

Alkoholrelaterad dödlighet och vårdkonsumtion i Stockholms län

Geografisk fördelning

Gunnar Ågren

Anders Romelsjö

Denna undersökning har gjorts på uppdrag av länshälsokommittén samt landstingets hälso- och sjukvårdsnämnd. Den syftar till att vara ett bidrag till kartläggningen av alkoholkonsumtion som ett viktigt hälsoproblem i Stockholms län. Undersökningen bygger i första hand på data som tagits fram från SCB:s dödsorsaksregister och landstingets medicinska huvudregister. Det viktigaste resultatet är att det föreligger mycket kraftiga inomregionala variationer i den alkoholrelaterade dödligheten. Speciellt delar av Stockholms innerstad, med hög andel smålägenheter och ensamstående, har en hög alkoholrelaterad dödlighet medan däremot kommuner och församlingar med hög andel villabyggnad, många höginkomsttagare och få ensamstående har en låg dödlighet. Vårdkonsumtionen följer i stort samma mönster.

Gunnar Ågren är socialläkare och ansvarig för missbruksfrågor vid FOU-byrån vid Stockholms socialförvaltning, Anders Romelsjö, distriktsläkare vid vårdcentralen Kronan, Sundbyberg.

Bakgrund

På uppdrag av länshälsokommittén samt hälso- och sjukvårdsnämnden i Stockholms läns landsting görs ett försök att kartlägga alkoholens roll som bakomliggande faktor vid för tidig död och sjuklighet i regionen.

De mått som varit möjliga att använda har varit dödlighet och slutenvårdskonsumtion. Därvid har SCB:s dödsorsaksregister och landstingets sluten-

vårdsregister utnyttjats. Att från registerdata studera alkoholens roll i samband med öppenvårdskonsumtion och sjukskrivning är inte möjligt med de uppgifter som idag finns tillgängliga.

Den studie som görs omfattar dels ett försök att studera alkoholrelaterade sjukdomar och skador longitudinellt, dels deras fördelning på geografiska områden samt deras samband med ett antal sociala bakgrundsfaktorer. Denna delstudie omfattar den geografiska fördelningen.

Material och metod

De diagnoser och diagnosgrupper som bedömts vara alkoholrelaterade och som studerats är följande:

- 1) Direkt alkoholdiagnos som omfattar alkoholförgiftning, alkoholpsykos och alkoholism.
- 2) Levercirrhos eller skrumplever, dels de fall där ett samband med alkohol finns angivet, dels det totala antalet fall.
- 3) Tre cancerformer med väl dokumenterat samband med storkonsumtion av alkohol: cancer i munhåla och svalg, cancer i matstrupe samt primär levercancer.
- 4) Pankreatit eller bukspottkörtelinflammation som är av stort intresse i samband med vårdkonsumtion men är av kvantitativ underordnad betydelse som dödsorsak.
- 5) Våldsam död och förgiftning där det bland de flesta större undergrupper (exempelvis trafikolyckor, fallolyckor, innebränning, drunkning och självmord) finns ett dokumenterat samband med alkoholmissbruk.

För jämförelserna mellan olika geografiska områden har vi dels utnyttjat enskilda diagnosgrupper (underliggande dödsorsak), dels konstruerat ett sammanvägt mått i syfte att ge en mer allsidig bild av den totala alkoholrelaterade dödligheten. Detta sammanvägda mått omfattar:

- a) Samtliga dödsfall i direkt alkoholdiagnos samt levercirrhos med uppgift om alkohol.
- b) Femtio procent av övriga fall av levercirrhos samt alkoholrelaterade cancerfall.
- c) En tredjedel av dödsfallen på grund av yttre våld och förgiftning.

Dessa diagnoser täcker in mellan hälften och två tredjedelar av den totala överdödligheten bland kända alkoholister i större uppföljningsundersökningar.

Åldersstandardiserade uppgifter om dödligheten i de angivna diagnoserna har erhållits från Statistiska centralbyrån. Länets genomsnittliga dödlighet under perioden 1969–82 har använts som standard. Beträffande vårdkonsumtionen har uppgifter erhållits från landstingets medicinska huvudregister. Geografiskt fördelade uppgifter har för denna studie endast kunnat erhållas för åren 1980 till 1982.

De områden som studerats är kommunerna i Stockholms län samt församlingarna i Stockholms kommun. De sociala variabler som utnyttjats är uppgifter om andelen ensamstående och medianinkomsten bland inkomstagare i Stockholms kommun. Uppgifterna har hämtats från kommunens utrednings- och statistikkontor.

Resultat och diskussion

Samtliga grupper av alkoholrelaterade dödsorsaker liksom det sammanvägda måttet på alkoholdödlighet uppvisar mycket stora variationer mellan kommuner och församlingar i Stockholms län. När det gäller totalmåttet för alkoholdödlighet beträffande män ligger Danderyds kommun lägst, med 47 % av länets genomsnitt. Katarina församling i Stockholms innerstad ligger i topp med 233 %.

För kvinnor är inte skillnaderna mellan olika områden lika utpräglade. Upplands Väsby kommun ligger lägst, med 56 %, medan Storkyrkoförsamling- en ligger högst med 160 %.

När det gäller levercirrhos för män är skillna-

derna ännu mer uttalade. Ekerö kommun ligger i botten, med 32 % av länets genomsnittliga dödlighet, medan Katarina församling ligger i topp med 273 %. Dödligheten i jämförbara åldersgrupper ligger således 8 ggr högre i Katarina.

Man finner ett klart socialt mönster beträffande den alkoholrelaterade dödligheten för män. Regionens centrala delar och då i första hand Norrmalm, Södermalm samt en del av de södra närförorterna ligger högt. En mycket låg alkoholrelaterad dödlighet finner man i ett antal kommuner och församlingar med viss koncentration till norra länsdelen och regionens ytterområden. Dessa områden utmärks av en hög andel boende i villor, många höginkomsttagare samt få ensamstående. Det sociala mönstret gäller såväl diagnoser som i första hand sätts vid ett öppet och socialt iögonenfallande alkoholmissbruk, exempelvis alkoholism och alkoholförgiftning, som diagnoser vilka återspeglar en långvarig och möjligen mer dold alkoholkonsumtion, exempelvis levercirrhos och alkoholrelaterade cancerformer.

Resultaten redovisas mer fullständigt i *figur 1–4*.

De data som tagits fram beträffande dödligheten i olika diagnoser återspeglar en lång tidsperiod. Under denna period har det skett en betydande omflyttning inom regionen. Därför har uppgifter tagits fram från folk- och bostadsräkningarna 1970, 1975 och 1980 i syfte att ge en bild också av förändringar i social sammansättning mellan olika kommuner och församlingar under 1970-talet. Under denna period har det skett en ganska kraftig ökning av antalet enpersonshushåll, något som emellertid gäller samtliga kommuner och församlingar. De inomregionala skillnader som finns när det gäller socioekonomiska förhållanden och hushållssammansättning har snarare fördjupats än utjämnats. Omflyttningarna har i stor utsträckning skett mellan områden med likartad social struktur.

För Stockholms kommuns församlingar har beräknats sambandet mellan andelen ensamstående (män respektive kvinnor) och mediainkomst å ena sidan samt totalmåttet på alkoholrelaterad dödlighet å den andra. Man finner ett relativt starkt samband för män ($R^2 = 0,83$) och ett lägre för kvinnor ($R^2 = 0,60$). Variationerna i andelen ensamstående

Figur 2. Alkoholrelaterad dödlighet för kvinnor i Stockholms län 0–w år 1969–81. Åldersstandardiserat index (SMR) med länets genomsnitt 1969–81 = 100.

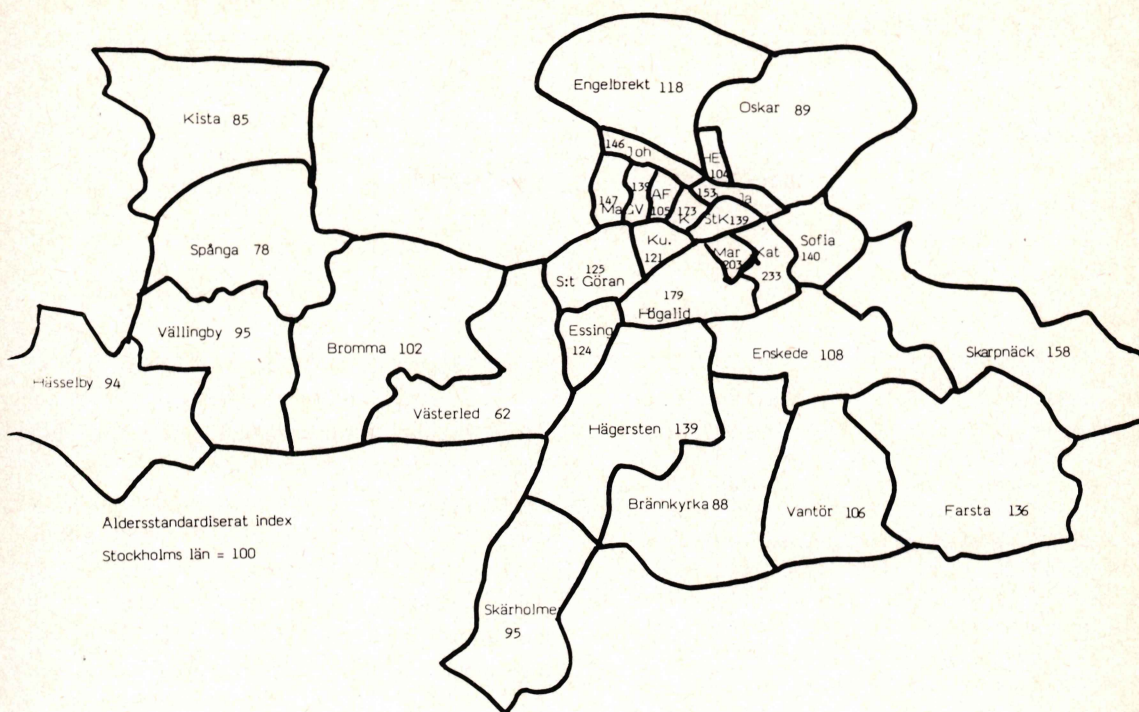


en längre tidsperiod och samtidigt kunna fördela denna på olika geografiska områden.

En slutsats av denna delstudie är att de medicinska konsekvenserna av storkonsumtion av alkohol är synnerligen ojämnt fördelade inom befolkningen i Stockholms län och att frekvensen kraftigt påverkas av en rad sociala bakgrundsförhållanden.

(För referenser hänvisas till "Alkoholrelaterad vårdkonsumtion och dödlighet i Stockholms läns landsting", HSN 321/36428 1983, som kan fås via författarna.)

Figur 3. Alkoholrelaterad dödlighet för män i Stockholms kommun 0–w år 1969–81. Åldersstandardiserat index (SMR) med länets genomsnitt 1969–81 = 100.



Figur 4. Alkoholrelaterad dödlighet för kvinnor i Stockholms kommun 0–w år 1969–81. Åldersstandardiserat index (SMR) med länets genomsnitt 1969–81 = 100.

