

Primärvårdens förutsättningar och befolkningens behov i sju vårdverksamheter

Gunnel Gustafsson, Osman Aytar, Per Tillgren

Gunnel Gustafsson, Fil kand, Mälardalens högskola, Akademin för hälsa, vård och välfärd, Västerås. E-post: gunnel.gustafsson@mdh.se.

Osman Aytar, Docent i socialt arbete, Mälardalens högskola, Akademin för hälsa, vård och välfärd, Eskilstuna. E-post: osman.aytar@mdh.se.

Per Tillgren, Senior professor, Mälardalens högskola, Akademin för hälsa, vård och välfärd, Västerås. E-post: per.tillgren@mdh.se.

Primärvårdens kontextuella och organisatoriska faktorer påverkar vilken vård som ges till medborgare. Forskning visar att hälsans sociala bestämningsfaktorer påverkar hälsan för individer, samhällen och länder. Denna artikel handlar om att beskriva den metodologiska ansatsen med områdesbeskrivningarna i Lärandeprojektet – Vård på lika villkor och ge en jämförbar bild av de deltagande vårdverksamheterna utifrån kontextuella och organisatoriska faktorer. Resultatet visar att det finns en tydlig variation mellan vårdverksamheterna och det kan ha betydelse för deras förutsättningar för en mer jämlik vård. Ett annat intressant resultat som områdesbeskrivningar visar är att skillnader i verksamhetsrelaterade bestämningsfaktorer kan utgöra en utgångspunkt för resursfördelning till både verksamheter och inom verksamheter.

The contextual and organizational factors of the primary health care affect which care is provided to citizens. Research shows that social determinants of health affect the health of individuals, communities and countries. This article is about describing the methodological approach with area descriptions in Learning Project Care on Equal Terms and provide a comparable view of the participating primary care units based on their contextual and organizational factors. The result shows that there is a clear variation between the primary health care units and it may be relevant to their conditions for an equitable care. Another interesting result area descriptions show is that differences in unit-related determinants may constitute a basis for resource allocation to both units and within units.

Introduktion

I SKL:s nationella projekt, Lärandeprojektet – Vård på lika villkor genomfördes områdesbeskrivningar för de sju verksamheter från första linjens vård som deltog i projektet. Skälen till detta var att ge underlag till verksam-

heterna för att bättre kunna dimensionera och anpassa vården utifrån invånarnas och patienternas behov av vård. En viktig faktor i en sådan beskrivning var att försöka lyfta fram de kontextuella, socioekonomiska och

organisatoriska aspekternas inverkan på hälsoläget i befolkningen. Detta skulle göras främst utifrån förändringsarbetets förutsättningar, genomförande och resultat. Ett annat skäl var att få jämförbara uppgifter mellan sju verksamheter från fem olika län/regioner i Sverige. Utifrån denna bakgrund fick Mälardalens högskola (MDH) i uppdrag av SKL att genomföra områdesbeskrivningar av de verksamheter som deltog i Lärandeprojektet.

I det nationella Lärandeprojektet – Vård på lika villkor som genomfördes 2011-2014 eftersträvades att de verksamheter som deltog var etablerade i socioekonomisk resurssvaga områden. Syftet med områdesbeskrivningarna var att ge en jämförbar bild av de kontextuella aspekter som rör verksamheternas geografiska närområden och verksamheternas organisatoriska förutsättningar. Ett arbete som också skulle kunna bidra till att få metodologisk kunskap för andra landsting att också kunna göra områdesbeskrivningar för sina primärvårdsenheter. Detta för att landstingen skulle få ett bättre underlag till att beställa och leverera en behovsanpassad vård. I det arbetet sågs det som en viktig uppgift att bland annat ta fram relevant statistik och demografiska fakta på verksamhets-, kommun, landstings- och länsnivå. Områdesbeskrivningarna skulle även kunna ge kunskap och en förståelse, men också och bidra till en förklaring till både Lärandeprojektets utfall och projektutvärderingens re-

sultat (för en detaljerad beskrivning av studien om områdesbeskrivning, se Gustafsson m.fl., 2014).

Syftet med denna artikel är att närmare beskriva den metodologiska ansatsen med områdesbeskrivningarna i Lärandeprojektet – Vård på lika villkor och ge en jämförbar bild av de deltagande vårdverksamheterna utifrån kontextuella och organisatoriska faktorer.¹

Områdesbeskrivningar i perspektivet vård på lika villkor

I arbetet med att utveckla ett nytt principprogram för den framtida hälso- och sjukvården för åren 1990-2000 (HS 90), konkretiserades också de krav som ställs på hälso- och sjukvården, för att kunna leva upp mot Hälso- och sjukvårdslagens övergripande mål, § 2, vård på lika villkor för hela befolkningen (SOU 1984:39, HSL 1982:763). En lag som trädde i kraft 1983. I HS 90:s huvudrapport från 1984 konkretiseras närmare Hälso- och sjukvårdslagens krav och framhåller att geografiska, demografiska, sociala, språkliga, religiösa och ekonomiska förhållanden inte får påverka den enskildes möjligheter att er-hålla vård.

I HS 90 föreslogs också en ny vårdstruktur med en lokalt utbyggd primärvård och där ansvaret och uppgifterna var att ”svara för insamling, sammanställning och analys av lokala data för hälso- och sjukvårdsplaneringen”. Varje vårdcentral fick också

¹ Det underlag som används i denna studie är framtaget i samarbete med forskargruppen som bestod av Sharaeh Akhavan, Lennart Bogg och Anne Söderlund, som utöver oss är författare till denna artikel. Med detta tackar vi alla för gott samarbete.

ett befolkningsansvar för ett avgränsat upptagningsområde/ansvarsområde för vård till lokalbefolkningen. Under 1990-talet kom primärvården och landstingen att utveckla och tillämpa ett flertal olika metoder och angreppssätt för att beskriva lokalbefolkningens hälsa på ett systematiskt sätt. Sammanställningar baserade på lokala data från bland annat samhälls-, hälso- och sjukvårdsstatistik, men också från journalstudier och särskilt utvecklade befolkningsenkäter och där resultaten sammanställdes i olika profiler som planeringsunderlag (Socialmedicinsk tidskrift, 1990). Bland annat genomfördes sådant arbete i två av de fem län som också deltog i Lärandeprojektet, Landstinget Dalarna (dåvarande Kopparbergs län) och Kronobergs landsting (Granvik, 1990, Andrén & Håkanson, 1990).

Genom nya propositioner och riksdagsbeslut har det sedan början av 1990-talet skett ett flertal stora förändringar och en inriktning av primärvården mot en mer marknadsstyrd inriktning. Ett första steg i den riktningen var den så kallade husläkarreformen 1994 (Proposition 1992/93) och under de senaste åren om Vårdval i primärvården 2009 (Socialutskottets betänkande 2008/09) och som har koppling till en annan lag som trädde i kraft samma år, Lag om valfrihets-system (LOV). En lag som ger kommuner och landsting möjlighet till att konkurranspröva sin verksamhet och överlåta valet av utförare av stöd-, vård- och omsorgstjänster till brukarna/patienterna (SOU 2008:15). Sedan 2010 är vårdvalsystemet obligatoriskt för landstingen genom ändring i HSL

(SFS 2010:243). Däremot har landstingen själva möjlighet att utforma regelverket och villkor för godkända leverantörer. Den förändring som skett genom riksdagsbeslut har också inneburit att primärvårdens områdesansvar tagits bort. Idag saknas det för primärvården väldefinierade geografiska upptagningsområden och det ser olika ut i olika landsting och för olika vårdcentraler. Det har medfört i praktiken att respektive vårdcentralers upptagningsområde/ansvarsområde har kommit att definieras på olika sätt.

Samtidigt har under de senaste åren flera studier och rapporter lyft fram att boendemiljön är en av de sociala bestämningsfaktorer som kan förklara skillnader i hälsa mellan länder, inom länder och i städer. Detta framkommer bland annat av WHO-rapporten, *Closing the gap in a generation* (CSDH, 2008) och i slutrapporten från Kommissionen för ett socialt hållbart Malmö (2013). Studier som visar på stora skillnader i hälsa mellan kommuner och inom kommuner när det gäller hälsa vad avser bland annat livslängd. Den dominerande förklaringen till den skillnaden är att arbets- och bostadsmarknaden bidrar till en geografisk stratifiering av människor och att utbildning, yrke och inkomster bidrar till social ojämlikhet (Diderichsen, Andersen, & Manuel, 2012). Den geografiska ojämlikheten i hälsa påverkas också av boendeformen, till exempel personer med ett socialt boende har ofta en sämre hälsa än genomsnittsbefolkningen i kommunen. Den geografiska ojämlikheterna i hälsa i de nämnda exemplen har sin orsak på grund av olika egenskaper,

sammansättningseffekten, som finns hos de som bor i olika kommuner, kommundelar och bostadsområden. Detta till skillnad från det som brukar beskrivas som de kontextuella effekterna och som är relaterad till egenskaper i själva området som påverkar ojämlikhet i hälsa (Diderichsen, Andersen, & Manuel, 2012).

Metod och material

Studiens empiriska material baseras på det material som samlades in vid framtagning av rapporten Områdesbeskrivningar av sju vårdverksamheter: Primärvårdens förutsättningar och befolkningens vårdbehov (Gustafsson m.fl., 2014). Detta empiriska underlag består av verksamheternas egna uppgifter, SKL:s databas, uppgifter från de landsting som de undersökta vårdverksamheterna tillhör, från regionala forskningsenheter, Statistiska centralbyrån (SCB) och andra instanser och databaser som har relevant jämförbar fakta.

Grunden för datainsamlingen utgjordes av följande material:

- en historisk, kulturhistorisk och demografisk beskrivning av kommunen samt berörd verksamhet;
- beskrivning av vårdcentral och dess organisation;
- uppgifter avseende socioekonomi, levnadsvanor och hälsa på kommunnivå.

För att samla in uppgifter till beskrivning av vårdcentraler och dess organisation och data på kommunnivå avseende socioekonomi, levnadsvanor och hälsa togs ett frågeformulär fram

i samverkan med representanter för en vårdcentral och ett landsting. Frågorna bedömdes såväl relevanta som möjliga att svara på för vårdcentralerna. Det visade sig dock efter att formuläret skickats ut till de deltagande verksamheterna att frågorna var för detaljerade och berörde områden som verksamheterna inte kunde besvara med en rimlig arbetsinsats. I samråd med SKL utarbetades ett nytt frågeformulär för att beskriva vårdcentralen och dess organisation och som skickades ut till vårdcentralerna.

I det nya formuläret togs bort bland annat frågor på detaljnivå om vårdcentralens patientunderlag och frågor om personalens språkkompetenser och behov av tolk. Det nya frågeformuläret innehöll sammanlagt tretton frågor om bland annat ekonomisk ersättningsmodell, bemanningsstruktur på vårdcentralen, antal besök (akuta besök, nya patienter, återbesök) per profession, beräknad tidsåtgång per besök, använda kvalitetsindikationer, läkemedelsförskrivning och de vanligaste diagnoserna (se tabell 1).

Frågorna om patientgruppens sammansättning besvarades inte på den detaljerade nivå som efterfrågats (uppdelade på kön, inrikes eller utrikes födda) utan som totalt antal patienter bland annat med hänvisning till patientsekretessen.

Frågor om socioekonomi och levnadsvanor ströks helt från frågeformuläret och dessa uppgifter på kommunnivå inhämtades istället från SCB, Försäkringskassan med flera andra myndigheter och instanser. I tre fall inskaffades vissa data på områdesnivå inom kommunen, nämligen för

Tabell 1. Enkätfrågor till vårdverksamheterna avseende beskrivning av vårdcentralen och organisationen

A. Ekonomi	1. Beskrivning av ersättningsmodellen
B. Personal	1. Tjänster – heltidsekvivalenter per profession (totalt antal heltidstjänster)
	2. Andel av personal som arbetar deltid respektive heltid uppdelat på profession och kön
	3. Andel kvinnor och män av samtliga anställda
	4. Antal timmar inhyrd personal per profession per månad
	5. Antal besök per profession och månad
	6. Antal akuta besök per profession och månad
	7. Antal nybesök per profession och månad
	8. Beräknad tid för ett patientbesök (läkar-, sköterske-, akut och planerat besök)
C. Kvalitetsindikatorer	1. Vilka kvalitetsindikatorer används - utfallet
D. Läkemedelsförskrivning	1. Antal DDD/person/år fördelat på kön och ålderskategorier, specificerat på antibiotika, antidepressiva, antidiabetika och antikolesterol, för åren 2010, 2011 och 2012
E. De listade patienterna (delas upp i inrikes och utrikes födda)	1. Antal patienter listade (uppdelade på ålder i de grupper ni använder och efter kön)
	2. De 10 vanligaste diagnoserna hos de listade (uppdelat på ålder i de grupper ni använder och kön)

Drottninghög-Dalhem-Fredriksdal i Helsingborg kommun, Araby-Dalbo i Växjö kommun och Kronoparken i Karlstad kommun.

Vårdverksamheternas varierande bestämningsfaktorer

Områdesbeskrivningarna av de sju olika vårdverksamheterna visar på en betydande variation mellan verksamheterna. I följande görs en jämförande analys mellan de deltagande verksamheterna utifrån ett urval av variabler.²

Socioekonomiska aspekter

Av tabell 2 framgår att av de redovisade kommunerna har Eskilstuna kom-

mun flest personer som är öppet arbetslösa och sökande i program med aktivitetsstöd oavsett kön. Arbetslösheten bland kvinnor är något lägre än bland män, men med ett undantag, Nyköping kommun, där de båda könen är arbetslösa i lika stor utsträckning. De berörda kommunerna har en högre arbetslöshet än riket totalt utom Nyköping kommun där männen är arbetslösa i lika stor utsträckning som i hela riket. De flesta patienter vid VC Dalbo, Växjö, kommer från områdena Araby och Dalbo. I dessa områden är arbetslösheten 8,6 % vilket är högre än den på kommunnivå (7,4 %).

Den sammanräknade förvärvsin-

² Resultatredovisningen i texten baseras på de detaljerade områdesbeskrivningarna för varje vårdverksamhet i Gustafsson m.fl., 2014.

Tabell 2. Andel arbetslösa, årsinkomst och personer med utländsk bakgrund på kommunnivå (2011)

	Arbetslöshet (% av gruppen 16-64 år)		Inkomst (Median per år)		Utländsk bakgrund (% av befolkning)
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	
Eskilstuna	9,9	11,6	193 444	260 941	28
Växjö	7,4	8,2	208 874	286 589	19
Helsingborg	8,1	9,3	195 345	274 485	27
Katrineholm	9,6	10,3	187 659	262 937	18
Orsa	6,7	9,0	175 367	225 768	9
Nyköping	6,8	6,8	204 890	286 894	14
Karlstad	6,9	7,2	205 141	273 764	13
Riket	6,2	6,8	206 260	279 856	20

komsten för personer 20 år och äldre är lägre hos kvinnorna än hos männen i samtliga kommuner. Det finns också skillnader i inkomstfördelningen både bland kvinnor och män i olika kommuner, vilket kan bero på regionala skillnader. Inkomsten är också lägre än i riket, oavsett kön, i samtliga undersökta kommuner förutom Växjö kommun. Ser man däremot till områdena Araby och Dalbo i Växjö är inkomsten lägre för båda könen jämfört med hela Växjö kommun. Samma tendens kan även ses i de områden som VC Drottninghög (Drottninghög, Dalhem och Fredriksdal) och BMM/BVC Sommargatan (Kronoparken) får flest patienterna ifrån.

Ser man till andelen personer med utländsk bakgrund (i denna studie: utrikes födda, eller inrikes födda med två utrikes födda föräldrar) framgår det av tabell 2 att Eskilstuna och Helsingborg kommuner har en högre an-

del bland sina invånare än riket totalt. Resterande kommuner har en lägre andel av personer med utländsk bakgrund än riket totalt. Orsa har däremot den lägsta andelen (9 %) personer med utländsk bakgrund.

Andelen personer med utländsk bakgrund i VC Dalbo upptagningsområde i Växjö är 31 % (för Växjö kommun 19 %). För VC Drottninghög i Helsingborg är det 36 % (för Helsingborg kommun 27 %) och för BMM/BVC Sommargatan i Karlstad 35 % (för Karlstad kommun 13 %).

Hälsorelaterade aspekter

För att belysa aktuella områden ur ett hälsoperspektiv har data från ett antal olika faktorer om invånarnas levnadsvanor och uppskattad hälsa tagits fram. Förutom ohälsotal³ ingår i den sammanställningen andel rökare, alkoholvanor, fysisk aktivitet, andel föreningsaktiva, upplevd psykisk hälsa,

³ Ohälsotal definieras fr.o.m. år 1998 som Antal utbetalda dagar med sjukpenning, arbetsskadesjukpenning, rehabiliteringspenning samt sjukersättning/ aktivitetsersättning (före år 2003 förtdispension/ sjukbidrag) från socialförsäkringen relaterat till antal registrerade försäkrade (befolkningen)16-64 år. Alla dagar är omräknade till nettodagar, t.ex. TVÅ dagar med halv ersättning blir EN dag.

tema

upplevd hälsa, övervikt och vård- och läkemedelskonsumtion och som redovisas för de olika områdena (Gustafsson m.fl., 2014).

Vad gäller ohälsotal har kvinnor ett betydligt högre ohälsotal än män.

Skillnaden blir större ju högre upp i åldrarna man kommer. Av tabell 3 framgår att Katrineholm och Orsa kommuner har ett högt ohälsotal jämfört med riket i helhet oberoende av kön, medan Växjö och Karlstad har

Tabell 3. Ohälsotal på kommunnivå (2011)

Kön och ålder	Kvinnor						Män					
	16-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-64	16-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-64
Eskilstuna kommun	1,3	9,2	14,9	31,2	63,1	99,8	2,9	11	12,5	21,2	43,8	69,1
Växjö kommun	1,4	10,6	15,2	27,1	51,5	71,2	2,3	9,5	10,4	18,4	31,9	50,0
Helsingborg kommun	1,3	7,6	13,6	30,0	61,7	99,4	2,3	7,6	10,9	20,1	40,8	67,6
Katrineholm kommun	1,3	12,8	22	37,9	70,1	107,4	1,8	13	16	23,3	44,5	63,9
Orsa kommun	2,3	12,7	18,6	31,0	53,5	95,2	2,7	10,1	13,7	22,1	44,5	62,1
Nyköping kommun	2,8	14,3	17,5	32,2	50,9	86,9	2,3	12,2	12,7	21,3	35	54,2
Karlstad kommun	2,5	8,6	19,1	27	49,6	78,9	2,7	6,3	10,7	17,5	31,2	59,2
Riket	1,9	10,9	16,1	30,2	57,0	89,3	2,4	10,1	11,6	19,6	39,2	63,0

Källa: Försäkringskassan

Tabell 4. Andel (%) på kommunnivå som anser sig ha bra allmänhälsa utifrån kön

	Kvinnor	Män
Eskilstuna	66	74
Växjö	70	77
Helsingborg	69	75
Katrineholm	70	71
Orsa	60	77
Nyköping	71	76
Karlstad	76	71
Riket	70	74

Källa: Folkhälsomyndighetens databas Folkhälsodata 2009-2012

relativt låga ohälsotal. I Eskilstuna kommun har männen ett högt ohälsotal liksom personer över 50 år av båda könen.

Som framgår av tabell 4 visar andel av befolkningen som själv skattar sin hälsa som bra att fler män än kvinnor uppfattar att de har en bra hälsa. Undantaget bland de aktuella kommunerna är Karlstad där hela 76 % av kvinnorna skattar sin egen hälsa som bra (riket 70 %) medan endast 71 % av männen gör samma bedömning (riket 74 %). Karlstad är, med de siffrorna,

den kommun med högst andel kvinnor som skattar sin hälsa som bra men har den lägsta andel av män. Lägst andel kvinnor som skattar sin hälsa som bra (60 %) finns i Orsa där andel män däremot är högst tillsammans med Växjö (77 %).

Män har således ett lägre ohälsotal än kvinnorna och skattar också den egna hälsan som bra i större utsträckning än vad kvinnorna gör. Något tydligt samband mellan ohälsotal och egen skattad hälsa på kommunnivå framgår däremot inte.

Tabell 5. Antal besök hos läkare och sjuksköterskor/distriktssköterskor (per heltidstjänst i genomsnitt 2011/2012)

	Läkare	Sjuksköterska/ distriktssköterska
VC City i Eskilstuna (2011)	2 182	1 033
VC Dalbo i Växjö (2012)	2 093	1 232
VC Drottninghög i Helsingborg (2011)	2 372	1 432
VC Nävertorp i Katrineholm (2011)	1 672	999
VC Orsa i Orsa (2012)	2 235	1 307
VC Åsidan i Nyköping (2011)	1 344	1 175
BMM/BVC Sommargatan i Karlstad (2012)	1 947	745

Verksamhetsrelaterade aspekter

För att få en uppfattning om besöksfrekvens som finns i verksamheterna har antal besök per profession tagits fram. Av tabell 5 framgår att verksamheterna har ett varierande antal besök hos läkare, sjuksköterskor och distriktssköterskor per år och heltidstjänst. Vid läsning av den tabellen framgår också att det finns vissa skillnader mellan vårdcentraler och BMM/BVC avseende professioners

förutsättningar.

Det är en betydande skillnad mellan de sju verksamheterna. En läkare på VC Drottninghög har högst antal besök per år (2 372), medan VC Åsidan har lägst antal besök per år (1 344). VC Orsa (2 235), VC Eskilstuna (2 182) och VC Dalbo (2 093) följer VC Drottninghög avseende antal besök per läkare och år. När det gäller antal besök per sjuksköterska eller distriktssköterska och år är det fortfarande VC

Drottninghög som har högst antal besök (1 432), medan BMM/BVC Sommargatan har lägst antal besök (745). Med tanke på BMM/BVC Sommargatans specifika verksamhet kan vi istället utgå från antalet besök per barnmorska som var 466. Vid sex av de sju verksamheterna fanns inhyrd personal och främst läkare. Det fanns stor variation mellan verksamheterna från några få läkartimmar till att vara ett mer permanent inslag i verksamheten motsvande ca 40 % av läkartjänsterna (Akhavan, Aytar, Bogg, Söderlund & Tillgren, 2014).

Diskussion och slutsatser

Som framgår av jämförelser mellan vårdverksamheter finns det en tydlig variation mellan dem och det kan ha betydelse för förutsättningar för en mer jämlik vård. De deltagande verksamheterna representerat ett relativt brett spektrum av primärvård i Sverige avseende kontextuella och organisatoriska förutsättningar. Det är möjligt att förjänster, svårigheter och utmaningar avseende områdesbeskrivningar för dessa deltagande verksamheter kan utgöra konkreta exempel för övriga verksamheter än de deltagande.

De frågor som de deltagande verksamheterna arbetade med under projektets gång, nämligen kön, ålder, etnicitet, socioekonomi, sexuell läggning, religion etcetera, visar också att områdesbeskrivningar av de deltagande verksamheterna kan utgöra utgångspunkter även för andra verksamheter än de deltagande.

Ett annat intressant resultat som den jämförande analysen visar är att

det finns tydliga skillnader mellan verksamheterna avseende verksamhetsrelaterade bestämningsfaktorer och att det är viktigt att vid resursfördelning till både verksamheter och inom verksamheter tas hänsyn till dessa faktorer.

Här kan särskild noteras att arbetsbördan för vårdpersonal ser olika ut mellan olika verksamheter, och denna variation har betydelse både för den tid som ges till vårdbesökare (patienter och brukare) och för personalens egen tid för förberedelse och egen utveckling.

När hänsyn tas till att hälsofrämjande verksamhet huvudsakligen fokuserat på kontextrelaterade faktorer (settingsbaserade) sedan Ottawa Charter (jfr. Kokko & Paakkari, 2014) och hälsans sociala bestämningsfaktorer påverkar hälsan för individer, samhällen och länder (jfr. The Marmot Review, 2010; Tillgren, Ringsberg, & Olander, 2014) blir det ännu viktigare att kunna få tillgång till relevant data vid behov. Vidare har omgivningsaspekter betydelse även för var vårdverksamheter etableras och behoven styr inte alltid vid sådana etableringar (Riksrevisionen, 2014).

Verksamhetsrelaterade bestämningsfaktorer är viktiga även ur ett organisatoriskt perspektiv när det gäller verksamheternas anpassningsstrategier över tid. De resurser som verksamheter har och deras betydelse för hälsofrämjande arbeten i omgivningen kan även bidra till en motsättning mellan det som sägs i planer och det som görs i praktiken, vilken kan tyda på ett viktigt fenomen, ”decoupling” eller ”löskoppling” inom nyinstitutionell orga-

nisationsteori (jfr. Brunsson & Olsen, 1993; Johansson, 2002).

Det geografiska området, dess sociala struktur och sammansättning har stor betydelse för hälsan i lokalsamhället. Detta är ett kunskapsområde som är centralt för att kunna dimensionera och organisera första linjens vård och övriga lokala välfärdsinsatser. Detta är inget nytt fenomen utan uppmärksammades redan under 1840-talet i Edwin Chadwicks pionjärarbete, *Report on the Sanitary Condition of the Laboring Population and on the Means of its Improvement of Great Britain*. En kunskap som också fanns i Sverige i provinsialläkarnas årsrapportering som tog sin utgångspunkt i en topografisk beskrivning av hälsan i befolkningen (Haglund & Svanström, 1995). Men också senare under 1990-talet vid genomförandet av HS 90:s satsning på en utbyggd primärvård och där verksamheterna hade ett befolkningsansvar.

Som framgått av denna artikel saknas det idag efter genomförande av bland annat Vårdvalsreformer, inom

landsting och regioner, områdesspecifika data som på ett systematiskt sätt beskriver befolkningens hälsa och vårdbehov utifrån strukturella och kontextuella förhållanden. Det finns inte heller någon nationell myndighet som tillhandahåller uppgifter som är relaterade till vårdcentral och från de geografiska område de får sina patienter. Vilket med detta bidrar till att det inte går att göra jämförelser med geografiska områden inom länet/regionen och mellan landsting/regioner. Behovet av sådana data är viktiga för att kunna bedriva en Vård på lika villkor inom primärvården. Betydelsen av lokala data om hälsans och dess sociala bestämningsfaktorer har inte bara uppmärksammats i SKL:s lärandeprojekt utan har lyfts fram som en angelägen fråga för dimensionering av vårdbehov, förebyggande och hälsofrämjande insatser utifrån Marmotkommissionens arbete och som i Sverige bland annat förts fram av Malmökommissionen (*Socialmedicinsk tidskrift*, 2014).

Referenser

Rapporter och artiklar

- Akhavan, S., Aytar, O., Bogg, L., Söderlund, A., & Tillgren, P. (2014). Blev det ett genombrott? Utvärdering av det nationella Lärandeprojektet – Vård på lika villkor. Eskilstuna/ Västerås, Mälardalens högskola.
- Andrén, P. & Håkanson, A. (1990). Kommundiagnosen – en samhällsscreening av intresse för primärvården. *Socialmedicinsk tidskrift* 67 (5-6), 250-254.
- Brunsson, N, & Olsen, J. P. (1993). *The reforming organizations*. London: Routledge.
- CSDH. (2008). *Closing the Gap in a Generation: Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health*. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization.
- Chadwick, E. (1842). *Report on the Sanitary Condition of the Laboring Population and on the Means of its Improvement of Great Britain*. <http://www.deltaomega.org/documents/ChadwickClassic.pdf> Hämtad 5 februari 2015.

tema

- Diderichsen, F., Andersson, I., & Manuel, C. (2012). Health inequality – determinants and policies. *Scandinavian Journal of Public Health* 40 (Suppl 8).
- Granvik, M (1990). Att vilja men inte kunna planera behovsbaserat eller att kunna men inte vilja? *Socialmedicinsk tidskrift* 67 (5-6), 234-42.
- Gustafsson, G., Aytar, O., Akhavan, S., Bogg, L., Söderlund, A., & Tillgren, P. (2014). Områdesbeskrivningar av sju vårdverksamheter: Primärvårdens förutsättningar och befolkningens vårdbehov. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- Haglund, BJA., & Svanström, L. (1995). *Samhällsmedicin – en introduktion, Andra upplagan*. Lund, Studentlitteratur.
- Johansson, R. (2002). *Nyinstitutionalismen inom organisationsanalysen*. Lund: Studentlitteratur.
- Kokko, S., & Paakkari, L. (2014). Utveckling av ungdomars health literacy genom informellt lärande i idrottsföreningar. I K. C. Ringsberg, E. Olander, & P. Tillgren (Red.), *Health literacy. Teori och praktik i hälsofrämjande arbete* (s. 179-194). Lund: Studentlitteratur.
- Kommission för ett socialt hållbart Malmö (2013). *Malmöns väg mot en hållbar framtid. Hälsa, välfärd och rättvisa*. Malmö: Kommission för ett socialt hållbart Malmö.
- Proposition 1992/93:160. Om husläkare m. m.
- Riksrevisionen. (2014). *Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan?* Stockholm: Riksrevisionen.
- SFS 1982:763. Hälsa- och sjukvårdslag.
- SFS 2010:243. Lag om ändring i hälsa- och sjukvårdslagen (1982:763).
- Socialmedicinsk tidskrift. (1990). *Samhällsdiagnos, hälsoprogram och folkligt deltagande*. Socialmedicinsk tidskrift 67 (5-6).
- Socialmedicinsk tidskrift. (2014). *Malmökommissionen visar vägen*. Socialmedicinsk tidskrift 91 (5).
- Socialutskottets betänkande 2008/09. *Vårdval i primärvården* 2009.
- SOU 1984:39. *Hälsa- och sjukvård inför 90-talet; (HS 90)*. Stockholm Liber/Allmänna förlaget.
- SOU 2008:15. *LOV att välja - Lag Om Valfrihetssystem*.
- The Marmot Review. (2010). *Fair Society, Healthy Lives*. London: The Marmot Review.
- Tillgren, P., Ringsberg, K. C., Olander, E. (2014). *Det moderna folkhälsoarbetet och dess utmaningar*. I K. C. Ringsberg, E. Olander, & P. Tillgren (Red.), *Health literacy. Teori och praktik i hälsofrämjande arbete* (s. 19-45). Lund: Studentlitteratur.

Elektroniska källor

Eskilstuna kommun, <http://www.eskilstuna.se/>

Folkhälsomyndigheten, Folkhälsa (databas), <http://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/statistik-och-undersokningar/>

Försäkringskassan, http://www.forsakringskassan.se/statistik/statistik_och_analys/

Helsingborg stad, <http://www.helsingborg.se/>

Karlstads kommun, <http://karlstad.se/>

Katrineholms kommun, <http://www.katrineholm.se/>

Landstinget Dalarna, <http://www.ltdalarna.se/>

Landstinget Kronoberg, <http://www.ltkronoberg.se/>

Landstinget Sörmland, <http://www.landstingetsormland.se/>

Landstinget Värmland, <http://www.liv.se/>

Länsstyrelsen i Dalarnas län, <http://www.lansstyrelsen.se/dalarna/>

Länsstyrelsen i Kronobergs län, www.lansstyrelsen.se/kronoberg

Länsstyrelsen i Södermanlands län, www.lansstyrelsen.se/sodermanland

Länsstyrelsen i Värmlands län, <http://www.lansstyrelsen.se/varmland/>

Nyköpings kommun, <http://nykoping.se/>

Socialstyrelsens statistikdatabas, [http://www.soci-
alstyrelsen.se/statistik](http://www.soci-
alstyrelsen.se/statistik)

Orsa kommun, <http://www.orsa.se/>

Statistiska centralbyrån (SCB) statistikdatabas,
<http://www.scb.se/Pages/StatisticStart>

Regionfakta.com, <http://www.regionfakta.com/>

Region Skåne, <http://www.skane.se/>

Växjö kommun, <http://www.vaxjo.se/>

Prenumerera på SMT

SMT erbjuder möjligheten att prenumerera på den tryckta upplagan av tidskriften, som utkommer 6 gånger per år och skickas direkt till dig per post. Genom att prenumerera på den tryckta tidskriften kan du tack vare tidskriftens behändiga format lätt ta den med dig och läsa. Att läsa den tryckta versionen kan också ge en mer ingående förståelse för området då det är lätt att bläddra mellan de olika artiklarna och temaredaktörens tanke med hur de olika artiklarna ordnats för att ge läsaren bästa möjliga insikt framgår tydligare. Det är inte bara individer som prenumererar på tidskriften, utan även arbetsplatser, institutioner och organisationer uppskattar den tryckta versionen och lägger ut den i fikaummet för att på så sätt sprida aktuell kunskap till medarbetarna. Vidare uppskattar även biblioteken den tryckta upplagan då den kan göras tillgänglig för studenter och lagras i deras arkiv.

Intäkterna från samtliga prenumerationer används för att täcka kostnaderna för det redaktionella arbetet med bland annat skapande och utgivning av nya temanummer.

Prenumerationerna löper per helår med start från årsskiftet och priserna är:

Helår inom Sverige	600 kr (SEK)
Helår student/doktorand inom Sverige	395 kr (SEK)
Helår inom Europa	750 kr (SEK)
Helår sjukhus/företag/bibliotek	900 kr (SEK)
Helår myndigheter/universitetsbibliotek/landsting/kommuner	1 500 kr (SEK)
Medlemmar i SSF	540 kr (SEK)

Önskar du prenumerera på den tryckta tidskriften – kontakta Redaktionen (redaktionen@socialmedicinsktidskrift.se) och uppge följande i e-postmeddelandet:

- Vilken typ av prenumeration som önskas
- Prenumerantens namn
- Leveransadress
- Eventuell Fakturaadress
- Önskat startdatum för prenumerationen
- E-postadress