

Omvårdnadsforskning – för bättre vård och hälsa?

Gunnar Ström

Strävan efter bättre vård och bättre hälsa utgör två viktiga incitament till forskning inom omvårdnad. Att denna forskning har vuxit fram under de senare åren i Sverige har samband med en hel kedja av behov och faciliterande faktorer, vilka beskrivs av Gunnar Ström, själv engagerad främjare av denna utveckling. I artikeln behandlas även frågor rörande omvårdnadsforskningens framtid.

Gunnar Ström är professor i klinisk fysiologi, Akademiska sjukhuset, Uppsala, och är en av initiativtagarna till omvårdnadsforskning både lokalt och nationellt. Från den 1 juli 1984 är han föreståndare för Program för omvårdnadsforskning vid Uppsala universitet.

Omvårdnadsforskningens framväxt

Ett nytt vetenskapligt ämnesområde har vuxit fram i Sverige, omvårdnad. Hur kom det sig? Man kan urskilja flera allmänna förutsättningar och drivkrafter.

Internationella förebilder har varit viktiga. Den amerikanska sjuksköterskeutbildningen är ett exempel. Den är i princip uppdelad på tre linjer, en praktiskt inriktad, en traditionell collegelinje och en vetenskaplig universitetslinje. Den vetenskapliga linjen är liten men har varit viktig för de sjuksköterskor som valt pionjärrollen att ge omvårdnaden en vetenskaplig grund och dynamisk förnyelse. Den brittiska sjuksköterskeutbildningen är ett annat exempel. Den har en mer samlad grundutbildning men ger god möjlighet till vetenskaplig påbyggnadsutbildning efter grundexamen. Det nordiska, europeiska och internationella samarbetet om sjuksköterskornas omvårdnadsforskning är ett tredje exempel

på stimulerande erfarenhet för oss svenskar. Och från sjukgymnasternas område kan ytterligare internationella förebilder hämtas.

Den högre utbildningens tillväxt i Sverige har också varit en viktig förutsättning. Idag kommer många studerande till hälso- och sjukvårdslinjen och rehabiliteringslinjen mfl från samma grupp av gymnasieelever som till läkarlinjen. Det finns många fler än förr av unga sjuksköterskor, sjukgymnaster och laboratorieassistenter och andra som har gymnasieskolans naturvetenskapliga linje med goda betyg i ryggen och som har både begåvning och intresse för vetenskap och forskning. Vårdarbetarna har fått en berättigad självkänsla och ambition att ta itu med omvårdnadens vetenskapliga grund. Till slut har också Riksdagen slagit fast att alla utbildningar och verksamheter har behov av en vetenskaplig grund – i betydelsen det som vinnes genom systematisk och metodisk analys, kritisk värdering och kreativ förnyelse. Riksdagens beslut kan tolkas som att omvårdnadsforskning nu är en föreskriven verksamhet.

Forskningsbehovet har blivit tydligt. Omvårdnaden rör patienten och hennes närhet, hjälp, behov, motståndskraft, livsvanor, kunskap, egenaktivitet, rehabilitering osv. Omvårdnad är alltså inte bara passiv. Dess betydelse även för resultatet av avancerad medicinsk terapi, operationer och läkemedel, har blivit allt tydligare. Och eftersom vårdutbildning och vårdorganisation är förutsättningar för vården ingår också dessa områden i omvårdnadsforskningen.

Internationella förebilder har varit viktiga.

.....
Riksdagens beslut kan tolkas som att omvårdnadsforskning nu är en föreskriven verksamhet.
.....

Omvårdnadens kärna är lätt att definiera och förstå. Den känner vi alla. Gränsen mot "medicinsk vård" eller "teknik" eller "administration" är där-
emot oskarp. Detta är bra på det sättet att företrädare för olika ämnesområden får anledning att knyta forskningskontakter över gränserna. Vid gränserna finns frågor sådana som patientens personlighet och motståndskraft, patientens aktiva medverkan i egenvård och medicinsk vård och rehabilitering, kunskapens och kroppskänslans betydelse för hälsomedvetandet, beredskapen till en hälsofrämjande livsföring och positiv samlevnad, välfärd och välbefinnande, sexualitet, relationer och kommunikation mellan människor, känslomässigt och andligt stöd i svåra livssituationer, övervakning i intensiv vård, vårdlokaler, tekniska hjälpmedel, psykoterapi och psykologisk intervention och socialt stöd, personalfrågor och arbetsmotivation, ekonomi och resultatvärdering, ledarskap, patientinformation och så vidare. I studiet av sådana viktiga gränsfrågor behövs bla vårdarbetarens kunskap och erfarenhet.

Begreppen hälsa och ohälsa har blivit klarare. Hälsa är inte bara frånvaro av allvarlig ohälsa, det är också "välbefinnande" i betydelsen att må bra, att tillfredsställande kunna sköta sig själv och sina dagliga sysslor och att ha en acceptabel närmiljö. Det är fundamentalt att individen har kunskap och beredskap att ta ansvar för sin egen hälsa och bidra till vården vid ohälsa. Omvårdnad berör därför också individinriktade åtgärder för bättre hälsa och för förebyggande av ohälsa. Att det behövs mycken forskning och försöksverksamhet om sådana frågor torde stå klart för oss alla.

Mitt helhetsintryck är att omvårdnadsforskningen i vårt land huvudsakligen har vuxit fram genom vårdarbetarnas egen insikt och kraft och genom allmänhetens stöd och samhällets allmänvetenskapliga utveckling. Inte så mycket genom stöd eller initiativ från de medicinska etablissemangen eller

sjukvårdshuvudmännen. Ganska tidigt i utvecklingen kom dock speciella insatser för omvårdnadsforskningen från många olika håll. Detta skeende under den senaste 6-års perioden är intressant genom att det belyser hur forskningsförnyelse kan äga rum.

UHÄ och dess planeringsberedning för vårdsektorn, regionstyrelserna, universiteten, Medicinska forskningsrådet, Socialstyrelsen, SPRI, fackliga och vetenskapliga organisationer liksom enskilda individer inom och utom landet har bidragit till att utreda, kritiskt granska och stöda omvårdnadsforskningen. Ibland kom stödet så entusiastiskt och impulsivt att problemet tidvis blev att få tillräcklig samordning och balans. Våra myndigheter har ibland svårt att hålla igång samarbete i frågor som spänner över flera samhällsfält. I det här fallet blev det svårt att samtidigt och i rätt balans främja *hela kedjan* av de åtgärder som behövs för en bättre omvårdnad. Det är viktigt att se den kedjan! Nu beskriver jag den i tidsordning, retrospektivt, som i detta fall är det naturliga perspektivet.

Kedjan:

- bättre omvårdnad, bättre hälsa
- spridning av kunskap, handlingsberedskap
- engagemang hos sjukvårdens myndigheter och personal
- forskning om omvårdnad, försöksverksamhet
- institutionellt stöd hos medicinska och samhällsvetenskapliga etablissemang
- tvärvetenskapligt och internationellt samarbete
- forskarutbildning
- överbyggande utbildning, påbyggnad och fördjupning
- rekrytering av begåvade och intresserade vårdarbetare, socialt stöd åt studier
- anslag till omvårdnadens forskning och högre utbildning

.....
Mitt helhetsintryck är att omvårdnadsforskningen i vårt land huvudsakligen har vuxit fram genom vårdarbetarnas egen insikt och kraft och genom allmänhetens stöd och samhällets allmänvetenskapliga utveckling.
.....

- engagemang hos riksdag och regering
- redovisning av problem, formulering av behov, bedömning av forskningsbarhet
- några pionjärens idéer och arbete
- forskningens frihet till förnyelse.

Den lokala utvecklingen

Det var grundläggande att Riksdagen markerade det universella behovet av forskning och vetenskaplighet, därmed också omvårdnadsforskningen. I Uppsala spelade regionstyrelsen och dess tjänstemän en viktig roll för tillkomsten av den upsaliensiska varianten, kallad Program för omvårdnadsforskning. I Uppsala fanns pionjärerna bland Akademiska sjukhusets sjuksköterskor och föreståndare som bildade en egen Vårdutvecklingsgrupp. Några medicinska och samhällsvetenskapliga institutionsforskare blev intresserade och en Referensgrupp bildades där vetenskapliga idéer och resonemang rörande omvårdnaden prövades. Temperaturen steg. Ett antal sjuksköterskor blev forskarstuderande, disputerade och fortsatte som forskare inom de befintliga institutionerna. Program för omvårdnadsforskning kom till på förslag underifrån, överlevde tack vare regionstyrelsens stöd och etablerades genom universitetsstöd och riksdagsbeslut. En parallell men i form annorlunda utveckling skedde på andra universitetsorter. Det blåste medvind!

Program för omvårdnadsforskning innebär en organisatorisk innovation inom universitetsväsendet. Vi har redan sett andra organisatoriska nyheter såsom temaforskningen vid Linköpings universitet, baserad på institutioner och fasta forskartjänster. Vid Göteborgs universitet hade tidigare bildats Centrum för tvärvetenskap, först som en informell

Det är institutionernas roll att i första hand med hjälp av sina helt fria basanslag och i andra hand med hjälp av fakultetens utbildningsbidrag kunna hjälpa fram helt nya forskningsidéer, tex sådana som omvårdnadsforskningens.

Den av samhället organiserade hälso- och sjukvården är en enormt stor verksamhet vars allra största andel utgöres av omvårdnad.

verksamhetsorganisation utan institution eller särskilda forskartjänster. Programmet är enligt den ursprungliga anslagsframställningen en tidsbegränsad försöksverksamhet (6 år), avsedd att främja forskning och forskarutbildning mm, utan institution eller särskilda forskartjänster men med en av konsistoriet utsedd programgrupp/styrelse och föreståndare och med årligt anslag över riksstat (via konsistoriet och de två berörda fakulteterna). Forskarna i programmet kommer från befintliga institutioner, doktoranderna likaså.

Begynnelsen är ofta intressantast. För Uppsalas del fanns det alltså pionjärer, idérika och begåvade och viljestarka sjuksköterskor. Och så fanns det *vetenskaplig frihet* vid institutionerna. Det hade knappast gått att få anslag utifrån till en trevande början. Forskningsråd och stiftelser premierar framgångsrik forskning som har bevisat sin kvalitet och relevans. Det är institutionernas roll att i första hand med hjälp av sina helt fria basanslag och i andra hand med hjälp av fakultetens utbildningsbidrag kunna hjälpa fram helt nya forskningsidéer, tex sådana som omvårdnadsforskningens. Det är lyckligtvis en professors frihet att besluta att hjälpa till med sådan forskning som verkar kunna bli betydelsefull för helheten utan att i detalj vara bunden av "ämnesbenämning och närmare ämnesbeskrivning", som är riksdagens och UHÄ:s sätt att allmänt rikta in en professors forskning.

Det var från början uppenbart att omvårdnadsforskningen skulle kunna få ett stort tillämpningsvärde. Den av samhället organiserade hälso- och sjukvården är en enormt stor verksamhet vars allra största andel utgöres av omvårdnad. Det var mindre uppenbart – det fanns åtskilliga tvivlare – att omvårdnadsproblemen skulle visa sig vara forskningsbara eller att det bland vårdpersonalen skulle finnas tillräckligt med personer med den begåvning, fantasi, uthållighet och utvecklingsförmåga som fordras för acceptabel kvalitet inom ett vetenskapligt pion-

järområde. Ännu har de nya omvårdnadsforskarna inte blivit ett eget vetenskapligt etablissemang men de är på god väg. Och sjukvårdshuvudmännen visar ett ökande intresse, en ökande vilja att tillgodogöra sig den nya forskningens resultat för en bättre praktisk vård.

Omvårdnadsforskningens framtid

Vilka svårigheter återstår för omvårdnadsforskningen att övervinna? Vilka ytterligare nya idéer kan det löna sig att utveckla?

Avgörande för framtiden är att omvårdnadsforskarna kan behålla en god relevans i problemvalen och vidareutveckla och förnya den vetenskapliga metodiska kvaliteten. Det kan ske genom att en stark vetenskaplig tradition och kreativ arbetsmiljö får växa fram och stabiliseras. Det förutsätter givetvis å ena sidan att samhälle och universitet genom anslag och rätt organisation främjar verksamheten, å andra sidan att sjukvården med intresse utnyttjar forskningens resultat så att den får praktisk effekt. Den vetenskapliga kvaliteten hänger på forskarna själva, deras största ansvar.

Specialisering och generalistkompetens

Hur omfattande och hur specialiserad behöver omvårdnadsforskningen på längre sikt bli för att få tillräcklig livskraft och för att kunna täcka den praktiska sjukvårdens "behov av vetenskaplighet"? Behovet av vetenskaplighet, kunskap och forsknings-tillämpning för en viss samhällssektor är en intressant fråga. Naturligtvis till en del en fråga om avvägning av resurser och harmonisk tillväxt, men främst en fråga om forskningens och vetenskaplighetens förmåga att höja kvalitet och effekt hos den praktiska verksamhet det gäller. Ett svar på frågan fordrar effektmätning, något som är svårt att genomföra och sällan prövat. Men det är ett svar som omvårdnadsforskarna själva bör arbeta fram. En viktig forskningsuppgift!

Graden av specialisering inom omvårdnadsforskningen kan tyckas vara en för tidig fråga att diskutera nu. Specialisering torde växa fram av sig själv, den är ett naturligt uttryck för fortsatt och fördjupad forskning. Och den är inte enbart av godo! Specialisering måste alltid balanseras av sammanhållning

och sammanhållning kommer inte av sig själv. Därför är det kanske viktigare att i dagens läge tala för en strategi av sammanhållning trots kommande specialisering. Om forskningen skiljer sig tex på äldre och yngre, sjukhusvård och öppenvård, teknologi och psykologi etc behövs en bakomliggande helhetssyn.

En del av forskningens effekter på "den egna samhällssektorn" utövas genom högre status, bättre rekrytering av studerande till grundutbildningen och utsädd av forskarutbildade personer till den praktiska verksamheten där de i detta fall kan verka som vårdare, lärare eller ledare (eller en kombination). En sådan utsädd är viktig och därför är det ett särskilt ansvar för omvårdnadsforskningen att se till att deras forskarutbildning också ger en bra generalistträning. Det betyder bla starkare tonvikt på generella forskningsmetoder (vetenskapsteori, semantik, etik, epidemiologi, medicinsk statistik, databearbetning, risk- och felanalys, behandlingsprövning, intervjumetodik, planerings- och evalueringsmetodik, informationsteknik, ledarskap och systemteknik mm) än vad som tex varit hävd i den medicinska forskarutbildningen.

En obesvarad fråga gäller hur omvårdnadsforskningens resultat bäst bör spridas och sedan utnyttjas för förbättring av den praktiska vården. Det är ett gemensamt ansvar för Socialstyrelsen, sjukvårdshuvudmännen, forskarna och praktikerna. Kanske vore det nyttigt med särskilda vårdutvecklingsgrupper, åtminstone vid de stora sjukhusen. Kanske vore det en bra markering att dela in patientjournalen så att även omvårdnad och patientinformation fick ett utrymme där. Avdelningsföreståndaren skulle kunna anteckna patientens inkomststatus ur omvårdnads- och informationssynpunkt, redovisa särskilda sådana insatser under vårdtiden och ge förslag till fortsatta åtgärder efter utskrivningen.

Grundutbildningens vetenskaplighet

Ett problem att lösa är grundutbildningens vetenskaplighet och dess förmåga att ge kompetens för forskarutbildning. Det nuvarande systemet med ofta långvarig praktisk tjänstgöring efter grundexamen och därefter ett omfattande system av över-

bryggande utbildning för att ge doktorandbehörighet medför ofta en orimligt stor social och ekonomisk belastning för de berörda personerna och deras familjer, även om det har fördelen att doktoranderna blir garanterat erfarna, kunniga, intresserade och modiga. Vi behöver åtminstone ytterligare en väg in i omvårdnadens forskarutbildning.

En modell värd att diskutera vore att reservera ett visst antal nybörjarplatser i de två-tre första årens läkarutbildning för personer som därefter går vidare till den kliniska delen av hälso- och sjukvårdslinjen, rehabiliteringslinjen etc. De skulle därmed i regel få den särskilda behörighet som krävs för antagning som doktorand vid medicinsk fakultet. Det skulle innebära att en liten del av vårdpersonalen skulle ha en betydligt grundligare preklinisk utbildning än de övriga, påminnande om den amerikanska modellen. Kanske något värt att pröva vid det kommande hälsouniversitetet i Linköping? Idén förutsätter att de två-tre första åren på läkarlinjen disponeras om något och ges ett starkare inslag av vetenskaplig träning. Är sådana kvalitetsexperiment tänkbara i den ekonomiska åtstramningens år? Ja, enligt min uppfattning måste vi i vår universitetspolitik fra behålla utrymme för en strategi för framtiden, relevans och kvalitet med experiment av sådant slag. Och om läkarlinjens dimension skäres ner, för att undvika överproduktion av läkare, friställes utbildningsresurser i form av lärare mfl som på grund av anställningsskyddet kommer att vara i tjänst länge och som därför skulle kunna åta sig nya uppgifter, åtminstone som en försöksverksamhet.

Institutionell organisation

Till slut de problem som diskuteras mest bland omvårdnadsforskare, den framtida institutionella organisationen. Det gäller ju beslut som fattas av universitetsstyrelsen/konsistoriet. Under ett antal års tid var tendensen att skapa en ny institution för varje nytt ämne, varje ny professur, hur specialiserad den må ha varit. Idag talar många om en optimal storlek på en institution, kanske olika för olika vetenskapsområden. Ofta sägs en institution behöva 5–10 ja kanske 15 etablerade forskare för att det vetenskapliga klimatet skall bli tillräckligt mångsidigt, kritiskt och stimulerande, för att doktoranderna skall få

valfrihet bland handledarna och för att utnyttjande av utrustning och omprövning av tjänster skall bli effektiva. Å andra sidan måste då den interna institutionsadministrationen svara mot höga krav på både enkelhet och rättvisa.

Det torde dröja många år innan institutioner för omvårdnadsforskning med optimal storlek kan skapas vid våra universitet. Men skall vi vänta så länge med att överhuvudtaget ge omvårdnadsforskningen en självständig organisation? Vilka möjligheter och vilka risker medför en institutionsbildning under närmast kommande femårsperiod? Det positiva är stimulansen av ansvar och självbestämmande. Det negativa är risken för isolering och alltför smal vetenskaplig kompetens och metodtillgång. Den uppsaliensiska modellen Program för omvårdnadsforskning är en tidsbegränsad försöksverksamhet. Efter den kommer kanske en institution eller liknande fast inrättning, knuten till både medicinsk och samhällsvetenskaplig fakultet. Då kommer den troligen att vara suboptimal i storlek. Kan något göras för att kompensera?

En tanke är att organisera ett fast nationellt samarbete mellan de olika universitetens grupper eller institutioner för omvårdnadsforskning. För att använda en ny term för ett nytt begrepp skulle man bilda en "nationell vård fakultet" med plats för alla forskarassistenter, docenter och professorer i omvårdnad eller liknande ämne. Fakulteten kunde samlas ett par gånger årligen och fra ägna sig åt sådana fundamentala frågor som forskarutbildningen och forskningens kvalitet och tillämpning. Fakulteten skulle kunna organisera sig i ett kollegium och en nämnd. En sådan struktur ingår inte i högskolans lag eller förordning och fordrar därför särskilt tillstånd – något som förresten vore ett exempel på kreativitet även inom organisationens och regelbildningens område.

Det viktigaste i dagens läge för frågan om institutionell organisation är kanske att omvårdnadsforskarna själva formulerar en gemensam strategi för framtiden, obunden av dagens detaljregler. En aktiv och skicklig forskning och en gemensam strategi är vad som torde komma att avgöra omvårdnadsforskningens framtid i vårt land.