

## **FORSLAG TIL NASJONALT SATSINGSOMRÅDE HELSETJENESTEFORSKNING**

### **Sammendrag**

Kunnskap om effektive måter å organisere, lede, finansiere og levere helsetjenester med høy kvalitet, er viktig for å utvikle en god helsetjeneste. I dag foregår det helsetjenesteforskning en rekke steder i Norge, men miljøene er små, lite koordinerte og for en stor del er forskningen basert på kortsiktige prosjektbevilgninger. Det er dessuten en utfordring å knytte denne forskningen tettere til klinisk virksomhet og forskning i sykehusene og i kommunene. Kort oppsummert er målet med en nasjonal strategi å:

- skape robuste fagmiljøer innen helsetjenesteforskning,
- styrke den klinikknære helsetjenesteforskningen i helseforetakene,
- etablere en felles infrastruktur for å lette tilgangen til data for helsetjenesteforskning og relatert helseforskning,
- skape en bedre integrering mellom universitetene og helseforetakene og,
- legge til rette for en forskningsaktivitet med forankring mot kommunene.

Dette for å gi et bedre grunnlag for å levere tjenester med høy kvalitet tilpasset befolkningens behov, og kritisk følge utviklingen av helsetjenestetilbudet og nytten for pasientene og samfunnet.

Vi peker på fem sentrale forskningsområder som en satsing på helsetjenesteforskning bør inkludere:

1. Kvalitet og pasientsikkerhet
2. Pasientbehandling, pasientforløp og samhandling
3. Behov og brukervedvirkning
4. Styring og ledelse av og i helsetjenesten
5. Fordeling, organisering og finansiering av helsetjenester

En koordinert satsing på helsetjenesteforskning bør skje med utgangspunkt i en nasjonal koordinator og et nasjonalt nettverk. Forskningsmiljøene i Norge er små, og det er nødvendig med en felles satsing for å bygge opp kompetanse innen et fagområde som er heterogent. En koordinator skal bidra til nasjonal samordning og koordinering slik at sektorens samlede ressursinnsats på området utnyttes best mulig. På kort sikt har et koordinerende miljø ansvar for å utvikle en nettside, å skape møteplasser, og å koordinere et nasjonalt nettverk. På lengre sikt bør en nasjonal satsing inkludere en felles utlysning av forskningsmidler i samarbeid med Forskningsrådet, slik for eksempel dette er gjort i Storbritannia. Det bør også vurderes å opprette kombinerte stillinger mellom universitet og helseforetak etter mønster fra kombinerte kliniske stillinger.

# 1. Innledning

## 1.1. Oppdragsgiver, mandat og arbeidsform

I brev datert 9. mai 2012 nedsatte Samarbeidsorganet for Helse Sør-Øst og Universitetet i Oslo en nasjonal skrivegruppe. Denne gruppen ble bedt om å utarbeide et grunnlagsdokument, som skal utgjøre beslutningsgrunnlaget når Nasjonal samarbeidsgruppe for helseforskning (NSG) skal ta stilling til om forskning innen helsetjenesteforskning skal anbefales som et nasjonalt satsingsområde. Skrivegruppen har hatt følgende sammensetning:

- Hilde Lurås (leder), Samarbeidsorganet Helse Sør-Øst RHF – Akershus universitetssykehus/Universitetet i Oslo
- Jan Frich, Samarbeidsorganet Helse Sør-Øst RHF - Universitetet i Oslo/Oslo universitetssykehus
- Bjørn Engum, Universitetssamarbeidet Helse Nord RHF – NST, Universitetetssykehuset i Nord-Norge
- Jon Magnussen, Samarbeidsorganet Helse Midt-Norge RHF – NTNU
- Torhild Heggstad, Samarbeidsorganet Helse Vest RHF – Helse Bergen/Universitetet i Bergen

Oppnevningensbrevet ga følgende mandat: De nasjonale forskningssatsingene i regi av NSG skal organiseres som et nettverk av forskningsmiljøer innen et temaområde. Nettverket skal for eksempel samarbeide om utnyttelse av infrastruktur, gjennomføring av nasjonale forskningsprosjekter med felles publisering og avholde faglige og strategiske møter. Skrivegruppen ble spesielt bedt om å:

- Foreslå en egnet organisering for en nasjonal forskningssatsing innen helsetjenesteforskning
- Vurdere en evt. avgrensning av nettverket med hensyn til deltagende forskningsmiljøer
- Foreslå faglig innhold i forskningsnettverket
- Foreslå målsetting for forskningsnettverket
- Foreslå et realistisk budsjett for drift av forskningsnettverket (maks. 1,5 mill kr per år)

Skrivegruppen ble bedt om å levere et utkast til grunnlagsdokument til arbeidsutvalget for NSG innen 1. oktober 2012, og en endelig versjon av dokumentet innen 20. oktober 2012 slik at det kan behandles av NSG i møte 2. november 2012.

Alle medlemmene i skrivegruppen har arbeidet aktivt og levert skriftlige bidrag til sluttdokumentet. Gruppen har hatt to fellesmøter. Alle medlemmene i gruppen er enige i innholdet i dokumentet, inkludert definisjoner og anbefalinger.

## 1.2. Bakgrunn

Helsetjenesten bruker en stor andel av samfunnets ressurser, og den demografiske utviklingen og endringer i sykdomspanoramaet innebærer at denne andelen med all sannsynlighet vil øke. Den teknologiske utviklingen åpner for stadig nye behandlingsformer, samtidig som befolkningens forventninger øker. Utfordringene med å utforme innholdet, organisere og finansiere helsetjenesten, er følgelig mange og store.

Dette utfordringsbildet er møtt gjennom en rekke reformer; innsatsstyrt finansiering (1997), fritt sykehusvalg (2001), helseforetaksreformen (2002), styrking av pasientrettigheter og prioriteringsprinsipper (2002-2003), og nå senest gjennom Samhandlingsreformen som ble innført i 2012. Det er tre hovedbegrunnelser for samhandlingsreformen:

- Pasientenes behov for koordinerte tjenester blir ikke møtt godt nok
- Tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom
- Den demografiske utviklingen og endringen i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne

Det pekes videre på at nye måter å organisere og lede helsetjenesten på, er sentrale virkemiddel for å løse utfordringene helsevesenet står overfor. Økt vektlegging av primærhelsetjenesten er særlig framhevet. Målet er at spesialisthelsetjenesten skal avlastes slik at den blir bedre i stand til å ivareta sine spesialiserte funksjoner. Samtidig legges det opp til økt egenomsorg, og at brukeren/pasienten får en styrket rolle.

Departementet har nylig lagt frem en strategi for samhandlingsforskning, som legger vekt på hvordan forskning på helsetjenesten vil kunne bidra til å oppnå samhandlingsreformens målsetninger (Helse- og omsorgsdepartementet 2012). Likeledes pekes det på behovet for å organisere denne forskningen i forskningsnettverk med regional og nasjonal forankring, slik at noen miljø kan fungere som faglige «lokomotiv», og på den måten bidra til nasjonal kunnskapsoppbygging og koordinering. Videre er en viktig målsetning med forskningssatsingen «Flere aktive og sunne år» fra Forskningsrådet å bidra til å styrke forskningsinnsatsen for å nå to av Forskningsmeldingens strategiske mål: 'Bedre helse og helsetjenester' og 'Velferd og forskningsbasert profesjonsutøvelse' (Forskningsrådet 2012).

Samhandlingsreformen, den nye Folkehelseloven og Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015) er alle sentrale styringsdokumenter som skal bidra til mer effektive helsetjenester tilpasset befolkningens behov. I tillegg har Regjeringen bebudet at den høsten 2012 vil fremme en Stortingsmelding om kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten, og det ventes også en melding om elektronisk samhandling. Det er dermed gitt en rekke overordnede føringer for endringer i tjenesteinnhold og organisering av sektoren. Samtidig er det et stort behov for mer kunnskap om hvordan helsetjenesten bør utformes for å nå målet om et mer effektivt, godt og trygt tilbud. Økt satsing på helsetjenesteforskning vil bidra til å framskaffe slik kunnskap. Den klinikknære helsetjenesteforskningen i spesialisthelsetjenesten må styrkes for å sikre størst mulig grad

av relevans. For å oppnå en helhetlig tilnærming der ulike perspektiver ses i sammenheng, må man inkludere tilnærminger på ulike nivå: mikro- (pasient/helsearbeider), meso- (organisasjon) og makronivå (nasjonalt system). En dreining av perspektivet fra analyse av enkeltepisoder til helhetlige og langsiktige pasientforløp, forutsetter også nytenking både når det gjelder metoder og data-arkitektur. Tjenestene er i konstant endring, med mange parallelle utviklingsprosjekt og løsningsstrategier, noe som skaper et stort behov for forskningsbasert evaluering og følgeforskning. Systematisert spredning av «beste praksis» og læring av andres erfaringer, er viktig, og behovet for nytenking er stort. De regionale helseforetakene har utarbeidet en felles handlingsplan for innovasjon og næringsutvikling i helsesektoren der innovasjon blir definert som "en ny eller forbedrer vare, tjeneste, produksjonsprosess, anvendelse eller organisasjonsform som utgjør en gjenbrukbart konsept"<sup>1</sup>. Innovasjon handler altså også om å utvikle og prøve ut nye måter å organisere og tilby tjenester på. Helsetjenesteforskning er således også sentralt for å nå målet om mer innovasjon.

### 1.3 Helsetjenesteforskning - definisjon og karakter

Helsetjenesteforskning kan, slik det blant annet gjøres av Forskningsrådet, defineres som<sup>2</sup>:

*Health services research is the multidisciplinary field of scientific investigation that studies how social factors, financing systems, organisational structures and processes, health technologies, and personal behaviours affect access to health care, the quality and cost of health care, and ultimately our health and well-being<sup>3</sup>.*

Helsetjenesteforskningen utføres med utgangspunkt i flere disipliner: i hovedsak av forskere med medisinsk/helsefaglig, samfunnsvitenskapelig eller økonomisk/administrativ fagbakgrunn. Forskningen vil både kunne benytte kvalitative og kvantitative metoder. Generelt er det slik at det teoretiske grunnlaget og den metodiske tilnærmingen som velges, er bestemt av hvilket problem som skal belyses, og hvilket forskningsspørsmål som stilles. Bidrag fra flere fag kan derfor være nødvendig for en bred belysning og analyse av et problemkompleks<sup>4</sup>.

Helsetjenesteforskningens sammensatte karakter medfører et særlig behov for teambygging og koordinering på tvers av ulike fagfelt. Problemstillingene som skal

---

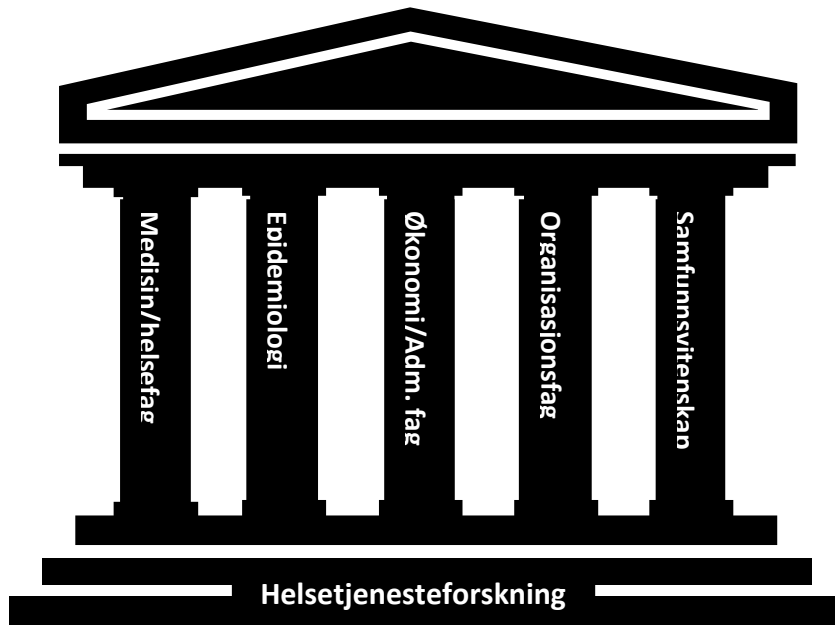
<sup>1</sup> Se også Helse- og omsorgsdepartementets Samhandlingsstrategi 2012-2016: *Innovasjon knyttet til samhandling kan forstås som innovasjon for å understøtte helhetlige pasientforløp og bedre samhandling mellom den kommunale helse- og omsorgssektoren og spesialisthelsetjenesten.*

<sup>2</sup> Denne definisjonen ligger svært nær Helse- og omsorgsdepartementets definisjon av samhandlingsforskning slik det fremkommer i Samhandlingsforskningsstrategien 2012-2016: *Samhandlingsforskning er forskning der en i et pasientforløpsperspektiv skal etablere ny kunnskap om hvordan organisatoriske, kulturelle, økonomiske, teknologiske og kompetansemessige suksesskriterier og barrierer i tjenestene virker for å understøtte samhandlingsreformens målsettinger.*

<sup>3</sup> Denne definisjonen benyttes i siste versjon av program for helse- og omsorg i NFR, og i det nye policy briefet om HSR i Europa. For flere definisjoner, se: <http://depts.washington.edu/hserv/hs-research-definitions>

<sup>4</sup> Ref. definisjonen i PubMed: *The integration of epidemiological, sociological, economic, and other analytic sciences in the study of health services. Health services research is usually concerned with relationships between need, demand, supply, use, and outcome of health services. The aim of the research is evaluation, particularly in terms of structure, process, output, and outcome.*

analyseres, er oftest komplekse med behov for en tverrfaglig kompetanseprofil for å fremme de beste løsningene. For å oppnå en best mulig effekt med en syntese av ulike tilnærminger, kreves det derfor aktiv understøtting av det tverrfaglige.



*Figur 1 Framstilling av helsetjenesteforskningens sammensatte og tverrfaglige karakter*

#### **1.4 Datagrunnlag og struktur**

Norge har særlige fortrinn for gjennomføring av gode registerstudier, både fordi vi har en oversiktlig befolkning og fordi vi har mange landsdekkende systemer. Det finnes flere store epidemiologiske befolkningsundersøkelser som dels er samlet i en felles database (CONOR), noen spesifikke sykdomsregistre, et nasjonalt reseptregister, ulike befolkningsregistre (SSB), samt registre over hvordan og hvor pasienter er behandlet. Med data fra Norsk pasientregister (NPR) er det mulig å følge pasientenes vei i spesialisthelsetjenesten mellom institusjoner og over tid, mens KUHR er et register med personidentifiserbare data om alle refusjoner for helsetjenester (bl.a. allmennleger og spesialister utenom sykehus). Det finnes også data fra den kommunale pleie- og omsorgssektoren (IPLOS). Det har også vært en stor satsing på etablering av ulike kvalitetsregistre som kan gi grunnlag for å følge opp resultat- og kvalitetsmål. Det er således mange viktige forutsetninger på plass for god helsetjenesteforskning i Norge. Det er også erfaring for at aktiv bruk av registre også bidrar til økt datakvalitet.

Det er likevel mange utfordringer knyttet til effektiv utnyttelse av de datakildene som eksisterer: 1) Datakildene er segmenterte og bygget opp innenfor adskilte organisatoriske enheter. Pasientforløpsforskning som krever kobling av data fra flere kilder og på tvers av nivåer og enheter, er utfordrende både juridisk og teknisk. 2) Aktivitet og ressursbruk må

sees i sammenheng med resultatmål. Resultatmål på pasientnivå finnes i noen grad i kvalitets- og sykdomsregistre, men fortsatt er det krevende å skaffe relevante utfallsmål med tilstrekkelig kvalitet og dekningsgrad. Igjen er kobling av datakilder en utfordring. 3) Infrastruktur for utlevering og kobling av data fra forskjellige kilder finnes i liten grad. Forskere må søke om data fra hver kilde for seg, og informasjon om innhold og kvalitet i registrene er ofte ufullstendig. Utleverings-rutiner og -regler varierer fra kilde til kilde. Kobling og kvalitetssikring av data blir ivaretatt av de ressurser den enkelte forsker måtte ha tilgjengelig.

Det er følgelig behov for etablering av en felles infrastruktur for å lette tilgangen til data for helsetjenesteforskning og relatert helsefaglig forskning. Man kan f.eks vurdere en modell tilsvarende den som de regionale helseforetakene har etablert knyttet til oppretting og forvaltning av kvalitetsregistrene med et nasjonalt servicemiljø og regionale noder.

### **1.5. Beskrivelse av dagens situasjon for helsetjenesteforskning**

I 2009 ble det gjennomført en kartlegging av pågående og planlagte forskningsaktiviteter innenfor helsetjenesteforskning i Norge i regi av Forskningsrådet (Kjekshus og Lian 2009). Konklusjonen fra kartleggingen var at det foregår helsetjenesteforskning ved universitetene i Tromsø, Trondheim, Bergen og Oslo, samt på en rekke av landets høyskoler. Det er også en betydelig aktivitet i instituttsektoren og på de fem regionale sentrene for omsorgsforskning som ble opprettet av departementet i 2008. I alle de regionale helseforetakene foregår det også enkeltprosjekter innenfor denne typen forskning, men per i dag er det få rene helsetjenesteforskningsmiljø forankret i helseforetakene. Videre er det noen faste stillinger innenfor helsetjenesteforskning ved universiteter og høyskoler, og noen faste stillinger i helseforetakene, men for en stor del er forskningsaktiviteten basert på kortsiktige prosjektbevilgninger.

Det fremstår dermed et bilde av en aktivitet som er fragmentert og lite koordinert. Denne konklusjonen gjenfinnes også i Forskningsrådets evaluering av biologi, medisin og helsefag (Forskningsrådet 2011), og i Helse- og omsorgsdepartementets nye samhandlingsforskningsstrategi (Helse- og omsorgsdepartementet 2012). Det kan med utgangspunkt i dette argumenteres for at Norge trenger forskningsmiljø som kan drive langsiktig helsetjenesteforskning av høy internasjonal kvalitet og med stor relevans for helsetjenesten.

## 2. Styrking av helsetjenesteforskningen i Norge

Vi vil peke på fem områder hvor det er særlig aktuelt å styrke helsetjenesteforskningen.

### 2.1. Kvalitet og pasientsikkerhet

Ett av de sentrale grunnlagene for tenkningen rundt kvalitet tar utgangspunkt i et sett av dimensjoner, med mål om at tjenestene skal være: Virksomme, trygge, involvere brukerne, være samordnet og preget av kontinuitet, utnytte ressursene på en god måte, og være tilgjengelige og rettferdig fordelte. Om tjenestene er virksomme kan studeres på ulike nivå, fra utfalls- eller resultatmål på pasient-/pasientgruppenivå til organisasjons- og systemnivå. Det satses fortsatt på videreutvikling av nasjonale systemer for kvalitetsmåling i form av indikatorer (Kunnskapssenteret 2011). Generelt bør mål for kvalitet på systemnivå også være utgangspunkt eller korrektiv for studier av (reell) effektivitet, og kanskje finansielle fordelingsmodeller («pay for performance»).

Den nasjonale strategien for kvalitetsutvikling (Sosial- og helsedirektoratet 2005), er nå fulgt opp med Pasientsikkerhetskampanjen fra 2011. Selv om denne følges av monitoreringer, er det behov for forskning omkring effekter av tiltak for å bedre pasientsikkerheten. Man bør få mer systematisk viten både om hva som er typiske uheldige hendelser eller risikosituasjoner, hva som virker av forebyggende tiltak, og hva som fremmer/hemmer læring av egne og andres feil. Studier av kjente risikopunkter som overganger mellom ulike ledd i kjeden av et pasientforløp, fortjener også større oppmerksomhet. Forskning omkring pasientenes opplevelse av å være utsatt for unødig skade vil være nyttig, og også å se på effekter av tiltak der en søker å nyttiggjøre seg pasienterfaringer inn i forbedringsarbeid. Forhold rundt åpenhet for risiko og for å varsle om feil og mangler, er andre aktuelle temaer.

Hvordan en kan bygge en lærende kultur, hvordan helsepersonell og organisasjoner tilegner seg ny kunnskap og hvordan spesifikke kliniske tiltak som er funnet kostnadseffektive kan implementeres på en effektiv måte, er andre sentrale temaer. Denne typen helsetjenesteforskning betegnes ofte translasjonsforskning (T2). Begrepet viser til den tradisjonelle translasjonsforskningen (T1) som skal sørge for at kunnskap fra basalforskning omsettes til klinisk nyttige tiltak. T2 skal sikre at klinisk nyttige tiltak blir tatt i bruk i helsetjenesten.

Behovet for gode løsninger og forebyggende strategier for pasienter med sammensatte og langvarige lidelser, vil forsterkes. For å møte befolkningens behov også i framtida, blir det vesentlig å sikre at disse behovene avspeiles i kompetanseprofilen for tjenesteyterne. En mer begrenset ressurstilgang, også av personell, gjør det helt nødvendig å finne gode modeller for prioritering både på et overordnet nivå og mellom pasientgrupper. Ennå gjenstår studier av reell prioriteringspraksis, og modeller som trekker konsekvenser ved å påvirke ressursfordelingen mellom fagområder og pasientgrupper.

Likhetsprinsippet har stått sterkt i norsk helsepolitikk, samtidig som det blir påvist store, og til dels uforklarte, variasjoner i bruk av tjenester. Tilgjengelighet og nærhet er sentrale problemstillinger i diskusjonen om sykehusstruktur og sentralisering. Fortsatt er det store

utfordringer knyttet til å frambringe et solid kunnskapsgrunnlag som kunne bidra til å forløse arbeidet med å utforme framtidsrettede lokalsjukehus.

Eksempler på relevante forskningsspørsmål:

- *Hvordan definere kvalitet (medisinsk, pasient/pårørende opplevd, ansatt opplevd)?*
- *Hvordan varierer kvaliteten i tjenestene, helsegevinstene og kostnadene med ulike organisatoriske forhold (volum, sykehusstruktur, styringsmodeller, samhandlingstiltak etc)*
- *Hvilke tiltak kan iverksettes for å sikre at kostnadseffektive kliniske tiltak faktisk blir tatt i bruk i praksis?*
- *Hvilke effekter har bruk av nasjonale indikatorer på kvalitetsforbedring i praksis?*
- *Hva betyr forskjellene i forbruksrater mellom grupper og områder – ulike behov eller supplerende alternative tilbud?*

## **2.2. Pasientbehandling, pasientforløp og samhandling**

Det er behov for å koble den kliniske forskningen tettere mot helsetjenesteforskningen. Dette kan skje gjennom å inkludere et økonomisk perspektiv (kost/nytte), et organisatorisk perspektiv (betingelser for implementering), eller et brukerperspektiv (behov for, bruk av og tilfredshet med tjenesten) i den kliniske forskningen. Forskning som analyserer betingelser for gode pasientforløp og god samhandling, og ser på konsekvenser for ressursbruk og pasientutfall innad i spesialisthelsetjenesten og mellom de to forvaltningsnivåene, er også sentralt.

Eksempler på relevante forskningsspørsmål kan være:

- *Hva kjennetegner "gode" pasientforløp, og hvilke organisatoriske og finansielle virkemidler vil bidra til at slike blir virkeliggjort?*
- *Kan behandling av enkelte pasientgrupper flyttes fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten? I så fall, hvordan kan det iverksettes, organiseres og finansieres? Og hvilke konsekvenser har det, faglig og ressursmessig?*
- *Er det kostnadseffektivt å innføre en ny teknologi eller en ny behandlingsmetode?*
- *Hva er gjeldende praksis ved ulike RHF/HF eller internasjonalt for behandling av bestemte pasientgrupper, hva forklarer eventuelle forskjeller og hva er faglige og økonomiske konsekvenser av eventuelle forskjeller?*

## **2.3. Behov og brukervedvirkning**

Forskning som søker forklaringer på hva som påvirker befolkningens behov, etterspørsel etter og forbruk av tjenester, vil være viktig for planlegging og dimensjonering av tjenestene. Forskningen kan være avgrenset til deler av helsetjenesten, til ulike pasientgrupper (diagnostiske, sosiodemografiske, etniske), eller til ulike geografiske områder.

Antall pasienter med langvarige helseplager øker i takt med økende alder i befolkningen og bedret behandlingstilbud. Det er en fundamental forskjell på behandling av et episodisk helseproblem og en langvarig tilstand. På mange måter er den viktigste aktøren pasienten



selv, men for å kunne ta en aktiv rolle i behandlingen, må pasienten ha tilgang til informasjon om medisinske vurderinger og planer for behandling og oppfølging. Både lovverk, forskrifter og politiske reformer vektlegger at brukerne skal involveres i utformingen av helsetjenesten.

Sterkere brukermedvirkning er vist å gi bedre etterlevelse av medisinske råd, bedre helse og funksjon, og redusert helsetjenesteforbruk. Likevel er reell brukermedvirkning fortsatt en stor utfordring for en tjeneste som er forankret i episodiske tilbud og akuttmedisin. Mangelfull kunnskap, ferdigheter og verktøy for å understøtte pasienten som en likeverdig aktør, fører lett til passivisering. Det mangler lavterskel systemer for at pasienter kan tilpasse helsetjenester til sin hverdag, stille spørsmål, endre time eller gi tilbakemelding om feil eller uheldige opplevelser. Det er også et stort paradoks at tiltak som vi vet er nyttige, ikke blir systematisk implementert i helsetjenesten. Helsetjenesteforskningen har en stor oppgave i å klargjøre hvilke modeller, verktøy og metoder som understøtter reell brukermedvirkning.

Eksempler på forskningsspørsmål kan være:

- *Hvilke forhold påvirker befolkningens behov, etterspørsel og forbruk av helsetjenester?*
- *Hvilke modeller for brukermedvirkning på systemnivå er egnet til å involvere brukere?*
- *Hvilke effekter har brukermedvirkning på andre kvalitetsmål som effektivitet, rettidighet og trygghet i tjenestene?*

## **2. 4. Styring og ledelse av og i helsetjenesten**

Helsetjenesten har gjennomgått en utvikling hvor tradisjonelt dominerende byråkratiske og profesjonelle styringsprinsipper er blitt supplert eller erstattet med markedsbaserte systemer (ofte kalt New Public Management). I tillegg er nye aktører kommet til, og mer hierarkiske styringsmodeller introdusert. Resultatet er et komplekst styringssystem. Det er vanskelig å forutsi hvordan dette påvirker individers (både pasienter, pårørende og de som arbeider i helsetjenesten) beslutninger og handlinger, hvordan de ulike organisasjonene utvikler seg, og i hvilket omfang de ulike styrings- og ledelsesmodellene virker fremmende for helsetjenestens målsettinger og den enkelte pasients helse. Videre finnes det lite kunnskap om fordelingen mellom offentlige og private tjenesteleverandører og om de driftsmessige fordeler og ulemper ved de ulike modellene.

Eksempler på relevante forskningsspørsmål kan være:

- *Bestiller – utfører modellen i samhandlingen: Er den hemmende eller fremmende for bedre samhandling? Vil modellen kunne føre til at enkelte pasientgrupper ikke får et godt medisinsk tilbud?*
- *Ledelse og organisering av og i sykehus: Hvordan kan en finne fram til ledelsesmodeller som ligger nært til der beslutninger faktisk fattes i det daglige? Hvordan kan en organisere tjenestene innen et foretak, for eksempel funksjonsfordeling eller geografisk modell, og hvilke konsekvenser har organiseringen for pasienter, pårørende og ansatte?*

- *Er det enhetlig ledelse ved norske sykehus eller er aktiviteten organisert i fagsøyler? Hva kjennetegner de sykehus som har hvilke ledelsesmodeller? Hva er eventuelt til hinder for å få til enhetlig ledelse (som prinsipielt er vedtatt)?*

## **2. 5. Fordeling, organisering og finansiering av helsetjenester**

Hvordan helsevesenet er organisert og finansiert påvirker fordeling og utnytting av ressursene, prioritering mellom pasientgrupper og i siste instans kvaliteten på og resultatet av helsetjenestens virksomhet. Endringer i rammevilkår vil innebære endringer i den enkeltes møte med helsevesenet, og dermed kunne påvirke pasientens helseutbytte av behandlingen som gis. Helsevesenet står sentralt i den norske velferdsstaten. Det er bygd opp med to forvaltningsnivå som organisatorisk er forskjellig, og som begge har kompliserte finansieringsordninger. Det kan stilles spørsmål ved om dagens ordninger ligger til rette for en smidig koordinering og samhandling om pasienten. Dermed trengs det forskning som gir mer kunnskap om sammenhenger mellom institusjonelle og strukturelle forhold og helsetjenestens kvalitet, effektivitet og tilgjengelighet. Likeledes er det behov for kunnskap om effekter av ulike måter å finansiere helsetjenester på.

Samhandlingsreformen vektlegger forebygging. Imidlertid er det enkelte trekk ved den nåværende organiseringen og finansieringen av helse- og omsorgstjenestene som direkte motvirker igangsetting av forebyggende tiltak. Dette skyldes at forebygging er sektorovergripende, både innenfor og mellom de to nivåene i helsetjenesten, og mellom helsetjenesten og andre sektorer, men også at forebygging krever en langsiktighet langt utover et budsjettår. Positive gevinster av et tiltak vil således bare unntaksvis kunne måles i den virksomheten som organiserer og finansierer tjenesten, og bare unntaksvis er et budsjettår en relevant tidshorisont. Dette bidrar til spill mellom forvaltningsnivå, og til at virksomheter som ikke forventer en målbar bedriftsøkonomisk gevinst ikke prioriterer et tiltak selv om det fremstår som samfunnsøkonomisk lønnsomt.

Eksempler på relevante forskningsspørsmål kan være:

- *Hvilke konsekvenser har valg av finansieringsformer for tilgjengelighet, kvalitet og effektivitet, og for fordelingen av tjenester til ulike pasientgrupper, definert ut fra sykdom, sosiodemografiske forhold, etnisitet og bosted?*
- *Dersom de etablerte prioriteringsprinsippene skal få konsekvenser også for ressursfordeling på makro- og meso-nivå, hvordan skal man vekte ulike fagområder mot hverandre – f.eks mentale lidelser og avhengighetsproblematikk opp mot kronisk hjerte-/lungesykdommer eller kreft?*
- *Gir en kombinasjonen av innsatsstyrt finansiering og rammetilskudd av sykehus best helseutbytte for pasientene, eller er det andre ordninger som bør prøves ut?*
- *Hvilke konsekvenser har valg av politiske og administrative styringsmodeller for helsetjenestens evne til å nå sine mål? Og hva kan være alternative modeller?*
- *Hvordan kan en utforme en finansieringsmodell som bidrar til at samfunnsøkonomisk lønnsomme forebyggingstiltak blir prioritert?*
- *Hvordan kan helsetjenesten organiseres og ledes (i primærhelsetjenesten, i spesialisthelsetjenesten og i samhandling og koordinering mellom dem), hvis en skal ta på alvor at pasienten skal stå i sentrum?*

### **3. En nasjonal strategi for helsetjenesteforskning**

Målet med en nasjonal strategi er å bidra til at det utvikles sterke fagmiljøer, til en styrking av den klinikknære helsetjenesteforskningen, og til en bedre integrering mellom universitetene og helseforetakene, men også legge til rette for en forskningsaktivitet med en forankring mot kommunene (samhandlingsforskning). En nasjonal strategi vil dessuten gi en bedre oversikt over ulike miljøer, noe som vil bidra til at miljøene kan samordne aktiviteten og lære av hverandre. En styrking av helsetjenesteforskningen vil også kunne gi en langt bedre utnyttelse av de mange datakilder som finnes i Norge.

Forskning foregår i stadig større grad gjennom samarbeid på tvers av landegrensene, og en økende andel av ressursene til forskning fordeles på internasjonale konkurransearenaer. Selv om helsetjenesteforskningen må forankres i de institusjonelle rammene som gjelder i Norge, er det viktig å delta i det internasjonale samarbeidet for å sikre kvalitet og fornyelse i forskningen. En bedre koordinering og strategisk satsing vil kunne bidra til at norske forskere i større grad enn det som er tilfelle i dag, er attraktive samarbeidspartnere og når opp på den internasjonale konkurransearenaen.

#### **3.1. Mål**

Målet med en nasjonal satsing på helsetjenesteforskning er å styrke omfang og kvalitet på helsetjenesteforskningen i Norge med vekt på følgende fem områder:

1. Kvalitet og pasientsikkerhet
2. Pasientbehandling, pasientforløp og samhandling
3. Behov og brukarmedvirkning
4. Styring og ledelse av og i helsetjenesten
5. Fordeling, organisering og finansiering av tjenester

#### **3.2. Delmål**

- skape robuste fagmiljøer innenfor helsetjenesteforskning,
- styrke den klinikknære helsetjenesteforskningen i helseforetakene,
- etablere en felles infrastruktur for å lette tilgangen til data for helsetjenesteforskning og relatert helseforskning,
- skape en bedre integrering mellom universitetene og helseforetakene, og
- legge til rette for en forskningsaktivitet med en forankring mot kommunene

### 3.3. Organisering av satsingen

I følge prosedyren for etablering av nasjonale satsingsområder, skal det pekes ut et koordinerende forskningsmiljø hvis Nasjonal samarbeidsgruppe for helseforskning går inn for en ny satsing (NSG 2010). Helsetjenesteforskningens sammensatte karakter innebærer at dette er det viktigste innledende tiltaket som må på plass for å sikre at en nasjonal satsing lykkes.

#### ***Nasjonal koordinator***

En koordinator eller et koordinerende miljø skal bla ha ansvar for å:

- Utvikle en *nettside* for å synliggjøre helsetjenesteforskning i Norge. En viktig hensikt med en nettside er å informere om aktuelle datakilder og forskningsmetoder, og om pågående helsetjenesteforskningsprosjekter. På nettsiden skal det også informeres om relevante forskerkurs og forskerskoler ved universiteter og høyskoler, samt forskningsutlysninger og konferanser i inn- og utland.
- Skape *møteplasser*, for eksempel i form av nasjonale konferanser<sup>5</sup> og workshops hvor forskere kan presentere egne studier, og internasjonale forskere på feltet inviteres.
- Koordinere et *nasjonalt helsetjenesteforskningsnettverk* bestående av forskere og forskningsmiljø fra alle regioner innenfor de ulike områdene av helsetjenesteforskningen.

En nasjonal koordinator må ha tett dialog med Fagrådet som vil bli oppnevnt om helsetjenesteforskning får status som nasjonal satsing (ref. mandatet). Vi vil i tillegg foreslå at det pekes ut et arbeidsutvalg med en kontaktperson fra hver region som sammen med den nasjonale koordinatoren danner et operativt organ. Medlemmene i arbeidsutvalget bør plukkes fra fagrådet og ideelt ha tilknytning til regionale knutepunkt (se nedenfor).

#### ***Nasjonalt helsetjenesteforskningsnettverk***

Nettverket skal bla ha ansvar for å:

- Finne ordninger som stimulerer til forpliktende forskningssamarbeid på tvers av regioner, disipliner og ulike deler av helsetjenesten.
- Yte veiledning og metodestøtte for å igangsette og gjennomføre studier innenfor helsetjenesteforskning.
- Bidra til at det utvikles komparative studier, og bidra til økt internasjonalt samarbeid innenfor helsetjenesteforskning.
- Arbeide for at en økende andel av helsetjenesteforskningen i Norge rettes inn mot internasjonale satsinger.
- Stimulere til rekruttering av helsetjenesteforskere.

---

<sup>5</sup> For eksempel etter mønster fra Peter Hjorth symposiet som ble avholdt 19. september 2011 (<http://www.forskningsradet.no/servlet/Satellite?c=Nyhet&cid=1253969072638&p=1226994198656&pagename=helseomsorg%2FHovedsidemal>)

Sammensetningen av et nasjonalt nettverk, og da særlig å sikre deltagelse fra alle regioner, er en kritisk suksessfaktor for at en skal lykkes med satsingen. Den nasjonale kartleggingen (Kjekshus & Lian 2009) og Forskningsrådets evaluering (2011) viser at det i alle regioner finnes forskere og forskningsmiljø innenfor helsetjenesteforskning, men at det ikke er ett tydelig kjernemiljø som peker seg ut i de fire regionene. Vi tror imidlertid at en nasjonal satsing er avhengig av en regional samordning, og vil derfor anbefale at de regionale helseforetakene peker ut et regionalt knutepunkt i hver region, gjerne som et samarbeid mellom universitetssykehusene og de medisinske fakultetene.

### **3.4. Mulige tiltak på lengre sikt**

#### ***Nasjonal utlysning av forskningsmidler***

De regionale helseforetakene deler årlig ut forskningsmidler til studier innenfor helsetjenesteforskning. Helse- og omsorgsprogrammet i Forskningsrådet er en annen viktig finansieringskilde. I tillegg tildeler private stiftelser som Helse- og rehabilitering, Sanitetskvinnene og Nasjonalforeningen for folkehelsen midler til enkelte studier. En fullstendig oversikt over finansieringskilder og pågående (og slutførte) forskningsprosjekt innenfor helsetjenesteforskning, er ikke lett tilgjengelig. Man ville trolig oppnå en mer effektiv utnyttelse av forskningsmidlene om utlysningen i større grad enn i dag var koordinert. Dette ville sikret at en finansierte prosjekter innenfor hele mangfoldet av kunnskapshull, men det ville også i større grad enn i dag sikret at det ble satset på de forskningsprosjektene som har høyest kvalitet. Siden 1999 har National Institute for Health Research i Storbritannia organisert en felles satsing på helsetjenesteforskning langs disse linjene, og deres Health Services and Delivery Research (HS&DR) program er eksempler som vil kunne forsøkes ut også i Norge (<http://www.netscc.ac.uk/hsdr/index.html>).

#### ***Kombinerte stillinger***

Det kan være utfordrende å bygge opp egne miljø innen helsetjenesteforskning med klinisk forankring helseforetakene. For å sikre en nærhet til sykehusenes kjernevirksomhet, og dermed at problemstillingene og områdene det forskes på har relevans for den kliniske virksomheten, er et mulig tiltak å opprette kombinerte stillinger som dels er knyttet til Universitetet, og dels til sykehusenes/ helsetjenesteforskningsmiljøet (både personer med hovedstilling på universitet og bistilling i helseforetak og motsatt). Denne modellen har en lenge hatt for vitenskapelige stillinger i klinikken.

#### ***Forskerkurs som en nasjonal strategi***

Den faglige bredden som preger helsetjenesteforskningen, er en stor utfordring i forskerutdanningen fordi forskeropplæring krever et større tilbud av kurs enn hva det enkelte medisinske fakultet med rimelighet kan tilby. Det bør derfor samarbeides om å etablere felles nasjonale kurs som tilbys i PhD-programmene ved alle de medisinske fakultetene.

#### ***Infrastruktur for nasjonal tilgang til dataregistre***

Det er behov for å etablere en felles infrastruktur for å lette tilgangen til data for helsetjenesteforskning og relatert helseforskning. Kompetansebehovene er knyttet både til datateknisk ekspertise for datauttrekk og kobling, «metadata»-systemer for beskrivelse av

dataelementer og datakvalitet, og til juridisk kompetane for å ivareta personvernet. Man kan f.eks vurdere en modell tilsvarende den som de regionale helseforetakene har etablert knyttet til oppretting og forvaltning av kvalitetsregistre med et nasjonalt servicemiljø og regionale noder. Et slikt arbeid bør koordineres med andre lignende initiativ.

### ***Regionale kompetansesenter***

Hvis regionene finner det formålstjenlig kan en også tenkes seg etablering av regionale kompetansesentre innenfor helsetjenesteforskning som et samarbeid mellom universitetssykehusene og de medisinske fakultetene. En viktig hensikt er å yte veiledning og metodestøtte for å igangsette og gjennomføre studier. En slik kompetansesentermodell har vist seg vellykket både innenfor klinisk forskning (regionale kompetansesentre for klinisk forskning) og allmenmedisin (allmenmedisinske forskningsenheter).

## **3.5. Fremdriftsplan**

Vi velger å presentere hva vi mener er viktige milepæler for å lykkes med en nasjonal satsing. En mer detaljert fremdriftsplan med milepæler må utarbeides når en nasjonal koordinator og et koordinerende miljø er på plass.

### ***Første år (2013):***

- Helse Sør-Øst RHF ber Akershus universitetssykehus HF peke ut koordinerende forskningsmiljø. Arbeidsutvalget for NSG oppnevner Fagrådet.
- Koordinator ansettes i det koordinerende forskningsmiljøet.
- De regionale helseforetakene peker ut en kontaktperson som sammen med nasjonal koordinator danner et arbeidsutvalg for satsingen.
- Nasjonal koordinator, arbeidsutvalg og Fagråd gjennomfører en studietur til NHS (HS&DR Programme).
- Webside opprettes.

### ***Andre år (2014):***

- Koordinerende forskningsmiljø fremlegger revidert fremdriftsplan med milepæler for Fagrådet.
- Nasjonal konferanse med internasjonale foredragsholdere og presentasjon av nasjonale studier avholdes i regi av det nasjonale koordinerende miljøet. Konferansen planlegges som et årlig arrangement. Arrangementet vil gå på omgang mellom regionene.

### ***Tredje år (2015):***

- Felles utlysning av forskningsmidler. Forskningsrådet og RHFene.

### ***Fjerde år (2016):***

- Internasjonal evaluering.
- Vurdere videreføring av satsingen.

### 3.6. Økonomi

Det viktigste med en nasjonal satsing på helsetjenesteforskning er å få på plass en bedre organisering og koordinering av aktiviteten. Et årlig budsjett på 1,5 millioner kroner som er det som maksimalt settes av til å drifte nettverket (ref mandatet), vil være nødvendig for å lønne en koordinator i full stilling, bygge opp og drifte en nettside, arrangere en årlig konferanse, samt dekke reiseutgifter for kontaktpersonene i de regionale kjernemiljøene.

Tentativt vil et årlig budsjett se slik ut:

<b>Budsjettposter</b>	<b>Sum</b>
Lønn og sosial utgifter	800.000 kroner
Webside	200.000 kroner
Nasjonal konferanse, inkludert reiseutgifter for internasjonale foredragsholdere	300.000 kroner
Reise- og møteutgifter regionale kontaktpersoner	50.000 kroner
Annen drift, inkludert studietur	150.000 kroner

## Referanser

Kjekshus, L.E. og Lian O., 2009, Forskning på helse- og omsorgstjenester i Norge: hvor er vi, og hvor går vi? Notat til programstyret for Norges forskningsråd Program for helse- og omsorgstjenester.

Health Services and Delivery Research Programme, National Institute of Health Research, NHS (<http://www.netscc.ac.uk/hsdr/index.html>)  
Helse- og omsorgsdepartementet, 2012, Forskning og innovasjon for bedre samhandling.

Helse- og omsorgsdepartementets samhandlingsforskningsstrategi 2012-2015.

Helsedirektoratet (2012): Prioriteringer i helsesektoren. Verdigrunnlag, status og utfordringer. Rapport IS-1967. Oslo 2012.

HSR Europe, Policy brief April 2011. Health services research: helping tackle Europe's health care challenges.  
<http://www.healthservicesresearch.eu/mediaFiles/upload/publications/Policybrief-health-services-research.pdf>

Kunnskapssenteret (2010). Forslagtilrammeverk for et nasjonalt kvalitetsindikatorsystem for helsetjenesten. Rapport nr 16-2010.

Nasjonal samarbeidsgruppe for helseforskning, 2010, Nasjonale satsingsområder innen medisinsk og helsefaglig forskning: Prosedyre for etablering.

Forskningsrådet, 2011, Evaluation of Biology, Medicine and Health Research in Norway.

Forskningsrådet, 2012, Flere aktive og sunne år. [http://www.forskningsradet.no/prognett-eva-nav/Nyheter/Flere\\_aktive\\_og\\_sunne\\_ar/1253969857730/p1224698458204](http://www.forskningsradet.no/prognett-eva-nav/Nyheter/Flere_aktive_og_sunne_ar/1253969857730/p1224698458204)

RHFenes handlingsplan for innovasjon og næringsutvikling i helsesektoren. 2008.

Sosial- og helsedirektoratet (2005). Og bedre skal det bli! Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.

St.meld. nr. 47 (2008-2009). Fremtidens helsetjeneste. Trygghet for alle. (Samhandlingsreformen).

St. Meld. 16 (2010-2011). Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015).

Institute of Medicine: Crossing the quality chasm. A new health system for the 21st century. Washington: Institute of Medicine 2001.