



Förklaras könsskillnaderna i vårdkonsumtion av sjukdomsbörda?

En studie i Stockholms län

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.

Referera till rapporten enligt: Lager A, Walander A, Ebbevi D. Förklaras könsskillnaderna i vårdkonsumtion av sjukdomsbörda? En studie i Stockholms län. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm; 2019. Rapport 2019:5.



Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin

Box 45436, 104 31 Stockholm

ces.sls@sl.se



Rapport 2019:5

ISBN 978-91-87691-62-1



Författare: Anton Lager, Anders Walander, David Ebbevi



Layout: Viktoria Jonze

Stockholm juni 2019

Rapporten kan laddas ner från Folkhälsoguiden,

www.folkhalsoguiden.se

Förord

Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. I den här rapporten undersöker vi om könsskillnaderna i öppenvårdskonsumtion i Stockholms län kan förklaras av funktionsnedsättningsbörda som beror på sjukdom eller skada.

Om könsskillnader i vårdkonsumtion inte avspeglar faktiska könsskillnader i vårdbehov innebär det att vården varken lyckas leva upp till behovs- och solidaritetsprincipen (mest resurser där behoven är störst) eller till människovärdesprincipen (resurser ska fördelas oberoende av personliga egenskaper).

Kunskap om skillnader mellan så stora grupper i befolkningen som kvinnor och män kan också vara av intresse i strävan att alla ska få den vård de behöver men inte konsumera mer vård än nödvändigt. Det här temat är särskilt aktuellt i Stockholms län eftersom vi har flest antal öppenvårdsbesök per person i hela landet.

Cecilia Magnusson

Verksamhetschef

Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning.....	5
Bakgrund	6
Syfte.....	7
Material och metod	8
Resultat	11
Diskussion	14
Förklaras skillnader i vårdkonsumtion av skillnader i vårdbehov?	14
Hur kan den återstående skillnaden i öppenvårdskonsumtion förklaras?	14
Begränsningar	14
Implikationer.....	15
Tack	17
Referenser	18
Bilaga.....	19
Sensitivitetsanalys: Ursprungliga YLD	19

Sammanfattning

Öppenvårdsbesöken utgör 98 procent av de totala kontakterna med regional vård i Sverige. Det huvudsakliga syftet med rapporten är att ge en uppdaterad beskrivning av öppenvårdskonsumtionen i Stockholms län efter kön och ålder, samt ta reda på i vilken utsträckning könsskillnaderna går att förklara med skillnader i sjukdomsbörda.

Resultaten visar att fler kvinnor än män har minst ett öppenvårdsbesök under år 2017 (79 % av kvinnorna jämfört med 67 % av männen) och att kvinnor har ett större antal besök per patient (drygt tio per år för kvinnor och drygt åtta för män). Totalt gör detta att kvinnor genomför 44 procent fler besök per person (8,2 jämfört med 5,7).

Kvinnor är överrepresenterade i öppenvården i åldrarna 15–79 år. I nästan alla dessa åldrar har kvinnor också en högre sjukdomsbörda än män och mer än hälften av könsskillnaden i öppenvårdskonsumtion tycks kunna förklaras av detta.

Från det perspektivet tycks kvinnors överrepresentation i öppenvården alltså motiverad. Rapporten avslutas med en diskussion kring möjliga förhållningssätt till de återstående könsskillnaderna i öppenvårdskonsumtion samt till, de delvis omvända, könsskillnaderna i undvikbar slutenvård.

Bakgrund

Om könsskillnader i vårdkonsumtion inte avspeglar faktiska könsskillnader i vårdbehov, innebär det att vården inte lyckas leva upp till vare sig behovs- och solidaritetsprincipen (mest resurser där behoven är störst) eller människovärdesprincipen (resurser fördelas oberoende av personliga egenskaper). Dessa två principer ska vägleda prioriteringar inom vården [1]. Skillnader mellan så stora grupper som kvinnor och män kan också vara av intresse att utforska i strävan efter att inte konsumera mer vård än vi har behov av.

Öppenvårdsbesöken utgör 98 procent av de totala kontakterna med regional vård i Sverige. År 2017 uppgick antalet slutenvårdstillfällen, det vill säga att patienten spenderat en eller flera nätter på sjukhus, i Sverige till knappt 1,5 miljoner [3] men öppenvårdsbesöken till nästan 70 miljoner (SKL:s verksamhetsstatistik och egna beräkningar). I Stockholms län genomfördes 39 procent fler öppenvårdsbesök per person än i resten av landet.

Svensk ordbok definierar behov som ett ”inneboende krav på upphävande av viss brist” [2]. Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa på lika villkor. Vårdbehov föreligger därmed vid ohälsa, och vårdbehovet är som störst där ohälsan är som värst.

Ett omfattande arbete med att kvantifiera hur det står till med ohälsan bland kvinnor och män i olika åldrar har under de senaste tjugo åren genomförts inom ramen för det globala sjukdomsburdeprojektet Global Burden of Disease (GBD). Den samlade sjukdomsburdan skattas i termer av nedsättning av hälsan (funktion, i vid bemärkelse) på grund av sjukdom eller skada; Years Lived with Disability (YLD), samt förtida död; Years of Life Lost (YLL). CES har bidragit till att Stockholms län numera ingår som geografisk nivå i GBD-projektet.

Syfte

Syftet med den här rapporten är att ge en uppdaterad beskrivning av öppenvårdskonsumtionen i länet efter kön och ålder, samt ta reda på i vilken utsträckning könsskillnaderna går att förklara med skillnader i sjuklighet (YLD). Eftersom könsskillnader i öppenvårdskonsumtion skulle kunna leda till könsskillnader i behov av senare, mer akut och resursintensiv vård, analyserar vi också könsskillnader i så kallad undvikbar slutenvård.

Material och metod

Vårdkonsumtionsunderlaget utgörs av 2017 års data från Region Stockholms patientregister för öppenvård, slutenvård, privatpraktiker och utomlänsvård – de så kallade VAL-databaserna. I VAL-databaserna samlas uppgifter om vårdnyttjandet hos befolkningen i länet vid alla vårdgivare som får ersättning från Region Stockholm.

Eftersom detta innefattar all vård av personer som bott i Stockholms län under 2017, ingår även personer som under året flyttat härifrån, fötts eller avlidit. För att få jämförbara befolkningssiffror i vårdvolym per invånare, har antalet boendemånader beräknats för alla personer som varit folkbokförda i länet under 2017 med hjälp av data över husläkarlistningen. Detta har sedan räknats om till antal årsinvånare. Ålder avser åldern den 31 december 2017.

Öppenvårdsbesök innebär möte eller journalförd telefonkontakt med vårdpersonal på sjukvårdsinrättning. Det huvudmätt som används är antal öppenvårdsbesök per invånare, fördelat på ålder och kön. Därutöver redovisas i en översikt det genomsnittliga antalet öppenvårdsbesök per patient, det vill säga genomsnittet för individer som vårdats inom öppenvård under året. Mödra- och barnhälsovård har exkluderats från analyserna. Orsaken är att den vården huvudsakligen är preventiv och därför inte på ett enkelt sätt låter sig jämföras med existerande sjuklighet. Primärkommunal sjukvård och hemsjukvård ingår inte heller i dataunderlaget. Orsaken är att den inte är registrerad på ett sådant sätt att den låter sig aggregeras med övriga data.

Mättet Years Lived with Disability (YLD) är ett mått på tid levd med nedsättning av hälsa (allmän funktion) på grund av sjukdom eller skada. På individnivå utgör mättet produkten av sjukdomens allvarlighetsgrad (uttryckt genom en funktionsnedsättningsvikt mellan 0 och 1) samt sjukdomens duration (i år). Vikterna är baserade på resultaten av flera stora befolkningsundersökningar där deltagare har fått välja vem av två personer som de anser är friskats. De sjukdomar som de två personerna lider av i vinjetten har slumpats fram och beskrivits på ett kort populärvetenskapligt vis.

För måttlig övre luftvägsinfektion, måttlig ländryggsmärta respektive mild depression (tre vanliga sökorsaker i öppenvård) är beskrivningarna: "har feber och värk och känner sig svag vilket orsakar en del svårigheter med att genomföra vanliga aktiviteter", "den här personen har måttlig ryggsmärta och svårt att klä på sig, sitta, stå, gå och lyfta saker" respektive "är konstant nedstämd och har förlorat intresset för vanliga aktiviteter; personen sover ibland dåligt, känner sig trött eller har problem att koncentrera sig men lyckas efter extra ansträngning fortfarande fungera i det dagliga livet".

För att kunna sätta funktionsnedsättningsvikterna på skalan mellan 0 (ingen funktionsförlust) och 1 (fullständig funktionsförlust (motsvarande död)) har andra deltagare fått välja vilken insats som ska prioriteras: en livräddande (x personer slipper dö) eller sjukdomsförebyggande (y personer slipper sjukdomen z). Genom att variera värden på variabler (x, y och z i exemplen) har man kunnat identifiera vid vilka nivåer som deltagarna får svårt att välja och därmed hur funktionsnedsättningsvikterna ska förankras på skalan.

Det visar sig att grupper av deltagare i dessa studier på det stora hela tenderar att göra mycket liknande bedömningar oavsett land, kön, ålder (över 18 år) eller utbildningsnivå. Samtidigt finns det förstås viss variation i svar mellan enskilda studiedeltagare, vilket tar sig uttryck i en felmarginal runt varje slutlig vikt. Högst funktionsnedsättningsvikter får de allvarligaste psykiska och neurologiska sjukdomarna. En psykos beskrivs enligt "hör

och ser saker som inte är verkliga och är rädd, förvirrad och ibland våldsam. Personen har stora svårigheter med kommunikation och dagliga aktiviteter, och vill ibland skada eller ta livet av sig” och har fått funktionsnedsättningsvikten 0,778 och felmarginalen 0,606-0,900. Svår multipel skleros beskrivs enligt ”har sluddrigt tal och svårt att svälja. Personen har svaga armar och händer, mycket begränsad och stel benrörlighet, har synförlust i båda ögonen och kan inte kontrollera urinering” och har fått vikten 0,719 (0,534-0,858). De tre exempel som gavs ovan har fått vikterna och felmarginalerna: måttlig övre luftvägsinfektion; 0,051 (0,032-0,074), måttlig ländryggssmärta; 0,054 (0,035-0,079) och mild depression; 0,145 (0,099-0,209).

Individer med samma antal YLD ett visst år kan därmed både lidit av en lättare sjukdom under lång tid eller av en kraftigt funktionsnedsättande sjukdom under kortare tid. Till exempel ger 60-procentig funktionsnedsättning under ett halvår samma YLD ($0,60 \cdot 0,5 = 0,3$) som en 30-procentig nedsättning under ett helt år ($0,30 \cdot 1 = 0,3$). När måttet presenteras på grupp-nivå summeras alla individers YLD. Det innebär att 0,3 YLD i exemplet också kan ha genererats av att exempelvis två personer levt med en ännu lite mindre nedsättande sjukdom (dvs en 15-procentig nedsättning under hela året: $2 \cdot 0,15 \cdot 1 = 0,3$).

Skattningarna av YLD i Stockholms län är resultatet av en flerstegsregression där ett av de första stegen är en samlad statistisk körning av allt man vet (från studier, rapporter, opublicerade data) om förekomsten av varje sjukdom över kön och ålder – globalt. Alla estimat går sedan in som så kallade priors i ytterligare regressioner på finare och finare geografisk nivå. I varje steg kan estimaten justeras något med hjälp av data från just den nivån. De senaste uppskattningarna för Stockholms län gäller år 2017 och används i rapporten.

Det huvudsakliga mått som används i rapporten för att beskriva sjukdomsbördan är antal YLD per 100 000 invånare bland kvinnor och män i olika åldrar år 2017. Måttet ”Antal besök per 0,1 YLD” har också beräknats. Måttet visar omfattningen av öppenvårdsbesök vid samma sjukdomsbörda. Nämnaren (0,1 YLD) motsvarar ungefär den globalt genomsnittliga YLD-bördan per person och år. Den motsvaras till exempel av att alla skulle ha en konstant tioprocentig nedsättning av sin funktion eller att det går en fullt frisk människa på varje person med tjugoprocentig nedsättning.

Förbättrad hälsa kan vara resultatet av erhållen sjukvård. Eftersom det finns en könsskillnad i vårdkonsumtion kan de ursprungliga könsskillnaderna i sjukdomsbörda (de som förelåg innan sjukvården) därför förväntas vara annorlunda än de föreliggande. Som sensitivitetsanalys gjordes därför en skattning av ursprunglig sjukdomsbörda, där den börda som beräknas ha förbättrats av öppenvårdsbesöken adderats till den observerade.

Denna sensitivitetsanalys utgår från antagandet om att ett öppenvårdsbesök i genomsnitt har varit förknippat med en reduktion av 0,001 YLD. Detta antagande är förenklat men går att ställa i relation till de tre vanliga sökorsaker som nämndes ovan: Att ett enskilt öppenvårdsbesök ger -0,001 YLD motsvaras till exempel av:

- 1) en veckas förkortning av en måttlig övre luftvägsinfektion (vilket är en påtaglig överskattning av den genomsnittliga effekten vid vård för denna sökorsak)
- 2) tre veckor med 30-procentig lindring av besvären från en måttlig ländryggssmärta (vilket skulle kunna motsvaras av effekten av receptbelagda smärtstillande läkemedel)

- 3) att var tredje patient med en mild depression tack vare besöket har fått sina symtom reducerade med hälften under två veckor (vilket skulle kunna vara en viss underskattning av den verkliga genomsnittliga effekten vid den vården).

Eftersom för låg konsumtion av öppenvård kan förväntas leda till för hög konsumtion av slutenvård, undersöker vi också könsskillnader i undvikbar slutenvård. Mättet undvikbar slutenvård är väl etablerat i öppna jämförelser, och i denna rapport används den ursprungliga klassifikationen som inte avgränsats till äldre personer. Syftet är att mäta omfattningen av slutenvårdstillfällen för sjukdomstillstånd som borde reduceras genom optimal öppenvård (t ex hjärtsvikt, KOL, hypertoni, diabeteskomplikationer och njurbäckeninflammation [4]).

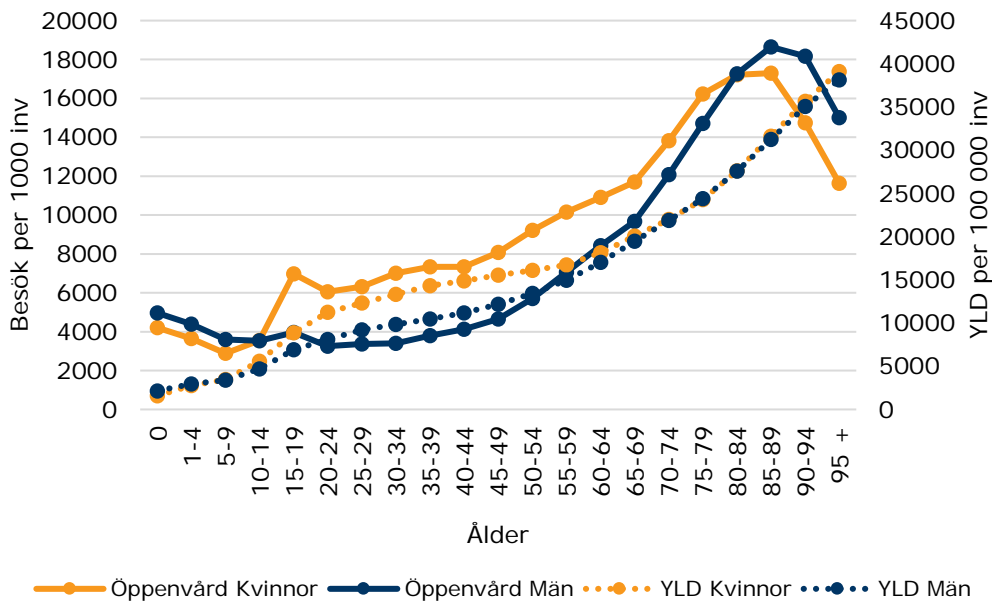
Resultat

Kvinnor har genomgående fler öppenvårdskontakter än män, såväl räknat i antal besök per invånare som andel som haft ett öppenvårdsbesök och genomsnittligt antal besök bland de som haft minst ett (patienter), se tabell 1. Per invånare har kvinnor 44 procent fler besök per invånare än män. Nästan fyra av fem kvinnor har minst ett öppenvårdsbesök under året jämfört med drygt två av tre män. Bland de som förekommer som patienter under året är antalet besök per person 23 procent högre bland kvinnor än bland män. Per YLD är besöken per invånare 17 procent högre bland kvinnor än bland män.

Tabell 1. Öppenvårdskontakter per kön för invånare i Stockholms län 2017.

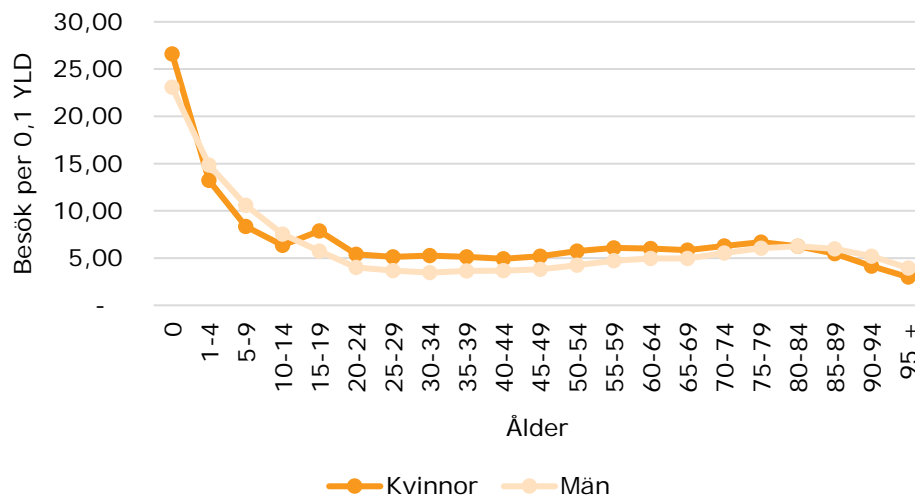
		Kvinnor	Män
Öppenvård	Besök per invånare	8,2	5,7
	Andel med öppenvård	79 %	67 %
	Antal besök per patient	10,1	8,2
Sjukdomsbörda (YLD)	Funktionsnedsättning på grund av sjukdom eller skada per invånare	0,140	0,114

I figur 1 visas det genomsnittliga antalet besök och sjukdomsbörda (YLD) fördelat på kön och åldersgrupper. Besöken är fram till och med 5–9 års ålder omkring 20 procent fler för pojkar än för flickor, motsvarande ungefär 0,8 fler besök per invånare och år. Vårdkonsumtionen är i stort sett identisk i åldern 10–14 år. Från 15–19 år till och med 75–79 års ålder har flickor och kvinnor i stället fler besök än pojkar och män. Könsskillnaden ökar gradvis fram till 30–34 års ålder, då kvinnor har dubbelt så många besök per person som män (7,0 respektive 3,4 besök). Därefter sjunker könsskillnaden sakta. I ålder 55–59 år har kvinnor 44 procent fler besök per person än män (10,2 respektive 7,1 besök). Antalet besök per person är identiskt igen vid 80–84 års ålder, varefter männen åter har fler besök: bland de 95+ år motsvarande 29 procent fler (15,0 besök) än kvinnor (11,6 besök).



Figur 1. Genomsnittligt antal öppenvårdsbesök per 1000 invånare inom all sjukvård (utom mödra- och barnhälsovård) samt antal YLD per 100 000 invånare år 2017, fördelat på ålder och kön.

Sjukdomsördan har flera likheter med vårdkonsumtionen. Den ökar med åldern på ett liknande sätt, och är högre bland kvinnor än män i de arbetsföra åldrarna, se figur 1.

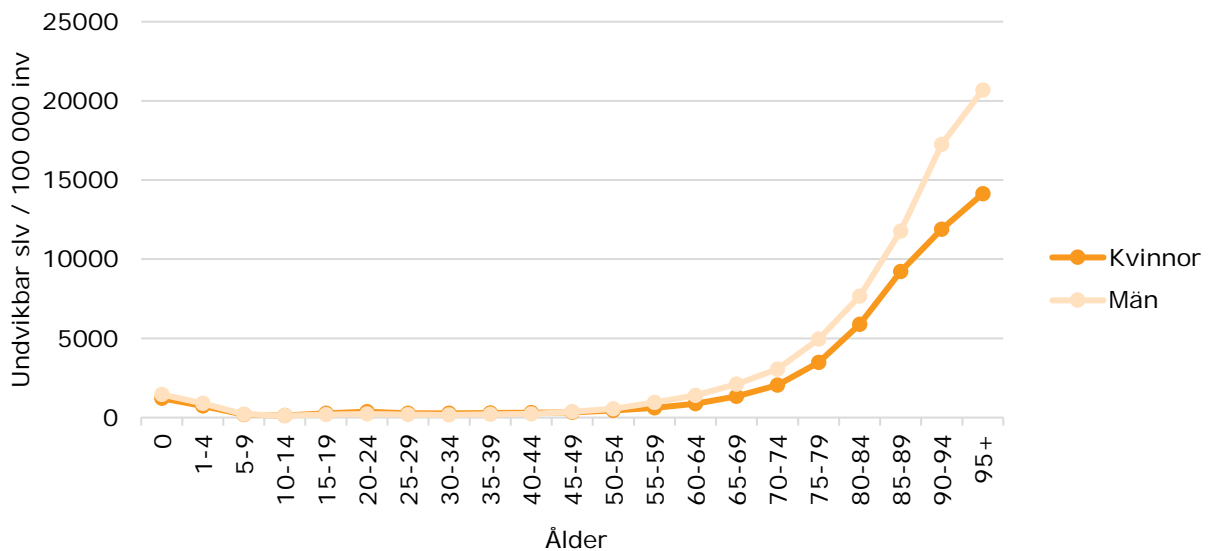


Figur 2. Antal öppenvårdsbesök per 0,1 YLD (motsvarande tio procents nedsättning av funktionen under hela året) fördelat på ålder och kön, Stockholms län år 2017.

Kvoten mellan besöken och sjukdomsördan visas i figur 2 för respektive kön. Bland de yngre barnen genomförs ett mycket stort antal besök i relation till gruppens låga sjukdomsörda. Från 10–14 års ålder är antalet besök per YLD tämligen konstant över åldrarna. Åldersmönstret i könsskillnaderna återkommer i stort sett, men är mindre uttalade. I alla åldrar mellan 15–19 och 45–49 år återstår mindre än halva könsskillnaden efter justering (ej i figur).

I en förenklad skattning av ursprunglig sjukdomsbörda i en tänkt population utan öppenvård, består skillnaden mellan män och kvinnor. Sjukdomsbördan hos kvinnor ökar vid denna skattning mer än hos män, men förändringen i könsskillnader är marginell (se bilaga).

Könsskillnaderna i undvikbar slutenvård påminner i sitt åldersmönster om könsskillnaderna i öppenvård, med fler vårdtillfällen för kvinnor än män i åldrarna mellan 10–14 och 40–44 år, men fler för pojkar och män i åldrarna under och över. Totalt har dock män betydligt fler undvikbara slutenvårdstillfällen eftersom frekvensen ökar mycket snabbt med åldern, se figur 3.



Figur 3. Antal undvikbara slutenvårdstillfällen år 2017 per 100 000 invånare, fördelat på ålder och kön.

Diskussion

Resultaten visar att kvinnor har 44 procent fler öppenvårdsbesök per invånare än vad män har. Det beror både på att fler kvinnor besöker öppenvården, och att de kvinnor som besöker öppenvården i genomsnitt gör fler besök per patient. Könsskillnaderna varierar dock med åldern, och i åldrarna 0–10 samt 85+ år har män upp emot 20–25 procent fler öppenvårdsbesök per invånare.

Förklaras skillnader i vårdkonsumtion av skillnader i vårdbehov?

Könsskillnaderna i öppenvårdskonsumtion sjunker påtagligt efter justering för sjukdomsburda mätt som YLD. Räknat på grupperna kvinnor och män som helhet samt i de flesta av de åldrar där kvinnor har fler besök än män, förklaras mer än hälften av könsskillnaderna i öppenvårdsbesök av skillnader i sjukdomsburda. En påtaglig könsskillnad i öppenvårdsbesök återstår dock.

Hur kan den återstående skillnaden i öppenvårdskonsumtion förklaras?

Den återstående skillnaden i öppenvårdskonsumtion hade kunnat bero på att sjukdomar som är överrepresenterade bland kvinnor är förknippade med fler öppenvårdsbesök än genomsnittet relativt den funktionsnedsättning det innebär att lida av problemet. Könsskillnaden i sjukdomsburda drivs dock i hög grad av värk samt depression och ångest. Den vårdkonsumtion som är förknippad med dessa problem tycks i stora drag vara jämförbar med (depression och ångest) eller lägre än (värk) problemens bidrag till sjukdomsburdan i YLD i Stockholm. I den utsträckning psykisk ohälsa ger upphov till vårdsökande för somatiska symtom, skulle en del av förklaringen dock kunna ligga här.

Enligt internationell litteratur tenderar kvinnor att ha högre hälsolitteracitet än män [6–8]. Det är inte självklart att dessa studier är generaliserbara till Stockholm, men det kan alltså vara så att kvinnor i genomsnitt är bättre på att uppfatta sjukdomssignaler – och att detta i sin tur genererar högre vårdkonsumtion. Lägre efterfrågan bland män skulle också kunna drivas av en lägre benägenhet att reagera på sjukdomssignaler på grund av normer om vad som anses vara manligt. En alternativ tolkning är att det finns något i hälso- och sjukvården som gör den mer tillgänglig (i vid bemärkelse) för kvinnor än för män. Kanske samverkar förklaringar av alla tre typer. Det kan i sammanhanget också noteras att åldrarna då mäns vårdkonsumtion är högre än kvinnors (0–10 och 85+ år), är åldrar då individernas vårdkonsumtion är mer påverkad av anhöriga. Dessa anhöriga är oftare kvinnor (mödrar, fruar, döttrar) än män (pappor, makar, söner) [9].

Begränsningar

Beräkningarna av YLD inkluderar alla befintliga incidens-, duration- och prevalensdata på sjuklighet, inklusive data från hälso- och sjukvården. Det är därför möjligt att våra skattningar av sjukdomsburda delvis påverkats av sjukvårdskonsumtionen. I den utsträckning det stämmer, överskattar vi sjukdomsburdans förklaringsvärde för kvinnors överrepresentation i vården. Dock är skattningarna av sjukdomsburda relativt okänsliga för inflytande från enstaka datakällor (se metod). Dessutom, om

öppenvårdskonsumtionen hade kunnat påverka skattningarna av sjukdomsbörda på något avgörande vis, hade bördan varit högre i Stockholms län (som har mycket högre vårdkonsumtion (SKL:s verksamhetsstatistik)) än i övriga landet – och inte tvärtom.

Vidare påverkas indikatorn YLD av den funktionsnedsättning som döende personer lider av – men inte av dödligheten i sig. Våra analyser tar därigenom inte hänsyn till den vård som ges enbart på grund av att patienten är döende eller bedöms riskera dö. Visserligen dör både kvinnor och män, men män dör oftare i förtid. I den mån risken för mycket förtida död (exempelvis i spädbarnsåldern) genererar mer vård än risken för död i högre åldrar så är detta en begränsning. Det är dock troligt att det mesta av den eventuella vård som enbart ges på grund av risken för död (och inte återspeglas i funktionsnedsättning på grund av sjukdom eller skada) ges åt ineliggande patienter på sjukhus, och inte i öppenvården.

Implikationer

I vår analys har vårdbehov operationaliserats som funktionsnedsättning på grund av sjukdom eller skada. Det mesta av könsskillnaderna i öppenvårdskonsumtion tycks också kunna förklaras av könsskillnaderna i denna sjukdomsbörda. Från det perspektivet tycks kvinnors överrepresentation i öppenvården alltså motiverad. En påtaglig könsskillnad i vårdkonsumtion kvarstår dock och mer noggranna framtida analyser kan vara motiverade.

Om målet med vården är "god hälsa" (vilket lagen stipulerar) går det att motivera operationaliseringen av vårdbehov som just ohälsa (eller här alltså mer specifikt funktionsnedsättning på grund av sjukdom eller skada). Men i praktiken överskuggas kanske målet om hälsa av ett annat; nämligen att människor ska få tillgång till den vård de efterfrågar. Relativt ett sådant mål är könsskillnaderna i vårdkonsumtion kanske inte ett problem alls: Kvinnor och män (i Sverige) uppfattar nämligen i lika hög utsträckning att de har tillgång till den vård de behöver [10].

Att män har färre öppenvårdsbesök och fler undvikbara slutenvårdstillfällen än kvinnor tolkas ofta som att vi behöver sträva efter högre öppenvårdskonsumtion bland män. Det uppenbara alternativet till en sådan satsning (som har potential att vara många gånger mer kostnadseffektiv) vore dock att i stället söka förändra öppenvårdens innehåll något.

En betydande del av den ohälsa som tar sig uttryck i undvikbar slutenvård (exempelvis KOL, hjärtsvikt och diabetes) är nämligen *helt förebyggbar* genom insatser mot kända orsaker vilket samma sjukdomsbördeberäkningar som vi använt här illustrerar. Såväl slutenvård som funktionsnedsättande sjukdom och förtida död kan alltså undvikas. Exempelvis förklaras fem procent av sjukdomsbördan i YLD i Stockholms län av rökning och tre procent av hypertoni. Av de år som förloras på grund av förtida dödlighet förklarar dessa två påverkbara riskfaktorer hela 15 respektive 14 procent.

Länets befolkning är som nämnt inledningsvis redan ledande i öppenvårdskonsumtion - och såväl kvinnor som män i länet har i dag en sådan konsumtion att i stort sett alla (över 93 procent, ej i resultatdelen) kommer i kontakt med öppenvården åtminstone en gång inom en femårsperiod. Trots det får bara en liten del av alla rökare i dag hjälp med rökavvänjning och det uppskattas att bara omkring hälften av de med högt blodtryck är kända. Vidare är det bara hälften *av de som är kända* som får tillräcklig hjälp att nå normaliserat blodtryck.

Givet den höga öppenvårdskonsumtionen i länet (och mer och mer samordnade tekniska system) borde det inte vara något problem att utforma exempelvis journalen så att såväl kvinnor *som män* i öppenvården åtminstone en gång vart femte år, för att använda samma två exempel; får en fråga om rökning och erbjudande om rökavvänjning respektive kontroll av blodtrycket och, vid behov, utredning, behandling och uppföljning.

På samma tema vill vi slutligen påminna om att kunskapen fortfarande är begränsad om hur man ska förebygga det som i hög utsträckning ligger bakom kvinnors högre sjukdomsburda i YLD: värk [11], depression och ångest [12] samt demens [13]. För värk och demens, där behandlande vård i allmänhet har blygsamma effekter, tycks detta särskilt bekymmersamt. I strävan att minska behovet av öppenvård såväl som könsskillnaderna i öppenvården, kan det vara lämpligt att prioritera kunskapsutvecklingen kring dessa sjukdomar.

Tack

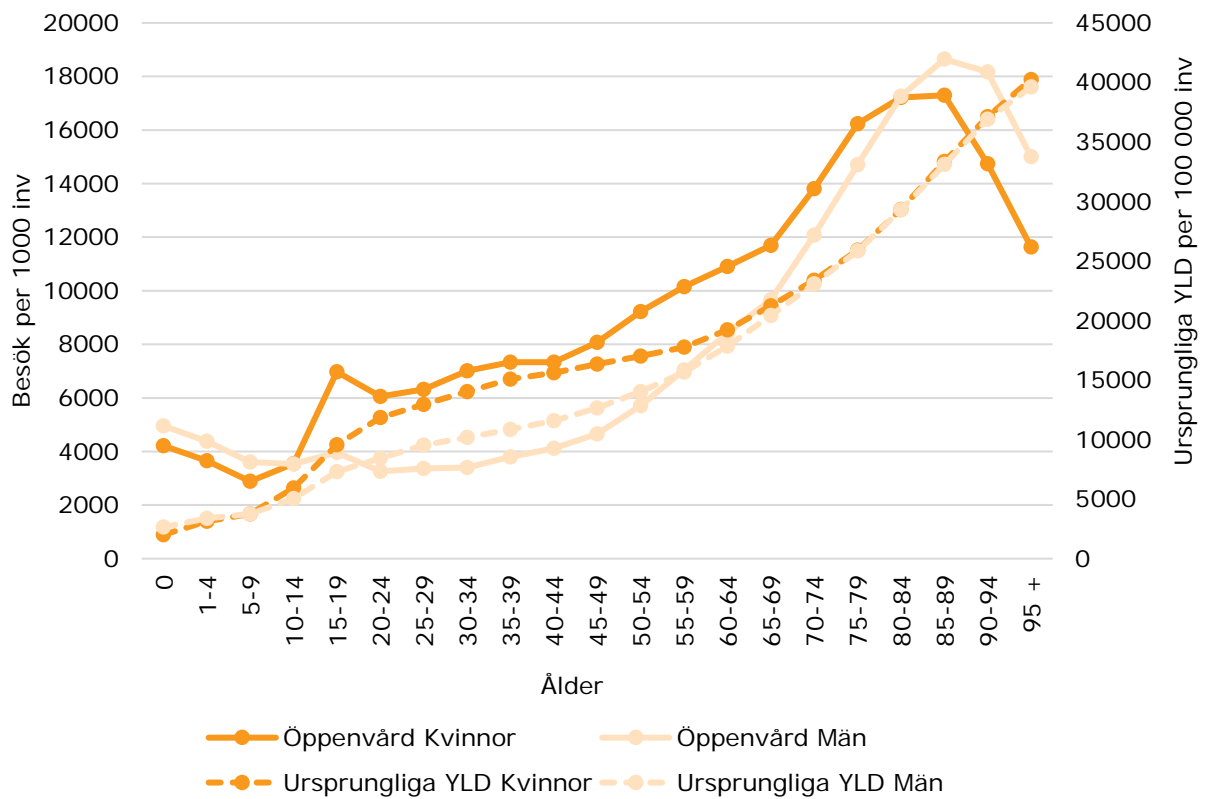
Värdefulla synpunkter har lämnats av Christina Dalman, Cecilia Magnusson, Rosaria Galanti, Henna Hasson samt, på en tidigare version, av Katarina Swahnberg, Pernilla Svefors och Bo Burström.

Referenser

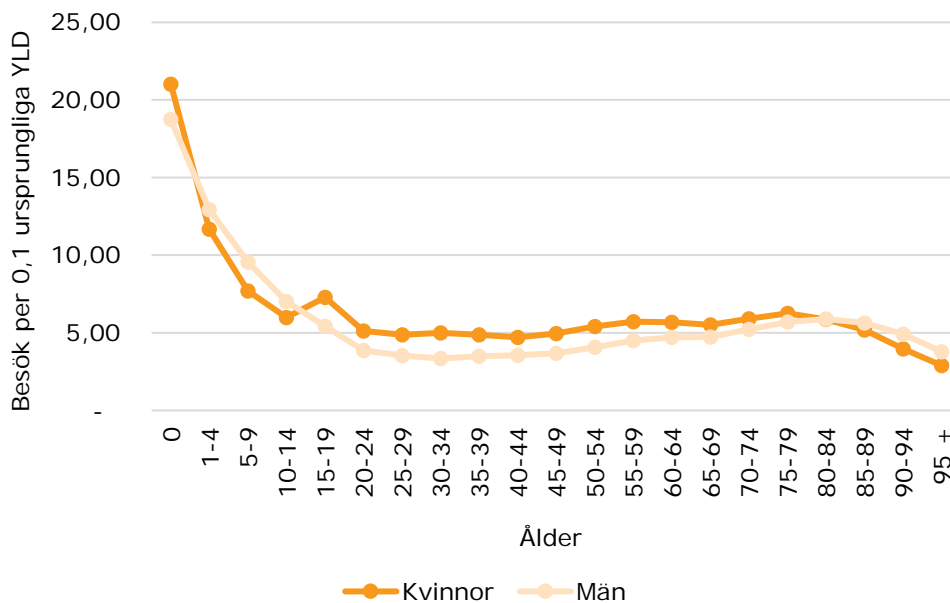
1. *Vårdens svåra val: Slutbetänkande av prioriteringsutredningen*. Stockholm: Socialdepartementet; SOU 1995:5.
2. *Svenska Akademiens ordbok*. Stockholm: Norstedts; 2009.
3. *Statistik om sjukdomar behandlade i slutenvård 2017*. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
4. *Öppna jämförelser 2014. Hälso- och sjukvård, jämförelser mellan landsting. Del 1. Övergripande indikatorer*. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
5. Wicks S, Kosidou K, Dalman C, *Väsentligt fler kvinnor än män vårdas för psykisk ohälsa i Stockholms läns landsting*. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin; 2017.
6. Clouston SA, Manganello JA, Richards M. *A life course approach to health literacy: the role of gender, educational attainment and lifetime cognitive capability*. *Age and ageing*, 2016. **46**(3): p. 493-499.
7. Lee HY, Lee J, Kim NK. *Gender differences in health literacy among Korean adults: do women have a higher level of health literacy than men?* *American journal of men's health*, 2015. **9**(5): p. 370-379.
8. Shah LC, West P, Bremmeyr R, Savoy-Moore RT. *Health literacy instrument in family medicine: the "newest vital sign" ease of use and correlates*. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 2010. **23**(2): p. 195-203.
9. Sundström G, Malmberg B. *Omsorg människor emellan: En översikt av omsorgsgivande i den svenska befolkningen*. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006
10. *Hälso- och sjukvårdsbarometern 2017: Befolkningens attityder till, förväntningar på och erfarenheter av hälso- och sjukvården*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting (SKL); 2018.
11. Lager A, Warolén M, Wennerholm P, Andersson E. *Nacksmärta – orsaker och åtgärder*. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm; 2019. Rapport 2019:1.
12. Köhler CA, Evangelou E, Stubbs B, Solmi M, Veronese N, Belbasis L, et al. *Mapping risk factors for depression across the lifespan: an umbrella review of evidence from meta-analyses and Mendelian randomization studies*. *J Psychiatr Res*. 2018 Aug;103:189-207.
13. Backhans M, Andersson E, Lager A. *Orsaker till demens*. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin; 2017.

Bilaga

Sensitivitetsanalys: Ursprungliga YLD



Figur B1. Genomsnittligt antal öppenvårdsbesök per 1000 invånare inom all sjukvård samt antal ursprungliga YLD per 100 000 invånare år 2017, fördelat på ålder och kön.



Figur B2. Antal öppenvårdsbesök per 0,1 ursprungliga YLD 2017, fördelat på ålder och kön.

ISBN 978-91-87691-62-1



**Centrum för epidemiologi
och samhällsmedicin**

REGION STOCKHOLM