

Kommundiagnosen — en samhällsscreening av intresse för primärvården

Per Andrén

Anders Håkansson

Kommundiagnos-metodiken kan ge ett samhällsperspektiv på hälsoproblemen och uppslag till alternativa och mera övergripande angreppssätt. Tre exempel från Landstinget Kronoberg presenteras för att illustrera detta.

Per Andrén är distriktsläkare på vårdcentralen Dockan i Växjö. Anders Håkansson är distriktsläkare på vårdcentralen Teleborg i Växjö.

Inledning

Det har nu gått ungefär 10 år sedan SPRI publicerade sin rapport "Hälsoproblem i ett landsting" (9) och sedan Socialmedicinsk tidskrift hade ett temanummer om "Hälsöarbete i lokalsamhället" (1, 3, 8). Därefter har ett avhandlingsarbete (5) behandlat kommundiagnosmetodiken, samt har ett flertal landsting tagit fram sina kommundiagnoser, varav endast ett fåtal publicerats (6). Invändningar har också rests mot detta arbete (4). SPRI har vidare publicerat ett flertal rapporter om hur man kan använda olika enkätdata och registerdata som underlag för planeringen av hälso- och sjukvården (10–13).

Avsikten med kommundiagnosarbetet har varit att lära känna karaktäristika för en kommun uttryckt i form av exempelvis samhällsstatistik, hälsostatistik och vårdresursstatistik. I vårdapparaten ser vi problemen på ett individuellt plan och kan ha svårt att se problematiken i ett samhällsperspektiv. Kommundiagnosen kan ge detta perspektiv och samtidigt ge uppslag till alternativa och mera övergripande angreppssätt.

"Det händer något" när man sammanför statistik från olika sfärer av samhället. Det ger möjlighet till associationer och spekulationer om eventuella samband mellan olika företeelser, samband som man annars inte skulle se. I denna artikel vill vi ge tre exempel på intressanta "upptäckter" som vi gjort i Kronobergs län när vi "screenat" våra kommuner med kommundiagnosmetodik.

Exempel 1 — Luft och luftvägar i Älmhult

Hälsoprofil

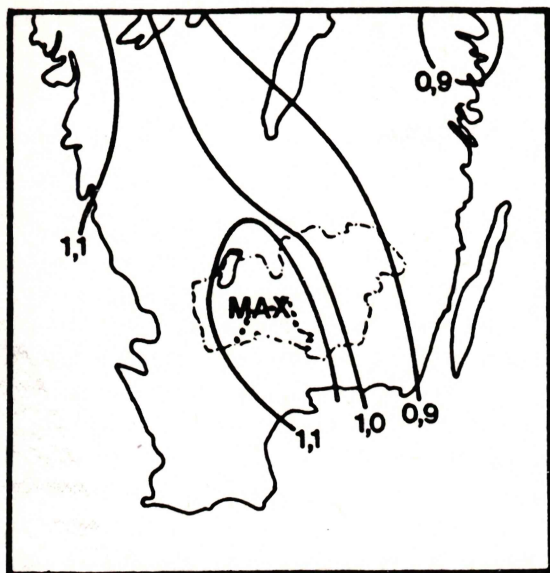
Älmhults kommun ligger i södra delen av länet. Hälsoprofilen visade efter åldersstandardisering på en signifikant överdödlighet i andningsorganens sjukdomar under 10-årsperioden 1969–1978 för både män (75 fall mot förväntat 48,4; $p < 0,001$) och kvinnor (75 fall mot förväntat 36,6; $p < 0,001$) i jämförelse med länsnivån.

För männen gällde detta också i undergruppen bronchit — emfysem — astma (22 fall mot förväntat 11,9; $p < 0,01$), medan kvinnorna här låg strax under länsnivån (5 fall mot förväntat 6,2). Även försäljningen av farmaka för andningsorganen låg 11 % över länsnivån och den dominerande undergruppen, bronchidilaterande farmaka, låg 10 % över länsnivån åren 1982–1984.

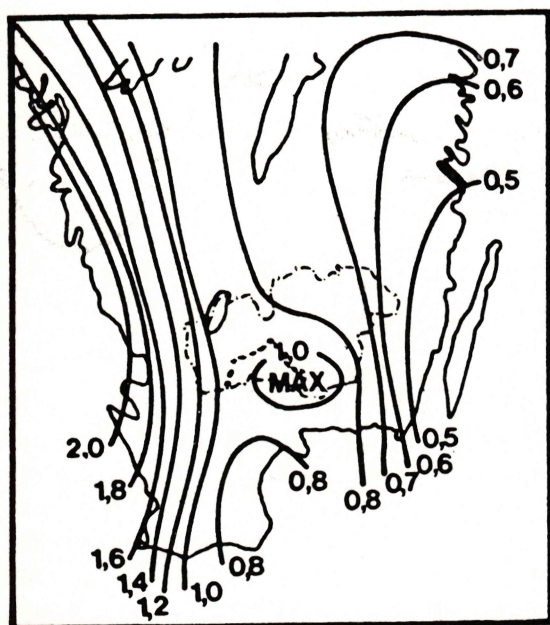
Samhällsprofil

Resultaten från en luftinventering, som Institutet för Vatten och Luftvårdsforskning (IVL) gjort åt länsstyrelsen, visade beräknade emissioner 1978 av olika luftföroreningar i länets kommuner (7). För Älmhults kommun fann man jämförelsevis höga utsläppsvär-

Figur 1. Total deposition av svavel med nederbörden i södra Sverige 1974. Älmhults kommun är inritad i länet. Nedfallet är uttryckt i gram svavel per m^2 och år.



Figur 2. Det totala torra nedfallet av svavel (svaveldioxid och sulfat) i södra Sverige 1974. Älmhults kommun är inritad i länet. Nedfallet är uttryckt i gram svavel per m^2 och år.



den av stoft (26,3 kg/invånare) och svaveldioxid (52,5 kg/invånare), vilka värden låg 150 % respektive 50 % över länsnivån. Även räknat i förhållande till kommunens yta såg man likartade förhållanden (115 % respektive 30 % över länsnivån). IVL-rapporten visade också beräknade nedfall av svavel över södra Sverige, och Älmhult visade sig ligga inom en zon som var särskilt utsatt (Figur 1 och 2).

Länsstyrelsen har utifrån försurningsundersökningar bedömt kalkningsbehovet i Älmhults kommun som markant mycket större än i länets övriga kommuner. Älmhults kommun utgör ytmässigt 10 % av länet, men beräknades behöva 30 % av länets totala kalkbehov.

Diskussion

Här finns således en indikation på överdödlichkeit i andningsorganens sjukdomar och ett uppslag till förklaring som absolut är värt att undersöka närmare. Skulle man få stöd för hypotesen och sedan också kunna påverka orsaken har man rimligen gjort mer nytta än att bara "skriva ut" mer bronkdilaterande läkemedel.

Fördjupningsstudier pågår. Kommunen har intresserat sig för att noggrannare undersöka luftförhållandena. Vårdcentralen och miljömedicinska rådet studerar tillsammans den kliniska situationen, bland annat genom en retrospektiv undersökning av de aktuella dödsfallen. Distriktsläkare från vårdcentralen i Älmhult har inlett en dialog med ett aktuellt företag i kommunen och utbytt fakta.

Exempel 2 — Alkoholdödlichkeit i Ljungby respektive Markaryds kommun

Hälsoprofil

Här är det frågan om två grannkommuner i västra delen av länet, som befanns ha en rakt motsatt bild vad gäller alkoholdödlichkeit för män enligt den åldersstandardiserade dödsorsaksstatistiken för perioden 1969–1978. Ljungby kommun hade länets högsta dödlichkeit och Markaryd den lägsta (Tabell 1). (Med alkoholdödlichkeit avses dödsfall för vilka diagnoserna alkoholpsykos och alkoholism, levercirrhos vid alkoholism samt förgiftning genom alkohol förekommit, antingen som underliggande eller som bidra-

Tabell 1. Kommunernas rangordning med avseende på åldersstandardiserad alkoholdödlighet för män 1969–1978. Länsnivån = index 1,0. N = 108.

	Index
Ljungby*	1,48
Växjö	1,09
Älmhult	1,04
Lessebo	0,82
Uppvidinge	0,80
Tingsryd	0,77
Alvesta	0,71
Markaryd**	0,65

* (25 observerade fall mot 16,9 förväntade; $p < 0,05$)

** (5 observerade fall mot 7,7 förväntade; NS)

Tabell 2. Kommunernas rangordning med avseende på åldersstandardiserad dödlighet för män 1969–1978 i självmord eller ovisshet respektive yttre våld och förgiftning. Länsnivån = index 1,0.

Självmord eller ovisshet (N = 247).		Yttre våld och förgiftning (N = 698).	
	Index		Index
Ljungby*	1,20	Ljungby***	1,16
Tingsryd	1,06	Alvesta	1,07
Uppvidinge	1,06	Växjö	1,06
Alvesta	1,05	Tingsryd	1,01
Växjö	1,00	Lessebo	0,88
Älmhult	0,88	Uppvidinge	0,86
Lessebo	0,75	Älmhult	0,85
Markaryd**	0,69	Markaryd****	0,71

* 46 observerade fall mot 38,5 förväntade; NS.

** 12 observerade fall mot 17,5 förväntade; NS.

*** 127 observerade fall mot 109,9 förväntade; NS.

**** 35 observerade fall mot 49,1 förväntade; $p < 0,05$.

gande dödsorsak). Även vad beträffar självmordsdödlighet och död genom yttre våld och förgiftning låg Ljungby i topp och Markaryd i botten under samma 10-årsperiod (Tabell 2).

Under november 1984 gjordes en sammanställning av ortoped Thomas Ericsson och Försäkringskassan av alla i länet som "kortsjukskrev" sig på egen hand (högst 1 vecka) för ryggproblem. Här fann man att Markaryds kommun hade den högsta frekvensen (10,4 kortfall/1000 invånare i ålder 15–64 år; $p < 0,001$ i förhållande till länsnivån) och Ljungby kommun den lägsta (2,7; $p < 0,05$).

Läkemedelsförsäljningsstatistik för perioden 1982–1984 visade att man sålde mest bensodiazepiner i Markaryds kommun jämfört med övriga kommuner. Man sålde i medeltal 64,1 DDD/1000 invånare och dag och detta var 30 % över länsnivån. Ljungby kommun låg nära länsnivån i detta avseende.

Samhällsprofil

Åtgärder enligt nykterhetsvårdslagen för åren 1980 och 1981 visade en rangordning mellan våra åtta kommuner som var i stort sett motsatt den man fann för manlig alkoholdödlighet (Tabell 3). En likartad bild sågs när man studerade en något längre tidsperiod, 1971–1976, där Markaryd låg högt (13 % över länsnivån) och Ljungby låg lågt (10 % under länsnivån). Särskilt utmärkte sig Markaryd när det gällde tvångsåtgärder, där kommunen låg 118 % över läns-

Tabell 3. Rangordning av nykterhetsvårdsfall (män + kvinnor) i kommunerna i förhållande till invånartalet. Länsnivån = index 1,0. Jämförelse med rangordning av mäns alkoholdödlighet.

Nykterhetsvårdsfall (index)	Rangordning mäns alkohol- dödlighet (platssiffra)		
	1980	1981	
Markaryd	2,14	2,05	8
Uppvidinge	1,36	1,56	5
Tingsryd	1,32	1,13	6
Älmhult	1,25	1,07	3
Lessebo	0,90	1,05	4
Växjö	0,89	1,01	2
Alvesta	0,71	0,79	7
Ljungby	0,54	0,39	1

genomsnittet. Även Ljungby låg här över länsniveån (17 %).

Alkohol-försäljningsstatistik på kommunnivå lyckades vi så småningom få del av från Systembolaget gällande åren 1978–1984. Resultatet visade, till vår förvåning, att det såldes mest starksprit där man dog minst och tvärt om (Tabell 4). Även den totala alkoholförsäljningen (sprit, vin och starköl) toppades av Markaryd med 27,7 liter/invånare och år, medan Ljungby låg strax under länsnivån med 19,2 liter/invånare och år.

Tabell 4. Försäljning av sprit 1978–1984. Liter/invånare (> 15 år) och år.

	liter/invånare och år
Markaryd	11,4
Älmhult	9,7
Tingsryd	8,7
Kronobergs län	8,2
Växjö + Lessebo	8,0
Riket	7,8
Uppvidinge	7,6
Alvesta	7,4
Ljungby	6,9

Diskussion

Vid diskussioner med socialvården, primärvården och psykiatri i Markaryd och Ljungby framfördes att man i Markaryds kommun haft ett ganska målvedvetet engagemang kring alkoholproblematiken både inom socialvård och primärvård. Bland annat har en distriktsläkare varit mycket engagerad och haft nära och täta kontakter med socialvården. Man får också intryck av ett mer utvecklat socialt nätverk i Markaryds kommun.

Sannolikt är alkoholproblematiken större i Markaryds kommun, men man har – kanske just därför – genom målmedvetet och engagerat arbete från socialvården och primärvården motverkat och försenat alkoholdödligheten. Även här studeras nu dödsfallen närmare. Det blir alltså frågan om en form av retrospektiv utvärdering, som kan belysa effekterna av bland annat socialvårdens och primärvårdens arbetsätt.

Exempel 3 – Diabetes mellitus i Ljungby kommun

Hälsoprofil

Diabetessjukligheten i Ljungby kommun befanns hög både vad gällde åldersstandardiserad dödlighet 1969–1978 och åldersstandardiserad sjukvårdsstatistik 1982 och 1984. Vad gäller dödligheten var den framför allt ökad (högst i länet) för män (130 observerade fall mot 96,0 förväntade; $p < 0,001$ i förhållande till länsnivån), medan kvinnorna endast uppvisade en lätt överdödlighet (141 observerade fall mot 127,8 förväntade; NS). Sjukhusvårdsstatistiken visade ungefär samma överfrekvens för både män (261 observerade mot 174,6 förväntade fall; $p < 0,001$) och

kvinnor (364 observerade mot 237,6 förväntade fall; $p < 0,001$) i Ljungby i förhållande till länsnivån för åren 1982 och 1984 sammanlagt. Överfrekvensen var högst i länet för både män och kvinnor.

Även vad beträffar ischemisk hjärtsjukdom låg Ljungby kommun i topp i länet i den åldersstandardiserade sjukhusvårdsstatistiken enligt 1982 års siffror för både män (281 observerade mot 201,7 förväntade fall; $p < 0,001$) och kvinnor (232 observerade mot 146,6 förväntade fall; $p < 0,001$). Männen uppvisade en signifikant överdödlighet i denna åkomma (724 observerade mot 643,5 förväntade fall; $p < 0,001$) under perioden 1969–1978 jämfört med länsnivån. Kvinnornas dödlighet låg på länsnivån.

Försäljningen av diabetesmedel 1982–1984 var högst i länet i Ljungby kommun – 26,8 DDD/1000 invånare och dag – vilket var 30% högre än läns-genomsnittet. Framför allt gällde det försäljningen av insulin, som låg nästan 60% över länsnivån, nämligen 18,5 DDD/1000 invånare och dag.

Samhällsprofil

En kartläggning av "Livsmedelsinköpsens regionala variationer" år 1978 utfördes av Lennart Bäck från kulturgeografiska institutionen i Uppsala (2). Ljungby kommun bildade tillsammans med Markaryds kommun en så kallad A-region, som utmärkte sig för särskilt stora inköp av "dålig mat". Avvikelsen från medelnivån i riket var 173%. Resten av vårt län låg kring medelnivån, det vill säga inköpte "halvbra mat". (Med "dålig mat" avses konditorivaror, matfett, saft, socker, sötsaker, pommes frites, småmål utem m m).

Diskussion

Det verkar finnas en översjuklighet i diabetes mellitus i kommunen. De sjuka förefaller få modern behandling med tyngdpunkt på bland annat insulinterapi. En förändring av kostvanorna i kommun kan nog erbjuda ytterligare möjlighet att påverka både sjuklighet och dödlighet.

Avslutande kommentarer

Många gånger hör man att det inte är någon idé att se på sjuklighetsstatistik på tex kommunnivå, då det

inte är särskilt sannolikt att sjuklighetsmönstret följer administrativa förvaltningsgränser. Till en del är detta säkert sant, men till en del kanske det är fel. Kommunerna är ofta tillskapade av kulturellt sammansvetsade områden, där vissa levnadssätt, arbetsförhållanden med mera kan ha bildat mönster och traditioner.

Levnadssätten betonas ju alltmer som intressanta och viktiga ur hälsosynpunkt, och de två exemplen angående alkoholdödlighet och diabetessjuklighet kan belysa detta.

Vi tycker att vi haft glädje av att leta fram "udda statistik", som ofta visar sig finnas när man börjar fråga och intressera sig. Det gäller t ex luftutsläppsstatistiken och statistiken över matinköp i ovanstående exempel.

Man bör betona att en kommundiagnos initialt aldrig är mer än en screening, som kan alstra intressanta hypoteser, och som sedan kräver fördjupningsstudier för att värderas. Man startar en process som successivt ger mer och mer kunskap om lokalsamhället.

Intressant är att se, att det i vårt län, som vi tyckt vara en ganska liten och likartad "bit av världen", dock tycks finnas en hel del betydelsefulla regionala skillnader, både vad gäller samhällsförhållanden, levnadssätt och hälsa. Analys av dessa variationer ger uppslag till alternativa problemlösningar jämfört med de som blivit gängse enligt den individuella terapitraditionen inom sjukvården.

Detta ger distriktsläkare och övriga arbetande inom primärvården nya arbetsuppgifter och nya roller. I våra exempel handlar det om att ta kontakt med luftförorenande företag eller att börja en diskussion med livsmedelsförsäljare och konsumenter för att förändra kostvanor. Det kan också innebära en utvärdering av handläggningsrutiner och terapitraditioner inom olika distrikt som belyses i vårt alkoholexempel. Allt detta kan ge underlag för framtida inriktning av handläggning och vård.

REFERENSER

1. *Bolin, A, Haglund B, Isacson, SO*: Behovsanalys i lokalsamhället. Socialmedicinsk tidskrift 1981; 58: 226-30.
2. *Bäck L*: Livsmedelsinköps regionala variationer. Uppsala: Kulturgeografiska institutionen, Uppsala universitet, 1983.
3. *Eriksson CG, Haglund B*: Vad är en kommundiagnos? Socialmedicinsk tidskrift 181; 58:220-5.
4. *Granvik M*: Kommunprofiler — till vad nytta? AllmänMedicin 1986;7:59-61.
5. *Haglund B JA*: Community diagnosis and prevention. A cross-sectional study as a tool for the community diagnosis process with special reference to cardiovascular risk factors. Stockholm: Almqvist & Wiksell International, 1985. (Thesis).
6. *Håkansson A, Andrén P, Rangert B*: Kommundelsdiagnos Teleborg. AllmänMedicin 1986;7:61-4.
7. *IVL. Luftmiljön i Kronobergs län. Växjö: Länsstyrelsen i Kronobergs län, 1980.*
8. *Rosén M*: Kan vi kartlägga den lokala befolkningens hälsoförhållanden? Socialmedicinsk tidskrift 1981; 58: 246-51.
9. *SPRI. Hälsoproblem i ett landsting — ett planeringsunderlag. Stockholm: SPRI, 1979. (SPRI-rapport 14).*
10. *SPRI. Hur mår du Sverige? Ohälsa och vårdutnyttjande i Sverige — undersökningar om levnadsförhållanden (ULF) som underlag för planering. Stockholm: SPRI, 1982. (SPRI-rapport 82) (SPRI-rapport 84).*
11. *SPRI. Offensivt hälsoarbete. Kommundiagnostik — erfarenheter från tvärsnittsundersökningen Hälsoprofil Skaraborg. Stockholm: SPRI, 1982.*
12. *SPRI. Dödsorsak? Dödsorsaksstatistik som underlag för planering. Stockholm: SPRI, 1983. (SPRI-rapport 122).*
13. *SPRI. Vårdutnyttjande — ett mått på ohälsa? Befolkningens kontakter med hälso- och sjukvården som underlag för planering. Stockholm: SPRI, 1984. (SPRI-rapport 158).*