

Kunskaper om sociala och ekonomiska förhållanden som underlag för planering inom primärvården

Per Nyberg

Planering på lokal nivå för primärvården och socialvården är ett nytt inslag i vårdcentralernas verksamhet. Det är därför angeläget att värdera och diskutera olika planeringsprinciper och det kunskapsunderlag som krävs för en god planering.

I artikeln framförs några krav som måste ställas vid planering på primärvårdsnivå: en målsättningsdiskussion förd av bl a praktiskt verk-samma och av avnämare, val av planläggnings-data utifrån en medveten mål-/medelsanalys samt konsekvent uppföljning och värdering av vidtagna åtgärder.

I artikeln diskuteras vidare ett projekt som syf-tar till att utvidga det kunskapsunderlag som en primärvårdsplanering bör bygga på och där praktiskt verk-samma inom sjukvård och social-vård engageras. Projektet innebär att skilda kons-umtionsmönster analyseras mot bakgrund av sociala egenskaper i olika boendemiljöer, speci-ellt sociala nätverkskaraktäristika och typiska tidsförhållanden.

Per Nyberg är forskningsassistent vid forsk-ningsavdelningen, vårdcentralen i Dalby.

Inledning

Titeln på mitt inlägg speglar min uppfattning att det kan komma positiva resultat ut av att gå utanför traditionella planeringsrutiner. Planering på vård-centralsnivå är ett nytt inslag när det gäller den medicinska primärvården och ett hittills obefintligt, men kommande inslag för socialvårdens del. Det är

alltså ett gynnsamt tillfälle att ta upp och diskutera planeringsprinciper och nödvändiga kunskapsun-derlag för denna planering.

God planering av samhälleliga verksamheter krä-ver ingående kunskaper om kausala orsakssamband av betydelse för utfallet av verksamheten. Detta innebär att planeringsarbetet, idealt sett, borde utgå från teoretiska modeller över kausalförhållanden, vilka visat sig kunna förutsäga/förklara empiriskt konstaterbara processer på ett godtagbart sätt. Det kan helt kort konstateras, att en stor del av det planeringsarbete som pågår i samhället inte följer detta mönster. Snarare kan det ses som en metod att stegvis vidareföra etablerade strukturer, vilken grundar sig på ofullständig kunskap, primitiva mo-deller över kausala samband och ibland slentrian-mässiga bedömningar av effekterna av tidigare ge-nomförda åtgärder. I stor utsträckning har krav på (relativ) enkelhet och hanterbarhet hos planerings-modellen vägt tyngre än noggrannhet och relevans. På kort sikt har detta förfaringssätt knappast några avgörande effekter, på längre sikt kan denna typ av planering, på grund av brister i bl a kunskapsunder-laget, leda till systematiska avvikelser från uppställ-da mål.

.....

På längre sikt kan denna typ av planering, på grund av brister i bl a kunskapsunderlaget, leda till systematiska avvikelser från uppställ-da mål.

.....

Krav vid planering på primärvårdsnivå

Jag kommer inledningsvis att ta upp några krav som jag menar att man måste ställa vid planering på primärvårdsnivå och kommer därefter att ge ett exempel på hur planeringsunderlaget kan utvidgas för att motsvara dessa krav.

Vid all planering bör man formulera målsättningar för den verksamhet som planeras, helst i form av alternativ, bland vilka de beslutande kan välja. Från såväl demokratisk som effektivitetssynpunkt finns mycket att vinna på att målsättningsdiskussionen inte ensidigt förs på enbart tjänstemanna- och expertnivå utan också förs ut till såväl de praktiskt verksamma (vilka har att genomföra planens intentioner) och avnämarna, patienterna/klienterna.

När det gäller planering på lokal nivå, så är visserligen målsättningarna i stort att ta som givna, av landstinget eller kommunen, men otvivelaktigt finns ett utrymme att diskutera alternativa vägar att uppfylla de givna målsättningarna. Följaktligen är det viktigt att föra en diskussion på lokal nivå: hur bryter vi ner den centrala målsättningen till den lokala nivån, vilken organisatorisk form är bäst lämpad att genomföra ambitionerna. Här finns också möjlighet att bearbeta och påverka den centrala målsättningen.

Ett annat krav på planering är, som påpekats ovan, ett kausalanalytiskt kunskapsunderlag. Vi måste ha kunskap om vilka faktorer som påverkar de förhållanden som vi planerar för. Detta krav medför att vi måste göra vårt val av planlägningsdata *medvetet*, och det kan vi bara göra om vi utgår från teoretiskt grundade, problemrelevanta modeller över dessa kausala samband.

Denna nära koppling mellan teoretiskt arbete och planeringsrelevant datasamlade är knappast genomförbar vid varje planerande enhet inom primärvården. Här måste vi nog i stället koncentrera arbetet till de vårdcentraler och liknande som har adekvata resurser för att utföra detta arbete.

Man måste ställa sig frågan om vi här har att göra med ett starkt kausalt samband.

En betydande variation mellan olika boendeyrömden när det gäller utnyttjandet av vårdcentralens tjänsteutbud.

Det sista krav på planeringsprocessen som jag skall ta upp här är behovet av uppföljning och värdering av vidtagna åtgärder. Detta är ju nära förbundet med den målformulerande verksamheten. I båda fallen är det, som jag ser det, av grundläggande betydelse att de som är praktiskt verksamma, liksom klienter/patienter, i någon form involveras i arbetet med målformulering och uppföljning/utvärdering av vidtagna åtgärder. På så sätt får man ju en realistisk uppfattning om vilka åtgärder som är lämpliga och möjliga att vidta.

Ett projekt

Jag kommer så över till det exempel på hur det kunskapsunderlag som planeringen bygger på kan utvidgas. Vi kan bla från Dalby läkardistrikt konstatera att det är en betydande variation mellan olika boendeyrömden när det gäller utnyttjandet av vårdcentralens tjänsteutbud. Generellt gäller mönstret att ju längre bort från vårdcentralen ett område ligger, desto färre antal besök. Detta kan vi beskriva ganska klart för sjukvårdssidan. När det gäller socialvårdens del så kan vi än så länge endast approximativt ange detta samband eftersom statistiken fortfarande är outvecklad här.

Samband mellan avstånd till vårdgivare och konsumtionsnivå

Sambandet mellan avstånd och konsumtionsnivå är starkt och, förefaller det, entydigt. Det är givetvis av stor betydelse för hur planeringen av verksamheten utformas vilka slutsatser man drar av observationen. Jag tycker då att man, vid planeringen av vårdcentralens verksamhet, måste ställa sig frågan om vi här har att göra med ett starkt kausalt samband och, i så fall, om det är det mest betydelsefulla. Detta förefaller mig intuitivt tveksamt, bla mot bakgrund av att det i så fall skulle förutsättas ett starkt samband mellan avståndsvariabeln och

Figur 1. Moment i en studie av lokala boendemiljöer.

Bakgrundsdata rörande boendemiljöerna	Lokal tidsbudget	Lokala sociala nätverk	Behovstillfredsställelse i lokala boendemiljöer
Uppgifter delvis från register, delvis från intervjuer med lokalt verksamma	– Tidsanvändning vid olika aktiviteter – "Tidskostnad" vid olika aktiviteter	– Nätverkens omfång, centralitet, räckvidd – Öppna eller slutna nätverk – Tätt eller löst knutna nätverk	– Inriktning och omfattning av sjukvårdskonsumtion: offentlig, privat, alternativa former – Inriktning och omfattning av social konsumtion: offentlig, privat, alternativa former
– Kön – Civilstånd – Ålder – Yrke – Inkomst	– "Tidskostnad" vid sjukvårdskonsumtion – "Tidskostnad" vid social konsumtion	– En- eller flerdimensionella nätverk – Formella/informella nätverk – Expressiva eller instrumentella funktioner hos nätverken	– Anspråksnivå och behovstillfredsställelse
– Social interaktion			– Relation mellan behovstillfredsställelse, lokal tidsbudget och lokala sociala nätverk
– Relationer till "storsamhället"			

önskemålsstrukturen hos invånarna i de olika boendegraderna. Det starka sambandet får kanske ses som snarast deskriptivt och åtminstone inte fullständigt orsaksförklarande.

Man måste ställa sig frågan om vi här har att göra med ett starkt kausalt samband.

För att komma närmare en kausal förklaring, som också är relevant för planeringen, bedriver vi ett projekt där vi prövar hypoteser om sociala egenskaper hos boendemiljöerna som förklaring till olika benägenhet att söka kontakt med sjukvård och socialvård. I fem områden på varierande avstånd från vårdcentralen och med olikartad social struktur genomför vi en enkät- och intervjuundersökning (se figur 1).

Lokala miljöers tidsegenskaper

De hypoteser vi vill pröva har dels att göra med i vilken utsträckning tillgängligheten till vårdcentralen i vid mening inverkar på konsumtionsbenägen-

.....
Hypoteser om sociala egenskaper hos boendemiljöerna som förklaring till olika benägenhet att söka kontakt med sjukvård och socialvård.
.....

heten. Detta gör vi genom att försöka fastställa lokala tidsbudgetar. I den lokala tidsbudgeten försöker vi genomföra en integrerad analys av dels boendemiljöernas "typiska" tidsanvändning – hur fördelar invånarna sin tid på olika aktiviteter – dels vilken "tidskostnad" de har vid olika aktiviteter. Det senare innebär att vi för en rad aktiviteter fastställer kostnaden i form av tidsåtgång och utgiftsförhållanden. Vi tar då hänsyn till boendemiljöens typiska förhållanden när det gäller lönenivå, kommunikationssituationen, bilinnehav, avstånd till olika aktiviteter och andra tillgänglighetsaspekter. Av speciellt intresse för studien av de fem boendemiljöerna blir naturligtvis tidskostnaden vid konsumtion av social- och sjukvårdsservice.

Lokala sociala nätverk

Vi prövar också i vilken utsträckning och på vilket sätt den sociala nätverksstrukturen inom lokala miljöer påverkar det upplevda behovet av och efterfrågan på sjukvårdens och socialvårdens tjänster. Med socialt nätverk avser vi, kortfattat beskrivet, summan av de sociala relationer en individ eller ett hushåll har. Man kan, vid beskrivningen av sociala nätverk, utgå från enskilda individer eller från en total beskrivning av nätverksstrukturen inom tex en viss boendemiljö.

Ett antal studier visar på olika funktion och struktur hos individers och grupper sociala nätverk, bl a beroende på vilken socialgrupp individerna tillhör. I vissa nätverk löser man tex problem av det slag som annars sjuk- och socialvård handlägger medan andra nätverk inte har denna instrumentella funktion. Således kan vi förvänta att finna att en större del av behovstillfredsställelsen åstadkoms inom det lokala sociala nätverket i vissa av de utvalda boendedområdena medan vi tror att man i andra områden, med en annorlunda social sammansättning, har en högre benägenhet att vända sig till tex offentliga vårdgivare.

Den relevans denna studie kan ha för primärvårdsplaneringen är dels att den förklarar de skillnader i besöksintensitet som man kan se på vårdcentralen, dels att den kan generera modeller att genom tex olika organisatoriska lösningar på ett riktigt sätt nå ut till befolkningen. Den kunskap som produceras inom projektet kan ligga till grund för försök med differentierade utbudsformer, så att de givna målsättningarna kan uppnås.

Form för kunskapsproduktion

Till slut några ord om hur arbetet bedrivs inom projektet. Det är av väsentlig betydelse, inte minst

De som är praktiskt verksamma inom områdena tas också med i projektarbetet.

mot bakgrund av kravet på återföring av erfarenheter och värdering av de vidtagna åtgärderna att de som är praktiskt verksamma inom områdena också tas med i projektarbetet. De områdesgrupper som arbetar inom distriktet – och som består av distriktsläkare, distriktssköterska och socialsekreterare – deltar i detta arbete. Detta sker dels vid kartläggningsarbetet i områdena, både när det gäller utformandet av det enkätformulär som används och när det gäller själva datainsamlingen, dels när vi kommer fram till att sammanställa resultaten och att utifrån dessa utarbeta och föreslå former för att bättre tillgodose behov hos befolkningen. I detta sammanhang är det också viktigt att försöka arbeta fram ett förbättrat statistiskt planeringsunderlag, framför allt när det gäller socialvårdens verksamhet.

De som är praktiskt verksamma inom områdena tas också med i projektarbetet.