

Hälso- och sjukvårdsforskningens framväxt i Sverige

Marianne Hanning, Wilhelm Linder, Ulrika Winblad

Marianne Hanning, PhD. E-post: marianne.hanning@telia.com

Wilhelm Linder, forskningsassistent, Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala universitet. E-post: wilhelm.linder@pubcare.uu.se

Ulrika Winblad, professor i hälso- och sjukvårdsforskning, Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala universitet. E-post: ulrika.winblad@pubcare.uu.se

Hälso- och sjukvårdsforskning kan beskrivas som ett tvärvetenskapligt forskningsområde inriktat på att beskriva, analysera och utvärdera hälso- och sjukvårdssystemets organisation, funktion och resultat. I Sverige inrättades 1980 en professur i ämnet vid Uppsala universitet och Björn Smedby blev den förste att inneha denna tjänst. Hälso- och sjukvårdsforskning bedrivs idag både vid samhällsvetenskapliga och medicinska fakulteter genom ämnets koppling till såväl nationalekonomi, statsvetenskap, hälsoekonomi som socialmedicin och folkhälsovetenskap. I artikeln ges en översikt av hur hälso- och sjukvårdsforskningen utvecklats sedan 1970-talet och framåt, samt några reflektioner kring vilken roll som hälso- och sjukvårdsforskningen kan ha i framtiden för att förbättra både kvaliteten och effektiviteten inom hälso- och sjukvården.

Health services research is a multidisciplinary research area which focuses on describing, analyzing, and evaluating the organization, function, and results of health care systems. In 1980, a professorial chair in the subject was established at Uppsala University in Sweden and Björn Smedby was the first to hold the professorship. Today, health services research is conducted at both the faculties of social and medical sciences through the subject's connection to economics, political science, health economics, as well as social medicine and public health. This article reviews the development of health services research since the 1970's onwards and reflects on the potential future role of health services research in improving the quality and efficiency of health care delivery.

Inledning

Hälso- och sjukvårdsforskning (Health Services Research) tillkom som forskningsfält i USA under mitten av 1960-talet. I Sverige blev den Socialmedicinska institutionen i Uppsala tidigt involverad i ett internationellt samarbete kring jämförelser av olika hälso- och sjukvårdssystem. Det skulle dock dröja till 1980 innan en professur i ämnet inrättades vid Uppsala universitet. Björn Smedby blev den förste att inneha denna professur. Denna artikel är en översikt av hur hälso- och sjukvårdsforskningen utvecklats, framför allt i Sverige, men i viss mån även internationellt. Underlag till texten har bland annat hämtats från två artiklar av Björn Smedby i Socialmedicinsk tidskrift, samt anteckningar till ett föredrag som Björn Smedby höll vid ett symposium i samband med sin pensionering (1,2).

Vad är hälso- och sjukvårdsforskning?

Något som hälso- och sjukvårdsforskare har kämpat med ända sedan ämnets tillkomst är hur det ska avgränsas gentemot andra forskningsområden. Vid det symposium som det dåvarande Socialforskningsrådet arrangerade hösten 1998 i samband med Björn Smedbys pensionering fick Björn tillfälle att reflektera över ämnet och hur det utvecklats över åren. I slutet av föredraget refererar han till filosofen professor Göran Hermerén som i ett samtal om ämnet framhållit att det är mer användbart att definiera ett ämnes kärna och syfte än att försöka dra upp dess gränser.

Enligt Nationalencyklopedin är hälso- och sjukvårdsforskning ett tillämpat forskningsområde inriktat på att beskriva, analysera och utvärdera hälso- och sjukvårdssystemets organisation, funktion och resultat. Mer precist inbegriper ämnet i olika internationella sammanhang ofta studier om organisatoriska strukturer och processer, ekonomiska system, medicinsk teknologi och sociala beteenden och hur dessa påverkar exempelvis tillgänglighet, vårdkvalitet, kostnader samt mer kliniska utfall, såsom dödlighet och morbiditet.

Utmärkande för hälso- och sjukvårdsforskning är att det är ett tvärvetenskapligt ämne som bygger på teorier och modeller från andra forskningsfält (exempelvis epidemiologi, folkhälsovetenskap, sociologi, ekonomi, organisationsforskning och statsvetenskap). Detta medför att forskare inom ämnet använder sig av vetenskapliga metoder och teorier från olika forskningsfält som redskap för att besvara sina frågeställningar. Ämnets tillämpade karaktär gör också att forskningsfrågorna ofta har en direkt betydelse för den aktuella hälso- och sjukvårdspolitiken (health policy) då huvudspåret i forskningen ofta har varit att studera hur hälso- och sjukvårdssystem presterar i olika avseenden. Tanken är att forskningsresultaten ska kunna medverka till lösningar på olika aktuella problem och att detta i sin tur ska påverka utformningen av hälso- och

sjukvårdspolitiken. I SMT-artikeln från 2005 konstaterar Björn Smedby dock att eftersom hälso- och sjukvårdspolitiken ofta styrs av andra värden, så som ideologiska uppfattningar och förväntningar på snabba beslut är det sällan som man hinner vänta på resultaten från forskningen innan beslut fattas. Hälso- och sjukvårdsforskarna får därför ”traska patrull” och först i efterhand försöka utvärdera reformer som genomförts med politiska motiv (2).

Var sker forskningen?

I Sverige bedrivs hälso- och sjukvårdsforskningen inom flera olika ämnesområden. En del av forskningen inom området bedrivs vid samhällsvetenskapliga fakulteter i och med ämnets nära koppling till nationalekonomi, statsvetenskap och hälsoekonomi. Den största delen av forskningen i ämnet bedrivs dock på medicinska fakulteter och är inte sällan samorganiserad med socialmedicin och folkhälsovetenskap, så som exempelvis Medical Management Centrum vid Institutionen för lärande, informatik, management och etik, Karolinska institutet och Hälsoekonomi och hälsopolicy vid Institutionen för medicin, Göteborgs universitet. Däremot finns det i nuläget endast en stolsprofessur i ämnet och en därtill hörande forskargrupp i hälso- och sjukvårdsforskning i landet. Den finns vid Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala universitet. Nedan ges en beskrivning av ämnets utveckling över tid i Sverige, med speciellt fokus på utvecklingen vid Uppsala universitet.

1970-talet: Internationella jämförelser

Den övergripande frågan för hälso- och sjukvårdsforskningen är att studera hälso- och sjukvårdens förmåga att leverera god, effektiv och jämlik sjukvård till befolkningen. Uppgifter om befolkningens kontakter med vården (vårdutnyttjande/vårdkonsumtion) har därför varit centrala. Det var också detta som kom att bli utgångspunkten för det arbete som startades av professor Ragnar Berfenstam vid den Socialmedicinska institutionen i Uppsala i början av 1960-talet. Bakgrunden var att institutionen blivit engagerad i ett internationellt projekt som syftade till jämförelser av hälso- och sjukvårdssystemen i USA, Storbritannien och Sverige (3). Projektet kom att bli inkörsporren till Björn Smedbys avhandlingsarbete (4) och den forskning om vårdkonsumtion i Sverige som han skulle komma att leda och utveckla.

I det internationella projektet ingick att skapa en övergripande modell som kunde användas för att beskriva och jämföra olika hälso- och sjukvårdssystem. Den modell som arbetet landade i bestod av fyra komponenter; systemets resurser, befolkningens karakteristika, vårdutnyttjande och resultat (figur 1). Genom att studera sambanden mellan dessa komponenter skulle det vara möjligt att

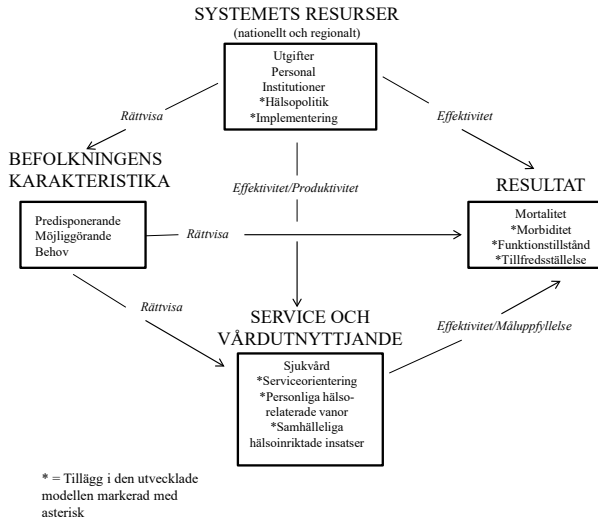
analysera systemets funktionalitet med avseende på rättvisa, produktivitet och effektivitet. Jämförelserna av de tre länderna visade att modellen kunde användas för att beskriva och jämföra olika hälso- och sjukvårdssystem. Även om det framkom att såväl rättvisa som produktivitet och effektivitet skilde sig åt mellan länderna, ansågs det nödvändigt med mer ingående studier och mer utvecklade data för att kunna dra slutsatser om de uppsatta målen för sjukvården i de tre länderna uppnåddes (3).

Behovet av att beskriva och jämföra olika system växte i takt med den kraftiga utbyggnad av hälso- och sjukvården som inleddes efter andra världskrigets slut. Efterfrågan på forskning kring modeller, mått och metoder för att mäta de ingående komponenterna ökade. Så småningom kom detta att leda till etableringen av en särskild gren inom hälso- och sjukvårdsforskningen med beteckningen hälso- och sjukvårdssystemforskning (health systems research).

Under de följande decennierna växte sig intresset för internationella jämförelser starkt och i slutet av 1990-talet startade WHO ett projekt vars syfte var att skapa en generell modell för mätningar av prestationer och resultat inom hälso- och sjukvården som skulle kunna användas vid jämförelser mellan länder. År 2000 publicerade WHO den första så kallade World Health Report (5) som väckte ett stort intresse, speciellt då den innehöll en rangordning av de ingående ländernas sjukvårdssystem. Rapporten kritiserades emellertid starkt för bristande metodik och dålig datakvalitet, vilket i sin tur ökade efterfrågan på mer utvecklade metoder för att beskriva och jämföra olika hälso- och sjukvårdssystem. Under senare år har även andra initiativ tagits för att beskriva och jämföra olika aspekter av hälso- och sjukvårdssystem i olika länder, som t.ex. European Observatory on Health Systems and Policies samt den jämförelse av länder som publiceras av Commonwealth Fund.

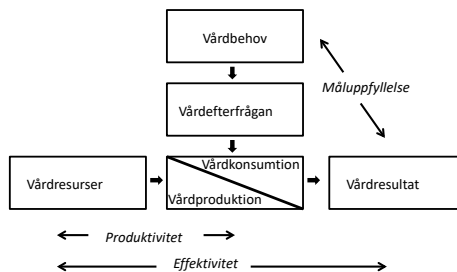
Ett försök att sammanfatta metodutvecklingen inom hälso- och sjukvårdssystemforskningen gjordes av Björn Smedby och Ron Andersen, 2010 (1). I figur 1 har de utgått från den ursprungliga modellen med de fyra komponenterna, men lagt till de variabler som författarna efter en litteraturgenomgång uppfattat tillkommit över åren. Framför allt var det olika mått på systemets förmåga att fördela och prioritera resurserna på ett rättvist och effektivt sätt som efterhand lyfts fram som en viktig del i jämförelserna (5).

Ytterligare ett resultatmått som adderades till modellen är vilken betydelse insatser från hälso- och sjukvården har för befolkningens hälsa. Åtgärdbar dödlighet, dvs. dödligheten i sjukdomar som hälso- och sjukvården kan påverka förloppet av, är en metod som ofta används vid jämförelser mellan olika hälso- och sjukvårdssystem. I Sverige introducerades måttet 1993 i en avhandling av Ragnar Westerling (6). Allt sedan dess har institutionen i Uppsala varit delaktig i olika internationella samarbeten för att vidareutveckla måttet.



Figur 1: Revidering av Smedbys och Andersens utvecklade modell för beskrivning av hälso- och sjukvårdssystem (1).

Engagemanget i det internationella projektet i kombination med den starka tillväxten i den svenska hälso- och sjukvården gjorde att behovet av att studera systemets produktivitet och effektivitet växte. Vårdutnyttjande blev ett centralt begrepp och forskningen inriktades på att förklara sambanden mellan vårdbehov, vårdefterfrågan, vårdresurser, vårdkonsumtion, vårdproduktion och vårdens utfall/resultat. Figur 2 visar den "systemmodell" som Björn Smedby kom att använda i många sammanhang för att förklara dessa samband. Genom att ställa konsumtionen av vård - och det resultat detta leder fram till - mot vårdbehovet skulle det vara möjligt att bedöma hur väl systemet uppfyllde sjukvårdens övergripande mål i form av minskade vårdbehov hos befolkningen. För att få en uppfattning om systemets produktivitet och effektivitet måste vårdkonsumtionen också relateras till de resurser som sätts in i systemet.



Figur 2: En kombinerad konsumtions- och produktionsmodell för sjukvård (2).

Något som tidigt blev uppenbart i arbetet med de internationella jämförelserna var bristen på tillförlitliga och jämförbara data. Insamling av data och uppbyggnad av register och andra underlag till studier av sjukvårdssystemet blev därför avgörande för utvecklingen inom området. De data från Uppsalaregionen i det så kallade Tierpsprojektet som samlades in för de internationella jämförelserna, kom att få avgörande betydelse för utvecklingen av mått och metoder för att beskriva det svenska hälso- och sjukvårdssystemet (7). Inte minst gällde detta utvecklandet av det nationella patientregistret där Björn Smedby hade en ledande roll.

Patientregistret kom att bli en viktig källa för den fortsatta utvecklingen av hälso- och sjukvårdsforskningen. I de tidigaste studierna var det vårdtidens längd som kom att analyseras. En av de första studierna gällde jämförelser av vårdtiden vid bräckoperation, som visade sig variera stort mellan olika sjukhus. Analyser av skillnaderna pekade på att den huvudsakliga förklaringen var varierande praxis (8). Studier av praxisskillnader, inte minst inom barnsjukvården (9) blev under flera år en central del av hälso- och sjukvårdsforskningen vid Socialmedicinska institutionen i Uppsala. Studierna av skillnader i vårdutnyttjande och praxis ledde senare vidare till frågeställningar kring vårdens styrning och organisation.

Med insamlingen av alltmer data om vårdutnyttjandet blev det också tydligt att det förekom stora regionala skillnader, vilket gjorde att hälso- och sjukvårdsforskningen kom att inriktas på studier kring orsakerna till dessa skillnader. Allt mer avancerade statistiska analyser av befolkningens kontakter med vården visade också att det fanns skillnader mellan män och kvinnor, olika åldrar och socialgrupper (10).

Samtidigt som intresset väcktes för att vetenskapligt studera och jämföra olika hälso- och sjukvårdssystem började även ekonomer att engagera sig i forskning om hälso- och sjukvården (11). Frågeställningarna var likartade, men den teoretiska ramen var en annan. Hälsoekonomi, som är en gren inom nationalekonomi, har fokus på teorier och metoder som kan användas för att fatta beslut om sektorns finansiering och organisering, liksom om hur resurserna kan fördelas och användas effektivt.

I mitten av 1970-talet beslutade det dåvarande Medicinska forskningsrådet (MFR) att medverka till utvecklingen inom hälso- och sjukvårdsforskningen och 1977 bildades en särskild enhet inom rådet med syftet att stödja ny forskning inom området. Forskare med olika bakgrund ingick i gruppen och Björn Smedby var en av dem. Enheten kom att betyda mycket för etableringen av såväl hälsoekonomi som hälso- och sjukvårdsforskning i Sverige.

Även Sjukvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut, Spri, som bildades 1968 och som finansierades av staten och landstingen, kom att få en väsentlig betydelse för hälso- och sjukvårdsforskningens utveckling i Sverige. Det var

vanligt att forskare engagerades i olika Spri-projekt och Ragnar Berfenstam och Björn Smedby kom vid ett flertal tillfällen att medverka som experter i olika Spri-projekt kring metoder för att mäta vårdkonsumtion och vårdens effektivitet.

1980- och 90-talet: Effektivitet och produktivitet

Trots en stark tillväxt i de resurser som satsades på sjukvården blev det i början av 1980-talet alltmer uppenbart att efterfrågan på vård var större än tillgången. Följden blev ett flertal utredningar där hälso- och sjukvårdens effektivitet och produktivitet ifrågasattes (12). Även patienter och medborgare visade en minskad tilltro till systemet, bland annat på grund av de växande köerna till olika kirurgiska ingrepp (12). Hälso- och sjukvården blev nu en politisk arena och såväl staten som landstingen (genom dåvarande Landstingsförbundet) genomförde omfattande utredningar kring organisation och styrning av ”framtidens sjukvård”.

Utvecklingen av nya medicinska teknologier under 1970- och 80-talet skapade ett behov av metoder för att utvärdera dessa. Med stöd från MFR-satsningen kom Sverige att bli ett av de ledande länderna inom området. Vid Linköpings universitet bildades i början av 1980-talet en särskild enhet: CMT (Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi). Verksamheten är tvärvetenskaplig, även om tyngdpunkten ligger inom det hälsoekonomiska fältet. Under 1980-talet inrättades också en statlig myndighet: SBU (Statens beredning för utvärdering av medicinsk teknologi¹), vars uppgift är att sammanställa befintligt kunskapsunderlag inom utvalda områden för att detta ska utgöra ett underlag för styrningen av den tillämpade praxisen. Den metodutveckling som såväl CMT som SBU svarade för har varit betydelsefull för utvecklingen av hälso- och sjukvårdsforskningen i Sverige.

Med ett växande gap mellan vårdbehov och resurser kom frågan om fördelning och styrning av resurserna att bli allt viktigare. Inom hälso- och sjukvårdens breda verksamhet har prioritering av de livsavgörande och akuta behoven varit naturligt. Den fråga som då uppkommer är vilka principer och metoder som ska användas vid prioritering samt vilken vård som ska vara en del av den offentliga vården? Dessa frågor kom också att engagera många hälso- och sjukvårdsforskare, inte minst Johan Calltorp, som var den förste att analysera prioriteringar i sjukvården i sin avhandling från 1989 (13).

Utvärdering av vårdens kvalitet var ytterligare ett område som växte fram under perioden. Redan 1966 hade Avedis Donabedian publicerat sin banbrytande modell för kvalitetsutvärdering inom hälso- och sjukvården där vårdens utfall och kvalitet ses som ett resultat av vårdens struktur, organisation och processer (14). I Sverige kom modellen att bli utgångspunkt för ett omfattande arbete

1. Numera Statens beredning för medicinsk och social utvärdering

kring mätningar och jämförelser av hälso- och sjukvårdens verksamheter, inte minst i form av det arbete som sker inom ramen för ”Öppna jämförelser” (15).

En av de systemövergripande utredningar som genomfördes av Landstingsförbundet under de sista åren av 1980-talet var ”Vägval” (16). Av slutrapporten framgick vilka genomgripande förändringar som vården stod inför. Här beskrivs hur patienterna i flera landsting har fått inflytande över valet av vårdgivare, liksom att flera landsting har infört en decentralisering av kostnadsansvaret och delat upp ansvaret i en ”köp/sälj-organisation” enligt principer från ”new public management”. Dessa förändringar kom också att starkt påverka inriktningen av hälso- och sjukvårdsforskningen framöver.

I slutet av 1990-talet kom, i såväl Sverige som de övriga nordiska länderna, den underordnade roll som patienten tilldelats i hälso- och sjukvårdssystemen att ifrågasättas alltmer. Detta påverkade också inriktningen av hälso- och sjukvårdsforskningen. Som exempel kan nämnas att Nordiska samarbetsgruppen för Hälso- och sjukvårdsforskning i augusti 1999 anordnade en konferens i Uppsala med rubriken ”Patientens rättigheter och ansvar i Norden – en utmaning för ledarskap och organisation”.

2000-talet: Styrning, organisation och legitimitet

Hälso- och sjukvårdsforskningens starka koppling till de problem som sektorn ställts inför har inneburit en ständig förflyttning av forskningens fokus. Över åren har också nya forskningsfält, som till exempel omvårdnadsforskning och primärvårdsforskning med starka kopplingar till den tidiga hälso- och sjukvårdsforskningen tillkommit. Forskning inriktad på att ”beskriva, analysera och värdera hälso- och sjukvårdssystemets organisation, funktion och resultat” finns numera inom såväl akademien, som offentliga organisationer och företag. Det är en omöjlighet att i detta sammanhang ge en samlad redogörelse för all den verksamhet som idag sker inom området ”hälso- och sjukvårdsforskning”. I stället begränsas framställningen här till att översiktligt ge en bild av den forskning som bedrivs av forskare knutna till den särskilda grupp för hälso- och sjukvårdsforskning som grundades av Björn Smedby och numera finns vid Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap vid Uppsala universitet.

En forskningsinriktning, som startade då Urban Rosenqvist tillträdde tjänsten som professor i hälso- och sjukvårdsforskning 1995, har varit att studera spelet mellan sjukvårdssystemets olika aktörer. Fokus har legat på hur professionen förstår sitt arbete, samt hur den professionella kompetensen kan utvecklas genom utbildning och handledning (17–19). Forskningen har också riktats mot frågor kring hur patienten förstår sin sjukdom och roll i systemet (20,21).

En annan forskningslinje har varit studier av politiska, administrativa och medicinska besluts- och styrningsprocesser i hälso- och sjukvårdssystemet.

Denna inriktning har exempelvis inkluderat studier kring förutsättningar, genomförande och konsekvenser av olika marknadsreformer, såsom det fria vårdvalet, fri etableringsrätt för vårdgivare, och olika vårdgarantireformer (22–26).

Mot bakgrund av den demografiska utvecklingen med en ökad andel äldre och fler multisjuka patienter, har flera av de reformer som tillkom under 2000-talet strävat efter att åstadkomma en mer sammanhållen vård för de grupper av patienter som har behov av insatser från både sjukvård och socialtjänst. Detta har också gjort att hälso- och sjukvårdsforskningen i Uppsala under senare tid i högre grad än tidigare kommit att omfatta studier av äldreomsorgen (27–29).

Ytterligare en forskningsinriktning handlar om att studera hälso- och sjukvårdens kvalitet. Flera pågående forskningsprojekt behandlar frågan om hur vårdkvalitet kan definieras, mätas och följas upp i den kliniska verksamheten, men även på kommunal, regional och statlig nivå. Hur uppföljning och granskning av systemet genom kvalitetsmätning och olika former av tillsyn går till praktiken samt vilka effekterna av detta blir på verksamheten, har varit centrala frågor i ett antal studier inom både sjukvården och äldreomsorgen (30–33).

Internationell utblick

I likhet med Sverige har den internationella utvecklingen inom hälso- och sjukvårdsforskningen generellt kommit att präglas av en tvärvetenskaplig ansats och en nära koppling till hälso- och sjukvårdspolitiken. Ämnet tycks vara mer vanligt förekommande i andra länder med USA och Storbritannien som föregångsländer där flertalet universitet har starka forskningsgrupper och utbildningsprogram inom det som på engelska kallas *Health services research*.

I EU:s forskningsprogram utgör hälso- och sjukvårdsforskning ett eget område skilt från biomedicinsk grundforskning och klinisk medicinsk forskning. Utöver den finansiering som kan sökas för gemensamma projekt genom EU har flera europeiska samarbeten för erfarenhetsutbyte och vetenskaplig diskussion tillkommit över åren. Exempel på internationella samarbeten är de europeiska nätverken European Health Policy Group och European Public Health Association, där den senare är en paraplyorganisation delfinansierad av EU med en specifik avdelning för hälso- och sjukvårdsforskning. Vidare finns även internationella samarbeten som syftar till att utvärdera evidens från hälso- och sjukvårdsforskning med Cochrane Collaborations undergrupp Effective Practice and Organization of Care som ett nämnvärt exempel.

I de nordiska länderna finns sedan länge ett samarbete kring ämnet hälso- och sjukvårdsforskning. De likartade hälso- och sjukvårdssystemen i de nordiska länderna har varit en god grogrund för ett samarbete inom hälso- och sjukvårdsforskning. På initiativ av de medicinska forskningsråden och de nordiska hälsodirektörerna startades den Nordiska samarbetsgruppen för Hälso- och

sjukvårdsforskning och Björn Smedby blev dess första ordförande. Från slutet av 1980-talet till slutet av 1990-talet ordnade gruppen en serie symposier och konferenser med beteckningen Nordiskt hälsopolitiskt forum. Vid dessa möten deltog såväl forskare som politiker och administratörer och för hälso- och sjukvårdsforskningen utgjorde detta viktiga tillfällen att förmedla resultat från forskningen. Under en lång period (1950-2015) fanns också den Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap i Göteborg. Skolan var knuten till Göteborgs universitet, men finansierades gemensamt av de nordiska länderna genom Nordiska ministerrådet. Skolans verksamhet innebar en möjlighet för personer verksamma inom hälso- och sjukvården att vidareutbilda sig inom området Public Health och därmed även öka kunskaperna inom hälso- och sjukvårdsforskningens område.

I de nordiska länderna, och särskilt i Norge, har ämnet en starkare och mer samlad akademisk förankring än vad som gäller i Sverige. Vid Oslo universitet startades exempelvis år 2019 NORCHER – the Norwegian Centre for Health Services Research och det finns dessutom ett aktivt nationellt nätverk i ämnet med årliga möten (34). Norges forskningsråd har också under ett antal år under 2010-talet haft särskilda utlysningar för helsetjenstforskning. År 2017 startades också ett nordiskt nätverk vid namn Nordic Network for Health Policy, Health Management and Health Services Research vars främsta uppgift är att genomföra årliga konferenser. Hittills har nätverket genomfört fyra konferenser (Trondheim 2017, Köpenhamn 2018, Uppsala 2019 och Tammerfors 2021 (online)).

Hälso- och sjukvårdsforskningens framtid

De flesta sjukvårdssystem i världen är mycket pressade och behöver på sikt lösa problem relaterade till en större andel vårdtunga patienter med kroniska sjukdomar, ökade krav från befolkningen och ökande kostnader för nya läkemedel och behandlingsmetoder. Den senaste covid-19-pandemin har även tydliggjort behovet av att sjukvården måste ha kapacitet att hantera stora patientflöden till följd av allvarliga infektionssjukdomar. I kombination med ökade krav på evidensbaserade arbetsätt (medicinska-, ekonomiska- och organisatoriska) innebär det att hälso- och sjukvårdsforskning har en viktig roll i framtiden för att förbättra både kvaliteten och effektiviteten inom hälso- och sjukvården.

Avsaknaden av en förankring inom ett avgränsat forskningsområde och behovet av fakultetsövergripande samarbeten har sannolikt medverkat till att hälso- och sjukvårdsforskningen i Sverige, i internationell jämförelse, haft svårt att bygga upp ”livskraftiga” forskningsgrupper. Att en professur tillsattes år 2019 vid Uppsala universitet i hälso- och sjukvårdsforskning ger hopp för ämnet inför framtiden. Mot bakgrund av ämnets utveckling och behovet av en bred vetenskaplig bas finns det ett behov av en ökad, och om möjligt mer formaliserad, samverkan mellan forskare, myndigheter och aktörer inom hälso- och sjukvår-

den. Samverkan mellan dessa parter är nödvändig för att ge hälso- och sjukvårdsforskningen rätt förutsättningar för att generera kunskap som kan användas för att möta framtidens utmaningar. En tänkbar samverkansform skulle kunna vara att tidigt involvera hälso- och sjukvårdsforskare vid olika reform- och förändringsarbeten på makro-, meso- och mikronivå för att på så sätt skapa bättre förutsättningar för forskningen att medverka till lösningar på problem kring frågor om hälso- och sjukvårdens kvalitet, tillgänglighet, jämlikhet och effektivitet.

Referenser

1. Smedby B, Andersen R. Internationella jämförelser av hälso- och sjukvårdssystem : Utvecklingen av modeller och metoder under ett halvt sekel. *Soc Tidskr.* 2010;87(5–6):356–69.
2. Smedby B. Hälso- och sjukvårdsforskningens framväxt och utveckling. *Soc Tidsskr.* februari 2005;(2):101–11.
3. Peterson OL, Burgess AM, Berfenstam R, Smedby B, Logan RF, Pearson RJ. What is value for money in medical care? Experiences in England and Wales, Sweden, and the U. S. A. *Lancet.* 1967;289(7493):771–6.
4. Smedby B. Studier i sjukvårds- och tandvårdskonsumtion med särskild hänsyn till metodologiska aspekter på analys av intervjudata. Uppsala universitet; 1972.
5. World Health Organization. The world health report 2000 – Health systems: improving performance. 2000.
6. Westerling R. The avoidable mortality method. Empirical studies using data from Sweden. Uppsala universitet; 1993.
7. Swartling P, Svärdsudd K. Samverkan mellan primärvård och socialtjänst och primärvårdsforskningens framväxt. *Soc Tidsskr.* 2010;5–6:377–85.
8. Smedby B. Värdtiden för bräckoperation vid olika sjukhus. *Lakartidningen.* 1967;64(36):3525–30.
9. Culyer A. International Review of the Swedish Health Care System. 1991;(Occasional Paper 1991:34).
10. Haglund B. Vilka får sjukvård? En statistisk och kartografisk studie av vårdutnyttjande i Uppsala län. Uppsala universitet; 1986.
11. Hanning M. Hälsoekonomi - en vetenskapsgren i tillväxt. *Soc Tidsskr.* 2010;(5–6):407–13.
12. Hanning M. Maximum Waiting-time Guarantee - a remedy to long waiting lists?: Assessment of the Swedish Waiting-time Guarantee Policy 1992-1996. *Acta Univ Ups.* 2005;(41).
13. Calltorp J. Prioritering och beslutsprocess i sjukvårdsfrågor: några drag i de senaste decenniernas svenska hälsopolitik. 1989.
14. Donabedian A. Evaluating the Quality of Medical Care. *Milbank Mem Fund Q* [Internet]. 14 september 1966;44(3):166–206. Hämtad från: <http://www.jstor.org/stable/3348969>
15. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser av hälso- och sjukvård [Internet]. 2021. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/oppna-jamforelser/halso-och-sjukvard/>
16. Landstingsförbundet. Vägval: hälso- och sjukvårdens övergripande strukturer och framtiden. 1991.
17. Larsson J, Holmström I, Rosenqvist U. Professional artist, good Samaritan, servant and co-ordinator: Four ways of understanding the anaesthetist's work. Vol. 47, *Acta Anaesthesiologica Scandinavica.* 2003.

18. Röing M, Hirsch JM, Holmström I. Ways of understanding the encounter with head and neck cancer patients in the hospital dental team - A phenomenographic study. *Support Care Cancer*. 2006;14(10).
19. Kaminsky E, Rosenqvist U, Holmström I. Telenurses' understanding of work: Detective or educator? *Adv Nurs*. 2009;65(2).
20. Fredriksson M, Tritter J. Getting involved: the extent and impact of patient and public involvement in the Swedish health system. *Heal Econ Policy Law* [Internet]. 2020;15(3):325–40. Hämtad från: <https://doi.org/10.1017/S174413311900015X>
21. Fredriksson M, Modigh A. Patient involvement at the managerial level: the effectiveness of a patient and family advisory council at a regional cancer centre in Sweden. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2021;21(1):1011. Hämtad från: <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07026-7>
22. Hoffstedt C, Fredriksson M, Winblad U. How do people choose to be informed? A survey of the information searched for in the choice of primary care provider in Sweden. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2021;21(1):559. Hämtad från: <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06380-w>
23. Kullberg L, Blomqvist P, Winblad U. Does voluntary health insurance reduce the use of and the willingness to finance public health care in Sweden? *Heal Econ Policy Law* [Internet]. 2021;1–18. Hämtad från: <https://doi.org/10.1017/S1744133121000086>
24. Moberg L, Fredriksson M. Decommissioning in a local healthcare system in Sweden: responses to fiscal stress. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2020;20(1):501. Hämtad från: <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05328-w>
25. Vengberg S, Fredriksson M, Burström B, Burström K, Winblad U. Money matters – primary care providers' perceptions of payment incentives. *J Health Organ Manag* [Internet]. 01 januari 2021;35(4):458–74. Hämtad från: <https://doi.org/10.1108/JHOM-06-2020-0225>
26. Winblad U, Isaksson D, Blomqvist P. Preserving social equity in marketized primary care: strategies in Sweden. *Heal Econ Policy Law* [Internet]. 2021;16(2):216–31. Hämtad från: <https://doi.org/10.1017/S1744133120000092>
27. Hallberg A, Winblad U, Fredriksson M. Balancing Pragmatism and Sustainability: A Case Study of an Interorganisational Network to Improve Integrated Care for the Elderly. *Int J Integr Care* [Internet]. 27 september 2021;21(3):14. Hämtad från: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34690618>
28. Moberg L. User choice and the changing notion of social citizenship in Swedish elderly care. *Nord Soc Work Res* [Internet]. 06 juli 2021;1–16. Hämtad från: <https://doi.org/10.1080/2156857X.2021.1948443>
29. Blomqvist P, Winblad U. Contracting out welfare services: how are private contractors held accountable? *Public Manag Rev* [Internet]. 01 februari 2022;24(2):233–54. Hämtad från: <https://doi.org/10.1080/014719037.2020.1817530>
30. Spangler D, Blomqvist P, Lindberg Y, Winblad U. Small is beautiful? Explaining resident satisfaction in Swedish nursing home care. *BMC Health Serv Res*. 2019;19(1):1–12.
31. Winblad U. Do public nursing home care providers deliver higher quality than private providers? Evidence from Sweden. *BMC Health Serv Res*. 2017;17(1).
32. Fredriksson M, Halford C, Eldh AC, Dahlström T, Vengberg S, Wallin L, m.fl. Are data from national quality registries used in quality improvement at Swedish hospital clinics? *Int J Qual Heal Care* [Internet]. 01 november 2017;29(7):909–15. Hämtad från: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx132>
33. Winblad U, Mor V, McHugh JP, Rahman M. ACO-Affiliated Hospitals Reduced Rehospitalizations From Skilled Nursing Facilities Faster Than Other Hospitals. *Health Aff* [Internet]. januari 2017;36(1):67–73. Hämtad från: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2016.0759>
34. Nasjonalt nettverk for helsetjenesteforskning [Internet]. Hämtad från: <http://helsetjenesteforskning.org/>