

Ökad valfrihet men knappast vård efter behov

Olle Östman

I enlighet med den övergripande hälsopolitiken har hälso- och sjukvården i Malmö under 90-talet inriktats på ökad valfrihet för patienterna samt omfördelning av vård från sjukhus till primärvård. Analys av tillgängliga data visar att valfriheten också utnyttjats i betydande utsträckning. För att tillgodose stadsdelar med sämst hälsa behöver dock resursfördelningen korrigeras med hänsyn till omfattningen av privat specialistverksamhet. En betydande omfördelning av läkarbesöken har också skett från sjukhusen till primärvården. Kombinerat med en ökande mångfald i arbetsuppgifter och ökad patienttyngd efter ÄDEL-reformerna har detta medfört ökande arbetsbelastning och arbetsmiljöproblem. Det är också tveksamt om den traditionella indelningen i vårdnivåer fungerar. Alltmer komplicerade behandlingar kan i dag skötas utanför traditionell sjukhusvård. De allmänmedicinska specialisterna riskerar binda ris åt egen rygg genom att vara motståndare till att primärvårdsnivåns läkare breddas med andra specialister. Ett alternativ vore att stärka pågående utveckling av vårdkedjor kring olika sjukdomsgrupper. Tydliga konkreta mål behövs för att primärvården skall uppnå en central ställning. Det räcker inte längre med vackra honnörsord.

Olle Östman har tidigare varit sjukvårdsdirektör i Malmö kommun.

Inledning

I Malmö har sjukvårdskonsumtionen under 90-talet omfördelats från sjukhus till primärvård helt i enlighet med övergripande hälsopolitiska mål. Lokalt har patienternas valfrihet att välja vårdgivare också utgjort ett viktigt mål. Med utnyttjande av tillgängliga patientadministrativa system och befolkningsregister visas att valfriheten också utnyttjats i betydande utsträckning. Analyser av vårdkonsumtionen kan också ske i relation till bedömningen av vårdbehoven hos befolkningen och bidra till en rättvisare fördelning av tillgängliga vårdresurser.

90-talets utveckling har inneburit en ökande mångfald i primärvårdens arbetsuppgifter i kombination med ökad patienttyngd efter

ÄDEL-reformerna. Därigenom har arbetsbelastningen ökat och arbetsmiljöproblem kräver snabba åtgärder för fortsatt framgångsrik utveckling. Detta blir nu en angelägen uppgift för Region Skåne, som från 1999 tar över driftansvaret även för primärvården i Malmö.

I Läkartidningen i september 98 (1) redovisas för vårdkonsumtionen i Dalby och Tierp under 20 år. I artikeln konstateras bl a att förverkligandet av hälsopolitiska mål med utbyggd öppenvård och överföring av patienter från sjukhusmottagningar gått mycket långsamt och inte visar någon entydig utveckling.

I Dalby och Tierp har särskilda forskningsenheter byggt upp omfattande register över befolknings besöksmönster, vilket möjliggör

analyser på individnivå. Det är emellertid också möjligt att göra analyser med utnyttjande av befintliga patientadministrativa system, om än inte lika heltäckande. I det följande redovisas för en analys av utvecklingen i Malmö under tiden 1990-1997 med användande av de uppgifter om sjukvårdsproduktionen som finns redovisade i sjukvårdsförvaltningens bokslut och i den årligen utgivna Statistisk årsbok för Malmö (2).

I en analys rörande sjukvårdskonsumtionen måste korrigering ske för vård av icke malmöbor, vilken successivt ökat i omfattning under 90-talet. För 1998 beräknas malmöbor göra 57 000 läkarbesök vid Universitetssjukhuset MAS, 63 000 besök hos privata organspecialister och 25 000 besök inom primärvårdsnivån. I gengäld gör malmöbor läkarbesök hos vårdgivare utanför Malmö. 1997 utgjorde dessa ca 22 000. I de följande redovisningarna har för respektive år en schablonmässig korrigering gjorts utifrån dessa patientflöden. Den osäkerhet som finns om omfattningen av denna vård för ett enskilt år bedöms inte påverka helhetsbilden annat än marginellt.

Genom att använda befolkningsregistret kan vårdkonsumtionen analyseras utifrån Malmö stads indelning i statistikområden. I denna redovisning är vårdkonsumtionsdata aggregerade utifrån indelning i stadsdelar. Metodmässigt är det dock möjligt att i framtiden redovisa den samlade vårdkonsumtionen per vårdcentrals upptagningsområde.

Tidigare har det inte varit möjligt att analysera vårdkonsumtionen hos privatpraktiserande läkare annat än som totalantal besök. F o m 1998 finns ett särskilt uppföljningssystem rörande privatpraktikernas verksamhet, som gör det möjligt att på motsvarande sätt som för den offentligt producerade vår-

den fördela deras läkarbesök efter patienternas boende. Däremot är det inte möjligt att på individnivå koppla patientuppgifter mellan olika register.

I det följande redovisas för vårdkonsumtionens utveckling i Malmö stad under 90-talet ställt i relation till de övergripande målen. Vidare redovisas för befolkningens vårdkonsumtion stadsdelsvis i Malmö under första halvåret 1998.

Sjukvårdens organisation i Malmö under 90-talet

Öppenvården i Malmö har av tradition haft en stor omfattning vid sjukhusets öppenvårdsmottagningar. Därutöver finns i Malmö ett omfattande utbud privata läkarmottagningar inom flertalet medicinska specialiteter. Primärvården har utvecklats sent. Under senare år har dock primärvårdsverksamheten volymmässigt kommit i nivå med de landsting som har en väl utbyggd primärvård.

Vid Universitetssjukhuset MAS bedrivs öppenvård vid de olika klinikernas mottagningar. Jourverksamhet bedrivs dygnet runt vid en sjukhusgemensam akutmottagning. Barn- och ungdomsmedicin, kvinnosjukvård och psykiatri har därutöver egen jourverksamhet.

Under 1998 bedrivs öppenvård av drygt 110 organspecialister delvis verksamma vid några läkarhus med ett samlat utbud av ett flertal specialister. Det pågår en utveckling innebärande att vårdavtal tecknas med allt fler av dessa specialister. I dessa vårdavtal regleras samverkansformerna med övrig sjukvård.

Organisatoriskt samlades primärvården 1986 tillsammans med psykiatri och tandvård i en division inom dåvarande sjukvårdsförvaltningen. F o m 1991 bildade primärvården en egen division. 1994 överfördes primär-

vården till en förvaltning Social och medicinsk Omvårdnad (SMO) där den tillsammans med äldre- och handikappomsorgerna organiserades i fem serviceområden. F o m 1966 ingår primärvården i Malmös tio stadsdelsförvaltningar, där förutom de funktioner som fanns i SMO också ingår barn- och ungdomsfrågor, individ- och familjeomsorg, skola och fritid.

1998 övergick driftsansvaret för sjukvården i Malmö till Malmöhus läns landsting med en gemensam politisk nämnd som ansvarig. Enlig en särskild överenskommelse fortsätter dock Malmö stad att svara för den offentligt drivna primärvården. Privata allmänmedicinare och privata sjukgymnaster styrs dock från det nybildade Sydvästra Skånes sjukvårdsdistrikt. Inom stadskontoret i Malmö finns en mindre primärvårdsenhet för koordinering av den i stadsdelsförvaltningarna organiserade primärvården i Malmö. F o m 1999 ingår landstingets hälso- och sjukvård i Malmö i Region Skåne. Den ursprungliga tanken var att primärvården även fortsättningsvis skulle drivas av Malmö kommun på uppdrag av regionen. Förhandlingar med denna inriktning strandade dock kring oenighet om frågan om omfattning av privat drift av primärvården. Driftsansvaret för primärvården ligger därigenom fr o m 1999 01 01 på Region Skåne.

Mottagningsverksamhet bedrivs vid vårdcentraler inom stadsdelarna. För stadsdelen Limhamn-Bunkeflo svarar privat verksamhet för hela läkarutbudet. Även i Västra Innerstaden finns en privat verksamhet med områdesansvar för en del av stadsdelen. Övriga privata allmänmedicinare tar patienter utan koppling till stadsdelsorganisationen. Därutöver finns organiserat en kommungemensam jourläkarcentral.

Områdesansvaret omfattar skyldighet att

Områdesansvaret omfattar skyldighet att utöva vissa myndighetsfunktioner och tillhandahålla kontaktläkare inom särskilda boendeformerna inom respektive stadsdel

utöva vissa myndighetsfunktioner och att tillhandahålla kontaktläkare inom de särskilda boendeformerna inom respektive stadsdel. Vidare innebär det skyldighet att svara för sjukvårdsservice inom respektive stadsdel inklusive viss uppsökande verksamhet och deltagande i folkhälsoarbete samt tjänsgöring i den kommungemensamma jourläkarcentralen.

Invånarna inom de olika stadsdelarna har total valfrihet att söka samtliga läkarmottagningar i Malmö inklusive sjukhuset och privata organspecialister. Valfriheten omfattar i princip hela vårdutbudet i Södra sjukvårdsregionen. Detta får som följd att när vårdkonsumtionsmönstret studeras måste vårdproduktionen vid de olika enheterna fördelas utifrån patienternas boende.

Sjukhusvården 1990-1997

Malmö stad svarar i egen regi för mer än 96% av sjukhusvården för den egna befolkningen. Därutöver erhåller malmöbor viss regionvård vid Lunds Universitetssjukhus. Den följande analysen är begränsad till den vård som bedrivs i Malmö. För utvecklingen 1990-1997 ingår all producerad vård, som till 10-15% även omfattar vård av icke malmöbor.

Under början av tidsperioden bedrevs sjukhusvård vid tre sjukhus: Universitetssjukhuset MAS, Värnhems sjukhus och Malmö Östra sjukhus. Under 90-talet koncentreras slutenvården successivt till MAS, där under tids-

periodens slut i det närmaste hela den somatiska korttidsvården är koncentrerad. Psykiatrin har kvar platser för särskilt vårdkrävande vid Östra sjukhuset och primärvårdens platser är lokaliserade vid tidigare Värnhems sjukhus.

Den slutna sjukhusvården har förändrats radikalt under 90-talet. ÅDEL-reformen genomfördes i Malmö fullt ut för om 1994 varvid huvuddelen av sjukumsplatser samt vissa psykogeriatriska vårdplatser överfördes till socialtjänsten som särskilt boende. Inom den somatiska korttidsvården och psykiatrin har därutöver skett årliga platsreduceringar för att klara kraven på kostnadsreduceringar. Beläggningsgraden vid kvarvarande platser har ökat under 90-talet och var vid periodens slut ca 93%. Medelvårdtiderna minskar kraftigt och genomströmningen av patienter sker allt snabbare, vilket gjort det möjligt att bibehålla antalet behandlade patienter i slutenvård på oförändrad nivå. För att belysa utvecklingen i Malmö redovisas i *tabell 1* antalet producerade vård dagar i slutenvård under 1990-1997.

Som framgår har det skett en fortlöpande minskning av antalet producerade vård dagar under hela 90-talet. Den stora förändringen från 1993 till 1994 skedde i samband med

genomförande av ÅDEL-reformen.

Från 1990 till 1997 ökade befolkningen från 233 887 till 251 408 motsvarande drygt 7%. Samtidigt ökade andelen 80 år och äldre ännu mera vilket ytterligare förstärkte vårdtyngden. Om antalet vård dagar relateras till invånare i Malmö producerades 1990 4.29 vård dagar per invånare. För 1997 var motsvarande 1.59, vilket motsvarar en reduktion med 63%. Somatisk korttidsvård minskade från 1.72 till 1.03 vård dagar per invånare, vilket innebär en minskning om 40%. Psykiatrin minskade sina vård dagar lika mycket. Under samma tidsperiod har antalet färdigbehandlade minskat från storleksordningen 200 till fem trettio.

ÅDEL-reformen och de förkortade vårdtiderna i samband med sjukhusvård innebär ökade arbetsuppgifter för primärvårdsläkarna. En av de uppgifter som omfördelats till vård utanför sjukhus är vård i livets slutskede. Antalet vård dagar i samband med vårdtillfälle som avslutas med dödsfall utgjorde i Malmö 1992 ca 34% av samtliga vård dagar. 1997 hade motsvarande siffra minskat till 6%. Även efter korrigering för den tidigare primärvårdsanknutna sjukhemsvården är förändringen mycket stor.

Tabell 1. Producerade vård dagar i slutenvård i Malmö.

År	Somatisk korttidsvård inkl geriatrik	Psykiatri	Primärvård	Totalt
1990	401 687	162 672	438 631	1 002 990
1991	383 134	159 674	442 777	985 585
1992	336 365	144 963	464 024	945 352
1993	294 705	127 620	437 871	860 196
1994	287 205	130 019	37 960	455 184
1995	280 109	125 436	37 960	443 505
1996	272 986	116 523	32 000	421 509
1997	259 009	109 209	32 000	400 218

Sjukhusvårdens fördelning stadsdelsvis under 1997

I tabell 2 redovisas för malmöbornas år 1997 konsumerade vård dagar vid Universitetssjukhuset MAS inklusive psykiatrin. Malmö stads tio stadsdelar har en mycket varierande befolkningsstruktur och med stora skillnader i socioekonomiska förhållanden. För varje stadsdel finns folkhälsorapporter, som påvisar stora skillnader i hälsan mellan stadsdelarnas befolkning. Mot denna bakgrund är det inte förvånande att variationen av slutenvårdskonsumtion är mycket stor.

Tabell 2. Malmöbornas konsumtion av vård dagar per invånare 1997.

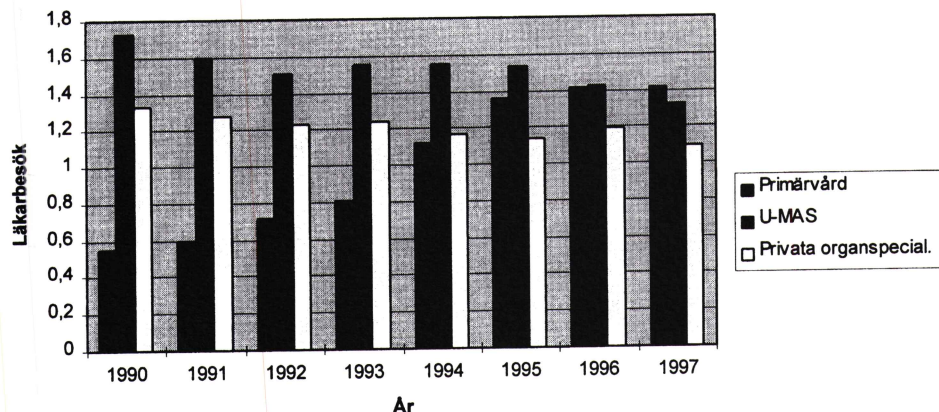
Ålder	Malmö	Variation mellan stadsdelarna
0 - 19	0.37	0.24 - 0.50
20 - 64	0.96	0.46 - 1.34
65 - 79	3.21	2.29 - 4.10
80 -	7.18	5.72 - 10.18
Totalt	1.54	0.61 - 2.07

Vårddagskonsumtionen stiger kraftigt med ökande ålder. Den stora variationen mellan stadsdelarna vad gäller den totala vård dagskonsumtionen är till största delen kopplat till åldersstrukturen. Stadsdelen med det högsta värdet, Västra Innerstaden, har en mycket stor åldersgrupp 80 och äldre och få barn medan stadsdelen med det lägsta värdet, Oxie, har en mycket stor andel barn och unga och få äldre. Vid analys av varje åldersgrupp för sig visar sig dock de stadsdelar som i folkhälso-rapporterna har sämst hälsa, Rosengård och Södra Innerstaden, också ha den högsta slutenvårdskonsumtionen per invånare.

Öppenvården 1990-1997

Antalet läkarbesök i öppenvård är av tradition högt i Malmö, som under senare decen-nier haft flest besök per invånare och år i Sverige. Fram till slutet av 80-talet gjordes huvuddelen av dessa besök dels vid Univer-sitetssjukhuset MAS, dels hos privatprakti-serande specialistläkare.

I figur 2 framgår malmöbornas läkarbesök 1990-1997 fördelade på primärvårdsnivå,



Figur 2. Antalet läkare per invånare i Malmö under 1990-1997.

öppenvård vid sjukhus samt besök hos privata organspecialister. Totalantalen läkarbesök ligger hela tiden på mycket hög nivå. Ökningen 1994-95 kan hänföras till den etableringsfrihet för privatpraktiker som rådde under 1994, där det för Malmös del främst innebar tillkomsten av ett antal primärvårdsläkare. Besöken redovisas fördelade per invånare bl a med hänsyn till att Malmös befolkning under tiden ökat med mer än 7%.

Besöken inom primärvårdsnivån ökade under tidsperioden från en mycket låg nivå för att 1997 ha nått en även i nationell jämförelse hög nivå. Malmöbornas besök vid MAS minskade under tiden med ca en fjärdedel. Även besöken hos privata organspecialister minskade. Läkarbesök hos privata primärvårdsläkare ökade emellertid, varför den privata öppenvården totalt inte minskat. 1997 gjordes 36% av primärvårdens besök hos privata läkare.

Öppenvårdens fördelning 1998

Uppgifterna om antalet läkarbesök under första halvåret 1998 hos såväl offentliga som privata vårdgivare i Malmö används som utgångspunkt för den i *tabell 3* redovisade analysen av befolkningens vårdkonsumtion i stadsdelarna. För att förenkla jämförelser över tiden anges de prognoserade värdena besök per invånare för helåret 1998. Vidare anges högsta respektive lägsta värde mellan stadsdelarna.

För Malmö som helhet innebär detta att under 1998 bräknas 41% av besöken ske inom primärvårdsnivån, en ökning från 15% år 1990. 31% av besöken sker vid sjukhusmottagningar och 28% hos privata organspecialister. Fördelningen mellan dessa tre vårdnivåer skiljer sig mellan stadsdelarna. För primärvården är andelen som lägst 34% och

Tabell 3. Stadsdelsbefolkningens läkarbesök per invånare vid olika vårdenheter, prognos 1998.

Vårdform	Malmö	Variation mellan stadsdelarna
Primärvårdsnivån	1.53	1.13 -- 1.88
- i egen stadsdel	0.75	0.36 - 1.24
- i annan stadsdel	0.11	0.04 - 0.35
- i privat regi	0.53	0.19 - 1.34 ¹
- i jourläk.centra	0.15	0.10 - 0.21
MAS	1.15	0.95 - 1.40
Privat organspec.	1.04	0.66 - 1.49
Totalt	3.72	3.09 - 4.41

¹ De två privata vårdgivarna med områdesansvar redovisas som verksamhet i egen stadsdel.

som högst 51%. För privata organspecialister som lägst 18% och som högst 37%. För öppenvård vid sjukhus är fördelningen däremot jämnare med som minst 26% och som högst 33%. Där primärvårdsandelen av besöken är lägst är besöken hos privata organspecialister som högst. Rosengård och Södra Innerstaden är de stadsdelar vars befolkning konsumerar minst antal besök hos privata organspecialister samtidigt som de i folkhälsorapporterna har Malmös sämsta hälsa och är socioekonomiskt svaga med stor andel med invandrabakgrund.

Läkarbesök i olika åldersgrupper.

Läkarbesöken fördelade per åldersgrupp framgår av *tabell 4*. Läkarbesök i åldrarna 65 år och äldre är ca dubbelt så många per invånare som i yngre åldrar.

Fördelningen av besök mellan olika vårdgivare skiljer sig något. Universitetssjukhuset MAS har en mycket jämn fördelning med ca 30% av läkarbesöken i samtliga åldersgrupper. Bland barn- och ungdomar svarar primär-

Tabell 4. Antal läkarbesök per invånare och åldersgrupp, prognos 1998.

Åldersgrupp	Antal läkarbesök per invånare
0 - 19	3.00
20 - 64	3.22
65 - 79	6.03
80 -	6.50
Totalt	3,72

vården för ca 55% av besöken och privata organspecialister endast för ca 17%. I gruppen 80 år och äldre har primärvården också största andelen. I åldrarna 20-79 år svarar de tre vårdnivåerna för var sin tredjedel av besöken.

Utveckling i enlighet med övergripande mål

I enlighet med nationella hälsopolitiska mål är ett övergripande mål för Malmösjukvården att primärvårdsnivån skall förstärkas och utvecklas till att bli basen i sjukvården. Utvecklingen under ett enskilt år är ofta svår att entydigt tolka. När utvecklingen följs över en flerårig tidsperiod är det emellertid uppenbart att primärvårdsnivån i Malmö under 90-talet utvecklats i enlighet med uppsatta mål. Denna utveckling har skett under en period då sjukvården totalt tvingats genomföra betydande kostnadsreduceringar. Primärvården har dock i stort varit befriad från dessa krav och har successivt kunnat förstärkas något, så att ett första mål om högst 2 000 inv per primärvårdsläkare nu är uppnått.

Det minskade antalet läkarbesök vid sjukhuset tyder på att patienter som inte behöver sjukhusets resurser faktiskt också har omfördelats till att få sina behov tillgodosedda inom primärvården. Även inom det privata utbu-

det i Malmö har skett en omfördelning så att besöken hos organspecialister minskat medan besöken hos privata primärvårdsläkare ökat.

ÄDEL-reformens konsekvenser

Som landstingsfri kommun genomförde Malmö ÄDEL-reformen fullt ut först för o m 1994. Redan dessförinnan hade dock ett system införts som innebar att primärvården betalade för färdigbehandlade patienter vid sjukhuset. Detta bidrog till att platsreduceringarna inom sjukhuset pågått under hela 90-talet. Sammantaget innebär emellertid reduceringen av vård dagar i slutenvården att primärvårdsläkarna ålagts omfattande nya arbetsuppgifter.

Då primärvården och äldreomsorgen ingått i en gemensam förvaltningsstruktur har detta för äldre vården haft den fördelen att basal tillgång till läkarmedverkan funnits säkerställd, och en del av de problem som uppkommit i samband med ÄDEL-reformen på andra håll i landet har varit mindre uttalade. Samtidigt innebär det också att belastningen på primärvårdsläkarna från äldre vårdens sida varit omfattande. Inte minst har detta märkts i form av ökade krav i samband med vård i livets slutskede. Under 1997 omfördelades ett antal geriatrikertjänster från sjukhuset till verksamhet inom äldreomsorgen i stadsdelarna. Erfarenheterna därav är synnerligen positiva från samtliga berörda.

Patienterna har valfrihet

En känslig fråga är hur primärvårdens områdesansvar kan förenas med patienternas rätt att fritt välja läkare. Av den redovisade analysen av vårdkonsumtionen under första halvåret 1998 framgår dock att malmöborna utnyttjar sina valmöjligheter. Även om valfriheten gäller hela Sydsverige tycks dock val-

Erfarenheterna i Malmö är att en omfördelning till primärvårdsnivån är fullt möjlig med full valfrihet för patienterna att välja vårdgivare

möjligheterna i vårdutbudet i Malmö vara så stora att de tillgodoser önskemålen från det stora flertalet invånare.

Inom primärvårdsnivån söker sig befolkningen i samtliga stadsdelar till primärvårdsläkare inom andra stadsdelar eller privata alternativ. Ett mål i sig är att primärvården skall bygga upp ett stort förtroendekapital inom närbefolkningen och därigenom bli ett förstahandsval för invånarna inom närområdet. Därigenom blir patienternas val av vårdgivare en kvalitetsindikator på hur verksamheten fungerar.

Erfarenheterna i Malmö är i motsats till vad som rapporterats från Dalby och Tierp (1) att en omfördelning till primärvårdsnivån är fullt möjligt med full valfrihet för patienterna att välja vårdgivare och med ett stort vårdutbud att välja inom. Däremot är det säkerligen nödvändigt att styra vårdutbudets utformning med förstärkning av primärvården för att uppnå önskvärd effekt.

Konsumerar befolkningen vård efter behov?

Hälso- och sjukvårdslagen säger bl a: "Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen" och "Landstinget skall planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i befolkningens behov av sådan vård". En förutsättning för att leva upp till dessa krav är att skaffa sig kunskap om hur befolkningen utnyttjar de olika delarna av sjukvårdsutbudet. Alltför ofta be-

gränsas uppföljningen till enbart sjukvårdsproduktionen.

I Malmö med ett stort vårdutbud i kombination med allmänhetens rätt att fritt välja vårdkontakt är det helt nödvändigt att inte bara följa upp de olika vårdenheternas produktion utan även analysera befolkningens vårdkonsumtion. Malmö stad med sin dryga kvartsmiljon invånare är därvid en alltför stor befolkningsgrupp att analysera vårdkonsumtionen på, då befolkningsstruktur med åldersfördelning och ohälsa varierar starkt mellan olika stadsdelar.

Vårdkonsumtionen behöver därför granskas i ett nerifrånperspektiv med utgångspunkt från överblickbara befolkningsområden. I den här redovisade analysen sker granskningen med utgångspunkt från Malmö tio stadsdelar. Även dessa omfattar inom sig delområden med olika befolkningsstruktur. För framtiden planeras därför befolkningens samlade vårdkonsumtion redovisas med fördelning på vårdcentralernas upptagningsområde.

För varje stadsdel finns folkhälsorapporter, som regelbundet tas fram av den socialmedicinska enheten inom medicinska fakultetens samhällsmedicinska institution (3). Av dessa framgår att det finns mycket stora skillnader i hälsotillståndet mellan stadsdelarna. Därutöver växlar åldersstrukturen mycket kraftigt. Andelen barn- och unga är som minst 12% och som mest 37%. Andelen 80 år och äldre växlar mellan 1% och 11%. Självklart leder dessa förhållanden till att behoven av hälso- och sjukvård varierar mycket starkt.

Dessa faktorer finns samtliga beaktade i en särskild resursfördelningsmodell rörande primärvården (4). Varje stadsdel tilldelas behovsrelaterade resurser. Denna ram finansierar sedan invånarnas konsumtion av primärvård inklusive det privata vårdutbudet.

För att leva upp till hälso- och sjukvårdslagstiftningens krav på behovsrelaterad vård krävs att resurstilldelningen till sjukvårdens olika producenter anpassas till befolkningens val av vårdgivare.

Ekonomiska medel för stadsdelens egen organisation korrigeras årligen utifrån de faktiska val som invånarna gör. När nu vårdutnyttjandet även inom den privata specialistvården är kartlagd per stadsdel kan konstateras att de privata organspecialisternas verksamhet är mycket ojämt fördelad inom befolkningen. Resursfördelningen till stadsdelarna behöver därför korrigeras utifrån detta förhållande, i synnerhet som det är stadsdelarna med sämst hälsa, som är mest missgynnade.

Det hävdas ibland att patienterna måste styras till en vårdcentral med områdesansvar alternativt en utsedd husläkare och remissstväng till sjukhus finnas för att vårdens resurser skall utnyttjas rationellt och anpassas till befolkningens behov. De här redovisade erfarenheterna visar att det är möjligt att med fortlöpande uppföljning av vårdkonsumtionen hos samtliga vårdgivare också relatera denna till det bedömda vårdbehovet hos befolkningen. För att leva upp till hälso- och sjukvårdslagstiftningens krav på behovsrelaterad vård krävs emellertid att resurstilldelningen till sjukvårdens olika producenter anpassas till befolkningens val av vårdgivare.

Primärvårdens fortsatta utveckling

Omfördelnigen av patientansvaret mellan vårdnivåerna har hittills under 90-talet sannolikt blivit större än vad som förutsetts. Detta är inte bara beroende på ÅDEL-reformen, som i sig innebär ökade krav på primärvårdsläkarna. Genomförda besparingar vid sjukhu-

sen har därutöver inneburit en successiv överföring av behandlingsuppgifter till primärvården. Att antalet öppenvårdsbesök vid sjukhusen inte reducerats i större utsträckning än vad som skett kan delvis förklaras av att allt fler patienter vid sjukhusen numera sköts helt i öppenvård. Exempel härpå är dagkirurgi, där patienter inte längre erfordrar intagning för slutna vård.

Sjukvårdshuvudmännens ekonomiska situation under 90-talet har inte möjliggjort annat än begränsade förstärkningar till primärvårdsnivån. I detta läge är det knappast förvånande att rapporter kommer från olika håll om brister i arbetsmiljö, otydliga mål för primärvården med svårigheter att prioritera bland alltför många arbetsuppgifter och tecken på utbrändhet bland primärvårdsläkare (5).

Dessa problem är också tydliga i Malmö och är belysta i ett par arbetsmiljöundersökningar. Sannolikt har trycket på primärvården i Malmö varit extra stort genom att organisatoriskt ha funnits i samma förvaltning som de primärkommunala funktioner, som har ett stort behov av insatser från primärvårdens sida. Samtidigt är primärvården engagerad i en lång rad utvecklingsaktiviteter gemensamt med specialistklinikerna inom sjukhusvården. Exempel härpå är utveckling av gemensamma vårdkedjor, vårdprogram, samordnad vårdplanering, samplanering av avancerad hemsjukvård och uppdrag som primärvårdskonsulter inom sjukhuset. Som upplåten enhet för läkarutbildning och forskning förväntas primärvården därutöver att med kraft och engagemang också delta i dessa aktiviteter.

Ambitionerna att utveckla primärvården till basen i sjukvårdssystemet måste vara riktig. En styrning av högre vårdnivåer till de fall som kompetensmässigt kräver detta är ett sätt att effektivt utnyttja totalt sett begränsade re-

Det är dock tveksamt om primärvården ensam getts reella möjligheter till att leva upp till hittills uttalade mål för dess utveckling

surser. Fortsatt utveckling av vården med denna inriktning måste rimligen stödjas.

Det är dock tveksamt om primärvården ensam getts reella möjligheter till att leva upp till hittills uttalade mål för dess utveckling. Den traditionella indelnigen i vårdnivåer kanske inte längre fungerar. Allt mer komplicerade behandlingar kan i dag skötas utanför traditionell sjukhusvård men kräver medverkan av specialister. Vinster skulle säkerligen uppnås om fler specialiteter kopplas närmare primärvårdsnivån. I Malmö görs ett begränsat försök med geriatriker. Det skulle vara intressant med många fler exempel. De allmänmedicinska experterna riskerar binda ris åt egen rygg genom att vara motståndare till att primärvårdsnivåns läkare breddas med andra specialister och därmed själva drabbas av en orimlig arbetsbörda. Förhoppningen att täcka behoven med allmänläkarspecialister har hittills gått mycket trögt och med den tid som åtgår för att utbilda nya specialister skulle det ta ett par decennier att komma ifatt behoven.

Ett alternativ till traditionellt vårdnivå-tänkande kan vara att stärka pågående utveckling av vårdkedjor kring olika sjukdomsgrupper. I utformningen av dessa kan man praktiskt länka allmänläkarnas vårdinsatser till andra specialister verksamma i öppen vård och knyta ihop insatserna med specialister vid sjukhusen.

För att den hittillsvarande utvecklingen skall kunna bibehållas och primärvårdsnivån så småningom nå den centrala ställning som länge varit ett sjukvårdspolitiskt mål måste den ges tydliga konkreta mål för sin verksamhet och tilldelas de resurser, som erfordras härför. Det räcker inte längre med vackra honnörsord.

REFERENSER

1. *Slaug B, Bränd Persson K, Nyberg P, Korpela M, Isacson A, Borgqvist: Långsam färd mot hälsopolitiska mål. Vårdkonsumtion i Dalby och Tierp under 20 år. Läkartidningen 1998;95:4524-8.*
2. Malmö stad. Statistisk årsbok för Malmö. 1991-97.
3. Samhällsmedicinska insitutionen. Universitets-sjukhuset MAS. Hur mår Malmö?. Folkhälsorapport 1996.
4. Malmö stad. Primärvården i Malmö stad - organisation, resurser och verksamhet 1998:8-9.
5. *Wilhelmsson B: Var tionde läkare vill lämna vården! Ny kartläggning visar att läkares arbetsmiljö försämrats drastiskt! Läkartidningen 1998; 95:3121-4.*

Vårdefterfrågan inte detsamma som vårdbehov

Ingvar Krakau

Det är absurt att i det rådande köp-sälj-programmet hävda att människors fria val av vård är förenligt med myndigheters sätt att som "beställare" styra dimensionering och fördelning av vårdresurser.

Östman föreslår att primärvården bör breddas med andra specialister. Om detta tycker flertalet allmänläkare inte och sannolikt inte heller berörda specialister. Generalister och specialister har helt enkelt inte samma ekologiska nish.

Ingvar Krakau är universitetslektor i allmänmedicin vid Karolinska Institutet, Stockholm.

Olle Östman redovisar ovan hur malmöbornas sjukvårdskonsumtion under 90-talet omfördelats från sjukhus till primärvård "i enlighet med övergripande hälsopolitiska mål", dock med ökad belastning och arbetsmiljöproblem som följd. Artikeln ger anledning till några kommentarer och reflexioner.

Den centrala frågan huruvida denna omfördelning inneburit att befolkningens vårdbehov blivit bättre tillgodosedda får tyvärr knappast något svar i denna undersökning. Även om en närmare analys av demografiska skillnader mellan geografiskt skilda områden förvisso kan indikera skillnader i vårdbehov är det knappast möjligt att veta i vad mån utnyttjande av vård också speglar rimligt prioriterade behov av vård.

Erik Allanders slutsats redan för 25 år sedan, baserad på en omfattande litteraturgenomgång, att "trots den starka expansionen av vårdsektorn är kunskapen om dess effekter på befolkningens hälsotillstånd och dess fördelning små eller obefintliga" (1) står sig dessvärre fortfarande ganska väl. Det finns inga enkla samband mellan primärvårdens (eller någon annan del av vårdens) insatser och befolkningens hälsa (2). Detta gäller inte minst betydelsen av preventiva insatser (3). Omfördelning av vårdresurser kan ses som medel (förhoppningsvis med utgångspunkt från rimliga hypoteser) att uppnå hälsopolitiska mål i sig. Men oavsett valet av medel torde WHO-målet "hälsa för alla år 2000" behöva flyttas fram ett eller annat årtusende.

Komplicerade beräkningsmodeller

I Östmans diskussion om "konsumtion" och "produktion" av vård är utgångspunkten att behovet av vård i olika stadsdelar kan uppskattas med hjälp av (lokalt nedbrutna) resultat från folkhälsorapporter och att produktionen kan styras genom tilldelning av "behovsrelaterade resurser". Mer eller mindre komplicerade beräkningsmodeller har utvecklats för att lokalt fördela vårdresurser efter behov, t ex genom att väga samman tidigare vårdkostnader med uppgifter om hälsa, demografiska och socioekonomiska data (4). Även om

sådana modeller kan ge en fingervisning om lämplig (om)fördelning av tillgängliga medel ger de knappast underlag att beräkna hur mycket vård som behövs och hur de tillgängliga resurserna bör användas. Och som den senaste tidens utveckling visat tenderar även system för sådan indexreglerad fördelning att kollapsa i en krympande sjukvårdsekonomi.

Till skillnad mot Östman tror jag inte att "det är möjligt att med fortlöpande uppföljning av vårdkonsumtionen hos samtliga vårdgivare också relatera denna till befolkningens behov." Jag har i alla fall inte funnit några belägg i litteraturen för att så skulle vara fallet. Behov bor i en annan värld men besök bor inte i samma, för att travestera Ekelöf. Och efterfrågan bor i ännu en annan värld, skulle man kunna tillägga.

Östmans mening att resurstilldelningen måste anpassas till befolkningens val av vårdgivare för att man skall leva upp till hälso- och sjukvårdslagstiftningens krav på behovsrelaterad vård blir då en aning äventyrlig. Behov är inte detsamma som efterfrågan och det ekonomiska utrymmet att tillgodose efterfrågan på jämlika villkor kommer alltid att vara starkt begränsat.

Bristande tillgänglighet, minskat vårdutbud (främst genom neddragningar på sjukhusidan) och även ökande avgifter är exempel på faktorer som gör det svårt eller omöjligt att bedöma i vad mån "vårdkonsumtionens" storlek speglar faktiska vårdbehov.

Att illusoriskt val?

Östman påpekar mycket riktigt att patienter-

Behov bor i en annan värld men besök bor inte i samma - och efterfrågan bor i ännu en annan värld

Bristande tillgänglighet, minskat vårdutbud och ökande avgifter gör det svårt eller omöjligt att bedöma i vad mån "vårdkonsumtionens" storlek speglar faktiska vårdbehov.

nas valfrihet är en känslig fråga. Det blir faktiskt en aning absurt att, som i det rådande köp-säljparadigmet, hävda att människors fria val av vård är förenligt med myndigheters rätt att som "beställare" styra dimensionering och fördelning av vårdresurser, dessutom med nyckeltal baserade på den styrning man själv valt. Även om det, som Östman skriver, är en sympatisk tanke att primärvården skall bygga upp ett sådant förtroendekapital att den blir ett naturligt förstahandsval blir ett sådant val illusoriskt när sjukvården minskar så kraftigt som skett. Malmöborna har kanske inte längre något annat val än att vända sig till primärvården?

Efter många år av verbala satsningar på primärvård håller nu denna vårdform på att utvecklas till en verklig bas för hälso- och sjukvården. Detta är en positiv utveckling. Men en sådan kursändring kan knappast ske utan tämligen hårdhänt styrning (vilket alltså tidigare saknats). Så varför tala om valfrihet när man äntligen bestämt sig för att styra?

Östmans påpekande att det är "tveksamt om primärvården ensam getts reella möjligheter att leva upp till hittills uttalade mål" är verkligen ett understatement. Han föreslår i första hand att primärvården bör breddas med andra specialister. Om detta tycker flertalet inte och sannolikt inte heller berörda specialister. Generalister och specialister har helt enkelt inte samma ekologiska nisch.

Snarare än att flytta ut specialister på vård-

central skulle man i stället kunna överväga nya former för samverkan. Man skulle kunna tänka sig att allmänläkare och specialister gemensamt utvecklade nya arbetssätt för delat ansvar, t ex genom att utveckla gemensamma "vårdcirklar" så att behandlingskontrollerna delades upp på ett rationellt sätt. Ett arbetssätt där de medicinska problemen får styra arbetsfördelningen, men där både sjukhusspecialisten och generalisten bibehåller och utvecklar en långsiktig kontakt med patienten.

Men att ge de i Malmö använda nyckeltalen (om än endast i termer av antalet besök) ökad impact så att den ökande besöksmängden resulterar i en resurstilldelning som motsvarar

en interaktionell eftersträvd standard med en allmänläkare per 1 500 invånare vore onekligen en början. Och om den accelerande omorganisationskarusellen inom sjukvården ville stanna upp ett tag vore det inte heller så illa.

REFERENSER

1. *Allander E*: Vård vid vändpunkt. En översikt av aktuell vårdforskning. Rapport 1976:5. Stockholms läns landsting. Sjukvårdsförvaltningen. Planeringskontoret.
2. *Andersen R*: Metoder och problem vid utvärdering av primärvård: spelar det någon roll vilken väg vi tar? *Socialmedicinsk tidskrift* 1992;69:150-57.
3. *Allander E*: Prevention - bländverk eller framtidshopp? *Läkartidningen* 1999;96:620-21.
4. *Diderichsen F, Varde E*: Konsten att fördela resurser efter behov. *Läkartidningen* 1996;93:3677-83.

Välkommet bidrag till diskussionen

Kristina Bränd Persson

Ulrika Winblad Spångberg

De starka sambanden mellan vårdutbudets omfattning, vårdresursernas storlek och vårdkonsumtionen framstår med all tydlighet främst när man beaktar Malmö i relation till andra delar av landet. Detta nationella perspektiv borde Olle Östman betonat i högre grad, framhåller i detta inlägg Kristina Bränd Persson och Ulrika Winblad Spångberg, doktorander vid Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap vid Uppsala universitet.

att beskriva områdesvisa skillnader och förändringar över tid är viktiga, inte minst som uppföljningsinstrument efter strukturella förändringar inom sjukvården. Möjligheterna att med empiriska data beskriva och analysera sjukvården ur ett systemperspektiv är förhållandevis goda i Sverige genom befintliga register, men utnyttjas alltför sällan. Huvudmännen handhar omfattande vårdregister, men har ofta ett snävt, icke jämförande perspektiv i de studier som görs.

Intresset för strukturella analyser inom hälso- och sjukvårdsforskningen tycks även vara svagt bland svenska vårdforskare, i synnerhet vid jämförelse med den period då eko-

Undersökningar av denna typ där befintliga uppgifter om vårdkonsumtion på olika vårdnivåer, inklusive privatläkarvård, utnyttjats för

nomiska styrmedel och begrepp som "marknad" introducerades på bred front inom sjukvården. Avsaknaden av ett för svenska och skandinaviska förhållanden anpassat vetenskapligt forum för befolknings- och behovsrelaterade vårdkonsumtionsstudier bidrar säkert också till detta. Med anledning av detta är Olle Östmans artikel ett välkommet bidrag till diskussionen. Författaren tar med sitt exempel från Malmö stad upp flera relevanta och generella aspekter på utvecklingen av vården och vårdkonsumtionen. Även om författaren endast indirekt hänvisar till geografiska skillnader aktualiseras frågan om betydelsen av skillnader mellan storstäderna och övriga landet när det gäller vårdutbud, befolkningsstruktur, hälsoproblem och valmöjligheter inom vården. Ytterligare ett tema är den ökade strukturella komplexiteten inom öppenvården och frågan om primärvårdens roll i den framtida utvecklingen av vårdens innehåll och volym.

Ökad öppenvårdskonsumtion knappast förvånande

Huvudtemat i artikeln gäller omfördelningen av öppenvårdsbesök från sjukhus till primärvård. Utvecklingen mot en ökande andel öppen vård och vård utanför sjukhus har pågått sedan slutet av 1980-talet och är ett generellt fenomen inom svensk sjukvård. Mot bakgrund av den sjukvårdspolicy och det vårdutbud som karakteriserar Malmö och andra storstäder är den relativt sett höga och ökande öppenvårdskonsumtionen utanför sjukhus i Malmö knappast förvånande. Exempelvis utgör den sam-

lade läkartätheten den högsta i landet medan däremot antalet allmänläkare i offentlig verksamhet tidigare var lägst i landet i förhållande till befolkningsunderlaget. Detta är dock inte unikt för Malmö utan signifikativt för alla storstadsområden: relativt sett färre läkarresurser per invånare inom offentlig primärvård men betydligt fler privatläkare. Införandet av privata husläkare i primärvårdsnivån har således inneburit en relativ förstärkning på denna vårdnivå.

De starka sambanden mellan vårdutbudets omfattning, vårdresursernas storlek och vårdkonsumtionen framstår med all tydlighet främst när man beaktar Malmö i relation till andra delar av landet. Detta nationella perspektiv tycker vi att författaren borde betonat i högre grad. Nationellt sett finns det inget samband mellan en hög andel privata husläkare och en stor andel primärvårdsbesök. Däremot finns det en direkt koppling mellan läkarresursens storlek, oavsett finansiering, och antalet besök.

Socialstyrelsens statistik över läkarbesök (1996) visar att de fem huvudmän som ligger i topp när det gäller de privata husläkarnas andel av samtliga läkarbesök och privatläkares andel av primärvårdens alla läkarbesök (Västmanland, Malmö, Halland, Göteborg och Stockholm) inte har störst andel primärvårdsbesök. Exempelvis utgjorde besök hos privata husläkare i genomsnitt endast 2% av alla läkarbesök hos de huvudmän som hade högst andel primärvård, Halland och Västmanland undantagna.

Författaren refererar till Dalby och Tierp som exempel på områden med en delvis motsatt utveckling i fråga om fördelningen öppen vård vid sjukhus och primärvård, i jämförelse med Malmö. En pågående studie av den historiska utvecklingen i Dalby och Tierp

1975-1994 tyder på att det inte skedde någon nämvärd nettoökning av de lokala läkarresurserna i primärvården efter mitten av 80-talet. Detta är en delförklaring till att primärvårdsbesökens andel inte ökade ytterligare under perioden. Resurser och valmöjligheter har i stället tillskapats inom sjukhusvården och inte lokalt. Det vore intressant att även för dessa områden följa utvecklingen under senare delen av 90-talet.

Aktivt val?

En annan punkt som författaren diskuterar är valfriheten. Undanröjande av strukturella hinder för vårdutnyttjande genom bl a god tillgång till privat eller offentligt anställda läkare, avsaknad av remisstvång, samt närhet till olika typer av vårdgivare inom de olika vårdnivåerna har med säkerhet inneburit reella möjligheter för befolkningen att utnyttja det fria vårdvalet. Författaren skriver också att Malmöborna utnyttjat sina valmöjligheter. I redovisningen saknas dock belägg för detta, åtminstone kan man inte entydigt dra denna slutsats. Det är nämligen svårt att utifrån redovisningen veta om patienterna gjort aktiva

Det kan mycket väl vara så att den givna vårdstrukturen styr vårdvalen

val. Det kan mycket väl vara så att den givna vårdstrukturen styr vårdvalen. Att man väljer läkare i annan stadsdel, offentlig såväl som privat indikerar dock ett aktivt val. Resultaten visar dock att endast 7 procent (0,11 av 1, 53) av besöken skedde utanför den egna stadsdelen. Innebörden av detta är oklar.

Skall man uttala sig huruvida patienter utnyttjar sin valfrihet mer eller mindre skulle en jämförelse över tid vara relevant. Förslagsvis före och efter 1991 då Landstingsförbundets rekommendation om det "fria vårdvalet" infördes i landet. Det hade även varit intressant om författaren hade gjort en sammanställning över besök i förhållande till vårdresursernas storlek (t ex antal läkare) och lokalisering i de olika stadsdelarna för att på det sättet besvara frågan om och i så fall hur man har valt läkare. Som framställningen är nu ser man att det finns en variation finns mellan stadsdelarna, men inte på vilket sätt.

Slutkommentarer

Olle Östman

Min artikel utformades som en kommentar till den refererade studien i Tierp och Dalby. Tyngdpunkten kom därför att ligga på den lokala utvecklingen i Malmö för att visa att i motsats till Tierp och i Dalby har en lokal utveckling faktiskt skett i enlighet med de övergripande hälsopolitiska målen. Artikeln visar

också på att ett utnyttjande av befintliga patientadministrativa system kan användas för tämligen långtgående analyser. Så vitt jag kunnat finna saknas tidigare analyser av befolkningens vårdkonsumtion av hela det privata öppenvårdsutbudet tillsammans med den offentligt producerade vården. Sedan sjuk-

Kunskapen om hur vårdbehov hos befolkningen varierar är faktiskt ganska god i dag

vårdshuvudmännen numera tagit över administrationen av det privata läkarutbudet kan sådanan analyser ske.

Jag håller med om det önskvärda i att de redovisade data analyseras i ett nationellt perspektiv och ser det önskvärda i att en sådan komplettering sker gärna tillsammans med företrädarna för Tierp och Dalby.

Det finns en uppgivenhet i Ingvar Krakaus kommentarer om möjligheterna att analysera hur befolkningens vårdbehov faktiskt tillgodoses genom att fortlöpande följa utnyttjandet av vårdresurserna. Jag delar inte den uppfattningen. Kunskapen om hur vårdbehov hos befolkningen varierar är faktiskt ganska god i dag. Inte minst gäller detta behoven hos olika åldersgrupper. Resursfördelnin­gar inom landstingen och skatteutjämnings­system på nationell nivå bygger på detta. Det är ju för alla uppenbart att om som i Malmö en stadsdel har tio gånger fler barn än en annan stadsdel, som i gengäld har tio gånger fler 80 år och äldre, så ser behoven av sjukvård helt olika ut. Det som förvånar är därför i hur liten utsträckning, som analyser faktiskt genomförs av hur befolkningens utnyttjande av vårdresurserna sker i enlighet med de bedömda behoven, trots att lagstiftningen föreskriver detta. Jag håller däremot med om att enbart data om öppenvårdsbesök är synnerligen otillfredsställande men så länge vi inte lyckats ta fram bättre mått bör åtminstone dessa användas.

I sjukvårdsdebatten förordas ofta en styrning av sjukvårdsutnyttjandet genom att införa begränsningar för de enskilda människornas kontakt med sjukvården, t ex i form av krav på remiss från primärvården och mer

eller mindre tvingande koppling till en bestämd läkare. Jag tror inte på denna form av styrning. Låt i stället de enskilda människorna välja inom ett vårdutbud, som av sjukvårdshuvudmannen utformas för att uppnå önskvärd styrning. I detta perspektiv har också invånarna i Malmö utnyttjat valfriheten, inte bara att som kommenteras i begränsad utsträckning vända sig till offentlig primärvård i annan stadsdel utan även till det privata primärvårdsutbudet, privata organspecialister och fortfarande om än i allt mer begränsad omfattning till sjukhusmottagningar.

Om bedömningen är att huvuddelen av sjukvårdsbehoven kan tillgodoses utanför den traditionella och kostnadsdrivande sjukhusvården så skall denna begränsas och sjukvårdsutbuden utanför sjukhusen förstärkas och göras mera tillgängliga. De senare årens kraftiga besparingar inom sjukhusvården och omfördelningar till primärkommunal vård borde självfallet ha mötts av tydliga satsningar på främst primärvårdsnivån för att önskvärd styrning skulle ha uppnåtts. Nu har i stället primärvården drabbats av okontrollerbara ökade krav, som leder till överbelastning, risk för försämrad patientservice, bristande arbets­­tillfredsställelse och arbetsmiljöproblem.

Jag tror inte det finns någon väg tillbaka vad gäller omfördelningen från sjukhus. Ny medicinsk teknologi och bättre information mellan vårdgivarna gör att allt mer med ökad effektivitet kan ske utanför de traditionella sjukhusen. Kommunernas ansvar för äldre­vården kommer att leda till ökade krav på läkarmedverkan. Omfördelning av dagens läkarresurser

Låt de enskilda människorna välja inom ett vårdutbud, som av sjukvårdshuvudmannen utformas för att uppnå önskvärd styrning

*Jag tror inte det finns någon väg tillbaka
vad gäller omfördelningen från sjukhus*

från sjukhus till öppenvård i mer decentraliserade former med ökad tillgänglighet för invånarna är därför nödvändig om patienternas behov skall tillgodoses. Detta måste vara en överordnad princip, även om jag som Ingvar Krakau tror att såväl allmänläkare som berörda specialister i allmänhet vill verka ostörda inom sina traditionella revirgränser, trots att

Chris Iveson

Kurs i lösningsfokuserat arbetssätt 19-20 maj i Norrköping

Chris Iveson, Brief Therapy Practice i London är en av de mest uppskattade och inspirerande utbildarna i lösningsfokuserat arbetssätt. Vare sig Du arbetar inom socialtjänst, kriminalvård, skola, barn- eller vuxenpsykiatri eller arbetar med människor inom något annat område får Du god nytta av två stimulerande dagar med Chris, som tillsammans med sina kollegor sedan starten 1990 haft över 15.000 kursdeltagare i Storbritannien och Irland samt 300 i Sverige.

Kursavgift: 1.800:- inkl fika och lunch (moms 450:- tillkommer).

Anmälan och inf: Hans Wahlgren, Humanistiska Förlaget, tel 0431 - 43 12 84, fax 0431 -197 70,
e-post:hanswah@heml.passagen.se samt
Torbjörn Nilsson, tel 070 - 694 84 61 och
Torbjörn Ahlgren tel 070 - 776 54 73.

det med tanke på nuvarande primärvårdsläkares arbetsbelastning är något svårförståeligt för deras del. Möjligheterna att tillgodose behoven av läkarinsatser utanför sjukhus med utbildade specialister i allmänmedicin skulle ta decennier att lösa och under tiden skulle den specialutbildade läkarkåren i övrigt inte användas optimalt i relation till patienternas behov. Sannolikt är det nödvändigt att lämna det gamla primärvårdsbegreppet och dimensionerna och fördela läkarinsatser utifrån ett "vårdkedjetänkande" för olika patientgrupper.



RBUs FORSKNINGSSSTIFTELSE

Riksförbundet för Rörelsehindrade Barn och Ungdomar, RBU, förvaltar en forskningsstiftelse med uppgift att främja forskning och utvecklingsarbete som förebygger, begränsar eller undanröjer följderna av medfödda eller förvärvade handikapp hos barn, ungdomar och vuxna.

Under 1999 avser forskningsstiftelsen att utdela ca 400.000 kronor i form av stipendier. Stipendierna skall möjliggöra för personer som arbetar med handikappade barn, ungdomar och vuxna att bedriva forsknings- och utvecklingsarbete.

Forskningsstuderande som ännu ej avlagt sin doktorsexamen kommer att prioriteras. Medel kan även sökas för att arrangera vetenskapligt möte inom angivet intresseområde.

Ansökan som skall vara poststämplad senast 30 april 1999, insändes till

*RBUs forskningsstiftelse
c/o RBU
Box 6607
113 84 Stockholm
tel 08/736 26 00*

Ansökan skall ske på särskilt formulär som kan rekvideras på ovanstående adress eller via telefon Malena Fischerström, RBUs kansli. Beslut i bidragsfrågor lämnas skriftligen.