

5120

 **NIVEL**
bibliotheek
drieharingstraat 26
postbus 1568
3500 bn utrecht
telefoon: 030 319946

VERSLAG VAN EEN BEZOEK AAN ZWEDEN

- Eerstelijnsgezondheidszorg en de relatie met
de tweede lijn

N.H.I.: Jan Peter Dopheide

N.Z.I.: Harm Krol
Eddy Riegen

0517

INHOUDSOPGAVE:

	pag.
1. Inleiding	1
2. De Zweedse gezondheidszorg; een snelle rondblik	2
3. Actuele thema's in de Zweedse gezondheidszorg	4
4. Toegang tot de Zweedse gezondheidszorg	5
5. Bezoeken aan een aantal instellingen voor gezondheidszorg	9
6. Concluderende beschouwing	13
 Bijlagen:	 16 e.v.

1. Inleiding

Dit is een verslag van een bezoek aan Zweden door Eddy Riegen, Harm Krol (NZI) en Jan Peter Dopheide (NHI), van 24-29 oktober 1983. Vooral de ontwikkeling van de eerstelijnsgezondheidszorg en de relatie daarvan met de tweede-lijn was voorwerp van belangstelling. Het programma, samengesteld door Lars Svensson, medewerker van het SPRI (Swedish Planning and Rationalization Institute for the Health and Social Services) bestond uit 1½ dag lezingen over diverse aspecten van de Zweedse gezondheidszorg op het SPRI in Stockholm, met als doel een beeld te krijgen van de plaats die de eerstelijns in het Zweedse gezondheidszorgstelsel inneemt.

Daarna is een bezoek gebracht aan een gezondheidscentrum in Stockholm, gevolgd door drie dagen bezoeken aan verschillende instellingen (zowel beleidsorganen als hulpverleningsinstanties) die voor het verkrijgen van kennis over de werking van de Zweedse gezondheidszorg en de ontwikkelingen daarin van belang zijn. Dit verslag heeft geen enkele wetenschappelijke pretentie, maar moet gelezen worden als een reisverslag, waarin punten die ons alle drie troffen op impressionistische wijze naar voren zijn gebracht.

2. De Zweedse gezondheidszorg; een snelle rondblik

Kort historisch overzicht

Reeds in de 17e eeuw was er in Zweden sprake van overheidsbemoeyenis met de gezondheidszorg (artsen in overheidsdienst). Vanaf de 18e eeuw werden er openbare ziekenhuizen gevestigd (inclusief psychiatrische inrichtingen); het aantal particuliere ziekenhuizen is altijd te verwaarlozen geweest. In het midden van de 19e eeuw werd het binnenlands bestuur gereorganiseerd.

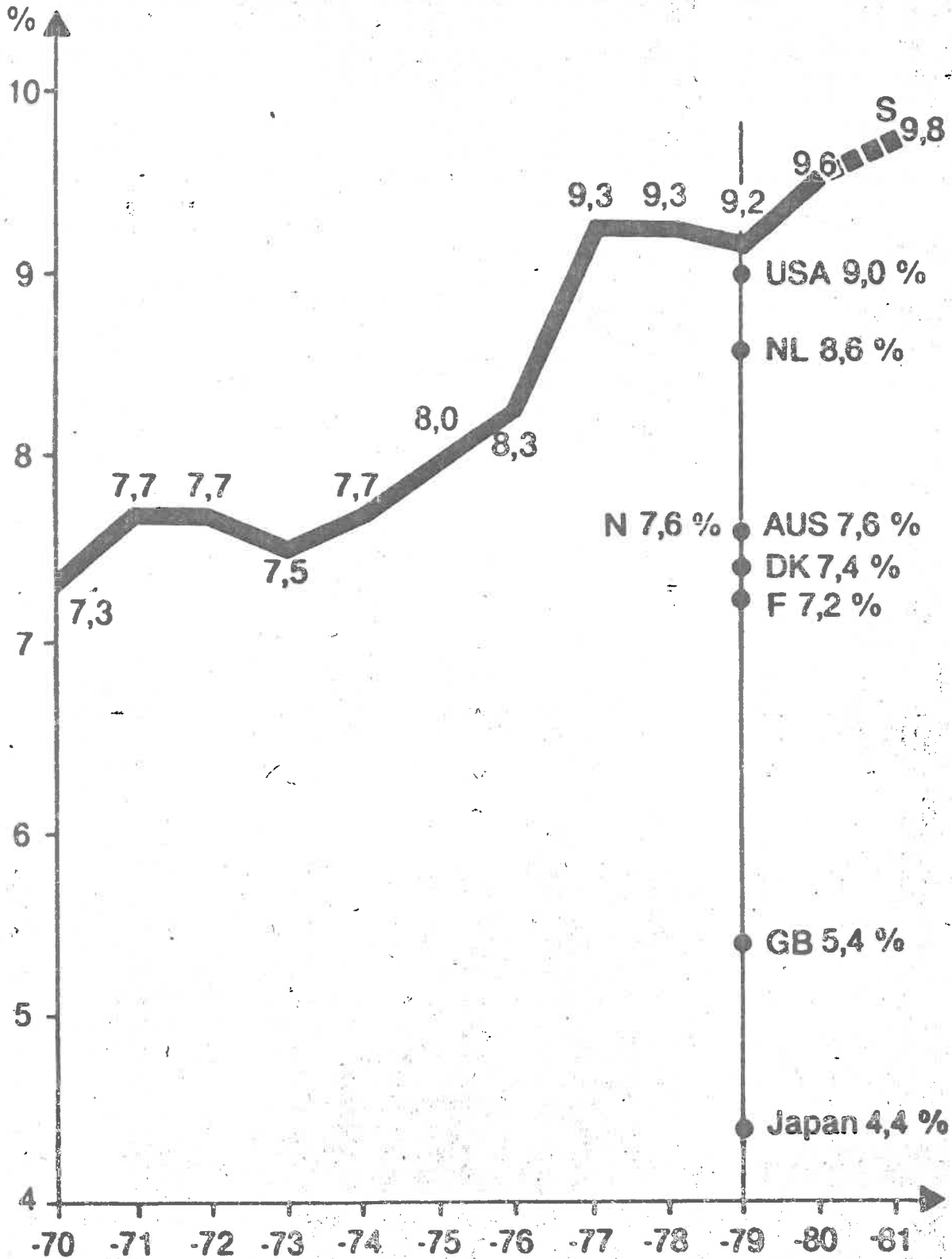
Daarbij werden de 'provincieraden' (Zweeds: landsting Engels: county council) in het leven geroepen, die de verantwoordelijkheid voor de intramurale somatische zorg kregen. De gemeenten regelden de preventie: hygiëne en de bestrijding van besmettelijke ziekten. De 'districts-artsen' (thans: algemene artsen in de extramurale zorg) en de psychiatrische ziekenhuizen bleven tot de bemoeyenis van het Rijk behoren. Naast de districtsartsen kent Zweden sinds lange tijd de 'districtnurse' 1), die als regel de eerste intake doet.

Deze 'districtnurse' doet vrij veel zelf af.

1) De districtnurse in Zweden doet niet alleen de eerste intake, maar is ook bevoegd diagnoses te stellen en medicamenten voor te schrijven. Omdat de vertaling districtsverpleegkundige te makkelijk met de nederlandse situatie geassocieerd wordt, hanteren wij in dit verslag de term 'districtnurse'.

Health Care's share of GNP

(Public and private consumption)



(Source: National accounts and Office of Health Economic, London)

De extramurale zorg verschoof in 1963 van Rijk naar provincie; in 1967 volgde de psychiatrische zorg. Daarmee is veruit het grootste deel van de Zweedse gezondheidszorg tot de competentie van de provincie gaan behoren. Omgekeerd geldt dat de provincie zich voor het overgrote deel van haar werkzaamheden toelegt op de gezondheidszorg (circa 80% van haar inkomsten gaat naar deze sector). Vanouds werd in Zweden een sterk accent gelegd op de intramurale zorg (mede door de zeer geringe bevolkingsdichtheid in sommige gebieden). Ook nu nog is het land zeer dicht bebed: in 1975 waren 5 bedden per 1000 inwoners voor acute somatische zorg, 5 voor langdurige somatische zorg, 4 voor psychiatrische zorg en 2,5 voor zwakzinnigenzorg. Hoewel reeds in 1948 door de Nationale Raad voor Gezondheid en Welzijn ('Socialstyrelsen') werd gesteld dat de eerstelijnsgezondheidszorg zowel absoluut als relatief in belang zou moeten toenemen, is de versterking van de eerstelijns pas recent op gang gekomen. Zweden kent op dit moment ongeveer 10.000 artsen, van wie 85% specialist en 15% 'huisarts'. Van de circa 11.000 artsen in opleiding wordt echter de grootste groep gevormd door aspirant-huisartsen. De kosten van de gezondheidszorg liepen op van 2,5% in 1950 tot 9,8% van het nationaal inkomen in 1982. De sterke vergrijzing van Zweden is hieraan mede debet.

De financiering

De provincies heffen een inkomstenbelasting (een vast percentage van het inkomen). In 1977 was deze belasting goed voor 55% van de aan gezondheidszorg gependeerde gelden; volgens onze gesprekspartner (i.e. Gudrun Persson) was dat in 1983 68%; het percentage zou omlaag aan het gaan zijn). In 1977 kwamen de overige gelden van: belasting compenserende rijksbijdragen (9%), 13% van bijzondere rijksbijdragen, 6% van de publieke ziekteverzekering (eigenlijk een inkomstendervingsverzekering, maar er worden ook ziektekosten uit betaald), 2% uit de eigen bijdrage van patiënten. (In de gezondheidscentra die wij bezocht hebben zagen wij dat een ieder bij een bezoek aan de kassa een klein bedrag bijbetaald), en 15% uit leningen, restitutie voor verleende diensten.

De planning

a. Planningsorganen

- Op nationaal niveau bepaalt het parlement ('Riksdag') de hoofdlijnen van het beleid. Het Departement van Sociale Zaken (een departement in Zweden telt zelden meer dan 100 medewerkers) coördineert onderzoek, stelt onderzoekscommissies in, etc. De vaste commissie voor de gezondheidsplanning (een breed samengestelde commissie) is eveneens zeer invloedrijk. Socialstyrelsen is een belangrijk politiek en uitvoerend orgaan, dat bovendien voor de provinciale plannen van groot belang is, doordat het richtlijnen aan de provincies kan geven. Het SPRI heeft een belangrijke onderzoeks- en adviesfunctie voor zowel 2e als 1e lijn.

- Op provinciaal niveau berust het hoogste gezag bij de Landsting, die echter slechts enkele malen per jaar vergadert, waardoor hij niet meer dan een marginale invloed op de planning heeft. Belangrijker zijn in de praktijk de provinciale planningscommissies, in de ene provincie met een vast karakter, in de andere tijdelijk.

b. Planningsprocessen

- Op nationaal niveau bestaat de planning vooral uit het bereiken van consensus over de uitgangspunten van het beleid, en het opstellen van richtlijnen en normeringen ten behoeve van de provinciale planning.
- Op provinciaal niveau is sinds een tiental jaren sprake van een tamelijk geformaliseerd planningsproces. Door SPRI is in 1971 een provinciaal planningsmodel opgezet, met verschillende 'planningshorizonten': 30, 15 en 5 jaar. De 30-jaars plannen zijn nooit tot ontwikkeling gekomen. Vanaf 1972 zijn de provincies echter begonnen met het ontwikkelen van middellange-termijnplannen (15 jaren) met de volgende functies:
 - fungeren als onderhandelingsbasis voor de coördinatie van het gezondheidsbeleid tussen de provincies;
 - fungeren als bijdrage aan de coördinatie van het beleid van provincieraden, provinciebesturen, rijksdiensten en gemeenten binnen de provincies.
(N.B. de gemeenten vervullen op het gebied van de gezondheidszorg in engere zin geen belangrijke rol, maar zijn de instantie die verantwoordelijk is voor het functioneren en de planning van de maatschappelijke dienstverlening);
 - informatievoorziening van de rijksoverheid over de kosten en behoeften van de gezondheidszorg op lange termijn ten behoeve van het economisch beleid. Daarnaast begonnen de provincies 5-jarenplannen op te stellen, die overigens jaarlijks kunnen worden herzien, anders dan de middellangetermijnplannen. De 5-jaren zijn te beschouwen als een 'brug' tussen de 15-jarenplannen en de jaarlijks vast te stellen begroting. De problemen die bij de planning ervaren worden, kunnen als volgt worden samengevat: te weinig alternatieven bij de 15-jarenplannen, waardoor een zekere verstarring optreedt; onvoldoende verbindingen tussen lange en kortere termijnplannen; te weinig resultaat wat betreft het belangrijkste beleidsdoel: versterking van de eerstelijns. Als oorzaak is hier, naast andere, het relatieve gebrek aan 'harde' gegevens over het functioneren van de eerstelijns.

3. Actuele thema's in de Zweedse gezondheidszorg

De problemen waarmee de gezondheidszorg in Zweden te kampen heeft, zijn vergelijkbaar met de onze, zij het dat er in de oplossings sfeer sprake is van een fase-verschil, met name wat betreft de ontwikkeling van de eerstelijnsgezondheidszorg.

De stijging van de kosten van de Zweedse gezondheidszorg vertoont overeenkomst met de ontwikkeling in Nederland. De sterke vergrijzing die Zweden te zien geeft en nog te zien zal geven brengt grote problemen met zich mee (het percentage 65-plussers in de bevolking loopt van 15,1 in 1975 tot 16,8 in 1990; het percentage ouder dan 80 jaar in deze groep van 18,0 in 1975 tot 23,3 in 1990, een absolute toename met 115.000 personen.

(Ter vergelijking in Nederland - 1980: 11,4% 65+, waarvan 19,3% boven de 80).

De in Zweden ondernomen pogingen om de zorg te verschuiven naar de thuissituatie, wekken dan ook geen verwondering: zorg verleend in het eigen milieu is niet alleen goedkoper, maar kan, juist voor de hoogbejaarden die vaker chronisch ziek of invalide zijn, het verschil betekenen tussen een menswaardig bestaan en zeer langdurige hospitalisatie, met alle negatieve gevolgen vandien. Er worden dan ook pogingen gedaan om de op de thuissituatie gerichte eerstelijnsgezondheidszorg te versterken c.q. van de grond te krijgen. Kenmerkend voor en verschillend van ons systeem is daarbij de koppeling die vele gezondheidscentra hebben met een verpleeghuis (zoals door ons gezien in Töreboda), en de combinatie bejaardenoord-gezondheidscentrum-buurthuis-van-oudere-mensen onder één dak (althans bereikbaar zonder naar buiten te hoeven), zoals te Sundsvall. Het relatief grote aantal Zweden dat wegens ouderdom een min of meer chronische band met de gezondheidszorg heeft, vindt in deze organisatievorm zijn weerslag.

Dat ook 'regionalisatie' een tamelijk actueel onderwerp is, wekt geen bevreemding. We moeten daarbij bedenken dat de Zweedse gezondheidszorg met zijn grotendeels gedecentraliseerde systeem van planning en financiering, een 'regionaler' karakter heeft dan de onze. Door het enorme schaalverschil met Nederland en de bijbehorende geringere bevolkings- en voorzieningendichtheid, gaat het echter soms om gebieden, die wij qua oppervlakte niet meer als een regio zouden aanduiden. Pogingen om te komen tot een goede afstemming tussen de eerste- en tweedelijnszorg (waar die eerstelijnszorg aanwezig is) zijn er wel, maar zijn in de praktijk nog nauwelijks tot ontwikkeling gekomen. De resultaten van het opzetten van een systeem van eerstelijnsgezondheidszorg zijn tot op heden niet erg merkbaar geweest. Rudebeck (MC 37, 1983, p. 1153 e.v.) geeft aan dat vele politici op dit punt teleurgesteld zijn; een aantal sprekers die wij op het SPRI beluisterden (Lindmark, Broman) gaven eveneens aan dat weliswaar het aantal contacten met de eerstelijns stijgt, maar de daling in de polikliniekbezoeken niet in evenredigheid afneemt. Sjönell van het Matteusgezondheidscentrum in Stockholm had dezelfde ervaring.

4. Toegang tot de Zweedse gezondheidszorg

Een voor ons belangrijk kenmerk van de Zweedse gezondheidszorg is de rechtstreekse toegankelijkheid van de specialist. Parallel daarmee loopt, althans in gebieden waar de toegankelijkheid van de ziekenhuizen inderdaad goed is, het relatief geringe aantal huisartsen (in Stockholm is b.v. slechts één gezondheidscentrum: het in het navolgende uitvoerig beschreven 'Matteus').

The elderly 1975 - 2000

Index 1975 = 100

Year \ Age	1980	1990	2000
60-64	99	87	88
65-69	101	99	81
70-74	110	111	97
75-79	112	125	123
80-84	115	145	146
85-89	110	160	178
90-94	114	183	231
95-W	118	189	260
60-W	106	109	103

Gezondheidscentra (waarvan er idealiter één per 10.000 à 20.000 inwoners zou moeten zijn) hebben een strikte 'catchment area'. In theorie is men vrij een eigen arts te kiezen: in de praktijk wordt men zeer dringend verzocht de in aanmerking komende dokter als vaste arts te nemen, wat in 98% van de gevallen ook wordt gedaan. Mede door de concurrentie van de vrij toegankelijke specialistische geneeskunde zijn concepten als 'gezinsgeneeskunde' en 'huisartsgeneeskunde' in Zweden relatief zwak ontwikkeld en nog niet in praktijk gebracht.

Een voor ons zeer opvallend persoon is de 'district-nurse'. Zij doet in de gezondheidscentra doorgaans de eerste intake; meestal komt het contact met haar in eerste instantie telefonisch tot stand. Van de 30 telefoontjes die zij per dag krijgt, stuurt zij er 10 door naar de algemene arts van het centrum, 10 naar het ziekenhuis, terwijl zij er zelf 10 aanneemt. Of deze mondeling verstrekte cijfers exact zijn, weten wij niet, maar het eveneens mondelinge gegeven dat de Zweedse huisarts per dag niet meer dan 20 patiënten ziet, is met deze 'voorselectie' wel in overeenstemming. Naast algemene artsen (die in onze ogen géén huisartsen zijn; de Zweedse huisartsenopleiding duurt volgens Sjönell van gezondheidscentrum Matteus twee dagen), werken er in de centra soms specialisten, altijd districtnurses, assistent-verpleegkundigen en soms kraamzusters en jeugdverpleegkundigen. Als regel is een gezondheidscentrum gelieerd met één of meer verpleeghuizen, vaak ook ruimtelijk.

Per 60.000 inwoners (gemiddeld) is er een klein algemeen ziekenhuis, met 4 of 5 specialisaties. Per 2 à 300.000 inwoners een groot gespecialiseerd ziekenhuis, tenminste één per provincie. Acht regionale ziekenhuizen (zeer groot, topklinische zorg) completeren het beeld.

PLAATSEN DIE BEZOCHT ZIJN

**LÄNSINDELNING OCH
REGIONER FÖR HÄLSO-
OCH SJUKVÅRDEN**

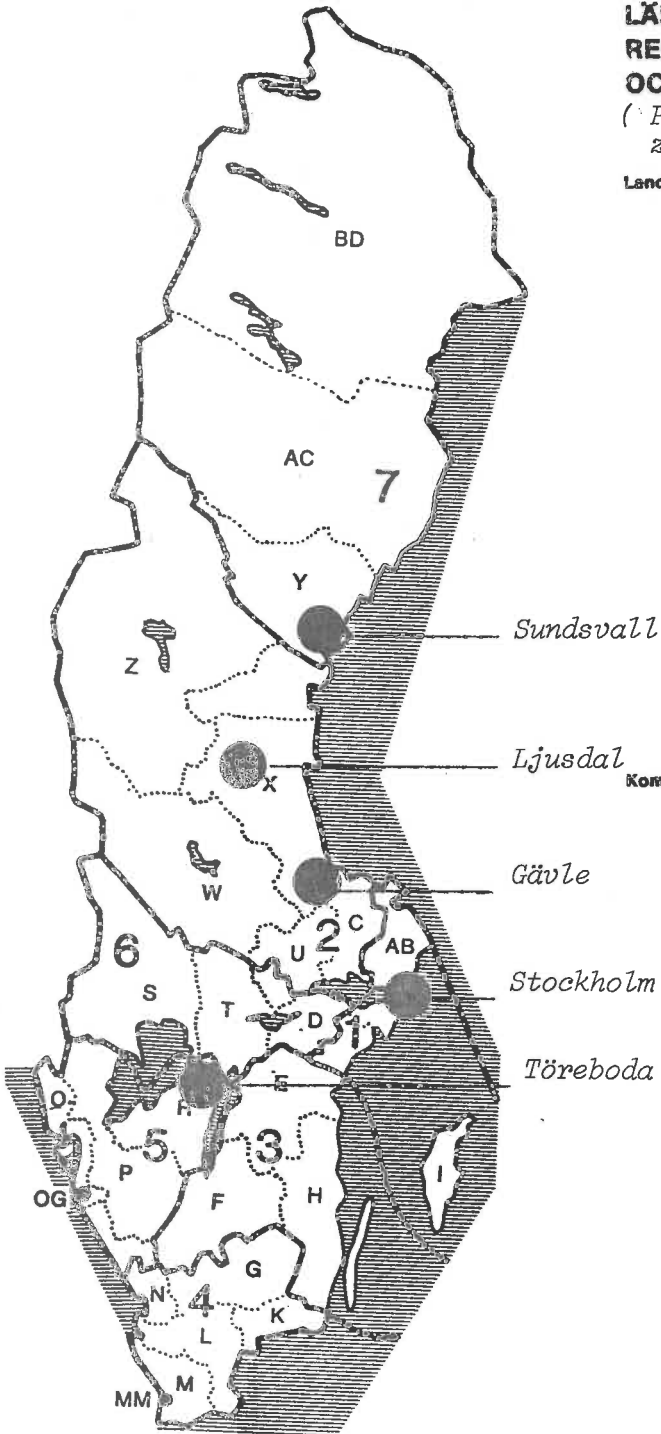
(Provincies en gezondheidsregio's)

Landstingsområden:

- AB = Stockholm
- C = Uppsala
- D = Södermanland
- E = Östergötland
- F = Jönköping
- G = Kronoberg
- H = Kalmar
- K = Blekinge
- L = Kristianstad
- M = Malmöhus
- N = Halland
- O = Göteborgs & Bohus
- P = Älvsborg
- R = Skaraborg
- S = Värmland
- T = Örebro
- U = Västmanland
- W = Kopparberg
- X = Gävleborg
- Y = Västernorrland
- Z = Jämtland
- AC = Västerbotten
- BD = Norrbotten

Kommuner utanför landsting:

- I = Gotland
- MM = Malmö
- OG = Göteborg



**INVÅNARANTAL 1/1 1972 I
SJUKVÅRDSREGIONERNA:**

1. Stockholm	1 615 175
2. Uppsala	1 254 536
3. Linköping	932 567
4. Lund-Malmö	1 442 164
5. Göteborg	1 456 630
6. Örebro	787 265
7. Umeå	639 059
	<hr/>
	8 127 396

5. Bezoeken aan een aantal instellingen voor gezondheidszorg

Op de volgende pagina's zullen enkele bezoeken worden beschreven aan 'instellingen voor gezondheidszorg'. In twee gevallen betreft dat beleidsorganen (gemeente Sundsvall en provincie Gävleborg), in zes gevallen een hulpverleningsinstantie (gezondheidscentrum Matteus in Stockholm, gezondheidscentrum Sundsvall, de 'Dagcentralen' in Sundsvall, het ziekenhuis in Ljusdal, de 'Jeugdkliniek' in Gävle, en het gezondheidscentrum Björkängen in Töreboda).

Meer details zijn opgenomen als bijlagen.

Op deze plaats wordt volstaan met een korte beschrijving en vermelding van de voor ons meest saillante ervaringen. We zullen eerst de bezoeken aan de beleidsorganen behandelen; daarna die aan de hulpverleningsinstanties.

a. Bezoek aan de gemeente Sundsvall (zie ook bijlage III, pag 3 e.v.)

Sundsvall. Ligging: 400 km ten noorden van Stockholm. 120.000 inwoners. Eén regionaal ziekenhuis met centrumfuncties (650 bedden), 12 gezondheidscentra.

Zoals eerder gezegd valt de maatschappelijke dienstverlening in Zweden onder de bevoegdheid van de gemeente. 3000 huishoudens in Sundsvall maken continu gebruik van de sociale dienstverlening. Daarbij moet worden opgemerkt dat hiervan 138 bejaarden nu nog zelfstandig wonen, die in een andere situatie opgenomen hadden moeten worden in een ziekenhuis (verzorgingstehuis) of een verpleeghuis.

De belangrijkste taken waar de gemeente zich in dit kader mee bezig houden zijn:

- bejaardenzorg
- gehandicaptenzorg
- maatschappelijk werk
- kinderverblijfplaatsen/
zorg voor kinderen
- dienst sociale problemen
- administratie en financiering

Het belangrijkste doel van de gemeente is om zoveel mogelijk mensen zo lang mogelijk in de thuissituatie te houden. Om dit te realiseren is de gemeente verdeeld in 60 wijken. Per 3 wijken is er 1 hoofd. Elk hoofd heeft 30 tot 40 mensen onder zich die in de wijken werkzaam zijn. Met name deze mensen richten zich in teamverband op de hulpverlening in de thuissituatie, zodat de inwoners zich nog zoveel mogelijk thuis kunnen redden. Door met name behandelplannen op stellen (waarbij ook de districtnurse betrokken wordt) wordt getracht om 24 uur per dag hulp te kunnen bieden.

Tevens vindt bij het opstellen van de behandelplannen en behandelprogramma's afstemming plaats met de provincie.

Als resultaten van deze werkwijze worden genoemd:

- werkers in gezondheidszorg en sociale zorgverlening streven dezelfde doelen na;
- de houding van patiënten is veranderd;
- door afstemming onderling konden betere voorzieningen gebouwd worden;

- de educatietraining is afgestemd. Gemeentelijk en provinciaal personeel krijgt gedeeltelijk dezelfde opleiding.

b. Bezoek aan de provincie Gävleborg (zie ook bijlage IV pag. 28 e.v.)

Gävle: 300.000 inwoners, oppervlakte $1\frac{1}{2}$ x Nederland, 10 gemeenten. Ligging: 200 km ten noorden van Stockholm. Wij werden ontvangen op het planningsdepartement van de provincie. Hier werken 14 mensen in de volgende secties: 1) medische sectie. 2) 'health education'. 3) psychologie/sociologie. 4) administratie en statistiek.

Vooraf de lange termijn-planning (10-15 jaar) krijgt veel aandacht: gestreefd wordt naar een totaal, geïntegreerd zorgsysteem.

Belangrijke aandachtspunten die bij de planning een rol spelen zijn:

Betreffende de eerstelijnszorg

- de organisatie
- ontwikkeling preventie
- zorg voor ouderen
- samenwerking met de psychiatrische organisatie

Betreffende de tweedelijnszorg

- spreiding van verantwoordelijkheid tussen eerste- en tweedelijnszorg
- wat moet waar gedaan worden
- reductie van afdelingen
- . Ontwikkeling '5 days'-units
- . Verandering van de organisatie

Belangrijke aandachtspunten bij het onderzoek dat ten behoeve van de planning wordt uitgevoerd zijn:

- . de verschillen in de medische consumptie
- . de verschillen in niveau van zorgverlening
- . de effecten op het medische zorgsysteem wat betreft:
 - uitbreiding van de eerstelijnszorg
 - zorg voor ouderen
 - preventie
 - medische ontwikkeling

Door de inwerkingtreding van de nieuwe gezondheidswet, is de provincie verplicht ook de preventie tot haar taken te rekenen.

Omdat ook op het terrein van preventie epidemiologisch onderzoek slecht ontwikkeld is houdt de provincie zich hiermee bezig.

c. Bezoek aan het Matteus Gezondheidscentrum in Stockholm (zie ook bijlage II, pag. 10 e.v.).

Karakteristieken - Matteus is het enige gezondheidscentrum in Stockholm (1.4 miljoen inwoners) met een verzorgingsgebied van 15.000 inwoners. Leeftijdsopbouw: 33% ouder dan 65, 25% ouder dan 75 jaar. Alleen zorgverlening aan mensen in de wijk Matteus. Open 8.00-17.00 uur, weekends: 10.00-17.00 uur.

Geen avond- en nachtdienst, geen thuisbezoeken. Per 3.000 patiënten één team bestaande uit huisarts, twee district-nurses", twee assistent - verpleegkundigen. Faciliteiten c.q. functies naast normale huisartsgeneeskundige faciliteiten: oefen- en behandelruimte voor fysiotherapie, oog- en oronderzoek, gynaecologisch onderzoek, laboratorium (incl. bacteriologie), kleine chirurgie, baby- en peuterzorg.

Specifieke problematiek: Onze gesprekspartner Sjönell ervaart het als frustrerend dat de 11 ziekenhuizen van Stockholm rechtstreeks toegankelijk zijn, zodat van enige substitutie geen sprake is. Opnamen vanuit Matteus zijn weliswaar verminderd, maar gecompenseerd door opnamen vanuit andere wijken. Bij onderzoek van opname-indicaties bleek Sjönell dat 10% van de opgenomenen ook door het gezondheidscentrum behandeld had kunnen worden. Het ontbreken van een specifieke huisartsenopleiding is ook een probleem. De relatie met de district-nurses is goed en intensief (werken in aangrenzende vertrekken, veel onderlinge 'verwijzingen'); met de specialisten beperkt. Conclusie van Sjönell: in een stad als Stockholm met 11 dag en nacht geopende ziekenhuizen, is het opzetten van meer gezondheidscentra voorlopig niet zinvol, noch het 24 uur per dag open houden van deze centra.

- d. Bezoek aan de Dagcentralen in Sundsvall. (zie ook bijlage III, pag. 23 e.v.).

Karakteristiek - Een faciliteit die moeilijk in één woord te vangen is. Enerzijds maatschappelijke dienstverlening, vooral voor ouderen (restaurant, recreatie, bezigheidstherapie, cursussen), anderzijds een gezondheidscentrum met aanverwante faciliteiten (zoals fysiotherapie-ruimten, tandarts, bejaardengymnastiek), verbonden met een bejaardentehuis dat via een individueel alarmsysteem wordt gecontroleerd.

Specifieke kenmerken: Voor de bewoners van het bejaardentehuis is de Dagcentralen een soort compleet verzorgingscentrum, waar ze zonder de straat op te moeten, naar toe kunnen. De zelfstandigheid van de bejaarden wordt sterk benadrukt; het is voor ons moeilijk uit te maken in hoeverre door de gevolgde opzet niet toch een klein geïsoleerd bejaardenwereldje is ontstaan. Zoals veel van de zorgverlening in Zweden, maakt het wel een zeer door-dachte indruk.

In hoeverre de buurthuis-functie (vooral op ouderen gericht), die dit centrum ook heeft, resulteert in intensieve, sociale contacten tussen de bewoners van het bejaardentehuis en anderen, hebben wij niet kunnen nagaan.

- e. Bezoek aan de Vardcentral (gezondheidscentrum) in Sundsvall (zie bijlage III)

Karakteristiek - 14.000 patiënten, 4 huisartsen, 1 trainer, 10 district-nurses, 10 staffnurses, 7 MCH-nurses en vroedvrouwen, 3 fysiotherapeuten, 2 bezigheidstherapeuten, 1 laboratorium-assistent, 7 secretaresses.

Specifieke kenmerken: gestreefd wordt naar continuïteit van de zorg (een patiënt wordt in Zweden niet noodzakelijkerwijs steeds door dezelfde arts behandeld), een holistische benadering, en preventie (alcohol, roken, eetgewoonten). Opvallend (voor ons althans) is het ontbreken van het maatschappelijk werk in het centrum: dat is langs andere lijnen (de gemeente) georganiseerd (het samenvallen van de populaties is voor het Zweedse 'kernteam' essentieel). Wat verder opvalt is het geringe aantal patiënten (20) dat een huisarts per dag ziet: de district-nurse doet de eerste schifting. Uit onderzoek bleek dat 25% van de KNO-polikliniekpatiënten ook door het centrum behandeld had kunnen worden. Een actief 'terugstuurbeleid' naar de eerstelijns resulteerde in kortere wachttijden op de poli. Naar het opstellen van protocollen wordt gestreefd (qua outillage lijkt dit centrum erg op Matteus; de holistische, typische eerstelijnsbenadering kwam in dit centrum echter duidelijk naar voren).

- f. Bezoek aan het 'Ziekenhuis' Ljusdal (zie bijl. VI, pag. 23 e.v.)

Het 'ziekenhuis' Ljusdal is een combinatie van gezondheidscentrum, integrale bejaardenzorg, verpleeghuis met short-stay en long stay bedden, en ambulance station met kleine traumatologie.

Onder leiding van de geriater dr. Grapengiesser wordt hier in vergevorderde mate vorm gegeven aan het provinciale beleid om de oudere bevolking boven de 70 jaar, indien zij dit willen, zoveel mogelijk in de eigen thuissituatie te verzorgen.

De lezing van dr. Grapengiesser is integraal opgenomen als bijlage. (pag. 32 e.v.)

Een korte samenvatting:

Het woord 'verpleeghuis' is eigenlijk niet juist; juister is te spreken van 'long-term-care'. Het gaat om medische hulp aan langdurig gehospitaliseerde bejaarden.

Meer dan andere bezochte instellingen benadrukt Grapengiesser de noodzaak van samenwerking tussen wat wij echelons noemen. Ljusdal kent naast de long-term-care ook dagbehandeling. Uitgangspunt is: zorgverlening op het laagst mogelijke niveau. Meer dan elders is sprake van samenwerking tussen de medische zorgverlening (provincieniveau) en 'gezinszorg' (gemeenteniveau), met name door de district-nurse.

g. Bezoek aan de 'Jeugdkliniek' te Gävle

De jeugdkliniek is een experiment dat door de provincie ontwikkeld is.

Karakteristiek - een voorziening die wij niet kennen; wellicht zijn de Rutgers-huizen nog het meest vergelijkbaar. Doel: voorlichting over geboorteregeling, sexualiteit, geslachtsziekten. Vaak ook: psychosociale problematiek van adolescenten bespreken. 80% van de doelpopulatie is 'cliënt'.

Specifieke kenmerken: de hulpverlening geschiedt door een maatschappelijk werkster en een verloskundige. Deze laatste heeft in Zweden een andere functie dan bij ons: slechts weinigen doen bevallingen; de meesten houden zich bezig met voorlichting.

h. Bezoek aan het gezondheidscentrum Björkängen ('Berkenweide') in Töreboda. (bijl. V, pag. 41 e.v.).

Karakteristiek - Het paradepaardje van de Zweedse eerstelijns, omdat hier door de provincie dusdanig vorm gegeven wordt aan de eerstelijns, dat mensen niet onnodig doorgestuurd behoeven te worden naar het ziekenhuis.

Specifieke kenmerken: Skaraborg (de provincie waarin Thöreboda ligt) stimuleert nadrukkelijk de eerstelijns. Mensen wordt geadviseerd altijd eerst naar de huisarts te gaan. Op zichzelf is het centrum niet verschillend van wat we eerder gezien hadden (alleen nog iets mooier). Omdat dit experiment nog niet zo lang gelden van start gegaan is, zijn nog weinig gegevens voor handen.

Indrukwekkend is het bijbehorende verpleeghuis, waar de bewoners zoveel mogelijk hun eigen meubilair op de kamer hebben en waar de lichte, ruime architectuur erg veel ruimte schept. Eveneens indrukwekkend is het vanuit Thöreboda ondernomen experiment met begeleid wonen van psychiatrische patiënten, die hoogstwaarschijnlijk anders gehospitaliseerd hadden moeten worden.

In Skaraborg doet zich een tendens voor die wellicht in heel Zweden te zien zal zijn: het kleinere 'local hospital' komt enigszins onder druk te staan, enerzijds vanuit de expanderende topklinische zorg, anderzijds door de zich snel ontwikkelende eerstelijns gezondheidszorg.

6. Concluderende beschouwing

Vijf dagen Zweden is, ondanks een redelijke voorbereiding van zo'n reis, vooral geschikt om vragen over de Zweedse gezondheidszorg te genereren.

Een beeld ervan, op basis van eigen indrukken, is zeer schetsmatig, ongenueanceerd, incompleet en hier en daar wellicht feitelijk onjuist. Wij zullen dan ook in onze conclusies eerder impressionistisch dan systematisch zijn.

Grote verschillen met Nederland:

- Planning en financiering in één hand (provincie)
- Grotere invloed van politieke besluitvorming op de gezondheidszorg.
- Dienstverband van alle werkers (in Zweden geldt overigens een vooroordeel t.o.v. vrij ondernemerschap, vergelijkbaar met ons vooroordeel tegen het dienstverband: 'Een huisarts in loondienst doet om vijf uur de winkel dicht' is 'vertaald' in het Zweeds: 'Een vrijgevestigde dokter weigert je te helpen als hij genoeg verdiend heeft')
- Rechtstreekse toegankelijkheid tot specialisten in ziekenhuis.
- Grote regionale verschillen in ontwikkelingsniveau van de eerstelijns (bijv. Stockholm versus Skaraborg).
- (Nog) weinig aandacht voor samenwerking 1e/2e lijn.
- Een grootschalige eerstelijns, waarbij met name de veel voorkomende relatie met het verpleeghuis opvalt.
- De district-nurse als eerste intaker in de eerstelijns.
- De provincies dragen totale verantwoordelijkheid voor de organisatie van de gezondheidszorg.
- De gemeenten dragen totale verantwoordelijkheid voor de organisatie van de maatschappelijke dienstverlening.
- Een gezondheidscentrum in Zweden is niet te vergelijken met een Nederlands gezondheidscentrum. In Zweden heeft een dergelijk centrum grotere diagnostische faciliteiten.

Om deze verschillen ook in evaluerende zin weer te geven beschikken we eigenlijk over veel te weinig gegevens. Wat we gezien hebben is ook vooral de eerstelijns, en daarin een aantal niet-representatieve, voorlopige instellingen. Door deze selectie kwam, toevallig wellicht, een vrij grote nadruk te liggen op de functie van de eerstelijns bij het verzorgen van mensen met een chronisch slechte gezondheidstoestand (overigens ook een Nederlands toekomstperspectief). Waar het gemiddelde Nederlandse gezondheidscentrum jaloers op zal zijn is het als regel samenvallen van de populaties van de teamleden, op geografische basis. Ook bij herhaald doorvragen door ons bleek dit, wat betreft de vrijheid van artskeuze, geen probleem op te leveren. We moeten daarbij echter wel bedenken dat de persoonlijke band tussen arts en patiënt, in de Nederlandse eerstelijns een vanzelfsprekendheid en in zekere zin de hoeksteen van de huisartsgeneeskunde, voor Zweden iets tamelijk nieuws is: door de rechtstreekse toegang tot de, doorgaans zeer grote ziekenhuizen zie je in principe bij elke nieuwe klacht een andere arts.

De positie van de district-nurse maakte grote indruk op ons. Met enige moeite valt een parallel te trekken met het inloopsprekkuurtje dat sommige huisartsen hebben en waar in hoog tempo vele kleinigheidjes verholpen worden (erg efficiënt), en haar werk in de thuissituatie vertoont natuurlijk enige parallel met de Nederlandse wijkverpleging, maar de eerste intake die zij doet was toch volkomen nieuw voor ons.

Ook een voorziening als in Ljusdal (een 'ziekenhuis-voortlang-zieke-bejaarden') kennen wij niet (hoewel de achterliggende filosofie in Nederland meer gemeengoed is dan in Zweden).

Heel globaal is onze conclusie dat de eerstelijnsgezondheidszorg is te beschrijven als een kleine, en medisch-technisch gezien eenvoudige polikliniek, waar het typisch 'huisartsgeneeskundig handelen' nog slechts langzaam van de grond komt. De eerstelijns lijkt een soort 'afsplitsing' van de tweede (wat historisch ook wel zo is). De centra waar een soort 'eerstelijnsideologie' is ontstaan. (Matteus, Töreboda) worden beschouwd als pioniers: kwajongens waar met enig ontzag over gesproken wordt. Dit 'ziekenhuisverleden' van de eerstelijns zou ertoe kunnen leiden dat met name de wat kleinere ziekenhuizen onder druk komen te staan. De eerstelijns neemt een deel van de ziekenhuiszorg over (een thema dat, met cijfers onderbouwd, telkens terugkeerde in Matteus en Sundsvall), terwijl aan de andere kant de grote ziekenhuizen patiënten aanzuigen. Zeker in dichtbevolkte streken, waar de eerstelijns altijd dichterbij de mensen gesitueerd is dan het ziekenhuis, kan zich dit proces voordoen. In steden met vrij toegankelijke ziekenhuizen 'at arms' length', veel minder (zie de ervaringen in Matteus).

Zoals uit dit verslag blijkt, werden er tijdens dit werkbezoek een groot aantal vragen beantwoord, waardoor er ook weer nieuwe vragen opgeroepen werden:

- het concrete werk van de district-nurse: wat doet ze zelf af, wat stuurt ze door, wat heeft dit voor invloed op de manier waarop de huisarts tegen de aangeboden problematiek aankijkt (vooral onderzoek zou hier nodig zijn).
- Wie is de vertrouwenspersoon van de patiënt?
- hoe komt het precies dat de voorzieningendichtheid in de eerstelijns zulke grote regionale verschillen te zien geeft?
Hoe komt het dat Stockholm (1.4 miljoen inwoners) één gezondheidscentrum heeft en Sundsvall (120.000 inwoners) 12 gezondheidscentra heeft.
- Wat zijn de effecten van het epidemiologisch onderzoek dat de provincies uitvoeren.
- Wat zijn de resultaten van de experimenten in de gezondheidszorg die de provincies ontwikkelen.
- Waar liggen de grenzen van het effect van preventief beleid?

Het geven van een compleet beeld van de eerstelijns gezondheidszorg in Zweden is echter niet ons streven geweest. Het belangrijkste is de impressie die wij hier hebben weergegeven, van een studiereis waar wij zelf met veel plezier op terug kijken.

BIJLAGEN:

- Bijlage I : Programma
- Bijlage II : Bezoek aan het Matteus Gezondheidscentrum
in Stockholm
- Bijlage III : Bezoek aan Sundsvall
- Bijlage IV : Bezoek aan Gävle/Ljusdal
- Bijlage V : Bezoek aan Skaraborg/Töreboda

BIJLAGE I



Lars Svensson

Program for Rjegen, Krol and Dopheider during the
visit in Sweden 23-29 October 1983

Sunday 23rd October

Arrival in Stockholm

Monday 24th October

09.00 - 10.00	SPRI + the swedish health care organization	Gudrun Persson
10.00 - 11.00	Regional health care	Björn Montin
11.00 - 12.00	The Eslöv-project + information-system in primary care	Ulla Ahs
12.00 - 13.30	Lunch	
13.30 - 15.00	Some studies about consequences in hospitals when you extend the primary health resources	Janne Lindmark
15.00 - 16.00	Comparative economic studies on resource utilization	Stefan Håkansson
16.00 - 17.00	Organization of primary care	Kerstin Einevik-Bäckstrand

Tuesday 25th October

09.00 - 10.00	Operational planning between primary care and hospital care	Palle Fredriksson
10.00 - 11.00	Closing down old hospitals	Jorn Berlin
11.00 - 12.00	Feed back of experience about out patient clinics in hospitals	Jan-Fredrik Högstedt
12.00 - 13.30	Lunch	
14.00 - 16.30	Study visit at Matteus health center in Stockholm	Göran Sjönell

Wednesday 26th October

From Stockholm (by airplane)	07.10
Arrival in Sundsvall	08.00
Visit at the local social authority	08.30 - 11.30



Lunch 11.30 - 13.00
Visit at a health center 13.30 - 16.00
Evening and night in Sundsvall

Thursday 27th October

From Sundsvall (by car) 07.00
Arrival at Ljusdal 08.30
Visit at dr Grapengiesser 08.30 - 11.00
Lunch 11.00 - 12.00
Arrival in Gävle 14.00
Visit at the
county council office 14.00 - 17.00
From Gävle (by car) 18.00
Arrival in Örebro 21.00
Night in Örebro

Friday 28th October

From Örebro (by car) 07.00
Arrival at Mariestad 09.00
Visit at the county
council's office 09.00 - 12.00
Lunch 12.00 - 13.00
Visit in a health
center at Töreboda 13.30 - 17.00
From Töreboda by train
to Gothenburg 17.46
Arrival in Gothenburg 19.42
Evening and night in Gothenburg

Saturday 29th October

Departure to Holland

BIJLAGE II

BEZOEK AAN HET MATTEUS GEZONDHEIDSCENTRUM IN STOCKHOLM

Doel van dit bezoek was om te horen en te zien hoe een gezondheidscentrum in de stad Stockholm functioneert.

Niet ver van het centrum van Stockholm ligt het Matteus gezondheidscentrum. Het centrum dat nog niet lang bestaat is gevestigd in een oude bierbrouwerij. Dat hier ook geestrijk vocht gebrouwen werd is alleen nog aan de gevelopschriften te zien.

De binnenkant bestaat nu uit veel gangen, behandelkamers, spreekuurkamers, werkkamers en er is een apotheek gevestigd.

Het verzorgingsgebied van het centrum is een duidelijk afgebakend geografisch gebied waar ca. 15000 mensen wonen. De bevolking is sterk vergrijsd (een probleem dat ook in Zweden toeneemt). Deze vergrijzing is in het gezondheidscentrum duidelijk merkbaar, een derde van alle inwoners is ouder dan 65 jaar en 1 op de 4 patiënten is ouder dan 75 jaar. Het centrum biedt alleen hulp aan de inwoners van het eigen verzorgingsgebied. Het Matteuscentrum is op werkdagen geopend van 8.00 uur tot 17.00 uur en in de weekenden van 10.00 uur tot 17.00 uur.

Op de uren dat het centrum gesloten is, zijn de patiënten voor eerste hulp aangewezen op een van de 11 ziekenhuizen in Stockholm.

De organisatiestructuur wordt bepaald door 1 huisarts op ca. 3000 inwoners. De huisarts werkt samen met een team waarin 2 "district nurses" en 2 verpleegkundig assistenten.

De meeste patiënten die een huisarts nodig hebben komen zelf naar het gezondheidscentrum toe. Slechts sporadisch bezoekt de arts de patiënt in zijn thuissituatie.

Zoals overal in Zweden neemt de districtnurse ook hier een belangrijke plaats in. De patiënten die in het gezondheidscentrum komen, komen in eerste instantie altijd bij de districtnurse terecht. Een deel van de patiënten behandel zichzelf (ca. 50%) en het overig deel stuurt zij door naar het aangrenzende vertrek waar de dokter zit. Tussen districtnurse en huisarts vindt veelvuldig consultatie plaats. Omdat de huisarts gemiddeld minder patiënten per dag ziet heeft hij meer tijd voor intensiever onderzoek en bestuurlijke werkzaamheden.

De "districtnurse" werkt ca. 50% van haar tijd buiten het centrum (bezoeken aan patiënten, sociale zorg en contacten met het maatschappelijk werk) en 50% van haar tijd werkt zij op het gezondheidscentrum.

In het Matteus gezondheidscentrum bevindt zich een apotheek, er zijn er tevens onderzoek-, behandel- (c.q. oefen)ruimtes voor fysiotherapie, oog- en ooronderzoek, gyneacologisch-onderzoek en ruimtes voor baby en peuterzorg en een laboratorium (waarbij ook bacteriologie). Tevens is er een ruimte voor eenvoudig (kleine) operaties.

In Zweden wordt de patiënt niet door de huisarts doorgestuurd naar de specialist, maar heeft de patiënt een vrije keuze. Zonder medeweten van de huisarts kan een patiënt zich bij een ziekenhuis melden. Voor de huisartsen in het Matteus gezondheidscentrum die proberen te onderzoeken of het functioneren van hun centrum inhoudt dat er minder mensen in het ziekenhuis terecht komen is dit een probleem.

De Stockholmse ziekenhuizen zijn niet bereid veel cijfermateriaal ten behoeve van dit onderzoek te verstrekken. Toch heeft men in het Matteus centrum aangetoond dat het percentage opnames in ziekenhuizen vanuit hun verzorgingsgebied is gedaald. In 1982 was dit nog 22 van de 1000 inwoners, in 1983 is dit 16,8 per 1000 inwoners. Om een beeld te hebben hoeveel inwoners uit het hele verzorgingsgebied op een bepaald moment in de Stockholmse ziekenhuizen lagen wilde men eerst de ziekenhuizen enquêteren. Omdat deze niet mee werkten aan dit onderzoek heeft het personeel van het Matteus centrum alle ziekenhuizen bezocht, elke patiënt gevraagd waar hij of zij vandaan kwam.

Bij de patiënten die uit het eigen verzorgingsgebied kwamen is men nagegaan waarom de patiënt opgenomen was. Resultaat: 333 opnames in ziekenhuizen uit het eigen verzorgingsgebied waarvan in ieder geval met zekerheid kon worden aangegeven dat 34 patiënten (ca. 19%) ook via het gezondheidscentrum geholpen hadden kunnen worden.

De relatie met de specialisten in het ziekenhuis is beperkt. Een aantal specialisten komt om patiënten te consulteren naar het gezondheidscentrum toe. Tevens worden de diagnoses met de arts doorgesproken. Het beleid van het gezondheidscentrum is erop gericht deze contacten te activeren.

De contacten met het maatschappelijk werk zijn intensiever. De huisartsen hebben vooral op bestuurlijk niveau contact en de "districtnurses" en assistent verpleegkundigen op operationeel niveau. Er wordt naar gestreefd om in teams te werken.

BIJLAGE III

BEZOEK AAN DE GEMEENTE SUNDSVALL

Doel van dit bezoek was om inzicht te krijgen op de sociale dienstverlening van de gemeente, het functioneren van de eerstelijnsgezondheidszorg onder verantwoordelijkheid van de provincie en de raakvlakken hiertussen.

Algemene gegevens

Sundsvall ligt ongeveer 400 kilometer ten Noorden van Stockholm. De gemeente telt ongeveer 120.000 inwoners waarvan de meesten woonachtig zijn in de stad Sundsvall.

Sundsvall is gelegen in de provincie VASTERNORRLANDSLAN waarin totaal 270.000 mensen wonen. De grootste politieke partij in Sundsvall is de Sociaal Democratische met 46 van de 81 zetels. Ca. 13% van de inwoners van deze gemeente is ouder dan 65 jaar. Het percentage werklozen is erg hoog.

In Sundsvall is een regionaal ziekenhuis gevestigd met centrumfuncties (totaal 650 bedden) en er zijn 12 gezondheidscentra. Bij een aantal gezondheidscentra is ook een klein verpleeghuis gevestigd (van 45 tot 60 bedden).

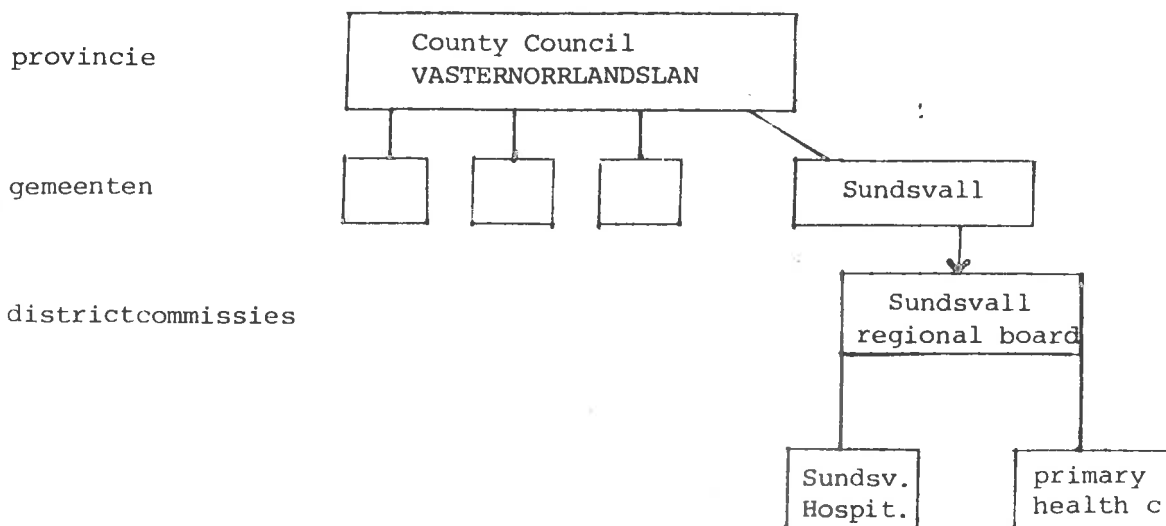
In het eerste gedeelte van dit verslag wordt stilgestaan bij één van de 12 gezondheidscentra: "VARDCENTRAL" dat 2½ jaar bestaat. In het tweede deel wordt ingegaan op de sociaal/maatschappelijke dienstverlening waar de gemeente de volledige verantwoording voor draagt en de raakvlakken met de eerstelijnsgezondheidszorg.

De provincie die de volledige verantwoording dragen voor de organisatie, planning en financiering van de totale gezondheidszorg in de provincie beschikken over een budget dat als volgt is opgebouwd:

- 69% provinciale belastinggelden
- 24% overheidssubsidie
- 6% ziektekostenverzekering
- 1% individuele betaling van patiënten

Van het budget dat aan de gezondheidszorg in Sundsvall besteed wordt, wordt 80% aan het ziekenhuis gegeven en 20% (ca. 59 miljoen gulden) aan de primary health care.

Elke provincie is in principe vrij in de ontwikkeling van de organisatie-structuur van de gezondheidszorg. In VASTERNORRLANDSLAN ziet deze organisatie er als volgt uit:

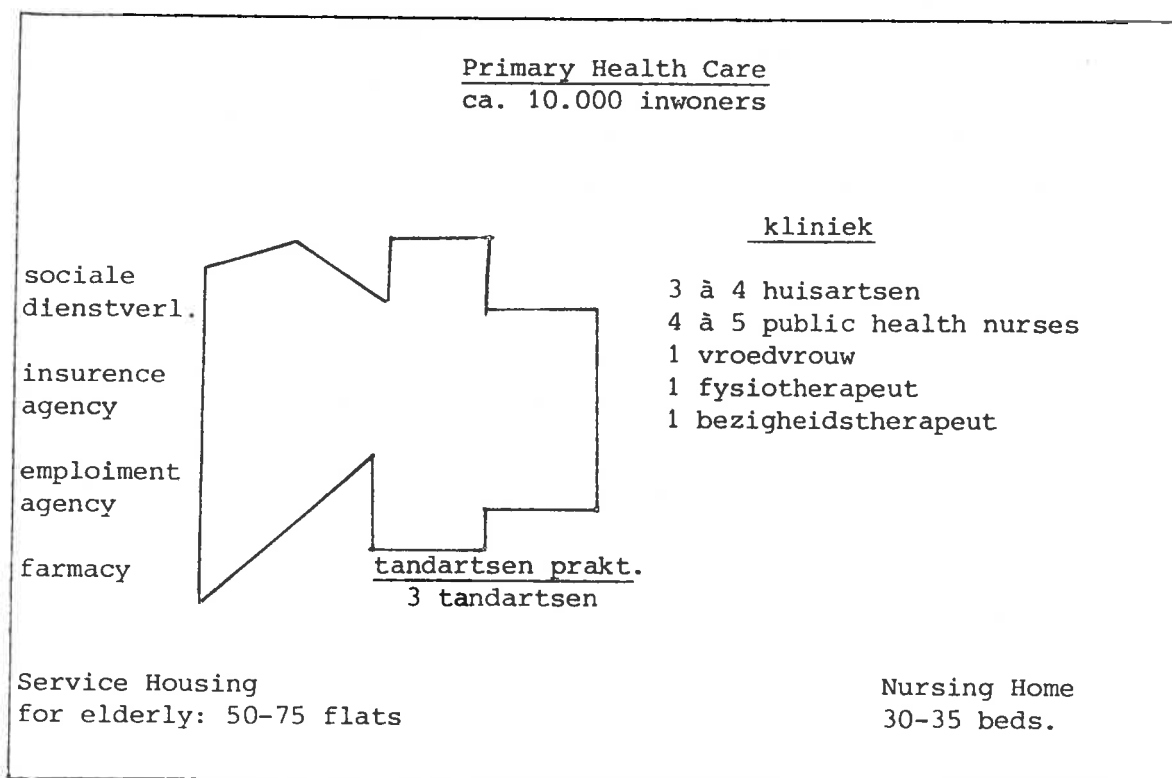


In de gezondheidszorg van Sundsvall werken 6000 personen (op full-time basis gerekend zijn dit 3990 personen).

Er zijn 44 huisartsen d.w.z. 1 huisarts op ca. 3000 inwoners.

Er zijn 71 districtnurses d.w.z. 1 districtnurse op ca. 1750 inwoners.

De Primary Health Care in Sundsvall is georganiseerd volgens een model dat 10 jaar geleden ontwikkeld is.



Het VARDCENTRAL gezondheidscentrum heeft een verzorgingsgebied van ca. 14000 inwoners. In het centrum werken:

- 4 huisartsen
- 1 trainer
- 10 districtnurses
- 10 stafnurses
- 7 M.C.H. nurses en vroedvrouwen
- 5 fysiotherapeuten
- 2 bezigheidstherapeuten
- 1 laboratoriumassistent
- 7 secretaresses

totaal 47

Om een indicatie te geven van de verdiensten het volgende:

een "districtnurse" verdient tussen ca. f 2.650,= à f 2.900,= per maand

een stafnurse verdient ca. f 2.450,= per maand

een huisarts verdient ca. f 7.800,= per maand.

Gemiddeld komen er per 3000 inwoners 40 patiënten per dag naar het gezondheidscentrum. Hiervan wordt de helft door de districtnurse geholpen en de andere helft stuurt zij dan naar de huisarts. In vergelijking met de Nederlandse situatie waar gemiddeld 60 patiënten (bij een praktijk van 3000 inwoners) de huisarts bezoeken zijn de aantallen in Sundsvall laag.

Het gezondheidscentrum tracht een aantal belangrijke doelen na te streven:

1. gemakkelijke toegankelijkheid van het centrum
2. het geven van "high standard medical care"
3. continuïteit van zorgverlening waarbij de patiënt steeds door dezelfde personen behandeld wordt¹⁾
4. holistische benadering van de patiënt
5. ontwikkeling preventie²⁾.

Het centrum probeert het teamwork verder te ontwikkelen.

Ook in dit gezondheidscentrum is onderzoek gedaan naar de plaats waar de patiënten terecht komen. Over een periode van 2 maanden bleek dat in Sundsvall: 25% van de patiënten ten onrechte terecht komen bij de polikliniek van het ziekenhuis. Deze patiënten hadden ook in het gezondheidscentrum behandeld kunnen worden. 5% van de bezoeken aan het gezondheidscentrum waren onnodig en 2 patiënten zijn ten onrechte bij de huisarts terecht gekomen en moesten worden doorgestuurd.

De samenwerking tussen gezondheidscentra en ziekenhuis is heel beperkt. De meeste samenwerking vindt plaats tussen gemeente en provincie. De samenwerking vindt vooral plaats op het terrein van:

- zorgplannen en maatregelen m.b.t. service-housing.
- toestemming tot plaatsing in een service-home of een verpleeghuis.
- informatie en instructie voor de thuishulp situatie.

Sociale dienstverlening

De sociale dienstverlening valt onder de bevoegdheid van de gemeente. 3000 huishoudens in Sundsvall maken continu gebruik van de sociale dienstverlening. Daarbij moet worden opgemerkt dat hiervan 138 bejaarden nu nog zelfstandig wonen, die in een andere situatie opgenomen hadden moeten worden in een ziekenhuis (verzorgingstehuis) of een verpleeghuis.

De belangrijkste taken waar de gemeente zich in dit kader mee bezig houden zijn:

- bejaardenzorg
- gehandicaptenzorg
- maatschappelijk werk
- kinderverblijfplaatsen/zorg voor kinderen
- dienst sociale problemen
- administratie en financiering

1) Een patiënt wordt in het Zweedse systeem niet per definitie door dezelfde arts behandeld, maar door een arts van het gezondheidscentrum.

2) Accent wordt gelegd op: alcoholgebruik, rookgewoonte en eetgewoonte.

Het belangrijkste doel van de gemeente is om zoveel mogelijk mensen zo lang mogelijk in de thuissituatie te houden. Om dit te realiseren is de gemeente verdeeld in 60 wijken. Per 3 wijken is er 1 hoofd. Elk hoofd heeft 30 tot 40 mensen onder zich die in de wijken werkzaam zijn. Met name deze mensen richten zich in teamverband op de hulpverlening in de thuissituatie, zodat de inwoners zich nog zoveel mogelijk thuis kunnen redden. Door met name behandelplannen op te stellen (waarbij ook de districtnurse betrokken wordt) wordt getracht om 24 uur per dag hulp te kunnen bieden. Tevens vindt bij het opstellen van de behandelplannen en behandelprogramma's afstemming plaats met de provincie.

Als resultaten van deze werkwijze worden genoemd:

- werkers in gezondheidszorg en sociale zorgverlening streven dezelfde doelen na;
- de houding van patiënten is veranderd;
- door afstemming onderling konden betere voorzieningen gebouwd worden;
- er zijn behandelplangroepen ontstaan;
- de educatietraining is afgestemd. Gemeentelijk en provinciaal personeel krijgt gedeeltelijk dezelfde opleiding.

BIJLAGE IV

BEZOEK AAN DE PROVINCIE GÄVLE

Doel van dit bezoek was om inzicht te krijgen in het functioneren van een provincie als verantwoordelijke voor de gezondheidszorg. Tevens is binnen deze provincie een bezoek gebracht aan Ljusdal, waar gesteund door het provinciaal beleid, de zorg voor ouderen ver ontwikkeld is.

Algemene informatie

Gävleborg is een van de 23 provincies in Zweden. De provincie is qua grootte ongeveer de helft van Nederland en er wonen circa 300.000 mensen. Die provincie wordt gevormd door 10 gemeenten en is door de provinciale bestuurders verdeeld in 5 "districts of Medical Services". Van de totale bevolking woont 5 à 6% buiten de steden en dorpen.

De gemeenten dragen met name verantwoording voor:

- onderwijs
- sociaal maatschappelijk werk
- brand bescherming
- aanleg en onderhoud infrastructuur.

De hoofdfuncties van de provincie zijn:

- gezondheid, medische en tandheelkundige verzorging.

De provincie heeft ook belangrijke taken met betrekking tot sociaal maatschappelijk werk, opleidingen, cultuur, industrie, toerisme en openbaar vervoer.

Door de opbrengst van de belastinggelden van de inwoners van Gävleborg, kan meer dan 50% van de provinciale activiteiten gefinancierd worden.

De provincie is de belangrijkste werkgever in het gebied. Er werken 17.000 mensen (fulltimers en parttimers).

Het beleid van de gezondheidszorg is gebaseerd op medische hulpverleningsplannen. In deze plannen is door de politici het accent gelegd op de ontwikkeling van zorg voor ouderen door uitbreiding van de "non institutional" zorg en thuisverpleging.

De andere mensen moeten de mogelijkheid krijgen om zo lang mogelijk in hun eigen woning te blijven wonen. De provincie en de gemeenten werken samen bij de hulp aan oudere en gehandicapte mensen door; thuishulp, nachtcontrole en districtnurses. Deze samenwerking is georganiseerd in 40 districtvergaderingen, waar plannen voor hulpverlening naar de locatie toe worden ontwikkeld.

Ook op het terrein van zorg voor kinderen wordt samengewerkt met de gemeenten.

In de provincie zijn o.a. 101 huisartsen, 166 "districtnurses", 42 fysiotherapeuten, 29 arbeidstherapeuten en 5 diëtisten in dienst.

Er zijn in de eerste lijn 31 gezondheidscentra (ca. 1 op 9500 inwoners). In deze gezondheidscentra zijn vaak ook consultatiebureau's voor baby's en peuters, fysiotherapie en bezigheidstherapie opgenomen. Bij vier gezondheidscentra in de provincie zijn verpleeghuizen voor chronische patiënten gesitueerd. Tegenwoordig zijn ook de apotheek, lokale verzekeringsbureau's en de tandheelkundige zorg, gekoppeld aan het gezondheidscentrum.

De ziekenhuizen in de provincie Gävleborg hebben een capaciteit van 3158 bedden. In de volgende tabel is de verdeling hiervan weergegeven.

- 30 -

	<u>bevolkingsomvang</u>	<u>aantal bedden</u>
Gävle	94 000	1 058
Scandviken	55 000	330
Bollnäs	42 000	986 ¹⁾
Söderhamn	31 000	253
N Hälsingland	71 000	531
Total	293 000	3 158

1) 561 psychiatrie

Gedurende ons bezoek zijn wij ontvangen op het planningsdepartement van de provincie. Op dit departement werken 14 mensen in de volgende secties: 1) medische sectie; 2) "health education"; 3) psychologie/sociologie; 4) administratie en statistiek.

Het planningsstelsel van de gezondheidszorg is te onderscheiden in:

1. lange termijn planning over een periode van 10 tot 15 jaar;
2. korte termijn planning over een periode van 2 tot 5 jaar;
3. budgetbepaling over een periode van 1 jaar.

Vanuit politiek oogpunt krijgt met name de lange termijn planning het zwaarste gewicht, omdat het beleid streeft naar een totaal geïntegreerd zorgstelsel.

Belangrijke aandachtspunten die bij de planning een rol spelen zijn:

Betreffende de eerstelijns zorg

- de organisatie
- ontwikkeling preventie
- zorg voor ouderen
- samenwerking met de psychiatrische organisatie.

Betreffende de tweedelijns zorg

- spreiding van verantwoordelijkheid tussen eerste en tweede lijns zorg;
- wat moet waar gedaan worden;
- reductie van afdelingen.

. Ontwikkeling "5 days" units.

. Verandering van de organisatie.

Belangrijke aandachtspunten bij het onderzoek dat ten behoeve van de planning wordt uitgevoerd zijn:

- . de verschillen in de medische consumptie
- . de verschillen in niveau van zorgverlening
- . de effecten op het medische zorgstelsel wat betreft:
 - uitbreiding van de eerstelijns zorg
 - zorg voor ouderen
 - preventie
 - medische ontwikkeling.

Door de inwerking treding van de nieuwe gezondheidswet is de provincie verplicht ook de preventie tot haar taken te rekenen. Mede om deze preventie beter te structureren, voert de provincie epidemiologisch onderzoek uit.

Ljusdal

Binnen de provincie Gävle is een bezoek gebracht aan het gezondheidscentrum in Ljusdal. Aan dit gezondheidscentrum is ook een verpleeghuis gekoppeld.

Onder leiding van de geriater dr. Grapengierer wordt in deze gemeente in vergevorderde mate vorm gegeven aan het provinciale beleid om de oudere bevolking boven de 70 jaar, indien zij dit willen, zoveel mogelijk in de eigen thuissituatie te verzorgen.

De lezing van dr. Grapengierer is integraal opgenomen in deze nota.

NORRA HÄLSINGLANDS SJUKVÅRSDISTRIKT

CONCEPT
Datum

1 (9)

LJUSDALS SJUKHUS

1983-10-28

Tjänsteställe

Långvårdsklin, E Grapengiesser/MS

THE SO CALLED "LJUSDAL MODEL" IS PRIMARY DIRECTED AT THE CARE OF ELDERLY. IT HAS BEEN DEVELOPED SINCE 1972.

In the beginning it was formly established in long term care, as our resources were such. The old mainly surgicully concentrated county province hospital of Ljusdal was in 1971 converted into a primary care centre for district- and specialist physicians. The 145 beds of the hospital have since then been used for long term care. In 1972 145 beds were equivalent to 53 beds/1000 inhabitants over the age of 70 and in 1983 about 45 o/oo.

The care for the elderly in the municipality of Ljusdal has during this time been relatively well built out. The municipality of Ljusdal is agricultural and sparsely populated (22 000 inh in 5 200 sq kilometers) with a negative labour market. This is probably an advantage for the care of elderly.

The district physicians posts were during the 1970 mostly vacant. The last few years the primary care has been expanding fast.

The Ljusdal model has been developed from a project led by the National Social Welfare Board between 1973-76. The intension of the project was to test coordination between the primary care of the county council (secondary commune) and the home helping of the municipality (primary commune). Because of the local conditions the project had to build primary care dutys on the long term hospital. A hospital-linked home care began to flourish.

Very soon we discovered that we shouldn't create our own home care which profiled towards the district nurses entire controle of their districts. Neither could we from the hospital reach the primary care qualities "close continuous accessibility and comprehensiv wiew in 13 district nurses districts. Instead

LJUSDALS SJUKHUS

Datum
1983-10-28

Tjänsteställe

Långvårdsklin, E Grapengiesser/MS

Ljusdal model, continuation

we began to co-operate directly with the district nurses and the leaders of the homehelpers of the primary commune. Early we also discovered that the time spent on qualified medical tasks was very short compared to domestic care as a whole. Most tasks could be carried out within the competence of social service. Even most of the medical care could be delegated to the primary communes homehelpers if they were supervised by the medical staff.

The primary care gradually was supported by about 0,5 staff nurse district nurse. Staff nurses with long experience from hospital long term care were picked out and locally instructed in occupational therapy and physiotherapy. Supervised by the district nurses the staff nurses are now the contact and outstretched arms of all professional categories. This has probably given the staff nurses a broad professional profile and independence in their professional role. (One of the primary care profiles is to receive knowledge fractions, integrate them in the work and pass them on to others. The purpose is all the time to continuously, supervise and support the primary group around the patient in his/her own environment to continuously reach everybody with all the qualities close and accessible.)

This system has been completed with a day care which through short repeated periods of treatment gives a great number of patients support. Also early discharges from hospital care and occasional needs are supported by day care.

A Change in the picture of the needs was analysed in 1974 through an internal investigation of the home care medical content. More than 90 % of the patients showed that the need of help from another person depended on inability to move. Mental inability seemed to be the second largest factor behind needs of help. "If you are able to move and think clearly you are capable to take care of your self in most personal needs."

LJUSDALS SJUKHUS

Datum

1983-10-28

Tjänsteställe

Långvårdsklin, E Grapengiesser/MS

Ljusdal model, continuation

The system of care was directed towards measures like treatment of movement, adapted housing, change in attitudes and mental stimulating influence on the environment and of course towards the relatively few needs of pure medical cares. The conventional care could be reduced.

The occupational therapists and physiotherapists possess qualifications of central importance to the new contents of the care. Both these professional categories have their contacts with consultants on the county level. Department of aids, housing board, ortopedics and so on.

To make the specialist physicians fractioned supply of medical quality and safety continuously available an analogous system was created in the first part of 70th. The acute care was concentrated to the province hospital in Hudiksvall. In that way we got a sufficient population bases (70 000 inh) for their on-call organization. All the local specialist physicians posts were converted into chief physicians posts connected to the county hospital clinics and all the chief physicians have consultant days at the primary care centre of Ljusdal. They bring with them their knowledge to the patients on one hand directly but mainly through the primary care staff with its more integrated way to think and work. Our experiences from the consultant organisations are very good.

All the districts physicians and the long term doctors together maintain around the clock functioning emergency ward at the primary centre, which can give medical contact immediately. There we have trained our ability to take care of comparatively qualified emergency measures before transport to the real emergency ward of the county hospital.

The consultant and emergency organisation guarantees a comparatively good and continuously available medical quality

Ljusdal model, continuation

and security in our distant located primary care centre. The organization is also a necessary qualification to give a medically qualified long term and home care supply.

THE LONG TERM/HOME CARE DEVELOPMENT IN LJUSDAL CAN FROM A HISTORICALLY PERSPECTIVE BE SEEN IN FOUR STEPS

Step 1

The development of the long term hospital care

- Adequate medical diagnoses and treatment of course but then
- To keep up the patients healthy functions. Rehabilitation. Change in attitudes. Changes in professional roles.
- To take care of the resources of the whole staff. Teamwork. Everyones self-confidence, at first the patients of course but even the whole staff. To try to put the hierarchy away.
- Social aims for each patient and prepared secure discharges in consultation with the primary care and the primary commune.
- Really using the LEON-principle (Lowest possible Effective Level of care) and discharge the patients. Not keep them in hospital. - Yet, a soft policy. If they want to and possibly can be cared for.
- To inform, supervise, support and delegate.

LJUSDALS SJUKHUS

Datum
1983-10-28

Tjänsteställe
Långvårdsklin, E Grapengiesser/IO

Ljusdal model, continuation

Step 2

Tackling the waiting list

About 100 statically waiting patients were divided into four calendar months in a planning card index. Every month the patients brought up by the index were investigated in co-operation with the district nurses and placed into the index card again with such intervals that seemed suitable to the patients and the capacity of the system. Some patients were treated in the long term surgery. Other were admitted into the hospital in beds emptied by step 1. Many of these patients were recovered and could be discharged again. The patients with a very great need of care were kept in the hospital. New cases were reported by the district nurses and the card index expanded to at most about 200 patients. Gradually these patients could be seen as "riskpatients" for long term hospital care. About a year from the beginning there were no patients with immediate need of admission and no waiting list. The admission could instead take part at once when needs arose in a fast running flexible system of care for elderly. The number of beds were also sufficient for patients referred from the county hospital.

The long term care had changed to a fast moving short term care "when needed" for patients with needs of long duration and a nursing home for those patients really needing this level of care, the patients demanding a lot of work, mostly senile demented.

The flow of heavy long time patients per unit of time is rather small when the dammed up need has been eliminated. These patients can easily be admitted through prioritating them in a fast running flexible system. The number of new, as we say heavy, patients corresponds to the number of dying patients in the hospital. The average time for living in a nursing home must no longer exceed two years. The system includes with a few exceptions the whole of the psychogeriatric care.

LJUSDALS SJUKHUS

Datum

1983-10-28

Tjänsteställe

Långvårdsklin, E Grapengiesser/IO

Ljusdal model, continuation

Step 3

The development of a system of co-operation

The co-operation between the long term reception and the district nurses developed to joint meetings once a month. The leaders of the primary commune home helpers began to attend the meetings. In this way so called district-meetings were formed and incorporated in the SOSAM-project.

The project led to:

- Co-ordinated districts for the 13 district nurses and the 4 leaders of the primary communes domestic care. The system had to be built on the four leaders areas of responsibility.
- The right to decide the admount of help (hours) was delegated to the district meeting.
- A standard to devide the costs between county council and primary commune was constructed.
- The domicillary physiotherapists and occupational therapists began to attend the meetings. These competences are in our opinion necessary to get the right content in the care.

The district meeting is able to look for practically all needs in the homes through the district nurses and the primary commune domestic leaders, the needs at the old peoples homes through the matrons and the needs in long term hospital and acute clinics through the nurse of the long term reception.

The same persons have a control over their resources which means that they have the possibility to control total resources in common of the county council and primary commune on the levels concerned.

LJUSDALS SJUKHUS

Datum
1983-10-28

Tjänsteställe

Långvårdsklin, E Grapengiesser/IO

Ljusdal model, continuation

Our ambitions are to adapt the resources and the ambition levels of the care so that all the resources always cover all the needs.

Our experience is that we have succeeded to a very high extent in this matter.

Formal co-operation is probably necessary when the team-work is getting into trouble to be able to get to know each other and for many other reasons.

From the district meetings a network, hard to describe, of informal contacts has developed and this network includes the home helpers and the relatives of the patients. The informal contact system seems to function in a very simple and secure way.

The patients problems are brought up, when necessary, by the person primary in charge of the care of the patients, as a rule the home helper and/or district nurse. The automatism of the card index showed after a couple of years to be clumsy and unnecessary, mainly depending on that the index unnecessarily as a routine brought up a lot of patients without actual problems.

The immediate co-operation is going on through direct personal contacts now. The whole of this system works according to the so called LEON-principle.

Step 4

The delegating step

The last few years the posts as district physicians have been filled. The primary care has expanded and the following steps have been taken:

LJUSDALS SJUKHUS

Datum

1983-10-28

Tjänsteställe

Långvårdsklin, E Grapengiesser/IO

Ljusdal model, continuation

- The long term care physician has been replaced by the district physicians in the district meetings.
- The formal right to make decisions in home care has been transferred to the district doctors. The formal decisions should always be taken in the district meetings in co-operation with all professional categories (needs are of course satisfied at once through direct decision in informal co-operation).
- All professional categories have got co-ordinated geographic areas of responsibility.

In this way the care of elderly has got independent primary care teams. The gathered qualifications of the whole system can be brought out to the patients quite near and continuously in their own environment.

The connection to the long term hospital is still there

The connection between the levels of care is very important and partly forgotten in the actual Swedish discussion around development of primary care (my own opinion).

The district meetings are adjusted to the four areas of the home helpers leaders and each meeting covers 3-4 district nurses district.

The long term care reception has a co-ordinating function. All the cases are reported to the nurse of the long term reception and she co-ordinates the meetings with the chief physician of the long term care as a consultant. The long term care is in that way serving the primary care in administration.

LJUSDALS SJUKHUS

Datum

1983-10-28

Tjänsteställe

Långvårdsklin, E Grapengiesser/IO

Ljusdal model, continuation

At the same time the long term hospital has got a system for planning the admissions in a way continuously co-ordinated to the actual needs in all districts. The hospital has even got a system for secure follow up of discharges.

The co-operation between the long term care hospital, primary care and home helping is necessary to carry through the LEON-principle and probably also for an effective use of the total resources.

From a more withdrawn position the long term care can develop and bring out its branches of knowledge and experience.

In the future we hope to decentralize the living function of handicapped old people even more to what we call normalized housing in the regim of the primary commune (step 5).

The long term care will then be reduced to a smaller clinic function in geriatrics, gerontology, medical rehabilitation and all those necessary knowledges from many medical and para-medical specialities which gathered together are useful in the care of elderly.



Erik Grapengiesser

BIJLAGE V.

Bezoek aan het gezondheidscentrum
BJÖKÄNGEN in de provincie Skaraborg.

*Doel van dit bezoek was het kennisnemen van de
experimentele situatie waarbinnen het gezondheids-
centrum binnen het provinciale beleid plaatsvindt.*

Gegevens die door de provincie verstrekt zijn, zijn
integraal opgenomen in deze nota.



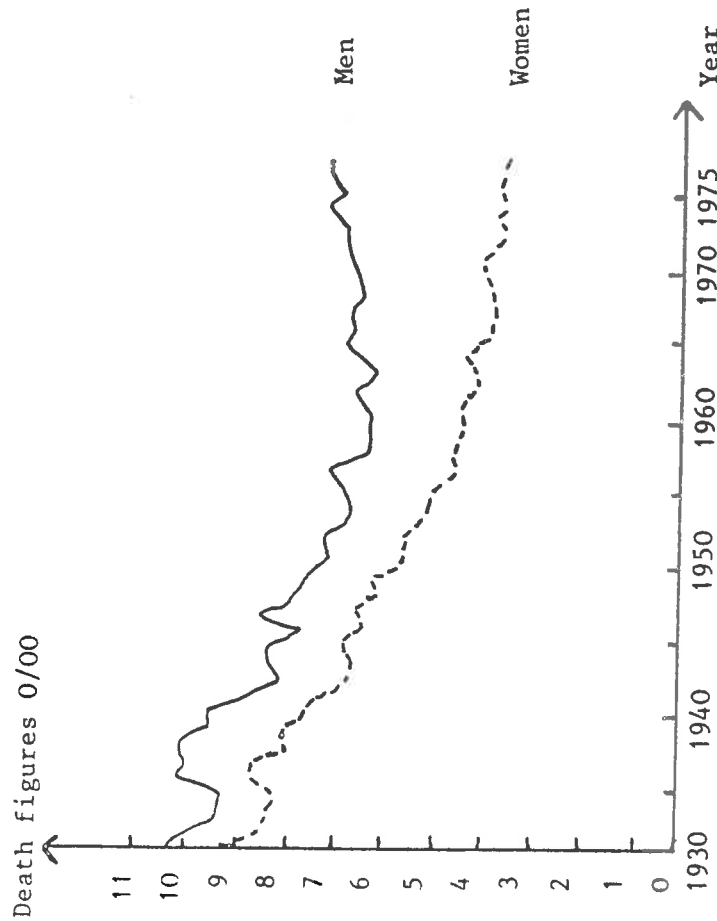
The County Council of Skaraborg - landstinget

In Sweden there are 23 county councils, or secondary municipalities as they are also called. There are 280 communes. Every county council geographically consists of a number of communes. When you compare the responsibilities of the county council with those of a commune you can say that the county council deals with tasks which the commune is not large enough to handle.

The county of Skaraborg has 270 000 inhabitants, or little more than 3 per cent of the total population of Sweden (8.3 million). It consists of 17 communes.

The County Council has the responsibility for health and medical services as well as public dental care and the care of the mentally retarded.

A slow increase of the population to 275 000 by the year 2000, is expected. Within this rather constant total number of inhabitants the population is rapidly ageing. Actually, the most elderly segment of the population is the most rapidly increasing. A fact that, to some extent, decides which way health politics must choose in the future. The inhabitants of the county are healthy people. According to statistics it is the most healthy people in the whole country (i.e. it has the lowest number of days of reporting sick).



Death figures in ages between 50 and 54 years, men and women, from 1930 to 1975

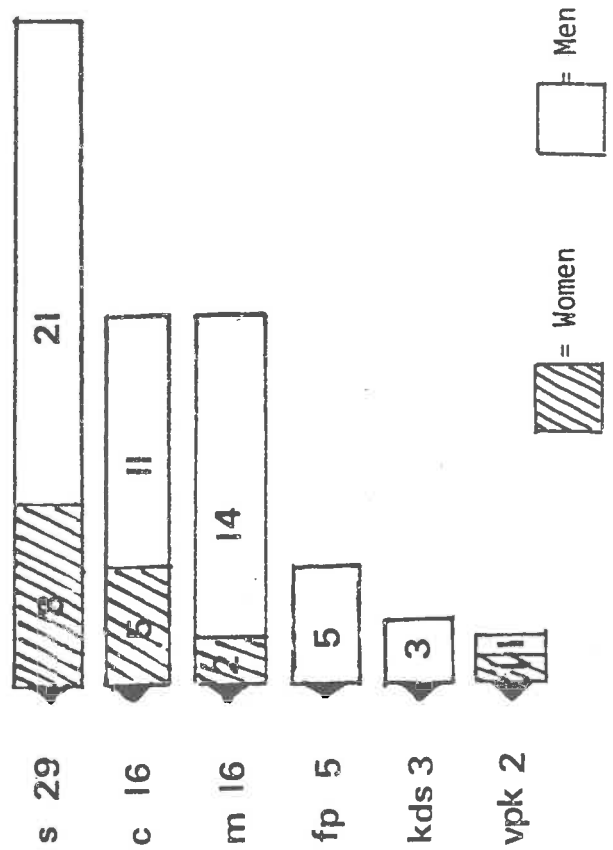
Since 1960 death figures have risen for men between 50 and 54.

Political organisation

The decision-making body of the County Council is the assembly, or the council, which meets about five times a year. County councillors are elected every third year at elections which are held concurrently with the general elections to the Parliament (riksdagen) and to the communal councils (kommunfullmäktige). The County Council of Skaraborg consists of 71 county councillors.

In the elections in 1982 the Conservative Party got 16 seats, the Center 16, the Liberal 5, the Social Democrats 29, the Communists 2 and the Christian Democrats 3 seats each. There is a new general election in september 1985.

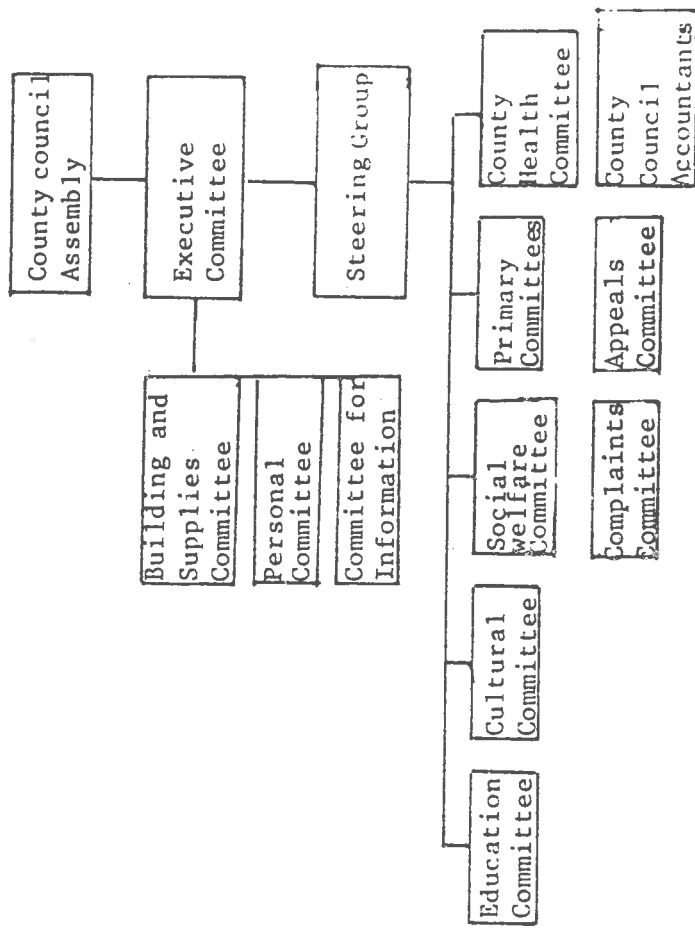
The County Council 1983 -- 85



The Executive Committee

The Executive Committee is the central governing body, charged with leading and planning the activities of the County Council. Financial planning is very important. The Executive Committee drafts annual budgets and calculates the size of the county tax required to cover the cost of services and investments.

The Executive Committee meets regularly once a month and prepares the items of business that are to be put before the County Council.



Administration

As you can see on the sketch there are several boards and committees under the Executive Committee. There is one Local or Primary Committee for Health and Medical Services in every commune, which is responsible for medical services within the commune. In total there are 17 Local Boards.

Each commune also constitutes an administrative area. The sheer size of the medical services has made it natural to delegate the tasks and to decentralize the work.

The County Health and Medical Services Committee is responsible for the hospital care.

The central administration of the County Council is located to Mariestad. 250 officials administrate the work of about 15 000 employees. The County Council is the biggest employe in the county.

The county council manager is leading and coordinating the work of the county council. He is directing the central administration and is responsible for the drafting of business to be put before the Executive Committee and the County Council Assembly. He is also dealing with the perspicuous planning of county council work and the coordination of the activities of various committees.

46

In each commune there is a local administration for the medical services in the commune, the local administration also serves the Primary Committee for Health and Medical Services.

Health and medical care services

Medical services are the preponderant item of the County Council's budget. They take 80 per cent of the budget. Public health and medical services are based on three components designated primary care, county care and regional care. Each component is responsible for its share of public health services.

Primary care

Primary care is the fundamental or the basic care, i.e. all kinds of preventive measures and the medical level you generally first get in contact with when you fall ill.

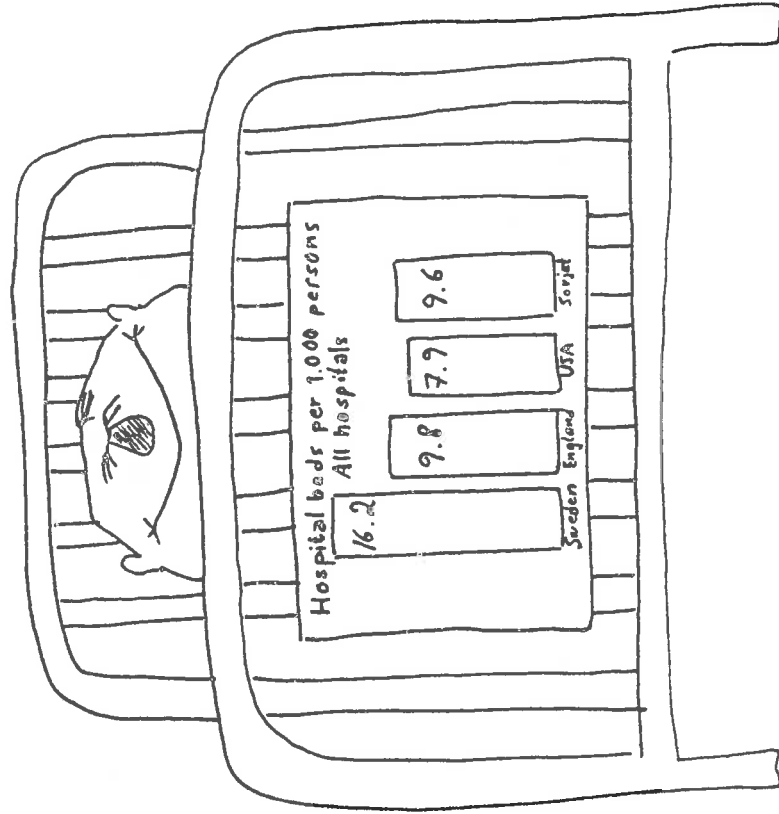
The primary care is responsible for the health of the population in a commune. The county is consequently divided into 17 primary health care areas.

The primary care includes primary health care centres, preventive care, maternal care, personnel health services, public dental care, day care centres, home nursing and nursing homes.

The County Council has decided that there should be at least one health care centre and one nursing home in every commune.

Often they are built together to one big service centre, where also the chemist's, the social welfare office, the social insurance office and the labour exchange are located.

There are small health centres where three, four physicians (general practitioners) work together with a small team of nurses, and large health centres with several physicians, representing both general practitioners and several specialities.



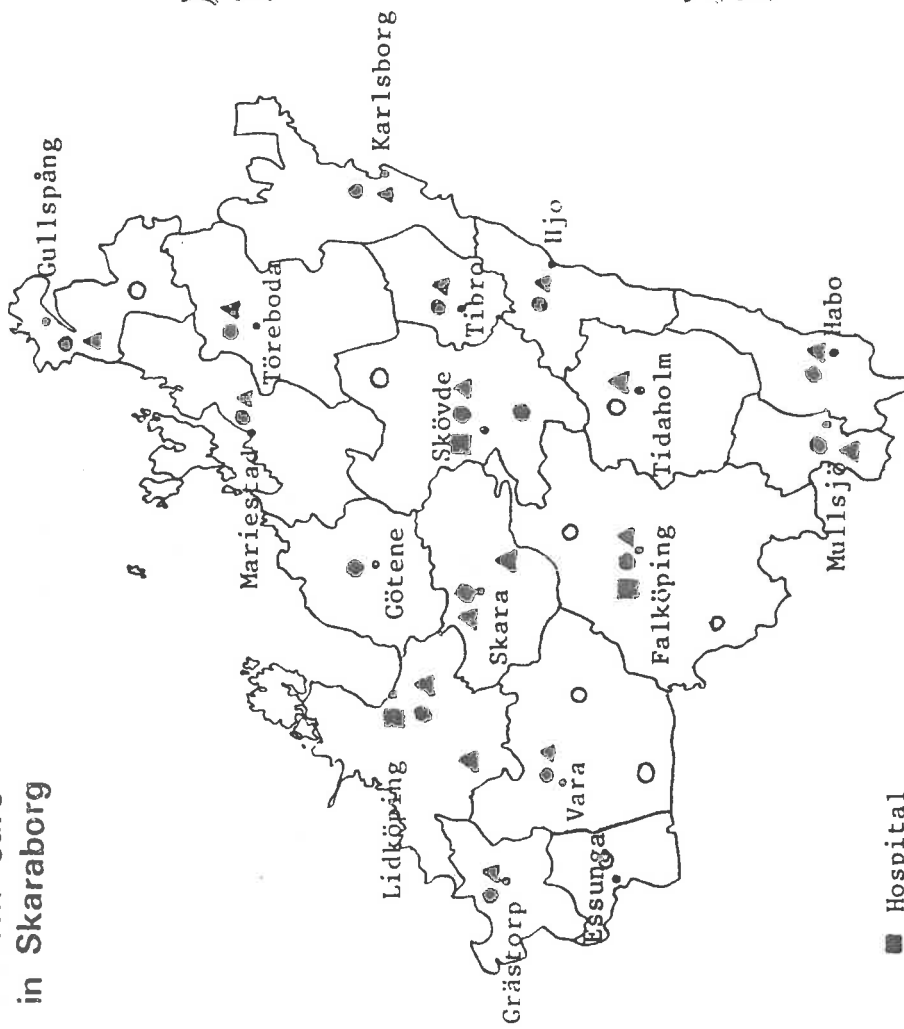
Day care centre

The day care patient arrives to the day care centre in the morning and goes home in the afternoon. At the centre he is engaged in physiotherapy, occupational therapy and spare time activities. He gets lunch and coffee. The day care is prescribed by a doctor and the purpose is to make it easier for the old and sickly patient to go on living in his home instead of going to a nursing home. The contact with other people, the variation and stimulation which the day care centre gives is essential.

Home nursing

Old and sickly people should be able to get home nursing as long as they want to go on living at home and as long as it is medically possible. Many district nurses and senior student nurses have been employed in recent years to make this possible. The patient can also get help from a physiotherapist and an occupational therapist who will make home-calls as well as the doctor. The medical staff cooperate with personnel from the commune's welfare office, who help the patient with house-cleaning, shopping, cooking etc. It is important that people who take care of their sick relatives get good support, and one way is to admit the patient to a nursing home with short notice when the relative needs rest and recreation. That is why nursing homes should always have a certain amount of spare capacity.

Health care in Skaraborg



- Hospital
- Health care centre
- ▲ Nursing home
- General practitioner
- Centre of the commune

Nursing homes

Most of the beds in long-term care, both for somatic and mental illness, are required for patients of relatively advanced age with limited need for advanced medical measures but usually with a great need for personal care.

Patients in long-term care should be able to keep in contact with their relatives and friends. That is why small units in their home-commune are better than large institutions at a long distance from the patient's home. Since the stay might be long one aim is to make the institutions as home-like as possible. Many nursing homes are built like bungalows with good access to the gardens. The patients can bring their own furniture and wear their own clothes.

The purpose of the care is to stimulate both somatic and mental function as much as possible. Occupational therapy, physiotherapy and various spare time activities are some means to reach this.

The care of senile dementia is also decentralized to the greatest possible extent. It is provided at the local nursing homes and coordinated with the somatic long-term care.

County care

The county care in Skaraborg consists of the three hospitals in Falköping, Lidköping and Skövde. The first two are called basic hospitals and the latter central hospital. The central hospital (kärnsjukhuset) in Skövde has the most specialist care departments and specialist receptions. It is natural that some maladies and conditions require such access to staff and technical resources that they must be concentrated in a few hospitals within the county.

HOSPITAL CARE

Patient days	1975	1980
Long-term care (incl psych care)	592 000 (2.2/inh)	692 000 (2.6/inh)
Acute care /incl psych care)	494 000 (1.8/inh)	434 000 (1.6/inh)
Total	1 086 000 (4.0/inh)	1 126 000 (4.2/inh)

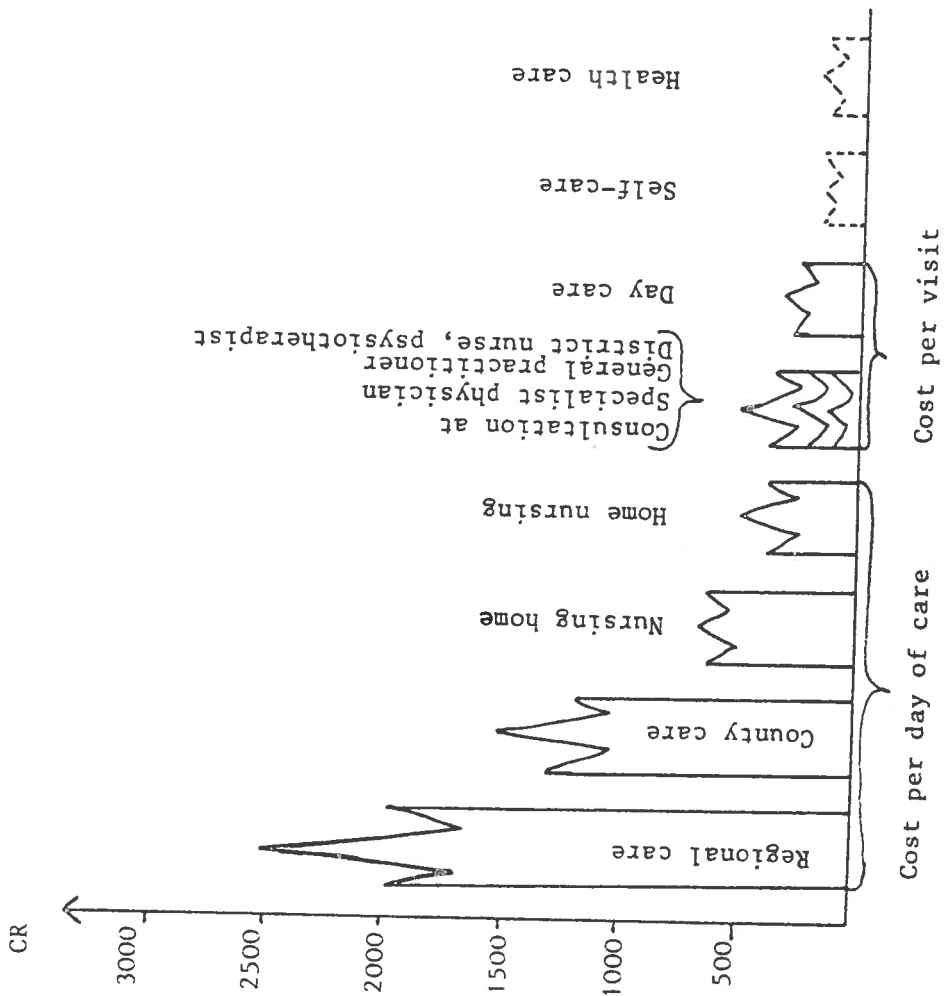
OUT-PATIENT CARE

Medical consultations at	1975	1980
General practitioners	240 000 (0.9/inh)	292 000 (1.1/inh)
Hospitals	250 000 (0.9/inh)	309 000 (1.1/inh)
District nurses	241 000 (0.9/inh)	420 000 (1.6/inh)
Total	731 000 (2.7/inh)	1 021 000 (3.8/inh)

Regional care

Regional care is responsible for the few patients with especially difficult problems calling for the collaboration of a number of highly skilled specialists and special equipment which is expensive and difficult to operate. Sahlgrenska sjukhuset in Gothenburg is the regional hospital for patients from Skaraborg.

COSTS (GROSS) FOR DIFFERENT KINDS OF CARE 1982



Dental care

Since 1974 there is a public dental insurance in Sweden which covers all adults. The Public Dental Services Act gives the county councils responsibility for the dental care for all children and juveniles to the age of nineteen. Under the same act the county council carries the undivided responsibility for specialist dental care for adults as well as children.

Public dental services are available at some 28 dental clinics scattered throughout the county. Specialist dental services for children and adults are provided at seven specialized clinics.

Social welfare

— care for the mentally retarded

In the county of Skaraborg there are about 1 400 mentally retarded, who need help in different ways. In recent years there has been a change from traditional custodial care towards more open forms of treatment. The basic aim is to normalise the situation of the mentally retarded. All necessary support is to be given to the mentally retarded person to enable him to live under the same conditions as others in society.

In the quest for normalisation the mentally retarded are being increasingly integrated into the everyday work and activities of society. School classes for mentally retarded children are located to ordinary elementary and secondary schools. An increasing number of mentally retarded leave the big institutions to live in their own appartments or in boarding homes. As in other forms of collective living the trend is towards smaller groups.

Efforts are made to find work for as many as possible in the open labour-market but most mentally retarded get their occupation at day centres after having finished their education.

Education

The County Council is managing some of the upper secondary schooling in the county as well as some higher education.

Five upper secondary schools educate senior student nurses and nursing assistants. There are two agricultural schools and one forestry school. At the college for care professions in Skövde nurses get basic and further training. The Education Committee is responsible for the County Council's education. The County Council also runs one people's high school.

Culture

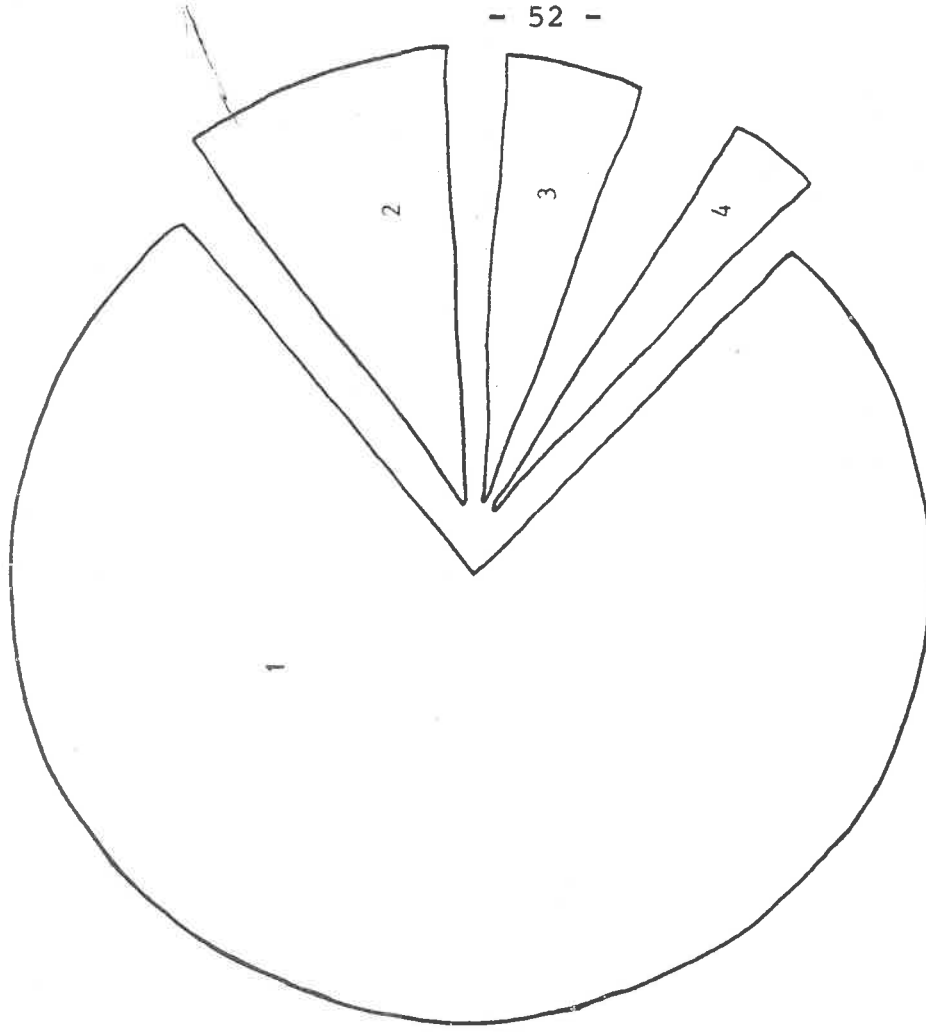
The Cultural Committee keeps itself informed on cultural developments in the county. The aim of its work is to create and maintain a wide variety of cultural offers and to stimulate cultural effort by making grants to regionally active institutions and groups, e g the County Museum and the County Library.

Finances

COUNTY COUNCIL GROSS OPERATING COSTS 1982

The county councils have the right to levy taxes. This right is regarded as one of the cornerstones of Swedish local government. In 1982 the rate of county council taxation varies between 11.5 per cent and 14.5 per cent (average rate 12.89 per cent) of taxable income. In Skaraborg the tax-rate is 13 per cent of taxable income since 1979.

Other important sources of revenue for the county councils are state grants (grants for taking over psychiatric care from the state). The level of these grants is established in special negotiations between the state and the Federation of County Councils. To maintain a fairly even standard of local government activities irrespective of the income status of their residents, or their geographical location, there is a state equalization grant system. Insurance payments, compensation from the social insurance system (made both for out-patient care and for in-patient care) and patient fees, paid directly by the patient when consulting a doctor, are other sources of income.



1. Health and medical care
1 681 million crowns (82 per cent)
2. Social care
193 million crowns (9 per cent)
3. Education and cultural activities
95 million crowns (5 per cent)
4. Central administration etc

FIGURES

- o SWEDEN HAS 8 500 000 INHABITANTS.
- o 270 000 OF THOSE LIVE IN SKARABORG (12% ARE 70 OR OLDER).
- o SWEDEN HAS 24 COUNTIES.
- o THE COUNTY COUNCIL IN SKARABORG HAS 16 000 EMPLOYEES,
13 000 OF THOSE ARE BUSY IN HEALTH CARE.
- o THERE ARE 17 COMMUNITIES IN SKARABORG.
- o RATE OF PATIENTDAYS (PER 1000) IN 1982:

ACUTE	1.54
LONG STAY	2.60
<hr/>	
TOTAL	4.14

- o NUMBER OF PATIENTDAYS IN 1982:

		PER 1000		
HOSPITAL	516 534	1.90	463 000	(1.70)*
PHC	560 724	2.07		

*) ESTIM 1984

- o NUMBER OF BEDS (ESTIM 1984)

PHC	2 180*
HOSPITALS	1 765

*) EQUALS 65.9 BEDS PER 1000 PEOPLE 70 YEARS OR OLDER.

- o OUTPATIENT ADMISSIONS (1980)
(CONSULTATIONS)

HOSPITALS	309 000 (1.1)
GPs	292 000 (1.1)
DISTRICT NURSES	420 000 (1.6)

CENTRAL GENERAL HOSPITAL IN SKOVDE

(THE "KSS")

CLINICS

SURGICAL

ORTHOPAEDIC

EAR-NOSE-THROAT

EYE (OPHTHALMOLOGICAL)

GYNAECOLOGICAL

OBSTETRIC

MEDICAL (INTERNAL MEDICINE)

INFECTIOUS DISEASES

BACTERIOLOGICAL

PAEDIATRIC

LUNG/CHEST

PSYCHIATRIC

GERIATRIC

OTHER UNITS

INTENSIVE CARE

INTENSIVE HEART CARE

PATHOLOGICAL

X-RAY

LABORATORIES (DIAGNOSTIC UNITS)

THERAPY UNITS

ETCETERA

1. Some of the clinics are divided into sub-specialities
(such as urology, rheumatology, etcetera)
2. The clinics also have out-patient depts.

LOCAL HOSPITALS (AT FALKÖPING, LIDKÖPING OCH MARIESTAD)

IN-PATIENT-CARE

SURGICAL CLINIC

MEDICAL CLINIC

GYNEACOLOGICAL (LIDKÖPING ONLY)

PSYCHIATRY (*Falköping only*)

OUT-PATIENT-CARE

INTERNAL MEDICAL CARE

GENERAL SURGICAL CARE

ORTHOPAEDIC CARE

PSYCHIATRIC CARE

