

Høringssvar til NOU 2023:4 fra Nasjonalt nettverk i helsetjenesteforskning

For å styrke helsetjenesteforskning som forskningsfelt i Norge ble Nasjonalt nettverk for helsetjenesteforskning etablert av Nasjonal samarbeidsgruppe for helseforskning (NSG) i 2013. Helse Sør-Øst RHF finansierte nettverket frem til 2020. Etter at finansieringen ble avsluttet er nettverket videreført i regi av fagmiljøene. Nettverket har på disse 10 årene etablert seg som en nasjonal aktør på feltet, og inkluderer nå forskningsmiljø i universitets- og høyskolesektoren, helsetjenesten, og instituttsektoren i hele landet. Aktiviteten er høy blant forskerne i nettverket, og publiserte artikler har både et mikro-, meso -og makroperspektiv på helse- og omsorgstjenestene.

Helsepersonellkommisjonen foreslår en helhetlig innsats på flere områder for å nå målet om en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. Fordi endringer i måten vi organiserer, finansierer og leverer tjenester på må være evidensbasert og forankret i forskning, mener det nasjonale nettverkets aktører at det i oppfølging av forslagene er stort behov for helsetjenesteforskning. Vi vil i høringen spesielt rette blikket mot områder hvor helsetjenesteforskning kan bidra til bedre tjenester. Først vil vi imidlertid kommentere premisset fra kommisjonen om at det av hensyn til andre sektorer ikke er rom for å øke antallet sysselsatte i helse – og omsorgssektoren fremover.

Økt forebygging og produktivitet er ikke tilstrekkelig for dekke fremtidens helsebehov

Med begrunnelsen om å ta hensyn til behovene i andre næringer og sektorer anbefaler ikke kommisjonen vekst i antall sysselsatte i helse- og omsorgstjenesten, siden utvikling i folketall og forsørgerbrøk innebærer at det kan bli knapphet eller også mangel på arbeidskraft i Norge fremover. Kommisjonen har derfor gjort et veivalg, og lagt som premiss at vi ikke kan regne med at antall sysselsatte i helse- og omsorgssektoren økes.

Det nasjonale nettverket tror det er lite realistisk at befolkningens ønsker, behov og etterspørsel vil reduseres radikalt fremover. Vi vil peke på at konsekvensen av dette veivalget kan bli økt bruk av private helsetjenester og redusert oppslutning om det offentlige tilbudet. Vi støtter fremstillingen av personell som en knapphetsressurs, men ikke premisset om at det ikke er rom for å øke antall ansatte i helse- og omsorgssektoren. En utdyping av dette kan leses i disse artiklene i henholdsvis *Dagens medisin* og *Dag og tid*: «Ønsker vi virkelig å redusere kvaliteten på tjenestene» (<https://www.dagensmedisin.no/onsker-vi-virkelig-a-redusere-kvaliteten-pa-helsetjenesten/555272>) og «Blokkerer for en fornuftig debatt» (<https://www.dagotid.no/samfunn/-blokkerer-for-ein-fornuftig-debatt-6.121.28604.ba898e728f>).

Med utgangspunkt i internasjonal forskningslitteratur, vil vi dessuten hevde at kvaliteten på tjenestene både avhenger av personelldekning og nivå av formell kompetanse hos helsepersonellet

En god beskrivelse av behovet for omstilling

Kommisjonen konkluderer med at betydelige tiltak må til for å endre helse- og omsorgstjenestene, og anbefaler en helhetlig innsats på flere tiltaksområder som sammen skal bidra til en nødvendig omstilling og en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. Kommisjonen er tydelig på at endringene må være evidensbasert og støttet av forskning, noe vi støtter. Vi mener imidlertid at kommisjonen i mye større grad kunne ha understøttet sine synspunkter med resultater fra nasjonal og internasjonal forskning. Utfordringene vi har i Norge kan gjenfinnes i andre land, og det finnes god dokumentasjon på effekter av tiltakene som foreslås.

Omstillingen må være evidensbasert og støttet av forskning

Kommisjonen foreslår to forsknings- og kvalitetsutviklingsprogram:

- Et *forskningsprogram* lagt til Forskningsrådet hvor målet er utvikling av nye digitale løsninger for å redusere behovet for arbeidskraft, med forslag om en årlig bevilgning på 500 millioner kroner i 10 år.
- Et *kvalitetsutviklingsprogram* forvaltet av Helsedirektoratet til fremme av bedre organisering av arbeidsprosesser og riktig oppgavedeling i helse- og omsorgssektoren, med forslag om en årlig bevilgning på 300 millioner kroner i 10 år.

Prioriteringer i helse- og omsorgstjenesten skal baseres på tre kriterier; helseeffekt, ressursbruk og alvorlighet. For å få informasjon om effekter, trengs det analytiske studier, hvor man helst introduserer kontrollert variasjon i behandling eller kvasiekperimentelle design der hvor randomisering ikke lar seg gjøre.

Vi mener at kvalitetsutviklingsprogrammet om bedre organisering av arbeidsprosesser og riktig oppgavedeling også må inkludere forskning. I en årrekke har lokale, regionale og nasjonale myndigheter tildelt mye midler til utvikling av helsetjenesten i form av tjenesteinnovasjonsprosjekter, kvalitetsprosjekter og forbedringsprosjekter. Slike prosjekter er ikke alltid gjennomført og evaluert på en systematisk måte. I etterkant rapporteres det at «alle er veldig fornøyd»; pasienter, pårørende og ansatte. Dette er ikke tilstrekkelig fremover, det må kreve forskningsbasert evidens. Krav om at effekter av utprøvinger og tiltak skal evalueres for å gi et bedre grunnlag for politiske beslutninger er for øvrig også forankret i Utredningsinstruksen (Instruks om utredning av statlige tiltak, FOR-2016-02-19-184). En forskningsbasert tilnærming (med randomisert eller kvasiekperimentelt design) er en forutsetning for å ivareta dette.

Organisering av arbeidsprosesser og oppgavedeling, og implementering av nye digitale løsninger i tjenesten er to sider av samme sak. Nettverket mener derfor at de to programmene må ses i sammenheng og utlyses samlet. Forskningsrådet har de siste årene utlyst midler innenfor programmene «Samarbeidsprosjekt for å møte utfordringer i samfunn og næringsliv», «Innovasjonsprosjekt i offentlig sektor» og Pilot Helse, hvor hensikten nettopp har vært å bidra til samarbeid mellom offentlig sektor og forskningsmiljø for å øke den kunnskapsbaserte omstillingen av samfunnet. Et nytt program må selvsagt målrettes og konkretiseres mer enn det som fremkommer i kommisjonens rapport, men det vil Forskningsrådet i samarbeid med sentrale helsemyndigheter kunne ivareta. Det er ellers positivt at kommisjonen har et langsiktig perspektiv på 10 år når de beskriver disse programmene.

Kommisjonen vil tilrettelegge for en tettere kobling mellom forskning og klinisk praksis, men nevner ikke helsetjenesteforskning eksplisitt i sin rapport. Det vil kreve en tverrfaglig, helhetlig forskningsinnsats for å gi resultater som er nyttige og kan implementeres i tjenesten. Dette er utgangspunktet for helsetjenesteforskning som fagfelt hvor en med ulike metoder¹ forsker på tjenesten for å øke kunnskapsgrunnlaget og gi et bedre grunnlag for å levere tjenester med høy kvalitet tilpasset befolkningens behov². Dette må komme tydelig frem når forskningsmidlene utlyses. Vi vil også legge til behovet for åpenhet i forskning med deling av problemstillinger, kildekode for tilrettelegging av data og analyse som en nødvendig betingelse for legitimitet til slik forskning.

¹ Pubmed beskriver helsetjenesteforskning som: "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."

² Agency for Healthcare Research and Quality beskriver Helsetjenesteforskning som: "Health services research examines how people get access to health care, how much care costs, and what happens to patients as a result of this care. The main goals of health services research are to identify the most effective ways to organize, manage, finance, and deliver high quality care; reduce medical errors; and improve patient safety."

Omstilling av helsetjenestene kan få betydning for vridninger over mot private løsninger. Det er i dag få eller ingen krav for helprivate helsetjenester til å rapportere aktivitet. Vi mener derfor at det er behov for å vurdere lovpålagt registrering av helprivate tjenester. Dette vil være nødvendig for å evaluere vridningseffekter hvor nødvendige helsetjenester fordeles etter betalingsevne snarere enn behov.

Forsøk og utprøvinger må ha et forskningsdesign

Nye måter å organisere og levere helsetjenester på er et gjennomgående strategisk grep som beskrives i rapporten. Der kunnskapsgrunnlaget er svakt foreslår kommisjonen utprøvinger. Vi vil igjen presisere at for å sikre at nye løsninger har den ønskede effekten på pasientbehandlingen, de ansattes arbeidshverdag, sykehus- og kommuneøkonomi og bruken av samfunnets ressurser må det stilles krav til et design som gjør det mulig å evaluere om tiltaket bør videreføres, og om det bør breddes ut nasjonalt i tjenesten. Evaluering og forskning på utprøvinger og piloter må både inkludere kvalitative data (intervjuer, observasjoner, dokumenter mm) og kvantitative data (spørreskjema, registerdata, data fra pasientjournaler mm). Det må også inkludere analyse og vurdering av om dagens finansieringsordninger gjør det mulig å videreføre den nye tjenesten etter at den øremerkede finansieringen er avsluttet. Hvis det ved gjeldende ordninger er slik at det ikke er institusjonen som finansierer den nye tjenesten (for eksempel et HF) som får gevinsten (for eksempel en kommune) vil en implementering i full skala trolig ikke la seg gjennomføre, eventuelt vil gevinsten fra forsøket ikke la seg gjenskape. Sykehusutvalgets forslag om å innføre et samhandlingsbudsjett som vil kunne sikre varig finansiering av fornuftige samhandlingstiltak er i så måte interessant (NOU 2023:8).

Med et forskningsdesign vil naturlige eksperiment som nasjonale endringer i finansieringsordninger, DRG-satser og egenandeler ligge godt til rette for forskning og publisering. Internasjonalt er denne typen endringer av stor interesse, og det nasjonale nettverket er opptatt av at dette bør utnyttes fremover.

Strukturering av tiltak rundt ulike områder

Kommisjonen strukturerer de foreslåtte tiltakene rundt seks områder. Vi mener dette er en analytisk god tilnærming som tydeliggjør helheten i en nødvendig omstilling. Alle områdene kommisjonen peker på er høyst relevante forskningsområder innenfor helsetjenesteforskning. Nedenfor knytter vi derfor noen kommentarer til de ulike områdene. Vi har valgt å slå dette sammen til fire forskningsområder.

Organisering av helse- og omsorgstjenestene

I rapportens kapitler 3 og 7 påpeker kommisjonen at det fortsatt er store samhandlingsutfordringer og mange strukturelle hindringer for å få til en sammenhengende og mer effektiv tjeneste. Dette på tross av en rekke helsepolitiske tiltak som er igangsatt i perioden fra behovet for bedre samhandling ble satt på dagsorden og Wisløff utvalget avga sin innstilling i 2005 («Fra stykkevis til helt» NOU 2005:3).

Den kompliserte organiseringen av tjenesten som inkluderer at aktørene står overfor ulike rammevilkår og finansieringsordninger, er godt illustrert i Figur 3.2. Denne kompleksiteten ligger til rette for spill mellom forvaltningsnivå; svake insentiv til å finansiere tjenester som ikke umiddelbart kommer aktøren som finansierer tjenesten til gode. Dette er spesielt problematisk i et samhandlings- og forebyggingsperspektiv.

Et flertall i kommisjonen foreslår en utredning om en mer helhetlig organisering av helsetjenesten. Vi støtter dette, og foreslår at det parallelt med utredningen designes og igangsettes en forskningsbasert utprøving av nye styrings-, organisasjons- og finansieringsmodeller i et avgrenset geografisk område. Dermed vil man kunne avdekke faktorer som fasiliteter, men også hindrer

iverksetting, og dermed identifisere hva som må til for at man skal lykkes. Her kan myndighetene blant annet utnytte erfaringer fra innføring av fastlegeordningen som ble prøvd ut i fire kommuner i 4 år, og evaluert før det ble innført nasjonalt.

Prioritering og reduksjon av mindre viktige og til dels uønskede tjenester

I kapittel 11 har kommisjonen en grundig gjennomgang av prioriteringsutfordringer i tjenesten, og behovet for å ta ned forventninger og gjøre «begrensende valg». Rapporten beskriver prioriteringskriteriene - nytte, ressurs og alvorlighet - og det påpekes at prioritering både skjer på overordnet politisk nivå, på administrativt nivå og i det enkelte pasientmøte. Det er fortsatt behov for forskning knyttet til prioriteringsbeslutninger, og kanskje særlig knyttet til om prioriteringskriteriene ligger til grunn og er nyttige for beslutninger i det enkelte pasientmøtet.

Problemstillinger knyttet til variasjon, inkludert underbehandling, overbehandling og overdiagnostikk er også drøftet i rapporten. Det vises blant annet til at Helseatlasene til SKDE som viser at det er geografisk variasjon i forbruk, og også variasjon langs dimensjonene alder, kjønn og diagnose. Noe som imidlertid er lite dokumentert, er variasjon mellom ulike sosioøkonomiske grupper. Sosial ulikhet i helse er en viktig helsepolitisk problemstilling. I tillegg til tiltak for å redusere praksisvariasjonen rettet mot tilbudssiden som fagrevisjoner, metodebøker og andre verktøy, vil vi anbefale forskning som går grundig inn i å beskrive tjenestevariasjon mellom ulike befolkningsgrupper, og hva som kan være mulige forklaringer på at pasienter med tilsynelatende samme behov ikke mottar det samme tjenestetilbudet. Datatilfanget fra nasjonale registre, elektroniske pasientjournaler og egeninnsamlede data, kombinert med kvalitativt innhentede data vil ligge godt til rette for denne typen studier. Selv om beskrivelser av variasjon i helsetjenester gir viktig informasjon for videre undersøkelser, sier ikke slike undersøkelser i seg selv noe om hva som er riktig behandling og organisering - eller hva det ønskelige nivået av helsetjenesteforbruk bør være (en utdypning av dette kan leses i denne artikkelen i *Dagens medisin*: <https://www.dagensmedisin.no/hvor-skal-det-kuttes/556330>). Nettverket mener derfor at det er behov for analytiske studier om praksisvariasjon.

Under den første bølgen av koronapandemien i Norge ble det gjennomført en analyse av 17 kirurgiske prosedyrer som av helsemyndighetene i UK er antatt å ha «usikker nytteverdi». Resultatene viste at alle disse inngrepene ble kraftig redusert³. Dette tyder på at det foregikk prioriteringer på tilbudssiden, noe som igjen adresserer problemstillinger knyttet til overdiagnostikk og unødvendig bruk av helsetjenester i en normalsituasjon. Kommisjonen beskriver dette i sin rapport (Inngrep med ubetydelige helseeffekter 11.4) og foreslår å sette i gang et utredningsarbeid med å gjennomgå DRG-takstene for å se om takstene gir insentiver som ikke er ønskelige i lys av prioritering av helse- og omsorgstjenester. Videre foreslås det å vurdere behovet for å øke egenbetaling fra pasienter og brukere til slike ikke-prioriterte tjenester. Det nasjonale nettverket støtter dette forslaget. Vi mener dessuten at en tilsvarende gjennomgang ville vært nyttig og interessant for takster og egenbetaling innenfor fastlegetjenesten. Det å benytte økonomiske insentiv som takster for å endre adferd er godt dokumentert i nasjonal og internasjonal forskning. Dette så vi et annet godt eksempel på under pandemien. Det var først når takstene for e-konsultasjon og ordinær konsultasjon ble likestilt at bruken av e-konsultasjon økte, selv om det i mange år hadde vært en helsepolitisk målsetning at flere konsultasjoner skulle skje digitalt.

Vi støtter kommisjonen i at det er behov for å se nærmere på de økonomiske insentivene som ligger i takster og innsatsstyrt finansiering. Vi er imidlertid usikre på hva som ligger i *utredningsarbeid*, men vi forutsetter at dette inkluderer en oppsummering av hva vi bla vet fra internasjonal helseøkonomisk forskning. Så er det viktig å legge til rette for å evaluere om en

³ SKDE rapporten kan lastes ned her: <https://helse-nord.no/Documents/Ett%20%C3%A5r%20inn%20i%20koronapandemien.pdf>

eventuell endring i nasjonale takster faktisk gir den ønskede endringen i adferd og slutteffekt. Dette er et eksempel på et naturlig eksperiment som må utnyttes.

Digitalisering og teknologisk utvikling

Ulike e-helse tiltak er en viktig del i utviklingen av fremtidens helsetjeneste. Det skal løse behovet for mer arbeidskraft, gjøre hverdagen enklere for de ansatte og gi trygghet for pasientene. Dette er et område som favner vidt, noe kommisjonen gir en god og omfattende beskrivelse av i kapittel 12. Nettverket støtter anbefalingen om å legge til grunn at innføring av teknologiske og digitale løsninger bør føre til frigjøring av personellressurser og økt effektivitet, uten at det går på bekostning av kvalitet og pasientsikkerhet. Vi vil sterkt understreke at utvikling av digitale løsninger må understøttes av helhetlige analyser som vurderer gevinstpotensialet opp mot virkningene i alle berørte arbeidsprosesser, før beslutning om innføring tas. Helsetjenesteforskningen kan i denne sammenhengen gi viktige bidrag i form av forskningsbasert evaluering av pilotutprøvinger. Vi vil understreke at i tillegg til å vektlegge personell og brukeres involvering i utvikling av hensiktsmessige digitale løsninger, er det viktig å fokusere på implementeringsaspektet. Kunnskap om hvordan digitale løsninger bør integreres og organiseres i tjenesten er avgjørende med tanke på å realisere gevinster. Kommisjonen refererer til FHIs gjennomgang av erfaringer fra digital hjemmoppfølging hvor det så langt er mangelfull dokumentasjon på at dette leder til færre sykehusinnleggelser eller andre kontakter med sykehus eller fastlege. Dette bør først og fremst tas som et varsel om at gevinstrealisering er krevende og understreker igjen viktigheten av økt forskningsbasert kunnskap på både når det gjelder å utvikle og å ta bruk digitale løsninger.

Nettverket støtter kommisjonens forslag til tiltak på området digitalisering og teknologisk utvikling (kap 12.5). I tillegg til det foreslåtte forskningsprogrammet haster det å styrke digital kompetanse blant ansatte i tjenesten, og hos brukerne av tjenestene, for dermed å utnytte tilgjengelig teknologi bedre. Det haster også med å styrke kunnskap om behov i helse- og omsorgstjenestene hos leverandører og teknisk personale, noe som er vesentlig for god implementering av digitale løsninger. Vi har kommentert det foreslåtte forskningsprogrammet ovenfor, og gjentar ikke dette her.

Oppgavedeling, arbeidsforhold, arbeidstid, utdanning og kompetansebehov

I kapittel 10 Utdanning og kompetanseutvikling gjør kommisjonen en grundig gjennomgang av helseutdanningene, rekrutteringsutfordringer, behovet og viktighet av desentraliserte studietilbud, kvalitet og kapasitet i praksisundervisning og læring, og samarbeid i og mellom ulike utdanninger. Nettverket støtter kommisjonens anbefalinger om å utdanne det helsepersonellet Norge har behov for selv, sikre at studentene er godt forberedt på yrket og særlig arbeidstidsordninger/turnusarbeid, vektlegging av kommunene som praksisarena og styrking av deres ansvar for undervisning og veiledning. Nettverket vil særlig kommentere betydningen av god ledelse av det kliniske arbeidet og strategisk kompetanseutvikling. En av fem sykepleiere slutter i helsevesenet innen ti år etter endt utdanning (SSB, 2017). Høy turnover og helsearbeidere som forlater klinisk arbeid eller yrke er kostbart. Det er dyrt å lære opp nye og erstatte erfarne sykepleiere, leger og andre helsearbeidere, og turnover og underbemanning er dessuten en risiko for pasientsikkerhet. Kommisjonens fremheving av god ledelse og kompetanseutvikling er derfor viktig.

Helsetjenesteforskning kan i denne sammenheng bidra til kunnskap om tiltak som kan informere HR-politikk på ulike nivå i helsetjenesten og i ulike geografiske områder, styrke lederkompetanse og praksis for karriereutvikling som er i tråd med ansattes forventninger, normer og verdier i ulike livsfaser. Rapporten utdyper ulike former for kompetanseutvikling og vektlegger blant annet å etablere arenaer for systematisk læring, kunnskapsdeling og refleksjon. Nettverket vektlegger at dette er svært viktig. Det er gjennomført helsetjenesteforskning i nettverket av

forskere ved Universitetet i Stavanger som viser at det å etablere arenaer for læring og kunnskapsdeling er hensiktsmessig og har bidratt til økt brukermedvirkning, kvalitet i samhandling og overføring av pasienter mellom spesialist og kommunehelsetjenesten. Vi vil understreke at helsetjenesteforskning i denne sammenheng har et viktig bidrag både i å designe og evaluere effekter av slike tiltak og implementering i praksis.

På vegne av Nasjonalt nettverk i helsetjenesteforskning

Hilde Lurås, leder av koordinerende miljø for det nasjonale nettverket.