

Redovisning på kommun/stadsdelsnivå

Läsanvisning

I bifogade tabeller och diagram redovisas övergripande olika befolkningsdata och vårdkonsumtion för länets kommuner och Stockholms stadsdelar. Avsikten är att grundmaterialet i utvecklad form ska utgöra ett underlag för diskussioner i de geografiska beredningarna liksom för budget och planering.

Materialet består av följande delar.

A. mått som speglar grad av ohälsa hos befolkningen

- Medellivslängd för män och kvinnor
- Ohälsotal 2001
- Förtidspensionärer 2001

Ovanstående uppgifter är hämtade via landstingets regionplanekontor, bla den sk områdesdatabasen.

Begreppet *ohälsotal* används alltför ofta som ett enkelt mått på ohälsan inom ett geografiskt område. Ohälsotalet är ett samlingsnamn för det sammanlagda antalet ersatta dagar med sjukpenning, rehabiliteringsersättning, arbetsskadesjukpenning, förtidspension och sjukbidrag per registrerad försäkrad 16-64 år, således inte hela befolkningen.

Vi är medvetna om att ohälsotal liksom antal förtidspensionärer inte är något bra mått på ohälsan, särskilt om mätningen spänner över en längre tidsperiod. Dock anser vi att måtten kan accepteras för att ge en lägesbeskrivning och visa på skillnader mellan olika kommuner.

Ohälsan i en befolkning kan på ett bättre sätt mätas genom enkätstudier av upplevd ohälsa. En sådan genomförs f.n. av Samhällsmedicin med enkäter till 50.000 personer. Resultatet kommer att redovisas i den folkhälsorapport för länet, som för närvarande är under framtagande.

B. Vårdkonsumtionen

Befolkningens vårdkonsumtion per kommun/stadsdel redovisas i form av kostnader, antal besök och vårdtillfällen.

Metodbeskrivning:

På uppdrag av HSN tar Samhällsmedicin årligen fram ett förslag till resursfördelningsindex för budgeten. På så sätt har underlag erhållits för fördelning av budgeterat landstingsbidrag till SO:na. I indexet tas hänsyn till olika faktorer såsom befolkningens storlek, åldersstruktur samt socioekonomiska faktorer, så att fördelningen ska bli så rättvis som möjligt med avseende på sjukvårdskonsumtionen.

Till detta bokslut har resursfördelningsindexet nedbrutits på kommun-/stadsdelsnivå.

Även de faktiska kostnaderna per SO enligt bokslutet har fördelats på kommun-/stadsdelsnivå.

De faktiska kostnaderna har sedan jämförts med de förväntade kostnaderna enligt resursfördelningsindexet på kommun-/stadsdelsnivå. Motsvarande jämförelse har gjorts beträffande verksamhetstal. Resultatet redovisas i bifogade diagram (bilaga y).

Värdet 100 i diagrammen innebär att faktiskt utfall motsvarar det förväntade utfallet för en kommun/stadsdel. Ett värde högre än 100 indikerar att utfallet är högre än förväntat och ett värde lägre än 100 att utfallet är lägre än förväntat.

Det ska understrykas att resursfördelningsindexet har konstruerats för fördelningen av budgetmedel på SO-nivån. En nedbrytning på lägre nivåer medför en ökad grad av osäkerhet och minskar förklaringsvärdet. Resultaten måste därför tolkas med stor försiktighet. Samtidigt ökar intresset i den nya organisationen för information på denna lägre geografiska nivå. Det är därför angeläget att vidareutveckla fördelningsprinciper och indexkonstruktioner liksom att uppnå en heltäckande registrering av uppgifter i den öppna vården. Ett omfattande arbete med denna inriktning pågår inom beställarorganisationen.

Kommentarer till bifogade diagram.

-Medellivslängd

Österåker är den kommun i länet där medellivslängden för såväl kvinnor som män är högst. Den lägsta medellivslängden redovisas för stadsdelarna Kista (män) och Skärholmen (kvinnor). Generellt sett är bidragande faktorer till låg medellivslängd sannolikt förekomst av en hög andel lågavlönade och låginkomstpensionärer, olika sociala- och hälsoproblem, t ex alkoholproblem, livsstilsfaktorer t ex bristande motion, rökning och dåliga matvanor m m. Dock kan många av dessa faktorer ligga längre tillbaka i tiden eftersom det ofta går lång tid från sämre livsvillkor i en socioekonomisk riskgrupp tills personen blir sjuk och slutligen avlider.

-Ohälsotal och antal förtidspensionärer 45 – 64 år

I Stockholms län ökade sjukskrivningen kraftigt 1998-2001, mätt i sjuktal (antal sjukpenningdagar per sjukpenningförsäkrad). Sjukskrivning är den enskilde läkarens bedömning av patientens möjlighet utföra sitt arbete p g a sjukdom, inte ett generellt mått på ohälsa och sjukdom. Ökad sjukskrivning kan ha en mängd olika förklaringar, till exempel demografiska förändringar, ökad andel sjuka i sysselsättning, ökad sjuklighet, ökade arbetskrav, selektion av sjuka i betungande arbeten, förändrade konjunkturen, förändrade ersättningsnivåer och kriterier för ersättning, förändrad syn på vad som betraktas som sjukdom eller förändrade attityder.

Kranskommunerna i nordöstra delen av länet och innerstaden har de lägsta ohälsotalen. De högsta ohälsotalen redovisas för kommuner med hög andel lågavlönade och invandrare bl a Rinkeby, Botkyrka, Skärholmen och i länets ytterkommuner bl a Norrtälje, Södertälje Nynäshamn. Andelen av befolkningen mellan 45-64 år sin är förtidspensionerade uppvisar samma bild.

-Läkarbesök i öppenvård, skillnad mellan förväntat och faktiskt utfall

Empiriska studier på SCBs ULF-undersökningar från Stockholms län av vårdutnyttjandet i olika befolkningsgrupper med hänsyn taget till deras självrapporterade ohälsa talar för att låginkomsttagare och arbetslösa "underutnyttjar" öppna läkarvården något. Mönstret är dock ej entydigt.

Av diagrammet framgår att befolkningen i NÖSO och NSSO utnyttjar den öppna vården i högre grad än förväntat. Det kan konstateras att läkartillgången är störst i dessa områden, vilket kan indikera att utbudet har betydelse för befolkningens vårdkonsumtion. Vidare kan noteras den höga vårdkonsumtionen i förhållande till förväntat för Rinkeby och Kista, som har en stor andel låginkomsttagare och invandrare. Dessa stadsdelar redovisar även höga ohälsotal, vilket kan tolkas som att stora hälsoproblem föreligger i dessa områden. Ytterkommunerna i länet, te x Södertälje, Norrtälje, Upplands-Bro och Nynäshamn har lägre utfallen än förväntat. Här kan ett lägre utbud kombinerat med långa avstånd ha betydelse för vårdkonsumtionens storlek.

-Vårdtillfällen, skillnad mellan förväntat och faktiskt utfall

Tidigare gjorda analyser visar att SVSO har en högre slutenvårdskonsumtion inom akutsjukvården än förväntat. Som förklaringsfaktor har därvid nämnts det stora vårdplatsutbudet, jämfört med övriga SO:na, som är tillgängligt för SVSO:s befolkning. Detta kommer även fram i bilagda diagram. Det kan noteras att ytterkommunerna Norrtälje, Södertälje och Nynäshamn har en högre slutenvårdskonsumtion än förväntat. Även beträffande slutenvården är skillnaden störst för Rinkeby mellan förväntad och faktisk vårdkonsumtion.

-Kostnader, skillnad mellan förväntat och faktiskt utfall

Skillnaden mellan förväntat och faktiskt kostnadsutfall följer på SO-nivå det ekonomiska resultatet. SVSO som svarar för drygt hälften av SO:nas underskott redovisar den största skillnaden. Det kan påpekas att skillnaderna för kostnaderna relativt väl motsvarar redovisade skillnader för antal vårdtillfällen. Samma överensstämmelse kan ej iaktas beträffande antal läkarbesök. Det förklaras av att varje vårdtillfälle tar mycket mer resurser i anspråk (ett vårdtillfälle inom akutsjukvård motsvarar resursåtgången för ca 22 läkarbesök).

Slutligen finns ett diagram som visar skillnad mellan ålders/könsstandardiserade kostnader för läkemedel i öppen vård. Av bakgrundsmaterialet framgår att skillnaden mellan kommunerna räknat som kr/inv är tämligen stora. Denna skillnad utjämnas dock vid en standardisering för ålder (störst betydelse) och kön. Detta visar att åldersfaktorn spelar en mycket stor roll för läkemedelskonsumtionen.

Sammanfattning

Sammanfattningsvis visar jämförelsen mellan förväntat och faktiskt utfall för vårdkonsumtionen stora skillnader för vissa kommuner/stadsdelar. Detta trots att indexet ska kompensera för olika socioekonomiska faktorer. Orsakerna här till är svåra att analysera på basis av enbart föreliggande material och torde bero på många faktorer. En viktig orsak, som tidigare nämnts, är att resursfördelningsindexet blir osäkert vid nedbrytning på lägre geografisk nivå, vilket medverkar till att stora skillnader kan uppstå mellan förväntat och

faktisk utfall för en enskild kommun. I viss mån utjämnas dessa skillnader på SO:nivå. Dock finns anledning att i det fortsatta arbetet närmare analysera de kommuner/stadsdelar som genomgående visar stora avvikelser från genomsnittliga värden, bl a Rinkeby

Det förtjänar även att påpekas att hälso- och sjukvårdsinsatser endast påverkar hälsotillståndet till en mindre del. Sambandet mellan vårdkonsumtion och olika omvärldsfaktorer är många gånger inte särskilt starkt. Svårigheter föreligger därför ofta att dra bestämda slutsatser av jämförelser mellan vårdkonsumtion och olika befolkningsdata.

Skillnad mellan ålders/könstandardiserade kostnader för läkemedel i öppen vård 2002 per stadsdel
och kommun (kr/inv)

