

Helsetjenesteforskning

Av professor Peter F. Hjort

Helsetjenesten er mange ting, blant annet:

- Norges største organisasjon (ca. 100 000 ansatte, 4 millioner kunder)
- Norges dyreste organisasjon (ca. 15 milliarder kroner i driftsutgifter)
- Norges mest kompliserte organisasjon (døgnkontinuerlig drift over hele landet, klar til å mestre alle oppgaver når som helst og hvor som helst, fra sårt sinn til sår på hjertet)
- Norges mest utskjelte organisasjon («Kjøp askeavkok!»)
- Norges mest beundrede organisasjon («Min sønn skal bli lege!»)

Hva skjuler seg bak alt dette? Ingen vet nøyaktig, nettopp fordi helsetjenesten er så stor, så komplisert og har så mangfoldige og skiftende oppgaver. Og produktet — helse — er nesten umulig å måle.

Helsetjenesteforskningen forsøker å utforske helsetjenesten for å bidra til å bedre kvaliteten og utnyttelsen av ressursene. Forskningen er tverrfaglig og bygger særlig på medisin, epidemiologi, økonomi og andre samfunnsfag. Den er opptatt av ressurser, men målet er ikke en billig helsetjeneste. Formålet med helsetjenesten er ikke å spare penger, men å bruke penger — fornuftig. Helsetjenesteforskning er derfor ikke en forskning for mindre budsjetter, men for best mulig utnyttelse av budsjettene.

NAVF startet en gruppe i helsetjenesteforskning høsten 1976. Gruppen består av åtte forskere: tre leger, én sykepleier, tre økonomer og én sosiolog. Den har lokaler ved Institutt for almenmedisin i Oslo og datasamarbeid med Statens institutt for folkehelse. Forskningsgruppen har en styringsgruppe oppnevnt av NAVF med helse- direktør Torbjørn Mork som formann.

Årsmeldingen fra forskningsgruppen er skrevet for dem som er spesielt interessert. På tyve sider gir den en oversikt over avsluttede, pågående og planlagte prosjekter. På to sider kan en enten drepe interessen ved oppramsing av alle prosjekter eller forsøke å stimulere den ved eksempler. Her velger vi det siste.

De eldre - helsetjenestens beste kunder

Helsetjenesteforskningen bør engasjere seg i viktige problemer som angår mange mennesker. De eldre er de viktigste brukerne av helsetjenesten — ca. 60 prosent av institusjonenes senger er belagt med eldre. Derfor er det rimelig å utforske eldreomsorgen.

Sosialøkonomen Jan Grund startet med et enkelt spørsmål: Hva koster egentlig eldreomsor-

gen? Svaret måtte trekkes ut av mange regnskap og ble 12 milliarder kroner for 1975. Undersøkelsen ga også beskjed om hvorledes utgiftene fordelte seg på de viktigste postene — pensjoner, institusjoner, hjelpeordninger i hjemmene og boliger. Det er sannsynlig at det burde brukes mer til hjelpeordninger i hjemmene og til boliger, dels fordi de eldre ønsker å bo hjemme og dels for å spare institusjonsplasser. Neste skritt var en perspektivanalyse for hele eldreomsorgen fram til 1990. Grund analyserer konsekvensene av forskjellige alternativ og viser at jo lavere den totale rammen blir for eldreomsorgen, desto viktigere er det å prioritere hjelpeordninger i hjemmene.

Denne undersøkelsen reiser viktige praktiske spørsmål, først og fremst dette: Hvilke hjelpeordninger må utvikles for at de eldre kan bo hjemme så lenge som mulig? Prosjektet «Aksjon over-80-år i Oslo» forsøker å gi svar på dette spørsmålet.

Prosjektet ledes av doktor Otto Chr. Rø og er utviklet i samarbeid med Kontoret for eldreomsorgen i Oslo. To grupper av hjemmeboende eldre over 80 år er valgt ut til prosjektet. En gruppe får tilbud om utvidet hjelp og støtte i hjemmet, den andre får kommunens vanlige service. Gruppene skal følges i 1½ år, og en samler opplysninger om sykkelighet, dødelighet, forbruk av tjenester og alminnelig trivsel. Prosjektet er både stort, komplisert og kostbart. Men det fins ingen snarveier i dette området, spesielt ikke hvis en skal få svar på dette spørsmålet: Hvilke eldre har nytte av hvilke hjelpetiltak, hva er kostnadene, og hva er utbyttet?

Høyt blodtrykk - og hva så?

Minst 200 000 nordmenn har høyt blodtrykk. Noen av dem er alvorlig syke, men de fleste føler seg friske og er i fullt arbeid. Det er en kjempeoppgave å behandle dem — bare medisinsutgiftene kan beløpe seg til et par hundre millioner kroner eller mer pr. år. Undersøkelser fra mange land viser at bare ca. 15 prosent er under effektiv behandling, og det er ingen enighet om hvem som skal behandles og hvordan.

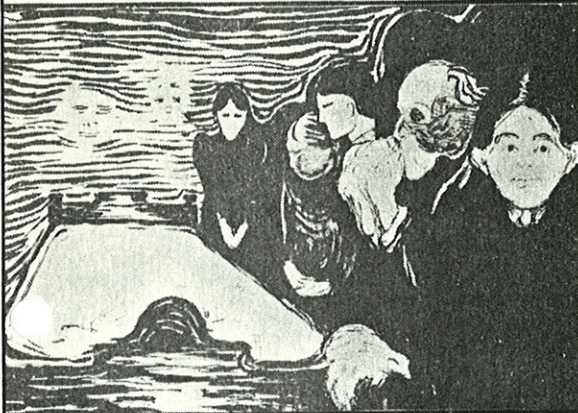
Dr. philos. Hans Th. Waaler har beregnet risikotabeller for pasienter med høyt blodtrykk basert på det store Bergens-materialet. I 1963 fikk storparten av befolkningen i Bergen målt blodtrykket, og senere er dødeligheten registrert. I samarbeid med en gruppe erfarne klinikere har Waaler utarbeidet et forslag til undersøkelse og behandling av pasienter med høyt blodtrykk, og han har beregnet utbyttet i vunne leveår og kostnader i kroner. Målet har vært å finne retningslinjer som gir størst mulig utbytte av gitte ressurser.

Et slikt program er ingen endelig sannhet, men trekker opp retningslinjer for den sannsynligvis beste bruk av dagens kunnskaper og ressurser. En styrke ved et slikt program er at det gir både pasienter og leger tryggere grunnlag for behand-



Norges almenvitenskapelige forskningsråd's
gruppe for helsetjenesteforskning

Rapport nr. 2 · 1978



Liv Wergeland Sørbye
Omsorg for døende
en menneskelig utfordring

Forsiden til rapporten om dødspleie.

lingen, og det gjør antakelig behandlingen mer effektiv. For å undersøke om dette er riktig i praksis, planlegger gruppen nå å sette dette programmet ut i livet i et norsk fylke med løpende registrering av legemiddelforbruk og behandlingseffekt. Hvis programmet holder hva det lover, bør arbeidet følges opp med tilsvarende studier på andre områder.

Dødspleie - harde data om bløte verdier

Menneskenes behov for omsorg går langt ut over det naturvitenskapelige grunnlaget for medisinen. Ingen steder kommer det tydeligere fram enn i dødspleien for de 40 000 nordmenn som dør hvert år.

Kan dødspleien bli bedre? Dette spørsmålet var utgangspunktet for sykepleier og lektor Liv W. Sørbye's forskningsprosjekt. Hun samarbeidet med Diakonhjemmets Sykehus og med Overvåkingsposten, VII. avdeling, Ullevål Sykehus, som uten reservasjoner lot henne studere samtlige dødsleier gjennom ett år. Hun systematiserte opplysninger fra journal og sykepleierapport og intervjuet den nærmeste etterlatte noen uker etter

dødsfallet. Resultatet er et vell av data om alle sider ved dødspleien. Hun finner at dødspleien ofte er meget god, men enkelte sider kan bli bedre, for eksempel mer systematisk lindring av symptomer og bedre kommunikasjon mellom pasient, pårørende og personell. Første del av rapporten er ferdig. Vi arbeider nå med neste fase i denne undersøkelsen. Begge sykehus er villige til å fortsette med et mer aksjonspreget forskningsprosjekt, hvor en studerer effekten av tiltak som sikter mot en bedre dødspleie. Slike undersøkelser har stor verdi, både for dødspleien og fordi de fører til en alminnelig oppvurdering av de menneskelige sider ved helsetjenesten.

Kampen om lesere

Vanligvis er både forskeren og forskningsrådet fornøyd når arbeidet er publisert, helst i et internasjonalt tidsskrift. Det er ikke slik i helsetjenesteforskningen, for målet er å påvirke helsetjenesten til forbedringer. Det forutsetter at resultatet når fram til de rette mottakere på rett måte. Det fins internasjonale tidsskrifter for helsetjenesteforskning, men de har knapt en håndfull lesere i Norge. Derfor må en publisere på norsk, og en må bruke omtanke og penger for å bringe budskapet fram. Første skritt er ofte en fullstendig forskningsrapport. Den må ha et fristende utseende og være klart redigert. Illustrasjonen viser den ytre form vi har funnet fram til. Selv om rapporten er aldri så god, får den ikke mange lesere — iallfall ikke mange nok. Derfor må en også skrive kortfattede artikler i fagtidsskrifter for sykepleiere, leger, sosionomer, sosialøkonomer og andre grupper. En må heller ikke gå av veien for pressemeldinger og andre former for spredning av resultatene. Hele dette arbeidet trenger nye ideer og bør prioriteres høyere.

Hva med fremtiden?

Forskningsgruppen har holdt på i 2¹/₂ år — lenge nok til at en forskningsprofil begynner å markere seg. Spørsmålet er om denne forskningen har fremtiden for seg. Styringsgruppen mener ja og har tatt opp arbeidet med finansiering og organisasjon på lengre sikt.

Det er ikke urimelig at helsetjenesten, som «omsetter» 15 milliarder kroner pr. år, bruker 1 promille av budsjettet på å studere sin egen virksomhet. De fleste industrier bruker det mangedobbelte. På lengre sikt burde det bli slike forskningsgrupper tilknyttet — men antakelig ikke underlagt — de fire medisinske fakulteter, og det burde også være midler til prosjektet ute i helsetjenesten. NAVF har garantert forskningsgruppen i 5 år og har anbefalt at en tar opp forhandlinger om en mer langsiktig finansiering. I slike forhandlinger fins det bare ett overbevisende argument — resultater. Det er en god spore for arbeidet i 1979.