

Stort program

«Gode og effektive helse-, omsorgs- og velferdstjenester»

Tematisk og strategisk grunnlag for programplan

1 Bakgrunn

Satsingsområdet *Flere aktive og sunne år* (FASE) er en hovedprioritering i Forskningsrådets budsjettforslag til departementene i 2013 og 2014. Programmet *Gode og effektive helse-, omsorgs- og velferdstjenester* (kortform: *Gode og effektive tjenester*) er et sentralt element i FASE. Etter en kort beskrivelse av hele satsingsområdet FASE, vil dette dokumentet beskrive det tematiske grunnlaget for det store programmet nærmere og diskutere noen av de forskningsstrategiske utfordringene som må løses om programmet skal bli vellykket.

1.1 Hovedsatsingsområdet Flere aktive og sunne år (FASE)

FASE er sammensatt av flere aktiviteter i Forskningsrådet. Det vil si at FASE-relevante prosjekter fra ulike aktiviteter samlet bidrar til å belyse det tematiske området som FASE skal dekke. Målet med satsingen er å styrke forskning og innovasjon på områder som blir *vesentlig viktigere* i lys av en voksende andel eldre i befolkningen de neste 20-30 år og de befolknings-, samfunnsutfordringene og sykdomsutfordringer som følger av dette. FASE skal bidra med kunnskap om hvordan et velfungerende velferdssamfunn kan opprettholdes, og vil konsentreres om tre hovedutfordringer eller søyler:

1. Endring i sykdomsbildet og omsorgsbehov
2. Behov for økt produktivitet og kompetanse i helse- og velferdssektoren
3. Behov for økning i samfunnets arbeidsstyrke

Endring i sykdomsbildet og omsorgsbehov

Økningen i antall eldre og behovet for høy yrkesdeltakelse vil kreve økt kapasitet og stille nye krav til innretningen av helse-, omsorgs- og velferdstjenestene. Det vil være behov for effektive sykdomsforebyggende og helsefremmende tiltak, slik at sykdom og funksjonsnedsettelse unngås/utsettes lengst mulig. Forskning om effektive tiltak og implementeringsstrategier må rettes mot hele befolkningen, både unge og eldre. Psykiske helseproblemer blant unge som fører til frafall fra videregående skole og økt uførepensjonering utgjør en stor fremtidig velferdsutfordring. Det vil for de fleste være et mål å klare seg selv hjemme lengst mulig i høy alder, men økningen i antall personer med kognitiv svikt og demens blir en stor utfordring. Økt levealder vil også føre til at antall eldre med sammensatte og kroniske lidelser vil øke. Vi trenger større kunnskap om diagnoser, behandling, rehabilitering og pleie av pasienter med et sammensatt sykdomsbilde. Det innebærer en styrking av pasientnær forskning generelt, og geriatrisk/aldersrelatert forskning spesielt. Vi trenger større kunnskap om sykdommene som særlig rammer i eldre år. For at flere hjelpetrengende eldre skal kunne bo i eget hjem lengst mulig, trenger vi kunnskap om ulike former for omsorgstilbud og assistanse til hjemmeboende eldre. Her inngår også ulike produkter og tjenester for dette formålet (velferdsteknologi), og satsingen FASE vil bidra til utvikling og innovasjoner for et privat og offentlig marked for dette.

Behov for økt produktivitet og kompetanse i helse- og velferdssektoren

Offentlige utgifter til helse-, omsorgs- og velferdstjenester vil øke på grunn av behovene i eldre aldersgrupper, på grunn av et økende antall uføre i yngre aldersgrupper og på grunn av stigende forventninger i befolkningen generelt til kvalitet og ytelse i tjenestene. Det er nødvendig å dempe utgiftsveksten. En av de største utfordringene er at det økende tjenestebehovet ikke kan møtes med tilsvarende vekst i antall sysselsatte. Samfunnet må derfor iverksette tiltak som øker produktiviteten i tjenestene, og samtidig ta vare på og styrke kompetansen til arbeidstakerne i tjenestene. Målet er et velfungerende og kvalitativt godt tjenestesystem med optimal ressursutnyttelse. Med en utvikling i tjenestene som legger vekt på helhetlige behandlingsforløp og samhandling på tvers av tjenester og forvaltningsnivåer, blir samspill mellom yrkesgrupper innenfor samme fagfelt og mellom tilgrensende fagfelt

stadig viktigere. Det er blant annet behov for kunnskap om samarbeid og arbeids-/ansvarsdeling mellom profesjoner og tjenestenivåer og mellom de ulike tjenestene i kommunesektoren og arbeids- og velferdsforvaltningen. Rolledeling og samvirke mellom offentlige tjenester, private tilbydere og frivillig innsats er andre viktige temaer. Det trengs praksisnær forskning om tjenesteinnhold, profesjons- og skjønnsutøvelse særlig i kommunetjenestene og arbeids- og velferdsforvaltningen. Forskningsdrevet innovasjon må også styrkes for å lykkes med nødvendige omstillinger i tjenestene og i større grad utnytte ressursene i sektorene.

Behov for økning i samfunnets arbeidsstyrke

Norge har høy yrkesdeltakelse, men prognosene viser at vi vil få færre yrkesaktive for hver pensjonist i årene som kommer. Samtidig er sykefravær og uførepensjonering høyere i Norge enn i andre europeiske land, og omfanget har økt over tid. Dette truer finansieringen av velferdsstaten, og setter tjenestetilbudet under press. Det må settes inn tiltak for å øke yrkesdeltakelsen. FASE skal bidra med kunnskap om hvordan samfunnets behov for en stor arbeidsstyrke kan møtes for å sikre et velfungerende velferdssamfunn. Utfordringene er dels å få flere til å stå lenger i arbeid, men først og fremst å begrense tidlig uførhet og frafall i videregående opplæring – som er nært knyttet til manglende deltakelse i arbeidslivet. Vi har behov for kunnskap om arbeidshelse og årsaker til lange trygdekarrierer og økende sykefravær og uførepensjonering blant unge, eldre og innvandrere fra ikke-vestlige land.

Gode og effektive tjenester vil svare på alle disse tre utfordringene, særlig hovedutfordring 2, Behov for økt produktivitet og kompetanse i helse- og velferdssektoren.

1.2 Stort program Gode og effektive tjenester

Stort program (se tekstboks) skal være kjerneaktiviteten i FASE. Programmets hovedmål er å studere effekter av finansieringssystem, organisasjoner og prosesser, sosiale forhold, teknologi og individuelle handlinger på kostnader i tjenestene, tilgang til tjenestene, kvalitet, behandlingseffekter og til sist helse og velferd. Med tjenester menes her helse-, omsorgs- og velferdstjenestene, dvs helse-, omsorgs- og sosialtjenestene i kommunene, spesialisthelsetjenestene inklusive tannhelsetjenesten og tjenester som ligger til arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV), men med unntak for pensjoner. Både offentlige og private tjenesteytere omfattes av programmets forskning.

I Forskningsrådet er **Stort program** et forskningsstrategisk virkemiddel, et bredt og langsiktig forskningsprogram med et betydelig årlig budsjett – gjerne finansiert av flere departementer. Stort program kjennetegnes ved tydelige samfunnmessige og faglige mål, og sentrale tematiske og strukturelle utfordringer. Et Stort program vil vanligvis omfatte både grunnleggende/metodeutviklende forskning, anvendt/handlingsrettet forskning og innovasjon, legge til rette for tverrfaglig forskning og bidra til synergier i hele verdikjeden. Stort program vil også ha en aktiv rolle mht samarbeid, arbeidsdeling og konsentrasjon i forskningssystemet (SAK) og kvalitets- og kapasitetsbygging. Det skal bidra til internasjonalt samarbeid og koordinering av den nasjonale og internasjonale forskningsinnsatsen på området.

Forskningsrådet har erfart at et stort program er et velegnet virkemiddel for forskning når store og viktige samfunnsutfordringer som krever en bred faglig og tematisk tilnærming skal adresseres. Dette har sammenheng med at store programmer dekker flere departementers ansvarsområder, og dermed integrerer nærliggende fagområder.

Gode og effektive tjenester skal styrke samspillet mellom helsefaglig, sosialfaglig og økonomisk-administrativ forskning. Gjennom programmet vil det særlig legges til rette for å studere effekter av forløp for pasienter og brukere med sammensatte og kroniske lidelser og som bruker tjenester som rehabilitering og habilitering, arbeidsintegrering, attføring og sosiale tjenester og ulike typer omsorgstjenester. Dette vil særlig gi mulighet for å fokusere på

gråsoneproblemer forbundet med ansvarsdeling og samarbeid mellom kommunale og statlige tjenester, mellom tjenestenivåene i statlig sektor og mellom offentlige og private tjenesteleverandører.

I tillegg til den sektorovergripende forskningen vil *Gode og effektive tjenester* bidra til innovasjon i offentlig sektor gjennom forskning på blant annet bruk av IKT, velferdsteknologi og nye tjenesteformer. Brukere og brukerinstitusjoner vil involveres direkte gjennom forsknings- og innovasjonsprosjektene. Programmet vil bidra til å styrke profesjonsforskning med praksisrettet vinkling, og til å bedre sammenhengen mellom forskning, utdanning, praksis og brukere. Gjennom større rammer kan et Stort program også gi bedre mulighet til å styrke kompetanse og forskningskvalitet, for eksempel gjennom forskerskoler, etablering av kompetansemiljøer og internasjonalt samarbeid.

Forskningsutfordringene vil på flere områder ligge i skjæringspunktet mellom forskjellige fagdisipliner og det vil være rom for praksisnære og tverrfaglige prosjekter hvor brukere er aktivt representert sammen med kommuner, academia, næringsliv og forskningsmiljø. Programmet vil inkludere analyser diagnostiske verktøy og behandlingsformer og hva ulike helsefremmende og forebyggende virkemidler skal oppnå, men det vil innenfor FASE også være mer spesifikke kliniske programmer som ikke omfattes av dette notatet.

For å realisere målene for det store programmet vil det være hensiktsmessig å innlemme hele eller elementer av igangværende aktiviteter fra andre programmer. I tillegg til programmet Helse- og omsorgstjenester vil det være aktuelt å innlemme *Praksisrettet FoU for helse- og velferdstjenestene* (PraksisVel). Satsingen *Ambient Assisted Living (AAL)*, et europeisk teknologi- og innovasjonsprogram som støtter nyttige IKT-baserte løsninger for eldre, vil også høre inn under Stort program.

Forskningen i *Gode og effektive tjenester* vil grense opp til forskning i følgende programmer:

- *Folkehelse* med forskning om hva som påvirker og kan bedre folkehelsen, årsaker til sosiale helseforskjeller og virkemidler som kan redusere slike forskjeller.
- *Klinisk forskning* med større kliniske nasjonale og internasjonale studier og støtte til kompetanseoppbygging på utvalgte områder.
- *Psykisk helse* med forskning om årsaksforhold, forebygging og behandling av psykiske lidelser og temaer som barn og unges psykiske helse, kulturelle faktorer og dobbeltproblematikk rus og psykiske lidelser.
- *Velferd, aldring og migrasjon (VAM)* med temaer knyttet til aldring, konsekvenser av økt velstand og rikdom, internasjonal migrasjon, familie og samfunn, verdiskaping og organisering i arbeidslivet, og oppslutning om, organisering og styring av velferdssamfunnet.
- *Sykefravær, arbeid og helse* med temaer som sykefravær og utstøting fra arbeidslivet, arbeidsmiljø, arbeidshelse og forebyggende virksomhet i arbeidslivet.
- *Kjernekompetanse og verdiskaping i IKT (VERDIKT)* med forskning på IKT-basert samhandling i bred forstand.
- *Brukerstyrt innovasjonsarena (BIA)* med prosjekter der næringslivet er partner og som tar utgangspunkt i bedriftenes egne strategier.
- *Evalueringen av Samhandlingsreformen.*

Deler av disse programmene vil bli vurdert innlemmet i *Gode og effektive tjenester*.

1.3 Brukere av resultater fra Stort program

Gode og effektive tjenester skal gi bred og relevant kunnskap om de samfunnsmessige utfordringene vi står overfor, slik at de kan møtes forberedt og konstruktivt. Målgruppen for programmets resultater inkluderer politikere og den sentrale helseforvaltningen, arbeids- og velferdsforvaltningen, kommunene, profesjonene og andre som arbeider i helse- og velferdssektoren, brukere av tjenestene, pårørende og deres organisasjoner, samt næringslivet og allmennheten. Programmets resultater vil være av direkte nytte for kommunene i deres omstillingsarbeid.

Sentrale departementer er Helse- og omsorgsdepartementet, Arbeidsdepartementet og Kunnskapsdepartementet, men også Nærings- og handelsdepartementet, Kommunal- og regionaldepartementet og Barne- og likestillingsdepartementet er høyst aktuelle departementer.

2 Forskningstemaer

Statistiske fremskrivninger viser at eldre over 70 år som prosentandel av befolkningen, vil øke fra 11 prosent i 2006 til 29 prosent i 2050. Økningen i antall eldre med kognitiv svikt og flere tunge brukere med sammensatte og kroniske lidelser også i yngre årsklasser, representerer særlig store utfordringer. Samtidig har Norge en betydelig andel uføre og andre som står utenfor arbeidslivet som følge av nedsatt funksjonsevne i kortere eller lengre perioder. De sosiale ulikhetene i helse er også store og må analyseres nærmere i alle deler av helse-, omsorgs- og velferdstjenestene. På den andre siden tyder flere analyser på at et økende antall eldre vil ha god funksjonsevne også i høy alder. Samlet sett vil demografiske endringer og et stort antall personer utenfor arbeidslivet i yngre årsklasser likevel stille krav til økt kapasitet og høyere effektivitet i helse-, omsorgs- og velferdstjenestene. Tjenestene som utvikles må være bærekraftige.

For å møte utfordringene må forskningen bli mer orientert mot forbedring av finansierings-system, organisasjoner og prosesser, sosiale forhold, arbeidsinkludering, teknologi og individuelle handlinger som påvirker helse og velferd. Forskningsutfordringene vil på flere områder ligge i skjæringspunktet mellom forskjellige fagdisipliner, og det vil i flere typer av analyser være behov for å vektlegge praksisnære og tverrfaglige prosjekter hvor brukere er aktivt representert sammen med representanter for kommuner og næringsliv. *Gode og effektive tjenester* følger på denne måten opp regjeringens langsiktige satsning på tjenesteinnovasjon (jf. NOU 2011:11 *Innovasjon i omsorg* og den varslede St. Mld. om innovasjon i omsorg). Tjenesteinnovasjon handler om nye måter å organisere, levere og motta tjenester på, og at disse spres og tas i bruk i tjenesten. Det kan inkludere en ny metode som ikke tidligere har vært anvendt, eller en metode som er lånt fra en tjeneste og tilpasset den tjenesten den vil inngå i. Et eksempel er målsetningen om et helhetlig pasientforløp, som endrer måten å tenke tjenesteorganisering på.

De mest aktuelle forskningstemaene i *Gode og effektive tjenester* kan struktureres på flere måter. Her er de strukturert under følgende hovedtemaer:

- Gode og effektive pasient- og brukerforløp
- Kommunale helse- og omsorgstjenester
- Arbeids- og velferdsforvaltningen
- Spesialisthelsetjenestene
- Brukermedvirkning, samhandling og informasjon
- Yrkesdeltakelse og privat omsorg

- Private tilbydere: Kommersielle og frivillige organisasjoner
- Teknologiske innovasjoner og endringer
- Forsikringsordninger og egenbetaling
- Politiske og administrative forhold
- Tjenestenes rammebetingelser
- Rekruttering, kunnskap og kompetanse

Gode og effektive tjenester vil initiere prosjekter der en vil studere effekter på kostnader i tjenestene, tilgang til tjenestene (herunder ulikheter i helse og bruk av helsetjenester), kvalitet, behandlingseffekter og helse og velferd.

2.1 Gode og effektive pasient- og brukerforløp

Samhandlingsreformen og *NAV-reformen* er to reformer som er basert på betydelige organisatoriske endringer og utvikling av lokale tjenesteinnovasjoner der målsettingene er bedre tjenester for brukerne.

Gode og effektive pasientforløp

Samhandlingsreformen skal møte to hovedutfordringer; sikre økonomisk bærekraftig utvikling mht helsekostnadene og sikre tjenestene til et større antall behandlings- og pleie-trengende med relativt færre yrkesaktive i befolkningen. Samhandlingsreformen skal gi helsetjenesten ny retning: en skal forebygge fremfor å reparere, sette inn tidlig innsats fremfor sen, bedre samarbeidet mellom ulike ledd i helsetjenesten, flytte tjenester nærmere der folk bor, gi flere oppgaver til kommunene og penger til å utføre dem, samle spesialiserte fag-miljøer og styrke brukermedvirkningen. Reformen innebærer at kommunene får større ansvar, spesielt for forebyggende arbeid, tidlige faser av sykdomsforløp og for oppfølging av pasienter med kroniske sykdommer.

Den norske Samhandlingsreformen har paralleller og forløpere i andre europeiske land. Et fellestrekk er økt finansieringsansvar og flere oppgaver til primærhelsetjenesten, for eksempel i form av insentiver for å utvikle tjenestene på dette nivået (som i Danmark), eller at primærhelsetjenestenivået har fått oppgaven med å kjøpe/bestille spesialisthelsetjenester (England og Finland). Et annet fellestrekk er utviklingen mot etablering av større lokale enheter enn det kommunale nivået normalt representerer. Danmark har foretatt kommunesammenslåinger, Finland er inne i en tilsvarende prosess, Skottland og England har etablert egne geografiske områder for primærhelsetjenesten. I Norge ser vi et svakt økende innslag av kommunale samarbeidsordninger.

Samhandlingsreformen bygger på et bredt sett av ulike virkemidler. Noen av virkemidlene, for eksempel kommunal medfinansiering, innføres samtidig og på samme måte i alle kommuner. Effekten vil være mulig å identifisere gjennom nordiske sammenliknende analyser. På andre områder, for eksempel ved etablering av lokale akutt-tilbud, vil det være variasjoner mellom kommunene både når det gjelder hva som gjennomføres og når det gjennomføres. Dette gjør det enklere å isolere effektene av ulike tiltak på tjenestenes kvalitet og kostnader.

Med utgangspunkt i Samhandlingsreformen vil forskning som analyserer betingelser for gode pasientforløp og studerer effekter av ressursbruk og pasientutfall innad i kommunehelse-tjenesten og mellom de to forvaltningsnivåene, være sentrale. Dette innebærer at en må koble helse- og omsorgstjenesteforskningen tettere mot den kliniske forskningen. Tilnærmingen må inkludere et klinisk perspektiv (forståelse av medisinske og pleiefaglige intervensjoner, effekter på kvalitet og overlevelse), et organisatorisk perspektiv (betingelser for

implementering), et økonomisk perspektiv (kostnads-nytte-vurderinger) og et brukerperspektiv (behov for, bruk av og tilfredshet med tjenesten).

Eksempler på relevante forskningsspørsmål er:

- Kan behandling av enkelte pasientgrupper flyttes fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten? Hvilke konsekvenser har slike endringer for ressursbruk og kvalitet?
- I andre land ser en oppbygging av lokale helsesentra og utvikling av tverrfaglige team som samarbeider om pasientbehandlingen. Hvordan vil de kommunale tjenestene i Norge utvikle seg i lyset av økt kommunalt ansvar? Vil det være forskjeller mellom kommuner med ulikt kompetansenivå, ulikt inntektsnivå og ulik demografisk sammensetning?
- I flere land utvikles det pasientkoordinatorer (care managers), ofte knyttet til primærlegene. Hvem er ansvarlig for å koordinere pasientforløpene i Norge og hvordan skjer koordineringen?
- Hva kjennetegner gode pasientforløp for bestemte grupper av pasienter og hvilke organisatoriske og finansielle virkemidler vil bidra til at slike blir virkeliggjort?
- Hvordan er forholdet mellom kostnader på den ene siden og brukertilfredshet, kvalitet og dødelighet på den andre siden ved ulike pasientforløp?

Disse og andre problemstillinger vil det være aktuelt å studere ved flere av tilnærmingene (bruk av registerdata, sammenliknende effektstudier og bruk av eksperimenter) som er beskrevet i kapittel 3. Komparative studier vil være relevant, særlig der det er lite variasjon innad i Norge.

Integrering av helse-, omsorgs- og velferdstjenestene

Helse- og omsorgstjenesten og arbeids- og velferdsforvaltningen har en del felles brukere der det er viktig å sikre god koordinering av tjenestetilbudet og tett samarbeid mellom dem som leverer tjenestene. Reformene i helse- og omsorgssektoren og arbeids- og velferdssektoren vil gripe inn i og ha betydning for dette samspillet på ulike måter. Det gjelder både samarbeid om tjenestetilbudet for den enkelte bruker, organisatorisk på lokalt nivå, og når det gjelder perspektiver og formål med det samlede tilbudet som gis. Dette er viktig å få belyst, ikke minst fordi reformene primært skal ivareta egne sektormål. Samhandlingsreformen har således fokus på forholdet mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, mens NAV-reformen og de etterfølgende endringene i virkemidlene har primært hatt som fokus å knytte sammen arbeidsmarkedspolitikken og velferdspolitikken. Ingen av reformene har spesifikt som formål å fremme horisontal samhandling og samordning mellom de to tjenesteområdene. Sentrale forskningstemaer vil er derfor:

- Hvordan blir samarbeids-/samhandlingsrelasjonene (både system- og individnivå) mellom helse- og omsorgstjenestene og NAV-kontorene ivaretatt lokalt? Hvilke utfordringer og hvilke muligheter medfører reformene når det gjelder tverrgående samhandling og samordning?
- Vil man lykkes med å tilby helhetlige og individuelt tilpassede tjenester til personer med behov for både arbeids- og velferdstjenester og helse- og omsorgstjenester, eksempelvis rusmiddelmissbrukere med svak tilknytning til arbeidsmarkedet? Vil Samhandlingsreformens mål om vertikal integrering og ekspansjon av tjenestetilbudet i kommunehelsetjenesten gjøre at brukerne av arbeids- og velferdsforvaltningens tjenester trengs til side?

2.2 Kommunenes helse- og omsorgstjenester

Studier av pasient- og brukerforløp vil være en viktig nyorientering av helse-, omsorgs og velferdsforskningen som initieres gjennom *Gode og effektive tjenester*. Det vil imidlertid fortsatt være behov for studier som er mer avgrenset.

Forebyggende helsearbeid – organisering og effekter på kort sikt

Det har skjedd en endring i folkehelsearbeidet fra et sykdomsperspektiv, der innsats ble rettet mot forebygging av konkrete sykdommer, til et påvirkningsperspektiv som retter oppmerksomheten mot faktorer som påvirker helsen. Et påvirkningsperspektiv gir et bedre grunnlag for å rette innsats mot de mer bakenforliggende faktorer som påvirker helse og fordelingen av helsen i befolkningen. Virkemidlene for å gjøre noe med de bakenforliggende forholdene ligger i en rekke sektorer. I folkehelseoven er det gitt eksempler på tiltak som kommunene kan iverksette for å møte folkehelseutfordringene (§ 7): «Tiltak knyttet til oppvekst- og levekårsforhold som bolig, utdanning, arbeid og inntekt, fysiske og sosiale miljøer, fysisk aktivitet, ernæring, skader og ulykker, tobakksbruk og alkohol- og annen rusmiddelbruk».

Det ligger i forebyggingsarbeidets karakter at det vil gå tid fra når tiltak settes inn til effekt oppnås. Forholdet mellom effekt og tiltak kan også være vanskeligere å dokumentere innenfor folkehelse og forebygging, fordi årsakssammenhengene mellom tiltak og effekt er sammensatte. Det vil imidlertid være mulig å evaluere effekter av noen aktuelle tiltak, for eksempel tiltak som fremmer barns holdninger og livsstil og ulykkesforebyggende arbeid. Deler av disse temaene er lagt til Folkehelseprogrammet. Modeller for organisering av folkehelsearbeidet vil imidlertid omfattes av *Gode og effektive tjenester*. Hvordan nedfelles folkehelse-tiltak i kommunale planer? Hva er effekten av egen koordinatorfunksjon i kommunen? Benyttes folkehelseprofilene i kommunale beslutningsdokumenter? Iverksettes tiltakene som planlegges?

Primærlegene

Ved dagens organisering av primærhelsetjenesten blir mange av de allmenn- og samfunnsmedisinske legeoppgavene som ikke omfattes av fastlegeordningen, ivaretatt av fastleger som har offentlig kommunalt legearbeid i bistilling. Dermed kan forhold som angår allmennpraksis ha indirekte betydning for de øvrige deler av primærhelsetjenesten. De privatpraktiserende fastlegenes praksisinntekt består av en kombinasjon av inntekt per person på pasientlisten (per capita takster), ytelsesbaserte takster og egenbetaling fra pasientene, der hver komponent utgjør om lag en tredel av praksisinntekten. Det er behov for kunnskap om hvordan organiseringen av primærlegene påvirker legenes praksisprofil, inklusive graden av integreringen i folkehelsearbeid, integrering i andre deler av primærhelsetjenestene og i omsorgs- og velferdstjenestene:

- Vil større vekt på per capita avlønning bidra til at fastlegene blir mer interessert i samhandling med andre deler av helse- og omsorgstjenestene? Hvordan skal i så fall en større vekt på per capita avlønning utformes for at fastlegene ikke velger bort pasienter med stort behov for tjenester? Hvilke effekter har ulike avlønningsordninger på legenes aktiviteter forbundet med hjemmebesøk og sykehjem?
- Bør pasientene få mer informasjon om målbar kvalitet av fastlegenes virksomhet? Bør slik informasjon være tilgjengelig når befolkningen velger fastlege? Vil det være noen grupper av pasienter som er mer enn andre tjent med av at slik informasjon offentliggjøres?
- Hvilke kriterier påvirker fastlegenes henvisning av pasienter til spesialisthelsetjenestene? Vil det være ulikhet i henvisningspraksis mellom ulike grupper, for eksempel etter deres sosiale bakgrunn og alder?

- Bør det settes i gang regelmessig måling av pasientenes fornøydhet med fastlegene? Kan det være en ide å la fastlegenes praksisinntekt avhenge av den målbar kvalitet og tilfredshet med deres legepraksis? Bør det i større grad settes i gang kontrollerte forsøk i primærhelsetjenesten for å få kunnskap om egenskaper ved alternative organisasjons- og avlønningsordninger? Hvilke muligheter har man til å oppmuntre fastlegenes interesse for å delta i slike forsøk?

Omsorgstjenestene

Omsorgstjenestene har vært gjennom en periode med betydelige endringer. Det har skjedd avinstitusjonalisering og ekspansjon av hjemmetjenestene. Samtidig er tjenestene mer differensierte enn tidligere, for eksempel ved at det brukes mer avlastningsordninger og kortere opptreningsopphold. Innenfor omsorgen for demente utvikles dagtilbud med vekt på aktivisering.

Det er behov for sammenliknende effektstudier av ulike typer ordninger, kostnads-nytte studier for å sikre godt beslutningsgrunnlag ved innføring av nye tiltak i tjenesten og analyser av brukerens medvirkning og opplevelse av tjenestene. Generelt vil en være interessert i hvilke effekter variasjoner i pasientbehandlingen for brukernes mestringsevne, brukeropplevd kvalitet og helsetilstand og til sist pasientenes overlevelse. Kan det etableres 'best practise' for ulike pasientgrupper? Hvordan er kostnads-nytte-effektiviteten ved ulike tiltak?

Kommunene velger ulike kombinasjoner av hjemmetjenester og institusjoner. Det er behov for kunnskap om hva som forklarer ulikhet i tilpasningene og hvordan dette påvirker brukernes tilgang til tjenestene. Vil ulikheten mellom kommunene påvirke terskelen for å få institusjonsplass og vil dette i neste omgang påvirke brukernes funksjonsevne og helse? Hvordan varierer kvaliteten i tjenestene ved sykehjemmene og hva forklarer variasjonene? Hvordan varierer medikamentbruk og rehabilitering og hva forklarer variasjonene?

Eldres boformer har fått økende oppmerksomhet. Særlig i tidlige faser av enkelte lidelser, for eksempel demens, vil det være stor grad av samvariasjon mellom privat hjelp fra venner og familie og behovet for offentlig finansiert hjelp. Det er behov for mer systematisk å evaluere hvilke effekter ulike former for bofellesskap for eldre har for behov og etterspørsel etter omsorgstjenester.

Rehabiliteringstjenestene

Det skjer en betydelig økning i behandlingen av eldre i spesialisthelsetjenestene, blant annet når det gjelder ortopediske operasjoner. Både den økte behandlingsaktiviteten og kortere liggetider ved sykehusene stiller økte krav til kommunale rehabiliteringstjenester. Kommunale rehabiliteringstjenester varierer imidlertid mye i omfang og kvalitet. Det er stort behov for kunnskap om hvordan rehabiliteringstilbudet er organisert, inklusive organiseringen av private aktører, og for kunnskap om hvordan tjenestene fungerer. Sentrale problemstillinger:

- Hvilken type rehabilitering bør skje i institusjoner og hvilken type kan skje i andre omgivelser, inklusive hjemmet?
- Hvordan varierer bruken av rehabiliteringstjenester mellom ulike sosiale og aldersmessige grupper og hva forklarer eventuelle variasjoner?

2.3 Arbeids- og velferdsforvaltningen

NAV-reformen er en forvaltningsreform der betydningen av organisering vektlegges fra lovgivers side. Gjennom NAV-reformen ble gamle kompetanseforhold reorganisert samtidig som virkemidler ble samlet i førstelinjetjenesten. Det tydeligste uttrykket for reformens samordnings-

ambisjoner finner vi i de lokale NAV-kontorene, der statlige og kommunale tjenester og ytelser integreres. Stønadsbehandling ble i høy grad lagt til enheter på regionalt nivå. Sentrale problemstillinger er:

- Hvordan utvikles NAV-kontorene framover? Vil kontorene både tilby et bredt spekter av integrerte tjenester og samtidig ivareta en spissing av kompetanse og tjenester knyttet til arbeid og arbeidsrettede tiltak?
- Hva kjennetegner tjenesteutøvelsen i NAV- kontorene? I hvilken grad vil tjenesteutøvelsen ivareta både standardiserte arbeidsmåter og retningslinjer på områder der det er viktig og kunnskapsbasert faglig skjønn på områder der det er nødvendig?
- Hvilke former for medvirkning og samarbeid med brukere og befolkning etableres og utvikles? Det er behov for kunnskap om forutsetningene for at flere eldre kan fortsette lenger i arbeid – og eventuelle helsemessige og andre konsekvenser av å stå lenger i arbeid.

2.4 Spesialisthelsetjenestene

Spesialisthelsetjenestene har også vært gjenstand for betydelige endringer de siste årene. Foretaksreform, økt regionalisering og spesialisering, økt brukervalg og –involvering er noen stikkord som illustrerer endringene. Helsetjenesten har gjennomgått en utvikling hvor tradisjonelt dominerende byråkratiske og profesjonelle styringsprinsipper er blitt supplert med markedsbaserte systemer. I tillegg er det etablert sterkere nasjonale aktører som setter klarere mål for tjenestene. Resultatet er et komplekst styringssystem. Det er vanskelig å forutsi hvordan dette påvirker individers (både pasienter, pårørende og de som arbeider i helse-tjenesten) beslutninger og handlinger, hvordan de ulike organisasjonene utvikler seg, og i hvilket omfang de ulike styrings- og ledelsesmodellene virker fremmede for helsetjenestens målsettinger og den enkelte pasients helse.

Det er foretatt analyser av fordeling av tjenester og effektivitetsutvikling, mens det mangler analyser av nye prioriteringsregler, endringer i intern organisering, endringer i funksjonsfordeling og lokalsykehusenes nye rolle. Sentrale forskningstemaer er:

- Hvilke konsekvenser har valg av finansieringssystemer for bruk av teknologi, tilgjengelighet og ventetider, kvalitet og effektivitet, og for fordelingen av tjenester til ulike pasientgrupper, definert ut fra sykdom, sosiodemografiske forhold, etnisitet og bosted? Hvilke effekter har bruk av DRG-finansiering av somatiske sykehus hatt for prioriteringene i sektoren?
- Dersom de etablerte prioriteringsprinsippene skal få konsekvenser også for ressursfordeling på makro- og mesonivå, hvordan vektet ulike fagområder mot hverandre – for eksempel mentale lidelser og avhengighetsproblematikk opp mot kronisk hjerte-/lungesykdommer eller kreft? Hvordan sikre at prioriteringer på mesonivå ivaretar hensynet til klinisk kvalitet for den enkelte bruker?
- Hvilke effekter har sentralisering av høgspesialisert medisin hatt på tjenestenes kvalitet, pasientenes overlevelse og tilgjengeligheten av tjenester? Hvordan påvirker sentraliseringen av spesialisert medisin kvaliteten på tilbudet ved lokalsykehusene?
- Hvordan kan utvikling av regelmessige effektivitets- og kvalitetsmålinger brukes som styringsinstrumenter i spesialisthelsetjenesten?

De fleste av disse problemstillingene må analyseres ved hjelp av komparative data fra flere land. De nordiske landene med sine store registre peker seg ut.

”Mer vekt på ledelse” har vært et virkemiddel som er nært knyttet til sykehusreformen av 2002. Det kan være strid om hva som ligger i begrepet. En oppfatning er at ledelsen i første rekke har endret seg ved at det er lagt større vekt på horisontal integrering av sykehus, gjerne gjennom tverrgående/geografisk organiserte klinikker. Det er behov for å studere utformingen av lederroller i ulike deler av sykehusenes styringssystem. Er det forskjeller i oppgaveorientering mellom ledere med ansvar for geografisk organiserte og funksjonelt organiserte klinikker? Påvirker dette ledernes gjennomslag og deres muligheter for å formidle styrings-signaler ”nedover” og fange opp signaler ”nedenfra”? Hvilke faktorer i tillegg til ulik utforming av lederrollene, kan fremme eller hemme at overordnede styringssignaler når frem til tjenesteytere på grunnplanet?

2.5 Brukermedvirkning, samhandling og informasjon

Systematisk og organisatorisk forankret brukermedvirkning i helse-, omsorgs- og velferds-tjenestene ble for første gang innført med sykehusreformen i 2002. Brukerutvalgene ble etablert i alle helseforetak. Definisjonene av, og modeller som beskriver brukermedvirkning, viser imidlertid at variasjonsbredden er stor når det gjelder medvirkning. Det er behov for oversikt over hvilke typer brukermedvirkning som anvendes, og effekten av disse.

Brukerkunnskap refererer til brukernes erfaringer som kan være relevante for helse-, omsorgs- og velferdstjenester. Som regel henvises det da til brukeres innflytelse på utforming av tiltak og tjenester som gjelder dem selv (brukermedvirkning på individnivå), eller til brukeres representasjon i råd og utvalg som har betydning for utforming av tjenester mer generelt (brukermedvirkning på systemnivå).

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 lavterskelsystemer for at pasienter kan tilpasse helsetjenester til sin hverdag, stille spørsmål, endre time eller gi tilbakemelding om feil eller uheldige opplevelser. Forskingen har en stor oppgave i å klargjøre hvilke modeller, verktøy og metoder som understøtter reell brukermedvirkning.

Sentrale forskningstema:

- Brukere vil ha ulike forutsetninger for å medvirke. Behov for medvirkning vil videre avhenge av kontekst, og en del brukere vil trenge koordinerte tjenester fra ulike sektorer/tjenesteytere. Hvilke modeller finnes, hvilke effekter har de på kvalitet, mestring og opplevelse?
- Hvordan forstår og tilnærmer forvaltningen seg i praksis brukermedvirkning overfor personer som har ulike forutsetninger for å medvirke – når det gjelder ulike kontekster brukeren befinner seg i, og når det er behov for koordinerte tjenester? Er det forskjeller i måten hhv helsetjenesten og arbeids- og velferdsforvaltningen definerer og i praksis ivaretar brukermedvirkning?
- Brukermedvirkning kan også handle om deltakelse i forsknings- og utviklingsarbeid med sikte på å utvikle bedre tjenester. Brukeres kunnskap om og erfaringer fra tjenestene kan både gi nye innspill i utformingen av forskningsdesign og bidra til nye tolkninger av empiriske funn. Hva er effekter av brukeres medvirkning i samarbeidsforskning og innovasjonsprosjekter?
- Hvordan forstår og definerer forvaltningen brukermedvirkning? Hva legger den i god brukermedvirkning, hvordan blir formålet med brukermedvirkning forstått og kommunisert innad i forvaltningen, og hva gjør den i praksis for å ivareta en formålsrettet brukermedvirkning?

Utviklingen de siste årene stiller krav sammenhengende og samhandlende tjenester. Det er viktig at helse-, omsorgs- og velferdstjenestene organiseres slik at pasienter og brukere får god menneskelig oppfølging slik at møtet med tjenestene blir en god opplevelse og pasienter og brukere føler trygghet. Sentrale virkemidler vil være kontinuitet i kontakten mellom pasient/bruker og behandler/tjenesteyter og at det er satt av tid til dialog med pasientene/brukerne. Kommunikasjonskompetanse er et viktig virkemiddel for å sørge for god behandling. Sentrale forskningstemaer vil være:

- Opplevs tilbudet som gis av helse-, omsorgs og/eller velferdstjenester som sammenhengende og med god samhandling mellom nivåene? Hva er brukerens opplevelse av omsorg og ivaretagelse av åndelige og eksistensielle behov?
- Opplevs pasientinformasjonen som forståelig og relevant? Føler brukeren at en blir lyttet til?
- Opplever brukeren tjenestene som personlig rettet (individuell tilnærming) og med et helhetlig perspektiv?
- Opplever brukeren åpenhet om feil som gjøres? Blir feil fulgt av beklagelse?

2.6 Yrkesdeltakelse og privat omsorg

Halvparten i aldersgruppen 45-65 år har i dag en eller to foreldre i live. Syv av ti av disse er både yrkesaktive og gir praktisk hjelp og/eller pleie til foreldrene. Nesten 6 av 10 oppgir at de alt i alt synes det er vanskelig å kombinere jobb og omsorg. Flere har uregelmessig tilstedeværelse på jobb, konsentrasjonsproblemer og forhindret deltakelse i sosiale og karrierefremmende aktiviteter. Mange, 31 %, bruker feriedager til å hjelpe. Samtidig opplever færre av dem som har foreldre som bor i sykehjem situasjonen som vanskelig. Et viktig spørsmål er hvordan tilbudet av offentlige tjenester, og en arbeidslivspolitik, kan bidra til at generasjonen under de aller eldste, klarer å kombinere omsorg for foreldre med yrkesdeltakelse. Et viktig mål for *Gode og effektive tjenester* blir å fremskaffe kunnskap som kan brukes for å utforme en arbeidslivs- og velferdspolitik som er tilpasset ulike grupper av arbeidstakere.

Omsorgstjenestene har som mål å gi hjelp ”etter behov”. Knappe ressurser innebærer prioriteringer. Et viktig spørsmål er da hvordan tilgang til private omsorgsressurser påvirker tildelingen av offentlige tjenester. I land med sosialforsikringsordninger, for eksempel Tyskland, er tildelingen av omsorgstjenester i høyere grad enn i Norge basert på definerte behov og rettigheter. Om en har tilgang til privat omsorg, vil da i mindre grad påvirke beslutningen om en skal få en ytelse eller ikke. I noen grad vil det imidlertid påvirke hvordan ytelsen gis. I flere land kan en for eksempel velge om en vil ha en kontantytelse eller ytelse i form av en tjeneste.

Forskningstemaer:

- Hvordan påvirker ulike arbeidslivsordninger mulighetene for å yte privat omsorg? Hvem benytter ulike permisjonsordninger (kjønn, sosial gruppe, inntektsgruppe)?
- Hvordan påvirker tilgangen til privat omsorg tildelingen av offentlige finansierte omsorgstjenester? Vil dette være betinget av type helsesystem?

Temaene legger til rette for komparative analyser.

2.7 Private tilbydere: Kommersielle og frivillige organisasjoner

Både kommunene og de regionale helseforetakene har et ”sørge for” –ansvar for at befolkningen tilbys bestemte tjenester som er definert gjennom lovverket. Kommunene, RHF-ene og andre organisasjoner med ansvar for tjenesteyting står imidlertid ganske fritt når det gjelder hvordan tjenestene skal organiseres; en kan yte tjenestene selv, det vil si med egne ansatte, eller en kan inngå avtale med private tilbydere, både ideelle organisasjoner og

kommersielle aktører. Selv om det er stor grad av frihet i organiseringen av tjenestetilbudet er innslaget av private tilbydere innen helse- omsorgs- og velferdstjenestene i Norge er lite. Størst innslag av private tilbydere finner vi blant fastlegene, innenfor barnevern og rehabilitering og når det gjelder arbeidsmarkedskurs.

Det er lite forskning om effektene av bruk av private tilbydere og det er behov for å avklare hvordan bruken av private påvirker effektivitet og kostnader, behandlingens forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet. Et spørsmål som stilles er også om det begrensede innslaget av private aktører gjør at en utelater faglige retninger og metodiske tilnærminger som ville vært verdifulle i behandlingen av enkelte grupper.

2.8 Teknologiske innovasjoner og endringer

Betydningen av IKT-forskning er framhevet i St. meld. nr. 30 (2008-2009) «Klima for forskning». Her varslet regjeringen at den vil fremme en nasjonal strategi for IKT-forskning. Strategien skal formulere regjeringens langsiktig mål og vurdere tiltak og ressursutnyttelse for årene framover blant annet innenfor helse- og omsorgssektoren, men også på tvers av sektorene. St. meld. nr. 9(2012-2013) *Én innbygger – én journal. Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren* svarer på deler av utfordringene og vektlegger behovet for videre satsning på IKT-forskning.

Gode og effektive tjenester skal bidra til at teknologiske løsninger prøves ut i helse-, omsorgs- og velferdstjenestene, med sikte på å etablere kunnskap om hvordan løsningene kan integreres i tjenestene og samtidig gi mottakere bedre mulighet til å mestre eget liv og helse. Utviklingen av IKT-løsninger for bedre helse- og omsorgstjenester krever forskning på teknologi og teknologiens betydning. Dette gjelder eksempelvis diagnostiseringsverktøy, brukergrensesnitt, organisering og arbeidsprosesser og betydningen av personvern. Elektronisk samhandling og bruk av teknologi i helse- og omsorgssektoren er et viktig virkemiddel for å nå Samhandlingsreformens helsepolitiske mål. Konkrete IKT-prosjekter bør følges opp av prosess- og effektstudier som viser læringspunkter og grad av oppnåelse av prosjektmål (gevinstrealisering) og helsepolitiske mål (kvalitet, pasientsikkerhet, brukervennlighet, tilgjengelighet, kostnadseffektivitet). Anvendelse og effekter av IKT innen sektoren bør evalueres periodisk slik at vi har oversikt over status i Norge. Resultatene skal være sammenlignbare med andre land.

Sentrale forskningstemaer:

- Særlig i f t teknologiske endringer er det behov for å studere drivkrefter og barrierer for innovasjoner. Hvordan kan medarbeidere og brukere trekkes inn i innovativ virksomhet? Hvilke nettverkstyper bidrar best til implementering og spredning av innovasjoner? Hvordan samarbeider offentlige og private organisasjoner om innovasjonsprosesser og hva skal til for å lykkes?
- Velferdsteknologi kan gjøre det lettere for eldre å bli boende hjemme, men kan også bidra til sosial isolasjon. Det blir et sentralt tema å klargjøre hvordan ulike teknologiske løsninger påvirker disse forholdene og hvem som bruker de teknologiske nyvinningene.
- Et sentralt tema blir om den nye teknologien er kostnadseffektiv. Analyser fra andre land stiller spørsmål ved kostnadseffektiviteten, men den spredte bosettingen kan gi andre utfall i Norge.
- NAV baserer sine møter med brukerne på tre kanaler – direkte oppmøte, telefoni og internett. Antall selvbetjeningsløsningene basert på telefon og internett øker. Det er behov for å analysere hvilke grupper som bruker de ulike løsningene og hvordan bruken av selvbetjeningsløsninger påvirker kvalitet og tilgjengelighet i tjenestene.

2.9 Forsikringsordninger og egenbetaling

Norge har et skattebasert finansieringssystem for helse-, omsorgs- og velferdstjenestene. Det har imidlertid alltid eksistert egenbetaling for enkelte helse- og omsorgstjenester, blant annet konsultasjoner hos primærlegene og for tannbehandling for voksne. For pleie- og omsorgstjenestene eksisterer betalingsordninger for praktisk bistand og institusjonsplasser. De siste ti årene har det i tillegg vokst fram et marked for private tilleggsforsikringer som primært dekker utgifter forbundet med mindre operasjoner.

Det har vært lite forskning på effektene av egenbetalingsordninger i de nordiske landene. Dette skyldes trolig at betalingssetene har vært lave og at effekter i form av redusert etterspørsel og sosial skjevfordeling er antatt å være svake. Sentrale forskningstemaer:

- Det er behov for å klargjøre hvordan egenbetalingen i helse- og omsorgstjenestene påvirker tilbudet av tjenester, hvilke fordelingsmessige effekter egenbetalingsordningene isolert sett har og hvordan den samlede effekten av disse forholdene påvirker fordelingen av tjenester til ulike grupper.
- Tilsvarende er det behov for å klargjøre hvordan private helseforsikringer påvirker tilbudet av tjenester både for de som benytter tjenestene og de som ikke gjør det, hvilke fordelingsmessige konsekvenser ordningen med private helsetjenester har og hvilke pasientkategorier som kjøper denne type forsikringer.

Tannhelsetjenesten er i betydelig grad privatfinansiert. Den offentlige delen forankret i fylkeskommunen har primært ansvar for klientell under 18 år, mens resten (om lag 3/4 av tannhelsesektoren) finansieres med pasientens egenbetaling og delvis ved stønad fra folketrygden. Interessante forskningstema er:

- Hvordan samhandler tannhelsetjenestens med andre helse-, omsorgs- og velferdstjenester? Medfører offentlig tannhelsetjenestes forankring i fylkeskommunen samarbeidsproblemer med øvrig helsetjeneste?
- Har det innvirkning på befolkningens tannhelse at tannhelsetjenester for voksne er et privatrettslig forhold og finansieres av pasienters egenbetaling? Vil utvidede stønadsordninger til dekning av tannhelseutgifter medføre bedre tannhelse, eller bedre økonomi? Hva gjør det med etterspørselen etter tannhelsetjenester?
- Hvorfor er det så lite tilbud og bruk av privat helseforsikring som omfatter tannbehandling, når egenbetalingen er så høy som den er?

2.10 Politiske og administrative forhold

Kommunene spiller en betydelig rolle i de nordiske velferdsstatene. Begrunnelsene for kommunemodellen faller i to grupper: Kommuner sikrer politisk deltakelse og kommunene sikrer tilpasning av offentlig tjenesteproduksjon til variasjoner i etterspørselen. Kommunene reguleres samtidig i betydelig grad fra staten. Også her er det prinsipielt sett flere typer av begrunnelser. Tradisjonelt har en ønsket å regulere kommunene for å sikre likhet og standardiserte tjenester, og for å verne minoritetsinteresser. Siste årenes økte reguleringer av kommunesektoren har trolig sammenheng med to andre forhold: For det første er kommunene siste årene tilført oppgaver som er svært spesialiserte og ressurskrevende, og der det er store variasjoner i etterspørselen. For det andre har det skjedd endringer i grunnleggende politiske holdninger som følge av utdanningsrevolusjonen. De ”nye” brukerne er langt mer bevisste enn tidligere og stiller høyere krav om kvalitet, tilgang og valgfrihet. Så langt har ikke kommunene klart å møte disse kravene på en god måte. Staten har derfor grepet inn gjennom reguleringer og rettighetsfesting som binder opp kommunal handlefrihet.

Flere av virkemidlene som er iverksatt gjennom Samhandlingsreformen kan oppleves som sterkere reguleringer fra kommunenes side og det er behov for å evaluere effektene av reguleringene på kommunenes tilpasninger til endringer i etterspørselen og på kommune-politikernes oppfatning av mulighetene for å gjøre lokale tilpasninger.

Risiko er en sentral egenskap ved helse og helsetjenester. For den enkelte er det usikkert om, når og eventuelt hvor mye helsetjenester en får behov for. Denne usikkerheten håndteres ved hjelp av forsikringsordninger. Vårt nasjonale forsikringssystem benytter i hovedsak ramme-finansiering av kommuner, helseforetak og den statlige velferdsforvaltningen. Ved ramme-finansiering føres også risikoen ved tilfeldige etterspørselsvariasjoner nærmere den som har behov for helsetjenestene. Det er to mekanismer som kan bidra til å håndtere denne risikoen: At den økonomiske rammen risikjusteres og at de enhetene som rammefinansieres er nokså store. Et sentralt spørsmål blir hvordan kommuner av ulik størrelse håndterer variasjoner i behov og etterspørsel etter tjenester. Vil tilfeldige etterspørselsvariasjoner innen helse- og omsorgstjenester i små kommuner påvirke tilbudet av andre tjenester til innbyggerne? Hvordan vil dette være i andre land med større kommuner?

Partnerskapet mellom staten og kommunene i arbeids- og velferdsforvaltningen ble etablert med sikte på å sikre en sømløs oppgaveløsning på tvers av nivå og sektorer. Dette skulle gi brukerne effektiv tjenesteyting og helhetlige løsninger. For innbyggerne som brukere av forvaltningens tjenester vil samordning av tjenester som leveres fra flere instanser oftest oppleves som positivt. Et spørsmål er om denne måten å organisere ulike forvaltningsnivåer på faktisk sikrer effektivitet og sømløshet i tjenesteytingen gitt to styringslinjer – en kommunal og en statlig – til det lokale NAV-kontoret, og hvorvidt denne løsningen er robust også i situasjoner med stort ytre press.

Samordning i partnerskap kan samtidig utydeliggjøre det politiske ansvaret for de aktuelle tjenestene og ytelsene. Det kan være vanskelig å holde rede på hvilket nivå som faktisk er ansvarlig for hva. Det kan dermed synes å være et spenningsforhold mellom behovet for sømløshet i tjenestene og hensynet til tydelige politiske ansvarslinjer. Et viktig spørsmål blir hvordan dette spenningsforholdet blir håndtert framover, bl.a. sett i lys av store forskjeller i kommune-/kontorstørrelse og variasjon i antall kommunale oppgaver som er lagt til NAV-kontorene.

2.11 Tjenestenes rammebetingelser

Norge har høy yrkesdeltakelse i forhold til mange andre land, takket være større innslag av kvinner og eldre i arbeidslivet. Likevel viser prognosene at vi vil få færre yrkesaktive for hver pensjonist i årene som kommer. I 2000 var det 4,7 personer i yrkesaktiv alder per eldre, mens forholdstallet reduseres til 3,5 i 2030 og 2,9 i 2050. Med dagens standard og pleiebehov vil det i 2050 være behov for sysselsetting i pleie- og omsorgssektoren på det dobbelte av dagens nivå. Det vil være en økning i årsverksbehov fra 2010 til 2060 på nær 200 prosent i institusjoner og ca. 70 prosent i hjemmetjenestene.

Sentrale forskningstemaer:

- Det er behov for mer kunnskap om hvordan sykdom og funksjonsevne påvirker ressursbehovet i helse-, omsorgs- og velferdstjenestene. Dette gjelder både for yngre og eldre brukere. I dag er kunnskapsbehovet særlig stort i f t yngre brukere med betydelig funksjonssvikt og eldre brukere med kognitiv svikt.
- Det stilles krav om høyere dekningsgrader og høyere bemanning i omsorgstjenestene. Det er behov for kunnskap om hvordan slike endringer påvirker kostnadene i sektoren,

tiden som går til direkte brukerkontakt, tjenestenes kvalitet og brukernes helse og velvære.

- Rekruttering av personell til helse-, omsorgs- og velferdstjenestene blir en hovedutfordring. Det er behov for kunnskap både om hvilke effekter endringer i lønns- og arbeidstidsordninger har for den generelle ressursbruken på feltet, hvordan lønns- og arbeidstidsordninger påvirker rekrutteringen til tjenestene og om andre virkemidler som kampanjer og opplæringstiltak påvirker rekrutteringen.

2.12 Rekruttering, kunnskap og kompetanse

Bedre helse og velferd er i stor grad et spørsmål om kunnskap, utdanning og kompetanse. Reformene i helse-, omsorgs- og velferdstjenestene krever nye måter å arbeide på. Mer av arbeidet skjer i tverrfaglige team, og det kreves mer samarbeid mellom de ulike yrkesgruppene. Kunnskapskravene i fagene øker, både på grunn av samfunnsutviklingen og utviklingen i tjenestene. Ansatte må ha høy etisk bevissthet og vurderingsevne og kommunisere godt og forståelig med klienter, pasienter og pårørende. Vi mangler imidlertid kunnskap om hva slags kunnskap og ferdigheter det er behov for og hvordan ulike utdanningsmodeller kan bidra til utvikling av dette. Godt samspill og samarbeid mellom utdanning, forskning og arbeidsliv fremheves som nødvendig for å sikre kunnskapsbasert tjenesteutøvelse og bedre tjenester, men vi vet også lite om hvordan dette kan motiveres og fremmes.

Mangel på relevans og at de nyutdannede ikke har den tilstrekkelige kompetansen for arbeidslivet, er en gjentakende kritikk som rettes mot alle de ulike profesjonsutdanningene i Norge så vel som i andre land. Systematiske forsøk med utdanningsmodeller på tvers av utdannings typer og nivåer der ulike former for praksiserfaring, simulering og teoriundervisning kombineres på nye måter, vil være en måte å utvikle kunnskap som kan bedre kvaliteten og relevansen av profesjonsutdanningene. Det bør også stilles mer grunnleggende spørsmål om hva som læres best i grunnutdanningen, hva som læres best i arbeidslivet og hva som læres best i ulike typer samspill mellom yrkespraksis og videreutdanning.

I løpet av bare noen tiår er de kortere profesjonsutdanningene oppgradert fra yrkesopplæringer med sterk tilknytning til praksisfeltet, til profesjonsstudier på universitets- og høyskolenivå. Akademiseringen innenfor de korte profesjonsutdanningene er ytterligere forsterket gjennom de generelle kravene om forskningsbasert utdanning og evidensbasert yrkespraksis. Samtidig er det bekymring for hvordan en skal rekruttere tilstrekkelig mange og tilstrekkelig kvalifiserte utøvere til mange av yrkene innen helse- og velferdssektoren. Det bør undersøkes hva som er effektiv bruk av kompetanse. Hva er kompetansebehovet i sektoren? Behovet for fagarbeidere reiser spørsmål om hva som kan motivere en større andel av de som velger helse- og sosialfag på videregående skole til en yrkeskarriere innenfor sektoren. Tross økende utdanningskrav har tjenestene i dag en høy andel ufaglært personell (>40%) og en stor andel arbeidstakere med små deltidstillinger. Vi trenger kunnskap om hvordan dette påvirker sektorens omstillingsdyktighet, relevant kompetanse, kvalitet og omstillingsevne i tjenestene.

3 Data, metoder og organisering av forskningen

Helse- og omsorgstjenesteforskning i Norge er evaluert som et relativt forskningssvakt område i en nylig gjennomført evaluering av helse, medisin og biofag i regi av Norges forskningsråd. Også fagmiljøer innenfor velferdsforskningen som ikke ble omfattet av den aktuelle evalueringen, har mange av de samme svakheterne; de er små og fragmenterte, har ofte et svakt teoretisk fundament i sin forskning og publiserer lite. I etterkant av evalueringen

har Helse- og omsorgsdepartementet lagt fram en strategi for samhandlingsforskning som beskriver hvordan forskning på helsetjenesten kan bidra til å oppnå samhandlingsreformens målsetninger. Et av forslagene i strategien innebærer organisering av forskningen i forskningsnettverk med regional og nasjonal forankring, der noen miljø kan fungere som faglige «lokomotiv» og på den måten bidra til nasjonal kunnskapsoppbygging og koordinering. Forskningsnettverk er et nødvendig element for å styrke kvaliteten og relevansen av helse-, omsorgs- og velferdsforskningen. Her beskrives fem tiltak, inkludert forslaget om nettverksbygging, som kan forbedre forskningens metodiske grunnlag og forskningens organisering:

- Videreutvikling av kvalitetsregistrene
- Lettere tilgang til registerdata
- Mer systematiske tilnærminger til analyser av tjenesteinnovasjoner
- Regionale kompetansesentra og nettverkssamarbeid
- Komparativ forskning og internasjonalisering

Videreutvikling av kvalitetsregistrene

Ifølge Helsedirektoratets nasjonale strategi for kvalitetsforbedring i helse- og sosialtjenesten 2005 – 2015 kjennetegnes tjenester av god kvalitet ved at de er virkningsfulle, er trygge og sikre, involverer brukere og gir dem innflytelse, er samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte og er tilgjengelig og rettferdig fordelt. Det finnes i Norge i dag ikke tilgjengelige data for systematisk å beskrive eller måle hvorvidt målsettingene i strategien blir oppfylt, langt mindre beskrive eller måle behandlingskvalitet for ulike pasientgrupper.

Fra 2009 har imidlertid regjeringen iverksatt en bred satsing på oppbygging av kliniske databaser (såkalte nasjonale medisinske kvalitetsregistre) med formål å dokumentere og evaluere kvalitet for ulike pasientgrupper og behandlingstiltak. I medisinske kvalitetsregistre gjøres registreringer av nøye utvalgte variabler knyttet til diagnostikk, behandling og utfall for særskilte pasientgrupper (for eksempel hjerneslag, hjerteinfarkt og multipel sklerose). Formålet er å sikre datagrunnlag for å dokumentere hvordan behandlingen har skjedd, hvilke resultater den gir på aggregert nivå og identifisere områder for forbedring av behandlingen. Et kvalitetsregister kan også danne utgangspunkt for videre forskning, for eksempel i form av randomiserte studier på subgrupper av registerets pasientpopulasjon.

Utviklingen av kvalitetsregistrene er en nødvendig forutsetning for å evaluere målsettingene i nasjonal strategi for kvalitetsforbedring og andre forhold ved helse-, omsorgs- og velferds-tjenestene. For å kunne utnytte registrene på en god måte bør de videreutvikles som følger:

- Utvidelse av registrene til også å omfatte data fra de kommunale helse- og omsorgs-tjenestene. Dette er viktig siden en betydelig og økende del av behandling og omsorg gis innenfor disse tjenestene.
- Bedre mulighetene for å kople til data fra velferdstjenestene og andre relevante registre. Dette vil gjøre det lettere å analysere og kontrollere for effekter av sosiale og økonomiske forhold noe som annet vil være relevant når en studerer variasjoner i tilgjengeligheten til tjenestene.
- Etablering av registre for flere prioriterte pasientgrupper for eksempel innenfor rus- og psykiatrifeltet.

Lettere tilgang til registerdata

Nordiske land har registerdata som kan åpne forskningsmuligheter som er helt unike internasjonalt. Gjennom analyser av forløpsdata kan en på bedre måter enn tidligere isolere de kausale effektene av ulike tjenesteorganisering. Dette gjelder i særlig grad organisering av pasientforløp som krever samhandling mellom ulike typer av tjenester. Dagens prosedyrer for å få tilgang til registerdata i Norge er imidlertid tids- og ressurskrevende. Noen generelle utfordringer knyttet til effektiv utnyttelse av eksisterende datakilder er:

- 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.
- For å evaluere effekter av ulike modeller for tjenesteyting må ressursbruk ses i sammenheng med resultatmål. Data om ressursbruk er fortsatt ikke tilgjengelig i alle deler av helse-, omsorgs- og velferdstjenestene. 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.
- 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. Utleveringsrutiner og -regler varierer fra kilde til kilde. Kobling og kvalitetssikring av data blir ivaretatt av de ressurser den enkelte forsker måtte ha tilgjengelig. Utlevering og tilrettelegging av data kan ta flere år.

Det skjer nå utvikling av et system (RAIRD) som vil gi autoriserte brukere mulighet til å bestille analyser på metadatanivå via internett, uten at selve registrene kopieres, utleveres eller flyttes. Samtidig sikres nødvendig konfidensialitet og anonymisering. Målet er at forskerne skal slippe å søke alle registereierne om å få tilgang til dataene. Løsningen vil være kostnads-effektiv og brukervennlig. RAIRD vil ligge trolig helt i verdensfronten når det gjelder teknologi, organisering og administrative rutiner for forvaltning og formidling av forskningsdata. Det er Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) og Statistisk sentralbyrå (SSB) som skal drifte infrastrukturen.

Både RAIRD og andre løsninger forutsetter imidlertid at grunnleggende juridiske og praktiske forhold avklares. For bedre å kunne utnytte registrene kreves følgende:

- Muligheter for kobling av alle helse-, omsorgs- og velferdsregistre, herunder IPLOS-registeret der det i dag ikke tillates koplinger mot andre registre på individnivå.
- Muligheter for å gi rammekonsesjoner til autoriserte forskningsmiljøer slik at arbeid forbundet med søknadsskrivning og forhandlinger med myndigheter som godkjenner bruk av registerdata og registereiere kan reduseres.

Mer systematiske tilnærminger til analyser av tjenesteinnovasjoner

Tjenesteinnovasjoner vil blant annet være knyttet til boligpolitikk, pårørendepolitikk, frivillighet, eier- og driftsformer og implementering av velferdsteknologi. En vesentlig del av forskningen i Stort program vil innebære evaluering og videreutvikling av tjenesteinnovasjoner. For at forskningen skal bli mer orientert mot forbedring må prosjektene som evalueres settes sammen mer systematisk. På den måten vil det bli å trekke slutninger om tiltakenes effekter. Tre tilnærminger er særlig relevante i denne sammenheng, sammenliknende effektstudier, eksperimentelle studier og kostnads-nytte-analyser (økonomisk evaluering).

Sammenliknende effektstudier (comparative effectiveness studies) har ofte vært benyttet til å etablere kunnskap om utfall av kliniske intervensjoner. Studiene sammenlikner på en

systematisk måte effekter av like behandlingsmåter (for eksempel ulike typer medikamenter) eller ulike behandlingsmåter (for eksempel kirurgisk vs. medikamentell behandling). Tilnæringsmåten kan også benyttes i forhold til analyser av implementering av tjeneste-innovasjoner. Sammenliknende effektstudier slik de er utviklet innenfor helsevitenskapene er imidlertid ikke basert på noe spesifikt atferdsteoretisk fundament for menneskelige handlinger slik en finner innenfor samfunnsvitenskapelig teori og de gir i sin grunnleggende form ingen løsningen på metodiske utfordringer en står overfor ved forskning på samfunnet som for eksempel seleksjonsskjevheter og endogenitetsproblemer. Tilnærmingen har likevel potensial til å tilføre større grad av systematikk i utprøvingen av nye tiltak og bør videreutvikles.

I enkelte land, for eksempel USA, benyttes i dag eksperimenter i økende grad i politikk-utforming innenfor helse-, omsorgs- og velferdstjenestene. Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) gjennomfører og finansierer for eksempel en rekke eksperimenter for å teste ut effektene av innovasjoner i organisasjons- og betalingsformer. Eksperimentene evalueres ved rigorøse metoder som gir muligheter for å trekke slutninger om kausale sammenhenger. Det er behov for å utvikle liknende metoder i Norge. Følgende temaer kan være egnet for systematiske eksperimenter:

- Utvikling av tjenester målrettet mot behovene til multisyke.
- Utvikling og implementering av velferdsteknologi.
- Utvikling og implementering av ulike typer av botilbud for omsorgstrengende.
- Utvikling av modeller for samarbeid mellom de offentlige tjenestene og private/frivillige organisasjoner.

I vedlegget gis, som et eksempel, en nærmere beskrivelse av hvordan et eksperiment for uttesting av tjenesteprogrammer for multisyke personer kan utvikles.

Felles for eksperimenter er behovet for større forstudier som beskriver utviklingen av intervensjoner og en implementeringsplan. Utviklingen må skje i samarbeid mellom departement, kommuner eller statlige lokale organisasjoner, brukergrupper og forskere. En bør i utgangspunktet legge opp til variasjon i tiltakene som iverksettes innenfor det enkelte område og det må etableres evalueringskriterier basert på avklarte mål. Eksperimentelle tilnærminger vil være særlig relevante i forkant av større politiske reformer.

De siste 10 år har bruk av økonomisk evaluering vært obligatorisk ved vurdering av offentlig finansiering av legemidler. Metoden har også vært brukt ved andre typer helsetiltak, men i mindre grad. Den forventede økningen i etterspørselen etter helse-, omsorgs- og velferdstjenester betyr høyst sannsynlig at samfunnet må si nei til effektive og ønskelige helsetiltak i større grad enn før. Økonomisk evaluering (kostnads-nytte-analyser) kan her være et nyttig hjelpemiddel for å belyse vanskelige valg. Den grunnleggende utfordring er at samfunnet ikke kan si ja til alle gode tiltak. Spørsmålet er hvilke kriterier som bør legges til grunn for prioritering, og hvordan disse kriteriene kan brukes i politikktutforming. Forskningsmessig er følgende områder forskningsmessig av stor interesse:

- Hva er befolkningens preferanser når det gjelder kriterier for prioritering: Alvorlighet av sykdommen/tilstanden, sjeldenhet av sykdommen/tilstanden, antall pasienter behandlet, pasientenes alder, kjønn, inntekt, bosted?
- Hvordan kan man måle livskvalitet slik at målingene reflekterer befolkningens verdsetting av helseforbedringer?

- Hvordan verdsetter befolkningen avveining mellom livskvalitet og livslengde?
- Hva er den pengemessige verdien av et godt leveår i befolkningen?
- Når kapasitetsbegrensninger i dag er viktigste metode for å si nei til helsetiltak og pasientgrupper, hvilke prioriteringer gir dette i praksis?
- Hvordan prioritere tiltak for bedre livsstil og helse slik at effekten blir størst mulig? Dette krever en sykdomsmodell som benytter overvekt, fysisk aktivitet, røyking, kosthold med videre som determinanter for sykkelighet og dødelighet.
- Hvordan utvikle kriterier for prioritering av pasienter som har behov for pleie av ulik mengde og type. Det gjøres i dag prioritering av pleietyper, pasientgrupper og pasienter. Samfunnet mangler imidlertid klare kriterier for prioritering, og prioriteringene kan således bli tilfeldige

Både sammenliknende effektstudier, eksperimentelle studier og kostnads-nytte-analyser bør etableres på grunnlag av oppdaterte systematiske oversikter av god metodisk kvalitet. Relevante systematiske oversikter om effekt av tjenester finnes for eksempel i Campbell Library og Cochrane Library, bl.a. utarbeidet av Cochrane Effective Practice and Organisation of Care (EPOC) Group og Cochrane Consumers and Communication Group.

Regionale kompetansesentra og nettverkssamarbeid

Et sentralt perspektiv i Meld. St.13 (2011-2012) «Utdanning for velferd» er at helse- og velferdstjenestenes kompetanse må utvikles for å møte befolkningens behov. For å lykkes med dette er det nødvendig å skape bedre sammenheng mellom forskning, utdanning, praksis og brukerne av de ulike tjenestene.

Forskningsrådet mottar midler fra tre departementer for å følge opp meldingen. Høsten 2012 ble det lyst ut midler til «praksisrettet FoU for helse- og velferdstjenestene» (PraksisVel). Satsingen retter seg mot høyskoler og universiteter som tilbyr utdanninger for disse tjenestene, og som dermed har ansvar for å utvikle kompetanse og kvalifisert personell for tjenestene. Satsingen skal bidra til å styrke forskningen på området og forskningsorienteringen i utdanningene og sikre at det utdannes mer kompetent personell til å bemanne og utvikle framtidens helse-, omsorgs- og velferdstjenester. Prosjektene må ha vesentlig betydning for tjenesteutøvelsen, og bør være organisert slik at både yrkes-/profesjonsutdanning, praksisfelt og brukere av tjenestene er involvert. Utlysningen er avgrenset til de tjenestene som forvaltes av arbeids- og velferdsforvaltningen, helse- og omsorgstjenestene og barnevernet. På sikt bør satsingen inkluderes i Stort program, slik at den praksisrettede forskningen kan ses i sammenheng med de prioriteringer som gjøres for programmet som helhet.

Forskningsrådets virkemidler skal bidra til å mobilisere forskningsmiljøene i UoH-sektoren og instituttsektoren til mer praksisrettet forskning på alle nivå, men med hovedvekt på forskning på de kommunale tjenestene og tjenestene som ytes gjennom NAV-kontorene. Det blir viktig å styrke forskningen gjennom rekruttering og etablering av tyngre kompetansemiljøer. For å sikre at den praksisrettede forskningen og utviklingen har en solid metodisk forankring, må det videre utvikles allianser mellom høyskoler som primært har hatt undervisningsoppgaver, og universiteter og institutter som har bredere forskningsmessig erfaring. En måte å gjøre dette på er ved etablering av regionale kompetansesentra med utgangspunkt i universitetene.

Komparativ forskning og internasjonalisering

I *Strategien for internasjonalt samarbeid* beskrives hvordan Forskningsrådet skal bidra til økt internasjonalisering av norsk forskning. Målsettingen er at internasjonalt forskningssamarbeid

skal bidra til å møte globale utfordringer, bidra til å øke kvaliteten og kapasiteten i norsk forskning, sikre Norge tilgang til internasjonal kunnskapsproduksjon, styrke næringslivets konkurranseevne og fremme Norge som ledende forsknings- og innovasjonsnasjon på utvalgte områder. Det er et mål at alle Forskningsrådets aktiviteter skal ha konkrete mål og planer for internasjonalt samarbeid. Norge skal delta i programmer på tvers av landegrensene når dette er viktig for å møte felles utfordringer eller for å styrke norsk forskning og kunnskapsbasert næringsliv. Videre skal Forskningsrådet styrke stimulerings tiltakene for å gjøre norske forskere, bedrifter og forskningsinstitusjoner til aktive deltakere på de internasjonale samarbeids- og konkurransearenaene

Forskningen på helse-, omsorgs- og velferdssfeltet har, med unntak for den kliniske forskningen, i stor grad hatt et nasjonalt fokus. Dette har hatt flere årsaker, både vansker med å skaffe sammenliknbare data og vansker med å etablere finansieringsgrunnlag for komparative prosjekter. Datagrunnlaget er i ferd med å bli forbedret og *Gode og effektive tjenester* vil være et program der det er særlig relevant med komparative prosjekter. Det vil særlig være aktuelt å etablere forskningssamarbeid med land som har helse-, omsorgs- og velferdssystemer som kan sammenlignes med de norske. De nordiske landene skiller seg ut i så måte. I disse landene er også registrene som dekker helse-, omsorgs- og velferdstjenestene relativt like når det gjelder oppbygging (for eksempel hvilke variabler som dekkes). På stadig flere områder vil det være mulig å gjennomføre komparative analyser som omfatter land utenfor Norden.

Komparative analyser er av særlig interesse der det er lite variasjon å utnytte i Norge. Institusjonelle og økonomiske forhold vil være eksempel på slike områder siden helse-, omsorgs- og velferdstjenester som tilbys i Norge, er organisert og finansiert på om lag samme måte. Ved å utnytte variasjon i organisering og finansiering mellom nordiske eller europeiske land, vil det være mulig å studere hvordan disse forholdene påvirker tjenestenes kvalitet, kostnadseffektivitet og fordeling. Det vil være hensiktsmessig å kople deler av forskningen til internasjonale satsinger, som for eksempel EUs rammeprogram.

Vedlegg 1: Eksempel på eksperiment – multisyke personer

En aldrende befolkning gir flere personer med kronisk sykdom. Ved 65 års alder har 2/3 to eller flere kroniske sykdommer – ofte omtalt som multisyke i litteraturen. Selv om antallet kroniske sykdommer vokser betydelig med alderen, er det samlet sett likevel flere personer under 65 år som har mer enn én kronisk sykdom, da med en betydelig sosial gradient mot de dårligst stilte i samfunnet. Det er beregnet at multisyke beslaglegger to tredjedeler av ressursene i helsetjenesten. Likevel er faglige retningslinjer ensidig basert på pasienter med én sykdom. Denne inkongruensen er ikke bærekraftig. Eldre og multisyke blir regelmessig ekskludert i studier som gjelder behandling. Flere sykdommer fører til polyfarmasi med fare for legemiddelinteraksjoner og flere sykdommer hos en pasient øker faren for uheldige bivirkninger av legemidler. I tillegg har man de siste årene fått flere forskjellige behandlingsregimer for hver sykdom. Virkningene av denne kompleksiteten ved behandling av multisyke, kjenner man lite til, annet enn at faren for utilsiktede hendelser øker kraftig.

Et eksempel: Kari Hansen er 79 år gammel og har høyt blodtrykk, benskjørhet, slitasjegikt, sukkersyke og KOLS. En gjennomgang av retningslinjene som det forventes man følger for hver av diagnosene, viser at Kari Hansen skal bruke 12 separate medisiner til 5 ulike tidspunkt på dagen og totalt 19 doser pr dag. I tillegg til medisin skal hun følge 14 anbefalte daglige aktiviteter (sjekke føtter, sjekke blodsukker, trene, mm), hun må til fastlege 4 ganger pr år, til regelmessig oppfølging hos spesialsykepleiere, til øyelege 1 gang pr år og få årlig vaksinerings. Dette blir i sum et regime som ikke er gjennomførbart. Det kan forklare hvorfor man finner at retningslinjer ofte ikke blir fulgt i primærhelsetjenesten.

Det store gapet mellom kunnskap og behov knyttet til multisyke personer, vil bli ytterligere utfordret i samband med samhandlingsreformen. Det er lagt frem insentiver som skal stimulere kommunene til å ta et større ansvar i pasientbehandlingen, i all hovedsak for multisyke pasienter. Spørsmålene dette reiser er mange: På hvilket faglig grunnlag skal primærhelsetjenesten ta et større ansvar, som samtidig er forsvarlig, når det knapt finnes kunnskapsbaserte retningslinjer for denne store pasientgruppen? Hvordan skal beslutningen fattes? Avgjørelser i primærhelsetjenesten ofte blir tatt av helsepersonell alene eller av bare få siden leger og annet helsepersonell er splittet opp i forskjellige virksomheter, ofte uten

formaliserte møtearenaer, og med hvert sitt pasientjournalssystem som ikke kan utveksle informasjon.

Den kompleksiteten som er beskrevet i eksempelet (tekstboksen), vitner først og fremst om en svær heterogenitet blant multisyke pasienter. Antallet kombinasjoner gitt av multiple behandlingsregimer for hver diagnose for pasienter med alle former for kombinasjoner av mange diagnoser og i tillegg med individuelle behov, responser og preferanser, er uendelig. Dette gir store utfordringer forskningsmessig. Den reduksjonistiske tilnærmingen som kjenner tegner basisen for de diagnosebaserte retningslinjene, er trolig mindre egnet for utviklingen av intervensjoner tilpasset multisyke pasienter. Internasjonalt ser man utprøving av tiltak overfor denne gruppen pasienter mer i form av program som er satt sammen av ulike typer intervensjoner, og som skal danne en helhet med bedre integrasjon av ulike tjenester. De representerer også i stor grad et skifte fra et fokus på en vertikal integrasjon (spesialisthelsetjeneste - primærhelsetjeneste), som har kjennetegnet de diagnosebaserte retningslinjene, til å legge større vekt på en horisontal integrasjon (samarbeid på tvers i primærhelsetjenesten) for å bedre kvaliteten på behandlingen. Det foreligger også gode indisier på at programmer som kombinerer en mental og fysisk tilnærming kan gi gode resultater.

Det er et stort behov for styrke kunnskaps- og beslutningsgrunnlaget knyttet til multisyke personer. Derfor foreslås utvikling av et program med tiltak som skal være målrettet mot behovene til multisyke, og at programmet forsøkes implementert i en kontrollert multisenterstudie. Det vil innebære en større forstudie som omhandler utviklingen av en inter-

vensjon og en implementeringsplan. Det er sannsynlig at en evaluering av effekten bør ha to hovedgrener; en rettet mot yngre multisyke hvor sentral målsetting er knyttet arbeid og sysselsetting, og en som vil omfatte gamle eldre med vekt på livskvalitet og funksjonsevne.

Faglige retningslinjer for multisyke

Det bør iverksettes et felles arbeid med mål om hvordan man kan tilnærme seg forskningsresultater knyttet til behandling av sykdommer som ikke fører til en additiv sum av behandlingstiltak for multisyke. Arbeidet må antakelig ta utgangspunkt i hva som er felles suksessfaktorer for de viktigste kroniske sykdommene. Målgruppen for slike retningslinjer må være kliniske generalister som har ansvaret for den samlede behandlingen. Ideer om hvordan et slikt arbeid kan gjennomføres mht. retningslinjer for legemiddelbehandling, er allerede blitt skissert. Det er også behov for å trekke kontekstuelle forhold og større pasientdeltagelse inn i retningslinjene, og at det i retningslinjene legges vekt på å utforme en målsetting for pasienten som inkluderer pasientpreferanser, livskvalitet og hvordan pasienten skal greie seg selv best mulig. Dette innebærer et skifte i tilnærmingen til multisyke personer fra å være problemorientert til bli mer målstyrt ut i fra den enkeltes behov og preferanser. Pasienter vil få en tydeligere rolle i beslutninger. Forskning som omhandler andre tiltak spesielt designet for multisyke i primærhelsetjenesten, er meget sparsom, men kan gi retninger for hva som bør undersøkes og prøves ut nærmere for å bedre kvaliteten på behandlingen av denne gruppen pasienter.

Mye kan tyde på at tiltak som kan øke pasientenes funksjonsevne, kan være spesielt virksomt og bør inngå som et sentralt tiltak i intervensjonen. Dette gjelder hjelpemidler og tilrettelegging i hjemmet der man nå ser for seg en fremvekst av elektroniske hjelpemidler – spesielt muligheter til å redusere sosial isolasjon som trolig er det mest utbredte problemet. Det best dokumenterte tiltaket for eldre multisyke er likevel fysisk trening. I mange retningslinjer er dette en "påklattet" aktivitet uten det inngår nye kunnskaper om hvordan fysisk trening best kan gjennomføres. En strategi som øker pasientenes tro på egen mestring (self-efficacy), vil være et viktig ledd i bedringen av funksjonsevnen.

Risikoreduserende tiltak

En annen strategi som bør bli vurdert å inngå i et program for multisyke, er risikoreduserende tiltak. Eksempler som er antatt viktige, er:

- Forebygging av legemiddelfeil ved et system for legemiddelgjennomgang og samstemming av legemiddellister
- Forebygge risiko for andre ulykker – fall, brann og underernæring
- Forebygge og monitorere risiko for depresjon, og evt. andre psykiske problemer, som ofte har en negativ virkning i forhold til utviklingen av fysiske kliniske tilstander
- Sikre adekvat tilgang til nødvendige helse- og velferdstjenester, og forebygge at multisyke faller ut av tjenestetilbudet.

Organisatoriske tiltak

Man må ivareta de oppgavene og rollene som har fungert godt for primærhelsetjenesten som et lavterskel tilbud som er omfattende, personlig og representerer kontinuitet. Fastlegene har i tillegg en koordinator og portvaktfunksjon.

Utviklingen av faglige retningslinjer med hovedfokus på enkeltdiagnoser har i all hovedsak omhandlet den vertikale samhandlingen. Likeledes er allmennpraksis med dagens organisering og finansiering, basert på at pasienter selv evner godt å etterspørre tjenesten. Begge deler er lite kongruent med behovene og situasjonen for multisyke. Skal man lykkes

med samhandlingsreformen og et forbedret tilbud til multisyke, bør man se på tiltak som kan styrke det horisontale samarbeidet i helsetjenesten.

I program og modeller som er blitt publisert, ser man at økt tilgjengelighet og større oppmerksomhet i forhold til utsatte grupper er et hovedtema hos nesten alle. Listen av prøvde tiltak er lang: God kapasitet på ledig timer, lengre konsultasjoner for multisyke, elektronisk kommunikasjon/tilgang til helsepersonell for pasienter, gruppekonsultasjoner, registre og strukturert oppfølging for utsatte pasientgrupper, avtalte samhandlingsrutiner med samarbeidspartnere, strukturerte pasientforløp, organisering av team, triage og avtalt tidlig-intervensjon for kronisk syke, elektronisk pasientjournal med påminnere og beslutningstøtte, elektronisk kommunikasjon mm.

Erfaring er at omorganisering i helsetjenesten er krevende, fordi roller og oppgaver er sterkt knyttet til en lang utdanning. Omorganisering omfatter kompetanseoppbygging, allokering av oppgaver og mandater, utviklingsprosesser og lydhørhet i forhold til lokale strukturer, organisasjoner og kultur, samt behov for nye ledelsesformer. Omlegginger blir derfor ofte preget av prosesser som starter og stopper, har tilbakefall og blir ufullstendige, og møter ofte motkrefter. Det tar gjerne flere år før nye prosesser setter seg, hvis man kommer så langt. Finansiering og refusjonsordninger, evt. andre insentiver må støtte omleggingene. Andre insentiver kan være indikatorer som måler resultater. Erfaring tilsier at det må være et trykk på endringsprosessene som minst går over 2-3 år.

Denne typen intervensjoner har alle komponenter som beskrives i komplekse intervensjoner. Det er laget retningslinjer for gjennomføring denne typen prosjekter.