

# Regionala aspekter på vårdutbudet



**Gösta Weissglas**

Jag representerar ett ämne, som säkert inte många här associerar till psykiatri eller sjukvård över huvud taget, nämligen kulturgeografi. Det som vi kulturgeografer arbetar med i dag har få likheter med den geografi Ni känner från skolan. — Ämnet har utvecklats till en samhällsvetenskap, som allt mer inriktas på studier av interaktionen — samspelet mellan individer, grupper och organisationer i samhället och hur det rumsliga systemet av orter och centra förändras med samhällsutvecklingen i stort. Det har blivit så att de flesta samhällsplanerare har tyngdpunkten i sin utbildning inom det geografiska ämnesområdet. Och det är som representant för kulturgeografen som en planeringsvetenskap som jag är här i dag.

Jag skall börja med att definiera några termer och begrepp som vi rör oss med, och som för den oinvidige kan förefalla vara rena fikonspråket. Det finns en teoribyggnad inom vårt ämnesområde som brukar kallas för centralortsteorin. Den är ett försök att förklara och beskriva det rumsliga system

De flesta samhällsplanerare har tyngdpunkten i sin utbildning inom det kulturgeografiska ämnesområdet. Nedanstående artikel ger vissa centrala begrepp och målsättningar för detta ämnesområde. Vidare redovisas en med kulturgeografisk metodik genomförd undersökning i Västerbottens län, där man analyserat befolkningens geografiska fördelning i förhållandet till utbudet av öppen vård — samt vilka ressträckor vårdkonsumtionen för med sig.

Undersökningen pekar bl a på att en högst begränsad utökning av antalet distriktssköterskor starkt kan mildra de regionala skillnader som nu föreligger.

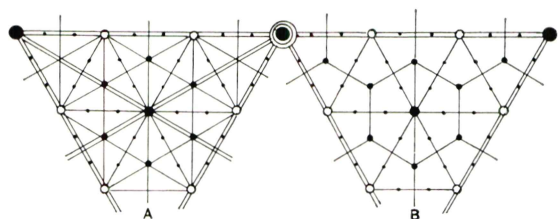
Gösta Weissglas är forskarassistent vid geografiska institutionen, universitetet i Umeå.

som bildas av den mångfald av olikstora orter som finns inom ett område, t ex ett land. Man har utgått från att en ort har centrala funktioner, dvs den försörjer inte bara ortens egen befolkning, utan levererar varor och tjänster till kringliggande områden. Olika typer av varor och tjänster kräver olikstora befolkningsunderlag. Det specifika underlaget för en viss vara eller tjänst kallas för *tröskelvärde*. Den centrala funktionens dragningskraft avtar mot omlandets periferi p g a kostnaderna och besväret att ta sig till centrum; där börjar i stället konkurrerande centra att göra sig gällande. Avståndet från centrum till denna gräns kallar vi för räckvidd; som ett sammanfattande resonemang kan man säga, att höga tröskelvärden kräver antingen hög befolkningstäthet eller stor räckvidd när befolkningen är mer spridd. Med utgångspunkt från dessa två begrepp, alltså tröskelvärde och räckvidd har man kunnat konstruera ett teoretiskt landskap, där orterna fördelar sig på ett distinkt hierarkiskt vis, med bestämda relationstal mellan antalet orter på varje nivå och efter ett bestämt rumsligt mönster. Jag skall visa en bild på ett sådant landskap. (Fig. 1.)

Efter ett föredrag vid Svenska psykiatriska föreningens höstmöte i Umeå 1971.

Fig. 1. Teoretiska tätortssystem med alternativa vägnätssystem.

Källa: Lindhagen G: Kostnader för lokala transporter vid olika lokalisering hos näringsliv och befolkning. Stockholm 1968.



| Tätortsklass |             | Antal vägar till tätorten vid |        |
|--------------|-------------|-------------------------------|--------|
| Nr           | Bezeichnung | alt. A                        | alt. B |
| 1            | .           | 2                             | 2      |
| 2            | •           | 6                             | 3      |
| 3 och större | ○ ●         | 12                            | 6      |

Bilden visar hur orterna är fördelade efter bestämda principer och hur räckvidderna, eller, som vi också säger, omlanden kring orterna bildar ett hexagonalt system. Centra av olika storlek konkurrerar om utrymmet; nät av ortsomland på olika hierarkisk nivå lagras på varandra, och skapar ett intrikat mönster.

Det har naturligtvis aldrig föresvävat någon att man skulle kunna finna ett sådant ideallandskap någonstans, inte ens om man översatte modellens geometriska dimension till kostnads- eller tidstermer. Men modellen har haft, och har fortfarande stor betydelse som utgångspunkt och referenssystem vid samhällsgeografiska analyser. Vissa följsatser av teorin, t ex att proportionerna mellan orterna inbördes rang och antalet orter i olika storlekklasser håller sig tämligen konstanta, går dessutom ganska fint att visa empiriskt. Jag nämner det här för att visa något av den bakgrund som de flesta av våra samhällsplanerare har att referera till vid sina reflektioner om lokalisering och dimensionering av orter och serviceinrättningar. I begreppet regional balans ligger just den empiriskt funna regelbundenheten i proportionerna

*I begreppet regional balans ligger den empiriskt funna regelbundenheten i proportionerna mellan olikstora orter.*

mellan olikstora orter jag nyss nämnde.

På makroplanet är det säkert riktigt att referera på detta sätt; på lägre ortshierarkisk nivå har den hastigt ändrade närings- och transportstrukturen medfört att likheter med modellandskapet ofta är obefintliga. Men de grundläggande idéerna om centralorterna, i ett ortssystem som utbudsplatser för olika nyttigheter finns kvar, och tröskel- och räckviddsbegreppen ligger till grund för de normer som är bestämmande för lokaliseringen och dimensioneringen av privata och allmänna tjänster av vad slag det var månne.

Och därmed har jag kommit något närmare temat för detta höstmöte.

Samhället bjuder ut en hel serie tjänster. Det kallar vi för offentlig service. Ett ideal vore att alla tjänster på något "naturligt" sätt vore integrerade till ett välfungerande system. Nu vet vi att det inte är så. Sektorsplanering och skråfenomen har medfört glapp och överlappningar.

## Behov och anspråk

Utbudet av den offentliga servicen bildar ett mönster, som i dag inte nämnvärt skiljer sig från utbudet av den kommersiella servicen. Huvudsakligen på politisk väg har normer och tröskeltal skapats, och dessa normer är avgörande för dimensionering och lokalisering av utbudet. Vad som i allmänhet har saknats är att dessa normer och tröskelvärden inte varit uttryck för en rumslig eller regional syn på problemen, utan snarare uttryck för ofta tämligen valhänta försök att ge en företagsekonomisk touche åt det egna fögderiet. Förståeligt nog, för all del; man har endast haft sektoriellt strikt avgränsade och strängt ekonomiskt begränsade ramar att röra sig med.

Vårt samhälle präglas av snabba förändringar — socialt, näringslivsmässigt, demografiskt, kommunikationsmässigt. Det medför besvärliga situationer; tillväxtområdena har sina specifika problem och avfolknings- och stagnationsområdena har sina. Som psykiater känner Ni naturligtvis till mycket bättre än jag vilka problem som drabbar den enskilda människan när hon kommer i kläm i denna samhällets omdaningsprocess.

Vårdbehov anses vara svåra att definiera. Dess-

Vi kan ha avsevärda regionala skillnader i anspråk medan behoven av politisk-ideologiska skäl knappast torde tillåtas variera i någon nämnvärd utsträckning.

utom finns det här risker för begreppsförvirring: termen "behov" har i officiella sammanhang kommit att beteckna samhällets, politikernas, insikter om vilka väsentliga resurser som individen måste förfoga över för att uppnå åsyftat fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande. Termen *anspråk* kan i stället få representera den enskilda individens uppfattning.

Om vi använder oss av begreppen behov och anspråk definierade på detta sätt, innebär det således, att vi kan ha avsevärda regionala skillnader i anspråk, medan behoven, av politisk-ideologiska skäl, knappast torde tillåtas variera över ytan i någon nämnvärd utsträckning. Dessutom är det så att olika delar av det administrativa maskineriet släpper fram anspråken, respektive formulerar behoven. Sambandet mellan efterfrågan och utbud fungerar inte. (Hamrin: Stadsplanering).

Vår kännedom om eventuella regionala variationer i anspråksnivå är mycket begränsad, men vi kan t ex iakttä en låg vårdkonsumtion i rurala, perifert belägna områden, och en betydligt högre vårdkonsumtion i storstadsområdena. Den lägre konsumtionen beror i okända proportioner på avskärmat informationsläge, dålig tillgänglighet och låg anspråksnivå. I motsvarande grad torde den högre, urbana, konsumtionen bero på informationstät omgivning, hög tillgänglighet och högt satta anspråk.

Någonstans däremellan har samhället lagt sin behovsnivå; mycket talar för att den ligger närmare den urbana än den rurala anspråksnivån.

## Regional jämlikhet

Regional jämlikhet har kommit att bli ett begrepp som lanserats och flitigt använts i den regionalpolitiska debatten. Studerar man glesbygdspolitiken finner man, att det är tillgängligheten till olika former av service som utgör ett av kardinal-

problemen. Detta tillgänglighetsbegrepp inrymmer för sjukvårdens del två väsentliga inslag: dels det direkta transportbekymret fram till en i sammanhanget lämplig vårdinrättning, t ex en treläkarstation, dels avståndet till en vårdinstans på låg hierarkisk nivå, t ex distriktssköterskan eller någon annan, som har kunskaper och befogenheter att direkt utföra enklare behandling eller att lotsa in patienter i vårdhierarkin på en något så när riktig nivå. Det finns otaliga belägg för att avståndet till en sådan kontaktperson medfört att adekvat behandling uteblivit eller satts in för sent.

Ett centralt planeringsmål bör rimligen vara att dimensionera och lokalisera den offentliga servicen så att tillgängligheten i detta begrepps vidaste bemärkelse blir så stor som möjligt. Vidare bör denna tillgänglighet kunna uttryckas i termer, som kan tjäna som normtal, och som lämpar sig som diskussionsobjekt vid politiska ställningstaganden. Hittills har sjukvårdsutbudet i vårt land planerats med utgångspunkt från den ovan diskuterade behovsnivån, och med användande av tämligen stereotypa tröskeltal, av den typ som presenterades inledningsvis.

Man skulle kunna tänka sig att planeringsnormerna för sjukvård och andra offentliga tjänster som är till för individens välbefinnande skulle kunna omformuleras till vad vi kan kalla *bekymmerslindring* för individen. Då skulle både ett medicinskt adekvat vårdutbud och en förbättring av tillgängligheten ingå som en grundförutsättning i en integrerad vårdplanering. Och det skulle ingå som ett naturligt moment att beakta mindre gripbara karakteristika i ett område. Kanske något som man kunde benämna traktspecifik anspråksnivå.

Som jag tidigare nämnde är det — åtminstone i glesbygdsområden — högst påtagligt vilken viktig roll vårdformer på låg hierarkisk nivå spelar, dvs framför allt distriktssköterskorna. Dels represen-

Som jag tidigare nämnde är det — åtminstone i glesbygdsområden — högst påtagligt vilken viktig roll vårdformer på låg nivå spelar, dvs framför allt distriktssköterskorna.

terar hon någon sorts närhetstrygghet, och dels har de stora avstånden och de många vakanserna på provinsialläkartjänsterna medfört att hon har helt andra arbetsuppgifter än den förebyggande hälsovård som tjänsteinstruktionen föreskriver. Dessutom torde någon form av betonad psykiatrisk utbildning av distriktssköterskorna vara mycket värdefull, och väl sammanfalla med socialstyrelsens uttalade målsättning och i varje fall försöksvis låta distriktssköterskor och den sociala fältpersonalen bilda en arbetsenhet.

## Planeringsnormer i stället för tröskeltal

Hur skall man förfara då man måste skapa lättbegripliga, handfasta mått som kan användas som planeringsnormer i stället för de traditionella tröskeltalen? Jag skall skissera ett förslag, baserat på en undersökning, som genomförts i Västerbottens län 1970. Den refererade undersökningen omfattar en analys av befolkningens läge i förhållande till utbudet av öppen vård samt vilka resmängder vårdkonsumtionen för med sig. Det befintliga vårdutbudet strukturerades där på 4 nivåer; centrallasarettsnivå, normallasarettsnivå, provinsialläkarnivå och distriktssköterskenivå.

Förutom demografiska data och data om vägar och kommunikationer bestod basmaterialet av data från en SPRI-undersökning om patientströmmar mellan olika vårdnivåer kompletterad med en fältundersökning som genomfördes i Vilhelmina kommun under en höstvecka, där alla öppenvårds-kontakter och remisser kartlades med hjälp från 3-läkarstationen och försäkringskassan.

Undersökningarna om patientströmmar mynnar ut i 2 procentfördelningar: Den ena visar hur patienterna fördelar sig på olika nivåer, om alla besök i öppen vård direkt skulle gå till den vårdnivå som tar på sig ansvaret för vården, alltså utan remittering. Den andra visar hur man i realiteten reser, då även patienter på återbesök, utan remisser inkluderas. (Tabell I.)

Den första fördelningen kan sägas svara mot något sorts önsketillstånd; vore vårdinrättningarna rätt lokaliserade och visste folk direkt var de skulle behandlas, så skulle den undersökta populationen fördelas på olika vårdnivåer på detta sätt.

Tabell I. I Patientkontakterna fördelade efter den vårdnivå som tar ansvaret för vården.

II Fördelning av patientkontakterna beräknade på alla resor till öppen vård.

| Vårdnivå                 | procentuell fördelning |        |
|--------------------------|------------------------|--------|
|                          | I (%)                  | II (%) |
| Centrallasarett          | 6,4                    | 8,4    |
| Normallasarett           | 8,7                    | 7,6    |
| Provinsialläkare (motsv) | 58,2                   | 45,3   |
| Distriktssköterska       | 26,7                   | 38,7   |
|                          | 100,0                  | 100,0  |

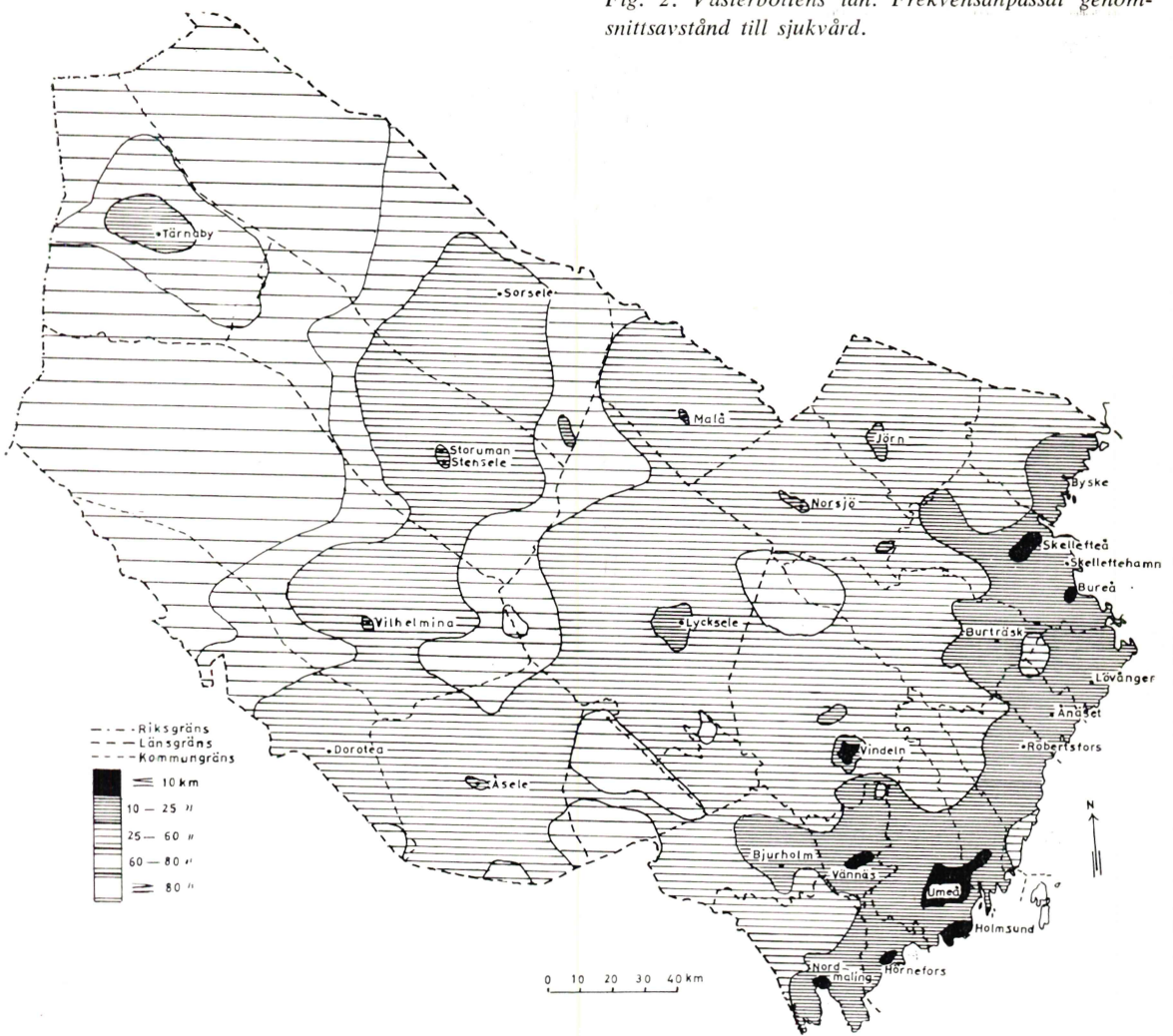
Genom att mäta avståndet från varje litet delområde till närmaste utbud av vård på de olika nivåerna, och vikta de erhållna avstånden med procentsatserna i den första fördelningen fick vi för varje mätpunkt ett värde som vi i brist på begriplig terminologi kallade "frekvensanpassat genomsnittsavstånd", och som uttrycker en individs samlade transportbekymmer för att kunna konsumera sin öppna vård under ideala förhållanden. Dessa värden har sedan överförts till en kartbild. Kartan kan betraktas som en form av "mental map" och kan sägas visa en genomsnittsbefolkningens upplevda avstånd till lämplig instans för öppen vård. Klassgränserna är godtyckligt valda för att illustrera skillnaderna mellan kust och inland utan att tillgripa för många intervall. (Fig. 2.)

## Kolossala skillnader

Om man sedan jämför situationen i länets olika delar får man en bild av vilka kolossala skillnader i tillgänglighet som finns. I kustlandet uppgår medelresevolymen till någon mil per år och invånare, i fjällkommunen Sorsele till över 40 mil. Det skulle räcka med en högst begränsad utökning av antalet distriktssköterskor för att mildra de regionala skillnader som kartbilden visar.

Den andra fördelningen kan användas som bas för beräkning av det direkta transportarbetet. Avstånden till vårdinrättningarna viktas med värdena i tabell II. Den totala konsumtionen av öppen vård i ett delområde är direkt beroende av åldersstrukturen i området, och går tämligen lätt att

Fig. 2. Västerbottens län. Frekvensanpassat genomsnittsavstånd till sjukvård.



räkna fram, eftersom vårdkonsumtionen finns beräknad för olika åldersklasser. Sätter man dessa uppgifter i relation till varandra, så får man ett mått på det totala, årliga transportarbetet.

Hur kan man då använda dessa uppgifter? Det borde inte vara omöjligt att basera en vårdplanering efter lägesuppgifter av den sort som här har visats. Antingen man väljer den faktiska transportmängden eller det frekvensanpassade genomsnittsavståndet som utgångspunkt för planeringen av sjukvården så kan man på detta sätt beakta effekten av ändrad lokalisering av olika vårdformer. Man ser direkt hur transportarbetet för den enskilde förändras om t ex en tjänst indras eller

nylokaliseras. Man kan på samma sätt se — på karta om man vill, men det är inte nödvändigt — hur det är ställt med den regionala jämlikheten, och man kan skapa politiskt lättfattliga normer av typen "vi tillåter inte mer än 50 km genomsnittsavstånd till vårdinstans". Man kan direkt evaluera effekten — för konsumenterna! — av olika utbud, t ex i ett val mellan att inrätta läkar-

*Det skulle räcka med en högst begränsad utökning av antalet distriktssköterskor för att mildra de regionala skillnader som kartbilden visar.*

Jag föreställer mig att just ängslan över att inte inom rimligt räckhåll ha en vårdkunnig instans att vända sig till, antingen för att få en enklare vård direkt eller för att få en sakkunnig spedition uppåt i vårdhierarkin är en nyckelfaktor i den kedja av samhällsservice som skall ge fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande.

tjänster eller distriktsskötersketjänster. Dessutom är lägesuppgifter av denna typ tacksamma att använda vid ADB-beräkningar, särskilt när vi får koordinatsatta folkräkningsuppgifter.

Avslutningsvis: Kan man dra några slutsatser av detta, som direkt har anknytning till den psykiatriska vården? Ja, undersökningarna har ju visat vilken oerhörd inverkan för närhetstryggheten, som bara en begränsad ökning av vårdutbudet på lägre nivåer får, så fort vi lämnar de urbaniserade områdena.

Jag föreställer mig att just ängslan över att inte inom rimligt räckhåll ha en vårdkunnig instans att vända sig till, antingen för att få en enklare

vård direkt, eller för att få sakkunnig spedition uppåt i vårdhierarkin är en nyckelfaktor i den kedja av samhällsservice som (enligt WHO:s definition) skall ge fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande. En utökad satsning på den öppna vården får alltså en odelat positiv inverkan ur de aspekter som jag här har pekat på.

### Slutsatser

*Till sist:* Som samhällsvetare upplever jag ofta att vi är ute och famlar i gränsmarkerna mot psykiatriska eller beteendevetenskapliga problem. Dit hör t ex våra försök att formalisera individens och gruppens beteende inför situationer som flyttning, val av resvägar, kommunikationsmedel och avståndsuppfattning. Det är väldigt tilltalande att det tycks öppnas möjligheter till samarbete och utbyte av erfarenheter. Jag är övertygad om att det kommer att bli till stor nytta.

### REFERENSER

*Lindgren—Palmquist—Weissglas*, Sjukvård i glesbygd. Glesbygdsforskningen, rapport nr 19, Geografiska institutionen. Umeå 1971

*Hamrin, Eva*: Stadsplanering. Teknik kontra verklighet. Stockholm 1970

## Nyhyttan

### *Kurort och enskilt sjukhem*

Storslagen bergslagsnatur — utmärkta promenadvägar — hög och torr barrskogsluft — sjukgymnastik — massage — bad.

Läkare: Med. Dr G. Smårs.

Behandling av invärtes sjukdomar, mag- och tarmsjukdomar, hjärt- och blodtryckssjukdomar, reumatiska åkommor. Konvalescens och rekreation. Prospekt och upplysningar genom rumsbeställningen. Tel. 0587/604 00.

Postadress: FACK 65, 710 32 JÄRNBOÅS.