Region Stockholm

4

Sjukvårdskostnader och läkemedelskonsumtion hos kvinnor och män i Region Stockholm

VKN 2019-0210

Vårdens kunskapsstyrningsnämnd
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Vårdanalys och statistik
Ylva Westander

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2019-11-28

VKN 2019-0210

Vårdens
kunskapsstyrningsnämnd

Sjukvårdskostnader och läkemedelskonsumtion hos kvinnor och män i Region Stockholm

Ärendebeskrivning

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har på uppdrag av regionfullmäktige analyserat genomsnittskostnader per vårdtillfälle för kvinnor respektive män samt förskrivningsmönster av läkemedel ur ett jämställdhetsperspektiv. Uppdraget avrapporteras nu med ett förslag till nästa steg.

Beslutsunderlag

Hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande
Rapport: Sjukvårdskostnader och läkemedelskonsumtion hos kvinnor och män i Region Stockholm inklusive bilaga

Förslag till beslut

Vårdens kunskapsstyrningsnämnd beslutar följande:

1. Uppdraget anses avrapporterat.

2. Hälso- och sjukvårdsdirektören får i uppdrag att utreda hur Region Stockholm kan säkerställa att vård och läkemedelsbehandling ges efter behov oavsett kön.

Förvaltningens motivering till förslaget

Bakgrund
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har på uppdrag av regionfullmäktige analyserat genomsnittskostnader per vårdtillfälle för kvinnor respektive män samt förskrivningsmönster av läkemedel ur ett jämställdhets-perspektiv.

Överväganden
För att analysera kostnader per vårdtillfälle har data som gäller somatisk slutenvård, exklusive förlossningar, använts.

Resultatet av undersökningen visar att det förekommer könsskillnader i kostnaderna för vård av fem stora gemensamma diagnosgrupper i Region Stockholm. Skillnaderna varierar dock mellan olika åldersgrupper och är inte systematisk; vården är inte dyrare för ett och samma kön i samtliga åldersgrupper. Tidigare studier har visat på skillnader i kvinnors och mäns levnadsmönster, upplevda hälsa, benägenhet att söka vård, sannolikhet att drabbas av eller diagnostiseras med olika sjukdomar och funktionsnedsättningar samt sannolikhet att vårdas inom primär- eller specialiserad vård. De resultat som syns i denna rapport kan vara ett uttryck för någon eller flera av dessa skillnader.

Det förekommer även könsskillnader i användning av många läkemedelsgrupper i regionen. Vissa könsskillnader är förväntade och kan förklaras av skillnader i exempelvis sjukdomsförekomst, sjuklighet och ålder mellan kvinnor och män. Andra skillnader är svårare att förklara med medicinska skäl och kan bero på skillnader i benägenhet att söka vård och hämta ut recept, läkarens förskrivningspraxis och egenskaper hos läkemedlet.

I den politiska majoritetens budgetförslag för 2020 konstateras att det är viktigt att kvinnor och män får en sjukvård som är anpassad efter deras biologiska olikheter. Det behövs mer forskning för att utveckla rekommendationer om rätt behandling för kvinnor respektive män.

Vidare konstateras att vården i Region Stockholm ska vara personcentrerad och ges efter individens behov. Vilken vård som är den bästa kan därför skilja sig mellan män och kvinnor och mellan unga och gamla. Den vård som erbjuds ska dock vara likvärdig.

Mot bakgrund av detta föreslås att hälso- och sjukvårdsdirektören får i uppdrag att gå vidare med resultaten av denna och tidigare undersökningar och utreda hur Region Stockholm kan säkerställa att vård och läkemedelsbehandling ges efter behov oavsett kön.

Inför ett beslut som påverkar forskning, kompetensförsörjning eller utbildning ska konsekvenserna för dessa områden analyseras och bedömas.

Ekonomiska konsekvenser
Ett utredningsuppdrag kommer att ta interna utrednings- och analysresurser i anspråk.

Konsekvenser för patientsäkerhet
Utredningsuppdraget syftar till bättre vård och därmed till ökad patientsäkerhet.

Konsekvenser för jämlik och jämställd vård
Utredningsuppdraget syftar till mer jämställd vård.

Miljökonsekvenser
Utredningsuppdraget bedöms inte ha några direkta miljökonsekvenser.

Administrativa konsekvenser
Ett utredningsuppdrag kommer att ta interna utrednings- och analysresurser i anspråk vid hälso- och sjukvårdsförvaltningen.

Magnus Thyberg
Avdelningschef

Susanna Lagersten
Avdelningschef

Beslutet ska skickas till
Klicka här för att fylla i vilka beslutet ska skickas till

Godkänd av Magnus Thyberg, 2019-11-28

Sjukvårdskostnader och läkemedelskonsumtion hos kvinnor och män i Region Stockholm

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
08-123 132 00
Datum: 2019-10-11
Diarienummer:

Region Stockholm

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Mika Fogelberg
mika.fogelberg@sll.se

Linnéa Karlsson Lind
linnea.karlsson-lind@sll.se

Tjede Funk
tjede.funk@sll.se

Ylva Westander
ylva.westander@sll.se

Innehållsförteckning

Sammanfattning 3
Inledning 4
Syfte 4
Bakgrund 4
Kvinnors och mäns hälsa och sjuklighet 4
Vårdkonsumtion hos kvinnor och män 5
Kvinnors och mäns vård kostar olika mycket i olika åldrar 6
Kvinnors primärvård och psykiatriska vård kostar mer 6
I somatisk specialistvård är bilden differentierad 6
Läkemedelsanvändning hos kvinnor och män 6
Kvinnor och män kan reagera olika på läkemedel 7
Könsskillnader i läkemedelskostnader 7
Metod och material 7
Kostnader för vård 7
Läkemedelsanvändning 8
Resultat 9
Skillnader i vårdkostnader mellan kvinnor och män 9
Utgångspunkt: Kvinnors och mäns somatiska slutenvård 9
Könsskillnader i genomsnittlig kostnad per vårdtillfälle 9
Högre andel intensivvårdskostnader för män 10
Varierande skillnader i vårdkostnader inom mindre åldersgrupper 11
Skillnader i läkemedelsanvändning mellan kvinnor och män 12
Analys 15
Skillnader i vårdkostnader mellan kvinnor och män 15
Skillnader i läkemedelsanvändning mellan kvinnor och män 15
Faktorer som påverkar läkemedelsanvändning 16
Sjukdomen 16
Patienten 16
Läkaren 17
Slutsatser 17
Bilageförteckning 18
Referenser 19

Sammanfattning

Regionfullmäktige har beslutat att en analys ska göras av genomsnittskostnader per vårdtillfälle för kvinnor respektive män samt förskrivningsmönster av läkemedel ur ett jämställdhetsperspektiv. Detta är en avrapportering av regionfullmäktiges uppdrag.

Resultatet visar att det förekommer könsskillnader i kostnaderna för vård av fem stora gemensamma diagnosgrupper i Region Stockholm. Skillnaderna varierar dock mellan olika åldersgrupper och är inte systematisk, det vill säga vården är inte dyrare för ett och samma kön i samtliga åldersgrupper. Tidigare studier har visat på skillnader i kvinnors och mäns levnadsmönster, upplevda hälsa, benägenhet att söka vård, sannolikhet att drabbas av eller diagnostiseras med olika sjukdomar och funktionsnedsättningar samt sannolikhet att vårdas inom primär- eller specialiserad vård. De resultat som syns i denna rapport kan vara ett uttryck för någon eller flera av dessa skillnader.

Det förekommer även könsskillnader i användning av många läkemedelsgrupper i regionen. Vissa könsskillnader är förväntade och kan förklaras av skillnader i exempelvis sjukdomsförekomst, sjuklighet och ålder mellan kvinnor och män. Andra skillnader är svårare att förklara med medicinska skäl och kan bero på skillnader i benägenhet att söka vård och hämta ut recept, läkarens förskrivningspraxis och egenskaper hos läkemedlet.

Inledning

Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Den som har störst behov av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.

I utförandet av hälso- och sjukvård är vissa skillnader en förutsättning för en jämställd vård, men när skillnader inte kan förklaras av medicinska bedömningar eller skillnader i behov kan vården sägas vara ojämställd.[1] Det innebär att kvinnor och män har behov både av likadan behandling och av behandling som är anpassad till det egna könets förutsättningar.

Syfte

Regionfullmäktige har beslutat att en analys ska göras av genomsnittskostnader per vårdtillfälle för kvinnor respektive män samt förskrivningsmönster av läkemedel ur ett jämställdhetsperspektiv. Det här är en avrapportering av detta uppdrag.

Bakgrund

En jämställd vård innebär att alla oavsett kön ska erbjudas vård och behandling utifrån sina behov och förutsättningar. Behandlingen ska inte styras av vårdgivarens eller förskrivarens föreställningar om till exempel genus.[2] Det innebär att den som ger vård både behöver ta hänsyn till patientens kön, och vara medveten om sina egna föreställningar om genus.

Kvinnors och mäns hälsa och sjuklighet

Kvinnor har i allmänhet hälsosammare levnadsvanor och lever i genomsnitt längre än män, medan män som grupp i de flesta avseenden rapporterar högre självskattad hälsa än kvinnor.[3] Även om man bortser från de sjukdomar som är relaterade till det reproduktiva systemet finns skillnader i hälsa och sjuklighet mellan kvinnor och män. Ärftlighet, riskfaktorer, sjukdomsmekanismer och förekomst skiljer sig i vissa fall åt mellan könen.[1]

Några sjukdomar som är vanligare hos kvinnor är

- sköldkörtelsjukdom
- benskörhet
- lungsjukdomar
- inflammatoriska sjukdomar

- gallsten
- kronisk smärta
- migrän
- ätstörningar
- hjärtinfarkt utan kranskärlsförträngning

Män diagnosticeras oftare med

- hjärtinfarkt med kranskärlsförträngning
- infektioner
- diabetes
- cancer i matstrupe och tjocktarm
- magsår
- schizofreni
- autism
- ADHD
- alkoholism
- psoriasis.[1]

Flera förklaringar kan ges till skillnaderna i konstaterad förekomst av olika sjukdomar och funktionsnedsättningar. Det har exempelvis konstaterats att såväl förekomsten av infektioner som infektionernas intensitet är generellt högre hos män än hos kvinnor.[4] Andra skillnader kan ha sin grund i hur kriterierna för respektive diagnos utformats. Vissa sjukdomstillstånd uppvisar olika symptom och sjukdomsmanifestationer hos kvinnor och män,[1] och upptäckten av sådana sjukdomar förutsätter att diagnoskriterierna tar hänsyn till båda könens typiska symtom. Om diagnoskriterier baseras på det ena könets symptom kommer det andra könet i mindre utsträckning uppfylla fullständiga diagnoskriterier, vilket kan orsaka svårigheter i att upptäcka och behandla tillståndet. Så har exempelvis den högre konstaterade förekomsten av ADHD hos pojkar och män[5] föreslagits vara en följd av att diagnoskriterierna huvudsakligen är utformade efter manliga symptomuttryck.[6] På motsvarande sätt anses diagnoskriterierna för depression i högre grad ta hänsyn till kvinnors symptomuttryck,[7] vilket skulle kunna förklara varför depression är vanligare bland kvinnor.[8,9]

Vårdkonsumtion hos kvinnor och män

Kvinnor och män söker vård på olika sätt,[10] och skillnaderna i vårdsökarbeteende varierar mellan olika symptom/diagnoser.[11] Det är generellt vanligare att kvinnor besöker läkare/sjuksköterska och tandläkare än att män gör det. Utöver biologiska och reproduktiva skillnader kan detta förklaras av till exempel större sjuklighet och uppmärksamhet på symtom. Kvinnor avstår också oftare än män från sjukvård, tandvård och läkemedel av kostnadsskäl.[12]

Kvinnors och mäns vård kostar olika mycket i olika åldrar

Socialstyrelsen publicerade 2004 en kartläggning av könsskillnader i hälso- och sjukvården. I denna ingick beräkningar av kostnader för mäns och kvinnors vård. Med utgångspunkt i beräkningar från Region Skåne konstaterades att de totala vårdkostnaderna var 20 procent högre för gruppen kvinnor än de totala kostnaderna för gruppen män. Detta berodde i första hand på kostnaden per individ, men även på att kvinnorna är fler, speciellt i de äldre åldersgrupperna som i allmänhet konsumerar mer vård. Utslaget per invånare kostade kvinnornas vård 16 procent mer än männens. Vårdkostnaden per invånare var högre för kvinnor i alla åldersgrupper förutom bland de yngre (0-14 år) och äldre (65 år och uppåt).[12]

Den bild av kvinnors och mäns vårdkostnader som presenteras i Socialstyrelsens rapport syns också i en avhandling från Göteborgs universitet, baserad på data från Västra Götalandsregionen 2012. Denna visade att den totala kostnaden per capita för hälso- och sjukvård var 20 procent högre för kvinnor än för män. Hälften av denna skillnad kunde härledas till sjukvårdskostnader som hade samband med reproduktionen. En ytterligare del förklarades av sjukvård i samband med könsspecifika sjukdomar, exempelvis bröst-, livmoderhals- och prostatacancer. Resterande skillnader förklarades av att kvinnor i högre utsträckning än män konsumerade sjukvård vid psykisk ohälsa och vid sjukdom i muskler och leder.[13] Resultaten visade också att kvinnor i högre utsträckning fick vård inom primärvården medan män fick vård inom specialistvården.

Kvinnors primärvård och psykiatriska vård kostar mer

I primärvården var vårdkostnaden, enligt Socialstyrelsen, högre för kvinnor än för män, både totalt och per invånare (56 respektive 51 procent högre för kvinnor).[12] Samma tendens noterades i ovan nämnda avhandling; enligt den var kostnaden för kvinnors primärvård 50 procent högre per capita.[13] Inom psykiatrin kostade kvinnors vård 11 procent mer än männens; per invånare var vårdkostnaden 6 procent högre för kvinnor än för män. [12]

I somatisk specialistvård är bilden differentierad

Även i den somatiska vården var kostnaderna högre för kvinnor, såväl som grupp som per individ. Kvinnors och mäns andel av kostnaderna för somatisk akutvård – beräknat utifrån dåvarande Landstingsförbundets KPP-databas – varierade dock mellan olika sjukdomsgrupper. I de flesta av de tretton största sjukdomsgrupperna var männens kostnadsandel större än kvinnornas. Vad gäller kostnaden för vården i vårdtunga diagnosgrupper – återigen med utgångspunkt i kostnadsunderlaget från region Skåne – syntes att de genomsnittliga kostnaderna för män var något högre (max. 10 procent) än för kvinnor i fyra diagnosgrupper, och i princip likvärdiga i fyra diagnosgrupper. [12]

Läkemedelsanvändning hos kvinnor och män

Läkemedel är den vanligaste behandlingsåtgärden för många sjukdomar. Kvinnor använder generellt mer läkemedel än män.[14,15] Viss könsskillnad kvarstår om man justerar för läkemedel relaterade till reproduktion och könsspecifika tillstånd.

Kvinnor och män kan reagera olika på läkemedel

Könsskillnader i läkemedels effekt och biverkningar har beskrivits för många läkemedel. Skillnader i bland annat kroppsvikt, ämnesomsättning, andel kroppsfett, organstorlek och hormonnivåer kan påverka läkemedelsomsättning i kroppen och kroppens svar, och resultera i olika effekter hos kvinnor och män som fått samma dos av ett läkemedel.[16,17]

Både hälso- och sjukvården och allmänheten rapporterar fler allvarliga läkemedelsbiverkningar hos kvinnor än hos män.[18] Det högre antalet rapporterade biverkningar skulle kunna bero på könsskillnader i läkemedels omsättning i kroppen (samma dos till kvinnor och män gör kvinnor överdoserade) 16,[17] eller könsskillnader i kroppens svar på läkemedel.[19] Kvinnor använder generellt sett flera läkemedel samtidigt[20],vilket ökar risken biverkningar till följd av olämpliga läkemedelskombinationer.

Ett läkemedel som är tänkt att användas av både kvinnor och män ska testas hos båda könen i kliniska studier av läkemedlet.[21] Historiskt sett har dock kliniska studier inte haft en tillräcklig representation av kvinnor eller inte analyserat könsskillnader i sina data. För äldre läkemedel finns därför bristande dokumentation om och förståelse för könsskillnader i läkemedels effekt och biverkningar.21

Könsskillnader i läkemedelskostnader

Läkemedel utgör cirka en tiondel av den totala hälso- och sjukvårdskostnaderna i Sverige.[22] Kostnaden för receptläkemedel var något högre för män än för kvinnor i Sverige år 2018, både totalt sett och mätt per invånare. Endast i åldersgruppen 15-44 år var läkemedelskostnaden per invånare högre hos kvinnor.[14] Sett några år bakåt i tiden varierar detta; under vissa år har mäns receptläkemedelskostnader varit högre än kvinnors, under vissa år har kvinnors kostnader varit högre.

Metod och material

Kostnader för vård

Kostnaden för mäns och kvinnors vård har analyserats med hjälp av data över vården i Region Stockholm från den så kallade KPP-databasen. Kostnad per patient (KPP) är en metod för att beräkna sjukvårdens kostnader per patient och per vårdkontakt. Databasen är nationell och innehåller information om vilken vård som utförts och vilka resurser som använts vid varje vårdkontakt.[23] I databasen finns, för Region Stockholm, data över somatisk öppen- och slutenvård inklusive geriatrik. Data över psykiatrisk vård och primärvård saknas.[24]

I denna undersökning användes de data som avser slutenvården. Skälet till att öppenvården uteslutits ur undersökningen är att det är relevant att relatera kostnaden per vårdkontakt till patienternas diagnoser, och besök i öppenvården i större utsträckning genomförs utan att diagnos registreras. Det beror på att bara läkare är skyldiga att registrera diagnos vid vårdkontakt i öppenvården och en stor del av besöken i öppenvården görs till andra professioner. Detta medför att det i öppenvården inte i samma utsträckning som i slutenvården är möjligt att koppla samman information om kostnad med information om diagnos. Data för öppenvården är därför

inte lämpliga att använda för denna typ av undersökning. I slutenvården finns diagnos registrerad för varje vårdtillfälle.

För att ge bättre förutsättningar för könsjämförelse har förlossningar exkluderats ur materialet.

I ett första steg jämfördes de genomsnittliga kostnaderna per vårdtillfälle för kvinnor och män för samtliga dessa vårdtillfällen.

I ett andra steg valdes de tio huvuddiagnoser[I], organiserade i grupper[II] som var vanligast förekommande som skäl till vårdtillfället, för kvinnor respektive män. En tabell över dessa diagnoser finns i bilaga 1. Fem huvuddiagnosgrupper var gemensamma, det vill säga hörde till de vanligaste huvuddiagnosgrupperna för både kvinnor och män. Genomsnittlig vårdtid och genomsnittlig kostnad per vårdtillfälle för kvinnor och män analyserades för de vårdtillfällen som avsåg dessa diagnosgrupper.

För två av dessa diagnosgrupper översteg skillnaden mellan den genomsnittliga kostnaden för kvinnors och mäns vårdtillfällen tre procent. I ett tredje steg analyserades, för dessa två diagnosgrupper, dels fördelningen av kostnader som kunde hänföras till intensivvårdsavdelning (IVA), dels fördelningen av kostnader för kvinnors och mäns vård i olika åldersgrupper. Tabeller med åldersstratifierade data för kostnader per vårdtillfälle för de två aktuella diagnosgrupperna finns i bilaga 2 till rapporten. Av dessa tabeller framgår även hur många individer som ingår i de åldersgrupper som redovisas. Observera att det antal individer som finns i respektive åldersgrupp inte summerar till det antal individer som finns totalt. Det beror på att ålder inte alltid registrerats eller registrerats rätt. Endast de individer vars ålder har kunnat säkerställas ingår i det åldersstratifierade urvalet.

Läkemedelsanvändning

Läkemedelsanvändning hos kvinnor och män analyserades med data från Region Stockholms vårdanalysdatabas (VAL). Registret innehåller pseudonymiserade data för alla individer i Region Stockholm (2,3 miljoner invånare) och omfattar bland annat data över alla expedierade receptförskrivna läkemedel samt information om patienters kön och ålder.

Data över samtliga utköp av receptförskrivna läkemedel bland kvinnor och män under åren 2014 – 2018 samlades in. För respektive år analyserades antal recept och andel individer med minst ett läkemedelsutköp uppdelat efter kön och ålder. Kvinnor och män delades in i åldersgrupper om fem år. Antal recept definieras som antal unika uttag (expedieringar) av ett läkemedel på recept.

Läkemedelsutköp analyserades på totalnivå och uppdelat i läkemedelsgrupper baserat på ATC-kodsnivå.[III] Årsprevalens (period) beräknades och redovisas i form av antal

---

[I] Vid patientens kontakt med vården registreras huvuddiagnos och, i förekommande fall, bidiagnos. Som huvuddiagnos anges i de flesta fall det tillstånd som var anledning till vårdkontakten. Som bidiagnoser registreras ett eller flera tillstånd som haft betydelse för den aktuella vårdkontakten.
Se Socialstyrelsen: Anvisningar för val av huvud- och bidiagnos, Version 4.1, Rev. 2016-05-11

[II] I gruppen I50 Hjärtinsufficiens ingår till exempel diagnoserna I50.0 Kronisk hjärtinsufficiens, I50.1 Vänsterhjärtsvikt (akut) (subakut) och I50.9 Hjärtinsufficiens, ospecificerad

[III] ATC står för Anatomical Therapeutic Chemical och är ett system för att klassificera läkemedel.

individer per tusen invånare. Befolkningen den 1 januari det aktuella året användes som bas. Skillnader mellan könen beräknades i absoluta tal.

Resultat

Skillnader i vårdkostnader mellan kvinnor och män

Utgångspunkt: Kvinnors och mäns somatiska slutenvård

I KPP-databasen registrerades 2017 nästan exakt lika många vårdtillfällen för kvinnor som för män i Region Stockholm; knappt 118 000 för vartdera könet. Den genomsnittliga kostnaden per vårdtillfälle var 11 procent högre för män än för kvinnor.

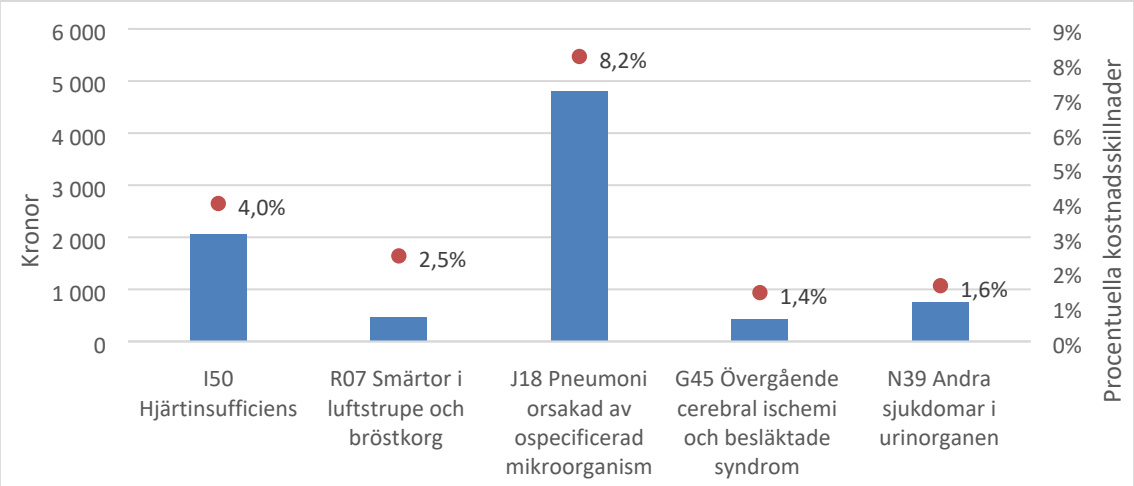
Könsskillnader i genomsnittlig kostnad per vårdtillfälle

En tabell över de tio vanligaste diagnosgrupperna för kvinnor respektive män år 2017 finns i bilaga 1. Fem av de tio vanligast förekommande diagnosgrupperna var desamma för kvinnor och män: hjärtinsufficiens, pneumoni orsakad av ospecificerad mikroorganism, smärtor i luftstrupe och bröstkorg, andra sjukdomar i urinorganen samt övergående cerebral ischemi (otillräcklig blodtillförsel till hjärnan) och besläktade syndrom (Tabell 1). Genomsnittskostnaderna per vårdtillfälle var högre för män i vården av samtliga diagnosgrupper, även i de diagnosgrupper där mäns medelvårdtid var något kortare än kvinnors medelvårdtid.

Tabell 1. *Antal vårdtillfällen, genomsnittsålder, medelvårdtid och kostnad per vårdtillfälle för de fem största gemensamma diagnosgrupperna för kvinnor och män i KPP-databasen. Region Stockholm, 2017. Källa: KPP-databasen.*

Diagnosgrupp	**Kön**	**Antal vtf**	**Ålder (snitt)**	**Medel-vårdtid (dygn)**	**Kostnad /vård-tillfälle**
I50 Hjärtinsufficiens	Kvinnor	3 263	82,6	6,0	50 871
	Män	3 904	76,7	5,3	52 933
R07 Smärtor i luftstrupe och bröstkorg	Kvinnor	1 707	64,9	1,0	18 948
	Män	1 966	60,0	1,0	19 421
J18 Pneumoni orsakad av ospecificerad mikroorganism	Kvinnor	1818	70,1	5,1	56 211
	Män	2 075	69,1	5,0	61 022
G45 Övergående cerebral ischemi och besläktade syndrom	Kvinnor	917	74,3	2,1	30 457
	Män	940	70,5	1,9	30 889
N39 Andra sjukdomar i urinorganen	Kvinnor	1493	48,3	5,1	46 221
	Män	1873	74,6	4,8	46 969

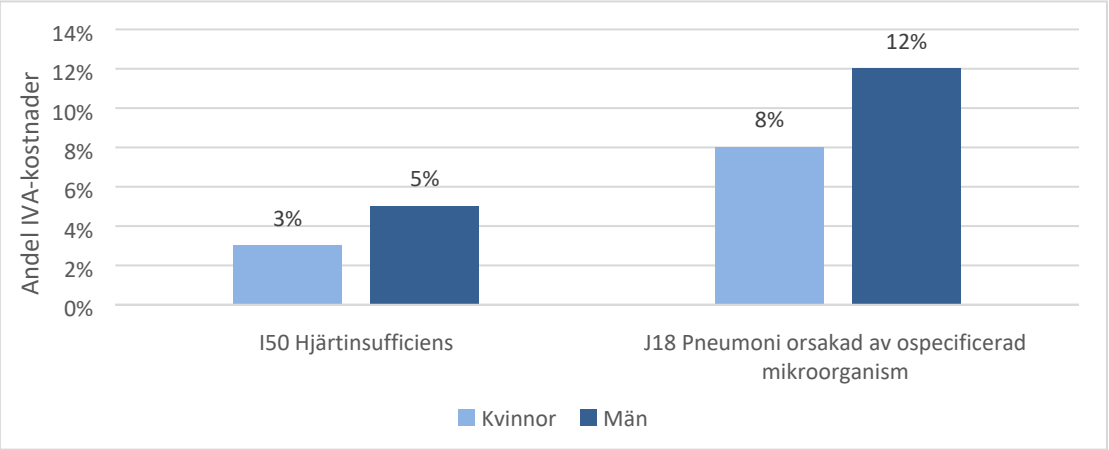
Storleken på skillnaden i genomsnittlig kostnad mellan könen varierade och var ibland mycket liten (Fig. 1). Minst var skillnaden i diagnosgrupperna smärtor i luftstrupe och bröstkorg samt övergående cerebral ischemi och besläktade syndrom. Störst var skillnaderna i kostnaderna för vård av diagnosgrupperna hjärtinsufficiens och pneumoni.



Figur 1. *Skillnad i genomsnittlig kostnad per vårdtillfälle mellan kvinnor och män i kronor (kostnaden för mäns vård i relation till kostnaden för kvinnors vård) samt i procent.[IV] Region Stockholm, 2017. Källa: KPP-databasen.*

Högre andel intensivvårdskostnader för män

I de diagnosgrupper där skillnaderna i vårdkostnad mellan kvinnor och män var som störst, hjärtinsufficiens och pneumoni, bestod den största skillnaden i kostnad för vård på intensivvårdsavdelning (IVA). Andelen av totalkostnaden som gick till intensivvård var inom båda diagnosgrupperna större bland män än bland kvinnor (Fig. 2).



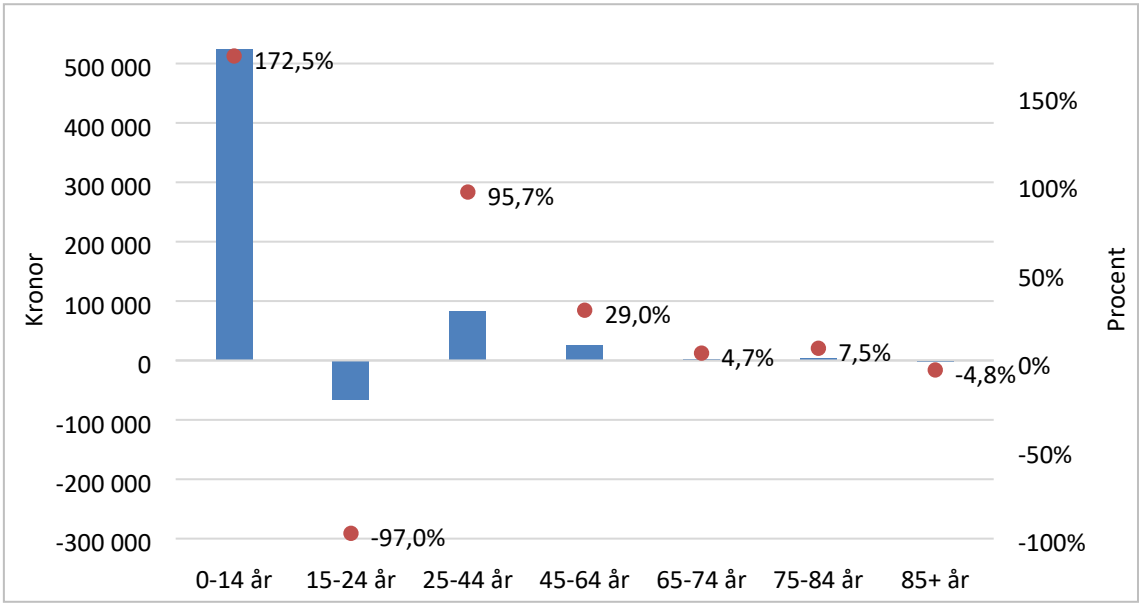
Figur 2*. Andel av den totala kostnaden för vården av hjärtinsufficiens respektive pneumoni orsakad av ospecificerad mikroorganism som gick till IVA-kostnader för kvinnor respektive män. Region Stockholm, 2017. Källa: KPP-databasen.*

[IV] Den procentuella skillnaden är beräknad som (Kostnader VTF män – Kostnader VTF kvinnor) / ((Kostnader VTF män + Kostnader VTF kvinnor)/2) *100

Varierande skillnader i vårdkostnader inom mindre åldersgrupper

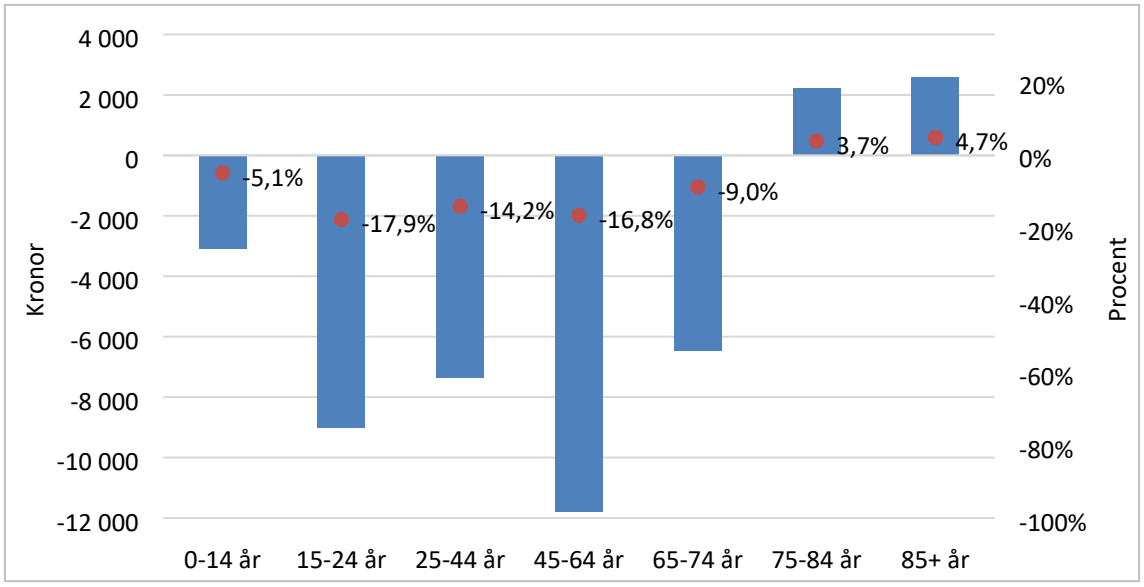
I bilaga 2 finns en fullständig förteckning över bl.a. antal vårdtillfällen per åldersgrupp vid hjärtinsufficiens och pneumoni orsakad av ospecificerad mikroorganism. I dessa diagnosgrupper var könsskillnaderna varierande mellan olika åldersgrupper. I vissa åldersgrupper var vården av flickor och kvinnor dyrare, i andra åldersgrupper var vården av pojkar och män dyrare.

Den genomsnittliga kostnaden per vårdtillfälle vid hjärtinsufficiens var markant högre för pojkar än för flickor i gruppen 0-14 år (Fig. 3). Denna grupp innehåller dock mycket få individer och skillnaden kan framför allt härledas till att ett mycket litet antal pojkar hade fått behandling med en så kallad ECMO-maskin, som syresätter blodet utanför kroppen och som är mycket dyr att använda. Eftersom jämförelsen bygger på ett så litet antal individer kan dock inga slutsatser om systematiska könsskillnader i denna åldersgrupp dras. Även i åldersgrupperna 15-24 år och 25-44 år var antalet individer litet. I de övre åldersgrupperna, som innehåller ett större antal individer, var skillnaderna mellan den genomsnittliga kostnaden för kvinnors och mäns vård varierande.



Figur 3. *Skillnad i genomsnittlig kostnad per vårdtillfälle för I50 Hjärtinsufficiens mellan kvinnor och män i kronor samt i procent (kostnaden för mäns vård i relation till kostnaden för kvinnors vård). Region Stockholm, 2017. Källa: KPP-databasen.*

Vid pneumoni var den genomsnittliga kostnaden per vårdtillfälle lägre för män än för kvinnor i åldersgrupperna upp till 74 år (Fig. 4). I åldersgrupperna 75-84 år och 85 år och uppåt var den genomsnittliga kostnaden högre för mäns vård. Antalet individer i åldersgrupperna 15-24 år samt 25-44 år är litet.

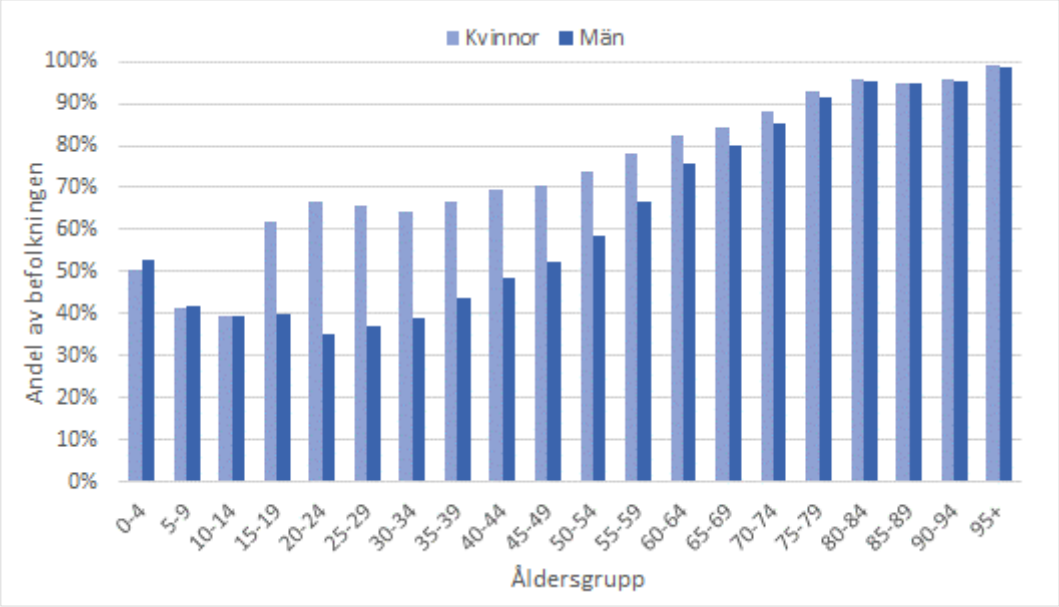


Figur 4. *Skillnad i genomsnittlig kostnad per vårdtillfälle för J18 Pneumoni orsakad av icke specificerad mikroorganism mellan kvinnor och män i kronor samt i procent (kostnaden för mäns vård i relation till kostnaden för kvinnors vård). Region Stockholm, 2017. Källa: KPP-databasen.*

Skillnader i läkemedelsanvändning mellan kvinnor och män

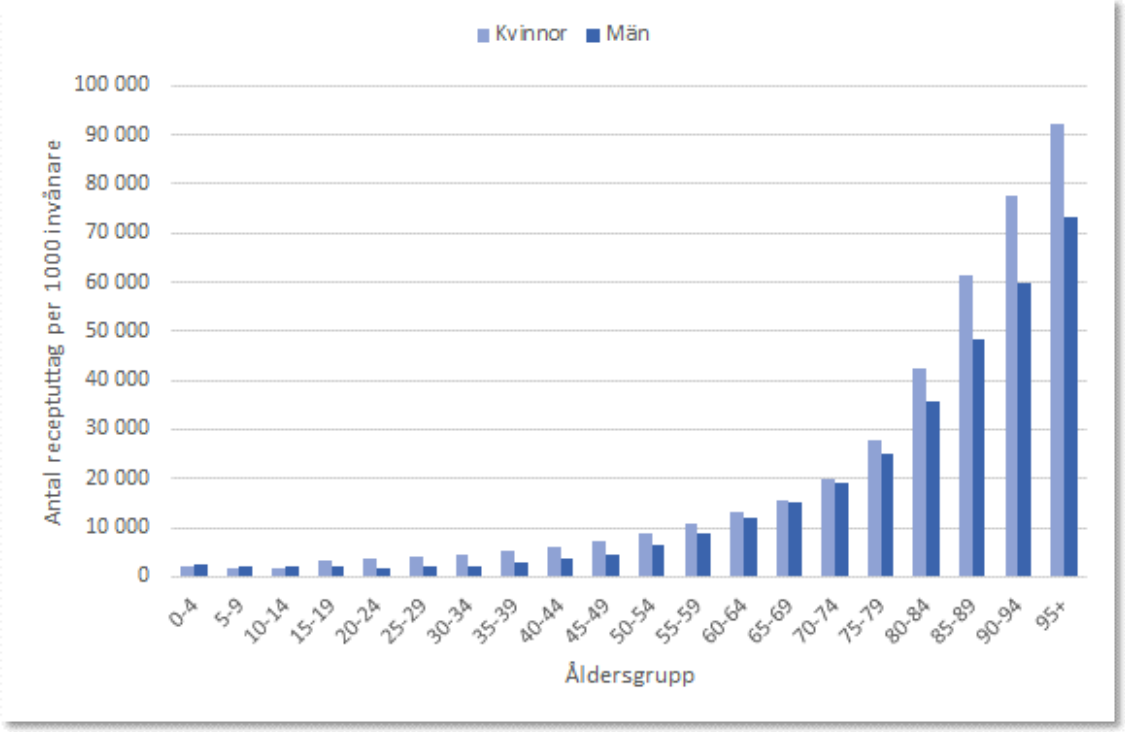
Fler kvinnor än män hämtade ut minst ett receptförskrivet läkemedel i Stockholm år 2018, totalt 74 procent av kvinnorna och 59 procent av männen. Andelen som hämtat ut läkemedel var för båda könen högst i åldersgruppen 95 år och äldre (Fig. 5). Samma mönster sågs under samtliga år under perioden 2014-2018.

Bland barn (0–14 år) var det något fler pojkar än flickor som använde läkemedel och från 15 års ålder var det fler kvinnor som använde läkemedel. Störst könsskillnad fanns i åldersgruppen 20-24 år. Skillnaden mellan könen minskade med stigande ålder och i de äldsta åldersgrupperna var könsskillnaden utjämnad. Utköp av antikonceptionella medel förklarar delvis denna könsskillnad, men även när man exkluderar denna läkemedelsgrupp kvarstår skillnaden.



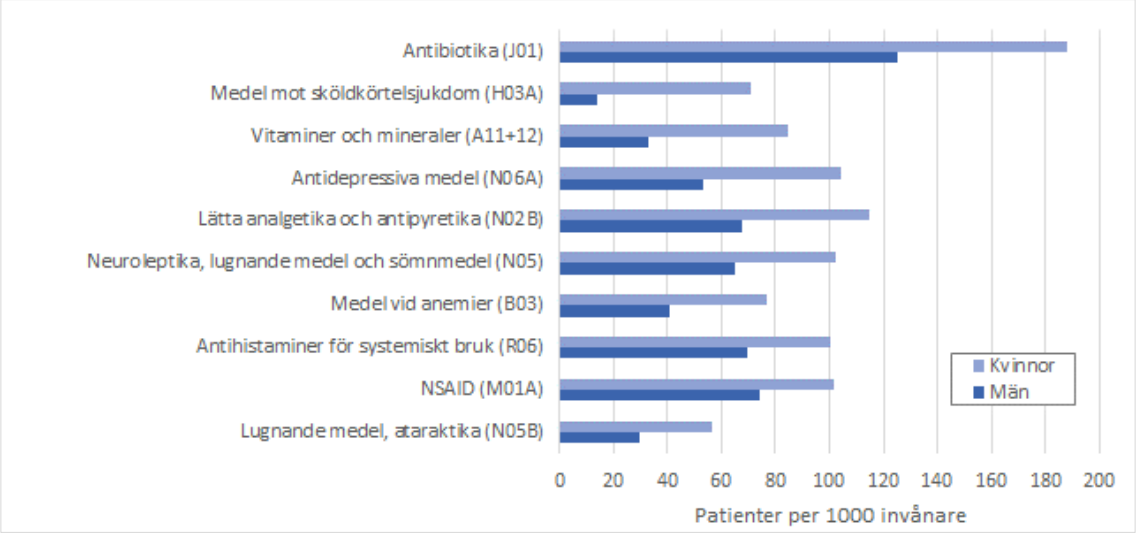
***Figur 5**. Andel individer som hämtat ut minst ett receptförskrivet läkemedel under 2018 fördelat efter ålder och kön. Källa: VAL*

Antal uttag av recept (expedieringar) var högre hos kvinnor än hos män i Stockholm år 2018, totalt 13 896 640 hos kvinnor och 9 540 865 hos män (Fig. 6). Det motsvarar 9,9 respektive 6,8 receptuttag per invånare. Antal receptuttag per invånare ökade med stigande ålder hos båda könen. Störst könsskillnad fanns i åldersgruppen 90-94 år. I åldersgruppen 0-14 år hade pojkar i genomsnitt 1,2 gånger fler receptuttag och i åldersgruppen 15 år och äldre hade flickor/kvinnor i genomsnitt 1,5 gånger fler receptuttag (se bilaga 3).

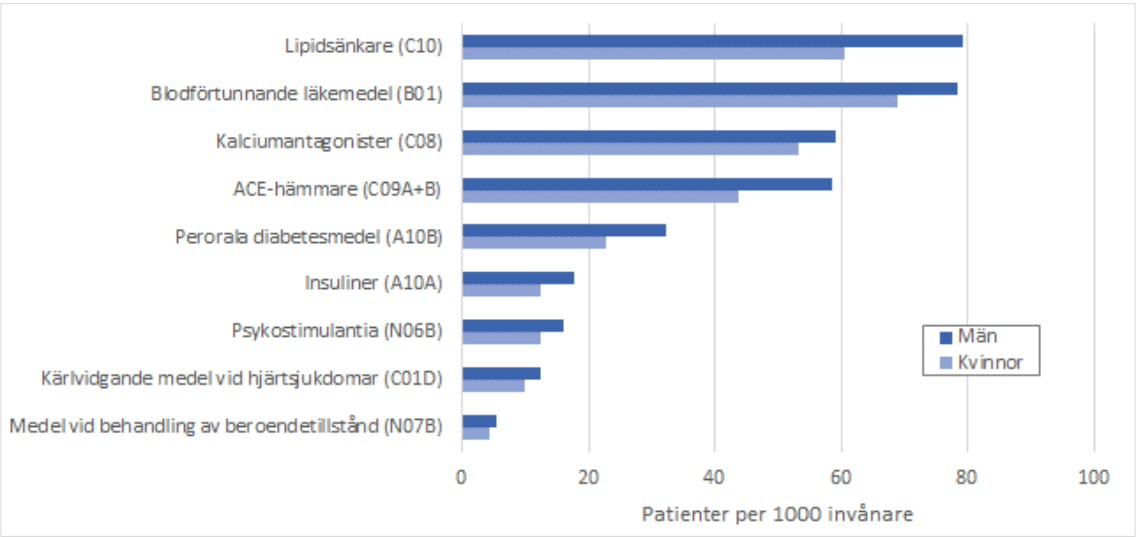


***Figur 6**. Antal receptuttag per 1000 invånare fördelat efter ålder och kön. Källa: VAL.*

Läkemedelsgrupper med högre total användning hos kvinnor var antibiotika, läkemedel mot sköldkörtelsjukdom och vitaminer och mineraler (Fig. 7), medan män i högre grad använde hjärtkärlläkemedel så som lipidsänkande, blodförtunnande och kalciumantagonister (Fig. 8).



Figur 7. *De tio största läkemedelsgrupperna med högre total användning hos kvinnor (alla åldrar). Följande läkemedelsgrupp presenteras inte på grund av könsspecifik indikation: Könshormoner och modulatorer av könsorgan (G03). NSAID = Icke-steroida antiinflammatoriska/antireumatiska medel Källa: VAL.*



Figur 8. *De tio största läkemedelsgrupperna med högre total användning hos män (alla åldrar). Följande läkemedelsgrupp presenteras inte på grund av könsspecifik indikation: Urologiska medel (G04). Källa: VAL.*

Analys

Skillnader i vårdkostnader mellan kvinnor och män

Den genomsnittliga kostnaden för mäns slutenvårdstillfällen var högre än den genomsnittliga kostnaden för kvinnors slutenvårdstillfällen. Denna tendens syntes även när männens medelvårdtid var kortare än kvinnornas, och tendensen var återkommande i de fem av de tio vanligaste orsakerna till vård som är gemensamma för män och kvinnor. Kostnadsskillnaderna mellan kvinnors och mäns vård var dock i vissa fall mycket små och uppvisade inte någon tydlig tendens vid åldersstratifiering. I vissa åldersgrupper var vården av män dyrare, i andra åldersgrupper var vården av kvinnor dyrare. Fynden ligger i linje med tidigare studiers resultat.[12]

Skälen till de kostnadsskillnader som syns är sannolikt flera, och eventuellt varierande mellan de olika diagnosgrupperna. Som konstaterades inledningsvis har kvinnor och män olika sökmönster i vården. Det ger olika förutsättningar för att upptäcka och behandla olika tillstånd, och kan väntas påverka såväl kostnaden för vården i sin helhet som kostnaden för ett specifikt vårdtillfälle. En av de skillnader som observerats gäller andelen av vårdkostnaderna som kan hänföras till intensivvård, som generellt är dyrare än annan vård. Även detta – att kvinnor och män vårdas på olika typer av avdelningar, med olika intensitet i utredning och behandling – har noterats i tidigare studier.[25,26]

Kvinnors och mäns kroppar fungerar också olika. Den skillnad i infektioners förekomst och intensitet som nämndes inledningsvis skulle exempelvis kunna vara ett skäl till skillnaderna i kostnader för vård av pneumoni. Vården får antas vara anpassad efter det individuella sjukdomstillståndet.

Skillnader i läkemedelsanvändning mellan kvinnor och män

Resultaten ger en aktuell bild över användningen av receptförskrivna läkemedel hos kvinnor och män i Region Stockholm. Det finns ett flertal tidigare publikationer som studerat könsskillnader i uthämtning av receptläkemedel i Stockholm[27,28,29] och på nationell nivå[30,31,32,33,34] Många av resultaten som redovisas i den här rapporten överensstämmer med vad som observerats tidigare.

Totalt sett är det fler kvinnor än män som använder läkemedel förskrivna på recept, förutom i de yngsta och äldsta åldersgrupperna, och detta stämmer överens med tidigare rapporter.[30] Kvinnor har även totalt sett fler uttag av receptförskrivna läkemedel än män. Eftersom det finns fler kvinnor än män i de äldsta åldersgrupperna blir det totala antalet receptuttag hos män lägre. Många receptuttag kan reflektera en stor mängd receptförskrivna läkemedel, men det kan också indikera att ett läkemedel hämtas ut i olika förpackningsstorlekar eller att dosexpedierade (sampackade) läkemedel, som ofta gäller en kortare tids förbrukning, hämtats ut. Den statistik som redovisas här avser uthämtade läkemedel. Fler män än kvinnor hämtar *inte* ut sina receptförskrivna läkemedel,[35] vilket kan bidra till de observerade könskillanderna.

En del läkemedel som förskrivs på recept finns även tillgängliga receptfritt (till exempel paracetamol), vilket innebär att den totala användningen av dessa läkemedel är högre än siffrorna i denna rapport. Svenska enkätstudier[36,37] har visat att kvinnor i högre grad använder receptfria läkemedel och att en större andel kvinnor än män regelbundet använder receptfritt paracetamol.

Faktorer som påverkar läkemedelsanvändning

De observerade könsskillnader i läkemedelsanvändning kan ha många olika förklaringar. Faktorer som kan påverka läkemedelsanvändning kan grupperas in i sådana som relaterar till sjukdomen, patienten, läkaren och andra faktorer. Dessa faktorer kan samspela på olika sätt och därmed påverka läkemedelsanvändningen hos kvinnor och män olika.

Sjukdomen

Antibiotika var i denna studie den vanligast använda läkemedelsgruppen för båda könen. Totalt sett var det fler kvinnor än män som hämtade ut antibiotika, framförallt urinvägsantibiotika och luftvägsantibiotika. Urinvägsinfektioner är vanligare bland kvinnor, men det finns rapporter om överdiagnostisering av kvinnor och underdiagnostisering av män.[38] Som nämnts inledningsvis är dock både förekomsten av infektioner och infektionernas intensitet generellt högre hos män än hos kvinnor.[4]

Flera läkemedelsgrupper som används för att behandla hjärtkärlsjukdomar var oftare använda av män. Samma mönster har rapporterats tidigare.[30] Det finns dock studier som visar på underanvändning av några av dessa läkemedelsgrupper hos kvinnor, till exempel lipidsänkare vid sekundärprevention av ischemisk hjärtsjukdom (kranskärlssjukdom) [29,39] och blodförtunnande medel vid förmaksflimmer.[40] ACE-hämmare används huvudsakligen vid hjärtsvikt och högt blodtryck, diagnoser som är lika vanliga hos kvinnor och män,[41] men fler män hämtade ut recept i denna läkemedelsgrupp. Hosta som biverkan av ACE-hämmare är vanligt och förekommer mer hos kvinnor,[42] vilket skulle kunna förklara denna könsskillnad.

I resultatredovisningen syns att psykostimulantia, som bland annat används vid behandling av ADHD, i högre utsträckning används av män än av kvinnor. Hos kvinnor syns en högre användning av antidepressiva medel. Tidigare studier har föreslagit att dessa skillnader skulle kunna reflektera en underdiagnostisering och underbehandling av det ena könet till följd av diagnoskriteriernas utformning.[34] Vissa antidepressiva läkemedel används även vid behandling av ångestsyndrom, vilket är en vanligare förekommande diagnos hos kvinnor.[8]

Patienten

Könsskillnader i fysiologi kan leda till att kvinnor och män exponeras för olika mycket läkemedel i kroppen efter att de fått samma dos läkemedel. Kvinnor har generellt lägre kroppsvikt än män, men få läkemedel doseras efter kroppsvikt. De allra flesta läkemedel förskrivs med en standarddos (samma för kvinnor och män).

Patientens eventuella samsjuklighet och andra läkemedel kan påverka förskrivarens val av läkemedel. Socioekonomiska faktorer och livsstil kan ligga bakom sociala skillnader (genusskillnader) som påverkar läkemedelsanvändning. Vad som upplevs som en biverkan kan variera mellan individer, liksom vilka biverkningar som uppleves vara acceptabla. Detta påverkar patientens följsamhet till behandlingen, och i förlängningen vilka läkemedel som hämtas ut.

Läkaren
I Region Stockholm finns rekommendationer om läkemedel för vanliga folksjukdomar samlade i Kloka listan som ges ut av Region Stockholms läkemedelskommitté. Inom några terapiområden och läkemedelsgrupper tas hänsyn till kön i behandlings-rekommendationerna, men inte i alla. Det är även tänkbart att egenskaper hos förskrivaren skulle kunna påverka behandlingsvalet, så som behandlingstradition[43] och tolkning av kvinnor och mäns symptom.[44]

Slutsatser

Det förekommer könsskillnader i kostnaderna för vård av kvinnor och män vid vården av fem stora gemensamma diagnosgrupper i Region Stockholm. Skälen till dessa skillnader är inte klarlagd, men tidigare studier har visat på skillnader i kvinnors och mäns levnadsmönster, upplevda hälsa, benägenhet att söka vård, sannolikhet att drabbas av eller diagnostiseras med olika sjukdomar och funktionsnedsättningar samt sannolikhet att vårdas inom primär- eller specialiserad vård. De resultat som syns i denna rapport kan vara ett uttryck för någon eller flera av dessa skillnader.

Det förekommer även könsskillnader i användning av många läkemedelsgrupper i regionen. Vissa könsskillnader är förväntade och kan förklaras av skillnader i exempelvis sjukdomsförekomst, sjuklighet och ålder mellan kvinnor och män. Andra skillnader är svårare att förklara med medicinska skäl och kan bero på skillnader i benägenhet att söka vård och hämta ut recept, läkarens förskrivningspraxis och egenskaper hos läkemedlet.

Vad de observerade skillnaderna beror på och om de är medicinskt motiverade – vilket får betraktas som kärnfrågan i sammanhanget – går dock inte att bedöma utan en närmare medicinsk granskning av varje enskilt vårdtillfälle. Den vård och behandling som ges är resultatet av ett komplext pussel av kunskaper, erfarenheter, uppfattningar och förväntningar hos patienten och vårdgivaren.

Bilageförteckning

Bilaga 1 De tio vanligaste diagnosgrupperna inom somatisk slutenvård för kvinnor och män

Bilaga 2 Slutenvård vid hjärtinsufficiens och pneumoni per kön och åldersgrupp

Bilaga 3 Antal receptuttag per 1000 invånare fördelat efter ålder och kön

Referenser

[1] Underlag till Jämställdhetsutredningen U2014:06. Områdesrapport utöver de jämställdhetspolitiska delmålen: Hälsa. Schenck-Gustafsson, K och Dahlin, S.

[2] Socialstyrelsen. Nationella indikatorer för God vård. Stockholm, 2009.

[3] Folkhälsan i Sverige. Årsrapport 2014. Folkhälsomyndigheten.

[4] vom Steeg LG, Klein SL. SeXX Matters in Infectious Disease Pathogenesis. PLoS Pathog 2016;12(2):e1005374. doi: 10.1371/journal.ppat.1005374 [published Online First: 2016/02/20]

[5] Mowlem FD, Rosenqvist MA, Martin J, et al. Sex differences in predicting ADHD clinical diagnosis and pharmacological treatment. Eur Child Adolesc Psychiatry 2019;28(4):481-89. doi: 10.1007/s00787-018-1211-3 [published Online First: 2018/08/12]

[6] Mowlem F, Agnew-Blais J, Taylor E, et al. Do different factors influence whether girls versus boys meet ADHD diagnostic criteria? Sex differences among children with high ADHD symptoms. Psychiatry Res 2019;272:765-73. doi: 10.1016/j.psychres.2018.12.128 [published Online First: 2019/03/06]

[7] Nejtek VA. Sex disparities in depression prevalence are lost when male-type depression symptoms are considered alongside traditional symptoms. Evid Based Ment Health 2014;17(2):e1. doi: 10.1136/eb-2013-101684 [published Online First: 2014/02/13]

[8] Lejtzen N, Sundquist J, Sundquist K, et al. Depression and anxiety in Swedish primary health care: prevalence, incidence, and risk factors. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2014;264(3):235-45. doi: 10.1007/s00406-013-0422-3

[9] Socialstyrelsen. Utvecklingen av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna – Till och med 2016. Stockholm.

[10] Galdas PM, Cheater F, Marshall P. Men and health help-seeking behaviour: literature review. J Adv Nurs 2005;49(6):616-23. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03331.x

[11] Wang Y, Hunt K, Nazareth I, et al. Do men consult less than women? An analysis of routinely collected UK general practice data. BMJ Open 2013;3(8):e003320. doi: 10.1136/bmjopen-2013-003320

[12] Socialstyrelsen. Jämställd vård? - Könsperspektiv på hälso- och sjukvården. Stockholm, 2004.

[13] Osika Friberg, Ingrid. 2018. Women's and men's health care utilisation from a cost perspective. Avhandling, Göteborgs universitet.

För en utförligare redovisning av dataurval, se Osika Friberg, I, Krantz, G, Määttä, S & Järbrink, K. Sex differences in health care consumption in Sweden: A register-based cross-sectional study, Scandinavian Journal of Public Health, 2016; 44: 264–273. doi: 10.1177/1403494815618843

[14] Socialstyrelsen. Statistik om läkemedel 2018. Stockholm.

[15] Loikas D, Wettermark B, von Euler M, et al. Differences in drug utilisation between men and women: a cross-sectional analysis of all dispensed drugs in Sweden. BMJ Open 2013;3(5)

[16] Soldin OP, Chung SH, Mattison DR. Sex differences in drug disposition. J Biomed Biotechnol 2011;2011:187103. doi: 10.1155/2011/187103

[17] Soldin OP, Mattison DR. Sex differences in pharmacokinetics and pharmacodynamics. Clin Pharmacokinet 2009;48(3):143-57. doi: 10.2165/00003088-200948030-00001

[18] Läkemedelsverket. Årsrapport för biverkningar 2017.

[19] Franconi F, Brunelleschi S, Steardo L, et al. Gender differences in drug responses. Pharmacol Res 2007;55(2):81-95. doi: 10.1016/j.phrs.2006.11.001

[20] Socialstyrelsen. Öppna jämförelser 2017 – Vård och omsorg om äldre.

[21] Läkemedelsverket. Test på både kvinnor och män 2015 [accessed 11 april 2019.

[22] Organisation for Economic Co-operation and Development. OECD Health Statistics 2019 – Frequently Requested Data.

[23] Sveriges kommuner och landsting. Nationella KPP-principer. Version 3. Kostnad per patient

[24] SKL: Vad är KPP? (power point- presentation)

[25] Määttä, S, Schenk-Gustafsson, K, Trollvik, M, et al. Män kostar mer än kvinnor vid hjärtinfarkt och appendicit. Läkartidningen. 2015;112:DEYT

[26] Herlitz J, Dellborg M, Karlsson T, et al. Treatment and outcome in acute myocardial infarction in a community in relation to gender. International Journal of Cardiology Volume 135, Issue 3, 10 July 2009, Pages 315-322. doi: 10.1016/j.ijcard.2008.03.065

[27] Loikas D, Forslund T, Wettermark B, et al. Sex and Gender Differences in Thromboprophylactic Treatment of Patients With Atrial Fibrillation After the Introduction of Non-Vitamin K Oral Anticoagulants. Am J Cardiol 2017;120(8):1302-08. doi: 10.1016/j.amjcard.2017.07.002

[28] Wallentin F, Wettermark B, Kahan T. Drug treatment of hypertension in Sweden in relation to sex, age, and comorbidity. J Clin Hypertens (Greenwich) 2018;20(1):106-14. doi: 10.1111/jch.13149 [published Online First: 2017/12/09]

[29] Geary L, Aronius J, Wettermark B, et al. Sociodemographic factors are associated with utilisation of statins after ischaemic stroke/TIA. Int J Clin Pract 2017;71(3-4) doi: 10.1111/ijcp.12936 [published Online First: 2017/04/04]

[30] Loikas D, Wettermark B, von Euler M, et al. Differences in drug utilisation between men and women: a cross-sectional analysis of all dispensed drugs in Sweden. BMJ Open 2013;3(5) doi: 10.1136/bmjopen-2012-002378

[31] Karanti A, Bobeck C, Osterman M, et al. Gender differences in the treatment of patients with bipolar disorder: a study of 7354 patients. J Affect Disord 2015;174:303-9. doi: 10.1016/j.jad.2014.11.058

[32] Backryd E. Gender differences in dispensed analgesics in Sweden during 2006-2015 - an observational, nationwide, whole-population study. Int J Womens Health 2018;10:55-64. doi: 10.2147/IJWH.S142052 [published Online First: 2018/02/07]

[33] Karlsson Lind L, Wide K, Wettermark B, et al. Utilization of Antiepileptic Medicines in Swedish Children and Adolescents with Different Diagnoses. Basic Clin Pharmacol Toxicol: John Wiley & Sons, 2018, 2018:94-100.

[34] Thunander Sundbom L, Bingefors K, Hedborg K, et al. Are men under-treated and women over-treated with antidepressants? Findings from a cross-sectional survey in Sweden. BJPsych Bull 2017;41(3):145-50. doi: 10.1192/pb.bp.116.054270 [published Online First: 2017/06/07]

[35] Ax F, Ekedahl A. Electronically transmitted prescriptions not picked up at pharmacies in Sweden. Res Social Adm Pharm 2010;6(1):70-7. doi: 10.1016/j.sapharm.2009.06.003 [published Online First: 2010/03/02]

[36] Hakonsen H, Sundell KA, Martinsson J, et al. Consumer preferences for over-the-counter drug retailers in the reregulated Swedish pharmacy market. Health Policy 2016;120(3):327-33. doi: 10.1016/j.healthpol.2016.01.016 [published Online First: 2016/02/11]

[37] Hedenrud T, Hakonsen H. Purchase habits, use of paracetamol, and information sources on a reregulated Swedish pharmacy market: A population-based study. Health Policy 2017;121(1):35-41. doi: 10.1016/j.healthpol.2016.11.009 [published Online First: 2016/11/29]

[38] Lindback H, Lindback J, Melhus A. Inadequate adherence to Swedish guidelines for uncomplicated lower urinary tract infections among adults in general practice. APMIS 2017;125(9):816-21. doi: 10.1111/apm.12718 [published Online First: 2017/06/07]

[39] Wettermark B, Persson A, von Euler M. Secondary prevention in a large stroke population: a study of patients' purchase of recommended drugs. Stroke 2008;39(10):2880-5. doi: 10.1161/STROKEAHA.107.513390 [published Online First: 2008/08/09]

[40] Forslund T, Wettermark B, Wandell P, et al. Risk scoring and thromboprophylactic treatment of patients with atrial fibrillation with and without access to primary healthcare data: experience from the Stockholm health care system. Int J Cardiol 2013;170(2):208-14. doi: 10.1016/j.ijcard.2013.10.063 [published Online First: 2013/11/19]

[41] Zarrinkoub R, Wettermark B, Wandell P, et al. The epidemiology of heart failure, based on data for 2.1 million inhabitants in Sweden. Eur J Heart Fail 2013;15(9):995-1002. doi: 10.1093/eurjhf/hft064

[42] Alharbi FF, Kholod AAV, Souverein PC, et al. The impact of age and sex on the reporting of cough and angioedema with renin-angiotensin system inhibitors: a case/noncase study in VigiBase. Fundam Clin Pharmacol 2017;31(6):676-84. doi: 10.1111/fcp.12313 [published Online First: 2017/08/03]

[43] Bertakis KD, Azari R. Patient gender and physician practice style. J Womens Health (Larchmt) 2007;16(6):859-68. doi: 10.1089/jwh.2006.0170

[44] Maserejian NN, Link CL, Lutfey KL, et al. Disparities in physicians' interpretations of heart disease symptoms by patient gender: results of a video vignette factorial experiment. J Womens Health (Larchmt) 2009;18(10):1661-7. doi: 10.1089/jwh.2008.1007

Bilaga 1. De tio vanligaste diagnosgrupperna inom somatisk slutenvård för kvinnor och män

De tio vanligaste diagnosgrupperna i antal och andel vårdtillfällen inom somatisk slutenvård för kvinnor respektive män i Region Stockholm år 2017. Exklusive förlossningar.

Kvinnor		
Diagnosgrupp	**Antal vtf**	**Andel av kvinnors vtf**
I50 Hjärtinsufficiens	3 263	2,8%
R10 Smärtor från buk och bäcken	2 475	2,1%
J18 Pneumoni orsakad av ospec. mikroorganism	1 818	1,5%
R07 Smärtor i luftstrupe och bröstkorg	1 707	1,4%
N10 Akut tubulo-interstitiell nefrit	1 512	1,3%
N39 Andra sjukdomar i urinorg.	1 493	1,3%
C50 Malign tumör i bröstkörtel	1 404	1,2%
R42 Yrsel och svindel	1 068	0,9%
E66 Fetma	970	0,8%
G45 Övergående cerebral ischemi och besläktade syndrom	917	0,8%
Summa 10 vanligaste diagnosgrupper Kvinnor	16 627	14,1%

Män		
Diagnosgrupp	**Antal vtf**	**Andel av mäns vtf**
I50 Hjärtinsufficiens	3 904	3,3%
J15 Bakteriell pneumoni som ej klassificeras på annan plats	3 701	3,1%
I48 Förmaksflimmer och förmaksfladder	2 980	2,5%
I63 Cerebral infarkt	2 078	1,8%
J18 Pneumoni orsakad av ospec. mikroorganism	2 075	1,8%
R07 Smärtor i luftstrupe och bröstkorg	1 966	1,7%
N39 Andra sjukdomar i urinorg.	1 873	1,6%
K35 Akut appendicit	1 571	1,3%
R55 Svimning och kollaps	1 253	1,1%
G45 Övergående cerebral ischemi och besläktade syndrom	940	0,8%
Summa 10 vanligaste diagnosgrupper Män	22 341	18,9%

Bilaga 2. Slutenvård vid hjärt-insufficiens och pneumoni per kön och åldersgrupp

Åldersstratifierad statistik över antal vårdtillfällen, vårdkostnader och vårdtid för kvinnor och män vid hjärtinsufficiens respektive pneumoni orsakad av icke specificerad mikroorganism. Region Stockholm, 2017.

Huvuddiagnos	Kön	Ålders-grupp	VTF	Vårdkostnad	Kostnad/ VTF	Vårddagar	Medel-vårdtid
I50 Hjärtinsufficiens	Man	.	12	1 310 032	109 169	103	7,6
I50 Hjärtinsufficiens	Man	0- 14	9	5 091 947	565 772	210	22,3
I50 Hjärtinsufficiens	Man	15-24	13	455 737	35 057	37	1,8
I50 Hjärtinsufficiens	Man	25-44	83	10 634 037	128 121	440	4,3
I50 Hjärtinsufficiens	Man	45-64	462	47 036 179	101 810	2794	5,0
I50 Hjärtinsufficiens	Man	65-74	793	51 306 958	64 700	4573	4,8
I50 Hjärtinsufficiens	Man	75-84	1092	63 940 370	58 553	7021	5,4
I50 Hjärtinsufficiens	Man	85+	890	45 251 095	50 844	5617	5,3
I50 Hjärtinsufficiens	Kvinna	.	11	626 022	56 911	71	5,5
I50 Hjärtinsufficiens	Kvinna	0- 14	5	209 009	41 802	26	4,2
I50 Hjärtinsufficiens	Kvinna	15-24	3	303 292	101 097	14	3,7
I50 Hjärtinsufficiens	Kvinna	25-44	30	1 356 212	45 207	114	2,8
I50 Hjärtinsufficiens	Kvinna	45-64	157	11 941 330	76 059	1027	5,5
I50 Hjärtinsufficiens	Kvinna	65-74	367	22 649 582	61 715	2137	4,8
I50 Hjärtinsufficiens	Kvinna	75-84	806	43 792 697	54 333	5083	5,3
I50 Hjärtinsufficiens	Kvinna	85+	1181	62 983 048	53 330	8159	5,9

Huvuddiagnos	Kön	Ålders-grupp	VTF	Vårdkostnad	Kostnad/ VTF	Vårddagar	Medel-vårdtid
J18 Pneumoni orsakad av icke specificerad mikroorganism	Man	.	15	1 020 103	68 007	70	3,7
J18 Pneumoni orsakad av icke specificerad mikroorganism	Man	0- 14	123	7 307 851	59 413	500	3,1
J18 Pneumoni orsakad av icke specificerad mikroorganism	Man	15-24	25	1 148 293	45 932	87	2,5
J18 Pneumoni orsakad av icke specificerad mikroorganism	Man	25-44	95	4 568 160	48 086	410	3,3
J18 Pneumoni orsakad av icke specificerad mikroorganism	Man	45-64	252	16 256 349	64 509	1252	4,0
J18 Pneumoni orsakad av icke specificerad mikroorganism	Man	65-74	353	24 353 665	68 991	2008	4,7
J18 Pneumoni orsakad av icke specificerad mikroorganism	Man	75-84	482	29 441 615	61 082	2922	5,1
J18 Pneumoni orsakad av icke specificerad mikroorganism	Man	85+	384	21 614 503	56 288	2408	5,3
J18 Pneumoni orsakad av icke specificerad mikroorganism	Kvinna	.	8	611 969	76 496	35	3,4
J18 Pneumoni orsakad av icke specificerad mikroorganism	Kvinna	0- 14	101	6 311 812	62 493	425	3,2
J18 Pneumoni orsakad av icke specificerad mikroorganism	Kvinna	15-24	21	1 153 704	54 938	82	2,9
J18 Pneumoni orsakad av icke specificerad mikroorganism	Kvinna	25-44	72	3 992 639	55 453	305	3,2
J18 Pneumoni orsakad av icke specificerad mikroorganism	Kvinna	45-64	230	17 549 738	76 303	1149	4,0
J18 Pneumoni orsakad av icke specificerad mikroorganism	Kvinna	65-74	272	20 524 714	75 459	1667	5,1
J18 Pneumoni orsakad av icke specificerad mikroorganism	Kvinna	75-84	346	20 365 697	58 860	2099	5,1
J18 Pneumoni orsakad av icke specificerad mikroorganism	Kvinna	85+	440	23 631 692	53 708	2842	5,5

Bilaga 3. Antal receptuttag per 1000 invånare fördelat efter ålder och kön

Antal receptuttag per 1000 invånare fördelat efter ålder och kön. Region Stockholm, 2014-2018.

Filtrerat efter År	Kvinnor	Män	Kvinnor		Män			
Ålders-grupp	Antal expedieringar kvinnor	Antal expedieringar män	Antal recept kvinnor per 1000 inv	Antal recept kvinnor per inv	Antal recept män per 1000 inv	Antal recept män per inv	RR K/V	RR M/K
0-4	194 422	238 586	2 242	2,2	2 604	2,6	0,86	1,16
5-9	143 929	177 889	1 672	1,7	1 938	1,9	0,86	1,16
10-14	153 932	187 591	1 900	1,9	2 186	2,2	0,87	1,15
15-19	249 500	160 170	3 475	3,5	2 053	2,1	1,69	0,59
20-24	301 975	144 486	3 680	3,7	1 709	1,7	2,15	0,46
25-29	467 989	229 871	4 124	4,1	2 028	2,0	2,03	0,49
30-34	483 562	260 025	4 421	4,4	2 296	2,3	1,93	0,52
35-39	518 886	306 965	5 160	5,2	2 880	2,9	1,79	0,56
40-44	587 097	360 968	6 051	6,1	3 575	3,6	1,69	0,59
45-49	692 674	448 943	7 258	7,3	4 575	4,6	1,59	0,63
50-54	815 433	599 557	8 769	8,8	6 319	6,3	1,39	0,72
55-59	849 015	690 690	10 848	10,8	8 702	8,7	1,25	0,80
60-64	903 860	815 391	13 207	13,2	11 890	11,9	1,11	0,90
65-69	996 514	914 481	15 511	15,5	15 220	15,2	1,02	0,98
70-74	1 323 754	1 142 581	20 032	20,0	19 280	19,3	1,04	0,96
75-79	1 275 432	1 008 617	27 618	27,6	25 161	25,2	1,10	0,91
80-84	1 283 742	818 850	42 228	42,2	35 689	35,7	1,18	0,85
85-89	1 289 989	604 633	61 545	61,5	48 340	48,3	1,27	0,79
90-94	940 569	327 645	77 752	77,8	59 767	59,8	1,30	0,77
95+	424 366	102 926	92 073	92,1	73 361	73,4	1,26	0,80
Alla	**13 896 640**	**9 540 865**	**9 870**	**9,9**	**6 773**	**6,8**	1,46	0,69