129.

Helsetjenesteforskning — hva er det?

Av Peter F. Hjort

Helsetjenesten har tusen oppgaver — et barn med feber, en kvinne med blodmangel, en mann med kreft, en gammel med depresjon. Helsetjenesten er også 90.000 ansatte og 12 milliarder kroner i budsjett. Den er doktorbåten i storm på Finnmarkskysten og legeambulansen i Oslo. Den er sykestuen på landet og storsykehusene i byene. Den er flis i fingeren og transplantasjon av en nyre. Helsetjenesten omfatter alt dette, og en kan spørre seg om den sprenger rammen for menneskelig fatteevne og kontroll.

Helsetjenesteforskning er et nytt ord som dukket opp i England i 1960-årene — «health services research». Det brukes som fellesnavn for en målrettet og tverrfaglig forskning som skal bidra til å bedre helsetjenestens kvalitet og utnyttelsen av dens ressurser. Forskningen bygger særlig på medisin, epidemiologi, økonomi og samfunnsfag.

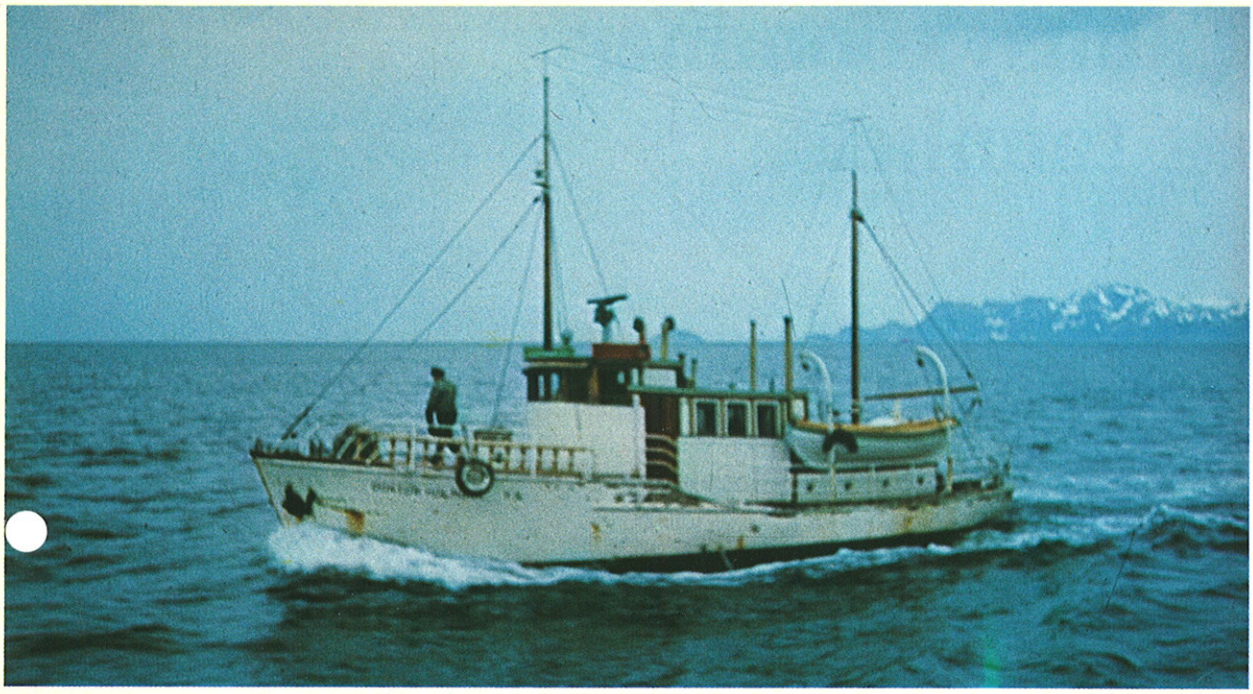
Forfatteren

Peter F. Hjort er prosjektleder i NAVFs gruppe for helsetjenesteforskning. Han ble cand. med. i 1950, dr. med. i 1957, professor i hematologi i 1969 og var formann i interimstyret for Universitetet i Tromsø, 1969—1973.

Hvorfor er denne forskningen viktig?

To grunner legges ofte frem. Den første er at helsetjenesten har vokset til en av samfunnets viktigste sektorer. Siden 1950 har den nesten doblet sitt personell og femdoblet sitt budsjett, korrigert for inflasjon, økning i folketall og aldersforskyvning. Den står nå for en større andel av bruttonasjonalprodukt enn alle primærnæringene til sammen. Forskning er ett av midlene til å bedre oversikt og innsikt, slik at disse veldige ressurser blir forvaltet så riktig som mulig. «Value for money», er slagordet i England. Den andre grunnen tar utgangspunkt i menneskers behov for hjelp, støtte og trygghet. Helsetjenesten er blitt en svær organisasjon og har — som alle store organisasjoner — en tendens til å leve sitt eget liv. Forskningen er ett av midlene til å samle den om det vesentlige for menneskene, og det kan kanskje sammenfattes i to ord som har stor avstand mellom seg — effektivitet og godhet.

 Forskningsnytt 23, Nr. 36, 1978



Transport av lege og/eller pasient står sentralt i helsetjenesten. (Foto: Egil Gjone)

Hvem og hvordan?

I Norge er det to forskningsgrupper som konsentrerer seg om denne forskningen, Norsk Institutt for Sykehusforskning i Trondheim og NAVF's gruppe for helsetjenesteforskning i Oslo. I tillegg er det prosjekter over hele landet. NAVF har for eksempel støttet en undersøkelse av helsetilstand og helsetjeneste på Værøy og Røst og en kartlegging av de eldre i Hedmark. NAVF har satset stort, og gruppen for helsetjenesteforskning er Rådets største enkeltprosjekt. I alt brukte NAVF ca. 700.000 kroner eller vel 6 % av budsjettet på dette området i 1976.

Forskningsmetodene spenner over et vidt spektrum, fra operasjonsanalyse og matematiske modeller til intervjuer i hjemmene. I det følgende gir jeg to eksempler på typiske prosjekter. De viser bredden i problemstilling og metodikk.

Sykdomsmodeller: høyt blodtrykk

Mer enn 200.000 nordmenn har høyt blodtrykk. Noen av dem er alvorlig syke, men mange er i arbeid, føler seg friske og vet ikke at de har høyt blodtrykk. Det er en kjempeoppgave å behandle dem alle, bare medikament-utgiftene kan beløpe seg til et par hundre millioner kroner pr. år eller mer. Det er ingen enighet om hvem som skal behandles og hvordan. Undersøkelser fra andre land tyder på at bare 15 prosent er under effektiv behandling, og det fins ingen samlet norsk plan for denne sykdommen.

Norge har et enestående grunnlag for å vurdere disse spørsmål. I 1963 fikk storparten av Bergens befolkning målt sitt blodtrykk, og en kan nå studere sammenhengen mellom blodtrykk og dødsårsaker for dem som er døde. Det betyr at en kan beregne risikoen — målt i tapte leveår — ved høyt blodtrykk og utvikle en modell for arbeidet med sykdommen. Modellen setter kriterier for hvorledes en skal finne pasientene, undersøke dem, behandle og kontrollere dem, og en kan beregne konsekvensene av forskjellige program. Konsekvensene beregnes på to måter:

— Kostnader målt i kroner
— Vinning målt i leveår

Modellen og dens alternative programmer skal nå legges frem til diskusjon.

Bløte verdier: Dødspleie

En skiller ofte mellom harde og bløte verdier i medisinen. De harde kan måles, for eksempel blodtrykk i mm og hjertevolum i ml. De bløte kan ikke måles, for hvordan måler en frykt, ensomhet og smerte eller tillit, optimisme og lykke? For helsetje-

Fortsatt side 48

sinsk inngrep, men også akutte psykiske tilstander som krever psykiatrisk behandlingsopplegg. Det er første gangen en slik «psykiatrisk katastrofeforskning» utføres i vårt land. Man må anta dette prosjekt vil kunne gi viktige informasjoner om forebyggende tiltak i fremtiden. ■

Helsetjenesteforskning . . .

Fortsatt fra side 31

nesten blir de bløte verdier stadig viktigere. Samtidig blir det stadig vanskeligere å ta vare på dem, og det er viktig å finne metoder til å få systematisk kunnskap — harde data — om de bløte verdier.

Vel halvparten av de 40.000 nordmenn som dør hvert år, dør på sykehus, og sykehusene skal organisere en kyndig og menneskelig dødspleie for dem. Dette er en viktig og vanskelig oppgave. Det er mange meninger om den, men nesten ingen systematisk kunnskap. Gruppen studerer derfor alle som dør ved noen sykehusavdelinger i Oslo. For hver enkelt samles opplysninger fra journal og sykepleierapport, og ca. 5 uker etter dødsfallet intervjues den nærmeste pårørende. Alle sider ved dødspleien blir vurdert: pleien, behandlingen, de sosiale tjenester, hva pasient og pårørende fikk vite, hva de mente om alt som ble gjort og ikke gjort, og hvordan den etterlatte har det.

Undersøkelsen vil fortelle om sterke og svake sider ved dødspleien, og i neste omgang kan dette materialet legges frem til vurdering, ettertanke og praktiske tiltak.

Fremtiden?

NAVF har tatt et viktig initiativ og et stort løft med helsetjenesteforskningen. Rådet har planlagt innsatsen for 5 år, og det er forhåpentlig nok til å skape alminnelig forståelse for denne forskningen. Det er viktig å kombinere den med undervisning, og på lengre sikt må det utvikles gode tverrfaglige miljøer ved alle våre medisinske fakulteter. I tillegg må løpende vurdering — evaluering er moteordet — bli en anerkjent del av all virksomhet ved helseinstitusjonene. Den må finansieres over driftsbudsjettene, for eksempel 1 ‰, og må bli en del av helsetjenestens hverdag.

Politikerne har støttet utbyggingen av helsetjenesten etter krigen, og vi har i dag en av verdens best organiserte helsetjenester. Når en tenker på at det er ½ million innleggelser og ca. 12 millioner konsultasjoner om året her i landet, forstår en at oppgaven er formidabel. Helsetjenesten skal sørge for at flest mulige får den hjelp de trenger, og det krever at rett person kommer på rett sted til rett tid med rett kunnskap, rett utstyr og rett holdning. Forskningen kan ikke gi helsetjenesten noen resept for denne oppgaven, men den kan gjøre oppgaven litt lettere. ■

Tannsykdommer . . .

Fortsatt fra side 33

setter i sterk grad tekniske hjelpemidler både i form av instrumenter og restaureringsmaterialer.

For å være akseptable må restaureringsmaterialene tilfredsstille krav til fysikalsk/kjemiske og biologiske egenskaper. Det kan være tale om ting som å styrke dimensjonell stabilitet, løselighet, termisk og elektrisk ledningsevne, adhesjonsevne, overflatebeskaffenhet og korrosjonsresistens.

Tradisjonelt er odontologiske materialer utviklet, produsert og omsatt av kommersielle firmaer. Situasjonen er preget av hyppige introduksjoner av mer eller mindre oppsiktsvekkende materialer. Der finnes intet krav om at materialer som benyttes til behandling av tenner skal underlegges en offentlig kontroll. De odontologiske teknologer ved lærestedene har vært de eneste som tannlegene har kunnet henvende seg til for korrektiver, men kapasiteten har ikke vært stor nok til å kontrollere alle de materialer som har vært introdusert.

Situasjonen er vesentlig bedret etter at Nordisk Institutt for Odontologisk materialprøvning (NIOM) ble etablert. Denne institusjon i samarbeid med teknologene ved lærestedene har en stor oppgave med å revidere gamle standarder og opprettelse av nye etter som nye materialer introduseres.

NAVF støtter for tiden et prosjekt om bakterieadhesjon til tannemalje og dentalmaterialer. NAVF støtter også forskning innen de øvrige disipliner. Behandlingen av kjeveanomalier og tannstillingsfeil er også en stor utfordring idet en regner med at ca. 25—30 % av alle barn har et behov for behandling av slike anomalier. ■