

## Nasjonalt nettverk i helsetjenesteforskning

### Strategidokument 2023 – 2027

#### Sammendrag

Kunnskap om effektive måter å organisere, lede, finansiere og levere helse- og omsorgstjenester med høy kvalitet er viktig. Det er bakgrunnen for opprettelsen av Nasjonalt nettverk i helsetjenesteforskning i 2013. 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 forskere i nettverket, og publiserte artikler har både et mikro- meso- og makroperspektiv på helsetjenesten. I samarbeid med lokale arrangører ulike steder i landet, har nettverkets fagråd siden 2017 arrangert Den nasjonale helsetjenesteforskningsskonferanser hvor målgruppen er forskere og beslutningstakere. Dette skal videreføres.

I kommende strategiperiode er det særlig et behov for å styrke helsetjenesteforskningen innenfor følgende områder:

1. Nye måter å levere tjenester på
2. Praksisvariasjon, uønsket variasjon og sosial ulikhet i helse
3. Prioritering og begrensede valg
4. Digitalisering, teknologisk utvikling og e-helse
5. Arbeidsforhold, utdanning og kompetansebehov.

Dette er relevante temaer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, i spesialisthelsetjenesten og i samhandlingen mellom dem. Datatilfanget fra nasjonale registre, elektroniske pasientjournaler og egeninnsamlede data, inkludert kvalitative data, legger et godt grunnlag for interessante og relevante studier. Metoder for utnyttelse av registerdata og studier med et kvasiekperimentelt design, er spesielt viktig i neste strategiperiode.

#### Nasjonalt nettverk i helsetjenesteforskning 2013-2022

For å øke kunnskapsgrunnlaget og gi et bedre grunnlag for å levere helsetjenester med høy kvalitet tilpasset befolkningens behov, ble det etablert en nasjonal satsing på helsetjenesteforskning i 2013. Gruppen som utarbeidet grunnlagsdokumentet bestod av representanter fra alle de fire helseregionene og de fire breddeuniversitetene<sup>1</sup>. Formålet med satsingen var:

- å bygge opp sterke fagmiljø i helsetjenesteforskning
- å styrke den klinikknære helsetjenesteforskningen i helseforetakene
- å skape en bedre integrering innenfor helsetjenesteforskning mellom universiteter og helseforetak
- å bidra til flerregionalt samarbeid
- å legge til rette for forskningsaktivitet med forankring mot kommunene og velferdstjenestene

Gruppen lanserte fem forskningsområder som burde styrkes: (1) Kvalitet og pasientsikkerhet, (2) Pasientbehandling, pasientforløp og samhandling, (3) Behov og brukervedvirkning,

---

<sup>1</sup> Grunnlagsdokumentet er tilgjengelig på våre nettsider: <https://helsetjenesteforskning.org/>

(4) Styring og ledelse av og i helsetjenesten og (5) Fordeling, organisering og finansiering av helsetjenester.

Nasjonal samarbeidsgruppe for helseforskning (NSG) vedtok forslaget, og i 2013 ble Nasjonalt nettverk for helsetjenesteforskning opprettet. Avdeling for helsetjenesteforskning (HØKH) på Akershus universitetssykehus (Ahus) ble oppnevnt som koordinerende miljø for nettverket, og mottok årlig 1,5 millioner kroner fra HSØ for dette. I tråd med retningslinjene fra NSG, ble det oppnevnt et fagråd med representanter fra alle fire helseregioner med tilhørende universitet.

Det nasjonale nettverket ble evaluert i 2016, og anbefalt videreført en ny periode, ut 2019. Fra 2020 har fagmiljøene i en felles dugnad ivarettatt og videreført arbeidet. Fagrådet har en tydelig geografisk forankring ved at alle helseregioner er representert. I tillegg er bredden i sektortilhørighet, fagbakgrunn og forskningstilnærming ivarettatt. HØKH ivaretar fortsatt rollen som koordinerende miljø, bla med ansvar for møtene i fagrådet, medarrangør av de årlige nasjonale konferansene, og drift av nettverkets hjemmeside (<https://helsetjenesteforskning.org/>).

I 2022 ble fagrådet utvidet med representanter fra tre nye miljø, henholdsvis fra NORCE (forskningsinstituttet), Regforsk (NTNU) og Norcher (UiO). Nettverket favner nå de fleste store fagmiljø som er opptatt av hvordan helsetjenesten organiseres, finansieres og tilbys. Detaljer om fagrådets nåværende sammensetning finnes i boks 1. Nettverkets arbeidsutvalg består av leder og nestleder, en koordinator og leder av HØKH.

#### **Boks 1: Nasjonalt fagråd i helsetjenesteforskning 2023**

Vidar Halsteinli, St Olav, PhD (samfunnsøkonomi). Leder.  
Marianne Storm, UiS, PhD (helsevitenskap). Nestleder.  
Linda Midttun, Helse Midt, PhD (statsvitenskap)  
Johan Håkon Bjørngaard, Regforsk NTNU, PhD (sosiologi)  
Frode F. Jacobsen, Senter for omsorgsforskning vest, PhD (antropologi)  
Jon Harald Kaspersen, NORCE, PhD (teknologi)  
Birgit Abelsen, UiT, PhD (statistikk)  
Eva Stensland, SKDE, PhD (medisin)  
Eline Aas, UiO, PhD (samfunnsøkonomi)  
Linda Pedersen, OUS, PhD (fysiologi)  
Kjetil Telle, FHI, PhD (samfunnsøkonomi)  
Marian Ådnes, Sintef, PhD (psykologi)

#### **Koordinatorer**

Tove Klæboe Nilsen, Helse Nord og HØKH, Cand.polit. (statsvitenskap)  
Hilde Lurås, HØKH og UiO, Dr.polit. (samfunnsøkonomi)

## Den nasjonale helsetjenesteforskningskonferanse som arena

Etter oppstartskonferansen på Ahus i 2015 hvor «alle med interesse for helsetjenesten» ble invitert, diskuterte fagrådet målgruppe og innretning for fremtidige møteplasser. Det var enighet om at det nasjonale nettverket skulle ha merverdi både for forskere og tjenesten, og bidra til gode forskningsprosjekter og resultater for beslutningstakerne, tjenestene og pasientene. Det ble derfor valgt en løsning hvor forskere i parallellsesjoner innenfor de fem prioriterte områdene skulle få god tid til å presentere og få tilbakemelding på sine studier, mens nasjonale og internasjonale forskningsresultater og helsepolitiske føringer innenfor konferansens tematikk skulle presenteres i plenumssesjoner. Med den innretningen har deltakerne på de nasjonale helsetjenesteforskningskonferansene vært en blanding av forskere og beslutningstakere.

Nettverksbygging var en av de viktigste årsakene til at NSG tok initiativ til et nasjonalt nettverk. I lys av det besluttet fagrådet at ulike miljø skulle utfordres til å arrangere de nasjonale konferansene. Det ville sikre at nettverket når nye deltakere, både forskere, beslutningstakere og praksisutøvere. Den første nasjonale konferansen ble arrangert i Trondheim (NTNU) i 2017. Deretter arrangerte Oslo (UiO) i 2018, Trondheim (Sintef) i 2019 og Oslo (FHI) i 2020. På grunn av pandemien ble den 5. nasjonale konferansen arrangert som et webinar (UiO). I 2022 ble konferansen arrangert i Tromsø (SKDE). Stavanger (UiS) står klar til å arrangere konferansen høsten 2023, mens Bergen (Høgskolen på Vestlandet og NORCE) skal arrangere konferansen i 2024. Tabell 1 gir flere detaljer om konferansedeltakelse og overordnet tematikk. Den lokale arrangøren bestemmer tema og har ansvaret for den tekniske gjennomføringen av konferansene. Koordinatorene i nettverket deltar i programkomite hvert år og sørger for kontinuitet i nettverkets arbeid. Konferansen har blitt en ettertraktet møteplass, og deltakerne gir gode tilbakemeldinger på nytten.

Tabell 1: Den nasjonale helsetjenesteforskningskonferansen 2017-2024

Når	Arrangør	Tittel	Deltakere
2017	NTNU	Den 1. nasjonale helsetjenesteforskningskonferansen	170
2018	UiO	Primærhelsetjenesten og bedre samhandling på tvers	150
2019	SINTEF	Digitalisering og helseteknologi – til pasientens beste	120
2020	FHI	Gode helsetjenester for alle	200*
2021	UiO	Webinar med forskningsresultater fra andre land	250
2022	SKDE	Praksisvariasjon i helsetjenesten – er likeverdighet en illusjon	170
2023	UiS	Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027; implikasjoner for htjf	
2024	NORCE/HVL	Prioritering	

\*: antall påmeldte. På grunn av utbruddet av Covid-19 pandemien fikk mange påmeldte reiseforbud i dagene før konferansen. Konferansen ble avsluttet etter dag 1 som følge av nedstengningen av Norge.

## Hva har kommet ut av det nasjonale nettverkets 10 første år?<sup>2</sup>

Den store interessen for den nasjonale konferansen viser at denne møteplassen har dekket et behov. For forskerne har det vært nyttig at beslutningstakere og brukere av resultatene har gitt tilbakemelding på studiene som presenteres. Det har gjort forskningen mer relevant, men trolig også bidratt til kunnskapsoverføring til praksis, utdanning og politikk.

<sup>2</sup> Se også årsrapporter til RHFene på <https://forskningsprosjekter.ihelse.net/prosjekt/N-4> (2013) og <https://forskningsprosjekter.ihelse.net/prosjekt/2014121> (2014-2021)

Brukermedvirkning i alle faser av forskningsprosessen, ikke bare fra sluttbrukere, men også fra brukere av forskningsresultatene er i tråd med overordnede føringer fra HOD.

Konferansene har også bidratt til at forskere har blitt oppmerksom på andre enkeltforskere og miljø innenfor eget og tilgrensende forskningsområde. Det har bidratt til forskningssamarbeid på tvers av profesjon og geografi, forskningssøknader som favner hele pasientforløpet og søknader som favner flere sektorer.

På de årlige konferansene har de mest sentrale forskningstemaene fra 2017-2022 vært innen følgende kategorier, der de fire første har samlet absolutt flest forskningsbidrag:

- Pasientbehandling, pasientforløp og samhandling
- Styring og ledelse
- Organisering og finansiering
- Pasientbehandling og praksisvariasjon.
- Kvalitet og pasientsikkerhet
- Behov og brukermedvirkning

Det er også stimulert til nye forskningsområder, og invitert til bidrag i innen følgende tema:

- Teknologi, e-helse, digitalisering og innovasjon
- Randomiserte og kvasi-eksperimentelle studier
- Kommunale akutte døgnenheter
- Forskning etter covid-19

## **Styrker og utfordringer**

Fagrådet oppsummerte styrker og utfordringer for helsetjenesteforskningen i NSG i juni 2022. Ved inngangen til en ny strategiperiode er dette fortsatt relevant.

### **Styrker**

- Det er stor interesse for helsetjenesteforskning i forskningsmiljøene både i UH-sektoren, helseforetakene, kommunene og instituttsektoren
- Det er stor interesse for helsetjenesteforskning hos beslutningstakere og de som finansierer forskning (Forskningsrådet, RHF-ene, DAM, Kreftforeningen mfl)
- Helsetjenesteforskning oppfattes som tilgjengelig og forståelig, og kan umiddelbart nyttiggjøres
- Det er forskningsaktivitet innenfor alle de fem prioriterte områdene og nye områder har kommet til
- Det er sterke fagmiljøer innen flere akademiske områder, for eksempel helseøkonomi, helsepolitikk og helsesosiologi
- Det er høy kvalitet på søknader til Forskningsrådet
- Datatilfanget fra nasjonale registre, elektroniske pasientjournaler og egeninnsamlede data, inkludert kvalitative data, legger et godt grunnlag for interessante og relevante studier

## Utfordringer

- Det er fortsatt mange kunnskapshull og forskningen dekker ikke alle de store utfordringene tjenestene står overfor. Fagrådet ser særlig behov for forskning på tiltak i kommunehelsetjenesten og de helprivate tjenestene.
- Forskningsprosjektene er fortsatt i for liten grad tverrfaglige og flerfaglige i sin innretning
- Resultater fra helsetjenesteforskning er ikke synlig nok
- Mange av forskningsmiljøene er små, og studiene (utenom de store Forskningsrådsprosjektene) er små og dels overlappende
- Den konkurranseutsatte forskningsfinansieringen utenfor Forskningsrådet er ukoordinert og fragmentert
- Kunnskap fra forskningen når ikke ut til praksis, utdanning og beslutningstakere i tilstrekkelig grad

## Organisering av Nasjonalt nettverk i helsetjenesteforskning 2023 – 2027

Det nasjonale nettverket har i løpet av de første 10 årene funnet en god arbeidsform. Det skal fortsatt arrangeres tre fagrådsmøter i året, to digitale og et fysisk i tilknytning til den nasjonale konferansen. HØKH fortsetter som koordinerende miljø, med ansvar for å forberede og arrangere møtene, oppdatere nettverkets hjemmeside og delta i programkomiteen for de nasjonale konferansene. Miljøene som inngår i fagrådet i 2023 videreføres i den neste strategiperioden (se boks 1). Medlemmene i fagrådet rekrutteres på bakgrunn av betydelig forskningserfaring innenfor helsetjenesteforskning på de relevante satsingsområdene. Eventuelle utskiftninger i og utvidelser av fagrådet diskuteres og besluttes i fagrådet. Fagrådets ambisjon er fortsatt å tilrettelegge arenaer og møteplasser for diskusjon av faglige problemstillinger som kan bidra til nye forskningssideer, faglige forbindelser, nettverksbygging, forskningssøknader, nye prosjekter og en kunnskapsbasert helsetjeneste.

## Satsingsområder 2023 – 2027

Det siste året er det lagt frem en rekke nasjonale utredninger på bestilling av regjeringen. Helsepersonellkommisjonen (NOU 2023:4) foreslår en helhetlig innsats på flere områder for å nå målet om en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. Sykehusutvalget (NOU 2023:8) foreslår blant annet å endre finansieringsmodellen for behandling av pasienter som trenger tjenester fra flere nivå gjennom et samhandlingsbudsjett. Ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten (april 2023) har blant annet fremmet forslag om endringer i organisering og finansiering av fastlegetjenesten. Det kan forventes en rekke forslag til tiltak fra regjeringen når ny Helse- og samhandlingsplan fremlegges høsten 2023. Det blir dessuten stadig tydeligere både for beslutningstakere og befolkningen at det i årene fremover er nødvendig med en sterkere prioritering av ressursene, noe som har resultert i at HOD har nedsatt flere ekspertutvalg innenfor prioriteringsområdet.

Den rike datatilgangen fra nasjonale registre og elektroniske pasientjournaler kombinert med ulike kvalitative undersøkelser legger godt til rette for helsetjenesteforskning innenfor en stor bredde av problemstillinger. Fagrådet vil i neste strategiperiode stimulere forskningsmiljøene til å utnytte det komparative fortinnet vi har innenfor data i Norge. Mulighetsrommet for kvasi-eksperimentelle og pragmatiske studier er fortsatt stort og uutnyttet. Naturlige eksperimenter som eksempelvis ved endringer i DRG-satser og egenandeler, ligger godt til rette for forskning og publisering. Internasjonalt er denne typen studier av stor interesse, og fagrådet er opptatt av at dette bør utnyttes fremover. Forskningsmiljøene må også stimuleres til åpenhet når det gjelder deling av problemstillinger og kildekoder for tilrettelegging av data og analyse. Dette er en nødvendig betingelse for legitimitet til forskningen og resultatene.

I grunnlagsdokumentet fra 2013 ble det pekt på behov for å styrke helsetjenesteforskningen innenfor de fem områdene: styring, ledelse, finansiering, organisering, samhandling. I neste strategiperiode vil fagrådet peke på noen nye områder hvor det er behov for å styrke kunnskapsgrunnlaget. Forskningen må fortsatt både inkludere analyser basert på kvalitative (intervjuer, observasjoner, dokumenter mm) og kvantitative data (spørreskjema, registerdata, data fra pasientjournaler mm).

### **Nye måter å levere tjenester på**

Nye måter å organisere og levere helsetjenester på innbefatter alt fra hjemmesykehus og brukerstyrt poliklinikk, til endret oppgavedeling eller oppgaveforskyvning mellom forvaltningsnivå og mellom helseprofesjoner, bruk av nye teknologiske løsninger i tjenesten og i pasientens hjem, helsefelleskap og virtuelle og nettverksbasert sykehus. Helheten i tjenesteleveransene og god/bedre samhandling mellom de to forvaltningsnivåene er viktig. Fortsatt er imidlertid kunnskapsgrunnlaget i den kommunale helse- og omsorgstjenesten mangelfullt. For å sikre at nye løsninger har den ønskede effekten på pasientbehandlingen, de ansattes arbeidshverdag, sykehus- og kommuneøkonomi og bruken av samfunnets ressurser som gjør at tiltaket bør breddes i tjenesten, er det nødvendig med forskningsbasert kunnskap. Det bør både gjøres forskningsbaserte evalueringer av nye tiltak som settes i gang uten forutgående forskning, og komparative studier på ulik organisering av samme tiltak på ulike steder i landet.

### **Praksisvariasjon, uønsket variasjon og sosial ulikhet i helse**

Praksisvariasjon kan både være ønsket og uønsket. Problemstillinger knyttet til uønsket variasjon, inkludert underbehandling, overbehandling og overdiagnostikk er viktig. Helseatlasene til SKDE<sup>3</sup> viser at det er geografisk variasjon i forbruk av helsetjenester, 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 uønsket praksisvariasjon rettet mot tilbudssiden som fagrevisjoner, metodebøker og andre verktøy, er det behov for 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. Selv om beskrivelser av variasjon i helsetjenester gir viktig informasjon for videre undersøkelser, sier ikke slike

---

<sup>3</sup> Senter for dokumentasjon og evaluering i Helse Nord RHF

undersøkelser i seg selv noe om hva som er «riktig» eller ønsket nivå på tjenestetilbudet til enkeltpasienter og grupper. Analytiske studier om praksisvariasjon er derfor sentralt.

### **Prioritering og begrensede valg**

Prioritering skjer på overordnet politisk nivå, på administrativt nivå og i det enkelte pasientmøte. Selv om det i Norge er innført prioriteringskriterier (nytte, ressurs og alvorlighet) er det prioriteringsutfordringer i tjenesten. Pasientrettigheter, valgfrihet og ulikheter i folks helsekompetanse spiller inn i dette. Forskning knyttet til prioriteringsbeslutninger, og spesielt om prioriteringskriteriene er nyttige for beslutninger i det enkelte pasientmøtet, er viktig fremover. Nettverket ønsker mer forskning på evaluering av tiltak på alle nivå i tjenesten. Dette er viktig for å identifisere konsekvenser for pasient og pårørende, samt økt forståelse for allokering av begrensede ressurser (kostnadseffektivitetsanalyser). Det å benytte økonomiske insentiv som takster, egenandeler og innsatsstyrt finansiering for å endre adferd er godt dokumentert i nasjonal og internasjonal forskning. En spennende utfordring til forskningsmiljøene er å undersøke hvordan økonomiske insentiv kan designes for å sikre en bedre prioritering i helse- og omsorgstjenesten. En annen utfordring kan være å undersøke hvordan faglige insentiver, herunder helsepersonells ønsker om å yte gode tjenester, være dyktige fagfolk og arbeide etter profesjonsetiske normer, kan tillegges vekt i prioritering.

### **Digitalisering, teknologisk utvikling og e-helse**

Ulike e-helse tiltak er en viktig del i utviklingen av fremtidens helsetjeneste. Det kan avhjelpe behovet for mer arbeidskraft, gjøre hverdagen enklere for de ansatte og gi trygghet for pasientene. Utviklingen 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 piloter. I tillegg til å vektlegge personell og brukeres involvering i utvikling av hensiktsmessige digitale løsninger, er det viktig å fokusere på implementeringsaspektet: Hva er det som hemmer og fremmer en god implementering? Kunnskap om hvordan digitale løsninger bør integreres og organiseres i tjenesten er avgjørende med tanke på å realisere gevinster. Gevinstrealisering er krevende og understreker igjen viktigheten av økt forskningsbasert kunnskap både når det gjelder å utvikle og å ta bruk digitale løsninger.

### **Arbeidsforhold, utdanning og kompetansebehov**

Høyt sykefravær, 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 en risiko for pasientsikkerheten. Forskning kan bidra til kunnskap om tiltak som kan initiere HR-politikk, og hvilke utdanningsbehov det er i ulike deler av helse- og omsorgstjenesten og i ulike geografiske områder. I Helsepersonellkommisjonens rapport (NOU 2023:4) foreslås det å etablere arenaer for systematisk læring, kunnskapsdeling og refleksjon. Det er gjennomført forskning som viser at dette er hensiktsmessig, og har bidratt til brukermedvirkning fra pasienter, pårørende og helsepersonell, høyere kvalitet i samhandling og bedre overganger i overføring av pasienter mellom spesialist og kommunehelsetjenesten. Helsetjenesteforskning har et viktig bidrag både i å designe og evaluere effekter av slike tiltak og hvordan det kan implementeres.