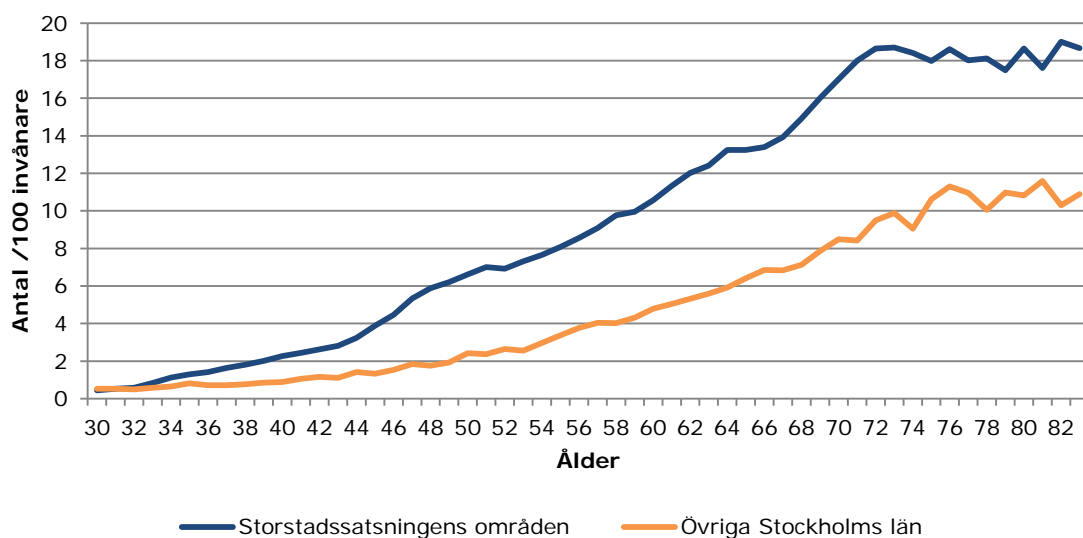


Områdesskillnader i sjukdomsförekomst

Stockholms län 2006–2011


Förekomsten av diabetes bland kvinnor år 2011 uppdelat på område och ålder




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 2015:1



ISBN 978-91-87691-27-0



Författare: Wenjing Tao, Daniel Bruce, Bo Burström



Layout: Viktoria Jonze

Stockholm mars 2015

Rapporten kan laddas ner från Folkhälsoguiden,

www.folkhalsoguiden.se

Förord

Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin presenterar här unika data kring förekomsten av viktiga folksjukdomar i Stockholms län – och hur den skiljer sig åt mellan Storstadssatsningens (resurssvagare) områden och övriga länet. Den gör tydligt att de påverkbara hälsoklyftorna är avsevärda, inte minst då ålderssjukdomar som diabetes inte bara är kraftigt överrepresenterade utan även drabbar människor redan i medelåldern i Storstadssatsningens områden.

Resultaten är unika i så måtto att de redogör för förekomsten av vanliga sjukdomar som tidigare inte gått att följa i hälsodataregister. Exempelvis visar författarna att 57 procent av länets invånare i åldern 75 år och äldre hade högt blodtryck under år 2006–2011. Rapporten har fokus på tillstånd som kan förebyggas, och pekar därför på utsikter att minska de hälsoklyftor som illustreras.

Hälso- och sjukvården har en självklar roll i det arbetet, med primärvården som en central aktör. Den skulle kunna agera än mer kraftfullt med ett utvidgat förebyggande uppdrag, och ett områdesansvar, i samverkan med andra samhällssektorer. Ersättningssystem som tar höjd för socialt graderat behov av prevention och behandling är en annan väg framåt.

Rapporten är författad av Wenjing Tao, Daniel Bruce, Bo Burström. Vi hoppas att den ska bidra till utveckling av hälso- och sjukvårdssystemet och inspirera till diskussion.

Cecilia Magnusson

Verksamhetschef

Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin Stockholms läns landsting, SLSO

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning.....	5
Inledning och bakgrund.....	6
Storstadssatsningens områden	6
Syfte	8
Metod	9
Datamaterial.....	9
Mått och definitioner	10
Områdeskarakteristika	12
Högt blodtryck.....	14
Diabetes	16
Kronisk obstruktiv lungsjukdom.....	19
Hjärt- och kärlsjukdom.....	22
Akut hjärtinfarkt	22
Stroke.....	24
Depression	27
Psykos	30
Diskussion	32
Konklusion och rekommendationer	36
Referenser.....	38
Bilagor.....	41
Bilaga 1. Storstadssatsningens områden	41
Bilaga 2. Definitioner av population och område	42
Bilaga 3. Åldersstandardisering	43

Sammanfattning

Det finns påtagliga områdesskillnader i livsvillkor, levnadsvanor och hälsa i Stockholms län som delvis förklaras av skillnader i befolkningens socioekonomiska sammansättning. Låg utbildning, arbetslöshet och låg inkomst är förenat med ökad risk för sjuklighet. Befolkningen i områden med lägre medianinkomst har också en större andel undvikbar slutenvård. Denna rapport belyser några vanliga folksjukdomar och hur sjukdomsförekomst och ålder för insjuknande skiljer sig mellan områden med sämre socioekonomiska förutsättningar (Storstadssatsningens områden) och övriga Stockholms län. Rapporten baseras på vårdkonsumtionsdata samt data från befolkningsregistret och inkluderar samtliga individer som varit folkbokförda inom länet under perioden 2006–2011. De sjukdomar som inkluderas är högt blodtryck, diabetes, kronisk obstruktiv lungsjukdom, akut hjärtinfarkt, stroke, depression samt psykos.

Högt blodtryck, diabetes, kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL), akut hjärtinfarkt och psykos var vanligare förekommande i Storstadssatsningens områden jämfört med övriga länet i samtliga åldrar. De största skillnaderna sågs i förekomsten av diabetes. För kvinnor i Storstadssatsningens områden var förekomsten av diabetes 2–3 gånger högre jämfört med kvinnor i övriga länet. Diagnosen depression var vanligare hos befolkningen i medelåldern i Storstadssatsningens områden jämfört med övriga länet, men det omvända observerades bland invånare under 40 år samt över 65 år. I Storstadssatsningens områden insjuknar man tidigare i akut hjärtinfarkt och stroke, och invånare med diabetes och KOL är också yngre jämfört med övriga länet. Män insjuknar tidigare i hjärtinfarkt och stroke än kvinnor inom respektive område, men vid jämförelse mellan områden skiljer sig medianåldern för stroke endast marginellt mellan kvinnor i Storstadssatsningens områden och män i övriga länet.

Ökad sjukdomsburda innebär sämre livskvalitet för drabbade samt högre kostnader för såväl individ som samhälle. Tidigt insjuknande innebär ofta en längre framskriden sjukdom och ökad risk för komplikationer senare i livet. Hälso- och sjukvården kan, med utåtriktad och uppsökande verksamhet, bidra till tidigare upptäckt och minskad sjuklighet bland invånare i Storstadssatsningens områden. Genom samlade strukturella insatser, lokal förstärkning av resurser till hälso- och sjukvården för specifika insatser, och en ökad samverkan med andra lokala aktörer kan hälsoskillnaderna mellan befolkningen i områden med sämre socioekonomiska förutsättningar och övriga områden minskas.

Inledning och bakgrund

Hälsan är ojämnt fördelad i befolkningen. Tidigare rapporter (Burström et al, 2010, 2014) har visat påtagliga skillnader i livsvillkor, levnadsvanor och hälsa i Stockholms län, till nackdel för befolkningen i så kallade socialt och ekonomiskt utsatta bostadsområden. Detta förklaras till stor del av att andelen av befolkningen i dessa områden med kort utbildning, låg inkomst, saknar arbete, eller mottager ekonomiskt bistånd – faktorer som är förknippade med sämre hälsa – är högre än länet i stort. En större andel av befolkningen i socialt och ekonomiskt utsatta områden är födda utanför Sverige.

Hälsa och förväntad livslängd förbättras i de flesta områden i Stockholms län. I en rapport från 2014 observerades dock en ökande skillnad över tid mellan socialt och ekonomiskt utsatta områden och övriga länet, bland annat vad gäller förväntad livslängd, till nackdel för befolkningen i socialt och ekonomiskt utsatta områden (Burström et al, 2014). Även i andra avseenden noterades sämre hälsa, förutsättningar för hälsa och levnadsvanor av betydelse för hälsa, i socialt och ekonomiskt utsatta områden än i övriga länet.

Arbete för att minska skillnader i hälsa omfattar olika typer av insatser, såväl breda insatser riktade mot hälsans bestämningsfaktorer som specifika insatser från hälso- och sjukvården i hälsofrämjande, sjukdomsförebyggande och behandlande syfte. Hälso- och sjukvårdslagens mål är "... en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen" samt att de med större behov av vård ska prioriteras framför de med mindre behov.

Hittillsvarande studier av fördelningen av hälsan i Stockholms län har huvudsakligen baserats på analyser av enkätdata om hälsa och hälsans bestämningsfaktorer samt registerdata om dödlighet, och inte särskilt belyst sjuklighet med data från vårdregister. Om förekomsten av sjuklighet är högre i socialt och ekonomiskt utsatta områden än i övriga länet skulle en insats för att minska skillnader i hälsa, utöver breda insatser riktade mot hälsans bestämningsfaktorer, kunna vara ökade resurser till insatser inom hälso- och sjukvården i dessa områden.

Föreliggande rapport avser att studera skillnader i insjuknande och förekomst av vissa folksjukdomar, mellan befolkningen i socialt och ekonomiskt utsatta områden och övriga länet.

Storstadssatsningens områden

Sedan 1990-talet har regeringen genomfört olika satsningar i områden präglade av stort utanförskap och sämre socioekonomiska förutsättningar. De utvalda bostadsområdena avvek allra mest med avseende på arbetslöshet, hälsa, utbildning, politiskt deltagande, andel utrikesfödda och elevernas prestationer mätta i betyg. Storstadssatsningen var en sådan satsning där staten och ett antal kommuner tecknade avtal om gemensamma sociala insatser i vissa bostadsområden (SOU 2005). Storstadssatsningen startade 1999 och pågick till och med år 2004. Vissa kommuner startade dock satsningen senare och andra kommuner avbröt satsningen tidigare. I Stockholms län ingick 16 områden från 5 kommuner i satsningen. Dessa fem kommuner var Botkyrka, Haninge, Huddinge, Stockholm och Södertälje. Storstadssatsningens 16 områden är markerade i grönt i Figur 1. I en senare satsning tecknade staten lokala utvecklingsavtal (LUA) med ett antal kommuner för att stödja vissa områden (de så kallade LUA-områdena). För Stockholms län ingick alla Storstadssatsningens områden och Fisksätra i LUA-områdena. Denna satsning pågick mellan 2008 och 2011.



Figur 1. Karta över Stockholms län där Storstadssatsningens områden är markerade.

I denna rapport har vi valt att låta Storstadssatsningens områden representera socialt och ekonomiskt utsatta områden i länet. Storstadssatsningens områden tillsammans med stadsdelar och kommuner i Stockholms län har studerats i rapporten "Livsvillkor, levnadsvanor och hälsa i Stockholms län" 2014. I rapporten beskrivs bland annat självskattad hälsa, medellivslängd, fetma, förekomsten av rökning, riskkonsumtion av alkohol, fysisk aktivitet och diverse mått på den ekonomiska situationen. För alla indikatorer förutom alkohol hade Storstadssatsningens områden minst gynnsamma värden jämfört med de 39 stadsdelarna och kommuner som ingår i Stockholms län. Baserat på detta underlag är det rimligt att anta att flera folksjukdomar är mera vanligt förekommande i Storstadssatsningens områden än i övriga länet. Att Storstadssatsningens områden också varit föremål för flera satsningar de senaste 15 åren är också ett bidragande skäl till att vi valt att studera hälsa i Storstadssatsningens områden. Eftersom vart och ett av områdena är relativt litet har vi valt att aggregera alla 16 områden. En lista över Storstadssatsningens områden finns i Bilaga 1.

Syfte

Denna rapport avser att jämföra förekomst av vanliga folksjukdomar mellan Storstadssatsningens områden (områden med sämre socioekonomiska förutsättningar) och övriga Stockholms län under år 2006–2011. I tillägg studeras förändringar i sjukdomsförekomst över tid, insjuknandeålder samt sjukhusinläggningar för kroniska sjukdomar.

Rapportens frågeställningar:

1. Finns det skillnader i hälsa och vårdbehov mellan Storstadssatsningens områden och övriga Stockholms län uppdelat på män och kvinnor?
2. Finns det åldersskillnader mellan Storstadssatsningens områden och övriga Stockholms län med avseende på första insjuknande i olika folksjukdomar?
3. Finns det skillnader i sjukhusinläggningar för vanliga folksjukdomar vid jämförelse mellan Storstadssatsningens områden och övriga Stockholms län?

Metod

Datamaterial

Analyserna i denna rapport baseras på länkade registerdata på individnivå för hela befolkningen i Stockholms län år 2006–2011. De register som använts beskrivs nedan.

Vårdkonsumtionsdata

För att studera vårdkonsumtionen har VAL-databaserna använts. VAL-databaserna är Stockholms läns landstings datalager för uppföljning av vårdhändelser. I VAL-databaserna finns information om nästan all landstingsfinansierad sjukvård. I denna rapport har vårdkontakter inom slutenvård, öppenvård, och primärvården analyserats. Det primära syftet har varit att analysera diagnoser för att se om en person har vårdats för ett visst sjukdomstillstånd. Besök hos privata specialistläkare och sjukgymnaster registrerade i den så kallade ARV-databasen ingår inte i studien då diagnosregistreringen i denna databas är undermålig. Vilka diagnoser som analyserats och hur förekomsten (prevalensen) av en viss sjukdom har mätts per år och över tid beskrivs i avsnitt "Mått och definitioner" samt i Bilaga 3.

Sociodemografiska data

Från Statistiska Centralbyrån (SCB) har Registret över totalbefolkningen (RTB) använts för att identifiera de personer som varit folkbokförda i Stockholms län under perioden år 2006–2011. Vidare har SCB:s longitudinella databas LISA används för att ta fram uppgifter om demografi, utbildning, sysselsättning, inkomst och socialförsäkring samt familj. Hur de årliga populationerna definierats samt hur populationen år 2006–2011 definierats beskrivs i Bilaga 2.

Dödsorsaker

Uppgifter om avlidna har hämtats från Socialstyrelsens dödsorsaksregister. För sjukdomstillstånden akut hjärtinfarkt och stroke är det ett betydande antal personer som varje år avlider utanför sjukhus. Många av dessa fall registreras inte i VAL-databaserna. För att inte underskatta prevalensen av dessa sjukdomstillstånd har Socialstyrelsens dödsorsaksregister använts som komplement. Från dödsorsaksregisteret identifierades alla dödsfall orsakade av akut hjärtinfarkt eller stroke. Därefter samkördes data med data över vårdkonsumtionen i samma diagnos.

Mått och definitioner

I denna rapport utgörs populationen av alla personer bosatta i Stockholms län. Då rapporten innehåller både årliga analyser och sammanslagna analyser för perioden år 2006–2011 har vissa avväganden gjorts. Hur populationen definierats i praktiken och de svårigheter som finns när population mäts över tid beskrivs i Bilaga 2.

Val av sjukdomstillstånd och tillhörande diagnoser

Sjukdomar inkluderade i denna rapport är högt blodtryck (hypertoni), diabetes, kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL), akut hjärtinfarkt, stroke, depression samt psykos. Valet av sjukdomstillstånd har baserats på hur vanliga de är i befolkningen (folksjukdomar) samt huruvida sjukdomarnas förekomst påverkas av sociala- och miljömässiga faktorer. I Tabell 1 redovisas vilka ICD-10 diagnoser som inkluderats för respektive sjukdomstillstånd.

Tabell 1. ICD-10 diagnoser som inkluderats i analyserna för respektive sjukdom.

Sjukdom	Diagnoser
Hypertoni	I10-I15
Diabetes	E10-E14
KOL	J41-J44, J47
Akut hjärtinfarkt	I21-I22
Stroke	I60-I64
Depression	F32-F33
Psykos	F20-F29

Prevalenser och incidenser

För alla sjukdomstillstånd förutom akut hjärtinfarkt och stroke har vårdregister för slutenvård-, öppen- och primärvård använts för att beräkna sjukdomsförekomst (prevalens). De årliga förekomsterna (prevalenserna) beräknas som antal personer med minst en registrering (vårdtillfälle) i sökt diagnos dividerat med antal personer som bott i området under året. Den sammanvägda prevalensen för åren 2006–2011 beräknas som antal personer med minst en registrering (vårdtillfälle) i sökt diagnos någon gång under perioden år 2006–2011 dividerat med antal personer som någon gång bott i området under perioden år 2006–2011.

För akut hjärtinfarkt och stroke utgörs underlaget enbart av inläggningar i slutenvården tillsammans med dödsfall i sökta diagnoser för att beräkna insjuknande (incidens). Dessa akuta sjukdomstillstånd beskrivs lämpligast med incidensmått, till skillnad från kroniska sjukdomar. De årliga incidenserna och den sammanvägda incidensen för åren 2006–2011 beräknas på samma sätt som prevalenserna.

I några av analyserna beräknas prevalenser och incidenser som inte är uppdelade på ålder. När Storstadssatsningens områden och övriga Stockholms län sedan jämförs används åldersstandardisering för att ta bort effekten av ålder.

Flera figurer i rapporten redovisar åldersspecifika prevalenser och incidenser genom linjediagram. För att linjediagrammen ska bli mer läsbara har glidande medelvärden använts för att jämna ut linjerna. Hur åldersstandardiseringen genomförts och hur de glidande medelvärdena beräknats beskrivs mer utförligt i Bilaga 3.

Medianålder vid första insjuknande

Ett av syftena med denna rapport är att studera områdesskillnader i insjuknandeålder för akut hjärtinfarkt och stroke. För dessa diagnoser uppskattas ålder vid första insjuknande genom att beräkna medianvärdet för alla personer som nyinsjuknat i respektive diagnos under åren 2006–2011. För att göra detta selekteras först alla personer som slutenvårdats i akut hjärtinfarkt eller stroke år 2006, men som inte vårdats i dessa diagnoser under åren 2001–2005 i Stockholms läns landsting. I nästa steg selekteras alla personer som slutenvårdats i respektive diagnoser år 2007, men som inte vårdats under åren 2001–2005 eller år 2006. Sedan fortsätter man på samma sätt för åren 2008–2011. På detta sätt uppskattas de personer som nyinsjuknat i akut hjärtinfarkt och stroke under åren 2006–2011. I sista steget beräknas medianåldern för insjuknande som medianvärdet av dessa personers ålder vid insjuknandet.

Områdeskaraktistika

Sociodemografiska indikatorer som ålder, sysselsättning, utbildningsnivå, inkomst och födelse-land skiljer sig mellan Storstadssatsningens områden och övriga länet. I Tabell 2 redovisas sociodemografiska indikatorer för respektive område. Underlaget till tabellen är registerdata för år 2011.

Befolkningen i Storstadssatsningens områden är yngre än i övriga länet. Omkring tio procent av invånarna är 65 år eller äldre i Storstadssatsningens områden jämfört med nästan 16 procent i övriga länet. Det finns påtagliga skillnader mellan områdena avseende sysselsättning, utbildningsnivå och disponibel inkomst. De relativa skillnaderna är ännu större när man tittar på förekomst av ekonomiskt bistånd. Det är drygt fem gånger så många som har ekonomiskt bistånd i Storstadssatsningens områden jämfört med övriga länet. I Storstadssatsningens områden är drygt 40 procent födda i Sverige jämfört med 80 procent i övriga länet. Könsfördelningen mellan områdena var mycket lika varför detta inte redovisas i tabellen.

Tabell 2. Sociodemografiska indikatorer från år 2011 (bearbetningar utifrån registerdata från SCB). Värdena redovisas som procent inom respektive område.

Variabel	Kategorier	Totalt		Kvinnor		Män	
		Storstads- satsningen	Övriga länet	Storstads- satsningen	Övriga länet	Storstads- satsningen	Övriga länet
Åldersklass	0–17	25,4	21	25,4	20,2	25,4	21,9
	18–34	28,9	23,7	28,8	23,3	28,9	24,0
	35–44	14,4	15,2	13,8	14,8	15,0	15,5
	45–54	12,1	13,3	11,5	13,0	12,7	13,6
	55–64	9,0	10,9	8,9	11,0	9,2	10,9
	65–74	6,1	8,9	6,4	9,1	5,7	8,6
	75–84	3,2	4,5	3,7	5,2	2,6	3,9
	85+	1,1	2,6	1,5	3,5	0,7	1,7
Syssetsättning ^{1,2} (20–64 år)	Sysselsatt	52,1	77,6	47,5	77,0	56,3	78,2
	Arbetslös	14,5	4,7	15,7	4,7	13,3	4,7
	Förtidspensionär	7,7	3,9	8,4	4,3	7,0	3,5
	Studerande ³	4,9	4,4	6,1	4,8	3,7	4,0
	Oklassad	21,0	9,4	22,3	9,2	19,8	9,6
Utbildning (25–74 år)	Förgymnasial	30,3	12,4	31,1	10,9	29,6	13,9
	Gymnasium	37,5	38,1	37,5	37,0	37,5	39,3
	Högskola < 3år	12,1	16,2	11,5	16,7	12,6	15,7
	Högskola >= 3år	14,6	31,7	14,8	34,2	14,4	29,2
	Uppgift saknas	5,5	1,6	5,1	1,3	5,9	1,9
Disp ink / k enh. ^{1,4} (20 år och äldre)	Medianinkomst (1000 kr)	113,2	179,5	103,1	159,6	124,4	205,5
Ekonomiskt bistånd ^{1,5}		16,4	3,2	17,0	3,1	15,7	3,2
Långvarigt ekonomiskt bistånd ⁶		5,3	0,8	5,7	0,8	4,9	0,8
Födelseland	Sverige	42,9	81,2	43,3	80,7	42,5	81,7
	Övr Europa och OECD	21,6	10,7	22,2	11,3	21,0	10,1
	Övriga världen	35,5	8,1	34,5	8,0	36,4	8,3
Totalt antal		168340	1977785	82646	1001095	85694	976690

1= Avser år 2010

2= I praktiken kan personer haft flera olika sysselsättningar under ett år. I denna tabell har vi skapat kategorierna hierarkiskt. Det vill säga en person som varit sysselsatta under året klassas som sysselsatt. En person som varit arbetslös men inte sysselsatt klassas som arbetslös. En person som haft förtidspension men inte varit sysselsatt eller arbetslös klassas som förtidspensionär, och så vidare.

3= Här ingår ett litet antal värnpliktiga.

4= Disponibel inkomst per konsumtionsenhet är en summa av olika inkomster inklusive alla bidrag, information, ersättningar och stöd där man justerar inkomsten efter familjestorleken. Se dokumentationen till LISA för mer information.

5= För barn tas uppgiften från hushållet.

6= Med långvarigt ekonomiskt bistånd menas ekonomiskt bistånd under minst 10 månader.

Högt blodtryck

Drygt två miljoner individer i Sverige har högt blodtryck, som är en av våra vanligaste folksjukdomar (Kahan et al, 2013). Högt blodtryck är en betydande riskfaktor för flertalet sjukdomar, däribland hjärt- och kärlsjukdom, njursjukdom och demens, och uppskattas vara den enskilt viktigaste riskfaktorn för den totala sjukdomsördan i världen (Lim et al, 2012). Nästan hälften av all död i ischemisk hjärtsjukdom eller stroke (slaganfall) tillskrivs högt blodtryck (Kahan et al, 2013).

Högt blodtryck ger sällan upphov till symptom, och upptäcks ofta vid rutinmässig hälsokontroll eller vid kontakt med hälso- och sjukvård av annan orsak. Det är därmed sannolikt att sjukdomen är underdiagnostiserad. Av de som behandlas för högt blodtryck uppnår endast en tredjedel målvärdet (<140/90 mmHg) (Kahan et al, 2013).

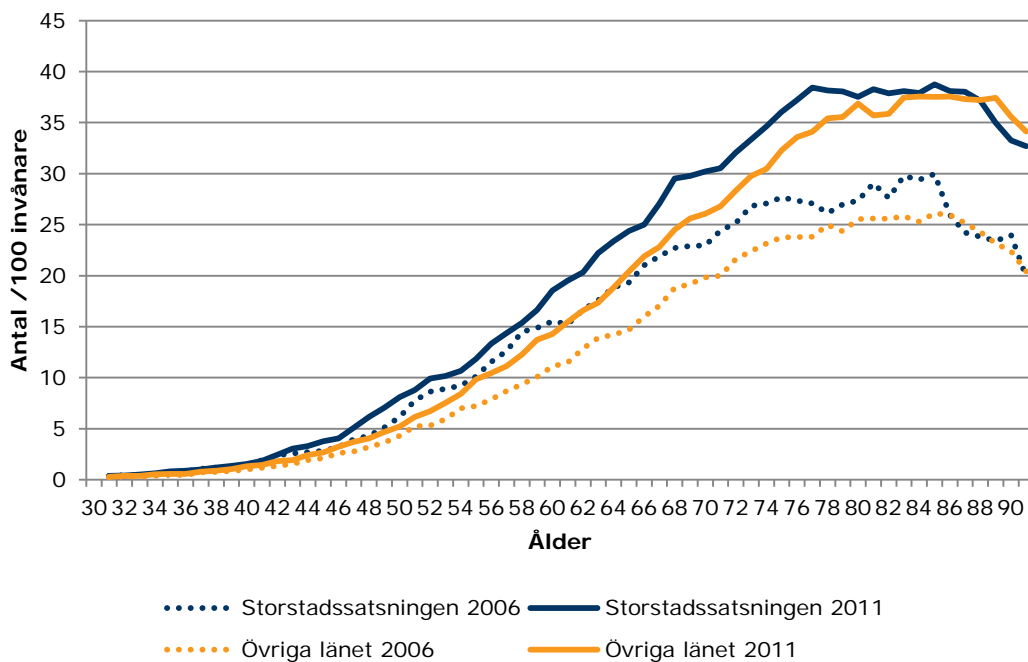
Bland riskfaktorer för högt blodtryck ingår övervikt, låg fysisk aktivitet, hög saltkonsumtion, alkoholöverkonsumtion och stress.

Förekomst av högt blodtryck i Stockholms län

Baserat på uppgifter från primärvård samt specialiserad öppen- och slutenvård i Stockholms län hade 7,0 procent av befolkningen som var 18 år och äldre diagnosen högt blodtryck under år 2006 och 9,4 procent under år 2011. Den sammanvägda förekomsten (prevalensen) av högt blodtryck under år 2006–2010 varierar kraftigt mellan ålder där 57 procent av invånare 75 år och äldre hade högt blodtryck.

Skillnader mellan Storstadssatsningens områden och övriga länet

Prevalensen av högt blodtryck är högre i Storstadssatsningens områden än i övriga länet för samtliga åldersgrupper. Skillnaderna avtar endast i den äldsta åldersgruppen, där övriga länet går om Storstadssatsningens områden (Figur 2).



Figur 2. Antal med högt blodtryck per 100 invånare år 2006 och 2011 uppdelat på ålder, i Storstadssatsningens områden och i övriga länet. Värdena för Storstadssatsningens områden är utjämnade med 3-punkters glidande medelvärden.

Könsskillnader i olika områden

Högt blodtryck är vanligare bland kvinnor än män i både Storstadssatsningens områden och övriga länet. Områdesskillnader är mer uttalade för kvinnor än för män; 17,7 procent av kvinnor över 35 år har högt blodtryck i Storstadssatsningens områden jämfört med 14,5 procent i övriga länet. För män över 35 år är motsvarande siffror 13,9 procent respektive 12,8 procent. Det finns inga påtagliga områdesskillnader bland kvinnor eller män avseende prevalensökning av högt blodtryck mellan år 2006 och 2011.

Diabetes

I Sverige finns det cirka 365 000 diabetiker, varav 85–90 procent har typ 2-diabetes (Socialstyrelsen, 2009). Typ 2-diabetes har ett smygande förlopp, och i likhet med högt blodtryck ger det initialt få symptom. Typ 1-diabetes är betydligt ovanligare och debuterar oftast med tydliga symptom som ökad törst och urinproduktion, viktnedgång och trötthet.

Diabetes är en allvarlig sjukdom som kan leda till flera komplikationer, exempelvis hjärtinfarkt, stroke (slaganfall), försämrad njurfunktion, synnedläggelse och känslnedsättning med risk för bland annat svåräktade fotsår. Diabeteskomplikationer leder till stora samhällskostnader i form av sjukskrivning och ökat behov av sjukvård och omsorg. Studier har visat att individer från lägre socioekonomiska grupper har både ökad risk för insjuknande och dödlighet i diabetes (Connolly et al, 2000). Riskfaktorer för typ 2-diabetes är högt blodtryck, höga blodfetter, låg fysisk aktivitet, övervikt och fetma, samt ärftlighet. Typ 1-diabetes har en svagare koppling till levnadsvanor, och påverkas i högre grad av ärftlighet och genetik.

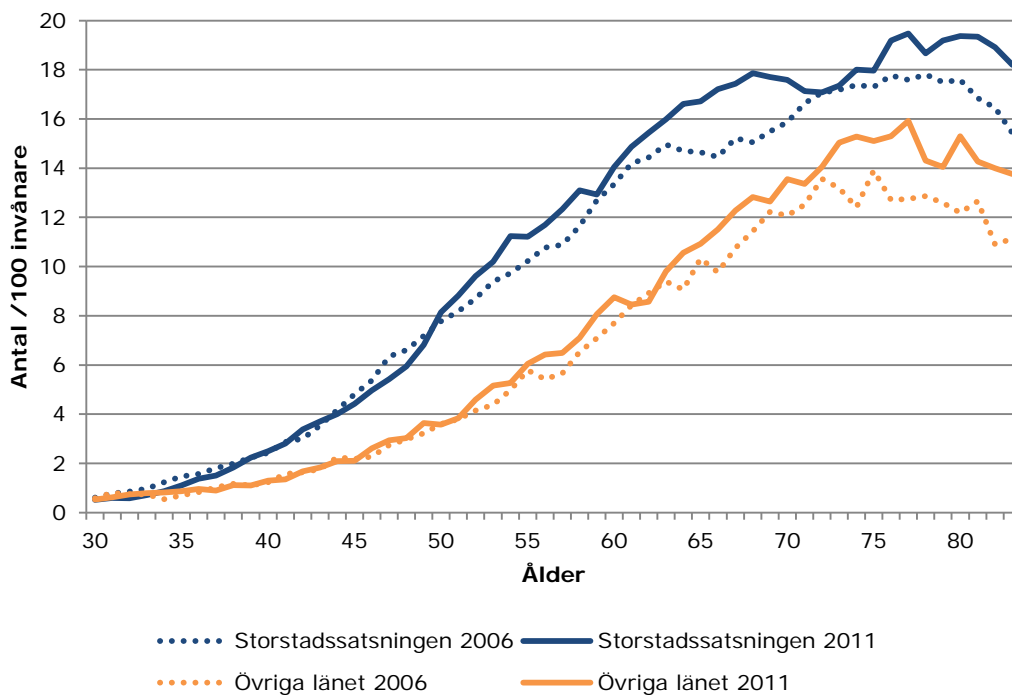
Diabetes anses vara en av de viktigaste riskfaktorerna för den totala sjukdomsburden i världen näst efter högt blodtryck, höga blodfetter och övervikt/fetma, och Världshälsoorganisationen förutspår att diabetes kommer att vara den sjunde ledande dödsorsaken i världen år 2030 (WHO, 2011).

Förekomst av diabetes i Stockholms län

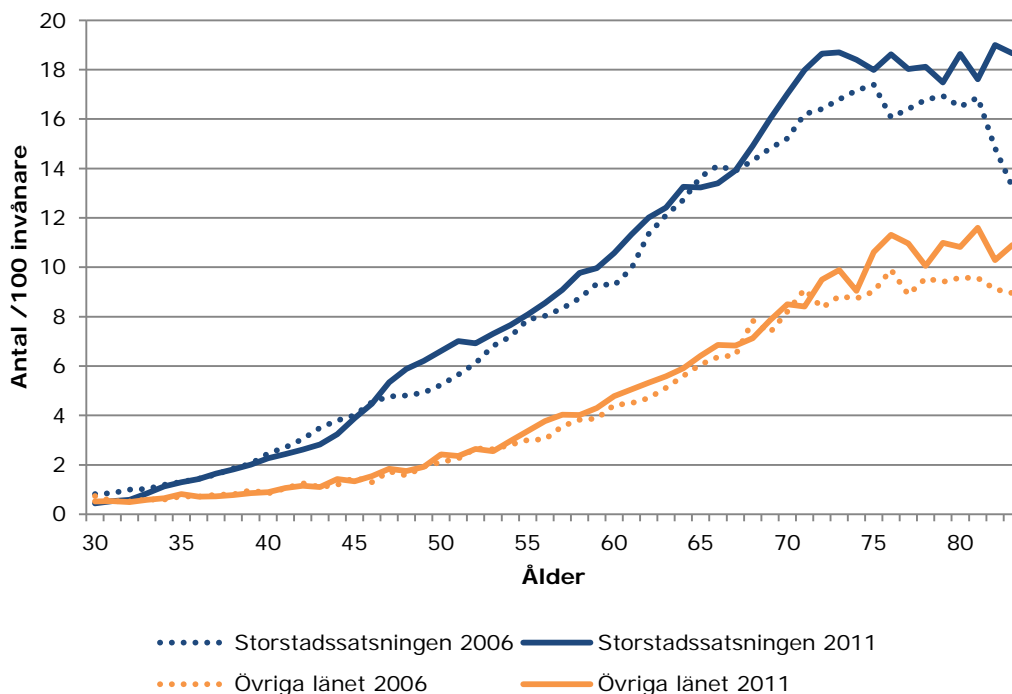
Både typ 1- och typ 2-diabetes är inkluderade i redovisade uppgifter, som baseras på data från primärvård samt specialiserad öppen- och slutenvård i Stockholms län. År 2006 hade 4,9 procent av befolkningen över 34 år diabetes jämfört med 5,4 procent under år 2011. Förekomst av diabetes (prevalens) under år 2011 skiljer sig tydligt mellan Storstadssatsningens områden (9,2 procent) och övriga länet (5,1 procent). Bland kvinnor i åldern 40–70 år är prevalensen i Storstadssatsningens områden mer än dubbelt så hög som i övriga länet under både år 2006 och 2011.

Könsskillnader i olika områden

Diabetes förekommer oftare bland män än kvinnor i hela länet, och är vanligare bland både män och kvinnor i Storstadssatsningens områden jämfört med övriga länet för alla ålderskategorier. Områdesskillnader är mer uttalade för kvinnor än för män, och ökar med stigande ålder (Figur 3–4).



Figur 3. Antal män med diabetes per 100 invånare år 2006 och 2011 uppdelat på ålder, i Storstadssatsningens områden och i övriga länet. Värdena för Storstadssatsningens områden är utjämnade med 5-punkters glidande medelvärden.



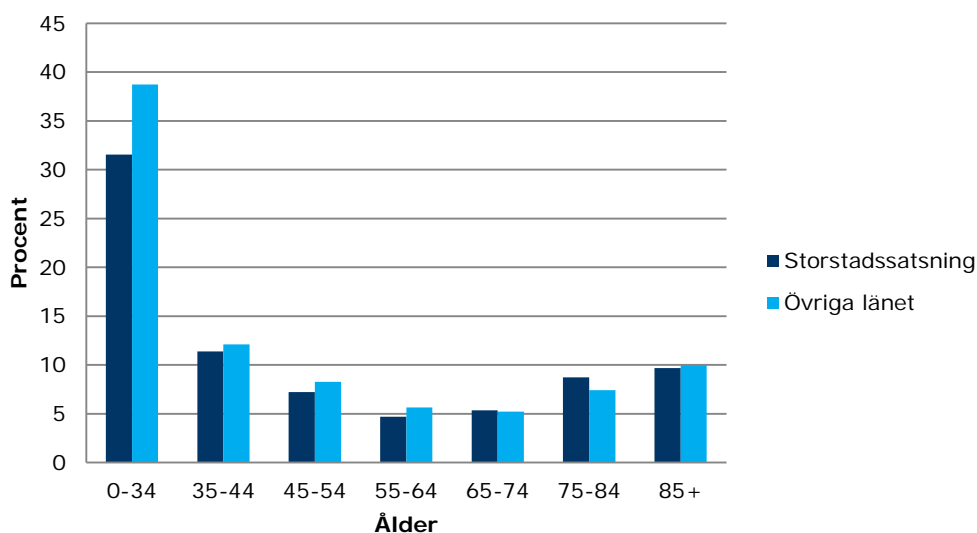
Figur 4. Antal kvinnor med diabetes per 100 invånare år 2006 och 2011 uppdelat på ålder, i Storstadssatsningens områden och i övriga länet. Värdena för Storstadssatsningens områden är utjämnade med 5-punkters glidande medelvärden.

Åldersfördelning bland diabetiker

Diabetiker i Storstadssatsningens områden är yngre än i övriga länet; 72 procent av män med diabetes i Storstadssatsningens områden är under 65 år, jämfört med 59 procent för övriga länet. För kvinnor ligger motsvarande siffror på 61 procent respektive 47 procent. Tidigt insjuknande i diabetes leder till ökad risk för komplikationer senare i livet.

Sjukhusinläggningar för diabetes

Under år 2006–2011 var 8,6 procent av alla diabetiker i länet inlagda på sjukhus med diabetes som huvuddiagnos; 7,8 procent i Storstadssatsningens områden och 8,7 procent i övriga länet. När uppdelning sker efter ålder, noteras endast små områdesskillnader i sjukhusinläggningar för de flesta åldersgrupper med undantag av individer upp till 34 år (Figur 5).



Figur 5. Andel invånare med diabetes som varit inlagda på sjukhus på grund av diabetes i Storstadssatsningens områden och övriga länet mellan år 2006–2011, uppdelad på ålder.

Kronisk obstruktiv lungsjukdom

Kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) är en lungsjukdom som påverkar andningsförmågan. Den kännetecknas av bland annat andnöd och kronisk hosta med överdriven slemproduktion. Symptomens svårighetsgrad varierar kraftigt, med allt från lättare andnöd vid ansträngning till syrgasbehov i vila. På grund av de initiala lindriga symptomen, är KOL en underdiagnostiserad sjukdom.

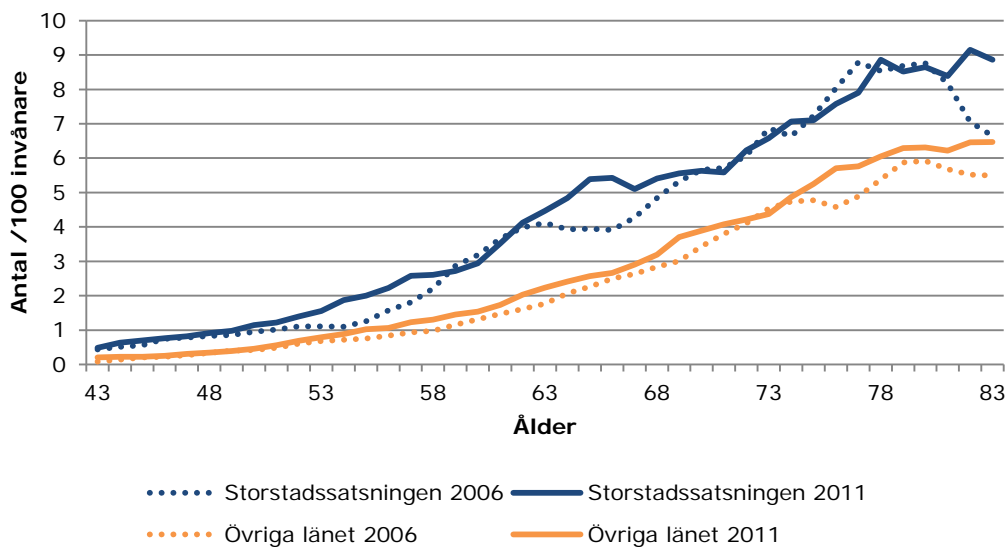
I Sverige beräknas 400 000–700 000 individer vara drabbad av KOL (Hjärt- och Lungsjukas Riksförbund, 2009). Samhällskostnaden för sjukdomen beräknades till nio miljarder kronor år 1999 (Jansson et al, 2002). Tobak är den enskilt viktigaste orsaken till KOL. Andra riskfaktorer inkluderar luftföroreningar, yrkesexponering för lungretande ämnen och frekventa lunginflammationer under barndomen. Utan rökstopp och behandling, förvärras sjukdomen med åren och kan resultera i livshotande försämringar som kräver sjukhusbaserad vård. Världshälsoorganisationen uppskattar att cirka fem procent av samtliga dödsfall i världen under 2005 orsakades av KOL. Under de kommande tio åren förväntas dödligheten i KOL stiga med ytterligare 30 procent (WHO, 2013).

Förekomst av KOL i Stockholms län

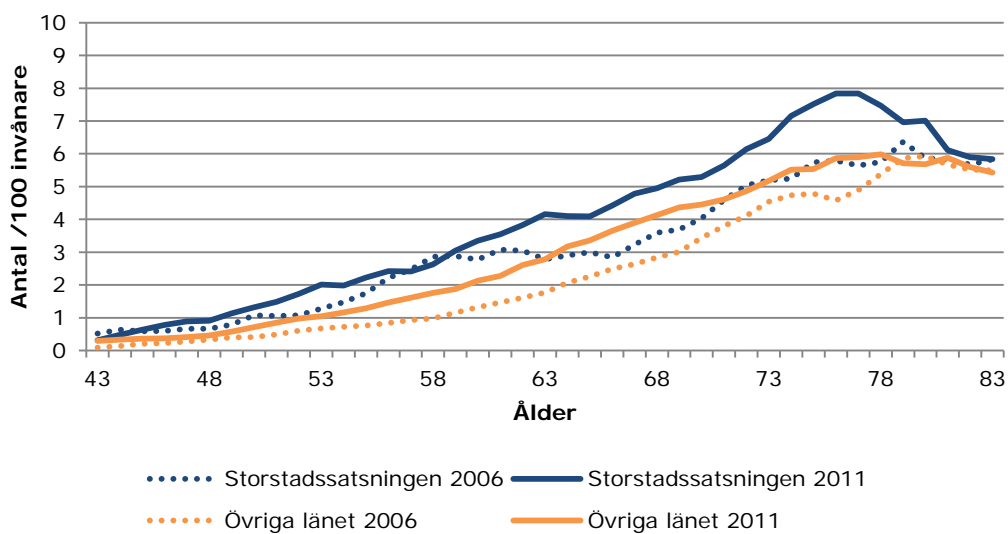
Baserat på uppgifter från primärvård samt specialiserad öppen- och slutenvård i Stockholms län hade 1,9 procent av befolkningen som var 45 år och äldre diagnosen KOL under år 2006 och 2,3 procent under år 2011. Den sammanvägda sjukdomsförekomsten (prevalensen) under år 2006–2011 varierar kraftigt mellan åldrar, där 12,8 procent av männen och 11,1 procent av kvinnorna som var 75 år och äldre hade KOL.

Könsskillnader i olika områden

KOL är vanligare bland män än kvinnor i Storstadssatsningens områden, med undantag av det sista observationsåret. Omvänt förhållande råder i övriga länet, där KOL är vanligare bland kvinnor. Både män och kvinnor i storstadssatsningen områden har högre prevalens än länet i övrigt. Områdesskillnader är mer uttalade för män än för kvinnor (Figur 5–6). Under år 2011 var KOL prevalensen 3,4 procent bland män från 45 år i Storstadssatsningens områden, jämfört med 2,0 procent i övriga länet. För kvinnor var motsvarande siffror 3,5 procent respektive 2,6 procent. För både män och kvinnor har förekomsten av KOL mellan år 2006–2011 ökat mer i Storstadssatsningens områden än övriga länet.



Figur 6. Antal män med KOL per 100 invånare år 2006 och 2011 uppdelat på ålder, i Storstadssatsningens områden och i övriga länet. Värdena för Storstadssatsningens områden är utjämnade med 5-punkters glidande medelvärden och värdena för övriga länet är utjämnade med 3-punkters glidande medelvärden.



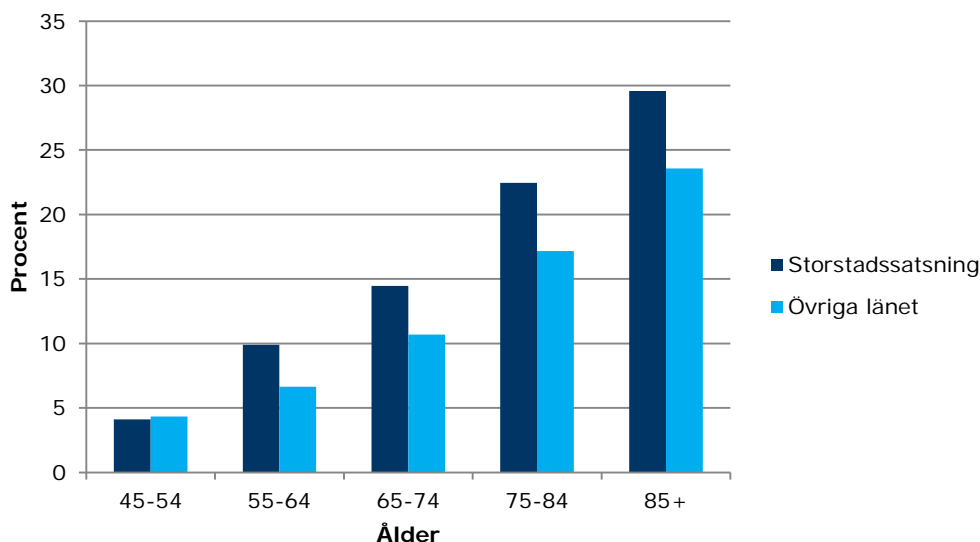
Figur 7. Antal kvinnor med KOL per 100 invånare år 2006 och 2011 uppdelat på ålder, i Storstadssatsningens områden och i övriga länet. Värdena för Storstadssatsningens områden är utjämnade med 5-punkters glidande medelvärden och värdena för övriga länet är utjämnade med 3-punkters glidande medelvärden.

Åldersfördelning bland individer med KOL

Individer med KOL i Storstadssatsningens områden är yngre än i övriga länet; 56 procent av män med KOL i Storstadssatsningens områden är under 65 år, jämfört med 42 procent för övriga länet. För kvinnor ligger motsvarande siffror på 54 procent respektive 42 procent. Behandling tidigt i sjukdomsförloppet är gynnsamt för prognosen. Då det saknas uppgifter om sjukdomsgrad i register, är det inte möjligt att avgöra om skillnaden i åldersfördelning beror på tidigare insjuknande eller diagnostisering av individer i Storstadssatsningen områden.

Sjukhusinläggningar för KOL

Under år 2006–2011 var 13 procent av alla individer som var 45 år och äldre diagnostiserad med KOL i länet inlagda på sjukhus på grund av försämring i KOL; 15 procent i storstadssatsningen områden och 13 procent i övriga länet. Tydliga områdesskillnader observeras för samtliga ålderskategorier från och med 55 år, där Storstadssatsningens områden har en högre andel inlagda KOL patienter än övriga länet (Figur 8).



Figur 8. Andel invånare med KOL som varit inlagda på sjukhus på grund av KOL i Storstadssatsningens områden och övriga länet mellan år 2006–2011, uppdelad på ålder.

Hjärt- och kärlsjukdom

De vanligaste hjärt- och kärlsjukdomarna är ischemisk hjärtsjukdom och stroke (slaganfall). Ischemisk hjärtsjukdom orsakas av otillräcklig blodtillförsel till hjärtmuskeln på grund av förträngning i hjärtats kranskärl. Detta kan i sin tur leda till akut hjärtinfarkt. Begreppet stroke innefattar både hjärninfarkt och hjärnblödning, där hjärninfarkt står för majoriteten av alla fall. Vid hjärninfarkt blockeras blodtillförseln till en del av hjärnan vilket resulterar i syrebrist och skada på hjärnvävnad.

Förekomsten av hjärt- och kärlsjukdomar har minskat dramatiskt bland både kvinnor och män. Dessutom har hjärtinfarktdödligheten nästan halverats och strokedödligheten minskat med en tredjedel under de senaste 20 åren i Sverige (Socialstyrelsen, 2013). Trots detta är hjärt- och kärlsjukdomar den ledande dödsorsaken i världen och i Sverige, och ansvarade för nästan 40 procent av alla dödsfall under år 2012 (Socialstyrelsen, 2009). Utöver dödlighet leder hjärt- och kärlsjukdomar också till långvarigt lidande i form av bland annat aktivitetsbegränsning, nedsatt kognitiv förmåga och minskad livskvalitet. Låg socioekonomisk position ökar risken både för att insjukna och att dö i hjärt- och kärlsjukdom (Wang, 2014).

De viktigaste riskfaktorerna för hjärt- och kärlsjukdom är tobaksrökning, låg fysisk aktivitet, ohälsosamma matvanor, alkoholöverkonsumtion, övervikt, högt blodtryck, högt blodsocker och höga blodfetter.

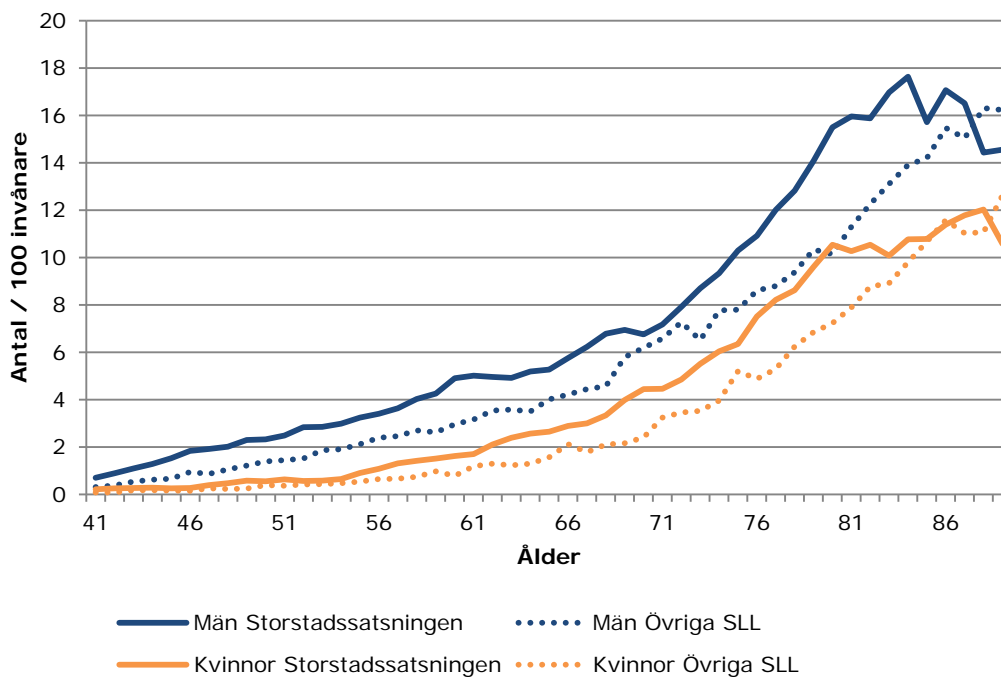
Akut hjärtinfarkt

Förekomst av akut hjärtinfarkt i Stockholms län

Beräkningar på insjuknande (incidens) i akut hjärtinfarkt baseras på uppgifter från slutenvård- och dödsorsaksregistret i Stockholms län. Bland invånare som var 45 år och äldre, var incidensen av hjärtinfarkt 7,6 fall per 1000 invånare under år 2006. Motsvarande siffra under år 2011 var 5,4 fall per 1000 invånare. Incidensen varierar kraftigt med ålder. Mellan år 2006–2011 drabbades 14,7 procent av alla invånare 85 år och äldre av akut hjärtinfarkt.

Könsskillnader i olika områden

Akut hjärtinfarkt är vanligare bland män än kvinnor i hela länet, och drabbar i högre grad invånare i Storstadssatsningens områden än övriga länet för alla åldersgrupper (Figur 9).



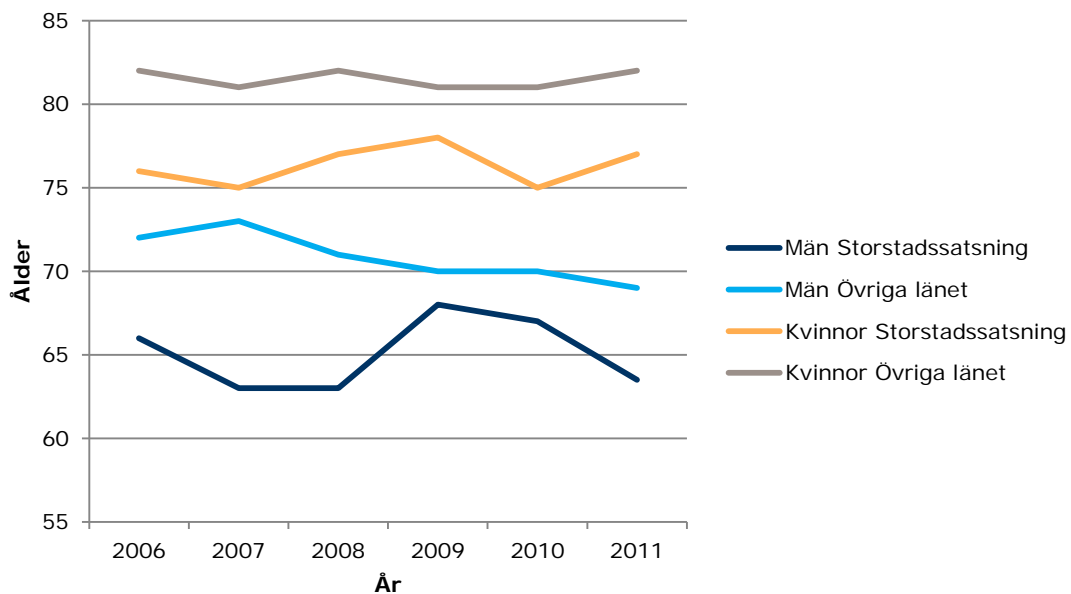
Figur 9. Antal män och kvinnor med akut hjärtinfarkt per 100 invånare uppdelat på ålder, i Storstadssatsningens områden och i övriga länet. Figuren är baserad på en sammanslagning av data från år 2006–2011. Värdena för Storstadssatsningens områden är utjämnade med 5-punkters glidande medelvärden.

Områdesskillnader över tid

Incidensen av hjärtinfarkt bland både män och kvinnor har minskat över tid i Storstadssatsningens områden såväl som i övriga länet. Under år 2006 insjuknade 10,6 samt 7,7 fall per 1000 invånare i akut hjärtinfarkt bland dem som var 45 år och äldre i Storstadssatsningens områden respektive övriga länet. Motsvarande siffror för år 2011 var 7,6 samt 5,5 fall per 1000 invånare. Den procentuella minskningen har varit större för män i övriga länet än i Storstadssatsningens områden, medan det omvända gäller för kvinnor.

Områdesskillnader i ålder vid första insjuknande

Män insjuknar tidigare än kvinnor i sin första hjärtinfarkt, och tidigast insjuknar männen i Storstadssatsningens områden (median 66 år under år 2006). Även kvinnor i Storstadssatsningens områden är yngre än i övriga länet när de insjuknar i sin första hjärtinfarkt (Figur 10).

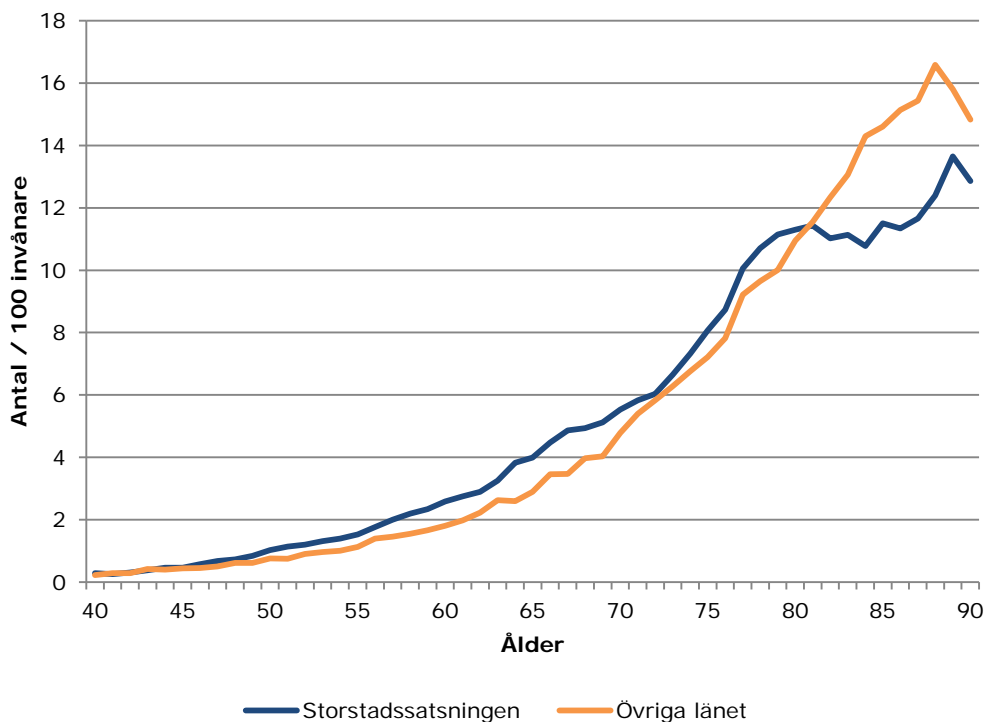


Figur 10. Medianålder vid första insjuknande i akut hjärtinfarkt bland kvinnor och män i Storstadssatsningens områden och övriga länet mellan år 2006–2011.

Stroke

Förekomst av stroke i Stockholms län

Beräkningar på insjuknande (incidens) i stroke baseras på uppgifter från slutenvård- och dödsorsaksregistret i Stockholms län. Bland invånare som var 45 år och äldre, var incidensen för stroke 7,8 fall per 1000 invånare under år 2006. Motsvarande siffra under år 2011 var 5,4 fall per 1000 invånare. Incidensen varierar kraftigt med åldern. Mellan år 2006–2011 drabbades 19,1 procent av stroke bland invånare som var 85 år och äldre. Stroke är något vanligare bland invånare i Storstadssatsningens områden än i övriga länet fram till 80-års åldern. Därefter stagnerar incidensökningen för Storstadssatsningens områden medan den fortsätter för övriga länet (Figur 11). Denna utveckling kan eventuellt bero på selektion av friska äldre individer i Storstadssatsningens områden, i och med att sjukare individer avlider tidigare.



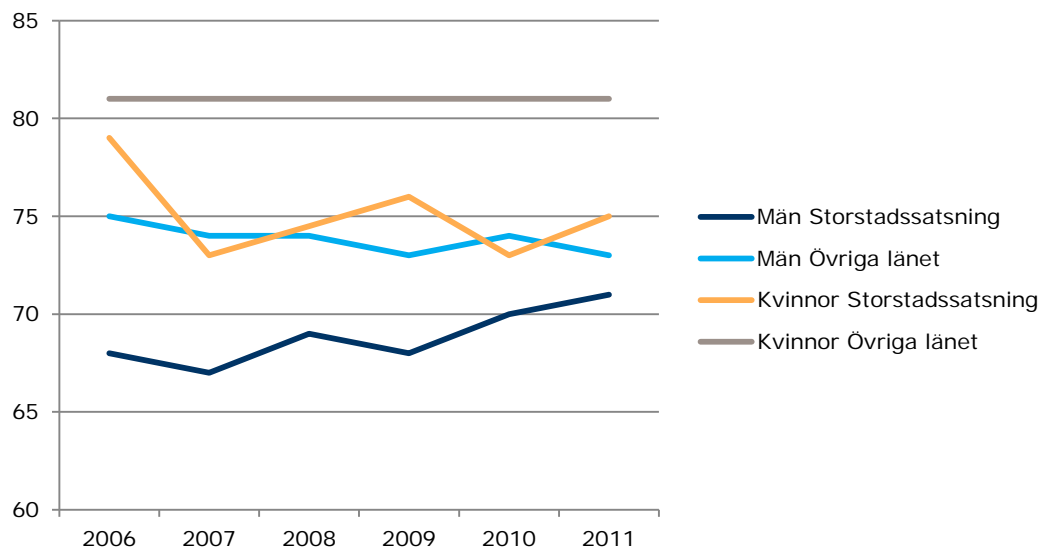
Figur 11. Antal med stroke per 100 invånare uppdelat på ålder, i Storstadssatsningens områden och i övriga länet. Figuren är baserad på en sammanslagning av data från år 2006–2011. Värdena för Storstadssatsningens områden är utjämnade med 5-punkters glidande medelvärden.

Könsskillnader i olika områden över tid

Stroke förekommer något oftare bland män än kvinnor. För män är incidensen högre i Storstadssatsningens områden än i övriga länet; 8,4 fall per 1000 invånare från 45 år och uppåt i Storstadssatsningens områden jämfört med 7,3 fall per 1000 invånare i övriga länet. För kvinnor i Storstadssatsningens områden och för kvinnor i övriga länet samt för män i övriga länet har strokeincidensen minskat mellan år 2006 och år 2011, medan den har förblivit oförändrad för män i Storstadssatsningens områden. Detta har bidragit till ökande områdesskillnader i stroke incidens för män från år 2006 till 2011. Inga områdesskillnader i stroke incidens observeras för kvinnor.

Områdesskillnader i ålder vid första insjuknande

Män insjuknar tidigare än kvinnor i sin första stroke, och tidigast insjuknar männen i Storstadssatsningens områden (medianålder 68 år under år 2006). Även kvinnor i Storstadssatsningens områden är yngre än i övriga länet vid första insjuknande i stroke (Figur 12). Över tid har medianåldern vid första insjuknande ökat något för män i Storstadssatsningens områden.



Figur 12. Medianålder vid första insjuknande i stroke bland kvinnor och män i Storstadssatsningens områden och övriga länet mellan år 2006–2011.

Depression

Depression är en av de vanligaste sjukdomarna inom både psykiatrisk och allmänmedicinsk vård. Uppskattningsvis drabbas varannan kvinna och var fjärde man av depression någon gång under livet (SBU, 1999).

Depression kan visa sig i form av nedstämdhet, minskad energinivå, apati, koncentrationssvårigheter, sömn- och aptitstörningar, samt ångest och skuldkänslor. Vid en svår depression föreligger risk för självmord. Enligt Världshälsorganisationen är depression den ledande orsaken till funktionsnedsättning globalt och utgör den största sjukdomsbördan för kvinnor i både låg-, medel- och höginkomstländer (WHO, 2012). Med funktionsnedsättning avses försämrad fysisk, psykisk eller intellektuell funktionsförmåga. Enligt uppgifter från 2007 uppgår samhällskostnaden för depression i Sverige till 33 miljarder kronor årligen (Soboeki, 2007).

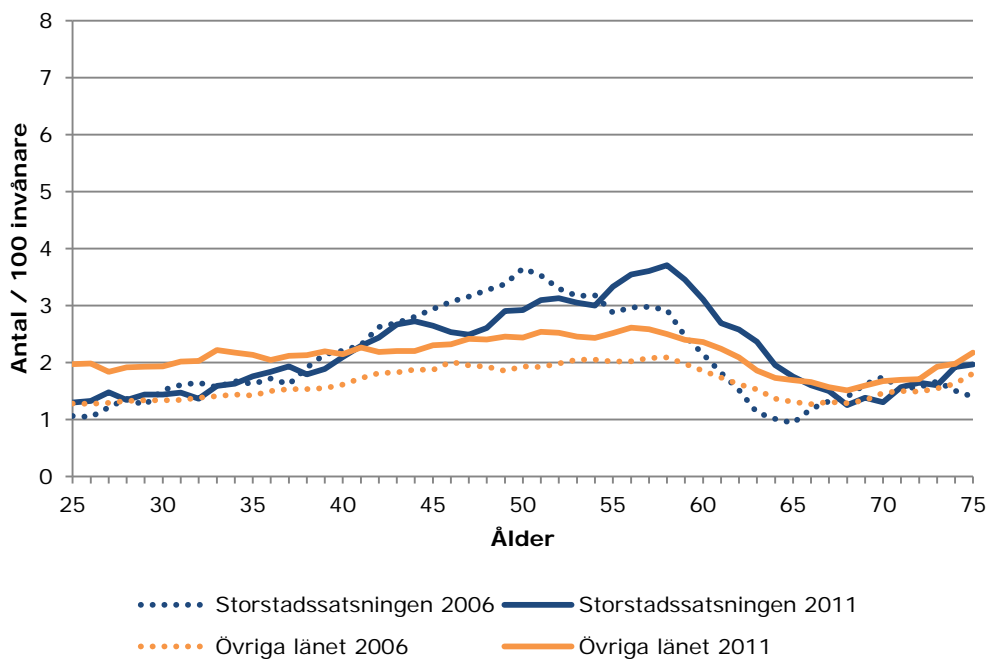
Depression beror på en rad olika sociala, psykologiska och biologiska faktorer. Det finns en tydlig koppling mellan socioekonomisk tillhörighet och risk för depression (Lorant et al, 2003). I Stockholms län har man sett skillnader i förekomst (prevalens) av ångest- och depression bland 13–17 åringar mellan olika kommuner och stadsdelar (Wirback et al, 2010). Ungdomar till föräldrar med låg inkomst, låg utbildning eller födda utanför Europa har också en ökad risk för att insjukna i ångest- och depression (Wirback et al, 2010).

Förekomst av depression i Stockholms län

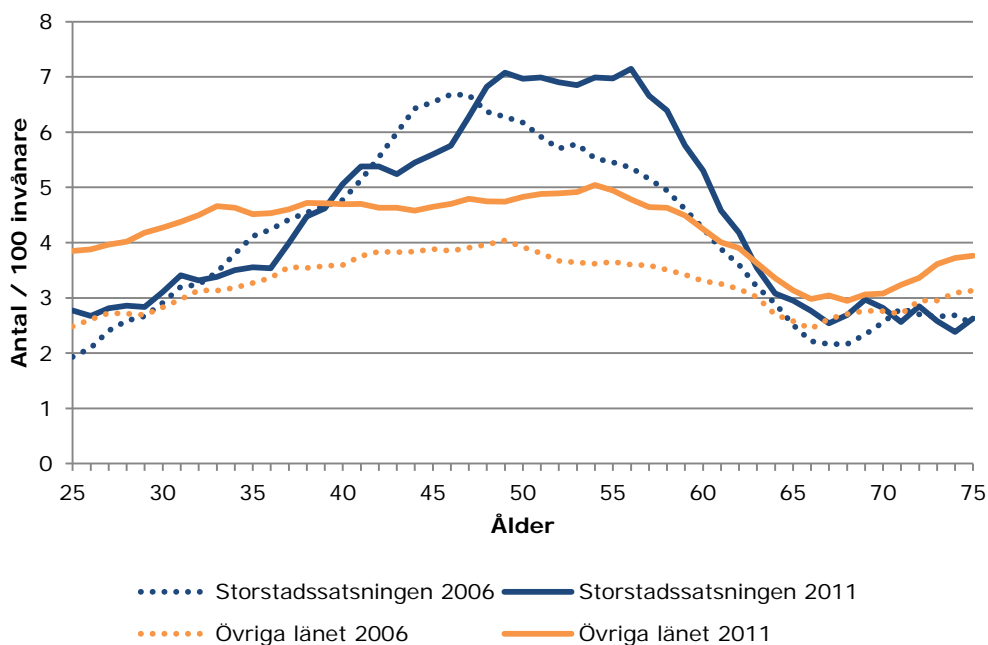
Baserad på uppgifter från primärvård samt specialiserad öppen- och slutenvård i Stockholms län var prevalensen av depression 3,2 procent bland kvinnor och 1,6 procent bland män hos befolkningen 18 år eller äldre under år 2006. För år 2011 låg motsvarande siffror på 4,2 procent bland kvinnor och 2,1 procent bland män.

Könsskillnader i olika områden mellan ålder och över tid

Depression var vanligare bland både kvinnor och män i Storstadssatsningens områden jämfört med övriga länet. Under år 2006 var prevalensen av depression bland kvinnor 3,9 procent samt 3,2 procent i Storstadssatsningens områden respektive övriga länet. För män låg motsvarande siffror på 2,0 procent respektive 1,6 procent. Skillnaden var tydligast för individer mellan 40–60 år (Figur 13–14). Prevalensen av depression har ökat i hela Stockholms län under åren 2006 till 2011, men ökningen har varit påtagligare för invånare i övriga länet än i Storstadssatsningens områden vilket har jämnat ut områdesskillnaderna. Under år 2011 hade 4,2 procent av kvinnorna samt 2,1 procent av männen diagnosen depression i både Storstadssatsningens områden och övriga länet. Till skillnad från övriga länet där prevalensen ökat för alla åldrar, har det skett en förskjutning av sjukdomsförekomst till senare åldrar i Storstadssatsningens områden (Figur 13–14). Orsaken till denna observation är oklar, och det förefaller som att det är olika individer mellan åren.



Figur 13. Antal män med depression per 100 invånare år 2006 och 2011 uppdelat på ålder, i Storstadssatsningens områden och i övriga länet. Värdena för Storstadssatsningens områden är utjämnade med 5-punkters glidande medelvärden och värdena för övriga länet är utjämnade med 3-punkters glidande medelvärden.



Figur 14. Antal kvinnor med depression per 100 invånare år 2006 och 2011 uppdelat på ålder, i Storstadssatsningens områden och i övriga länet. Värdena för Storstadssatsningens områden är utjämnade med 5-punkters glidande medelvärden och värdena för övriga länet är utjämnade med 3-punkters glidande medelvärden.

Sjukhusinläggningar för depression

Slutenvård för depression är vanligare förekommande bland män och kvinnor i Storstadssatsningens områden jämfört med övriga länet. Under år 2011 hade 0,97 procent av kvinnorna i Storstadssatsningens områden varit inlagda med en samtidig depressionsdiagnos jämfört med 0,82 procent i övriga länet. För män var motsvarande siffror 0,61 procent och 0,52 procent.

Psykos

Psykos innebär förändrad verklighetsuppfattning och vanföreställningar. Symptomen kan uppträda vid psykosjukdomar som schizofreni, sekundärt till andra psykiska och somatiska (kroppsliga) sjukdomar eller vid narkotika- och alkoholmissbruk. Ungefär 3–4 procent insjuknar i psykotiska symptom under sin livstid (Perala et al, 2007).

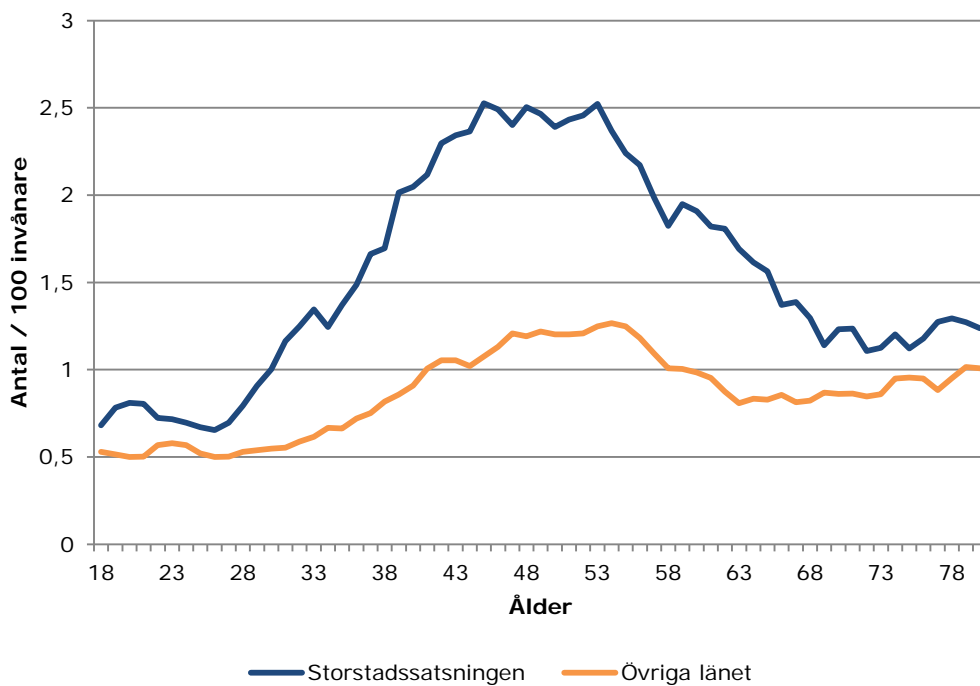
Schizofreni är den vanligaste psykosjukdomen, och i Sverige lever 30 000 till 40 000 individer med diagnosen (Svenska Psykiatriska Föreningen, 2009). Schizofreni är en allvarlig och ofta kronisk sjukdom som har stor inverkan på funktionsförmåga och livskvalitet. Behov av vårdinsatser är ofta stora. Risken för självmord är också betydligt högre i denna grupp än i övriga befolkningen.

Orsaken till schizofreni är inte klarlagd, men det handlar om en samverkan mellan arv och miljö. Ökad sårbarhet för stress, livskriser och traumatiska händelser kan öka risken för insjuknande, liksom kroppslig sjukdom och missbruk. Det förekommer regionala skillnader i förekomst av psykosjukdomar. I socialt utsatta områden är förekomsten av psykosjukdomar högre än i socialt gynnade områden (Svenska Psykiatriska Föreningen, 2009). Flera studier har också visat att lägre socioekonomisk tillhörighet i barndomen ökar risken för insjuknande i schizofreni senare i livet (Wicks et al, 2010).

Förekomst av psykos i Stockholms län

Beräkningar på förekomst (prevalens) av psykos baseras på uppgifter från primärvård samt specialiserad öppen- och slutenvård i Stockholms län. Endast primära psykosjukdomar, som schizofreni, redovisas. Psykos sekundärt till andra psykiska- och somatiska sjukdomar eller missbruk är exkluderade från resultaten.

Den sammanvägda prevalensen av psykos under år 2006–2011 bland invånare mellan 18–80 år i Stockholms län var 0,9 procent. Prevalensen är högre i Storstadssatsningens områden än i övriga länet för alla åldersgrupper, med störst skillnad bland 40–60 åringar (Figur 15). Fler män än kvinnor har diagnosen psykos, och bland båda könen är psykos vanligare förekommande i Storstadssatsningens områden än i övriga länet. Den ökade sjukdomsördan i Storstadssatsningen områden beror förmodligen både på en ökad risk för psykisk sjukdom hos individer med låg socioekonomisk tillhörighet, och att allvarlig psykisk sjukdom dessutom kan resultera i transition till en lägre socioekonomisk position, så kallad social drift.



Figur 15. Antal med psykos per 100 invånare uppdelat på ålder, i Storstadssatsningens områden och i övriga länet. Figuren är baserad på en sammanslagning av data från år 2006–2011. Värdena för Storstadssatsningens områden är utjämnade med 5-punkters glidande medelvärden och värdena för övriga länet är utjämnade med 3-punkters glidande medelvärden.

Diskussion

Syftet med rapporten är att jämföra förekomsten av vanliga folksjukdomar mellan två grupperingar av områden med varierande socioekonomisk sammansättning. I rapporten har områden som präglats av stort utanförskap och sämre socioekonomiska förutsättningar (Storstadssatsningens områden) jämförts mot övriga Stockholms län.

Högre sjukdomsbörda i Storstadssatsningens områden

Förekomst av högt blodtryck, diabetes, kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) och psykos samt insjuknande i akut hjärtinfarkt var högre för invånarna i Storstadssatsningens områden jämfört med övriga länet i samtliga åldrar under åren 2006–2011. Diagnosen depression var vanligare hos befolkningen i medelåldern i Storstadssatsningens områden jämfört med övriga länet. Bland invånare under 40 år samt över 65 år observerades det omvända.

Kvinnor drabbades i högre grad av högt blodtryck och depression, medan diabetes, akut hjärtinfarkt och stroke var vanligare bland män. KOL var vanligare bland män än kvinnor i Storstadssatsningens områden, men omvända förhållanden observerades i övriga länet. Kvinnor röker i betydligt större omfattning än tidigare, vilket har lett till en kraftig ökning i förekomst av KOL bland kvinnor. Enligt Folkhälsoenkät 2010, som besvaras av mer än 30 000 slumpmässigt utvalda personer från 18 år i Stockholms län, är andel dagliga rökare högre för män än för kvinnor i Storstadssatsningens områden men det omvända gäller för Stockholms län, vilket överensstämmer med förekomsten av KOL (Burström et al, 2014).

Skillnaderna i förekomst av högt blodtryck och diabetes mellan Storstadssatsningens områden och övriga länet var mer uttalade för kvinnor än för män, medan områdesskillnaderna i förekomst av KOL, akut hjärtinfarkt och stroke var tydligare för män än för kvinnor.

Ökad sjukdomsbörda över tid för vissa diagnoser

Vid jämförelse mellan år 2006 och år 2011 noteras en tydlig ökning i förekomst av högt blodtryck. Prevalensökningen förklaras sannolikt av förbättrad diagnostisering snarare än ökning i förekomst av högt blodtryck. Förändring av ersättningssystem inom primärvården i Stockholms län efter år 2008 med tillkomst av målbaserad ersättning kan ha varit en bidragande faktor till denna ökning. Prevalensen av KOL har ökat bland kvinnor i både Storstadssatsningens områden och övriga länet. Även depression har blivit vanligare, då framför allt i övriga länet. Prevalensen av diabetes har ökat något mellan år 2006 och år 2011. I absoluta tal är ökningen störst för kvinnor i Storstadssatsningens områden. De stora och ökande skillnaderna i diabetesprevalens är anmärkningsvärda, med två till tre gånger högre prevalens bland kvinnor i Storstadssatsningens områden jämfört med länet i övrigt.

Yngre ålder vid insjuknande i Storstadssatsningens områden

Invånare i Storstadssatsningens områden insjuknar tidigare i akut hjärtinfarkt och stroke jämfört med övriga länet. Män insjuknar tidigare än kvinnor för respektive område, men medianåldern för stroke insjuknande bland kvinnor i Storstadssatsningen områden och män i övriga länet skiljer sig endast marginellt. Invånare med diabetes och KOL är också yngre i Storstadssatsningens områden än i övriga länet, vilket observeras för båda könen. Tidigt insjuknande innebär ofta en längre framskriden sjukdom och ökad risk för komplikationer senare i livet. Att invånare i Storstadssatsningens områden insjuknar tidigare i vanliga folksjukdomar påtalar vikten av preventiva åtgärder tidigt i livet som främjar goda levnadsvanor samt minskar alkoholkonsumtion och rökning. Hälso- och sjukvården kan, genom en mer proaktiv hållning samt utåtriktad och uppsökande verksamhet, bidra till tidig upptäckt och minskad sjuklighet och komplikationer bland befolkningen i Storstadssatsningens områden. I en tidigare rapport observerades att andelen invånare som på grund av dålig ekonomi avstått från att söka vård, trots upplevt behov av vård, var avsevärt högre bland kvinnor (11 procent) och män (5 procent) i Storstadssatsningens områden jämfört med övriga länet (kvinnor 4 procent; män 3 procent) (Burström et al, 2014). Detta tyder på att vården behöver ändra ansats i förhållande till befolkningen.

Vanligare med sjukhusinläggningar för kroniska sjukdomar i Storstadssatsningens områden

Sjukhusinläggning för kroniska sjukdomar kan vara ett tecken på sjukdomens svårighetsgrad eller tyda på otillräcklig behandling i öppenvård. Det fanns tydliga områdesskillnader i sjukhusinläggning för KOL, med procentuellt fler inläggningar för invånare med KOL från Storstadssatsningens områden. Däremot fanns det inga skillnader i sjukhusinläggningar bland diabetiker mellan Storstadssatsningens områden och övriga länet, med undantag av invånare under 34 år där sjukhusinläggningar var vanligare i övriga länet. Detta kan delvis bero på att diabetes typ 1 utgör majoriteten av diabetesfallen i denna åldersgrupp. Risken för extrema blodsockervärden är högre vid diabetes typ 1, och kan föranleda ineliggande vård tidigt i sjukdomsförloppet.

En tidigare studie med avseende på undvikbar slutenvård (ett mått som baseras på ett antal diagnoser för vilka slutenvård inte skulle behövas, givet optimal behandling i öppenvård) fann man att förekomsten av undvikbar slutenvård var högre i områden med lägre medianinkomst än i områden med högre medianinkomst, vilket kan indikera att en förstärkning av öppenvården i områden med lägre medianinkomst skulle kunna minska förekomsten av undvikbar slutenvård (Corman et al, 2014).

Är resultaten pålitliga?

Prevalenserna av vanliga folksjukdomar i denna rapport förutsätter att mätningen av sjukdomsförekomst i datamaterialet är korrekt samt att individernas områdestillhörighet inte missklassificeras.

Uppskattning av områdesskillnader kan påverkas om diagnostisering och registrering av sjukdomar skiljer sig mellan invånare i Storstadssatsningen och i övriga länet. Högt blodtryck, typ 2 diabetes och KOL ger initialt inga eller lindriga symptom, vilket ökar risken för underdiagnostisering, i synnerhet om man har begränsad kontakt med sjukvården. En tidigare rapport har visat att kvinnor och män i åldern 18–64 år har lägre genomsnittligt antal läkarbesök i Storstadssatsningen områden jämfört med övriga länet, vilket också stämmer överens med fyndet att en större andel i dessa områden avstår från att söka vård trots behov (Burström et al, 2011). Det är således möjligt att

skillnaden i sjukdomsförekomst mellan Storstadssatsningens områden och övriga länet är ännu större än vad som uppskattas i denna rapport.

Prevalensen av diabetes har också mäts genom att titta på dem som hämtat ut förskrivna och uthämtade diabetesläkemedel. En jämförelse visar att prevalensen av diabetes år 2006 är relativt lika oavsett om den beräknas med hjälp av diagnoser i register eller uthämtade läkemedel både bland kvinnor och män. För år 2011 blir prevalensen för män i åldern 50–74 år i Storstadssatsningens områden 1–3 procentenheter högre vid mätning med läkemedelsuttag istället för diagnos. Motsvarande skillnad finns inte för män i övriga länet. Sammantaget innebär detta att prevalensen av diabetes bland män ökat mer i Storstadssatsningen än i övriga länet under år 2006–2011 om man mäter med läkemedelsuttag istället för diagnoser.

Databaserna som används i denna rapport har generellt hög täckning och validitet. Risken för selektionsbias är mycket låg, då alla registrerade invånare är inkluderade. Ett systematiskt bortfall av individer med mer eller mindre ohälsa är därmed osannolik. Uppskattningarna av skillnader i sjukdomsförekomst kan därmed bedömas som relativt robusta.

Vad beror skillnaderna på?

Flera studier har visat att människor med lägre socioekonomisk status har högre sjukdomsburda. Enligt en rapport från Stockholms län landsting som jämför livsvillkor, levnadsvanor och hälsa bland 39 stadsdelar och kommuner i Stockholms län, skiljer sig medellivslängden mellan Storstadssatsningens områden och hela Stockholms län med 3,1 år för män och 1,8 år för kvinnor år (Burström et al, 2014). Invånarna i Storstadssatsningens områden uppgav lägre självskattat allmänt hälsotillstånd och sämre hälsorelaterad livskvalitet. Dessutom upplevde de även i högre grad nedsatt psykiskt välbefinnande och rapporterade oftare långvarig begränsande sjukdom med inskränkning på arbetsförmåga och andra dagliga sysselsättningar. Rapporten bygger på uppgifter från bland annat Stockholms läns landstings folkhälsoenkät från år 2010.

Hälsa och förekomst av sjukdom förklaras av en rad olika faktorer utöver ålder, kön och arv. Dessa bestämningsfaktorer kan indelas i individuella levnadsvanor, socialt stöd och sociala nätverk, livsvillkor och arbetsförhållanden samt övergripande socioekonomiska, kulturella och miljömässiga förhållanden i samhället. Den socioekonomiska tillhörigheten påverkar i hög grad samtliga faktorer och i sin tur också hälsa.

Skillnader i individuella levnadsvanor

Enligt tidigare jämförelser av levnadsvanor (Burström et al, 2014) ägnar sig invånarna i Storstadssatsningens områden mindre åt regelbunden motion och är mer stillasittande på sin fritid. Andelen som konsumerar frukt, bär, grönsaker, baljväxter och rotfrukter minst fem gånger dagligen är också lägre. Fetma ($BMI \geq 30$) är vanligare bland både kvinnor och män i Storstadssatsningens områden jämfört med övriga Stockholms län, omkring 20 procent i Storstadssatsningens områden jämfört med tolv procent för hela Stockholms län. Vidare är fetma mer än dubbelt så vanligt både bland lågutbildade jämfört med högutbildade och bland personer med lägst socioekonomisk position jämfört med personer med högst socioekonomisk position. Dessutom är daglig rökning betydligt vanligare och intensivkonsumtion av alkohol något vanligare i Storstadssatsningens områden än i länet.

Skillnader i livsvillkor och arbetsförhållanden

Livsvillkoren skiljer sig mellan Storstadssatsningens områden och Stockholms län i sin helhet. En högre andel i Storstadssatsningens områden är arbetslösa, förtidspensionärer

och/eller har ekonomiskt bistånd. Det är vanligare att invånare i Storstadssatsningens områden har svårigheter att klara av löpande utgifter, och de avstår i högre grad från att gå till sjuk- eller tandvården, eller hämta ut läkemedel på grund av dålig ekonomi (Burström et al, 2014).

Skillnader i tillit, socialt stöd och sociala nätverk

Även det sociala stödet och nätverket kan svikta i högre grad. Drygt var fjärde invånare i Storsatsningens områden som besvarat folkhälsoenkäten 2010 uppger låg tillit till andra människor i bostadsområdet, jämfört med sju procent i Stockholms län (Burström et al, 2014). Man deltar också i något mindre grad i sociala aktiviteter i Storstadssatsningens områden.

Skillnader i hälsolitteracitet

Studier har visat att förmågan att förvärva, förstå och använda information om hälsa (hälsolitteracitet) påverkar hälsan och skiljer sig mellan olika grupper, där låg hälsolitteracitet är vanligare bland patienter från lägre socioekonomiska grupper och bland nyanlända invandrare. En studie från USA har visat att överlevnad i hjärtsvikt skiljer sig mellan patienter med olika nivåer av hälsolitteracitet, även efter att man tagit hänsyn till sjukdomens svårighetsgrad (Peterson et al, 2011). Hälsolitteracitet påverkar inte endast möjligheten att förstå hälsoinformation, men även förmågan att navigera i hälsosystemet och möjligheten till att få läglig vård på rätt vårdnivå.

Vårdbehov och vårdkonsumtion

Utöver hälsans bestämningsfaktorer som diskuteras ovan, påverkar även vårdkonsumtion och vårdkvalitet hälsoutfall. Hälso- och sjukvårdslagen betonar vikten av jämlik vård, där lika fall ska behandlas lika (horisontell jämlikhet) och personer med störst vårdbehov ska tilldelas mest resurser (vertikal jämlikhet). För att vården ska vara rättvis fördelad förväntas således vårdkonsumtionen styras av vårdbehov på så sätt att individer med större sjukdomsburden använder vården i större utsträckning än övriga. Lägre socioekonomiska grupper har ofta mer ohälsa och således större vårdbehov. Det förväntade vårdbehovet återspeglas dock inte i verkligheten. En tidigare rapport har visat att kvinnor och män i arbetsför ålder har lägre genomsnittligt antal läkarbesök i Storstadssatsningens områden än i övriga länet (Burström et al, 2011). Förekomsten av undvikbar slutenvård är också högre i områden med lägre medianinkomst än i områden med högre medianinkomst, en indikation på ökad sjuklighet såväl som sämre tillgång till välfungerande primärvård och annan öppenvård (Corman et al, 2014).

För att öka valfrihet och tillgång till vård, genomfördes Vårdvalsreformen i Stockholms läns landsting i januari 2008. Med reformen fick invånarna möjlighet att välja vårdgivare inom primärvården, samtidigt som det innebar fri etableringsrätt för nya vårdgivare på marknaden. I samband med reformen ändrades även ersättningsystemet i primärvården, och det tidigare behovsbaserade resursfördelningssystemet i primärvården upphörde – alla vårdgivare har numera samma ersättning, oavsett var mottagningen är belägen. Primärvården har tidigare ansvarat för befolkningsinriktat hälsofrämjande och förebyggande arbete inom sitt upptagningsområde. Med Vårdvalsreformen föll detta ansvar bort, och det finns idag ingen tydlig aktör med ett lokalt ansvar för det befolkningsinriktade arbetet. Långtidseffekterna av denna vårdreform samt hur reformen har påverkat vård på lika villkor är under utredning, men en del preliminärresultat finns tillgängliga. En rapport som belyste förutsättningarna för hälsofrämjande arbete i Stockholms läns landsting konkluderade att dessa förutsättningar försämrades i och med vårdvalsreformen och det ändrade

ersättningsystemet (Johansson, 2012). Detta kan vara särskilt negativt för områden med högre ohälsa och sjukdomsbörda.

En uppföljning fem år efter Vårdvalsreformen visar en relativ ökning av läkarbesök i låginkomstområden jämfört med höginkomstområden före och efter värdalet (Dahlgren, 2013). Resultaten redovisas dock på områdesnivå och det är oklart huruvida ökningen i läkarbesök fördelar sig mellan låg- och höginkomsttagare i respektive område. Jämförelse mellan utbildningsnivå visar att individer med kortare utbildning har ökat sin vårdkonsumtion i relation till högutbildade. Födelseland tycks inte ha någon påverkan på den relativa ökningen av antalet läkarbesök. Utvärderingar av vårdvalsreformens inverkan på vårdkonsumtion är få och behöver utforskas vidare.

Konklusion och rekommendationer

Sammanfattningsvis visar denna rapport att sjukdomsbördan var högre i socioekonomiskt utsatta områden än i övriga Stockholms län under år 2006 till 2011. Dessutom är invånarna i dessa områden yngre när de insjuknar i vanliga kroniska och akuta sjukdomar, samt blir oftare inlagda på sjukhus för kroniska tillstånd. Exempelvis är prevalensen av diabetes mer än dubbelt så högt bland kvinnor i Storstadssatsningens områden jämfört med övriga länet. Livsvillkor och levnadsvanor är avgörande för skillnader i ohälsa mellan Storstadssatsningens områden och övriga Stockholms län.

Tillgång till sjukvård av god kvalitet kan påverka diagnostisering och behandling av sjukdomar, men har sannolikt mindre inverkan på insjuknande. Ökad sjukdomsförekomst medför lidande och leder till högre kostnader för individ såväl som samhälle. Sjukdomstillstånden i denna rapport kan till stor del förhindras eller bromsas genom preventiva åtgärder, där individ- och befolkningsinriktade insatser med fördel kombineras. Preventiva insatser bör vara långsiktiga och rikta sig både mot strukturella faktorer som livsvillkor och individuella levnadsvanor. Hälso- och sjukvården har en viktig roll i hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete, men preventiva insatser bör även inbegripa verksamhetsområden som utbildning, boendemiljö, arbetsvillkor och försörjning.

Primärvården har tidigare ansvarat för befolkningsinriktat hälsofrämjande och förebyggande arbete inom sitt upptagningsområde men det finns idag ingen tydlig aktör med ett lokalt ansvar för preventionsarbete. Förtydligande av ansvarsområde och samverkan mellan landsting och kommunala verksamheter är angeläget för att minska sjukdomsbördan, de växande sjukvårdskostnaderna och ojämlikhet i hälsa. Särskilda insatser bör riktas mot utsatta grupper som barn, vuxna med sammansatta sociala och medicinska besvär, samt nyanlända invandrare.

Malmö föregår här med gott exempel genom att ha utarbetat vetenskapligt underbyggda förslag till hur ojämlikhet i hälsa kan minskas i Malmö stad. (Kommissionen för ett socialt hållbart Malmö, 2013). Förslagen, anpassade efter lokala förhållanden, torde vara tillämpliga även i Stockholms län. I Göteborg finns goda exempel (Angered's närsjukhus) på hur hälso- och sjukvården försökt anpassa sin verksamhet till behovet i bostadsområdet.

Denna rapport visar påtagliga hälsoskillnader mellan befolkningen i socialt och ekonomiskt utsatta områden och övriga områden, men också på möjligheter för en påtaglig hälsoförbättring genom samlade strukturella insatser och lokal förstärkning av

resurser till hälso- och sjukvården för specifika insatser och en ökad samverkan med andra lokala aktörer.

Referenser

- Burström B, Burström K, Corman D. Livsvillkor, levnadsvanor och hälsa i Stockholms län – Öppna jämförelser 2014. Stockholm: Stockholm läns landsting, Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, 2014.
- Burström B, Engström K, Burström K, Corman D, Sun S. Ojämlighet i hälsa i Stockholms län. Folkhälsorapporten 2011. Stockholm: Stockholms läns landsting, Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, 2011.
- Byrne M, Agerbo E, Eaton WW, Mortensen PB. Parental socio-economic status and risk of first admission with schizophrenia– a Danish national register based study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2004;39(2):87–96.
- Carlsson A, Wändell P, Ösby U et al. High prevalence of diagnosis of diabetes, depression, anxiety, hypertension, asthma and COPD in the total population of Stockho, Sweden – a challenge for public health. *BMC Public Health* 2013, 13:670
- Clark AM, DesMeules M, Luo W, Duncan AS, Wielgosz A. Socioeconomic status and cardiovascular disease: risks and implications for care. *Nature reviews. Cardiology*. 2009;6(11):712–722.
- Connolly V, Unwin N, Sherriff P, Bilous R, Kelly W. Diabetes prevalence and socioeconomic status: a population based study showing increased prevalence of type 2 diabetes mellitus in deprived areas. *Journal of epidemiology and community health*. 2000;54(3):173–177.
- Corman D, Bruce D, Burström B. Områdesskillnader i undvikbar slutenvård i Stockholms län 2008–2011. Stockholm: Stockholm läns landsting, Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, 2014.
- Dahlgren C, Brorsson H, Sveréus S, Goude F, Rehnberg C. Fem år med husläkarsystemet inom Vårdval Stockholm. Stockholm: Karolinska Institutet, 2013
- Gershon AS, Dolmage TE, Stephenson A, Jackson B. Chronic obstructive pulmonary disease and socioeconomic status: a systematic review. *Copd*. 2012;9(3):216–226.
- Grotto et al. Hypertension and socioeconomic status. *Curr Opin Cardiol*. 2008;23(4):335–339
- Hiscock R, Bauld L, Amos A, Fidler JA, Munafo M. Socioeconomic status and smoking: a review. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2012;1248:107–123.
- Hjärt- och Lungsjukas Riksförbund. En rapport om KOL. Stockholm: Hjärt- och Lungsjukas Riksförbund, 2009. http://www.hjart-lung.se/hjartlung/uploads/dokument/kol_rapport_webb.pdf. Nedladdad 2014-12-12
- Janlöv N, Andersson A, Beckman A, Sveréus S, Wiréhn AB, Rehnberg C. Vem har vårdvalet gynnat? En jämförande studie mellan tre landsting före och efter vårdvalets införande i primärvården. Stockholm: Myndigheten för vårdanalys, 2013.
- Jansson SA, Andersson F, Borg S, Ericsson A, Jonsson E, Lundback B. Costs of COPD in Sweden according to disease severity. *Chest*. 2002;122(6):1994–2002.
- Johansson H. Vårdval Stockholm, Husläkarverksamheten och det hälsofrämjande arbetet. Umeå: Umeå universitet, 2012.

- Kahan T, Carlberg B, Nilsson P. Hypertoni är största hotet mot global hälsa. *Läkartidningen*. 2013;110:CCAF
- Kommissionen för ett socialt hållbart Malmö. Malmös väg mot en hållbar framtid. Malmö: Malmö stad, 2013.
http://malmo.se/download/18.3108a6ec1445513e589b92/1393252195410/malmo%CC%88kommissionen_slutrapport_2014.pdf. Nedladdad 2014-12-12
- Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012;380:2224–60.
- Lorant V, Deliege D, Eaton W, Robert A, Philippot P, Ansseau M. Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis. *American journal of epidemiology*. 2003;157(2):98–112.
- Melchior M, Chastang JF, Head J, et al. Socioeconomic position predicts long-term depression trajectory: a 13-year follow-up of the GAZEL cohort study. *Molecular psychiatry*. 2013;18(1):112–121.
- Perala J, Suvisaari J, Saarni SI, et al. Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. *Archives of general psychiatry*. 2007;64(1):19–28.
- Peterson PN, Shetterly SM, Clarke CL, et al. Health literacy and outcomes among patients with heart failure. *JAMA*. 2011;305:1695–1701
- Qvarnström M, Wettermark B, Ljungman C, et al. Antihypertensive treatment and control in a large primary care population of 21167 patients. *J Hum Hypertens*. 2011;25:484–91.
- Saydah S, Lochner K. Socioeconomic status and risk of diabetes-related mortality in the U.S. *Public health reports (Washington, D.C. : 1974)*. 2010;125(3):377–388.
- Sobocki P. Samhällets kostnader för depression har fördubblats på åtta år. *Läkartidningen*. 2007;104:11
- Socialstyrelsen. *Folkhälsorapport 2009*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2009.
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8495/2009-126-71.pdf>. Nedladdad 2014-12-12
- Socialstyrelsen. *Dödsorsaker 2012*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2013.
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19175/2013-8-6.pdf>. Nedladdad 2014-12-12
- Socialstyrelsen. *Dödsorsaksregistret*.
<http://www.socialstyrelsen.se/register/dodsorsaksregistret>. Nedladdad 2014-12-12
- Statens Beredning för Medicinsk Utvärdering (SBU). *Evidensbaserad omvårdnad – behandling av personer med depressionssjukdomar*. Stockholm: SBU, 1999.
<http://www.sbu.se/sv/Publicerat/Vit/Evidensbaserad-omvardnad-vid-behandling-av-personer-med-depressionssjukdomar/>. Nedladdad 2014-12-12
- Statistiska Centralbyrån (SCB). *Övertäckning i Registret över totalbefolkningen 2010*. Örebro: SCB, 2010.
http://www.scb.se/statistik/_publikationer/BE9999_2009A01_BR_BE96BR1005.pdf. Nedladdad 2014-12-12

- Statistiska Centralbyrån (SCB). Longitudinell integrationsdatabas för sjukförsäkrings- och arbetsmarknadsstudier (LISA). <http://www.scb.se/lisa/> Nedladdad 2014-12-12
- Stockholms läns landsting. VAL databaserna – datalager för uppföljning av vårdhändelser i SLL. Stockholm: SLL, 2014.
<http://www.gups.sll.se/val/Valhandbok.pdf>. Nedladdad 2014-12-12
- Svenska Psykiatriska Föreningen. Schizofreni – kliniska riktlinjer för utredning och behandling. Stockholm: Gothia förlag, 2009.
http://www.svenskpsykiatri.se/riktlinjer/rp_schizofreni_tryck.pdf. Nedladdad 2014-12-12
- Wang JY, Wang CY, Juang SY, et al. Low socioeconomic status increases short-term mortality of acute myocardial infarction despite universal health coverage. *International journal of cardiology*. 2014;172(1):82–87.
- Wicks S, Hjern A, Dalman C. Social risk or genetic liability for psychosis? A study of children born in Sweden and reared by adoptive parents. *American Journal of Psychiatry*. 2010;167(10):1240–1246.
- Wirback T, Björklund G, Lind S, Engström K. Geografiska och sociala skillnader i ångest och depression bland ungdomar i Stockholms län. Stockholm: Karolinska Institutets Folkhälsoakademi, 2010:16
- World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization, 2011. . Nedladdad 2014-12-12
- World Health Organization. Global atlas on cardiovascular disease prevention and control. Geneva: World Health Organization, 2011.
http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241564373_eng.pdf. Nedladdad 2014-12-12
- World Health Organization. Depression.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>. Senast uppdaterat 2012-10. Nedladdad 2014-12-12
- World Health Organization. A global brief on hypertension. Geneva: World Health Organization, 2013.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79059/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_eng.pdf. Nedladdad 2014-12-12
- World Health Organization. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD).
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs315/en/>. Senaste uppdaterat 2013-10. Nedladdad 2014-12-12

Bilagor

Bilaga 1. Storstadssatsningens områden

Område	Kommun	Befolkning 2011
Alby	Botkyrka	13197
Fittja	Botkyrka	8106
Hallunda/Norsborg	Botkyrka	19638
Jordbro	Haninge	8007
Flemingsberg	Huddinge	11815
Vårby Gård	Huddinge	7879
Västra Skogås	Huddinge	6906
Husby	Stockholm	12667
Rinkeby	Stockholm	16792
Rågsved	Stockholm	12117
Skärholmen	Stockholm	8849
Tensta	Stockholm	19325
Fornhöjden	Södertälje	4234
Geneta	Södertälje	5346
Hovsjö	Södertälje	5602
Ronna	Södertälje	7860

Bilaga 2. Definitioner av population och område

Populationen i rapporten ska utgöras av alla personer bosatta i Stockholms län. Men på grund av att all data kommer från register och att rapporten gör både årliga analyser och sammanslagna analyser för perioden år 2006–2011 har vissa modifieringar gjorts.

För de årliga analyserna utgår man från alla som någon gång varit folkbokförda i länet under året. Alla dessa tillskrivs sedan ett område hierarkiskt efter följande ordning, område 1/1, område vid första inflyttningen, område vid sista utflyttningen, område 31/12, eller okänt område. De personer som har okänt område saknar antingen uppgift eller är restförda. Dessa personer exkluderas från studien då man inte vet om de bor i Storstadssatsningens områden eller i övriga länet. Denna grupp utgör mindre än 0,5 procent av totala befolkningen.

I vissa analyser beräknas ett sammanvägt mått baserat på data från alla åren 2006–2011. För dessa analyser definieras populationen som alla personer som varit folkbokförda i länet någon gång under perioden år 2006–2011. Varje person tillskrivs det område som personen bodde i första gången personen var folkbokförd i länet under perioden 2006–2011 oavsett ifall personen flyttar därifrån.

Svårigheter att mäta populationen

Uppgifter om populationen är hämtade från Registret över totalbefolkningen (RTB). Ett väl dokumenterat problem med registret är övertäckning orsakat av personer som flyttar från Sverige utan att meddela myndigheterna. I en rapport från 2010 har SCB försökt att kartlägga storleken och konsekvenserna av övertäckningen. År 2007, för hela Sverige, uppskattades det att drygt 38 000 i åldern 16 år eller äldre utgjorde övertäckningen. Av dessa var bara drygt 12 000 födda i Sverige eller i Norden. En konsekvens av denna övertäckning, speciellt i de äldre åldersgrupperna, är att man underskattar dödlighet och sjuklighet. Eftersom befolkningen i Storstadssatsningens områden till stor del är utrikesfödda finns det en risk att man därmed underskattar sjukligheten framför allt i de äldre åldersgrupperna. Det är dock svårt att rensa ut personer som misstänks ha lämnat Sverige då det bland annat kräver tillgång till flera samkörda register. På grund av detta har alla personer i RTB tagit med.

Flera av analyserna i rapporten baseras på sammanslagna data för perioden år 2006–2011. För att varje person ska tillskrivas endast ett område har vi här valt att gå på det område som personen bodde i vid första registreringnen. En konsekvens blir att personer som flyttar mellan Storstadssatsningens områden och övriga länet under perioden år 2006–2011 inte byter område. En grov uppskattning av antalet personer som flyttar mellan Storstadssatsningens områden och övriga länet visar att det är mer än dubbelt så många som flyttar från Storstadssatsningens områden till övriga länet än tvärt om. Uppskattningen bygger på dem som bodde i länet både år 2006 och 2011. Vi har trots detta valt att behålla vår definition av områdestillhörighet eftersom alternativen haft andra nackdelar.

Bilaga 3. Åldersstandardisering

Att risken för att drabbas av många sjukdomar ökar med åldern är välkänt. När prevalensen/incidensen av olika sjukdomstillstånd i Storstadssatsningens områden och i övriga länet jämförs påverkas därför prevalenserna/incidenserna av åldersfördelningen i områdena. För att ta bort effekten av ålder används åldersstandardisering i vissa analyser.

Det första steget i åldersstandardiseringen är att beräkna den årliga åldersfördelningen i länet för åren 2006–2011. Utifrån de årliga åldersfördelningarna beräknas sedan genomsnittliga åldersvikter som medelvärdet av andelen personer i respektive åldersklass åren 2006–2011. Ett exempel på hur åldersvikten beräknades visas i tabellen nedan. Åldersvikten (sista kolumnen) är medelvärdet av andelarna år 2006 till 2011. På detta sätt får man en uppskattning av den genomsnittliga åldersfördelningen i länet för åren 2006–2011 samtidigt som man bara använder en uppsättning åldersvikter för hela tidsperioden. De ålderstandardiserade prevalenserna och incidenserna beräknas sedan som summan av prevalensen/incidensen i varje åldersklass viktat med den genomsnittliga åldersvikten.

Ålder	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Åldersvikt
35–44	26,4	26,5	26,4	26,1	25,9	25,6	26,1
45–54	23,5	23,6	23,8	24,3	24,6	24,9	24,1
55–64	22,9	22,6	22,1	21,4	20,8	20,3	21,7
65–74	13,2	13,7	14,3	15,1	15,7	16,3	14,7
75–84	9,3	9,1	8,8	8,5	8,4	8,3	8,7
85+	4,7	4,7	4,7	4,7	4,7	4,6	4,7

Glidande medelvärden

Skillnader i åldersspecifika prevalenser mellan Storstadssatsningens områden och övriga länet redovisas i denna rapport med hjälp av linjediagram. I dessa linjediagram visas antalet personer per 100 invånare med ett visst sjukdomstillstånd uppdelat på ålder. Eftersom befolkningen i storstadssatsningen är relativt liten uppstår variationer i de åldersspecifika prevalenserna över tid. För att linjediagrammen ska bli läsbara har 3- och 5-punkters oviktade glidande medelvärden används för att jämna ut linjerna (dataserierna). Som ett exempel beräknas 3-punkters oviktade glidande medelvärden för personer som är 42 år gamla som medelvärdet av prevalenserna för personer som är 41, 42, och 43 år gamla. Ju fler punkter som används i det glidande medelvärdet desto mer utjämnad blir linjen.

ISBN 978-91-87691-27-0



**Centrum för epidemiologi
och samhällsmedicin**

STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING