

Vilka hälsodata behöver vi för att kunna planera en vård- och rehabilitering på lika villkor

Margus Mägi

Artikeln har två huvudsyften. Det ena är, att översiktligt referera seminarieinläggen. Det andra är, att med utgångspunkt från dessa referat, diskutera förutsättningarna för en behovsbaserad hälso- och sjukvård. Här måste vi fråga oss, om det är enbart mera hälsodata och bättre planering som behövs, för att vi skall kunna åstadkomma en "vård på lika villkor"?

Margus Mägi är FV-läkare vid socialmedicinska avdelningen vid Regionsjukhuset i Örebro.

Lika villkor och behov

Enligt den nya hälso- och sjukvårdslagen skall det övergripande målet för hälso- och sjukvården vara "en god hälsa och vård på *lika villkor* för hela befolkningen". I lagen sägs också, att planeringen av hälso- och sjukvård skall göras "med utgångspunkt i befolkningens *behov* av hälso- och sjukvård". Av detta följer, att vården skall vara lika tillgänglig för alla oavsett ålder, kön, utbildning, inkomst, yrke, bostadsort, etnisk bakgrund etc, och att hälso- och sjukvårdsresurser skall fördelas endast med hänsyn till befolkningens behov av vård. Detta innebär bl a att områden där befolkningens vårdbehov är stora skall ges större resurser än områden med mindre vårdbehov.

Vilka hälsodata behöver vi som underlag för en sådan behovsorienterad planering? Hur kan redan befintliga datakällor användas?

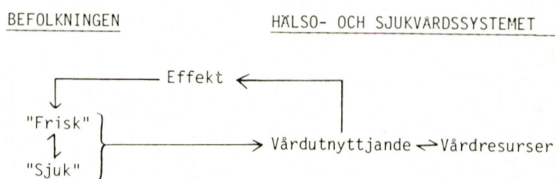
Vårdprocessen

Låt oss börja med att se på följande modell över vårdprocessen (*figur 1*).

I befolkningen finns det vid en viss tidpunkt vissa personer, som är "friska" och andra som är "sjuka". En del av dessa, både friska och sjuka, utnyttjar sjukvården. Denna kontakt med sjukvården kan då leda till, att vårdtagarens hälsotillstånd förändras, vilket i sin tur kan påverka fördelningen av friska och sjuka i befolkningen.

För att vi skall kunna uttala oss om vårdbehovet i befolkningen måste vi ha kännedom om de olika elementen i vårdprocessen enligt modellen ovan.

Figur 1. Modell över vårdprocessen.



Vårdutnyttjandedata

Skillnader i vårdutnyttjande mellan olika befolkningsgrupper, är det ett uttryck för skillnader i vårdbehov? Denna fråga togs upp i två av seminarieinläggen.

Skillnader i vårdutnyttjande mellan olika befolkningsgrupper, är det ett uttryck för skillnader i vårdbehov?

Skillnader mellan olika områden inom ett lands-
ting

Marianne Hanning från Spri utgick från en studie av slutenvårdsutnyttjandet i Västerbottens län. Syftet var att beskriva vårdutnyttjandet i olika kommuner i länet. Som jämförelsemått använde man antal individer per tusen invånare under ett år i respektive kommun som vårdats i slutenvård.

Man fann då avsevärda skillnader mellan de olika kommunerna. Dessa skillnader kvarstod när man tagit hänsyn till olikheter i ålders- och könsstruktur i befolkningen.

Vad beror dessa skillnader på? Marianne Hanning föreslog följande schema som hjälpmedel för analys av dessa skillnader:

1. Materialets tillförlitlighet

Beror skillnaderna på själva registreringsförfarandet? Finns det brister i materialet i form av bortfall, tex på grund av ofullständiga personnummer och felaktiga kommunkoder?

2. Vårdorganisationens inverkan

Kan skillnaderna i vårdutnyttjandet vara en följd av det vårdutbud som möter befolkningen i kommunen? Till vårdutbudet bör också den kommunala servicen, privat- och företagsläkarverksamheten samt eventuella alternativa vårdgivare, räknas.

3. Diagnosens tillförlitlighet

Skillnader i vårdutnyttjandet med avseende på olika diagnosgrupper, kan det bero på skillnader i praxis vid olika vårdinrättningar i länet? Vilka diagnostiska kriterier tillämpas?

4. Befolknings- och samhällsstruktur

Det är välkänt, att olika befolkningsgrupper har olika benägenhet att söka vård. Kan det vara sådana skillnader som förorsakar ett högt/lågt vårdutnyttjande?

5. Andra mått på sjuklighet/ohälsa

Finns det några andra uppgifter eller specialstudier som tyder på en högre/lägre sjuklighet inom kommunen?

Med hjälp av detta schema kan man via "uteslutningsmetoden" närma sig ett svar på frågan, om skillnader i vårdutnyttjande kan bero på en reell skillnad i sjukdomsförekomst i befolkningen. Schemat finns beskrivet i detalj i en Spri-rapport (15), där även olika exempel på tillämpning ges. Analysen behöver inte vara begränsad till enbart geografiska skillnader utan schemat kan tillämpas mellan befolkningsgrupper överhuvudtaget.

Mera renodlat geografiska metoder för beskrivning av vårdutnyttjandets fördelning har presenterats av Haglund i tidigare nummer av SMT (6).

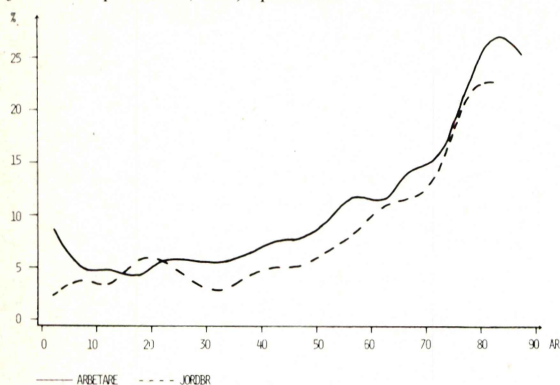
Socio-ekonomiska skillnader

Bengt Haglund vid socialmedicinska institutionen i Uppsala diskuterade olika sätt att studera sambanden mellan olika socio-ekonomiska förhållanden, vårdutnyttjandet och hälsotillståndet. Haglund använde data från slutenvårdens somatisk vård i Uppsala län som underlag för sin diskussion. Genom en samkörning mellan slutenvårdsregistret och folk- och bostadsräkningen – i första hand FOB75 men i viss mån även uppgifter från FOB60 – kunde analysen av vårdutnyttjandet genomföras bland annat mot bakgrund av socio-ekonomiska faktorer och civilstånd. Socialgruppsklassificeringen följde så långt möjligt SCB's socio-ekonomiska indelning (13), vilket i första hand innebär en indelning mellan förvärvsarbetande respektive icke-förvärvsarbetande. De förra indelas i grupperna arbetare, tjänstemän, jordbrukare och egna företagare.

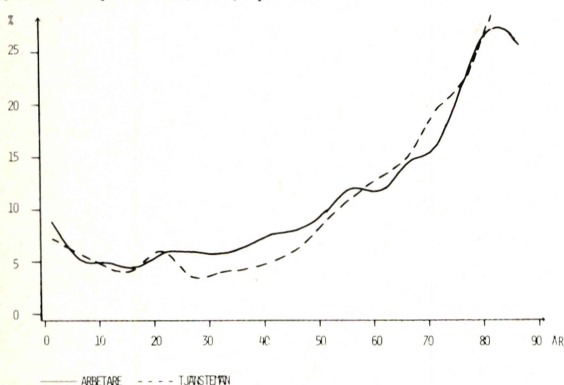
Resultaten visade bland annat att jordbrukarna hade ett klart lägre vårdutnyttjande än arbetarna (figur 2). Även tjänstemännen utnyttjade vården i lägre omfattning än arbetarna (figur 3), men skillnaderna var i detta fall mindre och inte lika entydiga över åldrarna (se även referens 4, sidan 52). Beträffande civilståndets betydelse var det framförallt de fränskilda som hade ett större vårdutnyttjande än övriga.

Beror dessa skillnader i vårdutnyttjande på att vården är mera tillgänglig för vissa socio-ekonomiska grupper än andra? Eller är det så, att olika yrken är förknippade med skilda hälsorisker? Yrkesrelaterad dödlighetsstatistik från SCB (14) användes som ett indirekt mått på den relativa hälsorisken

Figur 2. Andel arbetare respektive jordbrukare som vårdats i slutna somatiska korttidsvård i Uppsala län 1977 fördelade på ålder (män) i procent.



Figur 3. Andel arbetare respektive tjänstemän som vårdats i slutna somatiska korttidsvård i Uppsala län 1977 fördelade på ålder (män) i procent.



inom de olika yrkesgrupperna. Man fann då att den yrkesrelaterade dödligheten i någon mån var en bättre förklaring till skillnaderna i vårdutnyttjandet än den socio-ekonomiska indelningen.

Dessa två exempel visar att skillnader i vårdutnyttjande kan vara en indikator på skillnader i reell

Vårdutnyttjandestatistik kan inte användas för kartläggning av den totala ohälsan i befolkningen eftersom många ohälsoproblem i befolkningen inte kommer till sjukvårdens kännedom.

sjukdomsförekomst inom olika befolkningsgrupper. Vårdutnyttjandestatistik kan emellertid inte användas för kartläggning av den totala ohälsan i befolkningen eftersom många ohälsoproblem i befolkningen inte kommer till sjukvårdens kännedom (11, 15).

Befolkningsdata: Upplevda symtom och vårdutnyttjande

Curt-Lennart Spetz från Socialstyrelsen redovisade intervjuuppgifter från långinkomstutredningen 1968 samt Socialforskningsinstitutets uppföljning 1974 och 1981. Dessa intervjuer omfattar ett riksrepresentativt urval av befolkningen i åldrarna 15–75 år. Intervjuerna är upplagda som en panelstudie dvs samma grupp av individer intervjuas vid alla tre tillfällena (8, 9).

I dessa intervjuundersökningar använde man en lista med 47 sjukdomar och symtom. För alla 47 fanns alternativen lätta, svåra eller inga besvär alls.

Vid sin analys har Spetz bildat ett ohälsaindex genom att addera antalet besvär per individ, varvid alla svåra besvär getts dubbel vikt (räknats lika med två lätta). Svaren har sedan indelats i fyra klasser enligt tabell 1.

Tabell 1. Indelning i ohälsoklasser

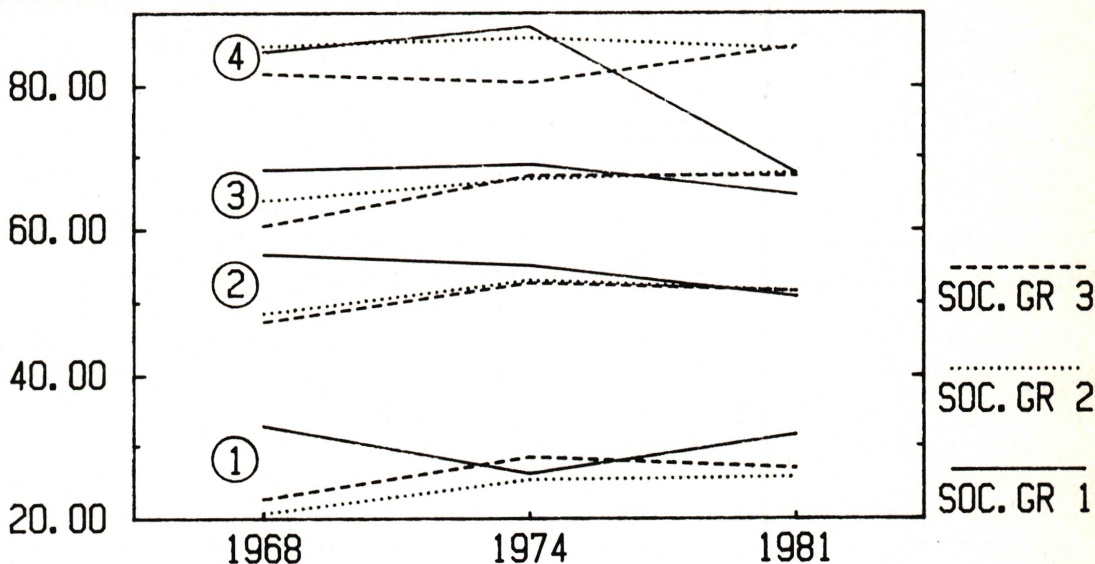
Klass	Vikt	Andel av intervjuade
1	0–1	15%
2	2–4	33%
3	5–8	26%
4	9–	26%

Andelarna i befolkningen som rapporterat kontakt med sjukvården (slutenvård, läkarbesök och distriktssköterskebesök eller liknande) var genomgående högre i klasser med högre vikt enligt denna indelning. Detta samband fanns vid alla tre intervju-tillfällena.

En uppdelning av resultaten efter socialgrupp har också gjorts. Socialgrupp III hade därvid störst andel i ohälsoklasserna 3 och 4 medan socialgrupp I hade lägst. Vidare framgick att inom var och en av ohälsoklasserna var utnyttjandet av slutenvård högst i socialgrupp III och lägst i socialgrupp I. Förändringarna över tiden var obetydliga.

Figur 4. Befolkningsandelar med läkarbesök senaste tolv månaderna i olika socialgrupper och i ohälsoklasserna (1), (2), (3) och (4).

PROCENT



I socialgrupp III rapporterade en större andel än i socialgrupp I att de hade haft kontakt med *distriktsköterska*. Denna skillnad mellan socialgrupperna fanns 1974 och 1981 inom alla ohälsoklasser, skillnaden var dock liten inom ohälsoklass I. År 1968 var detta mönster mindre tydligt. Det kan noteras att för gruppen med flest besvär i socialgrupp I har andelen med sjuksköterskebesök minskat under båda undersökningsperioderna, medan den för övriga grupper stadigt ökat.

Beträffande *läkarbesök* har för ohälsoklass 2–4 en förändring skett (figur 4). 1968 var andelen med läkarbesök i alla dessa klasser högre i socialgrupp I än i socialgrupp III. 1981 var situationen den omvända.

Inom samma ohälsoklass var således andelarna som varit i kontakt med sluten vård och distriktsköterska 1981 högst för socialgrupp III, lägre för socialgrupp II och lägst för socialgrupp I.

Hur skall dessa skillnader mellan socialgrupperna tolkas? Ett problem är, att ohälsöindexet inte säger något om de olika besvärens inbördes svårighetsgrad. Därför är det svårt att avgöra, framförallt ur ett medicinskt perspektiv, om skillnaderna mellan

socialgrupperna är ett uttryck för skillnader i tex sjuklighet eller olika benägenhet att söka vård. En möjlighet till förbättring är här att genomföra analysen inom olika sjukdomsgrupper.

Definition av vårdbehov

Sjukdomsförekomsten i befolkningen används ofta som ett indirekt mått på vårdbehovet. Margus Mägi från socialmedicinska avdelningen i Örebro menade i sitt anförande att kännedom om sjukdomsförekomsten i befolkningen är en nödvändig, men inte en tillräcklig del i en vårdbehovsbedömning. Om vi analyserar satsen "X är i behov av vård", finner vi, att den innehåller ett utlåtande om hälsotillståndet: "X har tillståndet Y", en värdering av detta tillstånd: "Y är inte önskvärt" samt en åtgärdsangivelse: "Något bör göras åt Y".

Inom samma ohälsoklass var andelarna som varit i kontakt med sluten vård och distriktsköterska 1981 högst för socialgrupp 3, lägre för socialgrupp 2 och lägst för socialgrupp 1.

Av detta följer, att vårdbehov inte kan ges ett absolut innehåll utan är relativt till tid, rum och bedömare. Det är viktigt att uppmärksamma, att bedömningar av vårdbehov således är beroende av bedömarens värderingar av både *vad* som utgör ett behov och *hur* det skall tillgodoses. Man bör därför göra en grundläggande åtskillnad mellan bedömningar av "eget" (upplevt) behov och bedömningar av "annans" behov, tex läkares bedömningar av patienter. Bedömningar av "eget" och "annans" behov kan, men behöver inte, överensstämma med varandra. En konflikt kan uppstå kring både det fakta- och det värderingsmässiga innehållet i en vårdbehovsbedömning: Är det fråga om en sjukdom och vilken är den då, hur allvarlig är den och vad bör göras åt den? Vid en konfliktsituation avgör ytterst maktförhållandena mellan de olika aktörerna, om ett vårdbehov kan tillgodoses eller ej. Detta gäller likaväl relationerna mellan läkare och patient i en konkret vårdssituation som relationerna mellan politiker/administratörer och befolkningen i vårdpolitiska och vårdplaneringssammanhang.

Förslag på operationella vårdbehovsdefinitioner
Mägi föreslog följande allmänna vårdbehovsdefinition: "Den vård som en *bedömare* anser bör utnyttjas vid ett visst hälsotillstånd". Enligt förslaget skall således vårdbehovet definieras i termer av ett hypotetiskt, önskat vårdutnyttjande. Vem som är bedömare blir då en viktig del av definitionen. Det *upplevda vårdbehovet* föreslås vara: "Den vård som en person med ett visst hälsotillstånd anser att hon/han bör utnyttja". Det *medicinska vårdbehovet* är då följaktligen: "Den vård en medicinsk fackman bedömer att någon annan skall utnyttja vid ett visst hälsotillstånd".

Vårdbehov och hälso- och sjukvårdsplanering
På vilket sätt kan nu dessa definitioner av vårdbehovet tillämpas i hälso- och sjukvårdsplaneringen? Ett centralt, och svårlöst problem vid hälso- och sjukvårdsplanering är att översätta uppgifter om ohälsa i befolkningen till olika vårdresurser. Detta förutsätter flera olika steg:

1. En kartläggning av hälsoförhållandena i befolkningen, innefattande förekomst och fördelning

.....
Ett vårdbehov är tillgodosett först när ett visst hälsotillstånd har uppnåtts. Ett icke tillgodosett vårdbehov kan därför finnas, inte bara bland de sjuka i befolkningen som saknar vårdkontakter utan även inom de delar av befolkningen som utnyttjar sjukvård.
.....

av hälsorisker, medicinskt-biologiska avvikelser samt funktionella och sociala följder av sjukdom. Dessa uppgifter kan sedan ligga till grund för prioritering mellan olika sjukdomsgrupper.

2. Därefter görs en kartläggning av vårdssituationen, dvs man sätter sjukdomsförekomsten i relation till vårdutnyttjandet och får därvid fram "täckningsgraden" för olika sjukdomsgrupper.
3. Med utgångspunkt från detta görs en bedömning av vilka hälso- och sjukvårdsinsatser (vårdutnyttjande) som krävs för att olika förväntade hälsomässiga mål skall uppfyllas. Detta förutsätter att vi känner till vilka effekter på ohälsan olika åtgärder har.
4. Slutligen översätts det önskade vårdutnyttjandet till resurser (pengar, byggnader, tjänster etc) varvid man kan göra en jämförelse med vad man redan har.

Vårdbehovsbedömningar enligt de föreslagna definitionerna ingår som det tredje steget i planeringsprocessen. Som beslutsunderlag för sådana vårdbehovsbedömningar måste man således ha uppgifter från både befolkningen och vårdsystemet. Dessa uppgifter bör dessutom bygga på både det upplevda och det medicinska perspektivet.

När är ett vårdbehov tillgodosett?

Enligt Mägis förslag, skulle vårdbehovet definieras i termer av ett önskat, hypotetiskt vårdutnyttjande. Detta innebär emellertid inte att ett vårdbehov är tillgodosett i och med att man har kontakt med sjukvården. Ett vårdbehov är tillgodosett först när ett visst hälsotillstånd har uppnåtts. Ett icke-tillgodosett vårdbehov kan därför finnas, inte bara bland de sjuka i befolkningen som saknar vårdkontakter, utan även inom de delar av befolkningen som utnyttjar sjukvård (figur 5).

Figur 5. Relationerna mellan vårdbehov, vårdkontakt och hälsotillstånd vid en tänkt sjukdom "X" i befolkningen.

SJUKVÅRDSKONTAKT	ALLA MED SJD "X" I BEF	HÄLSOTILLSTÄND	VARDBEHÖV
NEJ		ACCEPTABELT	TILLGODOSETT
		EJ ACCEPTABELT	EJ TILLGODOSETT
JA		EJ ACCEPTABELT	EJ TILLGODOSETT
		ACCEPTABELT	TILLGODOSETT

Livskvalité och vårdbehov

Björn Söderfeldt, landstingets forskningsenhet i Örebro, föreslog följande definition av livskvalité: "Ett bra liv är ett liv som motsvarar mänskliga behov". Förutsättningen för att vi i vårdsammanhang skall kunna diskutera måluppfyllelse och resultatvärdering i termer av livskvalité är, att vi kan fastställa vårdbehov. Enligt Söderfeldt finns det tre huvudtraditioner i synen på behov. Dessa är den objektiva, subjektiva samt den handlingsinriktade traditionen.

Den objektiva traditionen

Denna tradition kan delas in i direkta och indirekta försök att mäta behov. Direkt försöker man mäta behov i olika typer av skalor, byggda på idéer om behovshierarkier. Den mest kända teorin om behovshierarkier torde vara Abraham Maslows (10) idé om en hierarki ordnad så, att tillfredsställelse av ett behov längre ner på skalan är en förutsättning för aktivering av behov högre upp. Längst ner på skalan ligger biologiska – och fysiska behov, högst

Förutsättningen för att vi i vårdsammanhang skall kunna diskutera måluppfyllelse och resultatvärdering i termer av livskvalitet är att vi kan fastställa vårdbehov.

Den mest avgörande kritiken mot den objektiva traditionen är att den förutsätter att någon annan än den berörda fastställer dennes behov.

upp sociala behov som självförverkligande och gemenskap. Ett mer indirekt sätt att mäta behov är att kartlägga olika resurser som individerna förfogar över. Detta förutsätter att individen förverkligar sina behov om han/hon har de nödvändiga resurserna. För bestämning av behoven hänvisar denna riktning till en allmän social konsensus. Dit hör de olika studierna av levnadsnivå, ett känt exempel är låginkomstutredningen (8).

Den objektiva traditionen inom vårdområdet medför att medicinskt fastställda sjukdomar används som direkt och kontakt med sjukvården som indirekt mått på vårdbehovet, exempel på detta är Bygrens vårdbehovsstudie (2). Exempel på tillämpning av olika behovshierarkier utgör Heidenborgs avhandling (7) och de olika ADL-index som används vid bedömning av funktionsförmågan (1).

Den mest avgörande kritiken mot den objektiva traditionen är, att den förutsätter att någon annan än den berörda fastställer dennes behov. En annan invändning är, att även om någon annan bedömer behovet så är denna bedömning inte värderingsfri, därmed inte "objektiv" i en strikt mening.

Den subjektiva traditionen

Denna tradition kan ses som en kritik mot den objektiva traditionen. Inom den subjektiva traditionen finns två huvudtendenser; Den behavioristiska och den antropologiska.

Behavioristerna tar fasta på den grundläggande utgångspunkten, att endast individen själv äger att definiera sina behov – det är bara den som bär skon som vet var den klämmer. Man bygger också på idén, att människor beter sig rationellt i förhållande till sina intressen, förutsatt att man har fullständig information. Hälsoupplýsning som ett medel att förebygga ohälsa bygger delvis på detta synsätt. Den tar fasta på att individens eget beteende med avseende på kost- och motionsvanor, tobaks- och alko-

holkonsumtion har stor betydelse för hälsan. Hälsoupplysningen bygger på uppfattningen att en hälsofarlig livsstil beror på dålig kunskap. Det är den bristfälliga informationen om följderna av sitt handlande som gör att många individer inte beter sig rationellt i förhållande till sina hälsobehov.

En kritik av detta synsätt är, att den förutsätter den starka människan, homo economicus, den rationella och målinriktade konsumenten. En annan kritik är att perspektivet tenderar att bortse från andra möjliga åtgärder än ren information. Ohälsosam livsstil beror inte bara på dålig kunskap. Hälsoupplysningsfilosofin kan leda till att man ser bort ifrån att livsstilen hänger samman med många andra faktorer runt omkring, som den enskilda människan inte har någon makt att ändra på (5).

Den andra huvudinriktningen, den *antropologiska*, kan ses som en kritik av den behavioristiska. På olika sätt har man försökt att skilja mellan "sanna" och "falska" behov, ofta med hermeneutiskt och/eller marxistiskt inspirerade ansatser. Arbetarklassens "objektiva" intressen, eller befolkningens upplevelser av levnadsförhållandena i när-samhället har varit föremål för studier. I vården blir användandet av olika mätmetoder av patienternas tillfredsställelse ett exempel på denna tradition (12).

Men också här kan man rikta kritik mot grundläggande utgångspunkter. Ingen har visat på metoder att fastställa "egentliga" behov som kan accepteras. Det finns en stor risk, att man med detta synsätt försummar de materiella behoven och ersätter eller döljer materiella krav med olika psykologiska behovsdimensioner. Avgörande är emellertid att varje försök att konstatera "egentliga" behov, i praktiken blir omöjligt att skilja från den objektiva traditionen. Uttrycket "det egentliga vårdbehovet" står

Behov kan vare sig objektivt eller subjektivt fastställas, eftersom många behov är latent, ej medvetna.

ofta, även om det inte är direkt uttalat, för en medicinsk bedömning av sjukdomsförekomsten.

Den aktionsinriktade traditionen

Huvudtesen i denna tradition är att behov kan vare sig objektivt eller subjektivt fastställas, eftersom många behov är latent, ej medvetna. Man måste också räkna med att nya erfarenheter och idéer kan förändra individens uppfattning av sina behov. Behovsbegreppet är dynamiskt och måste innefatta ett ständigt samspel mellan individen och hans omgivning. Vårdbehov kan därför inte vara föremål för direkta "mätningar", men kan bringas till uttryck genom att man stimulerar handlandet och arbetar efter medvetandegörandestrategier i tex aktionsforskning.

Söderfeldt förordade den handlingsinriktade traditionen. Detta innebär bla att den socialmedicinska och hälsopolitiska forskningen måste börja utveckla metoder för aktioner och handlande hos patienterna. De spontana aktiviteterna som finns, tex i R-förbunden, måste stödjas. De olika makt-hierarkierna i vården måste lösas upp, utan att en gammal profession ersätts med en ny, tex läkare med ekonomer, (vilket är att driva ut satan med belsebub). Det allra väsentligaste torde dock vara insikten om att hälso- och sjukvård, och ännu mer planeringen för den, i djupaste mening är politiskt arbete och vare sig en epidemiologisk-, medicinsk- eller ekonomisk-teknologisk fråga.

Vad bör göras?

Någon allmänt accepterad, okontroversiell definition av vårdbehov finns ej. Någon allmän enighet kring vilka metoder som skall användas för att fastställa behov finns inte heller. Gapet mellan teori och tillämpning är för närvarande mycket stort inom vårdbehovsområdet. Här följer några förslag på tänkbara utvecklingsstrategier:

Ohälsosam livsstil beror inte bara på dålig kunskap. Hälsoupplysningsfilosofin kan leda till att man ser bort ifrån att livsstilen hänger samman med många andra faktorer runt omkring som den enskilda människan inte har någon makt att ändra på.

Data- och planeringsteknologisk strategi

Vi behöver bättre beslutsunderlag inom hälso- och sjukvårdsplaneringen. För utformningen av sådana beslutsunderlag behöver vi datakällor som beskriver både den upplevda ohälsan och den medicinskt definierade ohälsan i befolkningen. Vi måste också ha datakällor som möjliggör en koppling mellan sjukligheten i befolkningen och vårdutnyttandet. Detta är nödvändigt för att vi för olika sjukdomar skall kunna identifiera de delar i befolkningen, som har eller saknar kontakt med sjukvården. Vi måste ha hälsodata, som beskriver hälsoproblemens svårighetsgrad i befolkningen och bland dem som utnyttjar vård. Slutligen behöver vi bättre kunskaper om de faktiska hälsomässiga effekterna av olika hälso- och sjukvårdsinsatser.

Men vi måste också ställa oss den frågan; om det är via mer hälsodata och förbättrad planering som vi kan åstadkomma en "vård på lika villkor"? Vad styr sjukvården?

Teoretiskt – samhällsvetenskapligt utvecklingsarbete

Våra kunskaper om vad som styr utvecklingen av sjukvården, både historiskt och i nutid, är fragmentariska. Vilka samhällseliga förhållandena har varit avgörande för sjukvårdens innehåll och fördelning? Vi behöver således en historiskt baserad analys av sjukvårdens olika samhällseliga funktioner. Vi måste även utveckla teorier kring begreppen behov, vård och handlande som tar hänsyn till detta samhällsperspektiv.

Handlingsinriktad strategi

Det vi framförallt saknar, är inte data över ohälsans fördelning i befolkningen, utan kunskaper om hur dessa hälsodata praktiskt skall utnyttjas exempelvis för offensiva hälsopolitiska insatser på riks- och landstingsnivå (3). Med andra ord vilka möjligheter och hinder finns det för att åstadkomma "en god hälsa" och "vård på lika villkor"? Hur skall tex

befolkningen bli delaktig i utformningen av beslutsunderlag och i själva beslutsprocessen vid hälso- och sjukvårdsplaneringen? Aktionsinriktad forskning blir här ett medel att nå ny kunskap.

REFERENSER

1. *Brorsson B*: ADL-index. Stockholm: Medicinska forskningsrådet, 1980.
2. *Bygren L-O*: Med and unmet needs for medical and social services. *Scand J Soc Med*, suppl 8, 1974.
3. *Dahlgren G*: Socialstyrelsens roll i hälsopolitiken. *Socialmedicinsk tidskrift* 1982; 7-8: 277-282.
4. *Dahlgren G, Spetz C-L*: Fakta om ohälsans sociala och yrkesmässiga fördelning i Sverige. Stencil. Stockholm: Socialstyrelsen, 1983.
5. *Diderichsen F, Janlert U*: Preventionens historia. *Socialmedicinsk tidskrift*, 1983; 1:5-9.
6. *Haglund B*: Geografiska metoder inom socialmedicinsk forskning. *Socialmedicinsk tidskrift* 1982; 6:312-317.
7. *Heidenborg I*: How the basic human needs of patients are met. Uppsala: Acta Univ Upsaliensis Studia Psychologica 7, 1981.
8. *Johansson S*: Den vuxna befolkningens hälsotillstånd. Låginkomstutredningen. Stockholm: Allmänna förlaget, 1970.
9. *Johansson S*: Valfärdsförändringar vid sidan av inkomsten. 1968-1974-1981. Stockholm: Socialforskningsinstitutet, 1981.
10. *Maslow, A*: Motivation and personality. New York: Harber, 1954.
11. *Mägi M*: Vårdutnyttjande och ohälsa i befolkningen. Att värdera vårdutnyttjandestatistik ur ett befolkningsperspektiv. Örebro läns landsting/Högskolan i Örebro, rapport nr 13, 1982.
12. *Persson E*: Patienters tillfredsställelse med vård: Begreppet, dess mätning och användning. Litteraturöversikt. Stockholm: Medicinska forskningsrådet, 1980.
13. SCB: Socioekonomisk indelning (SEI). Meddelanden i samordningsfrågor 1982:4. Stockholm: SCB, 1983.
14. SCB: Dödsfallsregister 1961-1970. Promemorior från SCB 1981:5. Stockholm: SCB, 1982.
15. Spri: Vårdutnyttjande - ett mått på ohälsa? Stockholm: Spri, 1983. (Spri-rapport 158/1983).