

Ett systemteoretiskt perspektiv på vårdapparaten

Björn Söderfeldt

Sjukvårdssystemet har idag många funktioner. Den i samhällsvetenskapen utvecklade systemteorin erbjuder en väg att skapa en överblick över dessa till en helhetsbild av sjukvården. Med modifieringar på vissa punkter hävdas här att den teori som David Easton utvecklat för det politiska systemet är tillämpbar också på sjukvårdssystemet, vilket ställer inflöde av krav och stöd, beslutsaggregering och utflödet av beslut och åtgärder, med återkopplingar på varje punkt, i fokus för intresset. Kombinerat med idéer från demokratiteorin leder detta till att forskningen bör koncentreras till de mekanismer som hindrar eller befordrar människors aktivitet i förhållande till hälso- och sjukvårdssystemet.

Björn Söderfeldt är forskningsadministratör vid Örebro läns landsting och fil. lic. i statskunskap.

Som all annan samhällelig verksamhet kan hälso- och sjukvården betraktas som ett system. Detta borde vara ett självklart påpekande, lika självklart som att man i en analys av hälso- och sjukvården bör utnyttja den samhällsvetenskapliga systemteorin. Mycket litet har gjorts i den riktningen, dels därför att socialmedicinen haft ett alltför begränsat synfält med oteoretiskt datainsamlande som huvudsysselsättning, dels därför att den samhällsvetenskapliga teoribildningen haft ett alltför vitt och abstrakt perspektiv, långt avlägset från empiriska omständigheter. En av de centrala uppgifterna för både socialmedicin och samhällsvetenskap är att från var sitt håll sträva efter att fylla denna klyfta mellan teori och empiri.

Det är framför allt i statsvetenskap, men också i sociologi och ekonomi som en systemteoretiskt

orienterad begreppsapparat har utvecklats som kan vara tillämpbar också på vårdapparaten. Jag tänker närmast på David Easton som utvecklat systemteorin för analys såväl av sociala system i allmänhet som för speciella system. Här skall jag försöka anpassa Eastons teori till hälso- och sjukvården.

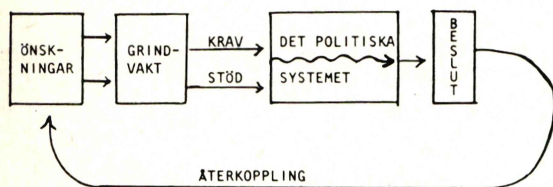
David Easton har lagt fram sin teori i tre arbeten, "The political system" 1953, "A framework for political analysis", 1965 och "A systems analysis of political life", 1965. Det centrala intresset för honom är att konstruera en helhetsteori för det politiska systemet, men han hävdar också teorins tillämpbarhet på vad han kallar "parapolitiska system", tex organisationer, förvaltningar, delsystem i det politiska systemet, osv.

Det grundläggande synsättet för Easton är att se det politiska systemet som en flödesmodell, där *krav* och *stöd* flyter in i beslutsapparaten för att omvandlas till *beslut* som via *återkoppling* påverkar betingelserna för krav och stöd igen. Det är alltså en i sina grunder skäligen enkel modell, på gränsen till trivialitet, en egenskap som den delar med alla sk black box-teorier, (Bunge 1967, kap 8). Det som substantiellt sägs är att inflödet samvarierar med utflödet. Men Eastons modell går vidare till mer inträngande analyser från det enkla schemat. Här skall jag begränsa framställningen till att diskutera begrepp som rör inflödessidan i systemet. Min uppfattning är att det är just där som Easton har gett sitt viktigaste bidrag.

Inflöde i systemet har alltså två komponenter, krav och stöd, där krav riktas mot det politiska systemet för att åstadkomma en åtgärd och där stöd är uttryck för lojalitet och solidaritet med redan vidtagna åtgärder eller med systemet som sådant. Motorn för inflödet av krav och stöd är de "önsk-

ningar" som individerna har, varmed Easton menar "förväntningar, allmän opinion, motivationer, ideologi, intressen och preferenser". Dessa "önskningsar" passerar igenom en mekanism som kallas "gate-keeping", grindvakter, där de filtreras och kombineras till att bilda krav och stöd. Dessa noteras sedan av instanser i systemet och omvandlas genom en "aggregeringsprocess" i det till specifika "issues", som är det faktiska underlaget för de politiska besluten, som modifierade och filtrerade genom en verkställighetsapparat konstituerar systemets output som via olika återkopplingskanaler påverkar önskningarna igen. *Figur 1* illustrerar processen.

Figur 1. Det politiska systemet



Detta är grunden i teorin, som sedan utförs och konkretiseras på det politiska systemet, men som också låter sig tillämpas på andra system. Innan dessa begrepp används på hälso- och sjukvårdssystemet måste man emellertid göra två viktiga modifieringar.

För det första, analogin från det politiska systemet till andra system måste göras med vaksamhet, eftersom det finns farliga fällor i alla analogier. Hälso- och sjukvårdssystemet är delvis ett parapolitiskt system i Eastons termer, delvis ett mer allmänt socialt system utan vad Easton kallar auktoritativ värdeallokering. Ett politiskt system har ett territoriellt monopol vilket ett hälso- och sjukvårdssystem i allmänhet inte har. Gränserna för ett politiskt system är klara, men diffusa för ett hälso- och sjukvårdssystem, beroendet mellan systemet och andra system är olika osv. Jag tror att analogin håller för att tillämpa begreppen men innehållet blir annorlunda. Om man använder sig av Hirschmans termer ökar möjligheterna för utträde ur hälso- och sjuk-

Sjukvårdssystemet är ett "parapolitiskt" system, med ökade möjligheter till alternativa handlingsvägar ... De behov som man analytiskt måste utgå ifrån är objektiva, till skillnad från den subjektiva karaktären på samhällsvetenskaplig systemteori

vårdssystemet jämfört med det politiska systemet, minskar möjligheterna för att göra sin röst hörd och så är grunden för lojalitet och allmän solidaritet med systemet mindre i hälso- och sjukvårdssystemet (Hirschman 1970).

För det andra tror jag att det finns ett allvarligt tillkortakommande i teorin själv, vilket måste korrigeras innan man tillämpar den. Önskningarna är subjektiva i Eastons teori, och syftar enbart till olika tillstånd hos individuella medvetanden. Allt Easton säger om hur önsksningar formas är en vag hänvisning till omgivningen. Jag tror att de önsksningar och intressen människor har är materiellt grundade. De hänför sig på de faktiska levnadsvillkoren. Social stratifiering, boendeförhållanden, arbetsförhållanden, social situation, inkomst och utbildning, vad samhällsvetare brukar kalla socio-ekonomiska variabler, kondenserat i klassbegreppet, är grunden för deras önsksningar. Detta blir särskilt uppenbart vid analogin till sjukvårdssystemet. En bra term för den materiella grunden för människornas önsksningar är *behov*.

Behov inom hälso- och sjukvårdssystemet

Behovet av sjukvårdssystemets tjänster är i första hand relaterat till *ohälsa hos individen*, och den konkreta definitionen av behoven är följaktligen beroende av de sjukdomsbegrepp man använder där olika grupper kan ha olika definitioner. Man kan också skilja på *individuell sjukdom* och behovet av en *god folkhälsa* som två skilda behov för en sjukvårdsapparat att uppfylla. Men sjukvårdssystemet svarar också mot andra samhälleliga behov.

Ett centralt sådant behov är att få tillgång till en *kanal för missnöje* i samhället, att reducera styrkan i de krav som riktas mot det politiska systemet. Sjukvården är en sådan kanal bl a genom medikali-

seringen av sociala problem. Ett illustrativt exempel är skillnaderna i politisk effekt av arbetslösheten på 1930-talet och den som råder för närvarande trots det faktum att arbetslösheten är nästan lika hög nu. Ett viktigt skäl för denna skillnad i politisk effekt tror jag är de mer utvecklade metoderna för att individualisera den arbetslöses situation. Möjligheterna minskar för ett kollektivt politiskt handlande. Idag är arbetsmarknaden högt differentierad med en hel serie steg före den slutgiltiga uteslutningen av en person från arbetsmarknaden. Den medicinska apparaten spelar där en mycket viktig roll. Det kan räcka med att peka på den enorma ökningen av förtidpensioneringen under början på 70-talet.

Ett annat samhälleligt behov som sjukvården motsvarar är reproduktionen av arbetskraft. Omhändertagandet av sjuka är naturligtvis delvis rent humanitärt grundat, men det är också en ekonomisk nödvändighet. Arbetsmarknaden måste ha tillgång till arbetskraft som är frisk nog att fullgöra sina uppgifter. Detta behov ger oss också en början till förklaring av skillnaderna mellan de ansträngningar som ägnas åt att reparera aktiva unga människor i den akuta somatiska vården å ena sidan, och de ansträngningar som inriktas på att ta hand om gamla och improduktiva människor å andra sidan.

Sjukvårdsapparaten ingår vidare i den offentliga sektorn, och fyller där i den ekonomiska politik som förts sedan 30-talet behovet att tillhandahålla arbetstillfällen, en sysselsättning som inte är direkt konjunkturberoende. Den offentliga sektorns roll som ekonomiskt styrmedel har ökat kraftigt, och med den sjukvårdsapparatsens nationalekonomiska betydelse.

Sjukvården erbjuder också en trygg hemmamarknad för en avancerad och exportinriktad industri, läkemedelsindustri och medicinsk-teknisk industri, som torde ha spelat en stor roll i den starka export-satsning som gjorts i den svenska ekonomiska politiken sedan andra världskriget.

Listan på samhälleliga och individuella behov som sjukvården uppfyller kan göras lång. Sjukvården spelar tex en viss rättslig roll i tvångsomhändertaganden och smittskyddslagar, en roll som kanske inte alltid är särskilt framträdande men som kan

.....
*Sjukvårdens delprocesser måste sättas in i ett
helhetsperspektiv för att få sin fulla förklaring,
och det är ett sådant som systemteorin kan
erbjuda*
.....

bli mycket central i speciella situationer och där sjukvården är en beredskapsorganisation. Den kan spela en ideologisk roll i samhället och producera värderingar och föreställningar av stor betydelse. Kanhända den viktigaste av sjukvårdens samhälleliga funktioner står att finna just där. I ett konsekvent systemteoretiskt perspektiv måste dock betonas att varje behov som sjukvården fyller naturligtvis självt konstitueras genom invecklade processer, där praktiskt taget varje delsystem inom samhället deltar. Varje delprocess måste naturligtvis analyseras för sig. Poängen här är blott att det just är frågan om delprocesser, som måste sättas in i ett teoretiskt helhetsperspektiv för att få sin fulla förklaring, och det är ett sådant som systemteorin kan erbjuda.

Behovens omformulering till önskningsar

Det är inte så enkelt att levnadssituationen för människor helt oförmedlat ger upphov till deras åsikter, attityder och preferenser. Visserligen bygger mycken sociologisk attitydforskning på detta outsagda antagande, men formuleringen av åsikter och attityder är en komplex process, om än givetvis materiellt grundad.

Från individens synvinkel torde det vanligaste skälet att uppleva ett önskemål gentemot sjukvården vara att han eller hon är sjuk eller räknar med möjligheten att bli det. Avgörande är naturligtvis vilket sjukdomsbegrepp individen har. Ett somatiskt sjukdomsbegrepp torde vara det mest utbredda. Det är inte socialt accepterat att vara utslagen, att ha alkoholproblem, att inte kunna hävda sig i konkurrensen på arbetsmarknaden. För individen rationaliseras sådana förhållanden gärna in i den accepterade somatiska sjukdomsrollen. I den juridiska definitionen av sjukdom förekommer heller inga rena sociala indikationer, varför socialt orsakade problem måste definieras som medicinska för att bli juridiskt giltiga.

Inte heller för dem som är somatiskt sjuka är överföringen från behov till önskemål okomplicerad. De flesta patienter vill kanske bli friska, men samtidigt är hospitalisering, passivisering och apati välkända fenomen, där önskemålen snarast kanaliseras mot ett djupare insjunkande i sjukdomsrollen.

Från de erfarenheter av den egna livssituationen som människor har är det blott en liten del av vad man uppfattar som sina behov som kommer att manifesteras som önskemål. Man kan ha ett allmänt förtroende för politiken, ett stöd som Easton uttrycker det, där man litar på att ens behov tas om hand. Man kan känna lojalitet med en politisk riktning där man i selektiv perception bara uppfattar de moment som ligger nära ens egen åsikt.

För att framställa meningsfulla önskemål måste man uppfatta problem och brister i sin livssituation såsom möjliga att åtgärda. Vad samhällsvetare brukar kalla ideologi är det som avgör hur behoven manifesteras. I ett individualistiskt samhälle riktas önskemålen mer mot den egna prestationen än mot sociala sammanhang, och önskemål om förändring blir sällan kollektiva. Detta underlättas av de "individualiserade" åtgärder som tillhandahålls i sjukvården och socialvården.

Detta är särskilt uppenbart när det gäller de kollektiva behoven av tex god folkhälsa, reproduktion av arbetskraften, kanalisering av missnöje och ekonomisk stabilisering. Här kommer man i själva verket fram till en nödvändig modifiering av den vanliga samhällsvetenskapliga systemteorin, enkanterligen Eastons teori. Den används i samhällsvetenskapen för att förklara kollektiva beslut som resultatet av inflöde från enskilda individer. Räckvidden hos en sådan teori är inte större än räckvidden hos individernas beslut. Det finns strukturella fenomen som styr samhället oberoende av individers medvetande om dem. Det är tex tvivelaktigt att funktionen att kanalisera politiskt missnöje är särskilt medveten hos de politiker och andra beslutsfattare som är inblandade i planeringen av hälso- och sjukvårdssektorn. Ändå menar jag att det är en central effekt och också att den kan bilda en delförklaring till hälso- och sjukvårdssektorns expansion. I samhällsideologin finns en grundläggande distinktion mellan det som är *offentligt* och det som

är *privat*. Politiska krav tillhör det offentliga. Politiken är något som utspelas på hög officiell nivå, som rör abstrakta principer och generella åtgärder och där konsekvenserna för den egna konkreta situationen är svåra att se. Detta gäller naturligtvis också inom sjukvården. Följaktligen blir de problem man har sällan uppfattade som politiska, önskemålen blir inte uttalade offentligt, de blir omvandlade till privata problem. (Habermas 1968).

Det viktigaste resultatet av de strukturella mekanismerna är att det finns högst olika levnadsbetingelser för människorna. Oaktat den sociala rörligheten finns ett visst mönster av sociala roller som är stabilt över tiden. Dessa roller är förknippade med olika levnadsvillkor. Och ju sämre man har det materiellt, desto svårare blir det att låta sina önskemål göra sig gällande. En förutsättning för att önskemålen skall formuleras är den självkänsla som individen har. Om erfarenheten visar att det inte är någon mening med att ställa krav så ger man förr eller senare upp. I skolan tex så lär sig en dålig elev fortfarande någonting; att han inte kan kontrollera sin situation, att ingen bryr sig om vad han vill. Hans självkänsla blir mycket låg. Det har upprepade gånger visats, senast av låginkomstutredningen, att detta korrelerar starkt till levnadsförhållandena. Ju fattigare du är, desto sämre utbildning har du, desto sämre tillgång till politiska medel för att uttrycka dina önskemål har du (Abramsson, Seligman 1977).

Önskemålen blir krav

Om vi antar att ett antal personer har formulerat klara önskemål måste dessa kanaliseras för att kunna bilda ett krav på beslutssystemet. Avgörande för att åstadkomma det är den aktivitet som utvecklas för att göra önskemålen hörda inom de kanaler som har tillgång till beslutssystemet. Det är väl belagt att det är först genom en hög aktivitet från dem som är missnöjda med sin situation som deras önskemål överhuvudtaget noteras av beslutssystemet för åtgärder. (Dahl 1956, Pateman 1970).

Men social och politisk aktivitet kommer inte automatiskt till stånd därför att ett antal personer är missnöjda. Tvärtom kan man visa att de mest aktiva personerna ofta är de som är mest tillfredsställda

med sin situation. Aktiviteten beror mer av vilka alternativa former som står till buds för kanalisering av önskemålen, om de är acceptabla som krav inom det givna ideologiska systemet, vilken tradition och erfarenhet aktören har för sina tidigare önskemål, vilken förmåga aktören har att formulera och driva sina önskemål och måttet av förtroende för att partier och organisationer tar hänsyn till önskemålen. Dessa faktorer beror i sin tur på social klass, av utbildning, av kön och ålder, som bestämmer de resurser individen har att tillgå när han skall göra sin röst hörd. (Pateman 1970, Milbrath 1971).

Men det är lång väg till beslutscentra för önskemålen. För att de skall noteras måste en organisation ta upp dem som ett krav. Det innebär också att många önskemål inte når längre än till organisationen, att de filtreras bort eller kombineras med andra önskemål. Ur beslutsystemets perspektiv är detta en nödvändig process. Antalet önskemål är mycket stort och differentierat och systemet har bara kapacitet att behandla ett fåtal av kraven. Det måste finnas instanser som kan reducera inflödet i systemet, grindvakter (gatekeepers).

Vilka grupper finns det då som ställer krav på sjukvården? Den viktigaste gruppen, och de som berörs mest direkt, är givetvis patienterna. Åtminstone officiellt är det för dem som sjukvården existerar. Men vilka möjligheter har de att ställa krav på sjukvården, och vad händer med de kraven? Är patientorganisationer en stark aktör som beslutsfattarna lyssnar på? Snarare är de en av de svagaste aktörerna med små möjligheter att utöva inflytande. Patientintresset företräds av andra aktörer än patienterna själva. En hörnsten i den participatoriska demokratiteorin är att den enda aktören som kan representera hans intressen är den berörda personen själv.

En betydligt viktigare grupp inom hälso- och sjukvårdssektorn är personalen, mer viktig ju mer professionaliserad den är. Läkarna är den traditionellt starkaste gruppen med en hög känsla av inflytande, hög social homogenitet, och mycket väl organiserad. Andra kategorier börjar också tränga fram i konkurrensen för inflytande, sjuksköterskor, assistenter och annan "paramedicinsk" personal. Deras aktivitet har visserligen tidigare varit häm-

.....
"En hörnsten i den participatoriska demokratiteorin är att den enda aktören som kan representera hans intressen är den berörda personen själv"
.....

mad av olika skäl – en majoritet är kvinnor, "sjukvården som kall", hög personalomsättning, lätt tillgängliga handlingsalternativ (utträde ur förvärvslivet) – men den har stigit och de börjar därför få lättare att vinna gehör i beslutsystemet.

Administratörerna av sjukvården är ännu en grupp med gemensamma intressen. Det är också en grupp som är stadd i snabb tillväxt och med mycket nära förbindelse till beslutsystemet. De befinner sig också i en nyckelställning mellan personal och patienter inne i sjukvårdssystemet och de externa grupper som ställer krav utifrån. Dessa grupper är många – notabelt är tex hur fackliga organisationer de senaste decennierna alltmer aktivt börjat ställa krav på sjukvården – och en uppräknings av alla de organisationer som på ett eller annat sätt kräver något av sjukvården blir en uppräknings av de flesta betydelsefulla organisationerna över huvud taget. En viktig extern kravställare torde vara den medicinskt-tekniska industrin.

Den inre strukturen hos de organisationer som uppfyller grindvaktfunktionen är ofta av stor betydelse. Det har tex visats att organisationer med inre fraktionsverksamhet, där man konkurrerar om makten inom organisationen är mer öppna för krav från de enskilda medlemmarna. Andra organisationer har en hög inre homogenitet, mycket liten intern opposition och framför allt ingen organiserad sådan – med andra ord typfallet för en svensk organisation – och den uppvisar stor okänslighet för medlemmarnas krav. Organisationsarbetet ses där primärt som en informationsuppgift. Det centrala organisatoriska problemet är att producera stöd för organisationens politik. Mycket litet av basaktivitet finns, och den som förekommer resulterar i mer eller mindre på förhand accepterade krav som egentligen spelar en stödroll. De politiska partierna, som ju är en central del av beslutsystemet också för

hälso- och sjukvård, motsvarar mycket nära detta mönster. (Söderfeldt 1976).

Allmänna drag hos hälso- och sjukvårdssystemet

Allmänt gäller för sjukvården liksom för många andra samhällsorgan att det finns ett stort antal subsystem som kan tjänstgöra som grindvakter. Vägen är lång för enskilda önskemål till inför offentligheten definierade krav. Motorn i systemet är den aktivitet som utvecklas av dem som framställer önskemål, och möjligheterna till aktivitet är beroende av ekonomiska, politiska och kulturella resurser som individerna besitter. Dessa resurser är inte likformigt fördelade, varför varje system tenderar att gynna de resursstarka.

Å andra sidan är aktiviteten också beroende av styrkan hos önskemålen. Om en grups vitala intressen hotas är det rimligt att tro att den kan utveckla en avsevärd aktivitet till försvar för dessa intressen. Den amerikanske statsvetaren Robert Dahl har utvecklat en teori om en automatisk social mekanism efter dessa linjer, där kraftigt missgynnande av minoriteter förhindras genom den aktivitet som dessa utvecklar. Långvarigt förtryck av minoriteter är blott möjligt om dessa kan berövas tillträde till det politiska systemet, genom konstitutionella regler eller genom synnerligen svåra levnadsförhållanden. Ett skolexempel på en sådan grupp är givetvis patienterna inom sjukvården. Deras önskemål och behov kan till största delen endast tillgodoses av ställföreträdande aktörer, inte av dem själva. Samtidigt är som vi påpekade den avgörande garantin i intressekampen att det är en grups egen aktivitet som kan utvecklas. Endast den som konkret lider av missförhållandena är tillräckligt motiverad och tillräckligt sakkunnig om sina intressen för att kunna ställa de krav som kan korrigera missförhållandena. Patienter, socialt utslagna, barn och äldre bör följaktligen vara exempel på grupper som systematiskt missgynnas av sjukvårdssystemet.

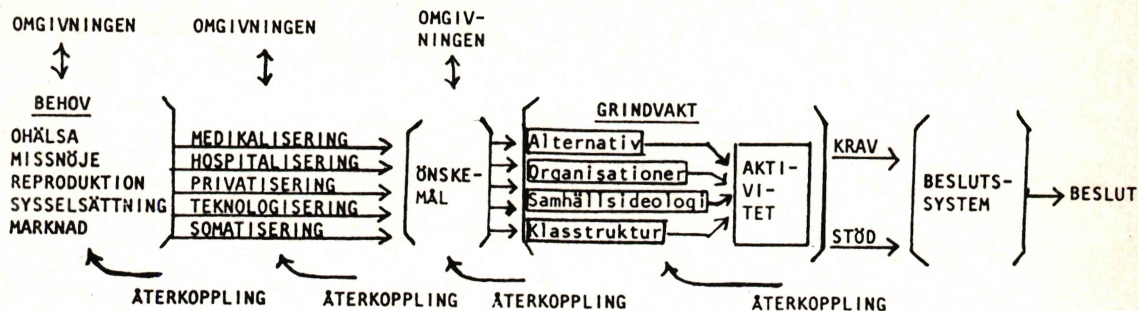
Ett exempel på en grupp som tvärtom tenderar att gynnas av sjukvårdssystemet är naturligtvis läkarna. Även mycket begränsade inskränkningar av deras privilegier kan effektivt motverkas genom hög

facklig effektivitet, tillgång till ekonomiska, politiska och kulturella resurser, stor social homogenitet och hög position i ett hierarkiskt system med medföljande stor tilltro till möjligheterna att påverka situationen. I fallstudier har man tex visat hur AMA under lång tid lyckades hindra effektiva reformer av det amerikanska sjukvårdssystemet (Eckstein 1966) eller hur det svenska läkarförbundet lyckades omintetgöra det mesta av Axel Höjers försök att förändra sjukvården till öppenvård och prevention (Janlert 1978).

En annan grupp är den medicinskt inriktade industrin. Den är resursstark med nära förbindelse till centra i beslutsystemet och dess centrala drivkraft är mindre välfärd för personal och patienter än vinsten för den affärsdrivande verksamheten. Den viktiga inflytandekanalen är inte nödvändigt direkt aktivitet mot beslutscentra utan mera förmågan till vad som inom samhällsvetenskapen brukar kallas "non-decision making", förmågan att hindra krav från att bli frågor på den politiska dagordningen. Detta kan ske genom aktivt ingripande men också genom att andra kravställare från början tar hänsyn till de stora potentiella resurserna eller att de av ideologiska skäl inte ser sammanhangen. Man bör tex inte underskatta effekten av opinionsbildning och reklam som formare av medvetande och därmed som påverkare av behovens överföring till krav.

Det kan tyckas vara en pessimistisk bild av hälso- och sjukvården som jag har gett i denna uppsats. Enigheten i dag i sjukvårdsdebatten torde också vara tämligen stor att det svenska hälso- och sjukvårdssystemet ganska illa uppfyller de samhälleligt bestämda målen. Men detta perspektiv ger också anvisningar om medlet att söka förändringar i systemet. Vad som i denna uppsats har kunnat göras är att ge en allmän övergripande teoretisk ram framför allt för inflödessidan av hälso- och sjukvårdssystemet. Det är meningen att den därvid ska kunna tjäna syftet att vara en allmän riktningsgivare för hur fördjupad forskning bör läggas upp. Men en slutsats blir att denna forskning då bör koncentreras kring de mekanismer som hindrar mänskors aktivitet gentemot hälso- och sjukvårdssystemet. Uppenbart är då att den också kräver ett normativt

Figur 2. Hälso- och sjukvårdssystemet



ställningstagande för de svaga i samhället, i sjukvården i första hand för patienterna. Såväl inom som utom sjukvården finns mekanismer som hindrar människorna utanför sjukvården och patienterna inom den att nå fram till beslutsystemet med sina välgrundade önskemål. Det måste vara dessa mekanismer som bör stå i centrum för socialmedicinsk forskning och för det nya forskningsområdet omvårdnadsforskning. Denna måste dels omfatta en djupare kartläggning och beskrivning av mekanismerna enligt de här allmänna anvisningarna, men i första hand i det direkta forskningsarbetet sträva efter att engagera de berörda personerna, aktionsforskning om man så vill. Jag tror att forskningen här för framtiden kommer att ha en mycket väsentlig roll att spela. Men för att den ska kunna spela den rollen tror jag att det är av stor betydelse att de enskilda undersökningarna kan förbindas med varandra på ett meningsfullt sätt från ett gemensamt teoretiskt perspektiv i stället för att fragmentiseras till enskilda delstudier. I figur 2 sammanfattar jag något av resonemanget i denna uppsats. Jag hoppas att den sammanfattningen skall kunna bilda basen för det fortsatta teoretiska arbetet i denna riktning.

REFERENSER

- Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P.: Learned Helplessness in Humans: Critique and Reformulation, Univ of Pennsylvania mimeo 1977
- Bunge, M.: Scientific Research I & II Studies in the Foundations, Methodology, and Philosophy of Science vol 3/i ii, New York 1967
- Dahl, R.: A Preface to Democratic Theory, New Haven 1956
- Easton, D.: The Political System, New York 1953
 – A Framework for Political Analysis, New York 1965
 – A Systems Analysis of Political Life, New York 1965
- Eckstein, H.: Pressure Group Politics, New York 1966
- Habermas, J.: Strukturwandel der Öffentlichkeit, Frankfurt 1968
- Hirschman, A.: Exit, Voice and Loyalty, Cambridge, Mass 1970
- Janlert, U.: Sjukvård efter kriget, Motpol No 3–4 1978
- Milbrath, L.: Political Participation, Chicago 1965
- Pateman, C.: Participation and Democratic Theory, Oxford 1978
- Söderfeldt, B.: Demokratin i de svenska partierna, stencil, Uppsala 1976.