

Hälso- och sjukvårdsforskningens framväxt och utveckling

Björn Smedby

Hälso- och sjukvårdsforskning är ett tvärvetenskapligt, tillämpat forskningsområde som växte fram i vårt land på 1960- och 1970-talen. Denna artikel beskriver vad forskningen handlar om och ger exempel på några tidiga svenska studier inom området, bland annat hämtade från Claes Sundelins arbeten om barns hälso- och sjukvård. Medicinska forskningsrådets (MFR) initiativ för hälso- och sjukvårdsforskningen på 1970- och 1980-talen och den vidare utvecklingen av området beskrivs översiktligt.

Björn Smedby är professor emeritus i hälso- och sjukvårdsforskning vid Uppsala universitet. Han arbetade också vid MFR:s enhet för hälso- och sjukvårdsforskning. Under åren 1993-1997 var han huvudsekreterare vid Socialvetenskapliga forskningsrådet.

Björn Smedby, Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, 751 85 Uppsala,
e-post: bjorn.smedby@nordclass.uu.se

Claes Sundelin har förvisso haft en central roll i utvecklingen av barnhälsovården i Sverige. Men jag vill i den här artikeln framhålla att han också var en av de första hälso- och sjukvårdsforskarna i vårt land och att insatserna under hans långa forskarbana i många avseenden kan beskrivas som hälso- och sjukvårdsforskning likaväl som barnhälsovård och socialpediatrik. Därför har det syntts motiverat att här beskriva hälso- och sjukvårdsforskningens framväxt och utveckling och då också ta med exempel från hans egen forskning.

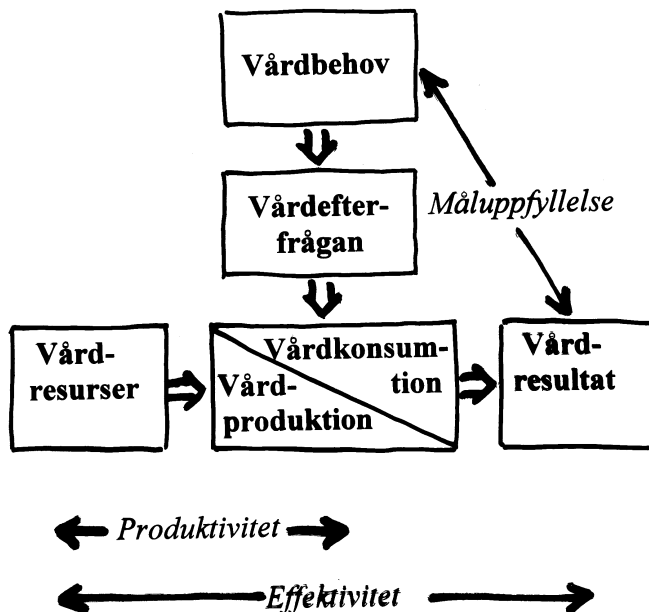
Vad är hälso- och sjukvårdsforskning?

Enligt Nationalencyklopedin är hälso- och sjukvårdsforskning ett tillämpat forskningsområde inriktat på att beskriva, analysera och värdera hälso- och sjukvårdssystemets organisation, funktion och resultat.

I de flesta länder har hälso- och sjukvården problem med organisation, finansiering, prioritering, kvalitet och rättvis fördelning av vårdresurserna.

Begränsade ekonomiska ramar skärper de här problemen samtidigt som den medicinska kunskapsexplosionen leder till allt större behandlingsmöjligheter och allt större förväntningar på hälso- och sjukvården från allmänhetens sida. Gapet mellan vad man teoretiskt kan göra för att hjälpa människor med hälsoproblem och vad de ekonomiska och personella resurserna tillåter oss att göra blir allt större. Hälso- och sjukvårdsforskningen har av dessa orsaker vuxit fram som ett försök att med forskningens hjälp belysa de här problemen och försöka lösa eller i varje fall minska dem.

Några av de nyckelbegrepp som man intresserar sig för inom hälso- och sjukvårdsforskningen finns i modellen i Figur 1 som jag brukar använda för att tydliggöra vad det handlar om (1). Den vertikala delen i figuren är en enkel *konsumtionsmodell* för sjukvården som säger att ett *vårdbehov* i befolkningen omvandlas till *vårdefterfrågan* som leder till *vårdkonsumtion* (eller vårdutnyttjande för dem som föredrar det ordet). Den horisontella delen är i stället en enkel *produktionsmodell* för sjukvården, där *vårdresurser* i form av sjukhus, personal etc. används för produktion av sjukvårdstjänster som i sin tur ger *vårdresultat*. Eftersom tjänster inte kan lagras utan konsumeras i samma ögonblick som de produceras, så sammanfaller vårdproduktion alltid med en motsvarande vårdkonsumtion. Därför kan man bygga ihop de två enkla modellerna på det här sättet.



Figur 1. En kombinerad konsumtions- och produktionsmodell för sjukvård

Modellen hjälper oss också att tydliggöra vad vi menar med några andra viktiga begrepp. *Produktivitet* i vården studerar vi genom att relatera vårdproduktionen till de använda vårdresurserna. *Vårdeffektivitet* kan på motsvarande sätt beskrivas som relationen mellan vårdresultaten och de använda vårdresurserna. Effektivitet kan emellertid också ses som graden av *måluppfyllelse*, här illustrerat som relationen mellan vårdresultat och vårdbehov. Det är alltså kring dessa centrala begrepp som hälso- och sjukvårdsforskningen arbetar.

Vad påverkar vårdbehov och vårdutnyttjande?

Olika faktorer påverkar modellen och dess olika steg. Sjukdomsförekomsten och det upplevda hälsotillståndet är naturligtvis den viktigaste faktorn för vårdbehovet men alla sjuka människor upplever inte att de har ett vårdbehov. Det finns med andra ord dolda vårdbehov i befolkningen, något som inte minst barnhälsovården är inriktad på att upptäcka.

Alla som upplever sig ha ett vårdbehov efterfrågar ändå inte vård. Psykologiska, sociala och ekonomiska faktorer inverkar på sjuklighetens omvandling till vårdefterfrågan (2). Å andra sidan har inte alla som efterfrågar vård ett verkligt vårdbehov, i varje fall inte ett vårdbehov som måste tillgodoses på den vårdnivå där efterfrågan gör sig gällande. Telefonrådgivning av erfarna och kloka sjuksköterskor till oroliga föräldrar med sjuka barn är exempel på hur man ibland kan undvika läkar- eller sjukhusbesök som kanske skulle blivit till mer skada än nytta för barnet. Att styra vårdefterfrågan till rätt vårdnivå är en viktig uppgift.

Men vi är också alla medvetna om att berättigad vårdefterfrågan inte alltid leder till vårdutnyttjande. Många klagar över svårigheterna att komma fram på telefon för att beställa tid för läkarbesök. Långa köer till vård finns på många håll inom vårdapparaten och givna vårdgarantier uppfylls långt ifrån alltid.

Omfattningen av vårdkonsumtionen motsvarar inte heller alltid det aktuella vårdbehovet eller vårdefterfrågan. Dåligt organiserad vård, bristfällig dokumentation av vad som gjorts tidigare och osäkra, unga doktorers beslutsvända bidrar ibland till överutnyttjande av vård med onödiga, upprepade provtagningar och inadekvata återbesök.

Alla sådana störningar i systemet leder naturligtvis till lägre effektivitet. Att i praktiken mäta vårdproduktivitet och vårdeffektivitet är emellertid inte helt lätt. Metodutveckling på det här området och när det gäller att beskriva och mäta kvalitet i vården är därför en viktig uppgift för hälso- och sjukvårdsforskningen.

Tvårvetenskaplig och målinriktad forskning

Området är utpräglat tvårvetenskapligt. Hälso- och sjukvårdsforskningen hämtar sina teorier och metoder från många olika vetenskapliga discipliner som epidemiologi, sociologi, ekonomi och organisationsforskning. Karakteristiskt är att det är hälso- och sjukvården själv och dess sätt att fungera – eller ibland inte fungera – som står i centrum för intresset. Det är vidare fråga om en utpräglat målinriktad forskning som tar sin utgångspunkt i praktiska sjukvårdsproblem och planeringsuppgifter.

Den norske professorn Peter Hjort brukar illustrera hälso- och sjukvårdsforskarens roll och situation med den symboliska bilden i Figur 2. Den skäggige mannen längst till höger är alltså hälso- och sjukvårdsforskaren som står där och liksom kikar över axeln på doktorn när denne undersöker sin patient.



Figur 2. Hälso- och sjukvårdsforskarens roll

I USA började man redan på 1950-talet och i Storbritannien på 1960-talet att studera sjukvården mera systematiskt. Man kallade det *medical care research*, ett begrepp som först på 1970-talet byttes ut mot det bredare *health services research*, vilket så småningom blev hälso- och sjukvårdsforskning på svenska (3).

Internationella jämförelser

Den svenska utvecklingen på det här området är nära knuten till den socialmedicinska institutionen i Uppsala och dess tidigare chef Ragnar Berfenstam. När han tillträdde den nyinrättade professuren i socialmedicin år 1961 blev han snart engagerad i ett internationellt forskningsprojekt som syftade till att jämföra hälso- och sjukvården och dess sätt att fungera i tre olika länder, nämligen USA, England och Sverige. Självt blev jag rekryterad till institutionen för att arbeta i det här projektet. Inom ramen för detta projekt gjorde vi nationella intervjuundersökningar i USA och Sverige om människors hälsa och utnyttjande av sjukvården, både läkar- och sjukhusvård, läkemedel och tandvård (4).

När det gällde sjukhusvården blev det en viktig uppgift att få fram bättre statistik om patienterna i den slutna vården. Vi kom därför att dras in i och vara pådrivande för den patientstatistik som Medicinalstyrelsen och senare Socialstyrelsen började samla in i Uppsalaregionen fr.o.m. 1964. I den internationella undersökningen kunde vi visa stora skillnader i sluten-

vårdsutnyttjandet. Vårdtiderna var genomgående kortast i USA och längst i England med Sverige på en mellanplats (5).

Överraskande stora skillnader fanns i intagningsfrekvenser och operationsfrekvenser i relation till befolkningen för många vanliga sjukdomar och ingrepp (6). Ett exempel var gallstensoperation som gjordes dubbelt så ofta i Sverige som i USA och sju gånger så ofta som i England! Stora skillnader fanns också med avseende på tonsillektomierna som var mycket vanligare i USA än i England och Sverige. Det här var skillnader som inte kunde förklaras med olikheter i sjukdomsförekomsten utan bara kunde förstås som konsekvenser av olikheter i sjukvårdsorganisationen och läkarernas vårdpraxis.

De här studierna fick ganska stor uppmärksamhet. De var de första i en serie av internationella jämförelser på hälso- och sjukvårdens område som sedan dess har kommit att bli ett viktigt delområde inom hälso- och sjukvårdsforskningen. Våra jämförelser gav åt vart och ett av länderna ett nyttigt perspektiv på den egna verksamheten och blev utgångspunkt för självprövning och diskussion. För Sveriges del blev jämförelserna också ett första incitament till en omprövning av den svenska sjukvårdens dåvarande starka betoning av slutenvård vid sjukhus och relativt sett färre läkarbesök i öppna vårdformer. Utvecklingen har ju sedan bara gått i accelererande takt med förkortning av vårdtiderna, neddragning av antalet sjukhussängar och ett ökat utnyttjande av öppna vårdformer.

Studier av vårdtidspraxis

Den patientstatistik som påbörjades 1964 i Uppsalaregionen ledde till att nya data om svensk sjukhusvård blev tillgängliga och kunde börja analyseras. Jag kom själv att knytas till Socialstyrelsen som föredragande läkare i patientstatistik- och sjukdomsklassifikationsfrågor. En rad rapporter publicerades av Socialstyrelsen men vi kunde också använda registeruppgifterna hos Socialstyrelsen som utgångspunkt för forskning och mer ingående studier. Särskilt kom vi att intressera oss för studier av vårdtidens längd som ju är av stor betydelse för hur många sjukhussängar man behöver.

En sådan tidig studie gällde vårdtiden efter okomplicerad bräckoperation (7). Där kunde vi visa att vårdtiden varierade avsevärt mellan sjukhus av samma typ och att skillnaderna främst kunde återföras på skillnader i vårdpraxis, dvs. på enskilda läkares åsikter om vad som var den lämpligaste vårdtiden. En uppföljning av den här bräckstudien visade att när kirurgerna blev uppmärksamgjorda på de existerande vårdtidsskillnaderna så minskade medelvårdtiden vid några av de sjukhus som tidigare haft långa vårdtider. En annan uppföljningsstudie gällde om kortare vårdtider på sjukhus möjligen ledde till längre sjukskrivningstider. Det var inte fallet,

snarare fanns ett samband av motsatt slag. Kort vårdtid var oftast förenad med kort sjukskrivningstid för i övrigt jämförbara fall.

Vi gjorde ytterligare några sådana studier, nu tillsammans med Claes Sundelin som kommit till institutionen för att arbeta på sin avhandling. Den första handlade om vårdpraxis vid sex barnkliniker i Uppsalaregionen för barn som intagits på barnklinik för ospecifik infektiös enterit (8). Det var då en relativt vanlig anledning till sjukhusvård av spädbarn och småbarn. Vi fann en stor variation mellan klinikerna med avseende på intagningsfrekvens i förhållande till antalet barn i motsvarande ålder i upptagningsområdet (Tabell 1). Den klinik som hade högst intagningsfrekvens tog in fem gånger så många barn som den som hade den lägsta intagningsfrekvensen. Dessutom varierade den genomsnittliga vårdtiden för barnenteriter väsentligt mellan klinikerna, vilket ledde till att konsumtionen av vård dagar kom att skilja sig ännu mer. Den klinik som utnyttjade det största antalet vård dagar använde nio gånger så många vård dagar för barnenteriter som den som utnyttjade det lägsta antalet vård dagar.

Tabell 1. Vårdutnyttjande för ospecifik infektiös enterit hos barn vid Uppsalaregionens barnkliniker 1968

Klinik	Antal intagna per 1000 barn 0-4 år	Medelvårdtid, dagar	Antal vård dagar per 1000 barn 0-4 år
A	3,2	3,1	10
B	3,2	5,1	16
C	8,9	5,0	45
D	9,9	4,6	45
E	13,0	6,8	89
F	15,0	4,5	68

Vi analyserade materialet noggrant och fann en rad olika samband mellan vårdtid och barnets ålder, geografiska och sociala förhållanden, årstid och platstillgång. När vi med regressionsanalysens hjälp tog hänsyn till alla dessa förhållanden samtidigt visade det sig ändå att vårdtidens längd kunde bättre förutsägas om man visste vid vilken klinik barnet vårdats än genom kännedom om alla andra variabler tillsammans. Också i det här fallet blev alltså slutsatsen att vårdtidens längd i hög grad är beroende av de enskilda klinikernas praxis och vårdnormer.

I en annan studie med liknande uppläggning undersökte vi vårdpraxis vid olika sjukhus för friska nyfödda barn med låg födelsevikt (9). Också den visade den stora betydelsen av enskilda klinikers vårdnormer och praxis för vårdutnyttjandet. Det blir därför en viktig fråga hur sådana vårdnormer uppstår och hur de kan påverkas.

Claes Sundelins avhandling

Claes Sundelin disputerade 1975 på en avhandling som hette Studier av olika faktorer betydelse för funktionen hos samhällets hälso- och sjukvård för barn (10). Förutom den nämnda barnenteritstudien ingick i den två andra delundersökningar. Den ena var en noggrann kartläggning av förhållandena kring alla akuta öppenvårdsbesök för spädbarn som gjorts under 8 månader i Uppsala kommun. Syftet var att belysa spädbarnsjukvårdens omfattning och medicinska innehåll och föräldrarnas reaktioner på vården. Studien visade att en hel del av de akuta öppenvårdsbesöken vid Akademiska sjukhuset kunde betecknas som överkonsumtion. En tredjedel av barnen vid den barnmedicinska mottagningen bedömdes av läkarna ha mycket lågt eller inget vårdbehov alls. De behövde i varje fall inte det stora sjukhusets resurser utan skulle med fördel kunna tas om hand av distriktsbarnläkare och distriktsjuksköterskor för barn. Det vore därför inte orimligt att reducera antalet platser i den slutna barnsjukvården och att i stället använda de friställda resurserna för den öppna vården. Det var en utveckling som också förespråkades i Socialstyrelsens utredning om Sjukvården inför 80-talet, den s.k. HS80, som kom vid den tiden.

Den tredje delstudien i avhandlingen handlade om föräldrars erfarenheter, krav och önskemål på verksamheten vid barnavårdscentralerna. Den var utformad som en enkätstudie till ett urval av föräldrar i Uppsala med barn i åldern ett halvt till ett och ett halvt år. Ett omfattande frågeformulär besvarades av 93% av de tillfrågade föräldrarna, en anmärkningsvärt hög siffra. Föräldrarna visade en i grunden positiv inställning till verksamheten och hade också ett stort intresse för olika förslag till reformer av verksamheten. Det framkom också att småbarnsföräldrarna hade ett stort behov av råd och stöd av utvecklingspsykologisk karaktär. Föräldrarnas förtroende för verksamheten är viktig och en förutsättning för det är permanent och kunnig personal med ansvar för ett relativt begränsat antal barn. En konklusion blev att det skulle vara av stort värde om barnhälsovården på det lokala planet anförtroddes åt barnläkare och sjuksköterska med speciell utbildning i pediatrik.

Mot bakgrund av den beskrivning jag inledningsvis gav av hälso- och sjukvårdsforskningen vill jag påstå att det här inte är en avhandling i pediatrik. Claes Sundelin skrev alltså i stället en av de allra första avhandlingarna i hälso- och sjukvårdsforskning i det här landet, även om den ämnesbeteckningen ännu inte hade etablerats.

Inte bara i sin avhandling har Claes Sundelin sysslat med centrala frågor inom hälso- och sjukvårdsforskningen. I många av hans senare publikationer finns också en tydlig sådan inriktning. Exempel på detta finns i presentationerna av Lennart Köhler och Dagmar Lagerberg i detta tid-

skriftsnummer. Måns Roséns presentation av epidemiologisk forskning om barn ger mig anledning till ytterligare en kommentar och den gäller användningen av nationella hälsoregister inom det här forskningsområdet. I den svenska hälso- och sjukvårdsforskningen har registerepidemiologi varit ett framträdande drag och förekomsten av nationella register har givit den svenska forskningen ett klart försteg inom flera områden sett i ett internationellt perspektiv. De nationella kvalitetsregister som senare tillkommit har också bidragit till detta.

Medicinska forskningsrådets betydelse

Det var i mitten på 1970-talet som det svenska Medicinska forskningsrådet (MFR) började intressera sig för forskning om vårdbehov och vårdeffektivitet och drog upp riktlinjerna för en sådan satsning. Resultatet blev att två forskartjänster i hälso- och sjukvårdsforskning inrättades som barnläkaren Göran Sterky och jag fick, den ena med placering i Stockholm, den andra i Uppsala. Dessutom inrättade man en enhet för hälso- och sjukvårdsforskning vid MFR där sedan tre forskare med samhällsvetenskaplig bakgrund anställdes. Efter några år omvandlades två av forskartjänsterna till professurer. Den första kom 1980 och placerades vid Socialmedicinska institutet i Uppsala.

MFR:s enhet hade till uppgift att stimulera till forskning inom området och vi kom att delta i en spännande utveckling som såg flera nya forskningsfält växa fram. Många av dessa fanns redan väl etablerade utomlands, så t.ex. hälsoekonomi (11) och utvärderingsforskning. Vi fick internationella förgrundsfigurer som hälsoekonomen Alan Williams i England och Avedis Donabedian i USA att komma till Sverige och leda forskarutbildningskurser. Donabedian var fader till en känd utvärderingsmodell med nyckelbegreppen structure, process och outcome. Han var i hög grad också den som drev kravet på kvalitetsmätning och kvalitetssäkring i vården. Mått på vårdens resultat – outcome – är en viktig aspekt i hälso- och sjukvårdsforskningen och outcome research är ett område som nästan blivit en egen specialitet, där metoder för att mäta livskvalitet är centrala.

Snart kom också medicinsk teknologivärdering att etableras som ett eget forskningsfält. MFR publicerade en metodöversikt (12) och organiserade tillsammans med Spri konsensuskonferenser och state of the art-konferenser för teknologivärdering. En av de första handlade om behandlingen av öroninflammation hos barn och en annan om förebyggande av plötslig spädbarnsdöd. Så småningom tillskapades SBU som ett särskilt institut för utvärdering av medicinska metoder. Inom den ramen har ju senare utvecklingen av det som i dag kallas evidensbaserad hälso- och sjukvård ägt rum. Med anknytning till detta har också metoder för prioritering inom hälso-

och sjukvården blivit ett eget forskningsområde.

Andra områden som först växte fram under hälso- och sjukvårdsforskningens breda paraply var omvårdnadsforskningen och primärvårdsforskningen. Omvårdnadsforskningen fick en tidig bas i Uppsala genom ett särskilt program för omvårdnadsforskning som så småningom blev fast etablerat med egen professur och egen forskningsorganisation (13). På motsvarande sätt kom primärvårdsforskningen att få en bas i Uppsala genom tillkomsten av Tierpsprojektet som var ett samverkansprojekt mellan kommun, landsting och Socialstyrelsen och vår institution med såväl försöksverksamhet med nya samverkansformer som forskning inriktad på primärvårdens innehåll och funktion (14). När sedan en professur i allmänmedicin inrättades överfördes ansvaret för primärvårdsforskningen dit.

Hälso- och sjukvårdsforskningens vidare utveckling

Den svenska utvecklingen speglar två tydliga drag i hälso- och sjukvårdsforskningen som man även ser internationellt. Det ena är betoningen av ett mycket brett övergripande perspektiv. Man ser då den samlade hälsorelaterade forskningen som bestående av tre huvuddelar:

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

Detta synsätt gäller t.ex. för EU:s forskningsprogram och i amerikansk forskningspolitik. Då inrymmer man i hälso- och sjukvårdsforskning alla de delområden har nämnts ovan. För den som haft en professur med beteckningen hälso- och sjukvårdsforskning känns det anspråksfullt att hävda en så bred definition men den speglar trots allt en verklighet. Det kan här nämnas att bland det 25-tal doktorander som disputerat under min tid som professor finns personer med mycket olika grundutbildning; förutom läkare har där funnits tandläkare, apotekare, sjuksköterskor, sociolog, psykolog, kulturgeograf och ekonom.

Det andra draget i utvecklingen av hälso- och sjukvårdsforskningen är den tilltagande fragmenteringen. Den är å ena sidan en naturlig följd av en nödvändig specialisering inom ett så brett fält. Den utgör å andra sidan också ett problem eftersom hälso- och sjukvårdsforskning är ett så utpräglat tvärvetenskapligt område. En alltför långt gången fragmentering innebär att det kan vara svårt att skapa de tvärvetenskapliga forskningsmiljöer som är en förutsättning för att goda hälso- och sjukvårdsforskningsprojekt skall kunna genomföras.

Relationen till hälsopolitiken

Låt mig avsluta den här översikten med något om relationen mellan hälso- och sjukvårdsforskning och hälsopolitik, bl.a. därför att detta också har relevans för Claes Sundelins gärning. Mats O Karlsson berör också de här frågorna i sitt inlägg.

Som jag redan framhållit är hälso- och sjukvårdsforskningen probleminriktad och tar sin utgångspunkt i praktiska problem i sjukvården. Den bör därför ha en mycket nära relation till hälsopolitiken i den meningen att dess resultat borde kunna leda till lösningar av de problem som man studerat och sålunda få genomslag i hälso- och sjukvårdspolitiken. Det finns också exempel på att forskningen på det sättet fått direkta följder för hälso- och sjukvårdens organisation eller sätt att arbeta. Jag vill hävda att flera av Claes Sundelins forskningsprojekt har fått sådana direkta, praktiska konsekvenser i hälso- och sjukvården för barn.

Ett problem i sammanhanget är dock att ett forskningsprojekt ofta tar så lång tid att sjukvårdspolitikerna som konfronteras med problem inte hinner vänta på svaren från forskarna. Hälsopolitiken styrs mycket mera av ideologiska uppfattningar och intuition än av resultaten från aldrig så välgjorde forskningsprojekt. Det är nog vanligare att hälso- och sjukvårdsforskarna får traska patrull och i först i efterhand försöka utvärdera reformer som genomförts med politiska motiv. Detta är emellertid inte en oväsentlig uppgift och sådan utvärderingsforskning kommer att förbli en viktig uppgift för hälso- och sjukvårdsforskningen även i framtiden.

Den nära relationen mellan sjukvårdspolitiken och hälso- och sjukvårdsforskningen medför också andra problem. Det är viktigt för forskarna att ha nära relationer till både sjukvården och sjukvårdspolitiken för att kunna fånga upp de problem som finns och för att förmedla sina resultat, men det är lika viktigt att forskarna kan behålla en oberoende ställning. Också med det delikata balansnumret tycker jag att Claes Sundelin har lyckats väl.

Referenser

1. Smedby B. Hälso- och sjukvårdsforskning. Var står vi idag? *Socialmedicinsk tidskrift* 1984;61(5-6):200-5.
2. Andersen R. *A Behavioral Model of Families' Use of Health Services*. Chicago: Center for Health Administration Studies, University of Chicago, Research Series No. 25; 1968.
3. Berfenstam R, Smedby B. Vad är hälso- och sjukvårdsforskning? *Landstingens tidskrift* 1975;62(12):31-3.
4. Andersen R, Smedby B, Anderson OW. *Medical Care Use in Sweden and in the United States. A Comparative Analysis of Systems and Behavior*. Chicago: Center for Health Administration Studies, University of Chicago, Research Series No. 27; 1970.
5. Peterson OL, Burgess AM Jr, 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;1(7493):771-6.
6. Pearson RJ, Smedby B, Berfenstam R, Logan RF, Burgess AM Jr, Peterson OL. Hospital caseloads in Liverpool, New England, and Uppsala. An international comparison. *Lancet* 1968;2(7567):559-66.
7. Smedby B. Vårdtiden för bräckoperation vid olika sjukhus. *Läkartidningen* 1967;64(36):3225-30.

8. Sundelin C, Smedby B. Admission Rate and Length of Stay for Nonspecific Enteritis in Pediatric Departments in Sweden. *Int J Health Serv* 1972;2(4):537-50.
9. Sundelin C, Smedby B. Vårdpraxis vid olika sjukhus för friska nyfödda barn med låg födelsevikt. *Läkartidningen* 1974;71(40):3771-2.
10. Sundelin C. Studier av olika faktorer betydelse för funktionen hos samhällets hälso- och sjukvård för barn (akad. avh.). Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis 224; 1975.
11. Berfenstam R, Jonsson E, Smedby B, Sterky G, Thorburn T, Wennström G. Hälsoekonomi. Ett samlat synsätt på fördelning av resurser för hälsa. Stockholm: Spri (Spri S115); 1979
12. Brorson B, Wall S. Värdering av medicinsk teknologi – problem och metoder. Stockholm: Medicinska forskningsrådet; 1984.
13. Hermansson A (red.). Omvårdnad och utveckling (temanummer). *Socialmedicinsk tidskrift* 1984;61(8):278-331.
14. Smedby B, Haglund B (red.). Vad kan vi lära av Tierpsprojektet? Tierpsprojektet 20 år. Uppsala: Enheten för forskning inom primärvård och socialtjänst, Uppsala universitet; 1991.

Summary in English

Development of Health Services Research in Sweden

A short review is given about the scope and content of health services research and its development in Sweden with examples of some early studies, several of them from the field of child health services. Initiatives of the Medical Research Council were important for health services research. The further development and fragmentation of the field is described briefly.

Björn Smedby is professor emeritus of health services research at Uppsala University. In 1993-1997 he was Secretary General of the Swedish Council for Social Research.

Keywords: health services research, child health services