

Hälso- och sjukvårdsforskning.

Nuläge och utvecklingslinjer

Björn Smedby

Hälso- och sjukvårdsforskning som beteckning på ett särskilt forskningsområde i vårt land är bara tio år gammalt. De första systematiska insatserna inom området gjordes i USA och Storbritannien för omkring 25 år sedan. Hälso- och sjukvårdsforskning är målinriktad och utgår från praktiska sjukvårdsproblem. Den kan därför vara svår att skilja från planerings- och utredningsarbete, som sjukvårdshuvudmännen själva arbetar med. För att en sådan kortsiktig verksamhet skall få god kvalitet är det viktigt att vi har från sjukvården fristående universitetsanknutna forskningscentra.

Björn Smedby innehar en av Medicinska forskningsrådet inrättad professur i hälso- och sjukvårdsforskning, placerad vid Socialmedicinska institutionen, Uppsala universitet och är samtidigt föreståndare för enheten för forskning inom primärvård och socialtjänst vid Uppsala universitet.

När vi gav det socialmedicinska vårmötet 1985 i Uppsala en inriktning mot hälso- och sjukvårdsforskning var det två skäl till detta. För det första är hälso- och sjukvårdsforskning ett aktuellt område som prioriterats högt i det av riksdagen godtagna forskningspolitiska programmet. För det andra har vi just i Uppsala sedan länge haft ett särskilt intresse för det här området och aktivt medverkat i framväxten av en svensk hälso- och sjukvårdsforskning.

Hälso- och sjukvårdsforskning som beteckning på ett särskilt forskningsområde är i vårt land bara 10 år gammal. Men naturligtvis gjordes det forskningsinsatser dessförinnan som vi idag skulle karaktärisera som hälso- och sjukvårdsforskning. En målmedveten och organiserad hälso- och sjukvårds-

forskning har emellertid inte funnits särskilt länge någonstans i världen; de första systematiska insatserna gjordes i USA och Storbritannien för omkring 25 år sedan.

Definition och avgränsning

I många länder har hälso- och sjukvården problem med organisation, finansiering, prioritering, kvalitet och rättvis fördelning av vårdresurserna. Hälso- och sjukvårdsforskningen har växt fram som ett försök att med forskningens hjälp belysa de här problemen och ge underlag för att lösa eller i varje fall minska dem. Hälso- och sjukvårdsforskning kan därför definieras som den tillämpade forskning som syftar till att höja hälso- och sjukvårdens kvalitet och förbättra utnyttjandet av dess resurser.

Det här är den definition som medicinska forskningsrådet (MFR) har använt och jag citerade den när jag vid socialmedicinska föreningens höstmöte 1983 talade om hälso- och sjukvårdsforskning (1).

Sedan dess har det hänt en sak som är av intresse i definitions- och avgränsningsfrågan. Just i dagarna har nämligen Delegationen för social forskning (DSF) publicerat en rapport kallad "Att forska om hälsa och vård" (2). Den har skrivits av en initiativgrupp för hälso- och sjukvårdsforskning tillsatt av DSF i vilken också företrädare för MFR medverkade. DSF och MFR är de två forskningsstödjande organ som enligt det forskningspolitiska programmet har att dela ansvaret för hälso- och sjukvårdsforskningen.

I sin rapport diskuterar initiativgruppen hur man bäst skall definiera området och kommer fram till följande beskrivning modifierad efter ett EEC-dokument: "Hälso- och sjukvårdsforskning handlar om hur hälso- och sjukvården fungerar, styrs, finan-

sieras och planeras. Forskningen skall utvärdera hälso- och sjukvårdens nuvarande verksamhet och ta fram underlag för att prioritera dess framtida inriktning. I detta syfte krävs en forskning som kartlägger befolkningens hälsoproblem och vårdbehov. Hälso- och sjukvårdsforskningen behandlar således hälso- och sjukvårdssystemets struktur, ekonomi, organisation och resultat samt dess förhållande till sociala och andra miljöförhållanden.”

Initiativgruppen säger också att forskningens huvuduppgift är att förklara och förstå hälso- och sjukvårdssystemet och dess funktioner i förhållande till hälsoproblemen i befolkningen. Det sista är en betoning av att hälso- och sjukvårdsforskningen förväntas uppmärksamma hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser.

En sådan successiv vidgning av området kan man också spåra i de beteckningar som har använts internationellt. Man började med att kalla det här området *medical care research*. För att betona att det inte bara handlar om terapi och insatser av läkare övergick man till att kalla det *health services research*, vilket lyfter fram samhällets hela hälso- och sjukvårdssystem som studieobjekt. På senare tid har ett par andra beteckningar börja dyka upp, nämligen *health systems research* (som används av WHO) och *health care research*. Det sista innebär att man betonar att inte bara det officiella hälso- och sjukvårdssystemet bör bli föremål för studier utan alla de insatser som görs för att främja hälsan, också av individerna själva och deras anhöriga, dvs egenvård och betydelsen av socialt nätverk.

Bred paraplybeteckning

Man talar ibland om tre forskningstyper av betydelse för sjukvården, nämligen

- biomedicinsk grundforskning
- klinisk forskning
- hälso- och sjukvårdsforskning.

Detta innebär naturligtvis att man ger en mycket vid innebörd åt begreppet hälso- och sjukvårdsforskning. Står man som jag som företrädare för ämnet kan det verka anspråksfullt att hävda en så vid definition. Men uppenbarligen är det så att hälso- och sjukvårdsforskning kommit att alltmer användas som en bred paraplybeteckning både ut-

.....
Har hälso- och sjukvårdsforskning övertagit den roll som socialmedicin en gång hade: en positivt laddad modebeteckning som kan ges många innebörder?
.....

omlands och i vårt land.

I denna vida mening kommer hälso- och sjukvårdsforskning att omfatta många delområden och olika slag av forskning, tex hälsoekonomi, medicinsk teknologivärdering – däri inräknat utvärdering av vårdprogram – och omvårdnadsforskning. Andra exempel är medicinsk sociologi – särskilt då vad som brukar kallas *sociology of medicine* – och statsvetenskaplig forskning inriktad på hälso- och sjukvårdens problem. Skall man också uppmärksamma befolkningens hälsoproblem och vårdbehov är naturligtvis epidemiologin ett centralt område.

Man frågar sig om inte hälso- och sjukvårdsforskningen övertagit den roll som socialmedicin en gång hade: en positivt laddad modebeteckning som kan ges många innebörder.

Vi måste alltså konstatera att hälso- och sjukvårdsforskning inte har några skarpa gränser mot traditionella medicinska forskningsområden som klinisk forskning, epidemiologi och socialmedicin eller mot samhällsvetenskapliga discipliner som ekonomi och sociologi. Oklara avgränsningar finner man emellertid också mellan många andra vetenskapsområden. Den här oklarheten har bl.a. stimulerat vårt intresse för vetenskapsteoretiska frågor och vi har vid vår institution tagit initiativ till ett par forskarutbildningskurser i vetenskapsteori. Filosofen Göran Hermerén som vi engagerat i dessa har framhållit att det ofta är mer fruktbart att definiera och beskriva olika forskningsområden utifrån deras tyngdpunkt än med hjälp av deras gränser. Det tror jag i hög grad gäller för hälso- och sjukvårdsforskningen och dess delområden.

Vad är kärnan i hälso- och sjukvårdsforskningen?

En viktig sak är att det är hälso- och sjukvården själv och dess sätt att fungera som står i centrum för

Figur 1. Hälso- och sjukvårdsforskaren studerar hälso- och sjukvårdssystemet



Källa: Gruppe for helsetjenesteforskning. Rapport nr 11 1983. Oslo

intresset. Det illustreras av figur 1 där hälso- och sjukvårdsforskaren återfinns längst till höger (3).

Ett annat framträdande drag är det tvärvetenskapliga arbetssättet. En anledning till att hälso- och sjukvårdsforskningen kommit att få ett så starkt fäste just vid de socialmedicinska institutionerna och deras motsvarigheter tror jag är att våra institutioner är öppna för ett tvärvetenskapligt arbetssätt. Socialmedicinen kan och bör självfallet inte kräva monopol på hälso- och sjukvårdsforskningen men jag tror vi kan erbjuda en av de viktigaste förutsättningarna för en livskraftig sådan forskning, nämligen genuint tvärvetenskapliga miljöer.

Ett tredje framträdande drag hos hälso- och sjukvårdsforskningen är att det är en målinriktad forskning som utgår från praktiska sjukvårdsproblem och planeringsuppgifter. Den starka målinriktningen innebär att det ibland kan vara svårt att skilja hälso- och sjukvårdsforskning från den typ av planerings- och utredningsarbete som sjukvårdshuvudmännen själva arbetar med, tex vid de nyinrättade samhällsmedicinska enheterna. Dessa verksamheter har mycket gemensamt men forskningen arbetar mera långsiktigt och strävar efter kunskap med större generaliseringsvärde.

Den starka problemorienteringen hos hälso- och sjukvårdsforskningen innebär att man måste kunna ta fatt i nya frågor när de dyker upp. Försök att snabbt belysa aktuella problem leder emellertid inte sällan till konflikt med kravet på god kvalitet i forskningen. Noggranna förberedelser och omsorgsfullt genomförande av ett projekt kan ta så lång tid att frågan mist sin aktualitet eller redan avgjorts när resultatet av studien äntligen föreligger. Hälso- och sjukvårdsforskningen tvingas därför att också ibland arbeta med "quick and dirty methods".

Inom hälso- och sjukvårdsforskningen gäller det att finna en balans mellan långsiktiga mål och FoU-insatser med kortsiktigare perspektiv. För att också den kortsiktiga verksamheten skall bli av god kvalitet är det viktigt att vi har från sjukvården fristående universitetsanknutna forskningscentra som kan arbeta med långsiktigt relevanta frågor och metodutveckling.

Metodutveckling viktig

Jag vill uppehålla mig något vid metodutvecklingsfrågorna eftersom jag menar det är en av de viktigaste uppgifterna för de socialmedicinska institutionerna att syssla med. Ett sätt att konkret belysa vad hälso- och sjukvårdsforskning kan vara är att berätta något om de olika metodproblem som vi har arbetat med vid vår institution under de gångna åren. Samtidigt pekar detta fram mot några av de presentationer som redovisas i andra artiklar i detta temanummer.

För snart 15 år sedan fick vi genom Ragnar Berfenstams framsynthet till stånd den socialmedicinska fältstationen i Tierp som sedan dess erbjudit oss ett befolkningslaboratorium där vi i ett epidemiologiskt perspektiv kunnat bedriva hälso- och sjukvårdsforskning. Den personbaserade registreringen av sjukvårdsutnyttjande är det karakteristiska i projektet. Vi har i det här fallet utvecklat registreringstekniker för öppenvårdsbesök och läkemedelsutköp och record linkage-metoder för att

Hälso- och sjukvårdsforskningen tvingas att ibland arbeta med "quick and dirty methods".

koppla uppgifter om olika slag av vårdkonsumtion till varandra.

Våra studier i Tierp syftar bla till att beskriva vårdutnyttjandets fördelning i befolkningen såväl demografiskt som geografiskt. Nya metoder har framför allt utvecklats inom de geografiskt inriktade studierna som Bengt Haglund håller på med. Han har bla utnyttjat den sk koordinatmetoden för lägesbestämning och analys av rumsliga data i olika projekt. Ett av dem redovisas i särskild artikel.

Koppling av vårdutnyttjandedata med uppgifter från folk- och bostadsräkningarna är inte unik men analysen av omfattande registerdata kräver metodutveckling bla när det gäller frågor om socioekonomisk gruppering av hushållen, något som också kommer att beröras i ett par artiklar. De berör den sjukvårdspolitiskt så aktuella frågan om jämlikhet i vården.

Studierna inom ramen för Tierpsprojektet har alltså pågått i snart 15 år och ställer krav på analysmetoder lämpade för longitudinella analyser med individen som analysenhet. Det är ett område som jag tror behöver kraftfulla metodutvecklingsinsatser.

En longitudinell ansats har vi i de studier om storkonsumenter av läkemedel som Dag Isacson sysslar med. Här har vi bla utvecklat och empiriskt prövat en metod att definiera storkonsumenter som innebär att vi får en för befolkningen köns- och åldersrepresentativ storkonsumentgrupp som sedan studeras både retrospektivt och prospektivt.

Frågan om betydelsen av patient-läkarkontinuitet har haft en framskjuten plats i den svenska sjukvårdspolitiska debatten under senare år. Empiriska studier av kontinuitet har däremot inte varit många vilket sammanhänger med att enkla, lättillgängliga och allmänt accepterade metoder för att mäta kontinuitet inte har funnits. Vi har bla medverkat till att ta fram nya, besöksbaserade mått och tillämpat dem på empiriskt material.

Intervjuer och enkäter är en viktig datainsamlingsmetod inom hälso- och sjukvårdsforskningen. Hälsointervjuernas tillförlitlighet har varit föremål för flera metodstudier vid vår institution, först genom Bengt Brorssons avhandling om intervjuarverkan som baserades på ULF-data. Kerstin Carsjö

.....
Det är inte lätt att fastställa vad som är rimliga olikheter beträffande regionala variationer i vårdutnyttjandet.
.....

kommer att berätta om en studie av tillförlitligheten i självrapporterat sjukvårdsutnyttjande som validerats mot registeruppgifter. Även andra artiklar belyser intervjumetodens användbarhet.

Frågan om regionala variationer i vårdutnyttjandet har också fått stor aktualitet på senare år. Peter Hjort brukar framhålla att genomsnittssjukvård inte nödvändigtvis är god sjukvård (3). Behandlingen måste anpassas till patienter som är olika. En viss variation i det kliniska handlandet är därför både nödvändig och önskvärd. Men å andra sidan är det ett problem om praxis varierar alltför mycket mellan tex olika sjukhus. Det är emellertid inte lätt att fastställa vad som är rimliga olikheter. Ett första steg är att klarlägga variationsbredden och orsakerna till variationen. Monica Johnsson kommer att tala om metodkritiska synpunkter på regionala skillnader från en studie hon gjort för MFRs räkning.

Det sagda får vara nog som exempel på metodfrågornas betydelse inom hälso- och sjukvårdsforskningen. Att flertalet exempel hämtats från vår egen verksamhet i Uppsala innebär naturligtvis inte att jag skulle vara omedveten om att viktig forskning inom det här området också sker vid andra institutioner och andra fakulteter. Den förut nämnda initiativgruppsrapporten från DSF ger en aktuell beskrivning av olika institutioner vid skilda fakulteter som ägnar sig åt hälso- och sjukvårdsforskning (2).

Utvecklingslinjer

När det gäller utvecklingslinjer för hälso- och sjukvårdsforskningen i framtiden vill jag först bara peka på några viktiga områden som jag hittills inte har nämnt och som jag tror kommer att bli centrala forskningsfält. Det viktigaste är kanske äldreården. De demografiska förändringarna med ett växande antal mycket gamla i befolkningen är en utgångspunkt. En annan är de spännande experiment

Genom att kontinuerligt tillföra fakta om hur hälso- och sjukvården fungerar kan forskarna gradvis öka dess kvalitet och effektivitet.

sjukvårdshuvudmän, socialstyrelsen, Spri och MFR för att diskutera hur insatserna på det här området skall samordnas och främjas. Vid konferensen lades det fram förslag om att inrätta ett nytt nationellt organ för att samordna initiativ och information på det här fältet. Den frågan utreds f n vidare inom regeringen genom en särskild arbetsgrupp.

Hälso- och sjukvårdsforskning och hälsopolitik

Den viktigaste distinktionen när det gäller hälso- och sjukvårdsforskning är inte den vi eventuellt försöker göra mellan olika definitioner av det området och andra forskningsområden utan den mellan god och dålig forskning och forskning som handlar om relevanta problem och sådan som inte gör det. Hälso- och sjukvårdsforskning är också en pedagogisk process där det gäller att föra tillbaka forskningsresultat till hälso- och sjukvården. Det betyder engagemang i undervisning och rådgivning, utredningar och kommittéarbete. Det betyder också att vi måste publicera våra resultat på sådant sätt att politiker och administratörer inom sjukvården nås av dem.

Hälso- och sjukvårdsforskning kan i bästa fall bli ett underlag för hälsopolitiska beslut. Är vi självkritiska måste vi dock konstatera att det inte så ofta har blivit fallet. Den politiska processen styrs nog mera av ideologier och politiska-ekonomiska kraf-

ter och spelet mellan individer och grupper än av tyngden hos de fakta som vi med forskningens hjälp kan ta fram. Politikerna kommer ofta före med idéer och mål som man söker förverkliga långt innan vi har någon bas av fakta att stödja dessa idéer på. Satsningen på primärvård och WHO's program för Health for all by the year 2000 är väl exempel på detta. Hälso- och sjukvårdsforskningen har inte heller internationellt fått den initierande och ledande roll som en del drömde om utan har oftast fått den någon mer blygsamma rollen att i efterhand utvärdera de hälso- och sjukvårdspolitiska förändringarna. Men låt mig understryka att det är inte någon oväsentlig uppgift. Genom att kontinuerligt tillföra fakta om hur hälso- och sjukvården fungerar bidrar vi som forskare till att påverka den och att gradvis öka dess kvalitet och effektivitet. Men nog är det mer en reformistisk än en revolutionär politik vi då för.

REFERENSER

1. Smedby B: Hälso- och sjukvårdsforskning. Var står vi idag? Socialmedicinsk tidskrift 1984; 61:200-5.
2. Att forska om hälsa och vård. Rapport från initiativgruppen för hälso- och sjukvårdsforskning. DSF. Stockholm: Delegationen för social forskning, 1985.
3. Gruppe for helsetjenesteforskning. Årsrapport 1983. Rapport nr 11, 1983. Oslo 1983.
4. Brorsson B, Wall S: Värdering av medicinsk teknologiproblem och metoder. Stockholm: Medicinska forskningsrådet, 1984.