.pdf](http://www.landlaeknir.is/Uploads/FileGallery/Utgafa/utg_adgangur01.pdf) - mars 2011.
6. Adams PF, Benson V. Current estimates from the National Health Interview Survey, 1991. National Center for Health Statistics, Hyattsville, MD 1992.
7. Marcus AC, Siegel JM. Sex differences in the use of physician services: A preliminary test of the fixed role hypothesis. *J Health Soc Behav* 1982; 23: 186-97.
8. Benzeval M, Judge K. Access to health care in England: continuing inequalities in the distribution of GPs. *J Public Health Med* 1996; 18: 33-40.
9. Eyles J, Birch S, Newbold KB. Delivering the goods? Access to family physician services in Canada: a comparison of 1985 and 1991. *J Health Soc Behav* 1995; 36: 322-32.
10. Sharp K, Ross CE, Cockerham WC. Symptoms, beliefs, and the use of physician services among the disadvantaged. *J Health Soc Behav* 1983; 24: 255-63.
11. Evandrou M, Falkingham J, Le Grand J, Winter D. Equity in health and social care. *J Soc Policy* 1992; 21: 489-523.
12. Aday LA, Andersen RM. 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. Government Printing Office, Washington, DC 1983: 19-54.
13. Berk ML, Schur CL, Cantor JC. Ability to obtain health care: recent estimates from the Robert Wood Johnson Foundation National Access to Care survey. *Health Aff* 1995; 14: 139-46.
14. Gerdtham UG, Sundberg G. Equity in the delivery of health care in Sweden. *Scand J Public Health* 1998; 26: 259-64.
15. van Doorslaer E, Koolman X, Puffer F. Equity in the use of physician visits in OECD countries: has equal treatment for equal need been achieved? Í: *Measuring up: improving health systems performance in OECD countries*. OECD, Paris, France 2002: 225-48.
16. Dunlop S, Coyte PC, McIsaac W. Socioeconomic status and the utilisation of physicians' services: results from the Canadian National Population Health Survey. *Soc Sci Med* 2000; 51: 123-33.
17. Schofield D. Ancillary and specialist health services: the relationship between income, user rates and equity of access. *Aust J Soc Issues* 1999; 1: 79-96.
18. Strauss AL, Corbin J, Fagerhaugh S, et al. Chronic illness and the quality of life. Mosby, St. Louis, MO 1984.
19. Vilhjálmsson R. Failure to seek needed medical care: results from a national health survey of Icelanders. *Soc Sci Med* 2005; 61: 1320-30.
20. Vilhjálmsson R, Jörundsdóttir E, Sigurðardóttir H, Jóhannsdóttir ÞB. Þættir tengdir aðgengi að lækniþjónustu á Íslandi. Í: Sveinsdóttir H, Nyysti A, ritstj. Framtíðarsýn innan heilsugæsluhjúkrunar. Rannsóknastofnun í hjúkrunarfræði og Háskólaútgáfan, Reykjavík 2001: 70-94.
21. Nemet GF, Bailey AJ. Distance and health care utilization among the rural elderly. *Soc Sci Med* 2000; 50: 1197-208.
22. Vilhjálmsson R. Landskönnunin Heilbrigði og aðstæður Íslendinga – Aðferð og framkvæmd. Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands, Reykjavík 2007.
23. Vilhjálmsson R. Bein útgjöld íslenskra heimila vegna heilbrigðismála. *Læknablaðið* 2009; 95: 661-8.
24. Vilhjálmsson R, Kristjánsdóttir G, Sveinbjarnardóttir E. Factors associated with suicide ideation in adults. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998; 33: 97-103.
25. Dillman DA. The design and administration of mail surveys. *Annu Rev Sociol* 1991; 17: 225-49.
26. Dutton DB. Social class, health and illness. Í: Aiken LH, Mechanic D, ritstj. Applications of social science to clinical medicine and health policy. Rutgers University Press, New Brunswick, NJ 1986.
27. Baruch Y, Holtom BC. Survey response rate levels and trends in organizational research. *J Hum Relations* 2008; 61: 1139-60.

## ENGLISH SUMMARY

## Postponement and cancellation of physician visits among Icelanders: Extent and explanations

Vilhjálmsson R

**Objective:** Equal access to health care is a central goal in socialized health systems like the one in Iceland. Previous research in Iceland indicates considerable individual and group differences in access to health care. The study maps the distribution of postponement and cancellation of physician care among Icelandic adults and considers a number of potential explanations.

**Material and methods:** The data come from a national postal health survey of Icelandic adults, age 18-75, who were randomly drawn from the National Register. 1532 individuals responded to the survey yielding a 60% response rate.

**Results:** 22% of the respondents had postponed or cancelled a physician visit they thought they needed in the past 6 months. The study found considerable variations in postponement rates. Postponement was positively related to younger age, full employment, financial difficulties, high out-of-pocket health care costs, inflexible daily schedules (fixed roles), dissatisfaction with last physician visit, and the number of chronic medical conditions experienced.

**Conclusions:** Postponement or cancellation of medical care is fairly common among Icelandic adults, although considerable individual and group differences in postponement are observed. The results raise concerns, as equal access to care is a central goal of the Icelandic health care system. It is incumbent upon health authorities to pursue effective ways to equalize access to medical care and prevent postponement and cancellation of needed services.

**Key words:** cancellation of medical care, access to health care, health services utilization, group differences.

**Correspondence:** Rúnar Vilhjálmsson, [runarv@hi.is](mailto:runarv@hi.is)