

Vill reumatiker ha hjälpmedel?

En uppskattning av behov och kostnader från en epidemiologisk studie



Erik Allander

Bakgrund

Utvecklingen inom hjälpmedelssektorn har under senare år karakteriserats av kraftigt ökade kostnader. Detta har berott på gradvis ökande möjligheter för den enskilde att skaffa sig alltmer tekniskt avancerade hjälpmedel för en alltmer krympande kostnad. Huvudtanken har varit att gradvis minska avståndet mellan friskas och handikappades levnadsstandard där stödet till hjälpmedel är *en* del. Att den ekonomiska ramen för hjälpmedlen har vidgats, har naturligtvis också medfört att tekniskt komplicerade och dyrbara hjälpmedel kunnat skaffas i stort sett utan direkta kostnader för den enskilde. Samtidigt har innebörden av hjälpmedelsbegreppet breddats. Detta har lett till att den tidigare bestämmelsen om begränsning till "för handikappade särskilt avsedda hjälpmedel" (MF 59/1964) betydligt uppmjukats. Numera kan man få statsbidrag till tvätt-, stryk-, och diskmaskiner samt dammsugare (MF 68/1969).

Hjälpmedelsmarknaden har dock blivit mera svåröverskådlig. En allmän önskan att strukturera sjukvårdshuvudmännens hjälpmedelsorganisation

En socialmedicinsk undersökning av stockholmarna med reumatiska besvär har företagits. Härvid studerades bl a de handikappade individernas förväntningar och inställning beträffande olika hjälpmedel. Många sjuka accepterade inte erbjuden hjälp. Detta gällde även om de var gravt invaliderade och hjälpmedlen var fria och ur läkarens och samhällets synpunkt värdefulla.

Samtidigt visade det sig att många av dem som behövde och accepterade nya hjälpmedel stod under regelbunden läkarkontroll. Detta aktualiserar frågan om kunskapen om olika hjälpmedel är tillräcklig bland de behandlande läkarna.

Undersökningsresultatet ger också fog för en fråga av generell räckvidd: Är det i sjukvårdssammanhang tillräckligt med enbart fria förmåner när det gäller att riktigt använda sjukvårdsresurserna? Redan en utbyggnad av en måttlig upplysande verksamhet kan öka möjligheterna för de verkligt behövande individer att ta i bruk olika hjälpmedel.

Vad kan en sådan vidgad samhällelig målsättning kosta? Detta problem tas upp i en delstudie, som visar att det ur metodsynpunkt är möjligt att komma till rimliga behovsberäkningar och kostnadskalkyler.

Författaren är t. f. professor i socialmedicin vid Karolinska Institutet.

har så småningom vuxit fram. (Handikappinstitutet, stencil december 1969.) Så har t. ex. Stockholms stad försökt att begränsa och systematisera sitt hjälpmedelssortiment (Bergström, 1968). Mynigheternas kunskap om hjälpmedelsbehovets storlek och inriktning förefaller emellertid starkt begränsat. Handikappinstitutet konstaterar (stencil december 1969): "De konsumentgrupper, som pga olika funktionsnedsättningar har särskilda hjälpmedelsbehov, är till antalet och vad gäller specificerade behov mycket litet kända. . . I skilda sammanhang har presenterats frekvenstal, som avser att belysa olika handikappgruppers storlek . . . ger . . . föga ledning för en bedömning av hjälpmedelsbehovet . . .". Denna pessimistiska suck är

symtom på en väsentlig brist inom den sociala reformpolitiken, nämligen underlåtenheten, kanske likgiltigheten eller oviljan att följa upp effekten av en reform, som på papperet såg bra ut. Detta missförhållande påtalas nu från flera håll. Det rör sig om stora summor som man hoppas hamnar hos rätt personer. I statsverkspropositionen upptogs statsbidragskostnaden för hjälpmedel budgetåret 1969—70 till 90 milj. kronor, en höjning med omkring 50 % sedan föregående budgetår.

Man vet något om hjälpmedelsförsörjningen i vissa handikappgrupper (t. ex. National Health Survey 1968, Helander och Olanders, 1965, Helander 1968) men de representerar starkt selekterade populationer. Selektionsprocessernas olika steg och innebörd är påfallande otillräckligt kända. Man kan förutsätta att behov av och försörjning med hjälpmedel är helt olika i en handikappgrupp i befolkningen och i den grupp som sökt läkare, lyckats skaffa sig sjukgymnast, varit aktivt intresserad av hjälpmedel, orkat stå i kö för att få dem och sedan kanske tjatat sig till anvisning för användningen. Den grupp som alltså slutligen får sina hjälpmedel kommer att vara betydligt mera "hjälpmedelspositiv" än dem med samma handikapp men som kommer från ett tvärsnitt från hela befolkningen. Att direkt översätta sjukdomsförekomst till ett visst behov av hjälpmedel borde alltså leda till grova överskattningar, endast ägnade att ge beslutande politiker känslor pendlande mellan kallsvett, milt overseende och likgiltighet.

Mål

Eftersom jag låtit hjälpmedelsproblemet ingå som en del i en epidemiologisk studie över reumatoida artrit i Stockholms stad, tror jag mig kunna tillföra diskussionen en del fakta och synpunkter. Avsikten var att belysa samband mellan innehav, invaliditetsgrad, ålder, dolt behov och kostnader. De framtagna siffrorna borde också kunna användas till att grovt uppskatta behov och kostnader för Stockholms stad som helhet.

Material

Genom tvåfassamplingsteknik med en enkät med fyra enkla frågor om ledbesvär som första fas, kunde 293 personer med olika grader av reumatoid arthrit framvaskas ur en population omfattande 15 268 personer från Stockholms stad och från fyra åldersklasser. I tabell 1 finns några grunddata om denna populationsundersökning (Allander, 1970). Undersökningen utfördes 1965—68 med stöd bl. a. från Riksföreningen mot Reumatism. Sammanlagt läkarundersöktes av de 15 268 personerna ett representativt urval på 4 195 personer.

Metoder

Reumatikerna undersöktes två gånger. Screeningnivån vid första läkarundersökningen var minst tre av de sex kliniska kriterierna för reumatoid arthrit föreslagna i Rom 1961. Denna primärt screenade grupp, som omfattade 326 personer re-

Tabell 1. Några grunddata från en populationsundersökning över reumatoid arthrit i Stockholm 1965—1968

Åldersgrupp	Fraktion av population	Undersökt sampel	Bortfall i enkät (%)	Ej läkarundersökta av dem som rapporterat ledsymtom (%)	Personer med reumatoid arthrit	Prevalens reumatoid arthrit (%)
70—74	1/15	2 203	1,6	9,8	64	M 1,2 K 5,5
56—60	1/17	3 394	1,4	9,2	143	M 2,8 K 6,9
42—46	1/13	4 731	2,3	8,4	65	M 0,6 K 2,6
31—35	1/8	4 940	2,9	11,1	21	M 0,4 K 0,7

undersöktes november 1967—januari 1968 14—33 månader efter den första undersökningen. Screeningnivån denna *andra* gång var minst 1 av de två kliniska kriterierna för reumatoid artrit förslagna i New York 1966. Den slutliga gruppen innehöll därför personer med långvarig ledsjukdom av reumatoid artrit-typ.

Vid denna reundersökning tillfrågades reumatikerna bl. a. om de var intresserade att utprova ADL-hjälpmedel. Av praktiska skäl inkluderades i detta begrepp rullstolar och käppar av olika slag. ADL-hjälpmedlens funktion skisserades för varje enskild person, och exemplifierades med en "bilderbok" från SVCR. Jag anknöt i samtalet med reumatikern till hans egen invaliditet. På Stockholms stads arbetsvårdsbyrå ställdes lokaler och vissa resurser till förfogande. Utprovningen gjordes av en för undersökningen speciellt anställd sjukgymnast, väl förtrogen med reumatikernas hjälpmedelsproblem. Patienten fick själv bestämma en tid och kunde hjälpmedelstestas relativt omgående efter läkarundersökningen. Erbjudandet var också gynnsamt genom att kostnaden för valfri transportsätt till utprovningen ersattes. De normala väntetiderna för utprovning var då flera månader. Reumatikerna blev utfrågade om de hade några hjälpmedel och i så fall vilka. Hjälpmedel specificerades även för de personer som först förnekade att de hade några.

Hjälpmedelsutprovning

För varje person som hjälpmedelstestades, registrerades individuella hjälpmedel och kostnad enligt en då aktuell prislista från SVCR. Vid bearbetningen registrerades funktionsområden för hjälpmedlen med undantag för rullstolar i stället för på specificerade hjälpmedel. Detta gjordes närmast med hänsyn till att det var funktionen som sådan och icke den tekniska lösningen av ett funktionsdeficit som var det viktiga. Av flera skäl bedömdes en individuell beräkning av kostnaden för hjälpmedel som reumatikerna redan hade vara av föga värde.

Resultat

Användningsområde

I tabell 2 visas användningsområde för befintliga

Tabell 2. Användningsområde för befintliga och nyanskaffade hjälpmedel

Användningsområde el typ av hjälpmedel	Antal hjälpmedel	
	Innehav	Nyanskaffning
Rullstol	9	2
Förflyttning ute	52	9
Förflyttning inne	37	4
Klädning	7	17
Måltider	3	5
Husliga sysslor	26	25
Telefonhjälp	2	1
Personlig hygien samt hjälpmedel i hemmet	35	38
	171	101

och nyanskaffade hjälpmedel. De stora grupperna är, inte oväntat, förflyttning, husliga sysslor och personlig hygien samt olika hjälpmedel i hemmet. Denna sista grupp inkluderar t. ex. fotvagg, coxistol, antihalkmatta, badrumshandtag och toalettstolsförhöjning. Skillnaden mellan nyanskaffning och befintliga hjälpmedel är stor när det gäller förflyttning. Reumatikern förser sig alltså med käppar men är troligen obenägen att byta ut dem mot ur funktionell synpunkt bättre stöd. Relativt många hjälpmedel kunde introduceras i reumatikergruppen.

Ålder och antal hjälpmedel

Man ser av tabell 3, att äldre har betydligt fler hjälpmedel än yngre, 1,6 resp. 0,2 per reumatiker. De som fått nya hjälpmedel har i regel fått flera. Detta stämmer med tidigare erfarenheter (Helander 1968). Äldre är dock betydligt mera negativa till nya hjälpmedel än yngre. I åldersgruppen 70—74 år kunde av 64 personer totalt endast *en* nyvärvas bland de 26 som ej hade hjälpmedel, mot 15 av 119 utan hjälpmedel i åldersgruppen 56—60 år.

Funktionsnedsättning och hjälpmedelsattityd

De hjälpmedelsnegativa är säkerligen relativt obetydligt representerade i material från rehabiliteringskliniker etc. (Helander och Olanders, 1965,

Tabell 3. *Ålder och antal hjälpmedel*

		Antal hjälpmedel		Antal nyanskaffade hjälpmedel/person				Genomsnittl. antal hjälpmedel/pers.
Ålder	Antal pers.	Befintliga	Nyutprovade	1—2	3—5	6—9	≥10	
70—74	64	91	13	—	3	2	—	1,6
56—60	143	74	70	2	7	10	6	1,0
42—46	65	3	17	—	1	1	3	0,3
31—35	21	3	1	—	—	1	—	0,2
Samtliga	293	171	101	2	11	14	2	

Helander, 1968, Swedborg, Krägh och Östman, 1969). Skillnaden mellan populations- och sjukhusmaterial i detta avseende framgår av tabell 4. Av de kraftigt arm- handinvalidiserade, — motsvarande minst fyra funktioner kraftigt nedsatta — avböjde 25 av 38 ytterligare ADL-hjälpmedel. Av dessa 38 hade 9 över huvud taget inga hjälpmedel. Å andra sidan var det flera med obetydligt eller måttligt nedsatt funktion som accepterade hjälpmedelstillskott. Dessa tendenser är likartade för de bägge andra måtten funktionsnedsättning, beninvaliditet och grad av ledsmärta.

En viktig slutsats blir att upplysning åt gravt invalidiserade om fria och ur läkarens och samhällets synpunkt värdefulla hjälpmedel *till stor del icke leder till att den sjuke accepterar erbjuden hjälp*.

Männen syns vara mera negativa till hjälpmedel än kvinnorna. Bland de 13 som var kraftigt handinvalidiserade och som accepterade ADL-hjälp, var 12 kvinnor, men bland de 9 som helt saknade hjälpmedel var 4 män. ADL-hjälpmedlens starka

inriktning på traditionellt kvinnliga sysslor och som stöder ett konservativt sätt att sköta hushållsarbetet spelar här säkert en stor roll. Män sköter hushåll på ett enklare sätt än kvinnor (Dahlström et al 1962, Olin 1968).

Dåligt ADL-medvetande hos läkare

Den grupp som accepterade nya hjälpmedel omfattade 36 personer. Av dessa hade 26 regelbunden läkarkontroll för sina leder minst 2 gånger årligen; 7 hade haft sjukgymnastik året före intervjun; 12 tyckte sig f. n. få rimlig och tillräcklig vård för sin ledsjukdom. Bristen på sjukgymnastisk behandling var dock stor. I den regelbundna läkarkontakt som närmare 3/4 av de hjälpmedelsbehövande uppehöll hade tydligen hjälpmedelsfrågan inte tillräckligt aktualiserats vare sig av patient eller behandlande läkare. Att 1/3 av de 36 tyckte sig ha rimlig och tillräcklig vård har dock troligen varit en avkylande faktor på hjälpmedelsentusiasmen. Jag har ett klart intryck av att hjälpmedelsidén inte var tillräckligt inplanterad i de grupper som skall föra ut den till

Tabell 4. *Grad av funktionsnedsättning och attityd till hjälpmedel*

		Nedsatt arm-hand-funktion			Nedsatt benfunktion			Ledsmärta		
		Obe-tydl.	Måttl.	Kraf-tigt	Obe-tydl.	Måttl.	Kraf-tigt	Obe-tydl.	Måttl.	Kraf-tigt
Avböjer ADL-hjälp	Saknar hjälpmedel	144	53	9	137	61	8	99	73	34
	Har hjälpmedel	14	21	16	13	13	25	8	27	16
Accepterar ADL-hjälp		5	18	13	11	11	14	5	8	23

Tabell 5. Kostnader för hjälpmedel med hänsyn till invaliditetsgrad

Kostnad/ patient kronor	Genomsnittskostnad (klassmitt) kronor	Arm- handinvaliditet		Beninvaliditet		Subjektiv sjukdomsgrad	
		obetydl. el. måttlig n = 255	svår n = 38	obetydl. el. måttlig n = 246	svår n = 47	obetydl. el. måttlig n = 234	svår n = 59
— 9	5	—	—	—	—	—	—
10— 49	25	—	3	2	1	2	1
50— 99	75	6	1	6	1	5	2
100—199	150	8	1	8	1	7	2
200—499	350	6	6	5	7	5	7
550—999	750	3	1	1	3	2	2
≥ 1000	1000*	—	1	—	1	—	1
Total kostnad		6000	4150	4200	5950	4725	5425
Kostnad/ person kronor		24	109	18	127	20	92

* Approximerat rimligt värde

patienterna. Den grupp som tidigare hade och/eller fått hjälpmedel genom den aktuella studien — 87 av 293 — skiljer sig från dem som *inte* har hjälpmedel framför allt genom att hjälpmedelsgruppen har starkt signifikant ($p < 0,001$) färre personer som tycker sig ha rimlig och tillräcklig vård för sin ledsjukdom (40 av 87 mot 153 av 206). Detta är emellertid egentligen ett uttryck för sjukdomsgraden. Ju sjukare reumatikern är dess mindre tillräcklig och rimlig tycker han sin vård vara. Den tålige och belätne reumatikern tycks alltså delvis vara en skrivbordskonstruktion.

Vad kostade reumatikernas hjälpmedel?

Totalkostnaden för de hjälpmedel man lyckades placera i reumatikergruppen blev 10 150 kr. Beloppet är avrundat med utgångspunkt från en genomsnittskostnad som framgår av tabell 5 där också kostnaderna redovisas med hänsyn till tre olika invaliditetsmått. Ca hälften av totalsumman faller på svårt invaliderade som endast är 1/5—1/6 av hela gruppen. Det kan också ha sitt intresse att notera, att patientens egen bedömning av sin sjukdom som "svår" medför en mindre kostnad per person (92 kr) än om svår ben-invaliditet

är måttet (128 kr). Trots en uppenbar snedfördelning av det dolda hjälpmedelsbehovet finns alltså hälften av kostnaden för nyintroducerade hjälpmedel i gruppen obetydligt eller måttligt invaliderade.

En kostnads- och behovskalkyl

Förutsättningar

Det aktuella patientmaterialet kommer från en populationsundersökning. Detta är en klar fördel då det är representativt för befolkningen i Stockholm vid den aktuella tidpunkten och i de aktuella åldersgrupperna. Begränsningen ligger i de trots allt ibland plågsamt små grupper som man måste kalkylera med när det gäller sjukdomar på 1—2% prevalensnivå. De ibland kanske alltför djärva extrapoleringar som man måste göra för att få fram siffror för kostnader för hjälpmedel inom Stockholms stad syns ändå berättigade, då tidigare uppgifter inom området saknas. Flera reservationer och alternativ måste här av utrymmesskäl utelämnas. En del officiella uppgifter finns som kan användas som kontroll på kalkylens rimlighet.

Tabell 6 visar några bassiffror för kalkylen. En utprovningkostnad på 50 kr har inkluderats utöver kostnaden för själva hjälpmedlen. Summan

Tabell 6. Kostnad för hjälpmedel. Hela åldersgruppen i Stockholm.

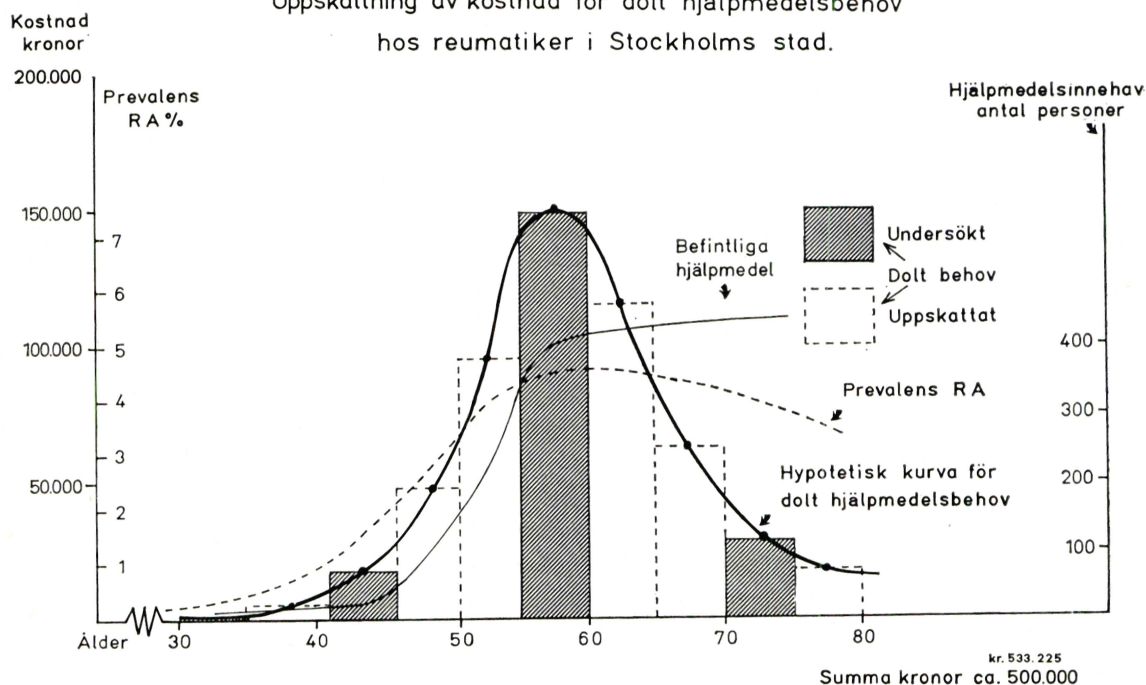
	Ålder			
	70—74	56—60	42—46	31—35
Personer som fått hjälpmedel	5	25	5	1
Utprovn.kostnad/person 50 kronor	250	1.250	250	50
Kostnad/åldersgrupp	1.925	8.750	1.400	125
Medelkostnad/person	385	350	280	125
Kostnad <i>hela</i> åldersgruppen i Sthlms stad	28.875	148.750	18.200	1.000

per person blir då 125—385 kr vilken nivå är densamma som Helander 1968 fann för fall med reumatoid arthrit 198 kr. Vi antar i genomsnittlig kostnad på 200 kr/patient för *befintliga* hjälpmedel i den aktuella undersökningen, interpolerar för prevalens reumatoid arthrit i icke undersökta åldersklasser samt extrapolerar till hela befolkningen i Stockholm i åldrarna 30—80 år. Då finner vi att kostnaden för befintliga ADL-hjälpmedel i Stockholm blir ca 500 000 kr.

Försök till kostnads kalkyl

I fig. 1 har vissa av de upplysningar och informationer som framkommit tidigare i denna artikel förts samman (prevalens av reumatoid arthrit, tidigare befintliga och ordinerade ADL-hjälpmedel, hjälpmedelsnegativism, kostnader för ordinerade hjälpmedel). Kurvans klockform betingas i yngre åldrar av låg prevalens av sjukdomen, i högre åldrar av en blandning av tillräckligt antal

Uppskattning av kostnad för dolt hjälpmedelsbehov hos reumatiker i Stockholms stad.



hjälpmedel och viss hjälpmedelsnegativism. Kalkylen visar en kostnad av ca 500 000 kr för att avhjälpa de dolda hjälpmedelsbehoven. Det måste dock poängteras att det gäller en punktinsats. Vid bibehållen kostnadsnivå borde alltså kostnaden senare sjunka. Ett sådant resonemang är dock ur andra synpunkter orealistiskt.

Kontroll av kalkylen

I flera västeuropeiska populationsstudier har visats att reumatoid arthrit i de aktuella åldersgrupperna 30—80 år har en prevalens av ca 3 %. 1/10 har gravare sjukdom. Vi antar att *alla* sådana har hjälpmedel för en genomsnittskostnad av 200 kr/person. Ett ungefärligt belopp för *redan befintliga* ADL-hjälpmedel i denna befolkning blir då ca 360 000 kr.

Enligt andra tillgängliga uppgifter (Handikappinstitutet, nov. 1969, sammanställning över kostnader för utlämnade hjälpmedel, andra halvåret 1968 i Stockholms stad och landsting) kan man som i tab. 7 göra vissa uppskattningar. En sådan kalkyl slutar på 500 000 kr. årligen.

Tabell 7.

Uppskattad årskostnad för hjälpmedel till fall med reumatoid arthrit i Stockholms stad. (Källa: Handikappinstitutets stencil, nov. 1969).

(Ortopediska hjälpmedel ej räknade).

1. Kostnad för hjälpmedel för Stockholms stad	
2:a halvåret 1968	2.900.000
2. För R.A.-patienter aktuella hjälpmedel (35 % av totalsumman)	ca 1.000.000
3. Från Karolinska sjukhuset, Norrbackainstitutet, Eugeniahemmet och Serafimerlasarettet utlämnade, för R.A.-patienter aktuella hjälpmedel	245.000
Summa	1.245.000
20 % av denna summa går till R.A.-fall (Helander 1968, Swedborg, Krägh och Östman 1969)	249.000
Årskostnad	ca 500.000

Att totalkostnaden för redan befintliga hjälpmedel är i samma storleksordning som för ett årligt nytillskott, är dock i och för sig ingen motsägelse. Den ytterst snabba expansionen av områ-

det gör inte ett sådant resultat orimligt. Helander och Olanders' (1965) 71 patienter med reumatoid arthrit fick 1964 ADL-hjälpmedel för 117 kr/patient. Helander 1968 gav tiden juli 1964—dec. 1966 ADL-hjälpmedel till 24 reumatoid arthrit patienter för 198 kr/patient. I min undersökning fick reumatoid arthrit fallen i åldersgrupp 71—74 år hjälpmedel för 185 kr/person. Även om dessa siffror är ej helt jämförbara visade dock en kraftig ökning av kostnaderna per patient.

Diskussion

En aspekt som brukar anföras för att berättiga en satsning på de ur anslagsgivarens synpunkt relativt kostbara popularitetsundersökningarna är just bedömning av vårdbehovet. Denna sida av populationsundersökningarna är dock relativt sett mycket mindre belyst än själva prevalenssiffrorna för olika sjukdomar. Svårigheterna med definitioner av *behov*, *efterfrågan* och *konsumtion* och deras interaktion är säkert ett av hindren därtill (Smedby 1968, Andersen, Smedby & Andersson 1970) liksom tolkning av resultaten. I populationsundersökningar över sjukvårdsbehov måste de sjukas egen uppfattning medföra en oundviklig reduktion av ett "objektivt" vårdbehov. Undersökningar som belyser detta ur internationell synpunkt måste bedömas som mycket viktiga. (International Comparisons of Medical Care Utilization, 1969). Ökande kunskap om sjukdomar leder till ökad benägenhet att fullfölja behandling för sjukdom (bl. a. Tagliacozzo & Ima, 1970). Kunskap om sjukdomar minskar med stigande ålder och lägre utbildning. Kvinnor vet dock mer om sjukdomar än män (Wade, 1970).

Dessa uppgifter, dokumenterade av många, skall ses tillsammans med den lika väldokumenterade kunskapen att högre morbiditet, högre ålder och låg utbildning har ett klart samband. Detta får konsekvenser för sjukvårdsorganisationen och därmed också reumatikernas hjälpmedelssituation. Den aktuella reumatikergruppen har signifikant lägre utbildning än en ålders- och könsmatchad kontrastgrupp (Allander, 1970). Hjälpmedelsnegativiteten var också klart större i högre åldersgrup-

per (tabell 3). Med en måttlighet omfattande upplösning till reumatikerna gick det dock att delvis minska den hjälpmedelsnegativa gruppen, vars ordinarie sjukvårdskontakter av olika skäl ej var tillräckliga i detta avseende.

Man kan därför med fog fråga sig om vi i vårt land i sjukvårdssammanhang inte har kommit förbi den period där enbart fria förmåner är det allt överskuggande sättet för en riktig användning och allokering av sjukvårdsresurserna. Olika former av uppsökande verksamhet förekommer naturligtvis nu, men icke i större omfattning och inte generellt systematiserad, trots att goda teoretiska och många praktiska förutsättningar finns för större projekt. En utveckling i denna riktning för hälsovården har nyligen presenterats av medicinalrådet v. Holst (1970). En snar utbyggnad av statistiken inom öppen vård kommer att betydligt underlätta en planering och fördelning av sjukvårdsresurserna för ett sådant arbete, med epidemiologiska data som bakgrund.

Kalkyler inom hjälpmedelsområdet försvåras av flera områden där snabb teknisk utveckling, hastig ekonomisk expansion, diffus avgränsning samt heterogen utbyggnad samverkar med andra faktorer i behovskomplexet till att göra situationen extra tillkrånglad. Det i denna artikel presenterade materialet vill närmast illustrera, att ett försök till behovsräkningar och kostnadskalkyler som lämnar ett rimligt resultat, är möjligt att genomföra. Om sedan beslutande och planerande myndigheter innerst inne anser sig behöva eller använder rimliga behovskalkyler i sitt arbete är dock en annan fråga.

LITTERATURFÖRTECKNING

Andersen, R., Smedby, B. & Anderson, O.W.: Medical care use in Sweden and the United States — A comparative Analysis of Systems and Behaviour, Center for Health Administration Studies. Research Ser. No 27. Chicago, 1970.

Allander, E.: A population survey of rheumatoid arthritis. Epidemiological aspects of the syndrome, its pattern and effect on gainful employment. Acta rheum. scand., suppl. 15, 1970.

Bergström, L.O.: Stockholms sjukvårdsförvaltning begränsar hjälpmedelssortimentet. Svensk handikapp-tidskrift nr 10, s. 3, 1968.

Dahlström, E., Holter, H., Brun-Gulbrandsen, S., Tiller, P.O., Dahlström, Y & Thyberg, S.: Kvinnors liv och arbete, 550 s. Studieförbundet Näringsliv och Samhälle. Stockholm 1962.

Helander, E. & Olanders, S.: Tekniska hjälpmedel för handikappade. Läkartidningen 62:3122, 1965.

Helander, E.: Efterundersökning av patienter som erhållit s.k. tekniska hjälpmedel. Stencil från institutionen för medicinsk rehabilitering, Göteborgs universitet, 1968.

v. Holst, H.E.: "Hälsovårdsdemokrati" — gemensamt hälsovårdsansvar. Läkartidningen 67:2891, 1970.

Koos, E.L.: The health of Region Ville. What people thought and did about it. 177 s. Columbia University Press, New York 1954.

Olin, R.: Ensam och gammal i Stockholm. Socialvårdens Planeringskommitté och Socialmedicinska institutionen, Karolinska institutet, 81 s. 1968.

Smedby, B.: Hur utnyttjar vi sjukvårdens resurser bäst? Läkartidningen 65:782, 1968.

Swedborg, I., Krägh, G. & Östman, P.: Träningsslägheten. Årsrapport 1968. Stencil, Stockholms stads Arbetsvårdsbyrå, 1969.

Tagliacozzo, D.M. & Ima, K.: Knowledge of illness as a predictor of patient behavior. J. Chronic. Dis. 22:765, 1970.

Wade, S.E.: Trends in public knowledge about health and illness. A.J.P.H. 60:485, 1970.

International Comparisons of Medical Care Utilization. A Feasibility Study. National Center for Health Statistics. Series 2 Number 33. Washington, D. C. June 1969.

New York symposium on Population studies in the rheumatic diseases. New diagnostic criteria. Bull. Rheum. Dis. 17:453, 1967.

PM rörande den lokala och regionala organisationen av hjälpmedelsverksamheten. Handikappinstitutet 40 s., Stockholm december 1969.

Proposed diagnostic criteria for use in population studies (in) The Epidemiology of Chronic Rheumatism (eds. J.H. Kellgren, M.R. Jeffrey & J. Ball) 324, 1963.

Sammanställning över kostnader för utlämnade hjälpmedel 2:a halvåret 1968 i Stockholms stad och landsting. Stencil. Handikappinstitutet november, 1969.

S.F.S. Medicinalväsendet Nr 26—28, 1968. Kungl. Maj:ts kungörelse om statsbidrag till vissa hjälpmedel för handikappade.

S.F.S. Medicinalväsendet Nr 68, 1969. Hjälpmedelsförteckning.

Use of special aids chronically ill. Data from the National Health Survey. Publ. Health Service Publication no 1000-Series 12 — No 11, 1968.