

Helsetjenesteforskning.

Rapport fra Koordinerende miljø og Fagråd

- Hvorfor behov for satsing? (Ref NSG møte 2.nov 2012)
 - Kunnskapsbehov
 - Forskningskvalitet
- Hva skiller helsetjenesteforskning fra de fem andre satsingene (nettverkene)?
- Fagrådet og det koordinerende miljø
- Status og (den lange) veien videre
- Gode råd fra NSG

KUNNSKAPSBEHOV (ref Skrivegruppen):

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 brukermedvirkning
4. Styring og ledelse av og i helsetjenesten
5. Fordeling, organisering og finansiering av tjenester

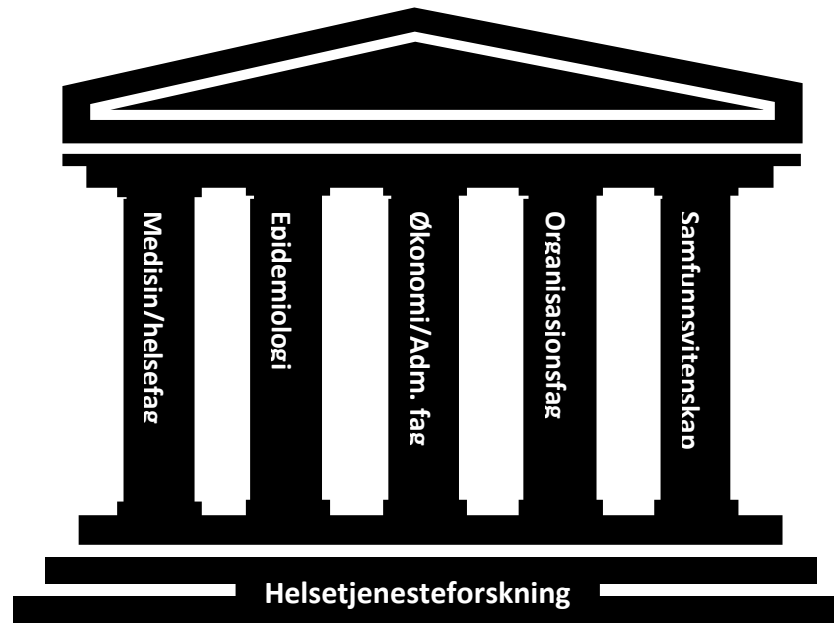
Forskningsmiljø og forskningskvalitet:

ref Skrivegruppen

- Kartlegging av pågående og planlagte forskningsaktiviteter i regi av Forskningsrådet (Kjekshus og Lian 2009).
- Forskningsrådets evaluering av biologi, medisin og helsefag (2011).
- Helse- og omsorgsdepartementets nye samhandlingsforskningsstrategi (2012).

- Aktivitet i alle regioner; HF, universitet/høyskole, instituttsektoren
- Aktiviteten er fragmentert og lite koordinert
- Få robuste miljø med langsiktig finansiering
- "Blandet" forskningskvalitet

HELSETJENESTEFORSKNING; anvendt forskningsfelt
Forskning på helsetjenesten med utgangspunkt i ulike akademiske
disipliner.
Forskningsspørsmålet bestemmer teoretisk grunnlag og metodisk
tilnærming.



Figur 1 Framstilling av helsetjenesteforskningens sammensatte og tverrfaglige karakter

HVA SKILLER DENNE SATSINGEN FRA DE FEM ANDRE?

1. Tverrfaglighet og flerfaglighet; ikke bare fra det som er vanlig i medisinsk og helsefaglig forskning. Stort behov for samfunnsvitenskap, humaniora, økonomi og teknologifag.
2. Svært få sterke fagmiljø i Norge (lav forskningskvalitet)
3. Svært få forskningsgrupper på HF nivå
4. Få miljø med stabil og langsiktig finansiering

FAGRÅDET

- Jan Abel Olsen (leder)
- Lise Balthesgard
- Marianne Storm
- Torhild Heggstad
- Jon Magnussen (nestleder)
- Bodil Landstad
- Lars Erik Kjekshus
- Hilde Lurås
- Martha Ebbing
- Signe Flottorp

KOORDINERENDE MILJØ

- Hilde Lurås (leder)
- Pål Gulbrandsen
- Fredrik A. Dahl
- Jorun Rugkåsa
- Ellen Deilkås

STARTPUNKTET VÅRT:

Målsetting og kriterier for nasjonale satsingsområder

Formål:

- Styrket forskningskvalitet og -produksjon som kommer helsetjenesten til gode.
- Bedre utnyttelse av eksisterende ressurser i forskningsmiljøene.
- Bedre flerregional eller nasjonal koordinering av forskningsmiljøene.
- Økt bidrag til den internasjonale kunnskapsproduksjonen innen forskningsområdet.

Satsingsområder bør innfri flere av følgende kriterier:

- Forskningen gjelder store folkesykdommer.
- Forskningen kan bidra til bedre organisering av helsetjenesten.
- Satsingen bidrar til videreutvikling av sterke forskningsmiljøer.

NASJONALE LANDSLAG.....

MÅL:

- styrke omfang og kvalitet på norsk helsetjenesteforskning

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*
- *legge til rette for en forskningsaktivitet med en forankring mot kommunene*

Skrivegruppens forslag

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

- Utvikle en **nettside** for å synliggjøre helsetjenesteforskning i Norge, samt informere om:
 - datakilder
 - forskningsmetoder
 - pågående helsetjenesteforskningsprosjekter
 - relevante forskerkurs og forskerskoler ved universiteter og høyskoler
 - forskningsutlysninger og konferanser i inn- og utland.
- Skape **møteplasser**, i form av nasjonale konferanser 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.

Et nasjonalt helsetjenestenettverk skal bla ha ansvar for å:

- Stimulere til forpliktende forskningssamarbeid på tvers av regioner, disipliner og ulike deler av helsetjenesten.
- Utvikle en felles strategi for å lette tilgang til data.
- 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.

I lys av tidligere kartlegginger har vi ikke ønsket å foreslå en avgrensning av nettverket, men vi vil påpeke at det er **KRITISK VIKTIG** med regional representasjon (for eksempel i form av et regionalt sammensatt arbeidsutvalg som jobber tett med koordinator/koordinerende miljø).

Hvordan få det til?

- **OPPGAVE 1:**

- Hva er beste anvendelse av 1,5 millioner?
- Finnes **Koordinator**en som både har tillit (og påvirkningsmulighet/kraft) i alle regioner og nasjonalt, samt blant ulike fag og akademiske retninger?

«For en full stilling vil det trolig være umulig å få gode forskere til å ta jobben, og hvis de tar den, er jeg redd de helst vil forske og ikke koordinere» (Sitat fra diskusjon på Fagrådsmøte)

- **Kan vi tenke annerledes?**

- **OPPGAVE 2:**

- Dialog med Forskningsrådet for å sikre helhet
- Hjemmeside?
- Konferanse eller workshop?

SWOT; en versus fire

STRENGTHS

- Bedre regional forankring og kontinuitet i dialogen med RHFene
- Breder og dypere oversikt over hva som foregår i landet
- Mulig å få kompetente forskere uten andre bistillinger
- Sikrer at HØKH ikke er "alene om ansvaret" for å mislykkes

OPPORTUNITIES

- 'Early wins' med konkrete og synlige produkter (som f.eks en konferanse) kan konsolidere arbeidet, gjøre satsningen til en aktør i folks bevissthet og legitimere videre arbeid.
- Mulig å initiere nasjonal fordeling av midler spesifikt på feltet, med relevant komité??

WEAKNESSES

- Venstrehåndsarbeid overalt, folk betales for hva som i realiteten er ingenting
- Splid mellom regionale koordinatorene og de regionale medlemmene av fagrådet
- Fagrådet tar lettere på oppgaven siden det er noen i en betalt stilling lokalt

THREATS

- At koordinatorene ikke er koordinert
- At det blir et - og muligens to - supperåd
- Gnisninger mellom 2erstillinger
- Skjer det lite kan RHFene oppleve at de får «steiner for brød» og avvikle hele greia

Andre innspill fra diskusjonen(e) etter at vi – i dialog med HSØ - konkluderte med fire

- Sammensetning av koordinatorene må ivareta ulike hensyn
 - Kjønn, Profesjon, Faglig bredde
 - Regional (og nasjonal) «impact» er viktig
- Fagrådet må utvikle klare arbeidsoppgaver/strategier/mål for koordinatorene
- Bør være regelmessige møter dem imellom
- Jevnlige fellesmøter med og rapportering til Fagrådet
- Bistillingen fra HSØ bør ha en koordinerende rolle
- Merkantil støtte fra HØKH
- Må ha tett og god dialog med Forskningsrådet for å unngå dobbeltarbeid eller en satsing som «faller mellom alle stoler»

FRA STILLINGSUTLYSNINGEN

Arbeidsoppgaver

- Ta ansvar for å etablere et nettverk som skal utarbeide en søknad om finansiering av et omfattende forskningsprosjekt med tydelig anvendt profil
- Skaffe oversikt over helsetjenesteforskning innenfor helseforetak og universitet/høyskole i egen region
- Være kontaktperson for helsetjenesteforskning i egen region

Kvalifikasjoner

- Akademiske meritter: Dr grad og publiseringserfaring
- Helsefaglig, medisinsk eller samfunnsvitenskapelig utdanning
- Bredt faglig nettverk til helsesektor og forskningsmiljø
- Erfaring i å skrive søknader om forskningsfinansiering
- God kjennskap til helsetjenesten, særlig spesialisthelsetjenesten

Personlige egenskaper

- Evner og motivasjon til å påvirke relevante organer for økt satsing på helsetjenesteforskning i Norge
- God skriftlig og muntlig fremstillingsevne på norsk og engelsk
- Evne til å arbeide selvstendig og ta initiativ, samt evne til samarbeid

STATUS KOORDINATORSTILLINGENE

- **Bred utlysning:**

- Aftenposten, Nordlys, Adresseavisa, BT (event Stavanger Aftenblad), Dagens Medisin
- JobbNorge
- HØKHs hjemmeside, RHFenes hjemmeside.
- Nyhetsbrev fra Forskningsrådet og programnettsiden
- Kunnskapssenterets hjemmeside
- Andre nettverk (Fagrådet oppfordret til aktiv rekrutering)
- Sosiale medier

- **Syv søkere:**

- Helse Midt: Pål Martiniussen
- Helse Sør Øst: Ånen Ringard
- Helse Nord:.....
- Helse Vest:?

STATUS fagråd og koordinerende miljø

- Koordinerende miljø var klart i februar 2013.
- Fagrådet var klart høsten 2013.
- Gjennomført to heldagsmøter/seminar på Ahus (HØKH). Nytt heldagsmøte om 2 uker.
- Leder av HØKH og leder av Fagrådet har hatt et møte med Forskningsrådet. Nytt møte om 2 uker (inkluderer de to koordinatorene som er på plass).
- Årlig (internt) HØKH seminar i Hurdal i dag og i morgen hvor Fagrådet (og koordinatører) er invitert. Fra programmet:
 - *Helsetjenesteforskningens utfordringer i Norge* ved Jon Magnussen
 - *Samarbeid med andre regioner i helsetjenesteforskningen, sett fra Midt-Norge* ved Jon Magnussen
 - *Kvalitet og sikkerhet i helsesystemer. Helsetjenesteforskningen i Stavanger-regionen. Muligheter for flerregionalt samarbeid* ved Marianne Storm
 - *Kunnskapssenterets rolle i norsk helsetjenesteforskning. Hva gjør vi selv? Hva krever flerregionalt samarbeid?* ved Signe Flottorp
 - Diskusjon med Pål Gulbrandsen som ordstyrer *Veien frem mot høstens utlysning*
 - *Presentasjon av søknader og søknadsstrategi 2014* ved HØKHs gruppeledere (Ellen, Fredrik, Jorun, Pål)

Hva kan vi lære av andre for å lykkes? (ref Skrivegruppen)

- 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 (Høyskoler?), og dels til klinikken/sykehusene (både personer med hovedstilling på universitet og bistilling i helseforetak og motsatt).
- En **regional kompetansesentermodell** har vist seg vellykket både innenfor klinisk forskning (regionale kompetansesentre for klinisk forskning) og allmennmedisin (allmennmedisinske forskningsenheter).
 - Veiledning og metodestøtte til forskere på feltet

Hva kan vi lære av andre for å lykkes? (ref Skrivegruppen)

- National Institute of Health Research (UK) har siden 1999 via **Health Services and Delivery Research** (HS&DR) programmene utlyst nasjonale midler (<http://www.netscc.ac.uk/hsdr/index.html>)
 - effektiv utnyttelse av forskningsmidlene med en felles, koordinert utlysning
 - bidrar til at det finansieres prosjekter innenfor hele mangfoldet av kunnskapshull
 - bidrar til at det satses på de forskningsprosjektene som har høyest kvalitet
- **Infrastruktur for nasjonal tilgang til dataregistre:**
 - lette tilgangen til data
 - datateknisk ekspertise i datauttrekk og kobling
 - juridisk kompetanse for å ivareta personvern

Se på RHFenes modell for oppretting og forvaltning av kvalitetsregistrene: nasjonalt servicemiljø og regionale noder. Egner denne modellen seg?

Kommentar: DETTE IVARETAS BLANT ANNET I HO21 – VI KAN UNDERSTØTTE ARBEIDET, MEN IKKE HA EN AKTIV UTFØRENDE ROLLE

Hvordan øke forskningskvalitet og sikre langsiktighet?

- Få de sterke fagmiljøene innenfor samfunnsfag, humaniora, teknologi m.m. interessert i helse
- Unngå en fragmentert tildeling av midler til prosjekter som dupliserer hverandre, ikke er gjennomførbare, og ikke holder god nok kvalitet
- Benytte virkemidler fra andre vellykkede satsinger (for eksempel ressurs- og miljøforskning og helseøkonomi)

EKSEMPEL: Satsingen på helseøkonomi

- **Utgangspunkt:** Helseøkonomi var bortimot ikke-eksisterende i Norge.
- Finansdepartementet og Helsedepartementet initierte en nasjonal satsing i regi av Forskningsrådet.
- Utlyst nasjonalt konkurranse som endte med to miljø (vellykket med to – selv om det initialt virket litt pussig....)
- HEB og HERO ble finansiert fra 1998 til 2011.
«Lenger satsing enn det som er vanlig, men 10 år er vel et minimum for at et miljø skal få fotfeste» (sitat Forskningsrådet)
- Til sammen ca 120 millioner kroner, dvs ca 58 millioner til hvert miljø. Det var en opptrapping noen år og så en nedtrapping mot slutten.
- **Resultat:** Norsk helseøkonomi er internasjonalt konkurransedyktig på forskningsarenaen. Helseøkonomi har blitt en viktig del av forvaltningen og en del av helsevesenet.

GODE RÅD OG INNSPILL FRA MEDLEMMER I NSG

- Retningen så langt....
- Hvordan går vi videre....
- Alliansepartnere....
- Samarbeidspartnere...

Område 1: Kvalitet og pasientsikkerhet

- *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 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?*

Område 2: Pasientbehandling, pasientforløp og samhandling

- *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?*
- *Hvilke tiltak kan iverksettes for å sikre at kostnadseffektive kliniske tiltak faktisk blir tatt i bruk i praksis?*
- *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?*

Område 3: Behov og brukermedvirkning

- *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?*

Område 4: Styring og ledelse av og i helsetjenesten

- *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)?*

Område 5:

Fordeling, organisering og finansiering av helsetjenester

- *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 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?*