

Om sjukvårdens planering på vårdcentralnivå

Per-Olof Bitzén

Primärvårdens framtida arbetsuppgifter innefattar förebyggande medicin och all behandlande medicinsk verksamhet och omvårdnad som ej kräver lasarettets särskilda resurser. Som följd av utvecklingen inom det medicinska och socialpolitiska fältet kommer en rad nya primärvårdsfunktioner att aktualiseras. En omfördelning av arbetsuppgifter och resurser mellan länssjukvård och primärvård blir efter hand allt mer angelägen. Alla nya funktioner måste planeras och samordnas i en allt mer komplex primärvårdsorganisation. Detta kräver strukturerade planeringsunderlag som beskriver hälsotillståndet bland befolkningen och ger kunskap om sjukvårdskonsumtion och sjukvårdsproduktion i distriktet.

Per-Olof Bitzén är distriktsöverläkare vid vårdcentralen i Dalby.

Ansvar för befolkningens hälsa är idag uppsplittrat på många olika myndigheter, organisationer och företag. Formellt har landstingen enligt sjukvårdslagen hittills endast ålagts ansvar för den sjukvård, som efterfrågats av befolkningen. En översyn av sjukvårdslagen har dock under senare år resulterat i en ändrad sjukvårdspolitisk inställning, som innebär ett vidgat landstingsansvar för hela befolkningens hälsa och en ökad samverkan och samplanering med socialtjänst, försäkringskassa, arbetsvård och andra myndigheter.

Bättre planeringsunderlag behövs

En uppenbar brist i dagens hälso- och sjukvårdsplanering är avsaknaden av ett strukturerat planeringsunderlag, som beskriver hälsotillståndet bland befolkningen och ger kunskap om sjukvårdsutnytt-

jandet i distriktet. I stor utsträckning får planeringen i primärvården alltjämt ske efter subjektiva värderingar till följd av svårigheten att på ett klart och entydigt sätt definiera, analysera och värdera de faktorer som påverkar vårdbehov, vårdefterfrågan och vårdkonsumtion. I planeringsprocessen blir uppgifter om sociala och ekonomiska levnadsförhållanden och om miljöfaktorer av betydelse för befolkningens hälsa sällan föremål för analys. Uppgifter om totala sjukvårdskonsumtionen avseende öppen och slutenvård, privatläkarvård, företagshälsovård, besök i distriktsvård m m, är i allmänhet ej heller lättillgängliga. Kännedom om innehåll i distriktsvården saknas i stor utsträckning p g a svårigheten att registrera verksamheten. Bristande diagnosregistrering inom den öppna vården vid sjukhuset omöjliggör också en bedömning av besöksintensitet, innehåll, lämplig vårdnivå etc. Kunskapen om patientflöde och möjligheten till omfördelning blir därmed bristfällig.

Det är således angeläget att inom primärvården börja utveckla planeringsinstrument, som inte bara begränsas till att ge kunskap om demografiska data, sjukdomspanorama och sociala förhållanden inom distriktet utan även inriktas på att analysera pågående sjukvårdsverksamhet och mäta effekter av olika insatser från sjukvårdens och samhällets sida (1). Inriktningen på förebyggande åtgärder innebär också att vi måste skaffa oss bättre kunskap om all-

Inom primärvården behöver vi planeringsunderlag som bättre än hittills beskriver hälsotillståndet bland befolkningen och belyser sjukvårdsutnyttjandet i distriktet.

inriktningen på förebyggande åtgärder kräver en ingående kunskap om de faktorer som påverkar hälsotillståndet bland befolkningen.

De faktorer, som på ett eller annat sätt påverkar hälsotillståndet bland befolkningen.

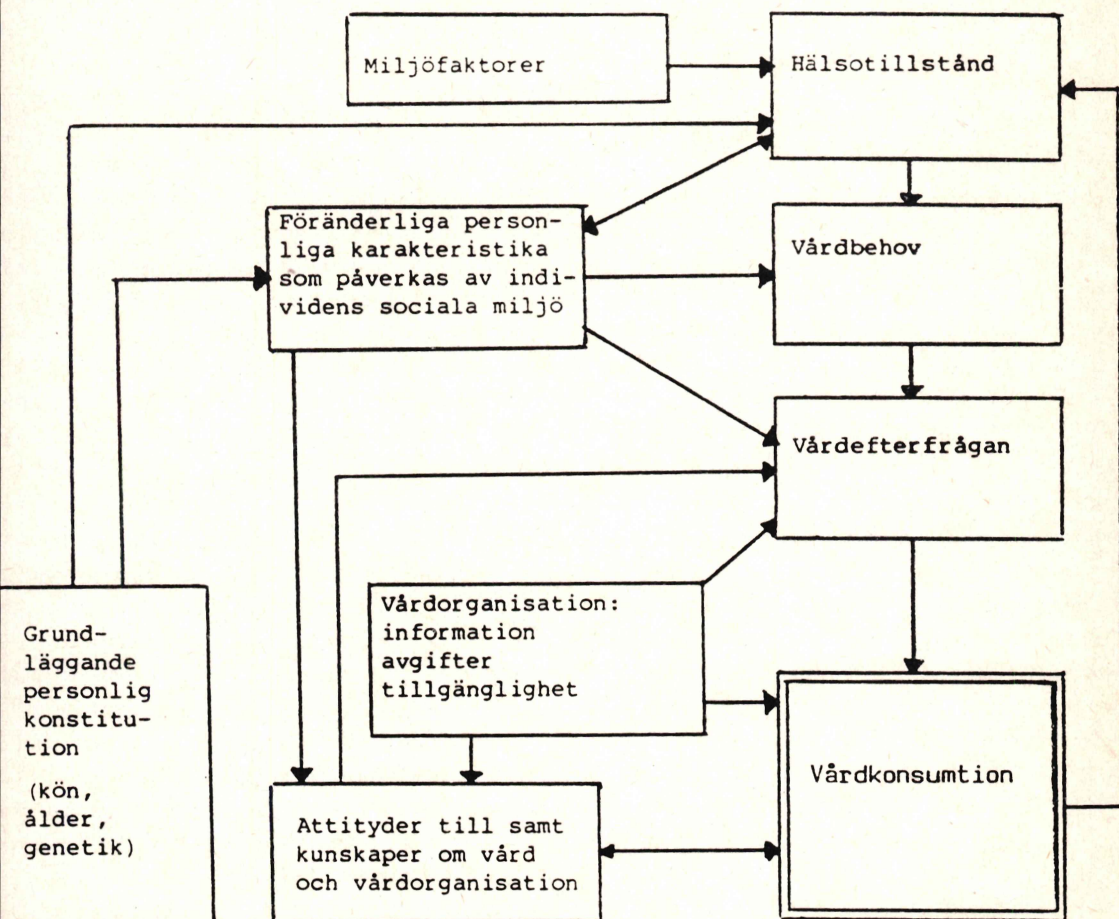
Individens vårdskonsumtion i dynamiskt perspektiv

Under hela vår livstid utsätts vi för en rad faktorer, som kan påverka hälsotillståndet i positiv eller negativ riktning. Förändringar i den fysiska miljön, stressmoment eller sociala missförhållanden är ex-

empel på faktorer, som hos en individ med viss konstitution kan påverka hälsotillståndet och skapa hälsoproblem av någon form (figur 1). Detta genererar i sin tur som regel ett vårdbehov, som antingen kan vara medvetet eller omedvetet beroende på om den enskilde individen upplever det eller inte, (2).

Individens sociala situation blir ofta avgörande för om vårdbehovet skall leda till en efterfrågan på sjukvård och i så fall vilken inriktning denna får. Stor betydelse har exempelvis möjligheten att få tillsyn av anhöriga, bostadsorten och avståndet till vårdcentral. Ju närmre vårdcentralen individen bor, ju fler besök gör han. Studier från bl a Dalby och Tierp har visat att det är ett förhållande, som slår igenom i alla åldrar och diagnosgrupper, (2, 3).

Figur 1. Modell över orsakssamband mellan betydelsefulla faktorer för individens vårdkonsumtion. (Göran Ejlerthsson)



Information om vårdorganisationen och attityder till sjukvården och dess olika vårdinrättningar spelar också stor roll, liksom utbildning, inkomstförhållanden och socialgruppstillhörighet. Alla som behöver vård söker dock inte vård. Skälet härtill kan helt enkelt vara att individen är omedveten om sin sjukdom eller över huvud taget inte vill eller vågar söka hjälp. Eftersom sjukvårdsresurserna är begränsade är det inte heller säkert att alla som efterfrågar vård även får tillgång till vård. Tillgänglighet, resursutbud, kostnader etc, inverkar självfallet på vårdkonsumtionen. Den som inte omgående kan få sitt vårdbehov tillgodosett ställer sig som regel i kö. Väntelistor och köstatistik utnyttjas därför ibland som underlag för att belysa en otillfredsställd vård efterfrågan. Kön kan emellertid påverkas av en rad olika faktorer, varför det många gånger kan vara problematiskt att använda köstatistik som planeringsunderlag. Stor betydelse har exempelvis struktureringen av kö- eller väntelistorna. Köns längd likaså. Långa kölistor leder ofta till att patienter avstår från att ställa sig i kö, vilket kan ge ett falskt intryck av minskad patienttillströmning. Vilka typer av patienter finns i kön? Är de fortfarande aktuella för behandling?

Analys av öppenvårdstatistik

I sjukvårdens verksamhetsplanering har hittills alltid data om vårdkonsumtion haft störst tyngd. Inom ett primärvårdsdistrikt omfattar den totala sjukvårdskonsumtionen inte bara slutna och öppna vård vid lasarettet, besök på den egna vårdcentralen eller andra närliggande vårdcentraler, utan också besök i distriktsvård, i företagshälsovård och hos privatläkare samt vård på sjukhem.

Löpande diagnos- och besöksstatistik från slutna somatisk och slutna psykiatrisk vård har länge varit tillgänglig, medan motsvarande statistik för den öppna vården i stor utsträckning saknats med undantag från några vårdcentraler av typ Dalby, Tierp, Örnsköldsvik mfl. Inom Malmöhus läns landsting har det först under de senaste två åren varit möjligt att sammanställa data rörande alla öppenvårdsbesök inom landstingsområdet, varför en nägorlunda total bild av vårdkonsumtionen i landstingets olika primärvårdsdistrikt börjat bli skönjbar.

Vid vårdcentralen i Dalby har genom kontinuerlig registrering av besöksdata samlats ett unikt material, som möjliggjort studier av besöksutvecklingen i relation till förändringar i befolkningsantalet under en snart 14-årig tidsperiod (2). Det har bl.a. kunna visas, att totala antalet besök i öppna vård per invånare och år under nämnda tidsperiod ökat med genomsnitt 1 procent per år, och att ökningen huvudsak berott på att en ständigt växande andel av befolkningen sökt kontakt med vårdcentralen. De genomsnittliga totala antalet öppenvårdsbesök per invånare och år har däremot inte ökat utan tvärtom minskat från 3,4 till 3,2. Liknande siffror har även redovisats från andra håll, exempelvis Kronobergs läns landsting. Detta gör att man vid bedömning av besöksutvecklingen inom öppna vård under närmaste åren framöver inte utan vidare kan acceptera de förmodanden om en stadigt uppgående trend som Socialstyrelsen gjorde i sitt principprogram om "Hälsa- och sjukvården inför 80-talet", (4). Utvecklingen tycks ske i en betydligt långsammare takt. Det enda som påtagligt skulle tänkas kunna ändra dessa konsumtionssiffror vore ett förverkligande av alla de intentioner som nu finns när det gäller förebyggande insatser. En decentralisering av den öppna vården från sjukhusen till primärvårdens enheter torde däremot knappast få annan effekt på konsumtionsstatistiken än en förskjutning av proportionerna mellan primärvård och länssjukvård.

I öppenvårdsstudier har distriktsvården dvs distriktsköterskornas, sjukgymnasternas och arbetsterapeuternas vårdinsatser sällan blivit föremål för närmare analys. Ändå vet vi att besöken i distriktsvård i stort sett är lika många som besöken vid vårdcentral och lasarettsmottagningar tillsammans. Mot den bakgrunden är det viktigt att distriktsvården i fortsättningen också inbegrips i totalstudier av den öppna vården, och att vårdens innehåll blir föremål för registrering och analys på samma sätt som övrig öppenvårdsverksamhet. Detta är närmast nog en förutsättning för att i primärvården kunna göra de omdisponeringar och delegeringar av arbetsuppgifter, som en förändrad arbetsorganisation med tex vårdlag kommer att innebära.

Motsvarande analys av vårdstatistik och vårdinnehåll gäller för lasarettens öppna mottagningar. Så

totalstudier av öppenvården bör också distriktsvårdens insatser och lasarettsmottagningarnas verksamhet analyseras.

Än så länge diagnoser inte sätts i samband med öppenvårdsbesöken är det svårt att bedöma vilken tyngd sjukvården där har och på vilken nivå problemen ätteligen hör hemma. Det borde vara angeläget att i ortsättningen göra sådana bedömningar, innan man stor skala går in för att styra eller omfördela strömmen av patienter från lasarettens mottagningar ut till primärvården.

Göran Ejlerstsson har i sin avhandling visat att det inom Dalby primärvårdsdistrikt framför allt är patienter med många besök, sk högkonsumenter, som rekventerar lasarettens mottagningar och då främst medicinska kliniken och öronkliniken (2). Men vad orsaken till dessa besök är vet vi ej säkert. Rör det sig om problem, som lika bra skulle kunna handläggas i primärvården eller är det problem som ständigt kräver lasarettets resurser och specifika kunnande? För att få svar måste sannolikt diagnosgrupp för diagnosgrupp analyseras och synpunkter från såväl primärvården som länssjukvården sammanvägas. Som resultat av ett sådant samarbete bör flexibla vårdprogram bli en naturlig följd.

Primärvårdens genomförande

Snart ett decennium har gått sedan Socialstyrelsens principprogram "Hälso- och sjukvård inför 80-talet" presenterades. Trots att principprogrammet fick stor genomslagskraft i huvudmännens långtidsplanering, har i realiteten någon kraftigare ökning av primärvårdens andel av hälso- och sjukvårdens totala resurser knappast förmärkts. Den försiktiga primärvårdssatsning, som hittills utmärkt landstingen i gemen, har självfallet därför inte heller givit de snabba effekter som man kanske förväntat sig. På många håll har det därtill förelegat uppenbara svårighet att vinna förståelse för den nya vårdideologin och de nya perspektiv som primärvårdens utbyggnad innebär.

Inom Malmöhus läns landsting fattades för drygt 2 år sedan beslut om en "plan för genomförande av

primärvården" i syfte att snabbare förverkliga primärvårdens målsättning och skapa bättre förutsättningar för en enhetlig primärvårdsorganisation inom hela landstingsområdet. Avsikten var inte att utarbeta någon ny sjukvårdsplan, utan faktiskt bara att få redan tidigare fattade beslut att träda i funktion eller att åtminstone verka i samma riktning.

Kartläggning av planeringsläget

Planeringsarbetet startade med en enkät till samtliga primärvårdsdistrikt inom landstingsområdet. Syftet med denna enkät var att med ett 40-tal frågor (figur 2), kartlägga i vilken utsträckning primärvården utvecklats i enlighet med de intentioner, som framförts i landstingets hälso- och sjukvårdsplan samt i andra centralt fattade beslut.

Figur 2. Frågeformulär för kartläggning av planeringsläget inom primärvården i Malmöhus läns landsting. Frågornas numrering motsvarar den numrering som återfinns överst i resultatredovisningen i figur 3.

- 1 Finns gemensam distriktsindelning för primärvård – socialvård?
- 2 Har Lerum-modell eller annan modell för vårdplanering införts?
- 3 Sköts tidsbeställning av erfaren sjukvårdsutbildad personal?
- 4 Finns möjlighet till telefonrådgivning hos sjuksköterska?
- 5 Görs hembesök av läkare annat än i rena undantagsfall?
- 6 Bedrivs kvällsmottagning vid vårdcentralen?
- 7 Finns i läkarnas arbetsschema tid avsatt för såväl sjukvård som hälsovård, administration, utbildning och/eller projektarbete?
- 8 Distriktsläkarmedverkan i barnhälsovård?
- 9 Distriktsläkarmedverkan i mödrhälsovård?
- 10 Bedrivs föräldrautbildning/undervisning enl. nya lagen?
- 11 Bedrivs familjerådgivning?
- 12 Distriktsläkarmedverkan i skolhälsovård?
- 13 Distriktsläkarmedverkan i företagshälsovård?
- 14 Distriktsläkarmedverkan i åldringshälsovård?
- 15 Pågår försök med hälso- och friskvårdsupplysning?
- 16 Bedrivs annan organiserad preventiv hälsovård?
- 17 Sker samarbete med försäkringskassan?
- 18 Sker samarbete med apoteket?
- 19 Sker samarbete med privatpraktiserande läkare?
- 20 Har tiden per besök ökat i syfte att minska antalet återbesök?

- 21 Ges hälso- och sjukvårdsservice till arbetsvården?
- 22 Ges hälso- och sjukvårdsservice till omsorgsvården?
- 23 Gör sjukgymnast hembesök annat än i undantagsfall?
- 24 Gör arbetsterapeut hembesök annat än i undantagsfall?
- 25 Sker omfördelning av arbetsuppgifter vid behandling av:
 - a) diabetes
 - b) hypertoni
 - c) reumatiska sjukdomar
 - d) psykiska sjukdomar
 - e) andra sjukdomar
- 26 Finns regelbunden konsultverksamhet från lasarettet avseende:
 - a) medicin
 - b) kirurgi
 - c) ortopedi
 - d) psykiatri
 - e) ögon
 - f) reumatologi
 - g) barnmedicin
 - h) gynekologi
 - i) röntgen
- 27 a) Finns möjlighet till auskultering vid lasarett?
b) Om ja, har detta utnyttjats?
- 28 Finns fasta rutiner för informationsutbyte primärvård-lasarett?
- 29 Har distriktsläkare tid avsatt för annan fortbildning?
- 30 Sker kontinuerlig fortbildning för all personal på arbetsplatsen?
- 31 Finns primärkommunal jour?
- 32 Finns underpersonal till distriktssköterskorna för hemsjukvård?
- 33 a) Är hemsjukvården tillgänglig sju dagar i veckan?
b) Med fler personalkategorier än distriktssköterskor?
- 34 Är hemsjukvården tillgänglig kvällstid?
- 35 Är hemsjukvården tillgänglig nattetid?
- 36 Tillämpas teamarbete inom primärvårdsområdet?
- 37 Sker samverkan med primärkommunen avseende:
 - a) åldringsvård?
 - b) barnavård
 - c) familje-individären den?
 - d) nykterhetsvård?
- 38 Används RP-blankett?

Resultatet av inventeringen presenteras i matrisform i *figur 3*, som ger en översiktlig beskrivning av planeringsläget år 1981 för de olika primärvårdsdistrikten inom Malmöhus läns landsting (5). Genom en enkel sammanräkning av de verksamheter eller funktioner som helt eller delvis genomförts inom primärvårdsdistriktet har för varje vårdcentral framräknats ett poängtal som uttrycker för den verk-

samhetsbredd och det serviceutbud som finns i distriktet ifråga. Varje distrikt har istället för sitt namn av grannliga skäl i figuren angivits med en kod.

Vad som är intressant att konstatera är att vissa av landstingets vårdcentraler har jämförelsevis låga utvecklingspoäng (figur 3). Detta får självfallet inte tolkas som om arbetsintensiteten vid dessa vårdcentraler vore låg. En bristande utbyggnad och ett begränsat serviceutbud torde däremot vara ett uttryck för att erforderliga resurser inte ställts tillgängliga för vårdcentralernas förfogande, eventuellt i kombination med ett dåligt utnyttjande av tillgängliga resurser inom distriktet.

Som framgår av *tabell 1* blir medelvärdet för de olika vårdcentralernas utvecklingspoäng inom Malmöhus läns landsting 25,6, vilket kan sägas representera en genomsnittlig nivå för primärvården i utveckling inom hela landstingsområdet. Tabellen anger också medelvärdet för vårdcentralernas utvecklingstal inom landstingets sex sjukvårdsdistrikt. De påtagliga skillnader, som här föreligger mellan olika sjukvårdsdistrikt, illustrerar inte bara den obalans i utbyggnaden av primärvården som alltjämt finns inom landstingsområdet utan ger också en antydning om hur förvaltningarna inom de olika sjukvårdsdistrikten prioriterat och fördelat resurserna till primärvården.

Tabell 1. Medelvärdet av primärvårdsdistriktens utvecklingspoäng inom olika sjukvårdsdistrikt samt inom hela Malmöhus läns landsting

Orups sjukvårdsdistrikt	(F)	33.5
Helsingborgs sjukvårdsdistrikt	(B)	29.8
Ystads sjukvårdsdistrikt	(E)	27.5
Lunds sjukvårdsdistrikt	(A)	26.9
Landskronas sjukvårdsdistrikt	(C)	19.5
Trelleborgs sjukvårdsdistrikt	(D)	15.9
Malmöhus läns landsting		25.6

Besöksfördelning mellan primärvård och läns sjukvård

Figur 4 visar hur det totala antalet öppenvårdsbesök inom varje primärvårdsdistrikt i Malmöhus läns landsting procentuellt fördelar sig på den egna vård-

[illegible]

centralen, på andra vårdcentraler och på lasarettets öppna mottagningar. Läkargesök inom mödra- och barnhälsovården har ej medräknats. Under diagrammet återfinns för varje primärvårdsdistrikt samma kod och utvecklingspoäng som tidigare angivits i figur 3.

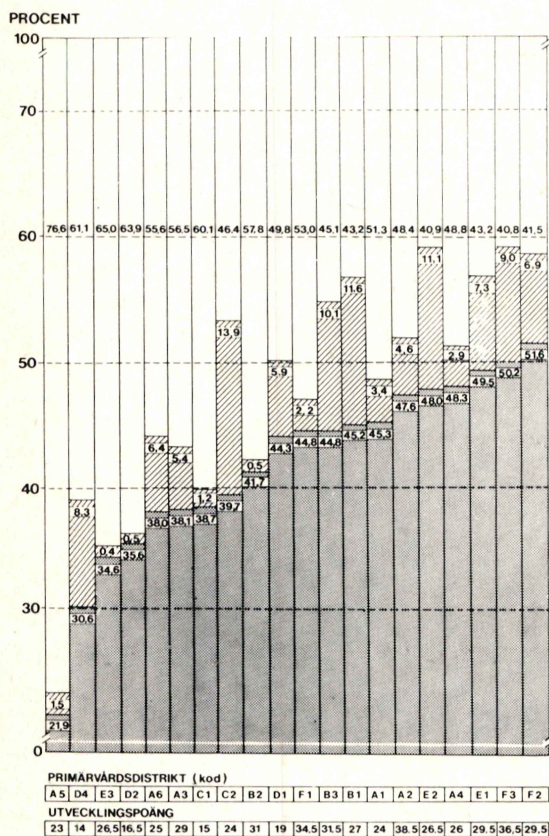
De nedersta staplarna i diagrammet illustrerar distrikt för distrikt hur stor procentuell andel av den totala besöksvolymen som idag handläggs på den egna vårdcentralen. Diagrammet ger också en antydning om att vårdcentraler med låga utvecklingspoäng anmärkningsvärt ofta också har låg kapacitet när det gäller omhändertagandet av öppenvårdsbesök från eget upptagningsområde. Motsatsen illustreras längst till höger i figuren av två vårdcentra-

ler med höga utvecklingstal och belägna i ett sjukvårdsdistrikt, där primärvården framgångsrikt kunna utvecklas utan större konkurrens från ett stort lasarett.

En mindre andel öppenvårdsbesök sker på vårdcentral i annat, ofta närliggande distrikt (mittstapel). Skälet här till kan exempelvis vara att patienten har sitt arbete i distriktet och därför också söker sjukvård där. Övre stapeln anger den procentuella andel besök som sker vid lasarettsmottagning.

Sammanlagt handläggs således idag inom vissa primärvårdsdistrikt inom Malmöhus läns landsting maximalt mellan 55–60 procent av alla öppenvårdsbesök i primärvården. Siffrorna kan ställas i relation till de beräkningar, som Socialstyrelsen tidigare gjort och som pekat mot att minst 80 procent av de totala öppna sjukvården kan ombesörjas i primärvården. Skall dessa beräkningar anses vara en realistisk målsättning för planeringen av den öppna vården kommer under de närmaste åren en betydligt ökad satsning på primärvård vara erforderlig.

Figur 4. Fördelningen av totala antalet öppenvårdsbesök från olika primärvårdsdistrikt i Malmöhus läns landsting. Siffrorna i stapeldiagrammet anger procentuella andelen besök, som handläggs vid egen vårdcentral (nedre stapeln), vid annan vårdcentral (mittstapel) samt vid lasarettsmottagning (övre stapeln).



Omfördelning av arbetsuppgifter

I planerna för primärvårdens utbyggnad ingår omfördelning av vissa patientgrupper från den öppna vården vid våra sjukhus. Den lämpliga fördelningen av vården mellan lasarettet och enheter utanför lasarettet har dock hittills varit svår att precisera.

En studie av totala hälso- och sjukvårdskonsumtionen bland befolkningen i Dalby primärvårdsdistrikt 1973/1974 pekade på potentiella möjligheter att till vårdcentralen i Dalby förlägga i genomsnitt cirka 20 procent av sjukhusmottagningarnas verksamhet med betydande variation för olika specialiteter (6). Med hjälp av data från Malmöhus läns landstings patientregistreringssystem gjordes 1979 en uppföljning av konsumtionsstudien (2). Från åren 1974 till 1979 hade totala antalet öppenvårdsbesök i distriktet ökat från 32 132 till 41 711 besök, vilket motsvarar en ökning med 30 procent (tabell 2). Antalet besök per invånare ökade totalt med 6 procent. Ökningen var störst på vårdcentralen och uppgick där till 11 procent, medan den för lasarettet endast uppgick till 2 procent. Fördelningen av besöken på vårdcentralen respektive lasarettet

Tabell 2. Antal besök respektive besök per invånare för Dalbybefolkningen vid vårdcentralen i Dalby och lasarettet i Lund 1973/1974 och 1979.

Mottagningsenhet	Antal besök			Besök/invånare			Procentuell andel av besöken	
	1973/1974	1979	Ökning %	1973/1974	1979	Ökning %	1973/1974	1979
Vårdcentralen	14 636	19 866	35	0.91	1.01	11	45.5	47.6
Lasarett (inkl jourcentral)	17 496	21 911	25	1.09	1.11	2	54.5 ¹	52.4 ¹
Totalt	32 132	41 777	30	2.00	2.12	6	100	100

¹Härav utgör besök vid jourcentral cirka 4 %.

et blev för 1979 47,6 resp. 52,4 procent, vilket i förhållande till 1973/1974 inte innebar större förbättring än cirka 2 procentenheter till förmån för vårdcentralen. I andelen lasarettbesök inkluderades dock de besök i primärvård som Dalbybefolkningen gjort vid jourcentralen i Lund. Dessa besök utgjorde vid båda registreringstillfällena 4 procent av totala antalet öppenvårdsbesök i distriktet. Trots ett besöksantalet vid vårdcentralen under den aktuella 5-årsperioden ökat med 35 procent har således proportionerna mellan de besök befolkningen gjort vid den egna vårdcentralen resp. vid lasarettets mottagningar endast förändrats i begränsad omfattning.

Den förändring som skett kan i stort sett hänföras till organisatoriska verksamhetsförändringar på vårdcentralen. Införandet av specialmottagningar har exempelvis medfört att patienter med diabetes, hypertoni, reumatiska sjukdomar och psykiatriska besvär minskat sina besök vid motsvarande lasarettsmottagningar med 26–45 procent. Införandet av kvällsmottagning i Dalby gav liknande effekt. Från Matteus vårdcentral i Stockholm har man också kunnat visa att etablerandet av primärvård i storstaden på likartat sätt får klara effekter på lasarettens mottagningar (7).

Krav på planeringsinstrument

Det är angeläget att primärvårdens fortsatta utbyggnad sammanhålls i en planering, som är inriktad på befolkningens hälso- och sjukvårdsbehov och som

möjliggör ett effektivt utnyttjande av de resurser som står primärvården till buds. I takt med utbyggnaden ökar också kraven på planeringsinstrument, som på ett bättre sätt än hittills kan identifiera aktuella hälsoproblem och ur olika aspekter belysa sjukligheten och sjukvårdsutnyttjandet i distriktet. Den officiella hälso- och sjukvårdsstatistik som idag finns tillgänglig har i detta sammanhang begränsad användbarhet för primärvården, då statistiska uppgifter sällan finns tillgängliga på kommun- eller distriktsnivå. Vad som hittills i stor utsträckning saknats i planeringsarbetet har varit enkla och praktiskt användbara mått och mätmetoder för att kunna analysera förändringar i sjukvårdskonsumtion och registrera effekter av olika åtgärder inom hälso- och sjukvården. Metodutveckling av det här slaget pågår på olika håll inom primärvården, och inom en snar framtid kan man förvänta rekommendationer av mätmetoder och system, som inte bara ger oss bättre kunskap om hälsotillståndet i befolkningen utan också lämnar relevant underlag för analys och vidareutveckling av vårdcentralens verksamhet.

Rekommendationer om mått och mätmetoder för att kunna analysera förändringar i vårdkonsumtion och registrera effekter av olika åtgärder inom hälso- och sjukvården kan förväntas inom snar framtid.

REFERENSER

1. Hälso- och sjukvård i landsting — ett planeringsunderlag. Stockholm: SPRI 1979 (SPRI-rapport 14/79).
2. Ejlertsson, G., Lithman, T., Scherstén, B., Sundström, A.: Produktion och konsumtion av hälso- och sjukvård i en definierad befolkning. Metoder för registrering och analys med tillämpning i ett primärvårdsdistrikt. Lund: Studentlitteratur, 1981.
3. Smedby, B.: Faktorer som påverkar vårdbehov och vårdutnyttjande I: SPRI. Riktlinjer för hälso- och sjukvårdsplanering. Stockholm: SPRI 1971. (SPRI-rapport).
4. Vårdstruktur. Hälso- och sjukvård inför 80-talet. Förslag till ett principprogram. Stockholm: Socialstyrelsen, 1973.
5. Kartläggning av planeringsläget inom primärvården. Lund: Malmöhus läns landsting, rapport, 1981.
6. Total sjukvårdskonsumtion i en definierad befolkningsgrupp. Studier från Dalby läkardistrikt. Stockholm: SPRI, 1976. (SPRI-rapport 12/76).
7. Sjönell, G.: Ur rapport från Matteus vårdcentrum. NYTT från utvecklingsenheten för allmän medicin. Sollentuna, nr 3, 1981.

Socialmedicinsk tidskrifts temanummer

Rehabilitering i primärvården! nr 6/81

Nödvändigheten att från olika aspekter angripa rehabiliteringsproblemet har kommit att alltmer uppmärksammas. Några av artiklarna belyser bristerna i kontinuitet och samordning i omsorgerna om den enskilde individen.

Här ställs krav på att primärvården mer aktivt skall engageras i aktivering och rehabilitering av långtidssjuka.

En bärande princip i den vårdideologi som hävdar behovet av ett hälsoarbete för lokalsamhället är att en "kommundiagnos" skall täcka inte bara panoramat av hälsoproblem utan också de sociala och ekonomiska förhållandena i den lokala regionen.

Rekvirera från
Socialmedicinsk tidskrift
172 83 Sundbyberg