
Hälsocentralens strategi: Vård i främsta linjen

OUTI ELONHEIMO

Ordboken definierar strategi som krigsledningskunskap. När man talar om hälso- och sjukvård – om att behandla sjuka och att främja hälsa – låter krigsledningskunskap rätt långsökt. Men ordet har en annan definition som betydligt bättre passar in på hälso- och sjukvårdsplanering: en handlingsplan som baserar sig på överväganden eller beräkningar. Strategisk planering är just att göra upp planer för hur man skall uppnå ett visst mål. Speciellt viktigt är både att ha strategisk planering och att leda produktionen av hälso- och sjukvårdstjänster enligt strategin, när man tillhandahåller kommunala hälso- och sjukvårdstjänster. Detta behövs eftersom hälsovårdens resurser inte utan noggrann planering räcker till för att tillfredställa de allt större behoven hos den åldrande befolkningen, motverka den tilltagande nyhjäplösheten och svara på de ökande tekniska resurserna. Den ett decennium gamla reformen av statsandelarna och den ansträngda kommunala ekonomin som följde på recessionen, kräver en speciell anpassningsstrategi med avseende på de kommunala tjänsterna. Just nu har hälso- och sjukvården en etisk skyldighet att noggrannare än tidigare definiera vilka hälsovårdstjänster befolkningen behöver och att möta behovet genom att inrikta sina knappa resurser på de rätta verksamhetsformerna (1).

Det finländska hälso- och sjukvårdssystemet har vissa särdrag som präglar den strategiska planeringen av hälso- och sjukvårdstjänster. Den kommunala lagstiftningen samt och hälso- och sjukvårdslagstiftningen ger kommunerna vissa klara skyldigheter att ordna och bekosta tjänsterna. Lagstiftningen säger ändå nästan ingenting om hur tjänsterna skall ordnas, utom till den del det föreskrivs om begränsningar i avgifterna för tjänsterna, och i framtiden också om tidtabellen för när de skall vara tillgängliga. I praktiken har det i Finland uttryckligen slagits fast att det är kommunernas skyldighet att ordna och bekosta de hälso- och sjukvårdstjänster kommuninvånarna behöver. Detta för med sig en ojämlig tillgång till hälsovårdsservice för medborgarna som beror på kommunernas varierande

ekonomiska situation – och ofta för det också med sig ökande inbesparingskrav för dem som verkar inom hälsovården. Dessutom berörs hälsovårdsadministrationen av de lagbundenheter som gäller för den offentliga sektorn. Befolkningens önskemål inverkar åtminstone i teorin på utbudet av hälsovårdstjänster via det representativa kommunala beslutssystemet. Då måste också hälsovårds-

FÖRFATTAREN

MKD Outi Elonheimo är klinisk lärare vid Institutionen för folkhälsovetenskap vid Helsingfors universitet

sektorns administration vara offentlig och kontrollerad. Den kommunala demokratin och den offentliga administrationen strävar alltså till samma mål, att skapa möjligheter för medborgarna att påverka.

En väsentlig uppgift för kommunala förtroendemän är också att ansvara för strategin för att tillfredsställa medborgarnas behov av hälsovårdstjänster. Då betonas beslut om resurser och resursallokering samt frågor som gäller produktionsstrukturerna. Att omvandla strategin till operativ verksamhet samt att leda och följa upp verksamheten blir ändå en uppgift för de ledande tjänsteinnehavarna inom hälso- och sjukvården. Den lyckligaste situationen skulle vara att den strategiska planeringen (vad man strävar efter och hur man tänker uppnå målet) skulle ske i samarbete mellan dem som utnyttjar tjänsterna (befolkningen och dess politiska representanter) och dem som producerar tjänsterna (de högre befattningshavarna inom hälsovårdssektorn och de anställda på hälsocentralen). Då skulle man få en effektiv och fungerande kedja från befolkningens behov till en riktig resursallokering och en förnuftig produktion av tjänster. Detta skulle otvivelaktigt också innebära ekonomisk nytta, även om den egentliga fördelen skulle vara att kommunen för hälsovårdstjänsternas del skulle kunna ansvara för sin huvuduppgift, att se till medborgarnas välbefinnande.

PLANERING AV HÄLSO- OCH SJUKVÅRDS- TJÄNSTER

Man kan säga att planeringen av hälso- och sjukvårdstjänster har två nivåer: strategisk planering och operativ planering. Den strategiska planeringen syftar till att svara på frågan: *gör vi de rätta sakerna*. Målet för den strategiska planeringen är att definiera och hela tiden granska organisationens huvuduppgift, verksamhetsidé och visioner. Det är långtidsplanering som utgör grunden för den operativa planeringen. Att definiera behoven hos den befolkningsgrupp som tjänsterna är avsedda för, är då en del av den strategiska planeringen. Till den strategiska planeringen hör också att besluta hur man vill prioritera förebyggande, vårdande och rehabiliterande tjänster. Följande planeringsnivå är den operativa. Den syftar till att svara på frågan: *handlar vi på rätt sätt*. Är vår verksamhet professionellt och administrativt den rätta och upplever man att den är rätt? Man kan naturligtvis inte helt skilja den strategiska och den opera-

tiva planeringen från varandra, och de har en stor gemensam snittyta. Också en del av de måttstockar som används vid uppföljningen är gemensamma (2).

STRATEGISKA VERKTYG OCH STRATEGISK LEDNING

När en organisation planerar sin strategi har man i allmänhet brukat definiera de gamla slitna strategitermerna mission och vision. Mission betyder organisationens verksamhetsidé, *huvuduppgift*. Att definiera grunduppgiften hjälper organisationen att vara fokuserad, att koncentrera sin verksamhet i rätt riktning. Vision å andra sidan är en önskan eller ett sätt att se på verksamhetens resultat, hurdan organisationen är när den verkar på önskat sätt. Visionen är ofta visionärernas munväder, men i bästa fall sporrar den personalen att arbeta tillsammans för ett gemensamt mål. Det har också varit på modet att använda SWOT-analys som strategiverktyg. Det betyder att man definierar organisationens styrkor, svagheter, möjligheter och hot. Tråkigt nog kan man ibland se den vanföreställningen att strategin skulle vara färdig när man definierat dessa. SWOT-analysen kan ändå i bästa fall bara utgöra en grund och en utgångsanalys för den egentliga planeringen av verksamheten, d.v.s. den verkliga strategin.

Strategiskt ledarskap innebär i sista hand att leda en förändring av organisationen, att planera, att leda och att följa upp verksamheten. Ledaren måste då – gärna i samarbete med andra arbetstagare och politiska beslutsfattare – kunna svara på frågor om förändringen: varför, vad, hur och vilka följder har den (3).

Frågorna *varför?* och *vad?* definierar *det konstaterade behovet av förändring*. Ett behov av förändring kan orsakas dels av omgivningen, av invånarnas behov av tjänster och av den politiska beslutsprocessen, dels av de tillgängliga resurserna och av möjligheterna att använda dem. För att identifiera ett förändringsbehov måste man känna till den nuvarande tjänsteproduktionen och tillvägagångssätten, och man måste också jämföra hur väl de motsvarar omvärldens krav. Förändringsbehovet definieras också av den nuvarande strategin – om förändringen är inbyggd i organisationens strategiska tänkesätt, behövs det ofta bara små förändringar i verksamheten när man reagerar på förändringar i omgivningen.

Tabell I. Råd för strategisk ledning och förändringsledning

1. Förstärk organisationens grundläggande värderingar (definiera huvuduppgiften).
 2. Använd dig av kunnande och teknologi.
 3. Klargör och använd dig av medarbetarnas professionella kompetens.
 4. **Koncentrera dig på att utveckla processen (patientarbetet)** snarare än att förändra strukturen och organisationen.
 5. Skapa engagemang hos medarbetarna att fortlöpande analysera och planera arbetet och dess resultat.
 6. Skapa tydlig ansvarsfördelning mellan medarbetarna.
 7. Följ upp och utvärdera resultatet → gör vid behov upp nya förändringsplaner.
-

I det följande skall vi begrunda *möjligheterna att tillämpa strategin*. På detta inverkar i första hand organisationens ledning och den nuvarande strategin. Det är av största vikt hur starkt ledningen binder sig vid en förändring enligt strategin. Den operativa ledaren, för att inte tala om den som producerar tjänsterna, är inte nödvändigtvis en ivrig förändringsledare. Det är säkrast att hålla fast vid organisationens gamla kända verksamhet – ”i sin egen trygga vrå”. Förutom förändringsinnovatörer behövs också de som för ordet vidare, innan man har fått de långsamma förändrarna (både ledare och arbetstagare) med på förändringsplanerna och på att förverkliga dem. Den valda nya strategins inverkan på möjligheterna att förverkliga förändringen är stor. Ju mera invecklad strategin är, desto svårare är det att genomföra den. Ofta måste man dela upp strategin i delpplaner. Det är också skäl att planera förändringen så att man kan återställa verksamheten till det ursprungliga.

Redan planeringsskedet tar ställning till frågan *hur?*. Det mest betydande stadiet när man lägger upp strategin är att färdigt fundera ut de praktiska handlingsmodeller man kommer att använda för att nå målet. *Ledningsprocessen* i och för sig avgör sedan hur man lyckas tillämpa strategin. Ledarens uppgift är, förutom att sörja för den strategiska planeringen och för den verksamhet som följer strategin, att också kontrollera hur strategin genomförs.

De inbördes förhållandena inom organisationen och dess olika enheter måste vara i skick för att man skall uppnå flexibel verksamhet. Ytterligare är det ledarens uppgift att även skapa inre samordning och samarbetsanda.

Uppföljningen av strategin sker i hög grad med samma mätare som man använder för att följa upp den operativa verksamheten. Den operativa uppföljningen koncentrerar sig mera på arbetsfördelning samt på att granska produktionsprocesserna och ekonomin statistiskt. Å andra sidan är en fortlöpande granskning av produktionsprocessen också det viktigaste verktyget för strategisk uppföljning. Exempelvis för verksamheten på en hälsocentral betyder detta att ledaren måste veta för vilka slags patienter man tillhandahåller olika slags undersökningar och behandlingar. Genom att standardisera patientmaterialet enligt hur resurskrävande det är, får man mätare för de olika enheternas produktion (4). Strategikontrollen kan indelas i sådan som sker på förhand (intressegruppsanalys, SWOT, marknadsundersökning) och responsanalys (produktionsmätare, verksamhetsmätare, kundtillfredsställelse o.s.v.). Det viktigaste är att mätaren eller mätarna visar hur bra det som skulle uppnås med strategin har genomförts. När det gäller hälsocentralens verksamhet handlar det oftast om huruvida man producerar tillräckligt med tjänster och huruvida befolkningens hälsa blir omskött. Speci-

ellt inom hälsovården måste man beakta att en kort mätperiod kan ge ett alldeles annat resultat än en lång period. Om man t.ex. satsar på primärvården, kan hälsovårdskostnaderna tillfälligt t.o.m. stiga, men i ett längre perspektiv sjunker kostnaderna för den specialiserade sjukvården när sjukdomskomplikationerna minskar.

De ovan beskrivna faserna i strategisk ledning enligt Shortell visar att strategisk ledning i praktiken är att leda förändring, att inrikta verksamheten på nytt i önskad riktning. För att genomföra förändringsprocessen och bryta ned förändringsmotståndet speciellt för att skapa nya, flexibla verksamhetsmönster, krävs speciella ledaregenskaper av hälsocentralens överläkare, förmåga att lyssna till beslutsfattare, patienter och arbetstagare samt förmåga att organisera och klara av saker. I Tabell I finns en lista på anvisningar som hjälper med avseende på strategisk ledning och förändringar.

STRATEGISK LEDNING INOM HÄLSO-VÅRDEN

Hälsovårdsorganisationen och speciellt hälsocentralverksamheten innebär ovanligt stora utmaningar för den strategiska ledningen. Hälsocentralen är en multiprofessionell organisation, där sakkunniga och yrkesmänniskor från många olika områden arbetar. Därför leds hälsocentralen som en expertorganisation; ledarens uppgift är att få experterna att verka tillsammans. En annan egenhet med hälsocentralen har att göra med föremålet för verksamheten. På hälsocentralen sköter man osålade patienter av alla slag. När man producerar hälsovårdstjänster måste man lösa både enkla och invecklade problem. Ofta har patienterna dessutom flera olika problem och invecklade livssituationer.

Strategisk ledning inom hälsovården är inte längre enbart långsiktplanering, utan uppgiften är anpassning till skiftande betingelser i omgivningen. Om omvärlden (t.ex. befolkningens efterfrågan eller de till buds stående ekonomiska resurserna och arbetskraftsresurserna) är mycket turbulent, kan planeringens tidsperspektiv inte vara långt. Strategisk förmåga är förmågan att klarare än andra se hur och i vilken riktning världen förändras, samt att kunna reagera också på svaga signaler som kräver förändring. Det är viktigt att i framtiden särskilja faktorer som är lätta att förutsäga och sådana som inte kan förutspås. Sådant

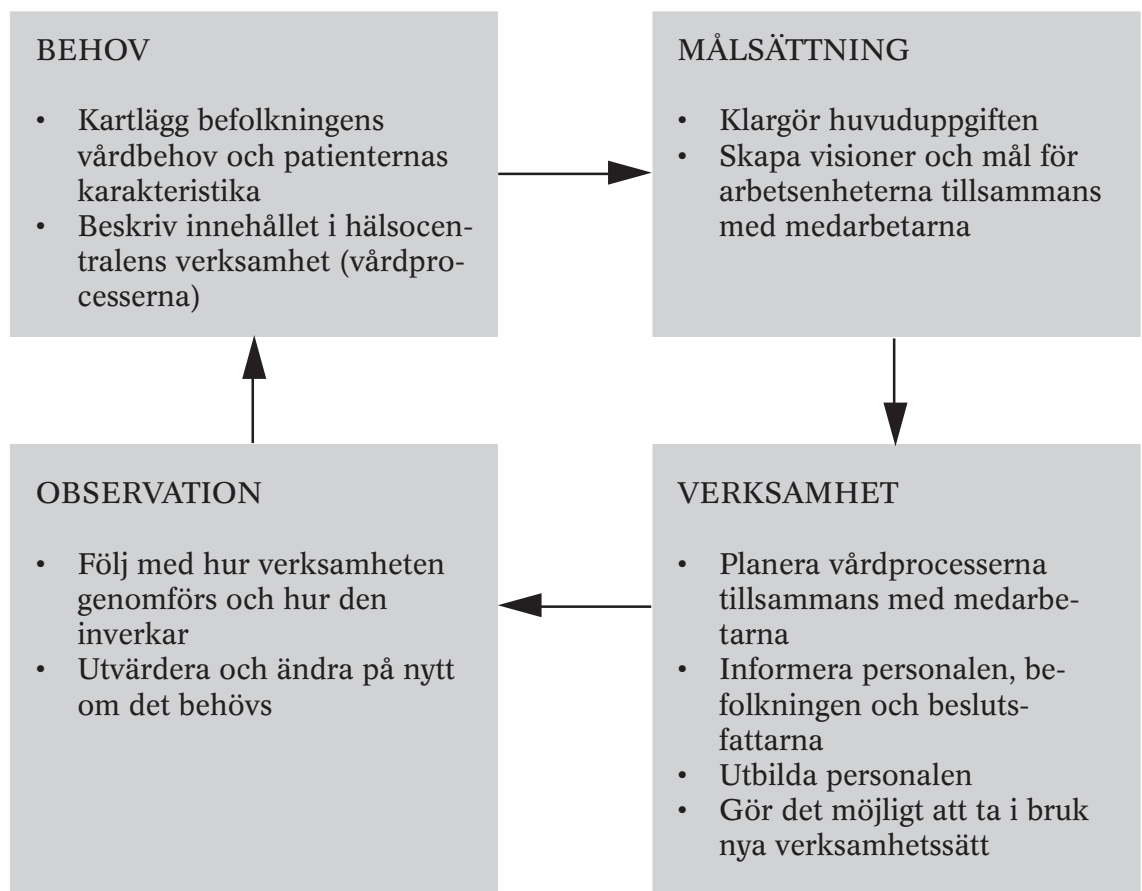
som lätt kan förutsägas t.ex. mängden äldre-tjänster kan skötas med enkel planering. Oförutsedda saker t.ex. epidemier eller förändringar i praxis för hur sjukdomar behandlas kräver reaktionsförmåga och beredskap för förändring. För att bemästra både förutsägbara och oförutsägbara förändringstryck behöver man både förutsägande och uppföljande mätmetoder.

Hälsovårdens verksamhet avviker från affärlivets strategiska planering. I den sistnämnda är det snarare frågan om att skapa framgång och att hållas kvar på marknaderna. Inom hälsovården måste man å andra sidan gå en balansgång mellan långsiktiga mål t.ex. att erbjuda kommuninvånarna tillräckliga hälso- och sjukvårdstjänster och att bemästra omgivningen (t.ex. den obegränsade ökningen av efterfrågan. Dessutom borde man få verksamheten anpassad så att den motsvarar målen.

STRATEGISK LEDNING PÅ HÄLSOCENTRAL-LEN

I hälsocentralvärlden ger de strategiska riktlinjerna upphov till ett förändringstryck. För att få hälsocentralen att klara av sin egen huvuduppgift, att sköta kommuninvånarnas sjukdomar och hälsa, måste verksamheten inriktas på att motsvara befolkningens behov. Hälsocentralens verksamhetsstrategi kan alltså bara vara att svara på befolkningens behov och inte på den okontrollerade efterfrågan. I praktiken innebär detta att planera och inrikta den operativa verksamheten, patienternas vårdprocesser, på nytt. På så sätt närmar sig den strategiska och operativa ledningen varandra. Den operativa ledningen skall se till att strategin omsätts i praktiken. Man planerar om vårdprocesserna, utbildar och motiverar arbetstagarna, informerar kommuninvånarna och följer hela tiden verksamheten. På så sätt kan också de strategiska och de operativa mätarna åtminstone delvis vara desamma.

Jag kommer att här beskriva processen med att skapa och planera strategin för Nilsiä stads hälsocentral och det därpå följande projektet för att förändra den operativa verksamheten som jag genomförde som överläkare år 2000 (5). Mot den bakgrunden går jag också igenom stadierna i den strategiska och den operativa ledningen av hälsocentralen, som presenteras närmare i Figur 1.



Figur 1. Strategisk och operativ ledning på en hälsocentral.

BEHOVET

Nilsjö hälsocentral hade före år 1999 varit utan chef i 12 år. Detta syntes bl.a. i att de inbesparingar som stadens budget var i stort behov av hade varit lätta att göra genom nedskärningar i hälsovårdssektorns verksamhet. I nästan trettio år hade dessutom samma tjänster producerats utan att man alls funderade på om de längre motsvarade den krympande och åldrande befolkningens behov. Det fanns alltså ett *konstaterat behov av förändring*. För att inrikta de små resurser som fanns kvar så att de skulle ge befolkningen så stor nytta som möjligt, beslöt vi att göra en vidsträckt *kartläggning* av hälsocentralens *patienters* och potentiella användares *behov av hälsovårdstjänster* och av *hälsocentralens nuvarande*

verksamhet. Vi använde en modell för utnyttande av tjänster inom primärvården (6) för att i två månader registrera uppgifter om patientens ålder, kön, tidigare sjukdomar och orsak att söka vård i fråga om alla patientkontakter på hälsocentralen och inom äldreården. Dessutom bokförde vi behandlingar och undersökningar i samband med kontakten. Med hjälp av ovannämnda modell beskrev vi sedan vårdprocesserna och vilka patienter som använde olika tjänster. Sedan utökade vi denna modell för utnyttjande av tjänster för Nilsjö med alla tillgängliga registeruppgifter (FPA, Hilmo o.s.v.) om hela befolkningens ålder, kön och sjukdomsmönster. Vi kunde då påvisa vilka verksamheter det var nödvändigt att satsa resurser på och hur framtiden skulle se ut om man inte på allvar

började förebygga de stora folksjukdomarna.

Det var mycket arbetsamt att införskaffa och skraddarsy registeruppgifterna. Därför har de finländska registerproducenterna och några erfarna hälsocentralläkare förenat sina krafter och planerat de viktigaste indikatorerna för kommunbefolkningens behov och användning av hälsovårdstjänster i form av något som kallas Kommunhälsans grundtabeller. De är i fortsättningen tillgängliga på Stakes webbplats som hjälpmedel för hälsocentralöverläkare vid planering av tjänster (1).

MÅLSÄTTNING

I följande skede höll överläkaren och ledande skötaren ett möte med de anställda inom samtliga verksamhetsenheter på hälsocentralen, där vi gick igenom enhetens verksamhet i ljuset av siffrorna och granskade befolkningens behov från enhetens synpunkt. Utgående från dessa uppgifter diskuterade vi huruvida man erbjöd befolkningen de rätta tjänsterna. Under diskussionens gång ställde varje arbetsenhet dessutom upp *målen för sin verksamhet*. Arbetsenheterna definierade vad de tyckte var viktigt och vilka tjänster de tyckte att de borde erbjuda. På samma gång kom de anställda att *göra klart för sig* både hela hälsocentralens och sin egen arbetsenhetens *huvuduppgift*. (Det är häpnadsväckande att aktörerna i allmänhet inte ens inom hälsovården är medvetna om huvuduppgiften – oftast har man inte ens tillsammans dryftat den.) Till slut behandlade vi ytterligare detta inom hälsocentralens ledningsgrupp, och antecknade som hälsocentralens huvuduppgift att behandla insjuknade Nilsjäbor och personer från andra kommuner i behov av brådskande behandling, samt att främja Nilsjäbornas hälsa och funktionsförmåga.

VERKSAMHET

Efter att ha definierat målet *planerade* vi *patienternas vårdprocesser* på möten inom varje arbetsenhet på nytt. De bästa experterna på arbetet, de anställda, kom med de bästa nya idéerna för att kunna utföra sitt arbete. På samma gång kom vi överens om nya arbetsfördelningar inom och mellan enheterna, och vi avlägsnade små och stora hinder för en smidig verksamhet. Detta stadium var speciellt viktigt just för att de anställda förband sig att gå inför de nya sätten att arbeta. Som "hemläxa" fick varje arbetsenhet att anteck-

na sina förändrade verksamhetsplaner. När alla tio möten inom arbetsenheterna hade hållits, behandlade hälsocentralens ledningsgrupp förändringsplanerna och sammanställde dem till en fungerande helhet som gällde bl.a. arbetsfördelningen. Vi *informerade vidare* hela personalen på arbetsplatsmöten och befolkningen i lokaltidningen om de förändrade verksamhetssätten. Efter det skötte ledningsgruppen om att personalen vid de mest kritiska enheterna fick utbildning i de förändrade arbetsrutinerna (t.ex. de som skötte tidsbeställning vid läkarmottagningen fick utbildning av en likställd mera erfaren kollega). Också de politiska beslutsfattarna (omsorgsnämnden, stadsstyrelsen) informerades om resultaten av kartläggningen och om de förändringar i verksamheten som gjorts utifrån den.

UPPFÖLJNING

I Nilsjä lades uppföljningen av hur förändringarna genomfördes på ledningsgruppens axlar, sedan överläkaren övergått till andra uppgifter. Men man kom på förhand överens om att minst en gång om året ha ett möte för att följa upp hur arbetsenheternas verksamhet stämde överens med planerna. Enligt en muntlig uppgift från Nilsjä gäller största delen av de överenskomna förändringarna fortfarande.

En förändring av den operativa verksamheten (och varför inte också tillämpningen av strategin) kräver *en kontinuerlig uppföljning av verksamheten och dess följder*. Orsaken till detta är att man bara genom att jämföra kan upptäcka förändrade omständigheter och behov i tid samt reagera tillräckligt snabbt på dem. Som verktyg för en sådan uppföljning håller man på att utveckla en Patientklassificering för öppenvården, APRTM, ett samprojekt mellan CHESSE-enheten vid Stakes och Institutionen för folkhälsovetenskap vid Helsingfors universitet. APR beskriver både patientens sjukdomar samt de behandlings- och undersökningsåtgärder som de föranlett. På så sätt kan man dels öppna vårdprocesserna, dels beskriva hur krävande patientmaterialet är och vilka skillnader som finns mellan produktionen vid de olika verksamhetsenheterna (7). Hälsocentralledningens uppgift är att i ljuset av den information uppföljningen gett *bedöma* nivån och riktningen för hur strategin har genomförts – och *vid behov ånyo förändra* verksamheten.

Att leda en hälsocentral är, förutom att det är överläkarens arbetsuppgift, också en tekniskgren. Vid sidan av visioner krävs driftighet och engagemang samt också förmåga att leda personalen och att kommunicera. Med arbetsamhet får man också mycket till stånd. I fallet Nilsä kunde man styra de knappa resurserna från minskad service till sådant som befolkningen mest behövde.

FRAMTIDSUTMANINGAR FÖR HÄLSOCENTRALEN

Strategisk förmåga innebär att på förhand se framtidens utmaningar och förbereda sig på att möta dem. För att hälsocentralen inte skall vara som en vinddriven båt, är det bra att centralens ledning följer den aktuella hälsopolitiska debatten och strömningar inom hälsovården – samt begrundar hur dessa borde påverka hälsocentralens verksamhet.

En speciell utmaning inom dagens finländska hälsocentralvärld är läkarbristen. Det finns visserligen flera läkare än någonsin, men av någon anledning är speciellt nyss färdigblivna unga läkare inte redo att engagera sig i det ansvarsfulla arbetet som hälsocentralläkare. Samma brist på arbetskraft hotar också andra specialister på hälsocentralerna; detta gäller också sjukskötarna när de stora årsklasserna snart kommer i pensionsåldern. Ett svar på läkarbristen är ett nytt slags arbetsfördelning, där hälsovårdare och sjukskötare ges ett större ansvar för sådant som tidigare har hört till läkarens arbete (bl.a. kontroll av kroniska sjukdomar och akutmottagning med förkylningar och mindre traumata). Detta kräver att man på nytt synar vårdprocesserna i sömmarna, ändrar verksamhetspraxis på lokalplanet samt går in för en klar arbetsfördelning, för utbildning och möjligheten att vid behov konsultera läkare.

Ett annat sätt att bemästra läkarbristen är att rationalisera mottagningsarbetet. Om de hälso- och sjukvårdstjänster som befolkningen vill ha egentligen är rådgivning pga. nyhjälploshet, är det inte nödvändigt att råden ges av en läkare. Hälsocentralens verksamhet kan och bör vara också annat än besök på läkarmottagningen. Man måste t.ex. fundera på hur verksamheten på rådgivningarna kan förändras för att svara på de problem som nyhjälplosheten för med sig. Det är alltså åter en gång frågan om att kartlägga befolkningens behov och att inrikta produktionsprocessen enligt det.

Också systemet med befolkningsansvar, vilket som känt inte fungerar på orter med läkarbrist, behöver utvecklas. Ett elegant sätt, som förenar idéerna om arbetsfördelning och om att ordna lättviktstjänster utan att behandlingen av patienten blir lidande, är att handlägga befolkningsansvaret med hjälp av team av husläkare och personliga sjukskötare. Då ansvarar sjukskötaren för tidsbeställning, arbetar självständigt polikliniskt och assisterar läkaren. På så sätt kan läkaren använda en större del av sin arbetstid till att behandla mer krävande patienter och till annat hälsocentralarbete. Båda yrkesgruppernas arbetskontroll förbättras, och arbetet blir mer meningsfullt. Om man till detta därtill kan foga en möjlighet för de anställda att som experter på allmänmedicin sköta de patientgrupper som de speciellt har riktat sig in på, får också arbetsgivaren mer ut av de anställdas kunskande. Man bör då indela befolkningen i ansvarsområden enligt patientgrupper och inte enligt kvartersprincipen.

Eftersom en enskild kommun ofta är en tämligen liten enhet som tjänsteproducent, för att inte tala om beställare av specialiserad sjukvård, har kommunerna på senare tid allt mera strävat efter ett mer eller mindre fast regionalt samarbete med hälsocentralerna i grannkommunerna. Fördelarna med ett sådant samarbete är att parterna kan utnyttja dem som har specialkompetens och att man mer flexibelt kan placera personal och skapa arbetsenheter. Man måste ändå alltid komma ihåg att de viktigaste närtjänsterna (rådgivning, mottagning, rehabilitering, mentalvårds- och missbrukartjänster) måste finnas nära patienterna, på den egna kommunens hälsocentral (8).

En framtida trend kommer också att vara att gränsen mellan primärvård och specialiserad sjukvård suddas ut. Primärvården, hälsocentralens husläkare, kommer i fortsättningen mer och mer att bära helhetsansvaret för patientens omvårdnad. Den specialiserade sjukvården får en konsultativ och rådgivande roll samt anlitas vid större ingrepp. Den specialiserade sjukvården på grundnivå kommer att närma sig patienterna. Sådana polikliniska tjänster som inte kräver specialutrustning kan väl ges med lägre kostnader på vårdmottagarens egen hälsocentral, t.ex. kvällstid. Då får patienterna mera flexibelt den vård de behöver, hälsocentralläkarna får snabbt konsultationssvar och råd om eftervård, vårdansvaret för patienten är fortfarande

de husläkarens; behandlingen får fastare former. Sjukhuset behövs då för att garantera specialiserad sjukvård på specialistnivå. Från hela samhällets synpunkt skulle vården av patienten då vara mer flexibel, högklassig och ekonomisk än nu. Primärvården skulle svara för att patienterna smidigt får tillgång till hälso tjänster på grundnivå och för att helheten koordineras. Den specialiserade sjuk-

vården kunde koncentrera sig på patienter som kräver specialkunnande (9–12, 8).

MKD OUTI ELONHEIMO
INSTITUTIONEN FÖR FOLKHÄLSOVETENSKAP
PB 41
00014 HELSINGFORS UNIVERSITET
outi.elonheimo@helsinki.fi

REFERENSER

1. Mäntyranta T, Elonheimo O, Rintanen H, Klaukka T, Koskinen S, Mattila J, Vuori M, Nylander O, Nikka P, Nenonen M. A system of key indicators for needs assessment at local level: The Finnish network of information producers. *Journal of Health Informatics* 2004;10 (2):191–201 .
2. Mäntyranta T, Elonheimo O, Mattila J ja Viitala J (red.): Terveyspalvelujen suunnittelu. Duodecim, 2004.
3. Shortell S, Morrison E ja Friedman B: Strategic choices for America's hospitals. Managing change in turbulent times. Jossey – Bass Publisher, San Francisco, Oxford, 1990.
4. Elonheimo O. Avohoidon tietojen käyttö terveystieteiden kehittämisessä. Föreläsning. Konferens för ledande hälsocentralläkare 29.1.2004, SHM, Helsingfors.
5. Elonheimo O, Lappalainen A-L, m.fl.: Nilsin kaupungin terveystieteiden ja vanhustenhuollon toiminnan kartoitus, palvelujen tarpeen analyysi ja toimintojen kehittämissuunnitelmat v. 2000. Nilsin, 2000.
6. Elonheimo O: Perusterveydenhuollon palvelujenkäyttömalli: Avoterveyshuollon kuvaaminen ja voimavarojen käyttötärpeen ennustaminen. Doktorsavhandling. Helsingfors universitet, Kansantervetytieteen julkaisuja n 163:1999. Kuopio, 1999.
7. Elonheimo O, Linna M, Brommels M. Avohoidon potilasryhmitus – työkalu terveystieteiden johtamiseen. Föreläsningssammanfattning, XVI Allmänläkardagarna 23.-24.10.2003, Tammerfors.
8. Elonheimo O: Raseborgs hälsocentral – samarbete ger styrka. Förslag till regional hälsocentral för Västra Nyland. Folkhälsan, Ekenäs, 2003.
9. Brommels M. Mega möter mini. Tankar om den framtida sjukvårdsstrukturen. I Läkarutbildningen i Sverige – hur bra är den? Högskolverkes rapportserie 1997:29 R. Stockholm, 1997.
10. Hencher M, Edwards N, Stokes R. International trends in the provision and utilization of hospital care. *BMJ* 1999;319: 845–8.
11. Hencher M, Folup N, Coast J, Jefferys E. Better out than in? Alternatives to acute hospital care. *BMJ* 1999; 319:1127–30.
12. Feachem R, Sekhri N, White K. Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente. *BMJ* 2002;324:135–43.