

VÅRD PÅ LIKA VILLKOR – ETT LÄRANDEPROJEKT

Områdesbeskrivningar av sju vårdverksamheter

PRIMÄRVÅRDENS FÖRUTSÄTTNINGAR OCH
BEFOLKNINGENS VÅRDBEHOV





Områdesbeskrivningar av sju vårdverksamheter

PRIMÄRVÅRDENS FÖRUTSÄTTNINGAR OCH
BEFOLKNINGENS VÅRDBEHOV



Upplysningar om innehållet:

Hanna Wallin, hanna.wallin@skl.se

Therese Löfqvist, therese.lofqvist@skl.se

© Sveriges Kommuner och Landsting, 2014

ISBN/Bestnr: 978-91-7585-104-4

Text: Gunnel Gustafsson, Osman Aytar, Sharareh Akhavan, Lennart Bogg, Anne Söderlund och Per Tillgren Mälardalens högskola

Illustration/foto: Pia Nordlander, s.9, Lars Forsstedt, s. 26, Thomas Henrikson, s. 24, 38, 45 och 54, Matton, s. 40, Maskot s. 64

Produktion: EO

Tryck: LTAB, 2014

Förord

Under de senaste decennierna har hälso- och sjukvården genomgått stora förändringar. Det gäller bland annat politisk styrning och uppföljning med fokus på kvalitet, men också förändringar av upplåtelse- och driftsformer från offentliga vårdgivare till privata vårdgivare. Inom primärvården infördes fria vårdval för patienterna i samtliga landsting i och med att den nya lagen om vårdval i primärvård trädde i kraft den 1 januari 2010.

De genomförda systemförändringarna har också medfört att frågan om en jämlik vård, enligt hälso- och sjukvårdslagens intentioner, aktualiserats och om vårdens tjänster når alla på ett likvärdigt sätt. Den här frågan har även uppmärksammats av staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). SKL initierade därför tillsammans med staten ett treårigt lärandeprojekt med målet att utveckla metoder och arbetssätt som kunde bidra till en mer jämlik första linjens vård. Arbetet har särskilt riktats mot bostadsområden med sämre förutsättningar för en god hälsa eller med stora variationer i hälsa. I projektet, som avslutas våren 2014, medverkade sju primärvårdsverksamheter från fem landsting eller regioner i Sverige.

En erfarenhet från det första årets arbete i Lärandeprojektet Vård på lika villkor är att det i dag till stor del saknas lokala data som närmare beskriver socioekonomiska och demografiska förhållanden i de områden patienterna kommer ifrån. Det saknas också uppgifter som beskriver befolkningens hälsa och andra väsentliga faktorer som är relaterade till patientdata. Även organisatoriska faktorer som till exempel bemanning påverkar möjligheten att tillhandahålla vård på ett likvärdigt sätt.

Syftet med denna rapport är att utifrån områdesbeskrivningar försöka ge en jämförbar beskrivning av de medverkande sju vårdverksamheterna i Lärandeprojektet. Beskrivningen är gjord utifrån relevant statistik och demografiska fakta på patientnivå samt utifrån organisatoriska och ekonomiska förutsättningar. Ett annat syfte med rapporten är att försöka ta fram en metod för att ge jämförbara beskrivningar inom och mellan landsting och regioner.

Rapporten har tagits fram i samverkan med berörda verksamheter och deras landsting/region av forskare vid Mälardalens högskola som svarat för forskarstöd och utvärdering av Lärandeprojektet under hela genomförandet. Författare till denna rapport är Gunnel Gustafsson, Osman Aytar, Sharareh Akhavan, Lenart Bogg, Anne Söderlund och Per Tillgren. Författarna ansvarar för innehållet i rapporten.

Stockholm maj 2014

Ulrika Johansson
Sektionschef
Avdelningen för Vård och Omsorg

Innehåll

7	Sammanfattning och slutsatser
8	Kapitel 1 Introduktion
10	Kapitel 2 Metod och material
11	Kapitel 3 Vårdcentralen City i Eskilstuna
21	Kapitel 4 Vårdcentralen Dalbo i Växjö
28	Kapitel 5 Vårdcentralen Drottninghög i Helsingborg
35	Kapitel 6 Vårdcentralen Nävertorp i Katrineholm
45	Kapitel 7 Vårdcentral Orsa i Orsa
50	Kapitel 8 Vårdcentralen Åsidan i Nyköping
59	Kapitel 9 Barnmorskemottagningen/Barnvårdscentralen Sommargatan i Karlstad
66	Kapitel 10 En jämförande analys
69	Referenslista
70	Bilagor

Sammanfattning och slutsatser

Syftet med områdesbeskrivningarna är att ge en jämförbar bild av de kontextuella aspekter som rör de deltagande verksamheternas geografiska närområden, samt att ge en jämförbar bild av verksamheternas organisatoriska och ekonomiska förutsättningar. Fokusområdena i områdesbeskrivningarna är socioekonomisk bakgrund, levnadsvanor och hälsa samt beskrivning av respektive verksamhet.

Genom att ta fram relevanta data för samtliga sju verksamheter och jämföra utvalda centrala variabler, ges en relativt nyanserad bild av verksamheternas varierande förutsättningar. Dessa förutsättningar har i sin tur betydelse för deras arbete för en mer jämlik vård.

Nedan presenteras några centrala slutsatser utifrån de deltagande verksamheternas områdesbeskrivningar:

- Områdesbeskrivningarna visar att de deltagande verksamheterna representerar ett brett spektrum av primärvård i Sverige avseende kontextuella och organisatoriska förutsättningar. Denna variation av verksamheter har inneburit goda möjligheter för att Lärandeprojektet – Vård på lika villkor ska kunna nå olika målgrupper oavsett kön, ålder, etnisk tillhörighet, socioekonomi, sexuell läggning, religion etcetera.
- Variationer avseende socioekonomiska och demografiska aspekter som arbetslöshet, inkomst, utbildning, utländsk bakgrund, befolkningstäthet och ålder visar att dessa aspekter är viktiga att ta ännu mer hänsyn till vid resursfördelning både till verksamheter och inom verksamheter.
- Arbetsbördan för vårdpersonal ser olika ut mellan olika verksamheter, vilket har betydelse både för den tid som ges till vårdbesökare (patienter och brukare) och för personalens egen tid för förberedelse och egen utveckling.
- Arbetet med att få fram relevanta data avseende de deltagande verksamheternas kontextuella och organisatoriska förutsättningar visar att det behövs bättre och mer lättillgängliga underlag för jämförelser mellan verksamheter inom primärvård på nationell nivå.

Introduktion

Bakgrund och uppdrag

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och staten slöt 2011 en överenskommelse om att utveckla arbetssätt och metoder inom första linjens vård för en mer jämlik vård. Inom ramen för denna överenskommelse startade SKL 2012 tillsammans med nio verksamheter inom första linjens vård det nationella projektet Lärandeprojektet – Vård på lika villkor. Projektet riktade sig i första hand till verksamheter i socialt utsatta områden. Målet är att utveckla och testa arbetssätt och metoder som främjar en mer jämlik vård. Mälardalens högskola (MDH) fick i uppdrag av SKL att ge forskarstöd under projektets gång och genomföra en utvärdering av projektet.

Lärandeprojektet – Vård på lika villkor har följande inriktningsmål:

- › Att nya arbetssätt och metoder för en mer jämlik första linjens vård utvecklas och prövas inom de deltagande verksamheterna.
- › Att mätbara förbättringar för en mer jämlik vård inom de verksamheter som deltar i projektet kan tas fram och presenteras.
- › Att vården blir mer jämlik i de verksamheter som medverkar.

SKL gick ut med en generell inbjudan till verksamheter inom första linjens vård och sammanlagt

nio verksamheter visade intresse och bestämde sig för att delta i projektet efter samtal med SKL. De deltagande verksamheterna var:

- › Vårdcentralen City i Eskilstuna (Landstinget Sörmland).
- › Vårdcentralen Dalbo i Växjö (Landstinget Kronoberg).
- › Vårdcentralen Drottninghög i Helsingborg (Region Skåne).
- › Vårdcentralen Ljustadalen i Sundsvall (Landstinget Västernorrland).
- › Vårdcentralen Nacksta i Sundsvall (Landstinget Västernorrland).
- › Vårdcentralen Nävertorp i Katrineholm (Landstinget Sörmland).
- › Vårdcentralen Orsa i Orsa (Landstinget Dalarna).
- › Barnmorskemottagningen/Barnvårdscentralen Sommargatan i Karlstad (Landstinget Värmland).
- › Vårdcentralen Åsidan i Nyköping (Landstinget Sörmland).

Två av verksamheterna, Vårdcentralen Nacksta och Vårdcentralen Ljustadalen i Sundsvall, hoppade av Lärandeprojektet vid olika tillfällen under våren 2013. Anledningarna till avhoppet var enligt verksamheterna interna och hade inte med Lärandeprojektet i sig att göra.



Enligt projektplaneringen skulle åtgärder och aktiviteter genomföras inom verksamheterna för att utveckla arbetssätt och metoder som kan främja en mer jämlik första linjens vård under 2012-2013. Vården ska ges efter behov och den ska vara jämlik för både kvinnor och män, utrikes födda och inrikes födda oavsett ålder, bostadsort, utbildning och ekonomiska förutsättningar. Inom primärvården saknas öppna jämförelser, men studier pekar på att det finns stora ojämlikheter. Utmaningen för verksamheterna var dels att hitta nya metoder för att nå de patienter man inte når i dag, dels att utveckla redan befintliga arbetssätt och eventuella metoder inom bland annat bemötande, styrning och ledning.

I början av projektet bestämdes också att genomföra områdesbeskrivningar för respektive verksamhet för att kunna dimensionera och anpassa vården utifrån invånarnas och patienternas behov av vård. Tanken med detta var att kontextuella, socioekonomiska och organisatoriska aspekter har inverkan på hälsoläget i befolkningen, men är även viktiga för förändringsarbetets förutsättningar, genomförande och resultat. Mot denna bakgrund fick MDH i uppdrag av SKL att ta fram områdesbeskrivningar av de verksamheter som deltar i Lärandeprojektet – Vård på lika villkor.

Syfte och fokusområden

Syftet med områdesbeskrivningarna är att ge en jämförbar bild av de kontextuella aspekter som rör

Not 1

Tidigare (innan den fria etableringen och vårdvalet) fanns det för varje vårdcentral ett upptagningsområde/ansvarsområde att leverera vård till. I dag saknas dessa väldefinierade geografiska områden och det ser olika ut i olika landsting och för olika vårdcentraler. Därför kan respektive vårdcentralens upptagningsområde/ansvarsområde definieras på olika sätt.

verksamheternas geografiska närområden¹ samt att ge en jämförbar bild av verksamheternas organisatoriska förutsättningar. Genom att bland annat ta fram relevant statistik och demografiska fakta på verksamhetsnivå, kommunnivå, landstings- och länsnivå vill vi att detta ska kunna bli ett metodologiskt förhållningssätt som går att använda av andra landsting för att göra områdesbeskrivningar av sina primärvårdsenheter och därmed få ett bättre underlag för att beställa och leverera en behovsanpassad vård. Vidare kan områdesbeskrivningarna även ge oss en förståelse och kanske en förklaring till både lärandeprojektets utfall och projektutvärderingens resultat.

Fokusområden vid framtagande av områdesbeskrivningarna är följande:

- › Socioekonomisk bakgrund
- › Levnadsvanor och hälsa
- › Verksamhetsbeskrivning

Disposition

Efter detta inledande kapitel följer ett kapitel om metod och material. Områdesbeskrivningarna för de medverkande sju verksamheterna presenteras i kapitel 3-9. Rapporten avslutas med en jämförande analys.

Metod och material

I valet av datainsamlingsmetod har vi utgått från verksamheternas egna data som har kompletterats med data från SKL:s databas, landstingen, regionala forskningsenheter, Statistiska centralbyrån (SCB) och andra instanser och databaser som kan vara aktuella. I det preliminära upplägget bestämdes att tre avsnitt skulle finnas med i områdesbeskrivningarna för respektive verksamhet:

- › Historisk, kulturhistorisk och demografisk beskrivning av kommunen samt berörd verksamhet.
- › Beskrivning av vårdcentralen och organisationen.
- › Data på kommunnivå avseende socioekonomi, levnadsvanor och hälsa.

Den 22 januari 2013 skickades ett frågeformulär (se bilaga 1) till samtliga verksamheter där de ombads att lämna vissa uppgifter och sifferunderlag. Syftet med områdesbeskrivningarna påpekades och verksamheterna uppmanades att i första hand fokusera på avsnitt II och III i enlighet med upplägget ovan. Det fanns vissa svårigheter (både när det gällde tid och tillgänglighet) med att besvara dessa frågor, men för att testa genomförbarheten i våra frågor träffade vi personal från en av verksamheterna och gick igenom de frågor som vi önskade att deltagande verksamheter skulle besvara. Det frågeformulär som skickades till verksamheterna den 22

januari 2013 var baserat på erfarenheterna från det tidigare testet med en av verksamheterna.

Vid våra vidare kontakter med verksamheterna kom det efter en tid fram att det finns en variation mellan verksamheterna avseende tillgängliga resurser och underlag för besvarande av frågor rörande områdesbeskrivningarna. Det visade sig vara svårt att få fram jämförbara underlag utifrån våra frågor i formuläret den 22 januari 2013. Mot den bakgrunden gjorde vi tillsammans med projektledningen på SKL en ny bedömning, minskade antalet frågor till verksamheterna och ett reviderat frågeformulär (se bilaga 2) skickades till verksamheterna den 25 mars 2013. Frågorna i det formuläret handlade enbart om avsnitt II ovan. Övriga frågor skulle vi få fram från SKL:s databas, landstingen, regionala forskningsenheter, Statistiska centralbyrån (SCB) och andra instanser och databaser.

Verksamheternas svar på det andra frågeformuläret inkom, med ett undantag, under april månad. Frågorna besvarades i den omfattning verksamheterna med rimlig arbetsinsats kunde besvara frågorna. Kompletterande uppgifter kring definierade bostadsområden beställdes från SCB.

Områdesbeskrivningarnas uppbyggnad presenterades översiktligt för verksamheterna vid lärandeseminarier i Stockholm 29-30 maj 2013. Innan midsommar 2013 skickades varje verksamhetsbeskrivning på remiss till respektive vårdcentral. Synpunkterna har vägts in i respektive beskrivning.

Vårdcentralen City i Eskilstuna

Sörmlands län är omväxlande med sjöar, skogar, jordbruk, små och medelstora städer. Större delen, 52 %, består av skogsmark. Närheten till Stockholm ger en ökande arbetspendling. Infrastrukturen utvecklas med utbyggnaden av Svealandsbanan som fått betydelse för de Mälarnära kommunerna.²

I länet finns nio kommuner: Eskilstuna, Flen, Gnesta, Katrineholm, Nyköping, Oxelösund, Strängnäs, Trosa och Vingåker.

Eskilstuna började under 1500-talet utvecklas till ett centrum för smide. Det var en lämplig plats för detta genom sitt centrala läge i landet, med närhet till malm från Bergslagen, kol från skogarna, kraft från fallen kring Torshälla. Eskilstuna kanal färdigställdes i början av 1600-talet. I Eskilstuna fanns vid den tiden spik- och vapensmedjor, sågar, mjölkvarnar, vadmalsväveri och liknande. Staden erhöll stadsprivilegier 1659. Karl X Gustaf gav livländaren Reinhold Rademacher från landskapet Svenska Livland stora privilegier för att flytta sina verkstäder till Eskilstuna.

År 1771 lät Adolf Fredrik anlägga den så kallade Fristaden, där han lät arbetare inom stål-, järn-, och metallindustrin slå sig ned mot befrielse av olika skatter och andra avgifter. Detta innebar en stark utveckling av Eskilstunas metallindustri. Den 1 ja-

nuari 1971 bildades dagens Eskilstuna kommun genom sammanläggning av de två städerna Eskilstuna och Torshälla samt fem landskommuner.

Högskolan Eskilstuna/Västerås (nuvarande Mälardalens högskola) kom till 1977 med ett campus i Eskilstuna. I slutet av 1990-talet då Svealandsbanan tillkom vände befolkningsutvecklingen och i dag överstiger inflyttningen utflyttningen.

Av Eskilstuna kommuns invånare har minst 14 % en förälder som är född i Finland. Eskilstuna kommun blev den 1 januari 2010, samtidigt med 18 andra kommuner i landet, ett finskt förvaltningsområde.

I Sörmland finns 26 vårdcentraler varav åtta stycken finns i Eskilstuna. I Eskilstuna finns även Mälarsjukhuset. Fem av vårdcentralerna drivs av landstinget, tre drivs i privat regi. Avstånd till närmaste vårdcentral i Eskilstuna: 77,4 % av befolkningen har mindre än 5 minuters väg med bil till närmaste vårdcentral, 14,0 % har mellan 5 och 10 minuters väg, 8,6 % har mellan 10 och 30 minuters väg. Ingen har över 30 minuters färdväg till en vårdcentral.

Vårdcentralen City finns mitt i Eskilstuna centrum. I närheten finns bostadsområdet Nyfors, som tidigare var bebyggt med arbetarbostäder, och den nuvarande bostadsbebyggelsen uppfördes i sam-

Not 2

Uppgifterna i faktarutan och i avsnittets inledning är sammanställda från följande källor under januari 2013 – maj 2013: Eskilstuna kommuns hemsida, Försäkringskassan, Landstinget Sörmlands hemsida, Länsstyrelsen Sörmlands hemsida, Regiofakta.com och SCB.

band med miljonprogrammet under 1960-talet och början av 1970-talet.

År 2011 hade Nyfors 8 917 invånare varav 42,1 % med utländsk bakgrund och Eskilstuna centrum 2 138 invånare varav 26,7 % med utländsk bakgrund. Av befolkningen mellan 20 och 64 år i Nyfors har 47,6 % en gymnasieutbildning och 30,8 % en eftergymnasial utbildning. Motsvarande siffror för befolkningen i centrum är 44,8 % med gymnasieutbildning och 42,5 % med en eftergymnasial utbildning.

Demografi Eskilstuna kommun

- 23 % av befolkningen är 19 år eller yngre (riket totalt 23 %)
- 58 % av befolkningen är mellan 20 och 64 år (riket totalt 59 %)
- 19 % av befolkningen är 65 år eller äldre (riket totalt 19 %)
- Medelåldern är 41,1 år
- 28 % av befolkningen har utländsk bakgrund (riket 20 %), d.v.s. är utrikes födda eller inrikes födda med två utrikes födda föräldrar
- 46 % av befolkningen mellan 20 och 64 år har gymnasieutbildning (riket 43 %)
- 27 % av befolkningen mellan 20 och 64 år har en eftergymnasial utbildning (riket 32 %)
- I mars 2012 var 9,6 % av kvinnorna och 10,8 % av männen i åldersgruppen 16-64 år öppet arbetslösa eller i program med aktivitetsstöd (riket 6,1 % respektive 6,5 %)

Socioekonomisk bakgrund

Andel med ekonomiskt bistånd

Andelen vuxna (%) som bor i ett hushåll som fick ekonomiskt bistånd någon gång under 2011 visas i tabell 3.2.1. Som framgår av tabellen är andelen vuxna som fått ekonomiskt bistånd högre i Eskilstuna kommun än i Sörmlands län oavsett kön och ålder med undantag för kvinnor och män som är 65 år och äldre, av vilka enbart 1 % fick ekonomiskt bistånd både i Eskilstuna kommun och i Sörmlands län.

Not 3

Sammanräknad förvärvsinkomst per kommun år 2011 för kvinnor och män med belopp i entals kr. Siffrorna avser personer 20 år och äldre som har varit folkbokförda i Sverige både 2011-01-01 och 2011-12-31. Sammanräknad förvärvsinkomst består av inkomst av tjänst och inkomst av näringsverksamhet. I inkomst av tjänst ingår förutom löneinkomst även inkomst från pension, sjukpenning och andra skattepliktiga ersättningar från försäkringskassan.

Not 4

P10 = 10 % av befolkningen har en lön som är lika med eller lägre än värdet. P90 = 90 % har en lön som är lika med eller lägre än värdet visar.

Not 5

Gini-koefficienten är ett mått på ojämlikhet i inkomst. Koefficienten kan variera mellan 0 och 1. Ett högt värde anger högre grad av ojämlikhet i inkomst.

FAKTA SÖRMLANDS LÄN OCH ESKILSTUNA KOMMUN

Sörmlands Län

Landyta (km²) 6 079

Folkmängd (2012) 272 260

Befolkningstäthet (inv/km²) 44 (riket: 23)

Medellivslängd kvinnor 82,7 år (riket 83,4)

Medellivslängd män 78,8 år (riket 79,4)

Eskilstuna kommun

Landyta (km²) 1 100

Folkmängd (2012) 97 596

Befolkningstäthet (inv/km²) 89

Inkomstnivåernas fördelning

Som framgår av tabell 3.2.2 har invånare i Eskilstuna kommun lägre inkomst³ än invånare i Sörmlands län oavsett om hänsyn tas till medelinkomst eller median. Denna skillnad finns även i beräkningarna genom P10 och P90-värden.⁴ Värden på Gini-koefficienten⁵ visar att den inkomstrelaterade ojämlikheten tenderar att vara en aning större i Eskilstuna kommun än i Sörmlands län oavsett kön. Ett annat noterbart resultat är att männen tjänar mer än kvinnor både i Eskilstuna kommun och i Sörmlands län, dock är skillnaden marginellt mindre än för riksgenomsnittet.

TABELL 3.2.1. Andel (%) som bor i hushåll som fått ekonomiskt bistånd någon gång under året utifrån kön och ålder (2011)

	Kvinnor										
	18-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-
Eskilstuna kommun	19	22	17	14	12	10	8	7	5	3	1
Sörmlands län	13	16	13	10	8	7	6	4	3	2	1
Riket	7	8	6	5	5	5	4	3	2	2	1
	Män										
	18-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-
Eskilstuna kommun	19	19	14	14	11	9	9	8	6	4	1
Sörmlands län	13	14	11	10	7	6	6	5	4	3	1
Riket	8	8	6	5	4	4	4	4	3	2	1

Källa: Socialstyrelsen (avseende antal personer med bistånd) och SCB (avseende befolkningsmängd helår).

TABELL 3.2.2. Inkomstfördelning (2011)

	Kvinnor				
	Medelinkomst	P10	Median	P90	Gini-koefficient
Eskilstuna kommun	203 247	41 400	193 444	347 423	0,34
Sörmlands län	211 275	66 319	199 062	355 723	0,33
Riket	222 416	62 540	206 260	380 376	0,34
	Män				
	Medelinkomst	P10	Median	P90	Gini-koefficient
Eskilstuna kommun	271 965	54 175	260 941	464 622	0,34
Sörmlands län	287 908	92 730	274 380	476 024	0,32
Riket	303 792	76 330	279 856	521 000	0,36

Källa: SCB.

Levnadsvanor och hälsa

Ohälsotal

Indikatorn ohälsotal baseras på antal utbetalda dagar med sjukpenning, arbetsskadesjukpenning, rehabiliteringspenning samt sjukersättning/aktivitetsersättning (före år 2003 förtidspension/sjukbidrag) från socialförsäkringen relaterat till antal registrerade försäkrade (befolkningen) 16-64 år. Alla dagar är omräknade till nettodagar. Exempel: Två dagar med halv ersättning blir en hel dag.

Av tabell 3.3.1 framgår att ohälsotalet för kvinnor i åldern 16-49 år i Eskilstuna kommun är lägre än för kvinnor i samma ålder i Sörmlands län, medan det finns en omvänd tendens för kvinnor i åldern 50-64 år, nämligen att ohälsotalet för denna grupp kvinnor i Eskilstuna kommun är högre än för kvinnor i Sörmlands län. Männén i åldern 50-64 år visar en liknande tendens som kvinnorna. Männén i Eskilstuna kommun i åldern 16-19 år och 40-49 år har ett högre ohälsotal än männén i hela Sörmlands län till skillnad från kvinnorna.

Andel rökare

Som framgår i tabell 3.3.2 är det fler män än kvinnor som röker dagligen oberoende av åldersgrupp. Av männén är det något fler som röker dagligen i Eskilstuna än i Sörmland i helhet. Särskilt tydligt är detta i åldersgruppen 65-84 år där 15,1 % av männén i Eskilstuna röker medan motsvarande siffra är 11,9 % för Sörmlands län. För kvinnorna finns ingen större skillnad mellan Eskilstuna kommun och länet i helhet.

I hela riket rökte, under perioden 2008-2011, 13 % av kvinnorna och 11 % av männén i åldersgruppen 16-84 år (Folkhälsoinstitutets databas Folkhälsodata 2008-2011).

Alkoholkonsumtionsmönster

Tabell 3.3.3 visar att kvinnorna har något mindre riskbeteende än männén vad gäller alkoholkonsumtion. Det är en något lägre andel i Eskilstuna kommun än i Sörmlands län i helhet förutom vad gäller män i åldersgruppen 16-64 år.

I hela riket hade, under perioden 2008-2011, 10 % av kvinnorna och 17 % av männén i åldersgruppen 16-84 år riskabla alkoholvanor (Folkhälsoinstitutets databas Folkhälsodata 2008-2011).

Fysisk aktivitet

Hur stor del av befolkningen som motionerar regelbundet (minst 2 timmar per vecka) framgår av tabell 3.3.4. Kvinnor och män i Eskilstuna motionerar i något mindre utsträckning än de i hela Sörmlands län. Det är något fler kvinnor än män i åldersgruppen 16-64 år som motionerar regelbundet, i åldersgruppen 65-84 år är förhållandet motsatt.

I hela riket var 64 % av kvinnorna och 66 % av männén i åldersgruppen 16-84 år fysiskt aktiva i minst 30 minuter per dag under perioden 2008-2011 (Folkhälsoinstitutets databas Folkhälsodata 2008-2011).

Andel föreningsaktiva

Av tabell 3.3.5 framgår att fler män än kvinnor är föreningsaktiva och att föreningsaktiviteten i princip är lika stor i Eskilstuna som i Sörmlands län. Kvinnor äldre än 65 år är dock något mer aktiva inom fackföreningsrörelsen än männén (2 % respektive 0,9 %).

Andel med psykisk ohälsa och andel med sömnsvårigheter

Fler kvinnor än män (tabell 3.3.6) upplever såväl psykisk ohälsa som sömnsvårigheter. Det är också något fler i Eskilstuna än i Sörmlands län. I åldersgruppen 16-64 år är det fler som upplever psykisk ohälsa än i gruppen 65 år eller äldre. I gruppen med äldre än 65 år är det fler som upplever sömnsvårigheter än i den yngre gruppen.

I hela riket upplevde 20 % av kvinnorna och 14 % av männén i åldersgruppen 16-84 år nedsatt psykisk hälsa (perioden 2008-2011). 6 % av kvinnorna och 4 % av männén uppgav att de haft svåra besvär av ångslan, oro eller ångest (Folkhälsoinstitutets databas Folkhälsodata, 2008-2011).

TABELL 3.3.1. Ohälsotal som antal dagar per år för personer 16–64 år utifrån kön och ålder (2011)

	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
Sörmlands län	1,9	11,8	17	32,4	58,7	93,9	2,4	12,1	12,6	20	38,8	61,9
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 3.3.2. Andel (%) som röker dagligen utifrån kön och ålder

	Kvinnor		Män	
	16–64 år	65–84 år	16–64 år	65–84 år
Eskilstuna kommun	14,2	9,8	16,2	15,1
Sörmlands län	14,1	9,2	15,2	11,9

Källa: Folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor? (HLV-2012), genomförd 2012 av Sörmlands, Uppsala, Västmanlands och Örebro län.

TABELL 3.3.3. Andel (%) som har riskabla alkoholvanor utifrån kön och ålder

	Kvinnor		Män	
	16–64 år	65–84 år	16–64 år	65–84 år
Eskilstuna kommun	7	1,7	8,7	1,8
Sörmlands län	8,2	2,7	8,4	2,7

Källa: Folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor? (HLV-2012), genomförd 2012 av Sörmlands, Uppsala, Västmanlands och Örebro län.

TABELL 3.3.4. Andel (%) som motionerar regelbundet (minst 2 timmar per vecka) utifrån kön och ålder

	Kvinnor		Män	
	16–64 år	65–84 år	16–64 år	65–84 år
Eskilstuna kommun	83,8	78,7	81,8	84,4
Sörmlands län	86,5	82,2	84,1	85,8

Källa: Folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor? (HLV-2012), genomförd 2012 av Sörmlands, Uppsala, Västmanlands och Örebro län.

Tabell 3.3.5. Andel (%) som är aktiva i fackförening eller annan förening utifrån kön och ålder

	Fackföreningsaktiv				Föreningsaktiv övrig			
	Kvinnor		Män		Kvinnor		Män	
	16–64 år	65–84 år	16–64 år	65–84 år	16–64 år	65–84 år	16–64 år	65–84 år
Eskilstuna kommun	10,5	2	11,4	0,9	19,2	29,4	22,9	35,5
Sörmlands län	10,5	1,8	10,5	1,9	20,7	29,9	23,5	36,6

Källa: Folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor? (HLV-2012), genomförd 2012 av Sörmlands, Uppsala, Västmanlands och Örebro län.

Tabell 3.3.6. Andel (%) med psykisk ohälsa eller med svårigheter att sova

	Psykisk ohälsa (GHQ-12>2)				Sömnsvårigheter (lätta och svåra)			
	Kvinnor		Män		Kvinnor		Män	
	16–64 år	65–84 år	16–64 år	65–84 år	16–64 år	65–84 år	16–64 år	65–84 år
Eskilstuna kommun	23,3	10,5	16,3	9,9	35	49,2	27,9	34,3
Sörmlands län	21,1	11,6	14,3	9,4	34,2	51,8	27,1	31

Källa: Folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor? (HLV-2012), genomförd 2012 av Sörmlands, Uppsala, Västmanlands och Örebro län.



Självupplevd hälsa

Den egna hälsan upplevs som bra av över 70 % i åldersgruppen 16–64 år, i något större utsträckning av männen än av kvinnorna. I gruppen 65 år eller äldre är det färre som uppger att de upplever bra hälsa i såväl Eskilstuna kommun som i hela länet (tabell 3.3.7).

I hela riket upplevde, under perioden 2008–2011, 70 % av kvinnorna och 74 % av männen i åldersgruppen 16–84 år att de hade en bra hälsa (Folkhälsoinstitutets databas Folkhälsodata, 2008–2011).

Andel med övervikt

Det är betydligt fler män som har övervikt än kvinnor. I Eskilstuna har 43 % av kvinnorna och 60 % av männen i åldersgruppen 16–64 en övervikt. I åldersgruppen 65–84 år är det 60 % av kvinnorna och 70 % av männen (tabell 3.3.8).

I hela riket hade, under perioden 2008–2011, 41 % av kvinnorna och 55 % av männen i åldersgruppen 16–84 år en övervikt eller fetma (BMI 25 eller högre (Folkhälsoinstitutets databas Folkhälsodata, 2008–2011).

Vårdkonsumtion

Tabell 3.3.9 beskriver besök vid olika vårdformer. Av tabellen framgår att kvinnor söker vård i något hö-

gre utsträckning än män inom samtliga vårdformer utom alternativmedicinare. De vårdformer som är vanligast att söka är läkare på vårdcentral, läkare på sjukhus och distriktssköterska. Dessa former söks mer av åldersgruppen 65–84 år än den yngre delen av befolkningen. Psykolog, kuratorer och alternativmedicinare söks däremot i högre utsträckning av gruppen 16–64 år än av äldre. Ingen större skillnad föreligger mellan Eskilstuna och Sörmlands län.

I hela riket hade, under perioden 2008–2011, 53 % av kvinnorna och 43 % av männen någon gång sökt sjukvård (Folkhälsoinstitutets databas Folkhälsodata, 2008–2011).

Läkemedelskonsumtion

Av tabell 3.3.10 framgår att kvinnor konsumerar mer läkemedel än män. Yngre personer konsumerar mer smärtstillande medel, antidepressiva medel och medel mot astma och allergi medan den äldre åldersgruppen använder mer medel mot högt blodtryck, blodfettssänkande medel, medel mot diabetes och magkatarr samt sömnmedel.

Verksamhetsbeskrivning

Ekonomi

Hälsoval Sörmland innebär att landstingsfinansierad primärvård drivs av godkända vårdcentraler, offentliga såväl som privata. Godkännandet förutsätter att vårdcentralen åtar sig det uppdrag som är formulerat i *Regelbok för bedrivande av primärvård i Landstinget Sörmland*.⁶

Vårdgivaren får ersättning utifrån hur många som väljer att lista sig på vårdcentralen, antal besök på mottagningen eller i hemmet samt för patienter inskrivna i hemsjukvården, kvalitets- och hälsoersättning samt ersättning för olika tilläggsuppdrag. Listersättningen varierar efter ålder. Från och med 2013 utbetalas en särskild ersättning för att kompensera socioekonomiska förhållanden (CNI) i vårdcentralens lokaliseringsområde. Vårdcentralen ersätts för täckningsgrad utifrån i hur hög utsträckning vårdcentralens listade invånare omhändertas på primärvårdsnivå. Kostnader för läkemedel och tolkar belastar inte den enskilda vårdcentralen utan bekostas av landstinget centralt.

De aktuella ersättningsnivåerna finns angivna i ”Regelbok för bedrivande av primärvård i Landstinget Sörmland 2013.”

Not 6

Uppgifterna i avsnittet Verksamhetsbeskrivning härrör från Landstinget Sörmland om inte annat anges.

Tabell 3.3.7. Andel (%) som anser sig ha en bra allmän hälsa utifrån kön och ålder

	Kvinnor		Män	
	16–64 år	65–84 år	16–64 år	65–84 år
Eskilstuna kommun	70	52,2	78,5	56,5
Sörmlands län	71,8	53,4	76,7	59,7

Källa: Folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor? (HLV-2012), genomförd 2012 av Sörmlands, Uppsala, Västmanlands och Örebro län.

Tabell 3.3.8. Andel (%) som har övervikt med ett BMI på 25 eller större utifrån kön och ålder

	Kvinnor		Män	
	16–64 år	65–84 år	16–64 år	65–84 år
Eskilstuna kommun	43,4	60,2	60,3	70,3
Sörmlands län	43,2	59,4	67,0	67,7

Källa: Folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor? (HLV-2012), genomförd 2012 av Sörmlands, Uppsala, Västmanlands och Örebro län.

Tabell 3.3.9. Befolkningens användning (%) av olika vårdformer för egna besvär under de senaste tre månaderna före mätillfället utifrån kön och ålder

	Eskilstuna kommun				Sörmlands län			
	Kvinnor		Män		Kvinnor		Män	
	16–64 år	65–84 år	16–64 år	65–84 år	16–64 år	65–84 år	16–64 år	65–84 år
Läkare på sjukhus	21,9	29,4	20,4	34,4	20,8	31	19,6	32,1
Läkare på vårdcentral	39	44,2	31,7	53,6	36,4	47,4	30,3	50,7
Distriktssköterska	11,4	22,7	7,9	22,9	11,4	24,8	9,2	25,8
Ungdomsmottagning	5,7	0	2,7	0,5	5,4	0	1,7	0,3
Kurator	6,9	0,5	3,3	0,5	5,6	0,4	2,8	0,6
Psykolog	5,5	0,5	2,3	1,1	4,7	0,8	2,8	0,9
Sjukgymnast	12,7	13,7	9,2	13	11,6	15,6	8,1	12,1
Alternativmedicinare	8,9	4,9	9,6	5	10,3	4,9	8,8	6
Inlagd på sjukhus	3,8	8,5	2	7,1	3,8	8,4	2,7	7,1

Källa: Folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor? (HLV-2012), genomförd 2012 av Sörmlands, Uppsala, Västmanlands och Örebro län.

Tabell 3.3.10. Andel (%) som använt läkemedel under de senaste tre månaderna före mätillfället utifrån kön och ålder

	Eskilstuna kommun				Sörmlands län			
	Kvinnor		Män		Kvinnor		Män	
	16–64 år	65–84 år	16–64 år	65–84 år	16–64 år	65–84 år	16–64 år	65–84 år
Läkemedel för								
Magsår/magkatarr	18,0	25,0	12,1	12,4	17,6	21,9	10,2	14,4
Astma/ allergi	24,2	18,7	17,9	7,3	22,3	17,8	16,6	11,0
Diabetes	3,9	14,3	3,1	16,9	3,5	12,2	4,4	17,7
Blodtryck	11,3	53,8	10,5	56	11,8	56,2	12,2	56,6
Sömnmedel	9,4	19,9	4,3	11,0	9,1	22,0	5,7	10,6
Antidepressiv	11,1	9,0	5,0	3,4	9,4	9,0	5,2	4,3
Lugnande/ångestdämpande	8,8	7,7	5,4	7,2	7,3	8,6	5,7	5,9
Smärtstillande med recept	16,7	28,4	11,1	23,0	16,7	29,4	12,1	21,7
Smärtstillande utan recept	63,0	50,9	46,4	33,0	63,0	48,6	45,1	34,7
Blodfettssänkande	4,8	34,5	6,4	40,2	5,0	33,0	8,0	38,9

Källa: Folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor? (HLV-2012), genomförd 2012 av Sörmlands, Uppsala, Västmanlands och Örebro län.

Personal

Vårdcentralen bemannas enligt den arbetsfördelning som visas i tabell 3.4.2.a.

De fem männen (fyra läkare och en sjukgymnast) arbetar alla heltid. Av de fyra kvinnliga läkarna arbetar två deltid (80 %) och de övriga arbetar heltid. De 14 distriktssköterskorna har en genomsnittlig arbetstid som motsvarar 88,6 %. Av sjuksköterskorna är det en som arbetar deltid (80 %) och två arbetar heltid. En undersköterska arbetar heltid, de övriga sex undersköterskorna har en genomsnittlig omfattning på 83 %.

Därutöver hyrdes under hela 2011 läkare in för 6 585 timmar vilket ger ett genomsnitt på 549 timmar per månad (motsvarar cirka 3,4 manmånader).

Antal besök per profession och kvartal avseende 2011 inklusive besök vid BVC men exklusive primärvårdsjourbesök visas i tabell 3.4.2.b.

Av 2011 års besök vid vårdcentralen var 50 % nybesök. Av de patienter som besökte läkare var 72 % nybesök. Motsvarande siffra för arbetsterapeuterna var 54 % och för sjuksköterskorna 44 %. Av distriktssköterskornas och diabetessköterskornas besök var 34 % nybesök, och av kuratorers besök var 36 % nya patienter. Sjukgymnasterna träffade sina patienter fler gånger, andelen nybesök var 21 %.

Totalt 30 % av besöken vid vårdcentralen var akuta. Läkarna tog emot flest akutbesök, och 9 374 av de 16 581 besöken under året var akutbesök. Det motsvarar 56 % av läkarnas samtliga besök. I övrigt var det distriktssköterskorna och sjuksköterskorna som tog emot akuta besök (15 % respektive 11 % av årets patientbesök).

Vad gäller tid för patientbesök vid vårdcentralen avsätts tid inför patientbesök enligt följande:

Läkare:

- Akuta okomplicerade fall, 15 minuter, medan 30 minuter om det bedömts komplicerat av distriktssköterska eller sjuksköterska.
- Akuta besök med tolkbehov, 45 minuter (tolken 60 minuter).
- Planerade besök, finns ofta en standard framtagen som stöd för bokning, oftast mellan 30-45 minuter beroende på besöksorsak och symtom. Bokas i regel av distriktssköterska eller sjuksköterska via telefon eller besök vid mottagningen. För besök med tolk avsätts minst 45 minuter.

Distriktssköterska och sjuksköterska:

- Akuta besök vid infektionsmottagning, okomplicerade blodtryckskontroller med mera, 10-15 minuter.
- Planerade besök, omläggningar med mera anpassas individuellt, ca 30 minuter per patient eller mer.

Kvalitetsindikatorer

Under 2011 mättes och rapporterades varje månad *tefontillgänglighet* och *läkarbesök inom 7 dagar* till vårdcentralens ledning och Primärvårdsnämnden som en del av rapporteringen av beslutade kvalitetsindikatorer (se tabellerna 3.4.3.a och 3.4.3.b nedan).

Mätperioden var oktober år 1 till oktober år 2 och en avstämning skedde i november. Mer än 90 % (=genomsnittlig nationell nivå) telefontillgänglighet i minst 10 av årets 12 månadsmätningar (se tabell 3.4.3.a) var satt som mål, vilket nåddes. Tabellen visar telefontillgänglighet vid de landstingsdrivna vårdcentralerna ackumulerat 2011.

Vad gäller läkarbesök inom 7 dagar var målet satt till att mer än 85 % av patienter fick komma på ett läkarbesök inom sju dagar. Även det målet uppnåddes. Tabell 3.4.3.b visar månatlig uppföljning för 2011, avseende läkarbesök inom 7 dagar som är den nationella överenskommelsen om rimlig tid för att vänta på läkarbesök.

År 2011 (liksom 2009 och 2010) deltog Sörmland i Nationella patientenkäten (NPE). För 2013 har kvalitetsindikatorerna *tillgänglighet*, *bemötande*, *delaktighet* och *information* lagts in i Hälso- och sjukvårdens styrkort, det vill säga kontinuerlig uppföljning på verksamhetsnivå. Den senaste NPE-mätningen har genomförts under hösten 2013. Vårdcentralen arbetar även med registrering och uppföljning i flera kvalitetsregister, med att förbättra och säkra upp rutiner samt med annat inre kvalitetsarbete som inte utvecklas närmare här.

Listade patienter

Antal listade patienter vid vårdcentralen 2011 var 15 606.

De 10 vanligaste diagnoserna som ställts vid vårdcentralen under 2011 visas i tabell 3.4.4.

Tabell 3.4.2.a. Bemanning vid vårdcentralen City (2011)

	Heltidsekvivalenter			Antal anställda		
	Totalt	varav kvinnor	varav män	Totalt	varav kvinnor	varav män
Ledning						
Läkare	7,6	3,6	4,0	8	4	4
Distriktsköterska	12,4	12,4		14	14	
Sjuksköterska	2,8	2,8		3	3	
Undersköterska	6,0	6,0		7	7	
Arbetssterapeut	0,8	0,8		1	1	
Sjukgymnast	4,9	3,9	1,0	5	4	1
Kurator	1,4	1,4		2	2	
Administratör	4,8	4,8		5	5	
Totalt	42,6	37,6	5,0	47	42	5

Tabell 3.4.2.b. Antal besök per profession och kvartal (2011)

	Jan-Mars	April-Juni	Juli-Sep	Okt-Nov	Totalt
Arbetssterapeut	137	200	76	33	446
Kurator	160	167	124	176	627
Läkare	4 686	4 038	3 835	4 022	16 581
Sjukgymnast	914	860	955	1 098	3 827
Sjuksköterska	380	548	657	1 362	2 947
Undersköterska	374	352	249	319	1 294
Distrikts-/diabetessköterska	3 261	3 397	2 897	3 196	12 751
Totalt	9 912	9 562	8 793	10 206	38 473

Tabell 3.4.3.a. Telefontillgänglighet (andel %) (2011)

Jan	Feb	Mars	April	Maj	Juni	Juli	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Mål
99	98	99	97	100	99	100	100	100	100			90

Tabell 3.4.3.b. Andel (%) besök inom 7 dagar - vårdgaranti (2011)

Jan	Feb	Mars	April	Maj	Juni	Juli	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Hälsovalsmål	Nat mål
93	94	95	95	94	94	96	92	96	97			85	100

Tabell 3.4.4. De 10 vanligaste diagnoserna vid vårdcentralen (2011)

Kod	Diagnos	GGR totalt	% av totalt antal diagnoser
J06-P	Akut övre luftvägsinfektion med multipel och icke specificerad lokalisering	1987	10,3
N30-P	Cystit	1004	5,2
J03-	Akut tonsillit	770	4,0
Z03-	Medicinsk observation och bedömning för misstänkt sjukdom	767	4,0
910-	Essentiell hypertoni	729	3,8
M255	Ledvärk	472	2,4
B34-P	Virusinfektion UNS	343	1,8
H660	Akut varig mellanöreinflammation	335	1,7
M791	Myalgi	329	1,7
L08-P	Annan lokal infektion i hud och underhud	303	1,6

Läkemedelsförskrivning

Tabell 3.4.5 visar antal DDD (definierade dygnsdoser)⁷ som skrivits ut från vårdcentral City per år under åren 2010, 2011 och 2012.

Tabell 3.4.5. Antal DDD (definierade dygnsdoser) uthämtade på apotek och förskrivna från vårdcentralen City (2010-2012)

	2010		2011		2012	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
A10 - Diabetesmedel	106 504	95 553	110 857	96 857	99 949	103 732
C10 - Medel som påverkar serumlipider	118 025	119 623	125 988	120 175	112 800	117 445
J01 - Antibakteriella medel för systemet	21 582	10 269	20 146	12 414	20 937	12 297
N06A - Antidepressiva medel	169 896	78 084	162 210	77 906	159 495	80 446

Källa: Landstinget Sörmlands läkemedelskommitté.

Not 7

DDD är den förmodade medeldosen till vuxna vid underhållsbehandling vid läkemedlets huvudindikation. DDD för osammansatta preparat utgår från monoterapi, och dosen anges vanligen som vikt av aktuell substans (se mer om DDD på Läkemedelsverkets hemsida, <http://www.lakemedelsverket.se/Alla-nyheter/NYHETER---2000/DDD---en-matenhet-for-studier-av-lakemedelsanvandning/>).

Vårdcentralen Dalbo i Växjö

Kronobergs län är en av de mest skogsbeväskade i hela Sverige: hela 70 % av ytan är skog. En tiondel är vatten och en tiondel jordbruksmark. Växjö är residens- och stiftstad med universitet, flygplats och flera större företag. Näringslivet är rikt och mångfacetterat: 7 000 företag i en dynamisk blandning av storlekar och branscher. I länet finns produktion av bland annat möbler, värmepumpar, truckar, glas och handgjort brevpapper. Arbetslösheten är något lägre, medellivslängden något högre och ohälsotalen något lägre än i resten av Sverige.⁸

I Kronobergs län finns åtta kommuner: Alvesta, Lessebo, Ljungby, Markaryd, Tingsryd, Uppvidinge, Växjö och Älmhult.

Växjö uppstod ur en gammal marknadsplats och blev biskopssäte redan på 1170-talet. År 1342 fick Växjö sina stadsrättigheter. Stadens läge nära den danska gränsen bidrog till att platsens betydelse som marknadsstad bibehölls in på 1600-talet. Efter Roskildefreden 1658 ändrades dessa förutsättningar och följden blev en klar stagnation. Ställningen som skol- och förvaltningsstad stärktes visserligen då Växjö fick gymnasium och vid samma tid länsstyrelse, men under hela 1700-talet fortsatte stagnationen.

Staden förblev länge ganska liten under den inledande industrialismen på 1800-talet. År 1865 blev staden anknuten till järnvägen mot Alvesta, men

drabbades hårt av det sena 1800-talets nödår som satte fart på utvandringen. Jönköping växte fram som den ledande industristaden där folkrörelserna kom att få stor betydelse. Växjö utvecklades till en tjänstemanna- och handelsstad. Till detta har även utbyggnaden av skolsektorn bidragit, med en universitetsfilial 1967 och en självständig högskola, nuvarande Linnéuniversitetet, från 1977. Staden är residensstad i Kronobergs län och stiftsstad i Växjö stift. Fram till början av 1990-talet var Växjö även garnisonsstad.

I Växjö finns Centrallasarettet Växjö, fem vårdcentraler i landstingets regi och tre vårdcentraler i privat regi. 78 % av Växjös befolkning har mindre än 5 minuters väg med bil till närmaste vårdcentral, 16,9 % har mellan 5 och 10 minuters väg, 5,1 % har mellan 10 och 30 minuters väg. Ingen har mer än 30 minuters väg till närmaste vårdcentral.

Vårdcentralen Dalbo har en stor del av sina patienter från Araby och Dalbo – två områden som i dag är Växjös mest mångkulturella del. Områdena bebyggdes under 1960- och 1970-talen inom det så kallade miljonprogrammet. Det är relativt hög arbetslöshet och högt ohälsotal i närområdet. Av 15 926 invånare (2011) är 25 % 19 år eller yngre, 58 % mellan 20 och 64 år och 17 % 65 år eller äldre. 31 % av befolkningen är född utomlands. I åldersgruppen mellan 25 och 64 år har 18 % en förgymnasial

Not 8

Uppgifterna i faktarutan och i avsnittets inledning är sammanställda från följande källor under januari 2013- maj 2013: Försäkringskassan, Landstinget Kronobergs hemsida, Länsstyrelsen Kronobergs hemsida, Regionfakta.com, SCB, Vårdcentralen Dalbo och Växjö kommuns hemsida.

utbildning, 42 % har en gymnasieutbildning och 38 % en eftergymnasial utbildning som högsta utbildning. 8,6 % var öppet arbetslösa eller i program med aktivitetsstöd.

Demografi Växjö kommun

- › 23 % av befolkningen är 19 år eller yngre (riket totalt 23 %)
- › 59 % av befolkningen är mellan 20 och 64 år (riket totalt 59 %)
- › 18 % av befolkningen är 65 år eller äldre (riket totalt 19 %)
- › Medelåldern är 39,9 år
- › 19 % av befolkningen har utländsk bakgrund (riket totalt 20 %), d.v.s. är utrikes födda eller inrikes födda med två utrikes födda föräldrar
- › 42,3 % av befolkningen mellan 20 och 64 år har en gymnasieutbildning som högsta utbildning (riket totalt 43 %)
- › 37,4 % av befolkningen mellan 20 och 64 år har en eftergymnasial utbildning (riket totalt 32 %)
- › 7,8 % av befolkningen i åldern 18–64 år var öppet arbetslösa eller i program med aktivitetsstöd (riket totalt: 6,3 %)

Socioekonomisk bakgrund

Andel med ekonomiskt bistånd

Andelen vuxna (%) som bor i ett hushåll som fått ekonomiskt bistånd någon gång under året redovisas i tabell 4.2.1. Av tabellen framgår att andelen som fått ekonomiskt stöd är betydligt högre i Araby och Dalbo-området än i Växjö kommun i helhet.

FAKTA KRONOBERGS LÄN OCH VÄXJÖ KOMMUN

Kronobergs län

Landyta (km²) 8 467

Folkmängd (2011) 184 654

Befolkningstäthet (inv/km²) 22 (riket 23)

Medellivslängd kvinnor 84,0 (riket 83,4)

Medellivslängd män 80,3 (riket 79,4)

Växjö kommun

Landareal (km²) 1 654

Folkmängd (2011) 83 710

Befolkningstäthet (inv/km²) 50

Inkomstnivåernas fördelning

Som framgår av tabell 4.2.2 så har männen en genomsnittligt högre inkomst än kvinnorna och även en större ojämlikhet i inkomstfördelningen. Inkomstskillnaderna mellan könen är marginellt större än för riksgenomsnittet. Inkomstskillnaderna inom könen är något mindre än riksgenomsnittet. Det framgår även att såväl män som kvinnor i Växjö har högre inkomst än motsvarande grupper sett till hela Kronobergs län.⁹

Tabell 4.2.2.b ger en jämförelse mellan befolkningens medianlöner i hela Kronobergs län, i Växjö kommun samt i områdena Araby och Dalbo i Växjö. Medianinkomsten är betydligt lägre i bostadsområdena Araby och Dalbo än i kommunen i övrigt.

Not 9

Siffrorna avser personer 20 år och äldre som har varit folkbokförda i Sverige både 2011-01-01 och 2011-12-31. Sammanräknad förvärvsinkomst består av inkomst av tjänst och inkomst av näringsverksamhet. I inkomst av tjänst ingår förutom löneinkomst även inkomst från pension, sjukpenning och andra skattepliktiga ersättningar från Försäkringskassan. Gini-koefficienten är ett mått på ojämlikhet i inkomst. Koefficienten kan variera mellan 0 och 1. Ett högre värde anger högre grad av ojämlikhet i inkomst. P10 = 10 procent av befolkningen har en lön som är lika med eller lägre än värdet. P90 = 90 procent har en lön som är lika med eller lägre än värdet visar.

Tabell 4.2.1 .Andel (%) som bor i ett hushåll som fått ekonomiskt bistånd någon gång under året (2011)

	Åldersgrupp		
	18-24 år	25-54 år	55-64 år
Araby, Dalbo	20,7	15,7	8,7
Växjö kommun	6,8	4,7	1,9
Kronobergs län	7,8	4,4	1,7
Riket	8,1	4,6	2,3

Källa: Socialstyrelsen (avseende antal personer med bistånd) och SCB (avseende befolkningens mängd helår).

Tabell 4.2.2.a. Inkomstnivåernas fördelning (2011)

	Kvinnor				
	Medelinkomst	P10	Median	P90	Gini-koefficient
Växjö kommun	214 099	55 260	208 874	360 000	0,33
Kronobergs län	206 542	72 207	197 779	344 790	0,32
Riket	222 416	62 540	206 260	380 376	0,34
Män					
	Medelinkomst	P10	Median	P90	Gini-koefficient
Växjö kommun	295 891	68 070	286 589	503 812	0,34
Kronobergs län	286 654	91 440	281 709	467 258	0,32
Riket	303 792	76 330	279 856	521 000	0,36

Källa: SCB.

Tabell 4.2.2.b. Medianinkomst (tkr) för personer i åldern 20-64 år (2011)

	Kvinnor	Män
Araby, Dalbo	198	252
Växjö kommun	209	287
Kronobergs län	198	282

Källa: SCB.



Levnadsvanor och hälsa

Ohälsotal

Som indikatorer för ohälsotal visas antal utbetalda dagar med sjukpenning, arbetsskadesjukpenning, rehabiliteringspenning samt sjukersättning eller aktivitetsersättning (före år 2003 förtidspension eller sjukbidrag) från socialförsäkringen relaterat till antal registrerade försäkrade (befolkningen) 16-69 år.

Det framgår av tabell 4.3.1 att kvinnor har ett högre ohälsotal än män med undantag för åldersgruppen 16-19 år. Befolkningen i Växjö kommun har ett något lägre ohälsotal än Kronobergs län.

Andel rökare

Tabell 4.3.2 redovisar andel (%) av befolkningen i åldersgruppen 16-84 år som rökte dagligen (åren 2008-2011). Som framgår av tabellen är det en något lägre andel av befolkningen i Växjö som röker dagligen jämfört med hela Kronobergs län. Daglig rökning är mer förekommande hos kvinnor än hos män.

Alkoholkonsumtionsmönster

Tabell 4.3.3 redovisar andel (%) med riskabelt hög alkoholkonsumtion åren 2008-2011. Tabellen visar att färre kvinnor än män har en riskabelt hög alkoholkonsumtion. Det är en lägre andel av både män och kvinnor med riskabel konsumtion i Växjö kommun än i hela länet.

Fysisk aktivitet

Som framgår av tabell 4.3.4 är männen i Växjö något mer aktiva än männen i Kronobergs län. Motsatt förhållande gäller för kvinnorna. Både kvinnor och män är mer aktiva i Växjö än snittet i riket.

Andel med psykisk ohälsa och andel med sömnsvårigheter

Fler kvinnor än män upplever nedsatt psykiskt välbefinnande vilket framgår av tabell 4.3.5.a. I Växjö har fler män nedsatt psykiskt välbefinnande än i Kronobergs län i helhet.

Tabell 4.3.5.b visar motsvarande förhållande vad gäller befolkning med svåra besvär av ångslan eller ångest vilket drabbar kvinnor i något högre utsträckning än män, men i något mindre utsträckning i Växjö än i riket i helhet.

Självupplevd hälsa

Männen i Växjö och i riket upplever sig ha en bra hälsa i något större utsträckning än kvinnorna, vilket framgår av tabell 4.3.6. I Kronobergs län är det lika stor andel kvinnor som män med upplevd bra hälsa.

Andel med övervikt

Som framgår av tabell 4.3.7 är fler män än kvinnor överviktiga (ett BMI mellan 25 och 29,9). Detta gäller i hela riket. Andelen män med övervikt i Kronobergs län är högre än motsvarande siffra för Växjö kommun och riket i helhet. Även när det gäller fetma (BMI 30 eller högre) har männen i hela Kronobergs län en något högre siffra än i Växjö eller riket i helhet. Det är i stort sett lika stor andel av kvinnorna som av männen som är feta. Motsvarande stora skillnad mellan länet i förhållande till kommun och riket finns inte hos kvinnorna.

Vårdkonsumtion

53 % av kvinnorna och 50 % av männen i Växjö kommun har haft kontakt med sjukvården under åren 2008-2011. Motsvarande siffror för Kronobergs län är 50 % respektive 40 % och i riket i helhet 53 % respektive 43 % (Folkhälsoinstitutets databas Folkhälso-
sodata, 2008-2011).

Tabell 4.3.1. Ohälsotal, antal dagar per år för personer i åldern 16–64 år utifrån kön och ålder (2011)

	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
Växjö kommun	1,4	10,6	15,2	27,1	51,5	71,2	2,4	9,5	10,4	18,4	31,9	50,0
Kronobergs län	1,5	12,4	17,1	31,2	54,5	77,4	2,1	10,1	11,4	19,3	34,6	54,8
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 4.3.2. Andel (%) rökare

	Kvinnor	Män
Växjö kommun	13	10
Kronobergs län	15	11
Riket	13	11

Källa: Folkhälsoinstitutets databas Folkhälsodata, 2008-2011.

Tabell 4.3.5.a. Andel (%) som upplever nedsatt psykiskt välbefinnande

	Kvinnor	Män
Växjö kommun	18	15
Kronobergs län	19	13
Riket	20	14

Källa: Folkhälsoinstitutets databas Folkhälsodata, 2008-2011.

Tabell 4.3.3. Andel (%) med riskabelt hög alkoholkonsumtion

	Kvinnor	Män
Växjö kommun	9	16
Kronobergs län	11	15
Riket	10	17

Källa: Folkhälsoinstitutets databas Folkhälsodata, 2008 - 2011.

Tabell 4.3.5.b. Andel (%) med svåra besvär av ängslan, oro eller ångest

	Kvinnor	Män
Växjö kommun	4	3
Kronobergs län	5	3
Riket	6	4

Källa: Folkhälsoinstitutets databas Folkhälsodata, 2008-2011.

Tabell 4.3.4. Andel (%) som var fysiskt aktiva minst 30 minuter per dag

	Kvinnor	Män
Växjö kommun	67	67
Kronobergs län	68	64
Riket	64	66

Källa: Folkhälsoinstitutets databas Folkhälsodata, 2008-2011.

Tabell 4.3.6. Andel (%) med bra hälsa

	Kvinnor	Män
Växjö kommun	71	76
Kronobergs län	73	73
Riket	70	74

Källa: Folkhälsoinstitutets databas Folkhälsodata, 2008-2011.

Tabell 4.3.7. Andel (%) med övervikt (BMI > 25) och fetma (BMI 30 eller högre)

	Övervikt		Fetma	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
Växjö kommun	27	41	12	12
Kronobergs län	26	49	14	16
Riket	28	42	13	13

Källa: Folkhälsoinstitutets databas Folkhälsodata, 2008-2011.

Verksamhetsbeskrivning

Ekonomi

Huvuddelen av vårdcentralens kostnader finansieras i Vårdval Kronoberg genom en vårdersättning till större delen baserad på vårdtyngd (ACG, Adjusted Clinical Groups) och till en mindre del baserad på socioekonomiska variabler (CNI, CareNeed Index) för vårdcentralens lokaliseringsområde. Beräkning av vårdcentralernas ACG och CNI sker en gång per månad.¹⁰

Vårdersättningen tillsammans med övriga ersättningar inom grunduppdraget är dimensionerande för att vårdcentralen ska få ekonomiska förutsättningar för att kunna ta ett kostnadsansvar för all vårdkonsumtion på primärvårdsnivå utanför sjukhusen. Kostnadsansvaret omfattar förutom vård och omhändertagande hos den valda vårdcentralen även ett kostnadsansvar för besök hos de aktörer som samverkar med vårdcentralen, hos övriga vårdcentraler inom vårdvalet inklusive besök hos primärvårdsrehabiliteringen, vid jourcentraler, hos offentligt finansierade sjukgymnaster i länet samt besök vid vårdcentraler utanför länet. Kostnadsansvaret för vårdcentralens listade patienter omfattar även all förskrivning av allmänläkemedel och inom vårdvalet beställd medicinsk service. Vårdersättningen är viktad till 90 % efter vårdtyngd, ACG, och 10 % efter risk för ohälsa baserat på sju olika socioekonomiska variabler, CNI. Vårdersättningens storlek fastställs årligen av landstingsfullmäktige i samband med beslut om budget, inklusive uppdrag för vårdvalet.

Personal

Under 2012 bemannades vårdcentralen Dalbo med anställd personal enligt tabell 4.4.2.a.

Under året inhyrdes personal i sammanlagt 4 072 timmar varav 2 587 var läkartimmar (motsvarande cirka 16 manmånader) och 1 485 timmar övrig personal (motsvarande ca 9 manmånader).

De flesta besöken på vårdcentralen skedde hos läkare. Av samtliga besök var totalt 39 % (9 618 stycken) nybesök. 53 % av besöken hos läkare var nybesök. Motsvarande siffra för distriktssköterskor eller sjuksköterskor var 19 % och för undersköterskor eller skötare 7 %.

Kvalitetsindikatorer

Vid landstinget Kronoberg finns ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

I det årliga uppdraget till verksamheterna ges nyckeltal och krävs återrapportering av uppföljning för vart och ett av 12 verksamhetsområden inom grundverksamheten och de tre som finns som tilläggsuppdrag.

Vårdcentralerna ska delta aktivt i uppföljningsarbete. Dialog och uppföljning sker två gånger per år enligt en mall.

Uppföljningsuppdrag och nyckeltal finns beskrivet i Landstinget Kronobergs uppdragsspecifikation 2013, *Vårdval Kronoberg – när medborgarna väljer sin vårdcentral*.

Listade patienter

Vid vårdcentralen finns 9 720 listade patienter.

Läkemedelsförskrivning

Tabell 4.4.5.a visar antal definierade dygnsdoser som förskrivits till patienter listade på VC Dalbo oberoende av förskrivare och tabell 4.4.5.b visar antal definierade dygnsdoser som förskrivits från VC Dalbo.

Not 10

Uppgifterna i avsnittet härrör från Landstinget Kronoberg om inte annat anges.

Tabell 4.4.2.a. Bemanning vid vårdcentralen Dalbo (2012)

	Totalt	Kvinnor		Män	
	Antal personer	Heltid	Deltid	Heltid	Deltid
Verksamhetschef	1	1			
Läkare fast anst.	8	1	2	5	
Distriktsköterskor	9		9		
Sjuksköterskor	2	1	1		
Undersköterskor	4	2	2		
Läkarsekreterare	5		5		
Biomed. analytiker	1		1		
Städerska	1		1		
Totalt	31	5	21	5	

Tabell 4.4.2.b. Antal besök per profession och kvartal (2012)

	Jan-Mars	April-Juni	Juli-Sep	Okt-Dec	Totalt
Läkare	3 842	3 545	3 479	3 789	14 655
Sjuksköterska	2 616	2 589	2 157	2 497	9 859
Undersköterska/skötare	47	54	41	71	213
Totalt	6 505	6 188	5 677	6 357	24 727

Tabell 4.4.5.a. Antal DDD (definierade dygnsdoser) uthämtade på apotek respektive år av patienter listade på vårdcentralen Dalbo - alla förskrivare (2010-2012)

	2010		2011		2012	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
A10 - Diabetesmedel	92 783	110 494	94 264	111 814	95 346	119 462
C10 - Medel som påverkar serumlipider	156 334	202 958	150 656	202 730	164 765	229 213
J01 - Antibakteriella medel för systemet	26 045	17 316	25 672	18 357	25 499	16 998
No6A - Antidepressiva medel	183 924	117 942	184 321	118 922	180 301	112 991

Källa: Läkemedelsdata, Landstinget Kronoberg.

Tabell 4.4.5.b. Antal DDD (definierade dygnsdoser) uthämtade på apotek respektive år av patienter listade på vårdcentralen Dalbo - förskrivet från VC Dalbo (2010-2012)

	2010		2011		2012	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
A10 - Diabetesmedel	65 007	79 808	69 012	83 218	72 701	87 592
C10 - Medel som påverkar serumlipider	121 614	148 987	125 797	154 472	132 959	168 874
J01 - Antibakteriella medel för systemet	12 373	7 376	12 340	7 248	12 6241	7 160
No6A - Antidepressiva medel	117 703	60 182	121 620	67 531	119 431	66 078

Källa: Läkemedelsdata, Landstinget Kronoberg.

Vårdcentralen Drottninghög i Helsingborg

När Region Skåne bildades 1999 övergick ansvaret för hälso- och sjukvård inklusive tandvård samt regional utveckling inklusive kollektivtrafik från regionförbundet till den nya organisationen. Samtidigt blev Kristianstad säte för regionfullmäktige och Region Skånes politiska administration.¹¹

I Skåne finns 33 kommuner. Helsingborg är en av Nordens äldsta städer. Det har troligen funnits bebyggelse i form av en mindre befästning redan i slutet av 900-talet för att betrygga överfarten mellan Skåne och Själland. Vid freden i Roskilde år 1658 blev Helsingborg svenskt.

En kraftig utveckling av näringslivet under senare hälften av 1800-talet innebar en mångdubbling av befolkningen och flera nya industrier grundades. År 1892 invigdes Sveriges första ångfärjeförbindelse mellan Helsingborg och Helsingör.

Industrin i Helsingborg domineras inte av några stora privata arbetsgivare utan består av flera mindre företag. Den största privata arbetsgivaren är Ikea, vars svenska huvudkontor är baserat i staden. I övrigt ligger tyngdpunkten på handel och kommunikationer. Hamnen är Sveriges näst största containerhamn efter Göteborg.

I Helsingborg finns 21 vårdcentraler. Av befolkningen har 94,9 % mindre än 5 minuters väg med bil till närmaste vårdcentral, 5,1 % har mellan 5 och 10 minuters väg, 0,1 % har mellan 10 och 30 minuters väg. Ingen har över 30 minuters färdväg till en vårdcentral.

Helsingborgs lasarett är ett av Region Skånes fyra specialiserade akutsjukhus. Lasarettet ansvarar även för delar av närsjukvården.

Vårdcentralen Drottninghög etablerades i mitten av 1980-talet och har den största delen av sina patienter från områdena Drottninghög, Fredriksdal och Dalhem. Dessa områden byggdes ut under 1960- och 1970-talen i samband med utförande av det så kallade miljonprogrammet.

Vid vårdcentralen finns läkare, distriktssköterska, barnvårdscentral, specialistmottagningar för bland annat diabetes, astma, KOL, rökavvänjning och inkontinens samt kurator och psykosocialt stöd. Vidare finns tillgång till sjukgymnastik och mödravårdscentral i samverkan med vårdcentralen.

Not 11

Uppgifterna i faktarutan och i avsnittet är sammanställda från följande källor under januari 2013 - maj 2013: Drottninghög's vårdcentral, Försäkringskassan, Helsingborg kommuns hemsida, Regionfakta.com, Region Skånes hemsida och SCB.

Demografi Helsingborgs kommun

- › 22 % av befolkningen är 19 år eller yngre (riket totalt 23 %)
- › 59 % av befolkningen är mellan 20 och 64 år (riket totalt 59 %)
- › 19 % av befolkningen är 65 år eller äldre (riket totalt 19 %)
- › Medelåldern är 41 år
- › 27 % av befolkningen har utländsk bakgrund (riket totalt 20 %), d.v.s. är utrikes födda eller födda inrikes med två utrikes födda föräldrar
- › 47 % av befolkningen mellan 20 och 64 år har gymnasieutbildning (riket 43 %)
- › 36 % av befolkningen mellan 20 och 64 år har en eftergymnasial utbildning (riket 32 %)
- › I mars 2012 var 9 % av befolkningen i åldersgruppen 20-64 år öppet arbetslösa eller i program med aktivitetsstöd (riket 6,3 %)

Demografi områdena Drottninghög, Dalhem och Fredriksdal

Folkmängd 12 690

- › 27 % av befolkningen är 19 år eller yngre
- › 56 % av befolkningen är mellan 20 och 64 år
- › 17 % av befolkningen är 65 år eller äldre
- › 36 % av befolkningen är utrikes födda
- › 49 % av befolkningen har en gymnasial utbildning
- › 21 % av befolkningen har en eftergymnasial utbildning



FAKTA SKÅNE LÄN OCH HELSINGBORGS KOMMUN

Skåne län

Landyta (km²) 11 035

Folkmängd (2011) 1 252 933

Befolkningstäthet (inv/km²) 114 (riket 23)

Medellivslängd kvinnor 83,5 (riket 83,4)

Medellivslängd män 79,3 (riket 79,4)

Helsingborgs kommun

Landyta (km²) 344 km²

Folkmängd (2011) 130 626

Befolkningstäthet (inv/km²) 380

Socioekonomisk bakgrund

Andel med ekonomiskt bistånd

Som framgår av tabell 5.2.1 är det en betydligt högre andel i Drottninghög, Dalhem och Fredriksdal som fått ekonomiskt bistånd någon gång under år 2011 än i hela Helsingborg kommun. Detta gäller samtliga åldersgrupper.

Inkomstnivåernas fördelning

Som framgår av tabell 5.2.2.a är medelinkomsten något högre i Helsingborg kommun än i Skåne län men lägre än i riket totalt¹². Ojämligheten i inkomst är något större i Helsingborg och Skåne län än i hela riket. Skillnaderna i genomsnittsinkomst mellan män och kvinnor är stor och något större än riksgenomsnittet.

Som framgår av tabell 5.2.2.b är medianinkomsten i Drottninghög, Dalhem och Fredriksdal lägre för både kvinnor och män än den är i Helsingborgs kommun i helhet. Tabell 5.2.2.a visar att befolkningen i Helsingborg kommun har en något högre inkomst än vad som gäller för hela Skåne län.

Levnadsvanor och hälsa

Ohälsotal

Som indikatorer för ohälsotal visas antal utbetalda dagar med sjukpenning, arbetsskadesjukpenning, rehabiliteringspenning samt sjukersättning eller aktivitetsersättning (före år 2003 förtidspension eller sjukbidrag) från socialförsäkringen relaterat till antal registrerade försäkrade (befolkningen). Tabell 5.3.1 visar att kvinnor har högre ohälsotal än män. Den visar också att ohälsotalet, såväl hos kvinnor som hos män, är betydligt högre i Drottninghög,

Dalhem och Fredriksdal än i övriga kommunen och i Skåne län.

Andel rökare

Tabell 5.3.2 visar att befolkningen i Drottninghög, Dalhem och Fredriksdal röker i större utsträckning än befolkningen i hela kommunen och i länen. I dessa stadsdelar röker männen mer än kvinnorna, i hela Helsingborg kommun och i Skåne län röker kvinnorna något mer än männen.

Alkoholkonsumtionsmönster

Befolkningen i Drottninghög, Dalhem och Fredriksdal har, vilket framgår av tabell 5.3.3, en lägre konsumtion av alkohol än hela Helsingborgs kommun och Skåne län. Det är fler män än kvinnor som har en riskabelt hög konsumtion av alkohol.

Fysisk aktivitet

Som framgår av tabell 5.3.4 är det en mindre andel av befolkningen i Drottninghög, Dalhem och Fredriksdal som är regelbundet fysiskt aktiva än i kommunen och länet i sin helhet. Fler kvinnor än män har regelbunden fysisk aktivitet.

Som snitt för hela riket är det 64 % av kvinnorna och 66 % av männen som är fysiskt aktiva minst 30 minuter per dag (Folkhälsoinstitutets databas Folkhälsodata, 2008-2011).

Andel föreningsaktiva

Fler män än kvinnor deltar i föreningsaktiviteter. Det framgår även av tabell 5.3.5 att befolkningen i hela Skåne län är något mer aktiva än befolkningen i Helsingborgs kommun. I Drottninghög, Dalhem och Fredriksdal är aktiviteten lägre än i kommunen i helhet.

Not 12

Siffrorna avser personer 20 år och äldre som har varit folkbokförda i Sverige 2011-12-31. Sammanräknad förvärvsinkomst består av inkomst av tjänst och inkomst av näringsverksamhet. I inkomst av tjänst ingår förutom löneinkomst även inkomst från pension, sjukpenning och andra skattepliktiga ersättningar från Försäkringskassan. P10 = 10 procent av befolkningen har en lön som är lika med eller lägre än värdet. P90 = 90 procent har en lön som är lika med eller lägre än värdet visar. Gini-koefficienten är ett mått på ojämlikhet i inkomst. Koefficienten kan variera mellan 0 och 1. Ett högt värde anger högre grad av ojämlikhet i inkomst.

Tabell 5.2.1. Andel (%) som bor i ett hushåll som fått ekonomiskt bistånd någon gång under året (2011)

	18–24 år	25–54 år	55–64 år
Drottninghög, Dalhem, Fredriksdal	26,6	18,7	10,3
Helsingborgs kommun	9,8	6,0	3,3
Skåne län	10,9	5,1	2,8
Riket	8,1	4,6	2,3

Källa: Socialstyrelsen (antal med ekonomiskt bistånd), SCB (befolkningsstatistik).

Tabell 5.2.2.a. Inkomsternas fördelning för personer 20 år och äldre (2011)

	Kvinnor				
	Medelinkomst	P10	Median	P90	Gini-koefficient
Helsingborg kommun	212 461	37 971	195 345	374 892	0,36
Skåne län	208 566	37 508	193 021	368 445	0,36
Riket	222 416	62 540	206 260	380 376	0,34
	Män				
	Medelinkomst	P10	Median	P90	Gini-koefficient
Helsingborg kommun	300 843	44 796	274 485	528 763	0,38
Skåne län	288 032	39 300	265 560	508 787	0,38
Riket	303 792	76 330	279 856	521 000	0,36

Källa: SCB.

Tabell 5.2.2.b. Medianinkomst (tkr) för personer i åldern 20–64 år (2011)

	Kvinnor	Män
Drottninghög, Dalhem, Fredriksdal	146	199
Helsingborg kommun	195	274
Skåne län	193	266

Källa: SCB.

Tabell 5.3.1. Ohälsotal, antal sjukskrivningsdagar per år för personer i åldern 20–64 år (2011)

	Kvinnor	Män
Drottninghög, Dalhem, Fredriksdal	53	35
Helsingborg kommun	33	22
Skåne län	31	22
Riket	28	23

Källa: Helsingborgs kommun och Försäkringskassan.

Tabell 5.3.2. Andel (%) som röker dagligen

	Kvinnor	Män
Drottninghög, Dalhem, Fredriksdal	24	27
Helsingborg kommun	16	15
Skåne län	15	14
Riket	13	11

Källa: Helsingborgs kommun, Folkhälsoenkät Skåne 2008 och Folkhälsoinstitutets databas Folkhälsodata, 2008-2011.

Tabell 5.3.3. Andel (%) med riskkonsumtion av alkohol

	Kvinnor	Män
Drottninghög, Dalhem, Fredriksdal	8	13
Helsingborg kommun	10	17
Skåne län	11	22
Riket	10	17

Källa: Helsingborgs kommun, Folkhälsoenkät Skåne 2008 och Folkhälsoinstitutets databas Folkhälsodata, 2008-2011.

Tabell 5.3.4. Andel (%) som har regelbunden fysisk aktivitet på fritiden

	Kvinnor	Män
Drottninghög, Dalhem, Fredriksdal	77	75
Helsingborg kommun	85	83
Skåne län	87	85

Källa: Helsingborgs kommun, Folkhälsoenkät Skåne 2008.

Tabell 5.3.5. Andel (%) som deltagit i föreningsaktiviteter de senaste 12 månaderna

	Kvinnor	Män
Drottninghög, Dalhem, Fredriksdal	27	32
Helsingborg kommun	37	38
Skåne län	41	40

Källa: Helsingborgs kommun, Folkhälsoenkät Skåne 2008.

Andel med psykisk ohälsa och andel med sömnsvårigheter

Tabell 5.3.6 visar att fler kvinnor än män upplever psykisk ohälsa och har sömnsvårigheter. Både kvinnor och män i Drottninghög, Dalhem och Fredriksdal uppger i större utsträckning att de lider av dessa problem än de i Helsingborg kommun och i hela länet.

I hela riket är det 20 % av kvinnorna och 14 % av männen som upplever psykisk ohälsa (Folkhälsoinstitutets databas Folkhälsodata, 2008-2011).

Självupplevd hälsa

Enligt tabell 5.3.7 är det fler kvinnor än män som har skattat sin egen hälsa som dålig (1-3 på en sjugradig skala där 1 representerar ”Mycket dålig, kunde inte må sämre” och 7 representerar ”Mycket bra, kunde inte må bättre”). I området Drottninghög, Dalhem och Fredriksdal är det något fler, av båda könen, som uppskattat sin hälsa som dålig än i kommunen och i länet.

Andel med övervikt

Tabell 5.3.8 visar att över hälften av männen har en övervikt, vilket är en större andel än bland kvinnorna. I området Drottninghög, Dalhem och Fredriksdal är det fler som har en övervikt än det är i länet i helhet. Detta gäller särskilt kvinnorna, där det skiljer 10 procentenheter mot andelen i Helsingborgs kommun.

Vårdkonsumtion

Kvinnorna i Skåne har konsumerat vård i större utsträckning än männen, vilket framgår av tabell 5.3.9. Kvinnorna i Drottninghög, Dalhem och Fredriksdal har besökt vårdgivare i högre utsträckning än kvinnorna i kommunen och länet i sin helhet. Detta gäller även männen, men skillnaden är mindre än för kvinnorna, förutom för besök på akutmottagning.

Läkemedelskonsumtion

Av tabell 5.3.10 framgår att det är en större andel kvinnor än män som använder läkemedel, och att det inte är någon större skillnad inom Skåne län.

Det vanligaste läkemedlet är smärtstillande medel, följt av blodtryckssänkande medel och medicin mot allergi och astma. Det är fler kvinnor i

Drottninghög, Dalhem och Fredriksdal som använder sömnmedel, antibiotika, nervlugnande medicin och magsårsmedicin än i Helsingborgs kommun i helhet. För männen är det inte någon större skillnad inom kommunen, förutom för antibiotika och smärtstillande läkemedel som används i högre utsträckning inom Drottninghög, Dalhem och Fredriksdal.

Verksamhetsbeskrivning

Ekonomi

Ersättning till vårdcentralen utgår från:¹³

1. Vårdersättning

Ersättning ges per listad patient baserat på vårdtyngd (ACG 80 %) och socioekonomi (CNI, 20 %). För en patient viktad som 1,00 ges 2544 kr/år. Rörlig ersättning för besök utförda på icke listade patienter enligt särskild prislista.

2. Läkemedelsersättning

Ersättning ges per listad baserat på vårdtyngd (ACG 80 %) och socioekonomi (CNI 20 %). För en patient viktad som 1,00 ges 684 kr/år. Vårdcentralen har 75 % kostnadsansvar för de listade patienternas förbrukning av basläkemedel.

3. Målrelaterade ersättningar

4. Täckningsgrad

5. Besök vid annan enhet på PV-nivå

Besök hos annan ackrediterad vårdgivare genererar avdrag för listad enhet med 300 kr. Klockan 18-23 vardagar, lördagar och röda dagar – 900 kr. Vårdkontakt hos ”taxevårdgivare” genererar avdrag för enhet där patienten är listad. Det styrs av en nationell prislista (skiljer sig mellan vårdgivare).

6. Tilläggsåtaganden

Ersättning erhålls för tilläggsåtaganden som allmänläkarkonsult, läkarstöd till kommunen, förebyggande insatser i närområdet, jämlik hälsa, ”bra start i livet” för barn och ungdom, KBT-utbildning steg 1.

Not 13

Uppgifterna i avsnittet Verksamhetsbeskrivning härrör från Region Skåne om inget annat anges.

Tabell 5.3.6. Andel (%) med psykisk ohälsa (GHQ-12) och som haft sömnsvårigheter de senaste 14 dagarna före frågetillfället

	Psykisk ohälsa		Sömnsvårigheter	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
Drottninghög, Dalhem, Fredriksdal	26	22	17	11
Helsingborg kommun	21	16	12	9
Skåne län	20	15	11	8

Källa: Helsingborgs kommun, Folkhälsoenkät Skåne 2008.

Tabell 5.3.7. Andel (%) som skattat sin egen hälsa som dålig

	Kvinnor	Män
Drottninghög, Dalhem, Fredriksdal	22	19
Helsingborg kommun	17	15
Skåne län	16	13

Källa: Helsingborgs kommun, Folkhälsoenkät Skåne 2008.

Tabell 5.3.9. Andel (%) som konsumerat vård i olika former (2008)

	Drottninghög, Dalhem, Fredriksdal		Helsingborg kommun		Skåne län	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
Legat på sjukhus	9	6	5	6	5	5
Läkarbesök p.g.a. sjukdom senaste tre månaderna	53	41	47	40	46	39
Besökt akutmottagning under de senaste tre månaderna	17	14	12	9	11	10
Besökt distriktssköterska under de senaste tre månaderna	23	15	13	14	-	-

Källa: Helsingborgs kommun, Folkhälsoenkät Skåne 2008.

Tabell 5.3.10. Andel (%) som använt läkemedel de senaste tre månaderna före frågetillfället (2008)

	Drottninghög, Dalhem, Fredriksdal		Helsingborg kommun		Skåne län	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
Använt läkemedel senaste tre månaderna	85	75	86	72	87	73
Blodtryckssänkande medicin	19	19	13	18	-	-
Medicin mot astma/allergi	18	11	16	14	-	-
Använt smärtstillande medel, köpt utan/med recept, senaste tre månaderna	68	50	67	45	-	-
Antibiotika	16	11	9	7	-	-
Sömnmedel	16	9	10	7	-	-
Använt nervlugnande medicin och/eller medel mot depression senaste tre månaderna	14	9	12	8	-	-
Magsårsmedicin	13	8	10	8	-	-

Källa: Helsingborgs kommun, Folkhälsoenkät Skåne 2008.

Tabell 5.3.8. Andel (%) med övervikt eller fetma (med ett BMI 25 eller högre)

	Kvinnor	Män
Drottninghög, Dalhem, Fredriksdal	48	58
Helsingborg kommun	38	55
Skåne län	41	57
Riket	41	55

Källa: Helsingborgs kommun, Folkhälsoenkät Skåne 2008 och Folkhälsoinstitutets databas Folkhälsodata, 2008-2011.

Personal

Under år 2011 bemannades vårdcentralen Drottninghög enligt tabell 5.4.2.a.

Läkarna arbetar heltid. Av distriktssköterskorna arbetar två heltid och de övriga med en sysselsättningsgrad mellan 75 och 85 %. Av de sju sjuksköterskorna arbetar fyra på heltid och tre 85 % av heltid. Av de fem medicinska sekreterarna arbetar en heltid och de övriga mellan 80 och 90 % av heltid. Under hela 2011 hyrdes två läkare in på heltid (finns redovisade i tabell 5.4.2.a).

Under 2011 var sjuksköterskorna den yrkeskategori som hade flest besök, följt av läkarna (se tabell 5.4.2.b). Under årets sista kvartal hade sjuksköterskorna flest besök per kvartal och det var för läkarna det kvartal som de hade minst antal besök. Fördelningen mellan akuta besök och nybesök har inte redovisats.

Beräknad tid för alla besök i grunden är 30 minuter, utom för snabbmottagningen där beräknad tid är 15 minuter. Besökstiden anpassas till besöksorsaken och kan uppgå till 90 minuter vid behov.

Kvalitetsindikatorer

Vårdcentralen har uppdrag mot och mäter ett antal indikatorer, till exempel antibiotikaförskrivning, kontinuitet i läkarkontakter, förebyggande av alkoholberoende, telefontillgänglighet, antal läkemedelsgenomgångar, antal vård- och omsorgsplaner samt kompetensutveckling av den egna personalen. Ett antal indikatorer bygger på värden från Nationella patientenkäten, till exempel bemötande, delaktighet, information, tillgänglighet och trygghet. Det finns dock problem med värdena från Nationella patientenkäten eftersom svarsfrekvensen enbart varit 35 %. En orsak till det kan vara att en stor del av patienterna inte kan eller har svårigheter med att förstå och svara på den typen av enkäter på svenska.

Listade patienter

I mars 2013 hade vårdcentralen 8 331 listade patienter och BVC hade 1 114 inskrivna barn.

Tabell 5.4.2.a. Bemanning vid vårdcentralen Drottninghög (2011)

	Heltidsekvivalenter			Antal anställda		
	Totalt	varav kvinnor	varav män	Totalt	varav kvinnor	varav män
Verksamhetschef	1,0		1,0	1		1
Läkare	3,0	2,0	1,0	3	2	1
Läkare, inhyrda	2,0	1,0	1,0	2	1	1
Distriktssköterskor	5,95	5,95		7	7	
Sjuksköterskor	6,55	6,55		7	7	
Undersköterskor	1,65	1,65		2	2	
Kurator	1,0		1,0	1		1
Med. sekreterare	4,35	4,35		5	5	
Totalt	25,5	21,5	4,0	28	24	4

Tabell 5.4.2.b. Antal besök per profession och kvartal (2011)

	Jan-Mars	April-Juni	Juli-Sep	Okt-Dec	Totalt
Läkare	3 160	3 064	2 856	2 778	11 858
Sjuksköterska	3 459	3 232	2 924	3 918	13 533
Sjuksköterska BMV	1 195	1 061	976	1 133	4 365
Sjukgymnast	1 286	1 355	1 134	1 352	5 127
Kurator	196	201	120	191	708
Totalt	9 296	8 913	8 010	9 372	35 591

Vårdcentralen Nävertorp i Katrineholm

Sörmlands län är ett omväxlande län med sjöar, skogar, jordbruk, små och medelstora städer. Största delen, 52 procent, består av skogsmark. Närheten till Stockholm ger en ökande arbetspendling. Infrastrukturen utvecklas med utbyggnaden av Svealandsbanan som fått betydelse för de Mälarnära kommunerna.¹⁴

I Sörmlands län finns nio kommuner: Eskilstuna, Flen, Gnesta, Katrineholm, Nyköping, Oxelösund, Strängnäs, Trosa och Vingåker.

Katrineholm är beläget i en gammal kulturbygd med fynd som visar att platsen var bebodd redan för 6000 år sedan. Samhället Katrineholm uppstod på grund av järnvägen då en knutpunkt uppstod när Östra stambanan anslöts till Västra stambanan 1866. Snart växte ett stationssamhälle upp, och 1880 hade Katrineholm 400 innevånare. För att administrera orten inrättades ett municipalsamhälle år 1883. År 1917 erhöll Katrineholm stadsrättigheter.

Strax efter sekelskiftet startade Katrineholms Praktiska skola, som senare bytte namn till Katrineholms Tekniska skola. Den lockade elever från

hela landet. Ett utbildningssystem som kallades ”inbyggd verkstadsskola” startades i Katrineholm på 1920-talet. Detta samarbete mellan skola och näringsliv innebar att yrkesskolan förlades till företag som var intresserade av att utbilda folk till industrin. Mer än hälften av stadens befolkning har under 1900-talet varit sysselsatt inom industrin. I dag är kommun och landsting de största arbetsgivarna.

I Sörmland finns 26 vårdcentraler varav tre stycken finns i Katrineholm. Två av dessa drivs av landstinget medan en är privat. I Katrineholm finns även Kullbergsska sjukhuset.

Av Katrineholms befolkning har 69,8 % mindre än 5 minuter med bil till närmaste vårdcentral, 15,2 % har mellan 5 och 10 minuters väg och 15,1 % har mellan 10 och 30 minuters väg. Ingen har över 30 minuters väg.

Nävertorp är en stadsdel i Katrineholms västra del, som byggdes ut kraftigt under 60- och början av 70-talet som en del av miljonprogrammet.

Not 14

Uppgifterna i faktarutan och i avsnittet är sammanställda från följande källor under januari 2013 - maj 2013: Försäkringskassan, Katrineholms kommuns hemsida, Landstinget Sörmlands hemsida, Länsstyrelsen Sörmlands hemsida, Regionfakta.com och SCB.

Demografi Katrineholms kommun

- › 23 % av befolkningen är yngre än 19 år (riket totalt 23 %)
- › 56 % av befolkningen är mellan 25 och 64 år (riket totalt 59 %)
- › 21 % av befolkningen är 65 år eller äldre (riket totalt 19 %)
- › Medelåldern är 42,8 år
- › 18 % av befolkningen har utländsk bakgrund (riket totalt 20 %), d.v.s. är födda utrikes eller födda inrikes med två utrikes födda föräldrar
- › 55 % av befolkningen i åldern 20–64 år har gymnasieutbildning, (riket 43 %)
- › 26 % av befolkningen i åldern 20–64 år har en eftergymnasial utbildning (riket 32 %)
- › I mars 2012 var 10 % av befolkningen i åldersgruppen 20-64 år arbetslösa eller engagerade i program med aktivitetsstöd (motsv. för hela riket 6,3 %)

Socioekonomisk bakgrund

Andel med ekonomiskt bistånd

I de yngre åldersgrupperna är det en större andel som fått ekonomiskt bistånd någon gång under året i Katrineholms kommun än i länet i helhet. Av tabell 6.2.1 framgår även att det är något fler kvinnor än män i dessa åldersgrupper som erhållit bistånd.

Inkomstnivåernas fördelning

Tabell 6.2.2¹⁵ visar att både män och kvinnor i Katrineholms kommun har lägre genomsnittlig inkomst jämfört med hela Sörmlands län och att den genomsnittliga inkomsten både för män och för kvinnor är klart under riksgenomsnittet. Inkomstspridningen är något mindre i Katrineholm än i länet i helhet. Männerna har en högre inkomst än kvinnorna, men skillnaderna är något mindre än för riket. Gini-koefficienten visar en obetydligt lägre ojämlikhet bland männen än bland kvinnorna.

Not 15

Sammanräknad förvärvsinkomst består av inkomst av tjänst och inkomst av näringsverksamhet. I inkomst av tjänst ingår förutom löneinkomst även inkomst från pension, sjukpenning och andra skattepliktiga ersättningar från Försäkringskassan. Gini-koefficienten är ett mått på ojämlikhet i inkomst. Koefficienten kan variera mellan 0 och 1. Ett högre värde anger högre grad av ojämlikhet i inkomst. P10 = 10 procent av befolkningen har en lön som är lika med eller lägre än värdet. P90 = 90 procent har en lön som är lika med eller lägre än värdet visar.

FAKTA SÖRMLANDS LÄN OCH KATRINEHOLMS KOMMUN

Sörmlands län

Landareal (km²) 6 079

Folkmängd (2012) 272 260

Befolkningstäthet (inv/km²) 44 (riket 23)

Medellivsmängd kvinnor 82,7 år (riket 83,4)

Medellivslängd män 78,8 år (riket 79,4)

Katrineholms kommun

Landareal (km²) 1 020

Folkmängd (2012) 32 409

Befolkningstäthet (inv/km²) 32 (riket totalt 23)

Levnadsvanor och hälsa

Ohälsotal

Antal utbetalda dagar med sjukpenning, arbetska-
desjukpenning, rehabiliteringspenning samt sjuk-
ersättning eller aktivitetsersättning (före år 2003
förtidspension eller sjukbidrag) från socialförsäk-
ringen relaterat till antal registrerade försäkrade
(befolkningen) i åldersgruppen 16-64 år. Alla dagar
är omräknade till nettodagar. Exempel: två dagar
med halv ersättning blir en hel dag.

Av tabell 6.3.1 framgår att ohälsotalet hos både
kvinnor och män är högre i Katrineholms kommun
än i Sörmlands län förutom i åldersgruppen 16-19
år där förhållandet är omvänt. Kvinnor över 30 år
har ett högre ohälsotal än männen i samma ålders-
grupp. För åldersgrupper över 20 år är ohälsotalen
högre i Katrineholms kommun än i riket i snitt. Det
är särskilt tydligt hos kvinnorna men även männen
har ett högre snitt än i riket.

Tabell 6.2.1. Andel (%) som bor i ett hushåll som fått ekonomiskt bistånd någon gång under året utifrån kön och ålder (2011)

	Kvinnor										
	18-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-
Katrineholms kommun	16	19	19	15	10	9	6	5	3	2	1
Sörmlands län	13	16	13	10	8	7	6	4	3	2	1
Riket	7	8	6	5	5	5	4	3	2	2	1
	Män										
	18-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-
Katrineholms kommun	15	17	14	12	9	7	7	5	4	3	1
Sörmlands län	13	14	11	10	7	6	6	5	4	3	1
Riket	8	8	6	5	4	4	4	4	3	2	1

Källa: Socialstyrelsen (avseende antal personer med bistånd) och SCB (avseende befolkningsmängd helår).

Tabell 6.2.2. Sammanräknad förvärvsinkomst (2011)

	Kvinnor				
	Medelinkomst	P10	Median	P90	Gini-koefficient
Katrineholms kommun	201 025	65 520	187 659	337 991	0,32
Sörmlands län	211 275	66 319	199 062	355 723	0,33
Riket	222 416	62 540	206 260	380 376	0,34
	Män				
	Medelinkomst	P10	Median	P90	Gini-koefficient
Katrineholms kommun	270 776	94 704	262 937	439 868	0,31
Sörmlands län	287 908	92 730	274 380	476 024	0,32
Riket	303 792	76 330	279 856	521 000	0,36

Källa: SCB.

Tabell 6.3.1. Ohälsotal utifrån kön och ålder (2011)

	Kvinnor						Män					
	16-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	16-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69
Katrineholm kommun	1,3	12,8	22	37,9	70,1	107,4	1,8	13	16	23,3	44,5	63,9
Sörmlands län	1,9	11,8	17	32,4	58,7	93,9	2,4	12,1	12,6	20	38,8	61,9
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.

Andel rökare

Tabell 6.3.2 visar att männen i åldersgruppen 16-64 år i Katrineholms kommun röker i mindre omfattning än motsvarande grupp i Sörmlands län. Däremot är det fler män i åldern 65-84 år som röker i Katrineholms kommun än i den yngre åldersgruppen. I Sörmlands län är det färre som röker i den äldre gruppen än i den yngre. Kvinnorna i åldersgruppen 16-64 år i Katrineholms kommun röker i större omfattning än männen, men bland kvinnorna är det färre som röker i gruppen 65-84 år.

I hela riket rökte, under perioden 2008-2011, 13 % av kvinnorna och 11 % av männen i åldersgruppen 16-84 år (Folkhälsoinstitutets databas Folkhälsodata, 2008-2011).

Alkoholkonsumtionsmönster

Som framgår av tabell 6.3.3 är det fler kvinnor än män i Katrineholms kommun som har riskabla alkoholvanor. Kvinnorna har i stort sett samma alkoholvanor i Katrineholm som i hela Sörmlands län medan det är en mindre andel av männen i Katrineholm som befinner sig inom riskzonen än i länet i helhet.

I hela riket hade, under perioden 2008-2011, 10 % av kvinnorna och 17 % av männen i åldersgruppen 16-84 år riskabla alkoholvanor. (Folkhälsoinstitutets databas Folkhälsodata 2008-2011).

Fysisk aktivitet

Tabell 6.3.4 visar att kvinnorna motionerar i högre utsträckning än männen. Både kvinnor och män i Katrineholm motionerar regelbundet i högre utsträckning än motsvarande grupper i Sörmland län som helhet, undantaget män i åldersgruppen 65-84 år. I den gruppen är det större andel som motionerar regelbundet i hela Sörmland än det är i Katrineholm.

I hela riket var 64 % av kvinnorna och 66 % av männen i åldersgruppen 16-84 år fysiskt aktiva minst 30 minuter per dag under perioden 2008-2011 (Folkhälsoinstitutets databas Folkhälsodata, 2008-2011).

Andel föreningsaktiva

Tabell 6.3.5 visar att den fackliga föreningsaktiviteten är något högre hos kvinnor än hos männen i Katrineholms kommun. Vad gäller övrig föreningsaktivitet är männen i Katrineholm mer aktiva än



kvinnorna med undantag för kvinnor i åldern 65-84 år i Katrineholm som är mer aktiva än motsvarande grupp bland männen.

Andel med psykisk ohälsa och andel med sömnsvårigheter

Tabell 6.3.6 visar att kvinnor upplever psykisk ohälsa i högre utsträckning än män. Kvinnorna i Katrineholm har psykisk ohälsa i högre utsträckning än i Sörmlands län i helhet. Skillnaden mellan åldersgrupperna hos kvinnorna är betydligt mindre i Katrineholm än i länet.

Sömnsvårigheter (lätta och svåra) är vanligast bland kvinnor i åldersgruppen 65-84 år. Mer än 50 % av kvinnorna i den åldersgruppen uppger att de någon gång har svårigheter att sova. Av männen i Katrineholm har fler i åldern 16-64 år upplevt sömnsvårigheter än i åldersgruppen 65-84 år.

I hela riket upplevde 20 % av kvinnorna och 14 % av männen i åldersgruppen 16-84 år nedsatt psykisk hälsa (perioden 2008-2011). 6 % av kvinnorna och 4 % av männen uppgav att de haft svåra besvär av ångslan, oro eller ängest. (Folkhälsoinstitutets databas Folkhälsodata, 2008-2011).

Tabell 6.3.2. Andel (%) som röker dagligen utifrån kön och ålder utifrån kön och ålder

	Kvinnor		Män	
	16-64 år	65-84 år	16-64 år	65-84 år
Katrineholms kommun	14,3	10,1	11,9	15,7
Sörmlands län	14,1	9,2	15,2	11,9

Källa: Folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor? (HLV-2012), genomförd 2012 av Sörmlands, Uppsala, Västmanlands och Örebro län.

Tabell 6.3.4. Andel (%) som motionerar regelbundet minst 2 timmar per vecka utifrån kön och ålder

	Kvinnor		Män	
	16-64 år	65-84 år	16-64 år	65-84 år
Katrineholms kommun	89,1	87,9	85,3	81,4
Sörmlands län	86,5	82,2	84,1	85,8

Källa: Folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor? (HLV-2012), genomförd 2012 av Sörmlands, Uppsala, Västmanlands och Örebro län.

Tabell 6.3.3. Andel (%) som har riskabla alkoholvanor utifrån kön och ålder

	Kvinnor		Män	
	16-64 år	65-84 år	16-64 år	65-84 år
Katrineholms kommun	8,1	2,1	5,6	1,0
Sörmlands län	8,2	2,7	8,4	2,7

Källa: Folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor? (HLV-2012), genomförd 2012 av Sörmlands, Uppsala, Västmanlands och Örebro län.

Tabell 6.3.5. Andel (%) som är aktiva i fackförening eller annan förening utifrån kön och ålder

	Fackföreningsaktiv				Föreningsaktiv övrigt			
	Kvinnor		Män		Kvinnor		Män	
	16-64 år	65-84 år	16-64 år	65-84 år	16-64 år	65-84 år	16-64 år	65-84 år
Katrineholms kommun	12,5	3,1	8,8	2,4	20,2	32,9	22,1	29,2
Sörmlands län	10,5	1,8	10,5	1,9	20,7	29,9	23,5	36,6

Källa: Folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor? (HLV-2012), genomförd 2012 av Sörmlands, Uppsala, Västmanlands och Örebro län.

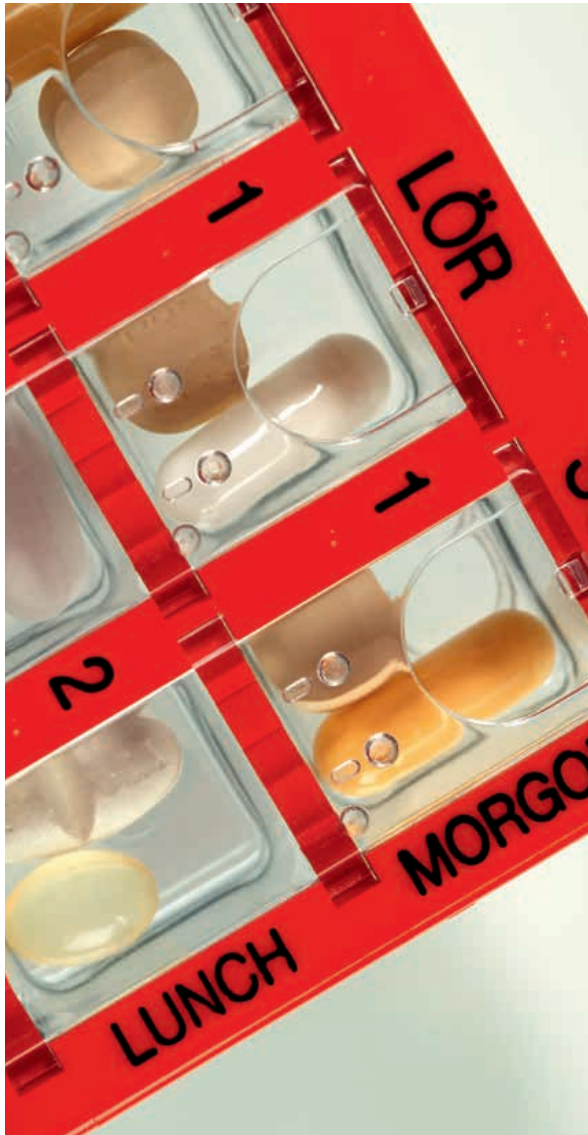
Tabell 6.3.6. Andel (%) med psykisk ohälsa eller svårigheter att sova utifrån kön och ålder

	Psykisk ohälsa (GHQ-12 >2)				Sömnsvårigheter (lätta och svåra)			
	Kvinnor		Män		Kvinnor		Män	
	16-64 år	65-84 år	16-64 år	65-84 år	16-64 år	65-84 år	16-64 år	65-84 år
Katrineholms kommun	18,8	17	14,6	9,3	28,2	52,6	34,5	26,1
Sörmlands län	21,1	11,6	14,3	9,4	34,2	51,8	27,1	31

Källa: Folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor? (HLV-2012), genomförd 2012 av Sörmlands, Uppsala, Västmanlands och Örebro län.

Självupplevd hälsa

Fler upplever god hälsa i åldersgruppen 16-65 år än i gruppen 65-84 år, vilket framgår av tabell 6.3.7. I Katrineholm anser sig fler kvinnor i gruppen 16-64 år ha bra hälsa än i hela Sörmlands län. Förhållan-



det är omvänt i den äldre åldersgruppen och i båda åldersgrupperna bland männen.

I hela riket upplevde, under perioden 2008-2011, 70 % av kvinnorna och 74 % av männen i åldersgruppen 16-84 år att de hade en bra hälsa (Folkhälsoinstitutets databas Folkhälsodata, 2008-2011).

Andel med övervikt

Tabell 6.3.8 visar att fler män än kvinnor har en övervikt (BMI högre än 25), men att en större andel av kvinnorna har fetma (BMI 30 eller högre).

I åldersgruppen 65-84 år är fler överviktiga i Katrineholms kommun än i hela Sörmlands län. I åldersgruppen 16-64 år är andelen kvinnor med fetma i Katrineholms kommun högre än i länet.

I hela riket hade, under perioden 2008-2011, 41 % av kvinnorna och 55 % av männen i åldersgruppen 16-84 år en övervikt eller fetma (BMI 25 eller högre) (Folkhälsoinstitutets databas Folkhälsodata 2008-2011).

Vårdkonsumtion

Tabell 6.3.9 beskriver hur befolkningen konsumerat olika vårdformer för egna besvär under de senaste tre månaderna före frågetillfället. Av tabellen framgår att den vårdform som söktes i störst utsträckning är läkare på vårdcentral. Det framgår också att åldersgruppen 65-84 år konsumerar mer vård än den yngre åldersgruppen.

Sett i hela riket hade, under perioden 2008-2011, 53 % av kvinnorna och 43 % av männen, någon kontakt med sjukvården (Folkhälsoinstitutets databas Folkhälsodata, 2008 - 2011).

Läkemedelskonsumtion

Som framgår av tabell 6.3.10 är smärtstillande medel den mest konsumerade läkemedelsgruppen, både hos kvinnor och män i alla åldersgrupper. Konsumtionen i övrigt är högre i åldersgruppen 65-84 år än bland de yngre.

Tabell 6.3.7. Andel (%) som anser sig ha en bra allmän hälsa utifrån kön och ålder

	Kvinnor		Män	
	16-64 år	65-84 år	16-64 år	65-84 år
Katrineholms kommun	77,2	47,8	74,8	53,2
Sörmlands län	71,8	53,4	76,7	59,7

Källa: Folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor? (HLV-2012), genomförd 2012 av Sörmlands, Uppsala, Västmanlands och Örebro län.

Tabell 6.3.8. Andel (%) med övervikt och fetma utifrån kön och ålder

	Övervikt (BMI 25 -)				Fetma (BMI 30 -)			
	Kvinnor		Män		Kvinnor		Män	
	16-64 år	65-84 år	16-64 år	65-84 år	16-64 år	65-84 år	16-64 år	65-84 år
Katrineholms kommun	48,4	61,8	59,0	70,1	19,3	18,7	15,8	18,6
Sörmlands län	43,2	59,4	59,0	67,7	16,0	20,0	15,5	19,3

Källa: Folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor? (HLV-2012), genomförd 2012 av Sörmlands, Uppsala, Västmanlands och Örebro län.

Tabell 6.3.9. Andel (%) av som konsumerat olika vårdformer för egna besvär utifrån kön och ålder

	Katrineholms kommun				Sörmlands län			
	Kvinnor		Män		Kvinnor		Män	
	16-64	65-84	16-64	65-84	16-64	65-84	16-64	65-84
Läkare på sjukhus	18,8	31,4	21,0	38,5	20,8	31,0	19,6	32,1
Läkare på vårdcentral	30,5	54,1	24,8	57,8	36,4	47,4	30,3	50,7
Distriktssköterska	14,1	30,3	12,0	29,1	11,4	24,8	9,2	25,8
Ungdomsmottagning	5,7	0,0	1,0	1,0	5,4	0,0	1,7	0,3
Kurator	2,8	0,7	2,8	1,8	5,6	0,4	2,8	0,6
Psykolog	4,3	0,6	4,2	1,0	4,7	0,8	2,8	0,9
Sjukgymnast	11,1	13,4	8,6	12,1	11,6	15,6	8,1	12,1
Alternativmedicinare	7,0	2,8	6,5	4,4	10,3	4,9	8,8	6,0
Inlagd på sjukhus	2,3	8,1	1,3	9,2	3,8	8,4	2,7	7,1

Källa: Folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor? (HLV-2012), genomförd 2012 av Sörmlands, Uppsala, Västmanlands och Örebro län.

Tabell 6.3.10. Andel (%) som använt läkemedel under de tre senaste månaderna före frågetillfället utifrån kön och ålder

Läkemedel för	Katrineholms kommun				Sörmlands län			
	Kvinnor		Män		Kvinnor		Män	
	16-64	65-84	16-64	65-84	16-64	65-84	16-64	65-84
Magsår/magkatarr	13,6	21,7	6,9	11,4	17,6	21,9	10,2	14,4
Astma/allergi	20,0	16,6	14,7	12,7	22,3	17,8	16,6	11,0
Diabetes	4,9	9,7	4,9	23	3,5	12,2	4,4	17,7
Blodtryck	10,4	64,7	13,4	58,5	11,8	56,2	12,2	56,6
Sömnmedel	7,0	22,6	7,4	8,6	9,1	22,0	5,7	10,6
Antidepressiv	6,3	11,3	5,4	6,2	9,4	9,0	5,2	4,3
Lugnande/ångestdämpande	5,0	6,9	4,8	7,0	7,3	8,6	5,7	5,9
Smärtstillande med recept	13,3	25,8	10,6	26,1	16,7	29,4	12,1	21,7
Smärtstillande utan recept	62,4	54,5	44,4	32,7	63,0	48,6	45,1	34,7
Blodfettssänkande	4,0	37,8	10,3	46,6	5,0	33,0	8,0	38,9

Källa: Folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor? (HLV-2012), genomförd 2012 av Sörmlands, Uppsala, Västmanlands och Örebro län.

Verksamhetsbeskrivning

Ekonomi

Hälsoval Sörmland innebär att landstingsfinansierad primärvård drivs av godkända vårdcentraler, offentliga såväl som privata. Godkännandet förutsätter att vårdcentralen åtar sig det uppdrag som är formulerat i *Regelbok för bedrivande av primärvård i Landstinget Sörmland*.¹⁶

Vårdgivaren får ersättning utifrån hur många som väljer att lista sig på vårdcentralen, antal besök på mottagningen, i hemmet eller för patienter inskrivna i hemsjukvården, kvalitets- och hälsoersättning samt ersättning för olika tilläggsuppdrag. Listersättningen varierar efter ålder. Från och med 2013 utbetalas en särskild ersättning för att kompensera för socioekonomiska förhållanden (CNI) i vårdcentralens lokaliseringsområde. Vårdcentralen ersätts för täckningsgrad utifrån i hur hög utsträckning vårdcentralens listade invånare omhändertas på primärvårdsnivå. Kostnader för läkemedel och tolkar belastar inte den enskilda vårdcentralen utan av Landstinget centralt.

De aktuella ersättningsnivåerna finns angivna i *Regelbok för bedrivande av primärvård i Landstinget Sörmland 2013*.

Personal

År 2011 bemannades vårdcentralen Nävertorp enligt tabell 6.4.2.a.

De tre läkarna (en man och två kvinnor) arbetar heltid. De sju distriktssköterskorna (samtliga kvinnor) har en genomsnittlig arbetstid som motsvarar 87,1 %. Sjuksköterskorna har en genomsnittlig omfattning på 93,8 %. Undersköterskan arbetar heltid. Under hela 2011 hyrdes läkare in för 5 450 timmar vilket ger ett genomsnitt på 454 timmar per månad (motsvarar cirka tre manmånader).

Av besöken vid vårdcentralen var 50 % nybesök. Av de som besökte sjuksköterskorna var 83 % nybesök. Motsvarande siffra för läkarna var 56 % och för distriktssköterskor och arbetsterapeuter 43 %. Andelen nybesök hos sjukgymnasterna var 17 %. Av besöken hos läkarna var 68 % akutbesök.

Vid vårdcentralen avsätts tid inför patientbesök enligt följande:

Läkare:

- ✦ Akuta okomplicerade fall 15 minuter, 30 minuter om det bedömts komplicerat av distriktssköterska eller sjuksköterska.
- ✦ Akut besök med tolkbehov 30 minuter (tolken 60 minuter).
- ✦ Vid planerade besök finns ofta en standard för bokning, oftast 30-45 minuter beroende på besöksorsak och symtom. Bokas i regel av distriktssköterska eller sjuksköterska via telefon eller besök vid mottagningen. För besök med tolk avsätts minst 30 minuter.

Distriktssköterska eller sjuksköterska:

- ✦ Akuta besök vid infektionsmottagning, okomplicerade blodtryckskontroller med mera, 10-15 minuter.
- ✦ Planerade besök och omläggningar med mera anpassas individuellt, cirka 30 minuter per patient eller mer.

Kvalitetsindikatorer

Under 2011 mättes och rapporterades varje månad *tefontillgänglighet* och *läkarbesök inom 7 dagar* till vårdcentralens ledning och Primärvårdsnämnden som en del av rapporteringen av beslutade kvalitetsindikatorer (se tabellerna 6.4.3.a och 6.4.3.b).

Mätperioden var oktober år 1 till oktober år 2 och avstämningen skedde i november. Mer än 90 % (=genomsnittlig nationell nivå) tefontillgänglighet i minst 10 av årets 12 månadsmätningar (se tabell 6.4.3.a) var satt som mål, vilket nåddes. Tabellen visar tefontillgänglighet vid de landstingsdrivna vårdcentralerna ackumulerat 2011 (det som fanns att tillgå under mätperioden).

När det gäller Läkarbesök inom 7 dagar var målet satt till att mer än 85 % av patienterna fick komma till läkarbesök inom sju dagar. Även det målet uppnåddes (se tabell 6.4.3.b).

Tabell 6.4.3.b visar den månatliga uppföljningen 2011 avseende läkarbesök inom 7 dagar utifrån nationell överenskommelse.

År 2011 deltog Sörmland i Nationella patientenkäten (NPE) (även 2009 och 2010). För år 2013 har kvalitetsindikatorerna *tillgänglighet*, *bemötande*,

Not 16

Uppgifterna i avsnittet Verksamhetsbeskrivning härrör från Landstinget Sörmland om inte annat anges.

Tabell 6.4.2.a. Bemanning vid vårdcentralen Nävertorp (2011)

	Heltidsekvivalenter			Antal personer		
	Totalt	varav kvinnor	varav män	Totalt	varav kvinnor	varav män
Ledning						
Läkare	3,0	2,0	1,0	3	2	1
Distriktssköterska	6,1	6,1		7	7	
Sjuksköterska	3,8	3,8		4	4	
Undersköterska	1,0	1,0		1	1	
Biomed. analytiker	1,8	1,8		2	2	
Arbetssterapeut	0,8	0,8		1	1	
Sjukgymnast	2,0	2,0		2	2	0
Kurator	0,8		0,8	1		1
Administratör	3,0	3,0		3	3	
Totalt	23,2	21,4	1,8	25	23	2

Tabell 6.4.2.b. Antal besök per profession och kvartal (2011)

	Jan-Mars	April-Juni	Juli-Sep	Okt-Dec	Totalt
Arbetssterapeut	105	112	80	137	434
Kurator	159	149	114	139	561
Läkare	2 581	2 432	2 331	2 685	10 029
Sjukgymnast	811	689	516	772	2 788
Sjuksköterska	678	513	368	1 138	2 697
Undersköterska	0	0	0	1	1
Distriktssköterska	1 976	1 869	1 647	1 702	7 194
Psykolog	0	0	17	42	59
Totalt	6 310	5 764	5 073	6 616	23 763

Tabell 6.4.3.a. Telefontillgänglighet (2011)

Jan	Feb	Mars	April	Maj	Juni	Juli	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Mål
100	100	100	100	100	100	100	100	100	100			90

Tabell 6.4.3.b. Andel läkarbesök inom 7 dagar - vårdgaranti (2011)

Jan	Feb	Mars	April	Maj	Juni	Juli	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Hälsovalsmål	Nat. mål
	98	96	97	97	98	100	98	96	95			85	100

delaktighet och *information* lagts in i Hälso- och sjukvårdens styrkort, det vill säga kontinuerlig uppföljning på verksamhetsnivå. Den senaste NPE-mätningen har gjorts under hösten 2013.

Vårdcentralen arbetar även med registrering och uppföljning i flera kvalitetsregister, med att förbättra och säkra upp rutiner samt med annat inre kvalitetsarbete som inte utvecklas närmare här.

Listade patienter

Vid vårdcentralen finns 7 846 listade patienter.

De vanligaste diagnoserna som ställts vid vårdcentralen under 2011 redovisas i tabell 6.4.4.

Läkemedelsförskrivning

Redovisas i tabell 6.4.5.

Tabell 6.4.4. De 10 vanligaste diagnoserna som ställts vid vårdcentralen (2011)

Kod	Diagnos	GGR totalt	% av totalt antal diagnoser
Z719P	Annan medicinsk rådgivning	3569	21,5
910-	Essentiell hypertoni	1006	6,1
Z03-	Medicinsk observation och bedömning för misstänkt sjukdom	698	4,2
J06-P	Akut övre luftvägsinfektion med multipel och icke specificerad lokalisation	688	4,2
Z760	Förnyelse av recept	677	4,1
E119	Diabetes mellitus typ 2, utan komplikationer	405	2,4
M255	Ledvärk	313	1,9
Z000	Allmän medicinsk undersökning	273	1,6
N30-P	Cystit	324	2,0
M791	Myalgi	298	1,8

Tabell 6.4.5. Antal DDD (definierade dygnsdoser) som förskrivits från vårdcentralen Nävertorp (2010-2012)

	2010		2011		2012	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
A10 - Diabetesmedel	60 021	84 003	58 658	89 282	60 912	87 130
C10 - Medel som påverkar serumlipider	109 205	135 975	94 695	130 366	94 029	135 027
J01 - Antibakteriella medel för systemet	10 960	9 941	11 330	10 277	9 709	8 716
N06A - Antidepressiva medel	77 576	29 570	77 937	35 431	87 813	40 187

Källa: Landstinget Sörmlands läkemedelskommitté.

Vårdcentralen Orsa i Orsa

Dalarna kom tidigt att bli industrialiserat i södra delen och organiserades i Bergslagen. Landskapet förblev i övrigt ett nybyggarområde, särskilt i områdena utanför Siljan och Dalälven. Finnmarken förblev ett nybyggarområde in på 1800-talet. Dalarnas län hette tidigare Kopparbergs län men bytte namn 1997.¹⁷

Falun är residensstad i Dalarna, men Borlänge är den största staden. I Dalarna finns 15 kommuner.

Orsaområdet i norra delen av Siljansbygden har varit befolkat sedan stenåldern. Genom kommunen går såväl Inlandsbanan som Europaväg 45 (Inlandsvägen).

Största arbetsgivare i Orsa är kommunen med ca 650 anställda.

Orsa utgör tillsammans med Leksand, Malung-Sälén, Mora, Rättvik, Vansbro och Älvdalen när-sjukvårdsområdet Norra och Västra Dalarna. Närmaste akutsjukhus finns i Mora. Sjukhus finns i Avesta, Borlänge (geriatrik), Falun, Ludvika, Mora och Säter (psykiatri). Falu lasarett och Mora lasarett är de två akutsjukhusen i länet. I Orsa finns en, landstingsdriven, vårdcentral.



Not 17

Uppgifterna i faktarutan och i detta avsnitt är sammanställda från följande källor under januari 2013 - maj 2013: Försäkringskassan, Landstinget Dalarnas hemsida, Länsstyrelsen Dalarnas hemsida, Orsa kommuns hemsida och SCB.

Demografi Orsa kommun

- 20 % av befolkningen är 19 år eller yngre (riket totalt 23 %)
- 55 % av befolkning är mellan 20 och 64 år (riket totalt 59 %)
- 24 % av befolkningen är 65 år eller äldre (riket totalt 19 %)
- Medelåldern är 41,5 år
- 9 % av befolkningen har utländsk bakgrund (riket totalt 20 %), d.v.s. är utrikes födda eller inrikes födda med två utrikes födda föräldrar
- 61 % av befolkningen i åldern 20-64 år har gymnasieutbildning (riket totalt 43 %)
- 23 % av befolkningen i åldern 20-64 år har en eftergymnasial utbildning (riket totalt 32 %)
- I mars 2012 var 9 % av befolkningen i åldersgruppen 20-64 år arbetslösa eller engagerade i program med aktivitetsstöd (motsv. för hela riket 6,3 %)

Socioekonomisk bakgrund

Andel med ekonomiskt bistånd

Tabell 7.2.1 visar att det är en något större andel i Orsa kommun som fått ekonomiskt bistånd än i Dalarnas län någon gång under år 2011.

Inkomstnivåernas fördelning

Som framgår av tabell 7.2.2¹⁸ är medel- och medianinkomsterna avsevärt lägre i Orsa kommun än för länet i helhet. Detta gäller både kvinnor och män. Män har i genomsnitt högre inkomster än kvin-

FAKTA DALARNAS LÄN OCH ORSA KOMMUN

Dalarnas län

Landyta (km²) 28 026

Folkmängd (2011) 276 565

Befolkningstäthet (inv/km²) 10 (riket 23)

Medellivslängd kvinnor 83,1 (riket 83,4)

Medellivslängd män 79,6 (riket 79,4)

Orsa kommun

Landareal(km²) 1 731

Folkmängd (2011) 6 867

Befolkningstäthet (inv/km²) 4

norna men skillnaden mellan könen är mindre än genomsnittet för hela riket. Gini-koefficienten visar att det råder något högre ojämlikhet i inkomst i Orsa kommun än i Dalarnas län, men lägre än i hela riket. Ojämlikheten är något högre hos männen än hos kvinnorna.

Levnadsvanor och hälsa

Ohälsotal

Av tabell 7.3.1 framgår att ohälsotalet är något högre i Orsa kommun än i hela Dalarnas län för både kvinnor och män i åldersgrupperna 20 år och äldre. Kvinnorna har ett högre ohälsotal än männen oberoende av åldersgrupp och i både kommunen och i länet.

Not 18

Sammanräknad förvärvsinkomst består av inkomst av tjänst och inkomst av näringsverksamhet. I inkomst av tjänst ingår förutom löneinkomst även inkomst från pension, sjukpenning och andra skattepliktiga ersättningar från Försäkringskassan. Gini-koefficienten är ett mått på ojämlikhet i inkomst. Koefficienten kan variera mellan 0 och 1. Ett högre värde anger en högre grad av ojämlikhet i inkomst. P10 = 10 procent av befolkningen har en lön som är lika med eller lägre än värdet. P90 = 90 procent har en lön som är lika med eller lägre än värdet visar.

Tabell 7.2.1. Andel (%) som bor i ett hushåll som fått ekonomiskt bistånd utifrån kön och ålder (2011)

	18-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-
Orsa kommun	9,1	15,3	12,7	9,2	9	5,6	3,6	3,6	2,5	1,6	0,1
Dalarnas län	9,5	13,3	10,7	7,2	6,1	5	4	3	1,9	1,2	0,4
Riket	7,9	8,1	6,3	5,3	4,5	4,2	4,0	3,6	2,8	1,9	0,6

Källa: Socialstyrelsen (avseende antal med ekonomiskt bistånd), SCB (avseende folkmängd).

Tabell 7.2.2. Inkomstnivåernas fördelning (2011)

Kvinnor					
	Medelinkomst	P10	Median	P90	Gini-koefficient
Orsa kommun	187 266	59 940	175 367	316 968	0,32
Dalarnas län	206 699	81 336	196 080	343 464	0,31
Riket	222 416	62 540	206 260	380 376	0,34
Män					
	Medelinkomst	P10	Median	P90	Gini-koefficient
Orsa kommun	237 219	49 276	225 768	398 336	0,33
Dalarnas län	278 513	95 184	269 847	450 685	0,31
Riket	303 792	76 330	279 856	521 000	0,36

Källa: SCB.

Tabell 7.3.1. Ohälsotal, antal utbetalade dagar per år för personer i åldern 16-64 år utifrån kön och ålder (2011)

	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
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
Dalarnas län	1,7	12,9	21,0	26,5	53,8	85,3	2,2	10,6	11,9	20,5	38,7	64,2
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.

Andel rökare

I Orsa kommun rökte 13 % av kvinnorna och 5 % av männen dagligen under åren 2008-2011. Motsvarande siffror för Dalarnas län är 12 % av kvinnorna och 11 % av männen och i hela riket 15 % av kvinnorna och 11 % av männen (Folkhälsoinstitutets databas Folkhälsodata, 2008–2011).

Att det är en så liten andel män som röker i Orsa kommun jämfört med länet ger att skillnaden mellan kvinnors och mäns rökande är större i Orsa än i länet i helhet.

Alkoholkonsumtionsmönster

I Orsa kommun hade 7 % av kvinnorna och 10 % av männen riskabla alkoholvanor under åren 2008–2011. Motsvarande siffror för Dalarnas län är 10 % av kvinnorna och 17 % av männen och för hela riket 10 % av kvinnorna och 17 % av (Folkhälsoinstitutets databas Folkhälsodata, 2008–2011).

Det är en mindre andel av befolkningen som visar en riskabel alkoholkonsumtion i Orsa än i länet i helhet. Detta gäller både kvinnor och män. Det är en något mindre andel av kvinnorna än av männen som har en riskabel alkoholkonsumtion.

Fysisk aktivitet

I Orsa kommun var 61 % av kvinnorna och 67 % av männen fysiskt aktiva i mer än 30 minuter per dag under åren 2008-2011. Motsvarande siffror för Dalarnas län är 63 % av kvinnorna och 68 % av männen. I hela riket var 64 % av kvinnorna och 66 % av männen fysiskt aktiva mer än 30 minuter per dag. (Folkhälsoinstitutets databas Folkhälsodata, 2008–2011).

Män och kvinnor i Orsa är något mindre fysiskt aktiva än i hela Dalarnas län. Männen är mer aktiva än kvinnorna både i kommunen och i länet.

Andel med psykisk ohälsa

I Orsa kommun angav 19 % av kvinnorna och 9 % av männen att de lider av nedsatt psykisk hälsa. Motsvarande siffror för Dalarnas län är 19 % av kvinnorna och 12 % av männen och för hela riket 20 % respektive 14 %.

Andelen med svåra besvär av ångslan, oro eller ångest var i Orsa kommun 11 % av kvinnorna och 4 % av männen. För hela Dalarnas län var siffrorna 3 % av kvinnorna och 2 % av männen och i riket 6 %

av kvinnorna och 4 % av männen (Folkhälsoinstitutets databas Folkhälsodata, 2008–2011).

Siffrorna visar att andelen kvinnor med besvär av ångslan, oro eller ångest i Orsa kommun var betydligt högre (11 %) än i Dalarnas län (3 %). Kvinnorna lider av psykisk ohälsa, oro och ångest i högre utsträckning än männen.

Självupplevd hälsa

I Orsa kommun upplever 63 % av kvinnorna och 79 % av männen att de har en bra hälsa. Motsvarande siffror för Dalarnas län är 69 % av kvinnorna och 72 % av männen och för riket 70 % av kvinnorna och 74 % av (Folkhälsoinstitutets databas Folkhälsodata, 2008–2011).

Det är alltså en mindre andel av kvinnor i Orsa än i Dalarnas län som upplever en god hälsa. Motsatt förhållande gäller för männen. Det är generellt fler män än kvinnor som upplever att de har en god hälsa.

Övervikt

I Orsa kommun har 26 % av kvinnorna och 47 % av männen övervikt (BMI > 25) och 16 % av kvinnorna och 12 % av männen lider av fetma (BMI 30 eller högre).

I Dalarnas län har 33 % av kvinnorna och 49 % av männen övervikt och 15 % av kvinnorna och 13 % av männen fetma. I hela riket är 28 % av kvinnorna och 42 % av männen överviktiga och 13 % av både kvinnor och män har ett BMI på 30 eller högre (Folkhälsoinstitutets databas Folkhälsodata, 2008–2011).

Orsa kommun har alltså en lägre andel kvinnor och män som är överviktiga eller har fetma än Dalarnas län i helhet. Det är en betydligt större andel män än kvinnor som har övervikt, medan det är fler kvinnor än män som har ett BMI som är 30 eller högre.

Vårdkonsumtion

I Orsa kommun har 54 % av kvinnorna och 46 % av männen haft kontakt med sjukvården under åren 2008-2011 (standardiserat 4-årsmedelvärde). Motsvarande siffror för Dalarnas län är 51 % av kvinnorna och 39 % av männen, och för hela riket 53 % respektive 43 % (Folkhälsoinstitutets databas Folkhälsodata, 2008–2011).

Verksamhetsbeskrivning

Ekonomi

Inom Landstinget Dalarna används en ersättningsmodell med följande fördelning:¹⁹

- › Kapitation 80 %, ACG 70 % och CNI 10 %
- › Kvalitetsersättning 10 %
- › Besöksersättning 10 %

Personal

Orsa vårdcentral hade under 2012 följande bemaning:

- › 1 läkare 100 %
- › 2 läkare 20 % vardera
- › 3 distriktssjuksköterskor 80 % vardera
- › 1 diabetessjuksköterska 100 %
- › 2 sjuksköterskor 80 % vardera
- › 1 akutsjuksköterska 100 %
- › 1 barnmorska 100 % (inklusive Ungdomsmottagning och första linjen)
- › 1 barnmorska 20 %
- › 1 barnsjuksköterska 100 %
- › 1 distriktssjuksköterska 50 %
- › Vidare fylls det upp med två stafettlinjer per vecka.

Tabell 7.2.4. Antal besök per profession (2012)

	Antal besök
Läkare	7 600
Sjukgymnast	2 400
Distriktssköterska och sjuksköterska	8 500
Antal provtagningar	7 434
Inkommande remisser	2 761
Utgående remisser (inkl. till akutmottagning)	5 441

Antalet besök går inte att dela upp i akuta och planerade i statistiken, men uppskattningsvis är fördelningen i tidböcker cirka 40 % akuta besök och cirka 60 % planerade besök. Statistiken ger inte möjlighet att ta fram antal nybesök per profession.

Vid vårdcentralen avsätts tid för besök enligt följande:

Läkare:

- › 15 minuter för akuta besök
- › 30 minuter för planerat ”vanligt” besök
- › 45 minuter vid nya intyg
- › 60 minuter för psykiska problem och initiering av utredning

Distriktssköterska:

- › 20 minuter

Kvalitetsindikatorer

Landstinget Dalarna tillämpar följande kvalitetsindikatorer i ersättningsmodellen:

- › Tillgänglighet telefon – utfallet 2012 var 97 %
- › Rökning – utfallet 2012 var 25 %
- › FYSS – utfallet 2012 var 8 %
- › Antibiotikaplan – utfallet 2012 var att den finns
I Primärvården Landstinget Dalarna finns sedan flera år ett kvalitetsbokslut där ett sammanfattande mått är index och där Vårdcentral Orsa visar ett förbättrat resultat 2012 jämfört med 2011.

Listade patienter

Vid vårdcentralen Orsa finns 6 560 listade patienter. De vanligaste diagnoserna är:

- › Urinvägsinfektion
- › Smärtproblematik
- › Hjärt- och kärlbesvär
- › Diabetes
- › Övre luftvägsinfektioner
- › Hudförändringar
- › Öronbesvär
- › Mag- och tarmbesvär

Not 19

Uppgifterna i avsnitt Verksamhetsbeskrivning härrör från Landstinget Dalarna om inte annat anges.

Vårdcentralen Åsidan i Nyköping

Inledning

Sörmlands län är ett omväxlande län med sjöar, skogar, jordbruk, små och medelstora städer. Största delen, 52 procent, består av skogsmark. Närheten till Stockholm ger en ökande arbetspendling. Infrastrukturen utvecklas med utbyggnaden av Svealandsbanan som fått betydelse för de Mälarnära kommunerna.²⁰

I Sörmlands län finns nio kommuner: Eskilstuna, Flen, Gnesta, Katrineholm, Nyköping, Oxelösund, Strängnäs, Trosa och Vingåker.

Obestyrkta uppgifter pekar ut år 1260 som tidpunkten då Nyköping fick sina första stadsprivilegier. Då fanns i staden en kunglig borg, ett mynthus, en kyrka och ett kloster. Nyköping var en av de få platser där importhandel bedrevs, bland annat med Lübeck. Åmynningen var under medeltiden en av de viktigaste svenska Östersjöhamnarna över vilken det exporterades en del av Bergslagens produkter. Men på grund av landhöjningen har hamnen och infartsleden grundats upp allt mer och därmed avtog sjöfarten.

Nyköpings utveckling under 1700-talet kännetecknades av ett industriellt uppsving medan handeln minskade. Pappersbruk, klädesmanufaktur, stoff- och silkesmanufaktur, tobaks- och snusfabriker och sockerbruk etablerades. Arbetskraften utgjordes av inflyttade tyskar.

Fram till 1950-talet sysselsattes mer än 50 % av befolkningen inom industrin, men därefter har handel och service i högre grad än industrin präglat Nyköping. Funktionen som residensstad och centralort för ett rikt omland har varit en viktig del i den utvecklingen. I dag är näringslivet i Nyköpings kommun typiskt för svenska residensstäder. Det finns en stor offentlig sektor, en stor privat service- och tjänstesektor och en liten andel tillverkande industri.

I Sörmland finns 26 vårdcentraler varav fyra stycken i Nyköping. En av dem drivs privat. I Nyköping finns även Nyköpings lasarett. I Nyköping har 67,3 % av befolkningen mindre än 5 minuter med bil till närmaste vårdcentral, 9,1 % har mellan 5 och 10 minuters väg, 23,6 % har mellan 10 och 30 minuters väg. Ingen har över 30 minuters väg, skärgårdsbefolkningen exkluderad.

Not 20

Uppgifterna i faktarutan och i avsnittet är sammanställda från följande källor under januari 2013 - maj 2013: Försäkringskassan, Landstinget Sörmlands hemsida, Länsstyrelsen Sörmlands hemsida, Nyköpings kommuns hemsida, Regionfakta.com och SCB.



Demografi Nyköpings kommun

- › 22 % av befolkningen är 19 år eller yngre (riket totalt 23 %)
- › 54 % av befolkningen är mellan 20 och 64 år (riket totalt 59 %)
- › 24 % av befolkningen är 65 år eller äldre (riket totalt 19 %)
- › Medelåldern är 43,1 år
- › 14 % av befolkningen har utländsk bakgrund (riket 20 %), d.v.s. är utrikes födda eller inrikes födda med två utrikes födda föräldrar
- › 54 % av befolkningen mellan 20 och 64 år har gymnasieutbildning (riket 43 %)
- › 31 % av befolkningen mellan 20 och 64 år har en eftergymnasial utbildning (riket 32 %)
- › I oktober 2012 var 7 % av befolkningen i åldersgruppen 20-64 år arbetslösa eller engagerade i program med aktivitetsstöd (motsv. för hela riket 6,3 %)

FAKTA SÖRMLANDS LÄN OCH NYKÖPINGS KOMMUN

Sörmlands Län

Landyta (km²) 6 079

Folkmängd (2012) 272 260

Befolkningstäthet (inv/km²) 44 (riket: 23)

Medellivslängd kvinnor 82,7 år (riket 83,4)

Medellivslängd män 78,8 år (riket 79,4)

Nyköpings kommun

Landyta (km²) 1421

Folkmängd (2012) 52 336

Befolkningstäthet (inv/km²) 37

Socioekonomisk bakgrund

Andel med ekonomiskt bistånd

Av tabell 8.2.1 framgår att det är en mindre andel som erhåller ekonomiskt bistånd i Nyköpings kommun än i länet i helhet.

Inkomstnivåernas fördelning

Sammanräknad förvärvsinkomst år 2011 för kvinnor och män. Belopp i entals kr. Personer 20- år och äldre som har varit folkbokförda i Sverige både 2011-01-01 och 2011-12-31.

Av tabell 8.2.2²¹ framgår att såväl kvinnor som män har en högre inkomst i Nyköpings kommun än genomsnittet i hela Sörmlands län, oavsett om man tittar på medelinkomsten eller medianinkomsten. Gini-koefficienten visar en något mindre ojämlikhet i inkomst inom Nyköpings kommun än i länet i helhet och klart lägre än för riket som helhet.

Levnadsvanor och hälsa

Ohälsotal

Antal utbetalda dagar med sjukpenning, arbetsskadesjukpenning, rehabiliteringspenning samt sjukersättning eller aktivitetsersättning (före år 2003 förtidspension eller sjukbidrag) från socialförsäkringen relaterat till antal registrerade försäkrade (befolkningen) i åldern 16-64 år. Alla dagar är omräknade till nettodagar. Exempel: Två dagar med halv ersättning blir en heldag.

Av tabell 8.3.1 framgår att kvinnorna har något högre ohälsotal än männen. Det föreligger inte någon större skillnad mellan ohälsotalet i Nyköpings kommun och hela Sörmlands län.

Andel rökare

Som framgår av tabell 8.3.2 röker kvinnorna i något högre utsträckning än männen. Det är inte någon större skillnad på andelen rökare i Nyköpings kommun jämfört med Sörmlands län i åldersgruppen 16-64 år. I gruppen 65-84 år är det däremot fler kvinnor och en betydligt större andel av männen som röker i hela Sörmlands län jämfört med i Nyköpings kommun.

I hela riket rökte, under perioden 2008-2011, 13 % av kvinnorna och 11 % av männen i åldersgruppen 16-84 år (Folkhälsoinstitutets databas Folkhälsodata, 2008 - 2011).

Alkoholkonsumtionsmönster

Tabell 8.3.3 visar ingen större skillnad mellan kommunen och hela länet eller mellan kvinnor och män avseende andel som har riskabla alkoholvanor. Det är betydligt färre i åldersgruppen 65-84 år (bland både kvinnor och män) som har riskabla alkoholvanor än i den yngre åldersgruppen.

I hela riket hade, under perioden 2008-2011, 10 % av kvinnorna och 17 % av männen i åldersgruppen 16-84 år riskabla alkoholvanor (Folkhälsoinstitutets databas Folkhälsodata, 2008 - 2011).

Fysisk aktivitet

Det framgår av tabell 8.3.4 att kvinnor och män i Nyköpings kommun motionerar i något högre utsträckning än i hela Sörmlands län. Vidare kan noteras att den äldre åldersgruppen bland kvinnorna motionerar i något mindre utsträckning än den yngre gruppen.

I hela riket var 64 % av kvinnorna och 66 % av männen i åldersgruppen 16-84 år fysiskt aktiva i minst 30 minuter per dag under perioden 2008-2011 (Folkhälsoinstitutets databas Folkhälsodata, 2008 - 2011).

Not 21

Sammanräknad förvärvsinkomst består av inkomst av tjänst och inkomst av näringsverksamhet. I inkomst av tjänst ingår förutom löneinkomst även inkomst från pension, sjukpenning och andra skattepliktiga ersättningar från Försäkringskassan. Gini-koefficienten är ett mått på ojämlikhet i inkomst. Koefficienten kan variera mellan 0 och 1. Ett högre värde anger högre grad av ojämlikhet i inkomst. P10 = 10 procent av befolkningen har en lön som är lika med eller lägre än värdet. P90 = 90 procent har en lön som är lika med eller lägre än värdet visar.

Tabell 8.2.1 Andel (%) som bor i ett hushåll som fått ekonomiskt bistånd någon gång under året utifrån kön och ålder (2011)

	Kvinnor										
	18-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-
Nyköpings kommun	6	8	6	6	5	4	3	2	2	1	1
Sörmlands län	13	16	13	10	8	7	6	4	3	2	1
Riket	7	8	6	5	5	5	4	3	2	2	1
	Män										
	18-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-
Nyköpings kommun	7	8	7	5	3	3	3	3	2	1	1
Sörmland län	13	14	11	10	7	6	6	5	4	3	1
Riket	8	8	6	5	4	4	4	4	3	2	1

Källa: Socialstyrelsen (avseende antal personer med bistånd) och SCB (avseende befolkningsmängd per helår).

Tabell 8.2.2 Inkomstnivåernas fördelning (2011)

	Kvinnor				
	Medelinkomst	P10	Median	P90	Gini-koefficient
Nyköpings kommun	218 071	85 884	204 890	360 702	0,31
Sörmlands län	211 275	66 319	199 062	355 723	0,33
Riket	222 416	62 540	206 260	380 376	0,34
	Män				
	Medelinkomst	P10	Median	P90	Gini-koefficient
Nyköpings kommun	304 072	111 744	286 894	492 136	0,31
Sörmlands län	287 908	92 730	274 380	476 024	0,32
Riket	303 792	76 330	279 856	521 000	0,36

Källa: SCB.

Tabell 8.3.1 Ohälsotal - Antal ohälsodagar utifrån kön och ålder (2011)

	Kvinnor						Män					
	16-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	16-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69
Nyköpings kommun	2,8	14,3	17,5	32,2	50,9	86,9	2,3	12,2	12,7	21,3	35	54,2
Sörmlands län	1,9	11,8	17	32,4	58,7	93,9	2,4	12,1	12,6	20	38,8	61,9
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 8.3.2 Andel (%) som röker dagligen utifrån kön och ålder

	Kvinnor		Män	
	16-64 år	65-84 år	16-64 år	65-84 år
Nyköpings kommun	15,0	7,2	14,3	5,1
Sörmlands län	14,1	9,2	15,2	11,9

Källa: Folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor? (HLV-2012), genomförd 2012 av Sörmlands, Uppsala, Västmanlands och Örebro län.

Tabell 8.3.3 Andel (%) som har riskabla alkoholvanor utifrån kön och ålder

	Kvinnor		Män	
	16-64 år	65-84 år	16-64 år	65-84 år
Nyköpings kommun	9,5	2,8	8,2	2,2
Sörmlands län	8,2	2,7	8,4	2,7

Källa: Folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor? (HLV-2012), genomförd 2012 av Sörmlands, Uppsala, Västmanlands och Örebro län.

Tabell 8.3.4 Andel (%) som motionerar regelbundet minst 2 timmar per vecka utifrån kön och ålder

	Kvinnor		Män	
	16-64 år	65-84 år	16-64 år	65-84 år
Nyköpings kommun	88,2	85,1	87,8	86,6
Sörmlands län	86,5	82,2	84,1	85,8

Källa: Folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor? (HLV-2012), genomförd 2012 av Sörmlands, Uppsala, Västmanlands och Örebro län.



Andel föreningsaktiva

Av tabell 8.3.5 framgår att både fackföreningsaktiviteten och den övriga föreningsaktiviteten är högre i Nyköpings kommun än i länet i helhet. Detta gäller framför allt männen, men även kvinnorna. Av befolkningen över 65 år är 43 % av männen och 34 % av kvinnorna i Nyköpings kommun aktiva i en eller flera föreningar.

Andel med psykisk ohälsa och andel med sömnsvårigheter

Tabell 8.3.6 visar att kvinnor lider av psykisk ohälsa och sömnsvårigheter i högre utsträckning än män. Av kvinnorna i Nyköpings kommun i åldersgruppen 65-84 år har 59 % angett att de har sömnsvårigheter, i hela Sörmlands län är motsvarande siffra 52 %. Av männen i Nyköping i samma åldersgrupp har 28 % uppgett att de haft sömnsvårigheter.

I hela riket upplevde 20 % av kvinnorna och 14 % av männen i åldersgruppen 16-84 år nedsatt psykisk hälsa (perioden 2008-2011). 6 % av kvinnorna och

4 % av männen uppgav att de haft svåra besvär av ångslan, oro eller ångest (Folkhälsoinstitutets databas Folkhälsodata, 2008 - 2011).

Självupplevd hälsa

I tabell 8.3.7 framgår att männen upplever sig ha en bra allmän hälsa i högre utsträckning än kvinnorna. I båda grupperna är det fler i åldersgruppen 16-64 år som upplever sig ha bra hälsa än i åldersgruppen 65-84 år. I den äldre åldersgruppen anser sig en större andel av både kvinnor och män i Nyköpings kommun ha bra hälsa än i Sörmlands län som helhet.

Andel med övervikt

Av tabell 8.3.8 framgår att det är fler män som är överviktiga än kvinnor. Det är däremot en större andel av kvinnorna som har ett BMI 30 eller högre (fetma) än av männen. I åldersgruppen 16-64 år är det en mindre andel som är överviktiga eller har fetma i Nyköpings kommun än i hela Sörmlands län, oberoende av kön.

I hela riket hade, under perioden 2008-2011, 41 % av kvinnorna och 55 % av männen i åldersgruppen 16-84 år en övervikt eller fetma (BMI 25 eller större) (Folkhälsoinstitutets databas Folkhälsodata, 2008-2011).

Vårdkonsumtion

Tabell 8.3.9 visar hur befolkningen (%) konsumerat olika vårdformer för egna besvär under de senaste tre månaderna före frågetillfället.

I hela riket hade, under perioden 2008-2011, 53 % av kvinnorna och 43 % av männen någon kontakt med sjukvården de senaste tre månaderna före frågetillfället (Folkhälsoinstitutets databas Folkhälsodata, 2008-2011).

Tabell 8.3.5. Andel (%) som är aktiva i fackförening eller annan förening utifrån kön och ålder

	Fackföreningsaktiv				Föreningsaktiv övrigt			
	Kvinnor		Män		Kvinnor		Män	
	16-64 år	65-84 år	16-64 år	65-84 år	16-64 år	65-84 år	16-64 år	65-84 år
Nyköpings kommun	11,1	2,1	13,3	1,3	23,5	33,8	27,7	42,7
Sörmlands län	10,5	1,8	10,5	1,9	20,7	29,9	23,5	36,6

Källa: Folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor? (HLV-2012), genomförd 2012 av Sörmlands, Uppsala, Västmanlands och Örebro län.

Tabell 8.3.6. Andel (%) med psykisk ohälsa eller med svårigheter att sova utifrån kön och ålder

	Psykisk ohälsa (GHQ-12 > 2)				Sömnsvårigheter (lätta och svåra)			
	Kvinnor		Män		Kvinnor		Män	
	16-64 år	65-84 år	16-64 år	65-84 år	16-64 år	65-84 år	16-64 år	65-84 år
Nyköpings kommun	19,8	10,3	11,1	6,1	34,2	58,9	22,1	28,2
Sörmlands län	21,1	11,6	14,3	9,4	34,2	51,8	27,1	31,0

Källa: Folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor? (HLV-2012), genomförd 2012 av Sörmlands, Uppsala, Västmanlands och Örebro län.

Tabell 8.3.7. Andel (%) som anser sig ha bra allmän hälsa utifrån kön och ålder

	Kvinnor		Män	
	16-64 år	65-84 år	16-64 år	65-84 år
	Nyköpings kommun	74,3	56,8	79,6
Sörmlands län	71,8	53,4	76,7	59,7

Källa: Folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor? (HLV-2012), genomförd 2012 av Sörmlands, Uppsala, Västmanlands och Örebro län.

I hela riket upplevde 70 % av kvinnorna och 74 % av männen i åldersgruppen 16-84 år att de hade en bra hälsa under perioden 2008-2011 (Folkhälsoinstitutets databas Folkhälsodata, 2008-2011).

Tabell 8.3.8. Andel (%) med övervikt (BMI 25 eller större) eller fetma (BMI 30 eller högre) utifrån kön och ålder

	Övervikt (BMI 25-)				Fetma (BMI 30-)			
	Kvinnor		Män		Kvinnor		Män	
	16-64 år	65-84 år	16-64 år	65-84 år	16-64 år	65-84 år	16-64 år	65-84 år
Nyköpings kommun	40,6	59,2	55,8	67,9	15,4	21,4	12,5	19,7
Sörmlands län	43,2	59,4	59,0	67,7	16,0	20,0	15,5	19,3

Källa: Folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor? (HLV-2012), genomförd 2012 av Sörmlands, Uppsala, Västmanlands och Örebro län.

Tabell 8.3.9. Hur befolkningen (%) konsumerade olika vårdformer de tre närmaste månaderna före frågetillfället

	Nyköpings kommun				Sörmlands län			
	Kvinnor		Män		Kvinnor		Män	
	16-64 år	65-84 år	16-64 år	65-84 år	16-64 år	65-84 år	16-64 år	65-84 år
Läkare på sjukhus	21,4	32,6	15,5	31,9	20,8	31,0	19,6	32,1
Läkare på vårdcentral	33,8	45,2	26,5	44,5	36,4	47,4	30,3	50,7
Distriktssköterska	10,2	25,7	6,8	24,8	11,4	24,8	9,2	25,8
Ungdomsmottagning	4,9	0,0	1,3	0,0	5,4	0,0	1,7	0,3
Kurator	6,1	0,0	3,1	0,8	5,6	0,4	2,8	0,6
Psykolog	4,3	0,6	1,4	0,5	4,7	0,8	2,8	0,9
Sjukgymnast	10,2	14,4	6,0	10,2	11,6	15,6	8,1	12,1
Alternativmedicinare	13,4	6,8	11,8	8,1	10,3	4,9	8,8	6,0
Inlagd på sjukhus	4,2	6,8	1,9	4,4	3,8	8,4	2,7	7,1

Källa: Folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor? (HLV-2012), genomförd 2012 av Sörmlands, Uppsala, Västmanlands och Örebro län.

Läkemedelskonsumtion

Av tabell 8.3.10 framgår att smärtstillande medel är det läkemedel som är vanligast både bland kvinnor och män i samtliga åldergrupper. De följs av astma- och allergimedieciner, läkemedel för magsår och magkatarr samt blodtrycksmedieciner.

Verksamhetsbeskrivning

Ekonomi

Hälsoval Sörmland innebär att landstingsfinansierad primärvård drivs av godkända vårdcentraler, offentliga såväl som privata. Godkännandet förutsätter att vårdcentralen åtar sig det uppdrag som är formulerat i "Regelbok för bedrivande av primärvård i Landstinget Sörmland".²²

Vårdgivaren får ersättning utifrån hur många som väljer att lista sig på vårdcentralen, antal besök på mottagningen, i hemmet eller för patienter inskrivna i hemsjukvården, kvalitets- och hälsoersättning samt ersättning för olika tilläggsuppdrag. Listersättningen varierar efter ålder. Från och med 2013 utbetalas en särskild ersättning för att kompensera socioekonomiska förhållanden (CNI) i vårdcentralens lokaliseringsområde. Vårdcentralen ersätts för täckningsgrad utifrån i hur hög utsträckning vårdcentralens listade invånare omhändertas på primärvårdsnivå. Kostnader för läkemedel och tolkar belastar inte den enskilda vårdcentralen utan bekostas av landstinget centralt. De aktuella ersättningsnivåerna finns angivna i "Regelbok för bedrivande av primärvård i Landstinget Sörmland 2013".

Personal

Tabell 8.4.2.a beskriver hur vårdcentralen Åsidan bemannades 2011.

Läkarna arbetar i stort sett heltid. Sjuksköterskorna (samtliga kvinnor) har en genomsnittlig sysselsättningsgrad på 98,21 %. Den administrativa personalens och läkarsekreterarnas sysselsättningsgrad är i snitt 79,4 %.

Under hela 2011 hyrdes läkare in för 850 timmar vilket ger ett genomsnitt på 70 timmar per månad. Det motsvarar cirka 0,5 manmånad.

Av tabell 8.4.2.b framgår att vårdcentralen hade nästan 36 000 besök under 2011. Av dessa var 49 % nybesök. Hos läkarna var 70 % av samtliga besök nybesök. Motsvarande siffra för arbetsterapeuterna var 52 % medan sjuksköterskor och distriktssköterskor hade 46 % respektive 44 % nybesök. Psykologerna och psykoterapeuten hade 32 % nybesök och de övriga yrkeskategorierna 20 % (sjukgymnaster) eller lägre.

Av besöken var 21 % akuta. Av läkarnas samtliga besök var 50 % akuta. Motsvarande siffra för distriktssköterskorna var 10 %. Övriga yrkeskategorier hade endast någon eller några procent akuta besök.

Tid för patientbesök

Vid vårdcentralen avsätts tid inför patientbesök enligt följande:

Läkare:

- ✦ Akuta okomplicerade fall, 15 minuter, 30 minuter om det bedömts komplicerat av distriktssköterska eller sjuksköterska.
- ✦ Akut besök med tolkbehov, 45 minuter (tolken 60 minuter).
- ✦ Planerat besök, oftast mellan 30-45 minuter beroende på besöksorsak och symtom. Bokas i regel av distriktssköterska eller sjuksköterska via telefon eller besök vid mottagningen. För besök med tolk avsätts minst 45 minuter.

Distriktssköterska och sjuksköterska:

- ✦ Akuta besök vid infektionsmottagning, okomplicerade blodtryckskontroller med mera, 10-15 minuter.
- ✦ Planerade besök, omläggningar och liknande anpassas individuellt, cirka 30 minuter per patient eller längre.

Not 22

Uppgifterna i avsnittet Verksamhetsbeskrivning härrör från Landstinget Sörmland om inte annat anges.

Tabell 8.3.10. Andel (%) som använt läkemedel under de senaste tre månaderna före frågetillfället utifrån kön och ålder

	Nyköpings kommun				Sörmlands län			
	Kvinnor		Män		Kvinnor		Män	
	16-64	65-84	16-64	65-84	16-64	65-84	16-64	65-84
Läkemedel för								
Magsår/magkatarr	16,7	21,1	8,3	13,2	17,6	21,9	10,2	14,4
Astma/allergi	22,5	16,2	15,9	10,6	22,3	17,8	16,6	11,0
Diabetes	4,1	9,6	4,8	17,8	3,5	12,2	4,4	17,7
Blodtryck	13,3	56,4	10,8	59,6	11,8	56,2	12,2	56,6
Sömnmedel	9,4	20,3	4,6	8,5	9,1	22,0	5,7	10,6
Antidepressiva	8,1	7,4	4,1	5,7	9,4	9,0	5,2	4,3
Lugnande/ångestdämpande	7,1	7,1	5,4	4,4	7,3	8,6	5,7	5,9
Smärtstillande med recept	19,3	32,1	11,7	17,7	16,7	29,4	12,1	21,7
Smärtstillande utan recept	63,3	44,6	42,6	34,6	63,0	48,6	45,1	34,7
Blodfettssänkande	6,0	32,8	7,9	37,1	5,0	33,0	8,0	38,9

Källa: Folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor? (HLV-2012), genomförd 2012 av Sörmlands, Uppsala, Västmanlands och Örebro län.

Tabell 8.4.2.a. Bemanning vid vårdcentralen Åsidan (2011)

	Heltidsekvivalenter			Antal personer		
	Totalt	varav kvinnor	varav män	Totalt	varav kvinnor	varav män
Läkare	8,9	5,9	3,0	9	6	3
Sjuksköterskor m fl	10,8	10,8		11	11	
Hälso- och sjukvårdstjänster	4,8	4,8		5	5	
Arbetsterapeut	0,8	0,8		1	1	
Sjukgymnast	2,5	2,5		3	3	
Kurator	2,0	2,0		3	3	
Läkarsekreterare	4,8	4,8		6	6	
Administratör	0,8	0,8		1	1	
Totalt	35,4	32,4	3,0	39	36	3

Tabell 8.4.2.b. Antal besök per profession och kvartal (2011)

	Jan-Mars	April-Juni	Juli-Sep	Okt-Dec	Totalt
Arbetsterapeut	142	122	71	153	488
Kurator	317	304	233	307	1 161
Läkare	3 447	2 982	2 988	3 220	12 637
Sjukgymnast	1 407	1 219	1 034	1 363	5 023
Sjuksköterska	4	10	75	178	267
Undersköterska	852	880	773	1 015	3 520
Distriktssköterska	2 692	3 282	2 627	3 822	12 423
Psykolog, psykoterap.	135	1	16	36	188
Totalt	8 861	8 799	7 801	10 058	35 707

Kvalitetsindikatorer

Under 2011 mättes och rapporterades varje månad *telefonföretaglighet* och *läkarbesök inom 7 dagar* till vårdcentralens ledning och Primärvårdsnämnden som del av rapporteringen av beslutade kvalitetsindikatorer (se tabellerna 8.4.3.a och 8.4.3.b nedan).

Mätperioden var oktober år 1 till oktober år 2 och avstämningen skedde i november. Mer än 90 % (=genomsnittlig nationell nivå) telefonföretaglighet i minst 10 av årets 12 månadsmätningar (se tabell 8.4.3.a) var satt som mål, vilket nåddes. Tabellen visar telefonföretaglighet vid de landstingsdrivna vårdcentralerna ackumulerat 2011 (det som fanns att tillgå under mätperioden).

När det gäller läkarbesök inom 7 dagar var målet satt till att mer än 85 % av patienterna fick komma till läkarbesök inom sju dagar. Även det målet uppnåddes. Tabell 8.4.3.b visar den månatliga uppföljningen 2011 avseende läkarbesök inom 7 dagar utifrån en nationell överenskommelse.

Tabell 8.4.3.a. Telefonföretaglighet 2011 (%)

Jan	Feb	Mars	April	Maj	Juni	Juli	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Mål
92	91	90	91	93	92	95	97	94	95			90

Tabell 8.4.3.b. Andel inom 7 dagar - vårdgaranti 2011 (%)

Jan	Feb	Mars	April	Maj	Juni	Juli	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Hälsovalsmål	Nat. mål
92	91	90	91	93	92	95	97	94	95			85	100

Tabell 8.4.4. De vanligaste diagnoserna

Kod	Diagnos	GGR totalt	% av totalt antal diagnoser
J06-P	Akut övre luftvägsinfektion med multipel och icke specificerad lokalisation	1279	7
*10-	Essentiell hypertoni	1026	5
N30-P	Cystit	634	3
H660	Akut varig mellanöreinflammation	509	3
T01-P	Sårskada	420	2
J03-	Akut tonsillit	446	2
Z000	Allmän medicinsk undersökning	360	2
J18-P	Pneumoni	317	2
M255	Ledvärk	332	2
T00-P	Ytlig skada	286	2

Tabell 8.4.5 Antal DDD (definierade dygnsdoser) för respektive år, förskrivna från vårdcentralen Åsidan (2010-2012)

	2010		2011		2012	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
A10 - Diabetesmedel	98 244	132 880	105 362	134 819	112 045	140 812
C10 - Medel som påverkar serumlipider	190 986	175 047	189 260	187 121	187 318	198 242
J01 - Antibakteriella medel för syst.	21 687	12 698	17 981	10 066	16 670	10 823
No6A - Antidepressiva medel	135 770	58 190	155 499	66 493	172 913	719 84

Källa: Landstinget Sörmlands läkemedelskommitté.

År 2011 deltog Sörmland i Nationella patientenkäten (NPE) (även 2009, 2010). För år 2013 har kvalitetsindikatorerna *tillgänglighet*, *bemötande*, *delaktighet* och *information* lagts in i Hälso- och sjukvårdens styrkort, det vill säga kontinuerlig uppföljning på verksamhetsnivå. Den senaste NPE-mätning genomfördes under hösten 2013.

Vårdcentralen arbetar även med registrering och uppföljning i flera kvalitetsregister, med att förbättra och säkra upp rutiner samt med annat inre kvalitetsarbete som inte utvecklas närmare här.

Listade patienter

Vid vårdcentralen finns 13 210 listade patienter.

Läkemedelsförskrivning

Redovisas i tabell 8.4.5.

Barnmorskemottagningen/Barnavårdscentralen Sommargatan i Karlstad

Värmlands län består till största delen av landskapet Värmland, en mindre del av landskapen Dalsland och Dalarna. Länet är uppdelat i 16 kommuner: Karlstad, Arvika, Kristinehamn, Säffle, Hammarö, Sunne, Torsby, Hagfors, Kils, Forshaga, Filipstad, Årjäng, Grums, Eda, Storfors och Munkfors kommuner.²³

Värmland har under århundradena haft stort utbyte över gränsen med Norge. Samverkan med Norge är tydlig även i dag och norrmän är den största invandrargruppen i Värmland från utlandet. På samma sätt är Norge den största mottagaren av utvandrande värmlänningar om man bortser från övriga Sverige.

Karlstad erhöll stadsprivilegierna år 1584, blev stiftsstad 1647 och residensstad 1775. Staden har tillhört Sveriges mest expansiva städer alltsedan 1830-talet och har en av landets större insjöhamnar. Näringslivet har genomgående haft en allsidig sammansättning med en omfattande fabriksverksamhet sedan 1800-talets mitt. Karlstad har fyllt en viktig roll som regionalt centrum med bland annat domkyrka, residens och under senare tid universitet.

I landstinget Värmland finns tre sjukhus, varav Centralsjukhuset finns i Karlstad. Det finns 32 vårdcentraler anslutna till Hälsoval Värmland, varav nio i Karlstad. Av befolkningen i Karlstad har 88,7 % mindre än 5 minuters väg med bil till närmaste vårdcentral, 7,8 % har mellan 5 och 10 minuters väg, 3,4 % har mellan 10 och 30 minuters väg. Ingen har över 30 minuters färdväg till en vårdcentral.

Området Kronoparken är till stor del uppfört som en del av miljonprogrammet under 1960- och 1970-talet. I området finns även Karlstad universitet och en stor del av studentbostäderna.

I området bor omkring 8 100 invånare, varav cirka 35 % är av utländsk bakgrund.

I åldersgruppen mellan 25 och 64 år är det 17 % av befolkningen som har en förgymnasial utbildning som högsta utbildning, medan 34 % har en gymnasieutbildning. 46 % har en eftergymnasial utbildning som högsta utbildning.

6 % av befolkningen i åldern 18–64 år är öppet arbetslösa.

Sommargatans Barnavårdscentral & Barnmorskemottagning är ansluten till Vårdcentral Kronoparken i Karlstad.

Not 23

Uppgifterna i faktarutan och i detta avsnitt är sammanställda från följande källor under januari 2013 - maj 2013: Försäkringskassan, Landstinget Värmlands hemsida, Länsstyrelsen Värmlands hemsida, Karlstad kommuns hemsida, Kronoparkens vårdcentral, Regionfakta.com och SCB.

I detta kapitel beskrivs Sommargatans barnavårdscentral och barnmorskemottagning, vilket innebär att verksamhetens siffror inte i allt är jämförbara med de vårdcentraler som beskrivits tidigare.

Vid barnavårdscentralen och barnmorskemottagningen finns barnmorskor, distriktssköterskor, gynekolog, distriktsläkare och barnläkare.

Cirka 1 100 barn i åldern 0-6 år och cirka 185 gravida kvinnor (per år) är inskrivna i verksamheten.

Demografi Karlstad kommun

- 21 % av befolkningen är 19 år eller yngre (riket totalt 23 %)
- 60 % av befolkningen är mellan 20 och 64 år (riket totalt 59 %)
- 18 % av befolkningen är 65 år eller äldre (riket totalt 19 %)
- Medelåldern är 41,2 år
- 13 % av befolkningen har utländsk bakgrund (riket 20 %), d.v.s. är utrikes födda eller inrikes födda med två utrikes födda föräldrar
- 45 % av befolkningen mellan 20-64 år har en gymnasieutbildning som högsta utbildning (riket totalt 43 %)
- 44 % av befolkningen mellan 20 och 64 år har en eftergymnasial utbildning (riket 32 %)
- 7 % av befolkningen i åldern 20-64 år var öppet arbetslösa eller i program med aktivitetsstöd (motsv. för hela riket 6,3 %)

Socioekonomisk bakgrund

Andel med ekonomiskt bestånd

Av tabell 9.2.1 framgår att det är det en betydligt större del av befolkningen inom stadsdelen Kro-

FAKTA VÄRMLANDS LÄN OCH KARLSTAD KOMMUN

Landyta (km²) 17 583

Folkmängd (2012) 272 736

Befolkningstäthet (inv/km²) 15,5 (riket: 23)

Medellivslängd kvinnor 82,8 år (riket 83,4)

Medellivslängd män 79,3 år (riket 79,4)

Karlstad kommun

Landyta (km²) 1 169

Folkmängd (2012) 86 409

Befolkningstäthet (inv/km²) 74

noparken som erhållit ekonomiskt bistånd än i Karlstad i helhet. Störst är andelen bland männen i åldern 18-24 år. Av befolkningen i hela Karlstad kommun är det en något mindre andel som fått ekonomiskt bistånd än i Värmlands län som helhet.

Inkomsternas fördelning

Som framgår av tabell 9.2.2.a²⁴ är både medel- och medianlönen högre i Karlstad kommun än i Värmlands län i helhet oavsett man tittar på kvinnor eller män. Genomsnittsinkomsten är högre för män än för kvinnor men skillnaden är mindre än för rikets genomsnitt. Inkomstskillnaderna är något större i Karlstad än i länet i helhet, men lägre än för rikets genomsnitt.

Tabell 9.2.2.b visar att medianinkomsten i stadsdelen Kronoparken är betydligt lägre än i såväl kommunen som i hela länet. Detta gäller både kvinnor och män. En del av förklaringen kan vara att det finns studentbostäder inom stadsdelen.

Not 24

Sammanräknad förvärvsinkomst består av inkomst av tjänst och inkomst av näringsverksamhet. I inkomst av tjänst ingår förutom löneinkomst även inkomst från pension, sjukpenning och andra skattepliktiga ersättningar från Försäkringskassan. Gini-koefficienten är ett mått på ojämlikhet i inkomst. Koefficienten kan variera mellan 0 och 1. Ett högre värde anger högre grad av ojämlikhet i inkomst. P10 = 10 procent av befolkningen har en lön som är lika med eller lägre än värdet. P90 = 90 procent har en lön som är lika med eller lägre än värdet visar.

Tabell 9.2.1. Andel (%) som bor i ett hushåll som fått ekonomiskt bistånd någon gång under året utifrån kön och ålder (2011)

	Kvinnor			Män		
	18–24 år	25–54 år	55–64 år	18–24 år	25–54 år	55–64 år
Kronoparken	11,1	16,6	9,3	25,8	17,3	9,9
Karlstad kommun	7,2	4,7	1,9	6,8	4,9	2,6
Värmlands län	9,5	4,9	1,7	8,8	4,7	2,1

Källa: Socialstyrelsen (avseende antal med ekonomiskt stöd) och SCB (avseende folkmängd).

Tabell 9.2.2.a. Inkomsternas fördelning (2011)

	Kvinnor				
	Medelinkomst	P10	Median	P90	Gini-koefficient
Karlstad kommun	214 958	54 852	205 141	366 760	0,33
Värmlands län	203 409	69 166	192 036	342 847	0,31
Riket	222 416	62 540	206 260	380 376	0,34
	Män				
	Medelinkomst	P10	Median	P90	Gini-koefficient
Karlstad kommun	284 932	44 286	273 764	499 379	0,35
Värmlands län	269 602	58 014	261 043	453 393	0,33
Riket	303 792	76 330	279 856	521 000	0,36

Källa: SCB.

Tabell 9.2.2..b Medianinkomst (tkr) åldersgruppen 20-64 år (2011)

	Kvinnor	Män
Kronoparken	102	110
Karlstad kommun	205	273
Värmlands län	192	261

Källa: SCB.

Levnadsvanor och hälsa

Ohälsotal

Ohälsotal är antal utbetalda dagar med sjukpenning, arbetsskadesjukpenning, rehabiliteringspenning samt sjukersättning eller aktivitetsersättning (före år 2003 förtidspension eller sjukbidrag) från socialförsäkringen relaterat till antal registrerade försäkrade (befolkningen) 16-64 år. Alla dagar är omräknade till nettodagar. Exempel: Två dagar med halv ersättning blir en heldag.

Av tabell 9.3.1 framgår att ohälsotalet i Karlstad bland män är lägre än i Värmlands län i helhet samt att kvinnor har ett högre ohälsotal än män.

Andel rökare

I Karlstad röker 10 % av kvinnorna och 8 % av männen dagligen. Motsvarande siffror för Värmlands län var 14 % respektive 10 % och för riket 15 % av kvinnorna och 11 % av männen (Folkhälsoinstitutets databas Folkhälsodata, 2008–2011).

Siffrorna visar att rökning är vanligare i länet i helhet än i Karlstad kommun. Det är också vanligare att kvinnor röker än att män gör det.

Alkoholkonsumtionsmönster

Det är 7 % av kvinnorna och 22 % av männen i Karlstad kommun som har riskabla alkoholvanor. Motsvarande siffror för Värmlands län var 8 % respektive 19 %. I hela riket uppvisar 10 % av kvinnorna och 17 % av männen en riskabel alkoholkonsumtion (Folkhälsoinstitutets databas Folkhälsodata, 2008–2011).

Andelen män som har riskabla alkoholvanor är betydligt högre än andelen av kvinnorna. Det är inte någon större skillnad mellan länet och kommunen.

Fysisk aktivitet

Det är 68 % av kvinnorna och 67 % av männen i Karlstad som utövar fysisk aktivitet mer än 30 minuter per dag. Motsvarande siffror för Värmlands län

är 64 % respektive 65 % och i hela riket är det 64 % av kvinnorna och 66 % av männen som motionerar mer än 30 minuter per dag (Folkhälsoinstitutets databas Folkhälsodata, 2008–2011).

Det är fler, oavsett kön, som är fysiskt aktiva i Karlstad kommun än i länet i helhet.

Andel med psykisk ohälsa

Tabell 9.3.5 visar att männen i Karlstad upplever både nedsatt psykiskt välbefinnande och oro och ångest i högre utsträckning än kvinnorna. Detta är mycket tydligt vad avser oro och ångest. I hela Värmlands län upplever en större andel av kvinnorna nedsatt psykiskt välbefinnande än av männen. Kvinnorna i Karlstad kommun upplever oro eller ångest i lägre utsträckning än i länet i helhet och i mindre grad än för genomsnittet i riket. Män i Karlstad kommun upplever ångslan, oro eller ångest i avsevärt högre grad än för genomsnittet i riket och i något högre grad än genomsnittet för länet.

Självupplevd hälsa

Av tabell 9.3.6 framgår att kvinnorna upplever bra hälsa i högre utsträckning än männen. Något större andel av båda könen uttrycker en bra hälsa i Karlstad kommun än i länet i helhet.

Andel med övervikt

Av tabell 9.3.7 framgår att kvinnor är överviktiga eller har fetma i något lägre utsträckning i Karlstad kommun än i Värmlands län i helhet. Männen, såväl i kommunen som i hela länet, är överviktiga eller har fetma i något högre utsträckning än kvinnorna.

Vårdkonsumtion

60 % av kvinnorna och 52 % av männen i Karlstad har haft kontakt med sjukvården. Motsvarande siffror för Värmlands län är 58 % av kvinnorna och 49 % av männen. För hela riket är siffrorna 53 % respektive 43 % (Folkhälsoinstitutets databas Folkhälsodata, 2008–2011).

Tabell 9.3.1. Ohälsotal utifrån kön och ålder (2011)

	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
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
Värmlands län	1,9	12,2	15	32,5	57,8	92	2,4	9,5	12,2	20,4	39,2	67
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 9.3.5. Andel (%) med nedsatt psykiskt välbefinnande eller med svåra besvär av ängslan, oro eller ångest

	Nedsatt psykiskt välbefinnande		Besvär av ängslan, oro eller ångest	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
Karlstad kommun	16	18	3	10
Värmlands län	18	14	5	6
Riket	20	14	6	4

Källa: Folkhälsoinstitutets databas Folkhälsodata, 2008-2011.

Tabell 9.3.6. Andel (%) med upplevd bra hälsa

	Kvinnor	Män
Karlstad kommun	75	67
Värmlands län	72	66
Riket	70	74

Källa: Folkhälsoinstitutets databas Folkhälsodata, 2008-2011.

Tabell 9.3.7. Andel (%) som varit överviktiga (BMI > 25) eller haft fetma (BMI 30 eller högre)

	Övervikt		Fetma	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
Karlstad kommun	26	42	11	18
Värmlands län	32	44	14	16
Riket	28	42	13	13

Källa: Folkhälsoinstitutets databas Folkhälsodata, 2008-2011.

Tabell 9.4.2. Antal besök per profession och kvartal (antal besök för året jämt fördelat per kvartal) (2012)

	Jan-Mars	April-Juni	Juli-Sep	Okt-Dec	Totalt
Sjuksköterska	624	624	624	624	2 496
Kurator	12	12	12	12	48
Läkare, BVC	171	171	171	171	684
Läkare, BMM	48	48	48	48	192
Barnmorska	297	297	297	297	1 188
Totalt	1 152	1 152	1 152	1 152	4 608

Verksamhetsbeskrivning

Ekonomi

I Hälsoval Värmland tillämpas samma regelverk och ersättning för samtliga vårdenheter, oavsett driftsform. För att likställa förutsättningarna mellan vårdenheter i privat och offentlig drift kommer den momscompensation som landstinget erhåller att läggas till ersättningen till de privata vårdenheterna.²⁵

Ersättningsmodellen för Hälsoval Värmland består av följande delar:

- › Hälsopengen, som följer individens val av vård-enhet och baseras på antalet listningspoäng, vilka beräknas utifrån ålder, kön och vårdtyngd.
- › Mödrahälsovårdspeng.
- › Särskild ersättning för vårdens geografiska och socioekonomiska förutsättningar.
- › Särskild ersättning för besök där tolk använts.
- › Ersättning för eventuella särskilda uppdrag.
- › Målrelaterad ersättning.

Personal

Verksamheten leds av en enhetschef med omfattning 40 % av heltid.

På barnmorskemottagningen (BMM) arbetar:

- › 3 barnmorskor, varav två arbetar heltid och en 55 % av heltid.
- › 1 distriktsläkare på 15 % av heltid.
- › 1 vårdadministratör på 5 % av heltid.

På barnvårdscentralen (BVC) arbetar:

- › 4 distriktsköterskor, varav två arbetar heltid och två deltid, motsvarande totalt 3,35 heltidsekvivalenter.
- › 1 distriktsläkare på 20 % av heltid.
- › 1 barnläkare på 10 % av heltid.
- › 1 vårdadministratör på 5 % av heltid.

Läkare och vårdadministratör arbetar även inom andra verksamheter. Det hyrs inte in någon personal till enheten.

Vid enheten förekommer inga akuta besök och nybesök registreras inte särskilt.



Tid för patientbesök

Beräknad tid för ett patientbesök (hos läkare eller sköterska, akut eller planerat):

- › BVC: Sjuksköterskebesök 30 minuter eller 60 minuter, läkarbesök 20 minuter.
- › BMM: Cellprov 15 minuter, 60 minuter inskrivning av gravida, övriga besök 30 minuter.
- › Vid tolkbesök är ambitionen att verksamheten ska boka in en dubbeltid utifrån besöksorsak.

Kvalitetsindikatorer

Verksamheterna följs upp genom ett antal nyckeltal som finns beskrivna i Mödrahälsovårdens och Barnhälsovårdens årsredovisningar.

Som ett uttalat kvalitetsmått vid gynekologisk cellprovkontroll används andelen prov som inte innehåller endocervikala celler, vilket enligt nationella rekommendationer bör vara mindre än 10 %.

Under slutet av hösten 2011 genomfördes kontrollbesök hos länets BVC-mottagningar för att få

Not 25

Uppgifterna i avsnittet Verksamhetsbeskrivning härrör från Landstinget i Värmland om inte annat angetts.

en bättre bild av hur det lokala arbetet ser ut. Det finns stora skillnader i olika delar av länet både vad gäller vårdtyngd och geografiska aspekter. Det är också av stor vikt att all personal tillsammans med enhetschefen träffas för att diskutera hur arbetet fungerar och gör en genomgång av den inkomna statistiken för det föregående året. Lokala variationer kan därmed diskuteras och förslag kan ges kring hur arbetet kan utvecklas. Eftersom BHV-enheten både står för metodutveckling och kvalitetsgranskning av BVC-verksamheten görs även en rapportering till hälsovalskansliet om hur verksamheterna följer de beslutade riktlinjerna enligt krav- och kvalitetsboken.

Listade patienter

Totalt antal listade patienter på vårdcentralen: 13 566, varav 7 093 män och 6 473 kvinnor.

I Värmland finns ett beslut om att man, oavsett om man är listad på en vårdcentral har rätt att vara inskriven på en annan BVC eller BMM. Det ersätts via en besöksclearing mellan aktuella enheter. I Hälsoval Värmland är patienterna inte uppdelade

i grupper utan det finns en viktlista för varje ålder och kön.

De listade som berör BVC är barn 0–6 år och fördelas på 585 pojkar och 550 flickor, totalt 1143. Andelen föräldrar som är födda utanför Norden och inskrivna på BVC är 38 % (medel i Värmland är 16 %).

De listade som berör BMM är kvinnor 15–44 år, totalt 3 099. Andelen inskrivna gravida kvinnor som är utomnordiskt födda är 42 % (medel för alla BMM i Värmland är 10 % och riket 17 %).

I Karlstad kommun finns en ungdomsmottagning dit alla ungdomar 13–23 år är välkomna. Det innebär att alla vårdcentraler i Karlstad är med och finansierar mottagning. De listade ungdomarna i åldern 13–20 år på vårdcentralen är fördelade på 778 pojkar och 757 flickor, totalt 1 535.

Det är inte aktuellt att uppge vanliga diagnoser vad gäller verksamheterna vid BMM och BVC.

Läkemedelsförskrivning

Uppgifter om detta är inte aktuellt för BVC och BMM.

En jämförande analys

Som framgår av redovisningarna i föregående avsnitt finns det en betydande variation avseende de sju deltagande verksamheternas kontextuella och organisatoriska förutsättningar. I detta kapitel görs en jämförande analys mellan de deltagande verksamheterna utifrån ett urval av variabler.

Av tabell 11.1 framgår att det finns fler personer som är öppet arbetslösa och sökande i program med aktivitetsstöd oavsett kön i Eskilstuna kommun än i övriga redovisade kommuner. Arbetslösheten bland män är en aning högre än den bland kvinnor utom i Nyköping där arbetslösheten bland kvinnor och män är lika. Ett annat resultat avseende arbetslösheten i Nyköping är att männen i kommunen är arbetslösa i samma utsträckning som männen i hela riket, i övriga berörda kommuner är arbetslösheten högre än i riket totalt. I områdena Araby och Dalbo

i Växjö, som VC Dalbo får de flesta av sina patienter från, är arbetslösheten 8,6 % vilket är högre än den på kommunnivå (7,4 %).

Kvinnor har lägre inkomst än män i samtliga kommuner när inkomst räknas som sammanräknad förvärvsinkomst för personer 20 år och äldre. Inkomstfördelningarna visar också skillnader bland både kvinnor och män i olika kommuner och det kan bero på regionala skillnader. Ett annat resultat är att inkomsten är lägre än i riket oavsett kön i samtliga undersökta kommuner, förutom i Växjö kommun. Men när hänsyn tas till inkomstfördelningarna i områdena Araby och Dalbo i Växjö, som VC Dalbo får en stor del av sina patienter från, sjunker inkomsten för båda könen. I dessa delområden tjänar kvinnor 198 000 och män 252 000 kronor per år. En liknande tendens avseende inkomst finns även i

Tabell 10.1. 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

de områden som VC Drottninghög (Drottninghög, Dalhem och Fredriksdal) och BMM/BVC Sommargatan (Kronoparken) får flest patienter från.

När det gäller andelen personer som är utrikes födda, eller inrikes födda med två utrikes födda föräldrar, vilka kallas personer med utländsk bakgrund i denna studie, framgår det av tabell 11.1 att Eskilstuna och Helsingborg som kommuner har högre andel än riket totalt medan resterande har en lägre andel än riket. Orsa har den lägsta andelen (9 %) personer med utländsk bakgrund.

Vad gäller de närliggande områden som tre av verksamheterna får flest patienter från kan det konstateras att andelen personer som är utrikesfödda för VC Dalbo i Växjö är 31 % (motsvarande siffra för Växjö kommun är 15 %), för VC Drottninghög i Helsingborg 36 % (motsvarande siffra för Helsingborg kommun är 20 %) och för BMM/BVC Sommargatan i Karlstad 35 % (motsvarande siffra för Karlstad kommun är 10 %).

Antal besök per profession är också en viktig aspekt när det gäller den arbetsbörda som verksamheterna har. Av tabell 11.2 framgår att verksamheterna har varierande förutsättningar när hänsyn tas till antal besök hos läkare, sjuksköterskor och distriktssköterskor per år och heltidstjänst.

Tabell 10.2. 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

Som framgår av tabell 11.2 har en läkare på VC Drottninghög högst antal besök per år (2 372), medan VC Åsidan har lägst antal besök per år (1 344). Efter VC Drottninghög kommer VC Orsa (2 235), VC

Eskilstuna (2 182) och VC Dalbo (2 093) avseende antal besök per läkare och år.

När det gäller antal besök per sjuksköterska eller distriktssköterska och år fortsätter VC Drottninghög att ha högst antal besök (1 432), medan BMM/BVC Sommargatan har lägst antal besök (745). Vad gäller antal besök per barnmorska och år på BMM/BVC Sommargatan är detta 466 vilket inte är jämförbart avseende olika professioners förutsättningar.

Det finns en betydande skillnad mellan olika landsting avseende antalet indikatorer för verksamhetsuppföljning. Värmland har 83, Skåne har 65, Kronoberg har 27 och Sörmland 14 indikatorer.

Kvalitetsindikatorer vid deltagande verksamheter visar (tabell 11.3) att det finns en betydande variation mellan verksamheterna. Tillgänglighet, bemötande, delaktighet och information i förhållande till Nationella patientenkäten är återkommande hos fyra av de sju verksamheterna. För de tre vårdcentralerna i Sörmland (VC City, VC Nävertorp och VC Åsidan) är månatlig telefontillgänglighet och läkarbesök inom 7 dagar ett mer preciserat mått för tillgänglighet. För VC Dalbo är nyckeltal och uppföljningsuppdrag enligt Vårdval Kronoberg – när medborgarna väljer sin vårdcentral, centrala kvalitetsindikatorer tillsammans med ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

För VC Orsa utgör telefontillgänglighet, rökning, fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling (FYSS), samt en antibiotikaplan tillsammans med ett kvalitetsbokslut med ett sammanfattande mått som är ett index, aktuella kvalitetsindikatorer. Motsvarande indikatorer för VC Drottninghög är antibiotikaförskrivning, kontinuitet i läkarkontakter, förebyggande av alkoholberoende, telefontillgänglighet, antal läkemedelsgenomgångar, antal vård- och omsorgsplaner, kompetensutveckling av den egna personalen samt indikatorerna i förhållande till Nationella patientenkäten. När det gäller BMM/BVC Sommargatan fungerar gynekologisk cellprovskontroll, besök till länet BVC-mottagningar och rapportering till hälsovalskansliet hur verksamheterna följer de beslutade riktlinjerna enligt krav- och kvalitetsboken, som kvalitetsindikatorer.

Tabell 10.3. Kvalitetsindikatorer efter vårdcentral (2011/2012)

Kvalitetsindikatorer	
VC City i Eskilstuna	Månatlig telefontillgänglighet och läkarbesök inom 7 dagar Tillgänglighet, bemötande, delaktighet och information i förhållande till Nationella patientenkäten
VC Dalbo i Växjö	Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete Nyckeltal och uppföljningsuppdrag enligt Vårdval Kronoberg - när medborgarna väljer sin vårdcentral
VC Drottninghög i Helsingborg	Antibiotikaförskrivning, kontinuitet i läkarkontakter, förebyggande av alkoholberoende, telefontillgänglighet, antal läkemedelsgenomgångar, antal vård- och omsorgsplaner, kompetensutveckling av den egna personalen Tillgänglighet, bemötande, delaktighet och information i förhållande till Nationella patientenkäten
VC Nävertorp i Katrineholm	Månatlig telefontillgänglighet och läkarbesök inom 7 dagar Tillgänglighet, bemötande, delaktighet och information i förhållande till Nationella patientenkäten
VC Orsa i Orsa	Telefontillgänglighet, rökning, FYSS och antibiotikaplan Ett kvalitetsbokslut med ett sammanfattande mått som är ett index
VC Åsidan i Nyköping	Månatlig telefontillgänglighet och läkarbesök inom 7 dagar Tillgänglighet, bemötande, delaktighet och information i förhållande till Nationella patientenkäten
BMM/BVC Sommargatan i Karlstad	Gynekologisk cellprovskontroll Besök till länets BVC-mottagningar Rapportering till hälsovalskansliet hur verksamheterna följer de beslutade riktlinjerna enligt krav och kvalitetsboken

Referenslista

Elektroniska källor

Eskilstuna kommun, <http://www.eskilstuna.se/>
Folkhälsoinstitutet (FHI), Folkhälsa (databas),
<http://www.fhi.se/Statistikuppfoljning/Folkhalsodata/Databas/>²⁶
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/>
Orsa kommun, <http://www.orsa.se/>
Regionfakta.com, <http://www.regionfakta.com/>
Region Skåne, <http://www.skane.se/>
Socialstyrelsens statistikdatabas, <http://www.socialstyrelsen.se/statistik>
Statistiska centralbyrån (SCB) statistikdatabas, <http://www.scb.se/Pages/StatisticStart>
Växjö kommun, <http://www.vaxjo.se/>

Not 26

Den 1 januari 2014 uppgick Folkhälsoinstitutet i den nybildade myndigheten Folkhälsomyndigheten <http://folkhalsomyndigheten.se>

Enkät till samtliga verksamheter den 22 januari 2013



2013-01-22

**Områdesbeskrivningar för de vårdcentraler som deltar i
Lärandeprojektet Vård på lika villkor**

Mälardalens högskola har fått SKLs uppdrag att ta fram områdesbeskrivningar för de vårdcentraler som ingår i projektet Vård på lika villkor. Beskrivningarna ska ge en bild av den miljö och det kontext som vårdcentralerna verkar i, bland annat för att dessa ska kunna jämföras med varandra. Rapporten med beskrivningarna för de i projektet ingående verksamheter kommer att presenteras i slutet av mars. Rapporten ska också ligga till grund för en ”mall” som ska kunna användas av andra verksamheter i samma syfte.

Beskrivningarna omfattar tre olika avsnitt

- I) Historisk, kulturhistorisk, demografisk beskrivning av kommunen samt berörd verksamhet**
- II) Beskrivning av vårdcentralen och organisationen**
- III) Data på kommun-nivå avseende socioekonomi, levnadsvanor och hälsa**

Vi vill nu be om er hjälp vad avser i första hand avsnitt II och III. Bifogat finns ett antal frågor om data och olika variabler för era verksamheter och den kommun ni verkar i, helst för basåret 2011. Förhoppningsvis har ni möjlighet att ta del av och besvara frågorna utan att det medför allt för mycket medarbete för er. Eventuella frågor och svaren ska skickas till Gunnel Gustafsson via e-post:

gunnel.gustafsson@mdh.se, eller via vanlig post: Gunnel Gustafsson, HVV, Mälardalens högskola, Box 883, 721 23 Västerås, **senast den 25 februari 2013.**

Med stort tack på förhand för er medverkan!

Per Tillgren
Professor

Gunnel Gustafsson
Projektassistent

II Beskrivning av vårdcentralen och organisationen – år 2011

A) Ekonomi

1. Beskrivning av den ersättningsmodell som används inom berört landsting
2. Ekonomisk resultaträkning

B) Personal

1. Tjänster - Heltidsekvivalenter per profession
2. Andel av personalen som arbetar deltid respektive heltid uppdelat på profession och kön
3. Andel kvinnor och män av samtliga anställda
4. Vikarietimmor/timmor inhyrd personal per profession (inkl. stafettläkare)
5. Antal besök per profession per månad
6. Antal akuta besök per profession per månad
7. Antal nybesök per profession per månad
8. Beräknad tid för ett patientbesök (läkar-, sköterske-, akut- och planerat besök)
9. Antal besök med tolk per språkgrupp och månad
10. Vilka språk talas av personalen i verksamheten
11. Finns det utarbetade lokala vårdprogram i verksamheten och inom vilka områden?
12. Antal patienter som ringer eller kommer till receptionen men inte får tid inom 7 dagar enligt vårdgarantin

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 2010-2012.

E) De listade patienterna: (delas upp i inrikes och utrikes födda)

1. Antal patienter listade (uppdelat på ålder och kön)
2. De 10 vanligaste diagnoserna hos de listade (uppdelat på ålder och kön)
3. Vanligaste remitteringsinstanser/specialistmottagningar som patienterna går till
4. Antal läkarbesök/listad patient per månad i grupperna 0-5 besök, fler än 5 besök
5. Antal besök på akutmottagning hos de listade patienterna (av vilken anledning/vilka diagnoser)
6. Antal/andel uteblivna patientbesök (till vilken profession och av vilken anledning)

III) **Data på kommun-nivå avseende socioekonomi, levnadsvanor och hälsa, år 2011**

F) **Socioekonomiska data**

1. Ålderstrukturen på befolkningen
2. Andel arbetslösa (uppdelat på minst ålder och kön)
3. Antal sjukdagar eller ohälsotalet (uppdelat på minst ålder och kön)
4. Andel med ekonomiskt bistånd (uppdelat på minst ålder och kön)
5. Inkomstnivåernas fördelning (uppdelat på minst ålder och kön)
6. Utbildningsnivå (uppdelat på minst ålder och kön)
7. Födelseland/modersmål (uppdelat på minst ålder och kön)

G) **Levnadsvanor och hälsa**

1. Andel rökare (uppdelat på minst ålder och kön)
2. Alkoholkonsumtionsmönster (uppdelat på minst ålder och kön)
3. Motionsvanor (uppdelat på minst ålder och kön)
4. Andel föreningsaktiva (uppdelat på minst ålder och kön)
5. Andel med psykisk ohälsa, andel med sömnsvårigheter (uppdelat på minst ålder och kön)
6. Självupplevda hälsan (uppdelat på minst ålder och kön)
7. Andel med övervikt och fetma (uppdelat på minst ålder och kön)
8. Vårdkonsumtion (uppdelat på minst ålder och kön)
9. Läkemedelskonsumtion (uppdelat på minst ålder och kön)
10. Dödlighet i hjärt- och kärlsjukdomar (uppdelat på minst ålder och kön)
11. Dödlighet i diabetes (uppdelat på minst ålder och kön)
12. Dödlighet i stroke (uppdelat på minst ålder och kön)
13. Dödlighet i cancer (uppdelat på minst ålder och kön)
14. Dödlighet i KOL/astma (uppdelat på minst ålder och kön)

Den reviderade enkäten till samtliga verksamheter den 25 mars 2013



2013-03-25

Områdesbeskrivningar för de vårdcentraler som deltar i Lärandeprojektet Vård på lika villkor

Frågor kring Beskrivning av vårdcentralen och organisationen

A) Ekonomi

1. Beskrivning av den ersättningsmodell som används inom berört landsting

B) Personal

1. Tjänster - Heltidsekvivalenter per profession (totalt antal heltidstjänster)
2. Andel av personalen 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 och månad
5. Antal besök per profession per månad
6. Antal akuta besök per profession per månad
7. Antal nybesök per profession per 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 (uppdelat 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)

Svaren ska skickas till Gunnel Gustafsson via e-post: gunnel.gustafsson@mdh.se eller via vanlig post: Gunnel Gustafsson, HVV, Mälardalens högskola, Box 883, 721 23 Västerås, **senast den 12:e april.**

Med stort tack på förhand för er medverkan! / Gunnel Gustafsson



Områdesbeskrivningar av sju vårdverksamheter

Primärvårdens förutsättningar och befolkningens vårdbehov

Lärandeprojektet Vård på lika villkor har varit en överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting som pågått mellan 2011 och 2014. Målet med projektet har varit att utveckla arbetssätt och metoder som kan främja en mer jämlik första linjens vård. Inom ramen för projektet har SKL uppdragit åt forskare vid Mälardalens högskola att göra områdesbeskrivningar för de sju medverkande vårdverksamheterna.

Syftet med områdesbeskrivningarna är försöka ge en jämförbar beskrivning av de medverkande sju verksamheterna i projektet. Beskrivningen är gjord utifrån relevant statistik och demografiska data på patientnivå, samt utifrån organisatoriska förutsättningar och resurser. Förhoppningen är att dessa uppgifter kan ge ökad förståelse för vilka patienter som finns i området och fungera som ett stöd i arbetet för en mer jämlik vård.