




Helse- og omsorgstjenester

 Norges forskningsråd | Forskningsprogrammer

# Program for helse- og omsorgstjenester 2006–2010

## Programplan

**Program for helse- og omsorgstjenester  
2006–2010**

**Programplan**

© **Norges forskningsråd 2006**

Norges forskningsråd  
Postboks 2700 St. Hanshaugen  
0131 OSLO  
Telefon: 22 03 70 00  
Telefaks: 22 03 70 01  
bibliotek@forskningsradet.no  
www.forskningsradet.no/

Publikasjonen kan bestilles via internett:  
[www.forskningsradet.no/publikasjoner](http://www.forskningsradet.no/publikasjoner)

Grafisk design omslag: Danas design  
Trykk: Norges forskningsråd  
Opplag: 200

Oslo, mai 2006  
ISBN 82-12-02313-3 (trykksak)  
ISBN 82-12-02314-1 (pdf)

## Forord

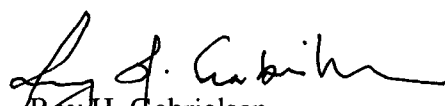
De tematisk definerte helsefaglige forskningsprogrammene i Divisjon for vitenskap utgjør et viktig supplement til den tematisk uavhengige forskningen i frittstående prosjekter. Helseforskningsprogrammene finansieres av de departementene som har ansvar for helsesektoren, i første rekke Helse- og omsorgsdepartementet, mens den tematisk uavhengige ("frie") medisinske forskningen finansieres med midler fra Kunnskapsdepartementet.

For perioden 2006-2010 har Divisjon for vitenskap fem helseforskningsprogrammer: *Folkehelse, Helse- og omsorgstjenester, Psykisk helse, Klinisk forskning og Miljø, gener og helse*. Organisering av forskningsaktiviteter i programmer bidrar til å målrette innsatsen og å synliggjøre prioriterte fagfelt og kunnskapsbehov. Styrket koordinering og samarbeid mellom ulike fagmiljøer gir også gode muligheter for synergieffekter i forskningen. Flere av programmene har en tematisk innretning som skal bidra til å styrke kunnskapsgrunnlaget på viktige helsepolitiske områder.

Den foreliggende programplanen, som er godkjent av Divisjonsstyret for vitenskap, ble utarbeidet av framtrepende forskere og fagpersoner i dialog med Helse- og omsorgsdepartementet. Den skal dels tjene som konkret informasjon til aktuelle søkere, dels gir den uttrykk for forventninger til programsatsingen fra finansierende departementer og fra Divisjonsstyret.

Et overordnet mål for Forskningsrådet er å styrke kvaliteten i norsk forskning. Faglig kvalitet er derfor det viktigste kriteriet for tildeling av forskningsmidler. Dette gjelder også for prosjekter i forskningsprogrammene. I tillegg må prosjektene tematisk falle innenfor programområdet, det vil si være relevante.

Oslo, mai 2006

  
Roy H. Gabrielsen  
divisjonsdirektør  
Divisjon for vitenskap

  
Mari K. Nes  
avdelingsdirektør  
Avdeling for klinisk medisin og folkehelse

# INNHOOLD

<i>1 Sammendrag</i> .....	2
<i>2 Bakgrunn og premisser</i> .....	3
2.1 Faglig status og utfordringer.....	3
2.2 Strategiske føringer.....	4
<i>3 Programmets mål</i> .....	5
3.1 Overordnet mål.....	5
3.2 Delmål.....	5
<i>4 Prioriterte forskningsområder</i> .....	5
4.1 Styring, ledelse og prioritering.....	5
4.2 Organisering og samhandling.....	6
4.3 Pasienter og brukere i helsetjenesten.....	7
4.4 Komparativ helsesystemforskning.....	8
<i>5 Programmets organisering og virkemidler</i> .....	8
5.1 Kompetanseoppbygging og fagutvikling.....	8
5.2 Internasjonalt samarbeid.....	9
5.3 Publisering og formidling.....	9
5.4 Virkemidler og arbeidsform.....	9
5.5 Koordinering i forhold til andre programmer.....	10
<i>6 Tidsplan og finansiering</i> .....	10
<i>7 English summary</i> .....	11
<i>8 Vedlegg</i> .....	12

# Program for helse- og omsorgstjenester

## 1. Sammendrag

Programplanen beskriver de fire tematiske hovedområdene, prioriteringene og virkemidlene som danner grunnlag for programmet og styrets arbeid i perioden 2005-2010. Programmets overordnede mål er å utvikle relevant ny kunnskap om helsetjenesten. Gjennom dette skal programmet bidra til bedre helse- og omsorgstjenester, og derigjennom til økt velferd.

Programmet *Helse- og omsorgstjenester* følger opp tidligere programsatsinger på helse-tjenesteforskning. Begrepet helsetjenesteforskning omfatter her hele spekteret og alle nivåer av tjenester innenfor behandling, forebygging, pleie og omsorg. Forskningsfeltet er mangfoldig og lar seg vanskelig skarpt avgrense. Forskningen bygger på flere fag og disipliner, og har ofte en fler- og tverrfaglig tilnærming.

Programmets problemfelt er tett knyttet til den helsepolitiske virkelighet. Målgruppen for forskningsresultatene er bred, og formidlingsbehovet er stort. Brukerne av forskningen er foruten forskersamfunnet selv, politikere, helseforvaltning, helsearbeidere, pasienter/brukere og allmennhet. I denne programperioden konsentreres programmets ressurser til fire prioriterte forskningsområder:

- **Styring, ledelse og prioritering**  
Sentrale temaer er finansieringssystemer, (de)sentralisering av beslutningsmyndighet og tjenesteproduksjon, forholdet mellom plan- og markedsløsninger, organisatorisk beslutningstaking, lokal fortolkning av styringsprinsipper og - teknikker, ulike former for ledelse, oppfølging av reformer, prioriterings- og reguleringsprosesser og helsetjenestens produksjon av intenderte og ikke intenderte effekter.
- **Organisering og samhandling**  
Sentrale temaer er samarbeid og samhandling mellom og på tvers av ulike nivåer, organisasjoner, spesialiteter og profesjoner. Samhandlingsmetoder, pasientforløp, organisatoriske/økonomiske barrierer for samhandling, ansvarsplassering i forhold til nivå, samhandling mellom skolemedisin og alternativ behandling. Et annet viktig område er IKTs betydning for samhandling, organisatoriske og ledelsesmessige forhold, og for pasientflyt og helsetjenestens økonomi.
- **Pasienter og brukere i helsetjenesten**  
Sentrale temaer er bl a brukermedvirkning, brukervalg, pasientrettigheter, hvordan ulike organiserings- og finansieringsmodeller påvirker brukererfaringene, og virkemidler som fremmer brukermedvirkning.
- **Komparativ helsesystemforskning**  
Sentrale temaer er studier av nasjonale helsesystemer og reformer, forskjeller og likheter ved tjenestens makrostruktur, hvordan ulike systemendringer og reformer bidrar til bedre kvalitet, tilgjengelighet og kostnadseffektivitet i tjenestene.

## 2 Bakgrunn og premisser

### 2.1 Faglig status og utfordringer

Helsetjenesten har forebygging, behandling, rehabilitering, pleie og omsorg som kjerneaktiviteter. Omfanget av og kompleksiteten i helsetjenesten øker, og helsepolitikken dreier seg i stadig større grad om prioritering og fordeling av knappe ressurser innenfor faglige og juridiske rammer. Dette innebærer et sterkt fokus på kvalitet, tilgjengelighet, effektivitet og rettferdighet.

Helsetjenesteforskningen omfatter hele spekteret og alle nivåer av tjenester. I programplanen vil begrepene *helsetjeneste/helsetjenesteforskning* brukes om hele bredden av helse- og omsorgstjenester i tråd med begrepsbruken på forskningsområdet.

Forskningen springer ut av flere disipliner, og er i sin natur både anvendt og flerfaglig. En bred definisjon er:

*Health services research is the multidisciplinary field of scientific investigation that studies how social factors, financing systems, organisational structures and processes, health technologies, and personal behaviours affect access to health care, the quality and cost of health care, and ultimately our health and well being.* (Lohr and Steinwachs, 2002).

Grunnmodellen beskriver dermed helsetjenesten som en kompleks, profesjonalisert samfunnsmessig sektor i stadig utvikling. Forskningen har en viktig rolle som produsent av grunnleggende innsikt i helsetjenestenes funksjon og samspill mellom aktørgrupper, forskjellige reguleringsformer og utviklingsprosjekter. Helsetjenesteforskningen må ha et tyngdepunkt som sikrer ny kunnskap til nytte både for sentrale politiske beslutningstakere og for den offentlige debatten.

Programmets hovedvirkemiddel er å produsere både grunnleggende og mer anvendt viten, som kan bidra til organisatoriske og individuelle læreprosesser blant helsetjenestens organisasjoner og aktører, og til sektorens langsiktige utvikling av nye aktørtyper og organiseringsformer.

Det er en særlig utfordring i den kommende programperioden å stimulere til forskning som i sterkere grad retter seg mot helse- og omsorgstjenester i kommunene og forskning som ser på samhandling mellom helse- og omsorgstjenestens ulike nivåer. Det allmennmedisinske tilbudet spiller en nøkkelrolle i norsk helsetjeneste gjennom allmennlegenes rolle som portvakt. Det er behov for mer kunnskap om allmennmedisinens påvirkning av helsetjenesten.

Helsetjenesteforskningen har også særlige utfordringer knyttet til gruppene psykisk syke, rusavhengige, eldre og innvandrere. Endringer i tjenestetilbud til psykisk syke krever ny og bedre kunnskap om organisering, samhandling og helhet. Et økende antall eldre vil kreve mer av helse-, pleie- og omsorgstjenestene. Økt innvandring innebærer at det i befolkningen er flere med helseproblemer og helse- og sykdomsoppfatninger som er annerledes enn de helsetjenesten vanligvis forholder seg til. For å kunne tilby alle grupper i befolkningen likeverdige helsetjenester, er det behov for kunnskap om variasjon i tilgangen til og bruken av helsetjenester.

Det er i løpet av den siste programperioden etablert to helseøkonomimiljøer i tilknytning til Universitetet i Oslo og Universitetet i Bergen. Miljøene videreføres i denne programperioden.

Evalueringen av medisin og helsefagene påpekte en mangel på tilsvarende store, tverrfaglige helsetjenesteforskningsmiljøer i Norge. Den norske helsetjenesteforskningen er i stor grad anvendt og forankret i instituttsektoren. Dette gjør at forskningen kan respondere raskt på beslutningstakernes behov for informasjon, men kan samtidig representere et problem i forhold til behovet for grunnleggende forskningsinnsats og fokus på forskerrekuttering. Det er derfor behov for både å styrke den universitets- og høyskolebaserte forskningen, og å knytte denne tettere sammen med forskningen som foregår i instituttsektoren og i regi de regionale helseforetak.

## 2.2 Strategiske føringer

Helsetjenesteforskning har vært programorganisert siden 1987. Forskningen er vurdert som et langsiktig satsingsområde av både helseforvaltningen og Forskningsrådet. De tematiske prioriteringene i programmet er hovedsakelig basert på aktuelle og relevante stortingsmeldinger, offentlige utredninger og sentrale overordnede strategier samt forskningsmessige og faglige behov.

Sentralt står forskningsmeldingen *Vilje til forskning* (St.meld.nr. 20, 2004-2005) som fremhever behovet for internasjonalisering og forskning som grunnlag for offentlig politikktutforming. Internasjonalisering vektlegges også i Forskningsrådets overordnede strategi *Forskning flytter grenser*.

Helse- og omsorgsdepartementets forskningsstrategi (2005-2010) vektlegger særlig behovet for kunnskap om gode drifts- og ledelsesmodeller, interne styringsmodeller, organiseringens betydning for driftsøkonomi og pasienttilfredshet, samt samhandling og logistikk mellom tjenestenivåene. Samhandlingsperspektivet tydeliggjøres ytterligere i NOU 2005:3 *Fra stykkevis til helt – en sammenhengende helsetjeneste* og NOU 2004:18 *Helhet og plan i sosial- og helsetjenesten*.

På grunnlag av St.meld. 25 (1996–97) *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene* fremheves psykisk helsearbeid som et spesielt prioritert forskningsområde.

For oversikt over sentrale grunnlagsdokumenter, se vedlegg.

Forskningsmeldingen *Vilje til forskning* (St.meld.nr 20, 2004-2005) utdyper avgrensningene mellom Forskningsrådet og andre institusjoner med hensyn til prosjektfinansiering, der det heter at: ”*Det legges til grunn at de regionale helseforetakene, universiteter og høyskoler i første rekke har ansvar for finansiering av mindre forskningsprosjekter utført av egne ansatte, mens Norges forskningsråd i hovedregel skal konsentrere sine tildelinger i større prosjekter som bør ha en forankring ved institusjonene.*”

## 2.3 Kjønnsperspektiv i forskningen

Kvinne- og kjønnsperspektivet i forskningen er prioritert av både Helse- og omsorgsdepartementet og Forskningsrådet. Det er behov for å sette et spesielt fokus på kvinne- og kjønnsperspektivet i all medisinsk og helsefaglig forskning. Helse- og omsorgssektoren er dominert av kvinner, både når det gjelder antall ansatte i tjenestene og antall brukere. Programmet oppfordrer til at spesielle temaer og utfordringer knyttet til kvinners helse og kjønn, adresseres i relevante problemstillinger.



### **3 Programmets mål**

#### **3.1 Overordnet mål**

Programmet skal stimulere til utvikling av relevant ny kunnskap om helsetjenesten. Gjennom dette skal programmet bidra til en bedre helse- og omsorgstjeneste, og derigjennom til økt velferd.

#### **3.2 Delmål**

3.2.1 I løpet av programperioden skal det etableres minst ett større, langsiktig og tverrfaglig forskningsmiljø. Miljøet skal både kunne ivareta behovet for grunnleggende forskning, forskerutdanning og det løpende behovet for anvendt forskning.

3.2.2 I løpet av programperioden skal omfanget av helsetjenesteforskning som fokuserer på kommunale helse- og omsorgstjenester økes.

3.2.3 I løpet av programperioden skal omfanget av helsetjenesteforskning som fokuserer på samhandling i og mellom organisasjoner og nivåer, økes.

3.2.4 I løpet av programperioden skal det være etablert nordiske forskernettverk innenfor programmets hovedtemaer.

3.2.5 Programmet skal videreføre satsingen innenfor helseøkonomi. Miljøenes fokus på det kommunale tjenesteområdet skal økes.

### **4 Prioriterte forskningsområder**

#### **4.1 Styring, ledelse og prioritering**

Helsetjenesten utfører noen av velferdsstatens viktigste, men også mest komplekse oppgaver. Dette gjelder både spesialisthelsetjenesten, som nå styres gjennom statlig eierskap, og den kommunale helse- og omsorgstjenesten som i stor grad utformes lokalt. Helsetjenesten møter stadig nye og grunnleggende styrings- og ledelsesmessige utfordringer. Helsesektoren er i kontinuerlig vekst, drevet frem av forskning og teknologisk utvikling – herunder IKT – som frembringer nye behandlingsmuligheter og -former.

Samtidig er etterspørselen i prinsippet umettelig og stigende som følge av kulturelle og demografiske utviklingstrekk. Den blanding av styringsregimer som i dag forsøksvis regulerer tjenestene, avspeiler de senere årtiers styringsambisjoner. De har supplert de tradisjonelt dominerende byråkratiske og profesjonelle styringsprinsipper med interorganisatoriske nettverk og markedsmekanismer, som "New Public Management"-inspirerte reformer har vektlagt.

Resultatet er et komplekst styringssystem. Det er vanskelig å forutsi hvordan systemet påvirker organisasjoners og individers beslutninger og handlinger – og dermed i hvilket omfang det virker fremmende for helsetjenestens målsettinger. Det er behov for kunnskap om hvordan de valg som gjøres med hensyn til finansieringssystem, (de)sentralisering av beslutningsmyndighet og tjenesteproduksjon og forholdet mellom plan- og markedsløsninger, påvirker sentrale målsettinger som kvalitet, tilgjengelighet og effektivitet. Det er behov for forskning rundt organisatorisk beslutningstaking, aktivitet og forandringsforsøk som analyserer hvordan styringsprinsipper og -teknikker lokalt fortolkes og former tjenesten.

Denne forskningen kan bidra med betydningsfull innsikt i hvorfor og under hvilke betingelser, helsetjenesten produserer intenderte og ikke-intenderte effekter.

”Management” er de seneste år tatt i bruk som et vesentlig element i helsereformer. Nye ledelsesformer er introdusert. De henter i stort omfang inspirasjon fra ledelse av private virksomheter og principal-agent tankegang. Nye aktører, elementer av ”generell ledelse” og mer hierarkiske styringselementer er introdusert i en helseprofesjonell kontekst. Det er behov for forskning om hvordan ledelse fortolkes og utføres, og produserer effekter på forskjellige nivåer. Dette er lite belyste områder, og de kan utforskes fra flere faglige perspektiver. Særlig sentralt er hvordan mellom- og operative ledelsesnivåer skal sammenkople reformer med tjenestenes organisering og produksjon.

Et repertoar av prioriterings- og reguleringsmetoder, som helseøkonomiske analyser, medisinsk metodevurdering, nasjonale retningslinjer, pasientforløp, akkreditering med mer, er tatt i bruk for å skape en større grad av mål- og middelrasjonalitet. Det er behov for kunnskap både om de prosesser som fremdriver prioriteringene og reguleringene, og om de prinsipper som ligger bak. Tverrfaglige studier av prioriterings- og reguleringsprosesser vil ha et stort potensiale for å skape en bedre forståelse av konkrete teknikkers virkemåte, begrensninger og utviklingsmuligheter.

#### **4.2 Organisering og samhandling**

Den medisinske og teknologiske utviklingen har muliggjort kortere liggetider i sykehus og mer omfattende bruk av poliklinisk behandling mens pasienten bor hjemme. Kommunens helse- og omsorgstjenester baseres i økende grad på at brukeren mottar tjenester i eget hjem, og kun i kortere tidsrom har opphold i institusjon.

En velfungerende helsetjeneste krever utstrakt samarbeid og samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunenes helse- og omsorgstjenester - på tvers av organisasjoner, spesialiteter, nivåer og profesjoner. Det dreier seg både om å tilrettelegge tjenesten på en måte som sikrer brukerne et tilbud som bestemmes av behovet og ikke av organisering, og om å organisere tjenesten på en mest mulig rasjonell måte.

Kopling mellom person-, trygde-, arbeids- og helseregistre på individnivå vil kunne gi økt kunnskap om bruk og effekter av helsetjenester. Forskning om prosessforløp og effekter av ulike samhandlingsmetoder er særlig aktuelle temaer som vil ha et stort potensiale for å bidra til tjenestenes utvikling. I de senere år er det iverksatt en rekke forsøk med reorganisering av helsetjenesten med henblikk på å oppnå mer hensiktsmessige pasientforløp, bedre pasientkontakt og høyere kvalitet på tjenestene. Som eksempler kan nevnes områdegeriatriske team, distriktsmedisinske og distriktpsikiatriske sentra, kompetansehevende samhandlingstiltak i sykehus og kommuner og hospiteringsordninger. Forskning på områder som er særlig samhandlingskrevende, vil i seg selv kunne bidra med verdifull og ny kunnskap. Det gjelder spesielt rehabilitering og helse- og omsorgstjenester for psykisk syke, rusmisbrukere, kronisk syke og personer med aldersrelaterte lidelser.

Identifisering av organisatoriske, profesjonsrelaterte og/eller økonomiske barrierer for samhandling gir viktig kunnskap. Dette gjelder særlig i forhold til plassering av ansvaret for ulike typer tjenester på ulike (forvaltnings)nivå, hvordan tjenestene finansieres, og hvor stort skille man velger å ha mellom første- og andrelinjetjenester. Samhandling skjer innenfor organisasjoner og mellom profesjoner. I begge tilfeller vil det være viktig å undersøke i hvilken grad en stadig mer spesialisert helsetjeneste er i stand til å ivareta et helhetsperspektiv for pasientene. Allmennlegen har i den norske modellen en særlig viktig rolle som portvakt.

Det er behov for kunnskap om hvordan allmennlegetjenesten fungerer, både i forhold til brukerne og i forhold til den øvrige helsetjenesten.

Befolkningen i Norge velger i stort og økende omfang også helsehjelp som utøves utenfor den ordinære helsetjenesten. Utviklingen kan til en viss grad forstås som uttrykk for oppfatninger om mangler ved den ordinære helsetjenesten. Økt kunnskap om bruk av alternativ behandling kan derfor bidra til å utvikle helsetjenesten, og utvikle samhandlingen mellom fagfolk i helsetjenesten og utøvere av alternativ behandling.

IKT har som formål å forbedre informasjonsflyten og informasjonsprosessene. Vi har beskjeden kunnskap om hvilken rolle IKT spiller og hvilket potensiale det har for å utvikle en helsetjeneste som preges av samhandling, hvilken betydning IKT får for organisatoriske og ledelsesmessige forhold, for pasientflyt og for helsetjenestens økonomi.

### **4.3 Pasienter og brukere i helsetjenesten**

Bred helsefaglig forskning kan generere kunnskap om hvordan ulik grad av sykdom og lidelse og de tjenester som tilbys, påvirker pasienters livskvalitet og helse. Slik kunnskap er en viktig forutsetning for å få innsikt i ulike brukergruppers situasjon og for å evaluere eksisterende og videreutvikle nye tjenestetilbud.

Tradisjonelt har brukere av helsetjenester blitt omtalt som pasienter. I senere år er brukerbegrepet kommet sterkere til uttrykk som et samlebegrep, blant annet som følge av et behov og ønske om at brukerne skal være med å påvirke tjenestenes utforming. Brukerbegrepet omfatter også pårørende og brukere av tjenestene som ikke defineres som pasienter. Utviklingen har medført ulike former for brukermedvirkning og brukervalg, slik som fritt sykehusvalg, valg av leverandør av hjemmesykepleie og brukerstyrt personlig assistanse. Gjennom helselovgivningen har pasientene fått rettigheter knyttet til samhandlingen med helsetjenesten.

Et utgangspunkt for forskningen innenfor temaområdet pasienter og brukere i tjenesten, er at en velfungerende helsetjeneste må ta hensyn til de verdinormer og preferanser den enkelte bruker og brukergruppe har. I tillegg skal brukerne kunne være med å påvirke målene for egen behandlingsprosess, og i den grad det er mulig - bidra med egenkompetanse. Helsetjenestens evne til å løse samfunnsoppgavet må i siste instans ses i lys av brukernes erfaringer. Vi har beskjeden kunnskap om hvordan organiserings- og finansieringsmodeller påvirker brukererfaringene.

Vi har behov for kunnskap om demokrati, makt- og autoritetsproblematikk studert fra brukernes og yrkesutøvernes perspektiv, for eksempel om spenningen mellom effektivisering og kostnadsuttak på den ene siden og demokratisering og brukermedvirkning på den andre. Helsetjenestens brukere kan i økende grad velge mellom tjenesteytere. Det er både etablert ordninger med rett til å velge fastlege og fritt sykehusvalg. I tillegg kan brukerne i økende omfang velge mellom ulike profesjonsutøvere i forhold til samme type tjeneste. Det er av interesse å få forskningsbasert kunnskap om effektene av brukervalg i helsetjenestene.

Vi vet i liten grad hvordan rettighetsfestingen påvirker selve brukermedvirkningen, og særlig i forhold til tjenestenes kvalitet, effektivitet og tilgjengelighet/fordeling. Forsknings spørsmål som søker svar, er for eksempel hvilke mekanismer som finnes for brukermedvirkning og hvordan de kommer til uttrykk i helsetjenesten. På hvilken måte har individuelle egenskaper, gruppeegenskaper og sosial ulikhet betydning for verdier, preferanser, medvirkning,

vurdering av behandlingsresultatet og av den totale tjenesten? Hva betyr en forsterkning av pasientens/brukerens stilling for fordeling av og prioritering mellom helse- og omsorgstjenester?

Kunnskap om sykdom, prognose og behandling er skjevt fordelt mellom utøver og bruker (informasjonsasymmetri). Ulike brukergrupper kan ha svært forskjellige behov. På denne bakgrunn kan det være krevende å finne gode mekanismer for brukermedvirkning. Vi trenger kunnskap om hvordan helsepersonell samhandler på tvers i forhold til brukermedvirkning i et helhetlig pasientforløp. Hvordan møter og følger helsetjenesten opp pasienter med særlig sammensatte behov, og hvilke virkemidler er effektive i forhold til å implementere og lykkes med brukermedvirkning? Det er også av interesse å undersøke hvor godt brukernes vurdering av prosesser og behandlingsresultat samsvarer med tjenestens og utøvernes egne vurderinger av tjenestekvalitet.

#### **4.4 Komparativ helsesystemforskning**

I løpet av de siste tiår har helsetjenesten i Norge og andre land gjennomgått endringer og reformer med hensyn til struktur, organisasjon og finansiering samt ulike former for oppfølging og styring av virksomheten. Nye brukerrettigheter, som for eksempel ventetidsgaranti og pasientrettighetslov, har blitt innført ved ulike tidspunkt i ulike land. Utformingen varierer noe, men har også mange likheter.

Det finnes således et godt utgangspunkt for å kunne bidra til utviklingen av tjenestene ved hjelp av sammenlignende studier av nasjonale helsesystemer og reformer. Med komparativ helsesystemforskning menes her studier av forskjeller og likheter i en eller flere av de tidligere nevnte aspektene ved tjenestens makrostruktur, og deres betydning for hvor godt helsesystemet totalt sett fungerer som system.

Av særskilt interesse er i hvilken utstrekning ulike systemendringer og reformer har bidratt til bedre kvalitet, tilgjengelighet og kostnadseffektivitet i tjenestene. Andre viktige spørsmål er for eksempel hvilke konsekvenser ulike systemløsninger har fått, eller kan tenkes å få, for samhandlingen mellom ulike aktører og tjenestenivåer, for brukerens stilling i systemet, og for utdanning og forskning. Også sammenligninger av modeller og metoder for systematisk vurdering og oppfølging ("performance assessment frameworks") samt styring av helsetjenesten, faller innenfor rammen for komparativ helsesystemforskning.

De nordiske landene har sammenlignbare samfunnssystemer, lik levestandard og likeartede målsettinger for helsetjenesten, men også tydelige ulikheter i tjenestenes struktur og organisasjon. De danner derfor et godt utgangspunkt for fokuserte, komparative studier. Også andre sammenligninger kan være verdifulle, som for eksempel studier av EU-land eller andre geografiske regioner som tillemper systemløsninger innenfor helsetjenesten.

## **5 Programmets organisering og virkemidler**

### **5.1 Kompetanseoppbygging og fagutvikling**

Helsetjenesteforskningen er spredt på mange og ofte mindre miljøer, der institutt- og høyskolesektoren har vært dominerende. Det er behov for å bygge opp noen større, tyngre og langsiktige kompetansemiljøer i likhet med de som er etablert innenfor helseøkonomi. Kompetanseoppbygging foregår best i miljøer som på permanent og bred basis kan utføre forskning og ta ansvar for rekruttering og veiledning. På denne bakgrunn er det en målsetting å trekke universitetsmiljøene sterkere inn i helsetjenesteforskningen. Dette vil kunne bidra til

større kontinuitet i kunnskapstilfanget og økt interesse for feltet. Forskningsmiljøenes tyngde, bredde og langsiktige kompetanse- og kunnskapsutvikling er også avgjørende for å ha en beredskap til å kunne svare på mer dagsaktuelle helsepolitiske utfordringer.

## **5.2 Internasjonalt samarbeid**

I Forskningsrådets strategi er styrket internasjonalisering av norsk forskning ett av seks hovedmål, og i Forskningsmeldingen er internasjonalisering en forskningspolitisk hovedprioritet. Forskningsmeldingen legger særlig vekt på en mer aktiv deltakelse i det europeiske forskningsområdet (EUs rammeprogram) og styrking av bilateralt forskningssamarbeid. Norge har også et ansvar for å bidra til den internasjonale kunnskapsutviklingen, særlig på områder som kommer mindre velstående land til gode.

I forslaget til EUs 7. rammeprogram for forskning (7 RP) er medisinsk og helsefaglig forskning betydelig styrket. I helsesatsingen er forskning om *helsetjenester og helsesystemer* ett av tre hovedområder, noe som er nytt i forhold til tidligere rammeprogrammer. Norge og Forskningsrådet vil søke å bidra til økt samspill og integrering mellom nasjonale og internasjonale forskningssatsinger med sikte på en gradvis åpning av nasjonale programmer. Internasjonalt forskningssamarbeid er av grunnleggende betydning for å styrke kvaliteten på og sikre fornyelse i norsk forskning. Derfor oppfordrer programmet forskerne til å delta aktivt internasjonalt gjennom prosjektsamarbeid og forskerutveksling.

Det er også en målsetting for programmet å etablere nordiske samarbeidsarenaer og nettverk innenfor programmets hovedområder. Det oppfordres derfor til at forskningsprosjektene inkluderer nordisk samarbeid der dette er relevant og hensiktsmessig.

## **5.3 Publisering og formidling**

Det legges vekt på at forskning som er finansiert gjennom programmet blir publisert i internasjonale, vitenskapelig bedømte tidsskrifter eller i redigerte antologier som utkommer på internasjonalt anerkjente forlag. Dette er en svært viktig form for kvalitetssikring og formidling av forskningsresultater. Internasjonalt vitenskapelig samarbeid på høyt nivå etableres oftest som en følge av publisering, der likeverdige partnere finner felles interesser og fordeler ved samarbeid.

Målgruppene for forskningsresultatene er – foruten forskersamfunnet selv – politikere, helseforvaltning, helsearbeidere, pasienter og allmennheten. Programmets problemfelt er tett knyttet til den helsepolitiske virkelighet, og formidlingsbehovet er derfor både stort og variert.

Formidlingsaspektet skal tas inn ved planleggingen av prosjektene. Forskning av spesiell interesse for dem som planlegger og administrerer helsetjenestene, skal kunne fremlegges i en kort og poengtert form. Popularisering av forskningsresultater gjennom avisoppslag, tidsskrifter av allmenn interesse og lignende er også viktige kanaler. Programmet vil bestrebe en oppdatert og bred formidling om prosjekter og programaktiviteter via programmets nettside: [www.forskningsradet.no](http://www.forskningsradet.no).

Forskere som har bevilgning fra programmet oppfordres til å delta aktivt i debatter og på seminarer og konferanser nasjonalt og internasjonalt. Programmet har jevnlig arrangementer som forskningssymposier, temamøter og konferanser. Målgruppene vil særlig være forskere og/eller brukere av forskningsresultatene som forvaltning og helsepolitikere.

## **5.4 Virkemidler og arbeidsform**

Programmet støtter forskerinitierte prosjekter innenfor programmets prioriterte temaer, men programmet kan også ta eget initiativ til prosjekter for å styrke enkelte forskningsfelt. Søknadstypene ”forskerprosjekt” og ”personlig postdoktorstipend” er prioritert. Programmet støtter kun unntaksvis ”personlig doktorgradsstipend”, dvs søknader om kun doktorgradsstipend. Det kan imidlertid åpnes for dette ved behov for kunnskapsoppbygging på spesielle områder, noe som eventuelt vil presiseres i utlysningen av midler. Søkerne oppfordres til å integrere doktorgrads- og/eller postdoktorgradsstipend i ”forskerprosjektene” for å styrke rekruttering til feltet. Det oppfordres til prosjektsøknader som er forankret i tverrfaglige forskernettverk, eller i samarbeid mellom ulike faglige miljøer, som for eksempel universitet/institutt/høyskole.

Internasjonal forskerutveksling er et ansvar for programmet, og planer for internasjonalt samarbeid vektlegges i søknadsvurderingen. For postdoktorstipendiater er et utenlandsopphold i stipendperioden sterkt ønskelig. I et ”forskerprosjekt” kan internasjonalt samarbeid inkluderes både ved å søke midler til at norske forskere tilbringer tid i utenlandske forskergrupper (”utenlandsstipend”), og ved at anerkjente utenlandske forskere gjester norske forskningsmiljøer (”gjesteforskerstipend”). Det kan unntaksvis søkes om støtte til delfinansiering av større nasjonale og internasjonale forskningskonferanser. For mer detaljert informasjon om de ulike støtteformene og hva de inkluderer, se Forskningsrådets nettsider: [www.forskningsradet.no](http://www.forskningsradet.no).

Støtteformene og søknadsbehandlingen kan endres gjennom programperioden, men vil til enhver tid følge Forskningsrådets føringer. Fristen for søknader til programmet sammenfaller med Forskningsrådets gjeldende søknadsfrister og kunngjøres på nettsidene.

### **5.5 Koordinering i forhold til andre programmer**

Helsetjenesteforskningen omfatter brede problemområder og har ingen klar avgrensning som andre fagdisipliner kan ha. Dette er et trekk ved selve forskningsfeltet som gir spesielle utfordringer ved programorganiseringen av forskningen og ved valg av tematisk avgrensning. Helsetjenesteforskningen grenser opp mot relaterte problemfelt innenfor jus, økonomi, samfunnsvitenskap, mot epidemiologisk forskning, klinisk forskning og ”evidence based”-tradisjonen.

Innad i Forskningsrådet grenser Program for helse- og omsorgstjenester opp mot andre programmer i de tre divisjonene Vitenskap, Innovasjon og Satsinger. Dette gjelder særlig programmene Klinisk praksis, Psykisk helse, Folkehelse, Velferdsprogrammet, FoU for innovasjon og fornyelse i offentlig sektor (IOS) samt satsingene Forskning for fornyelse og innovasjon i offentlig sektor (FIFOS) og Aldersforskning. Programmet grenser også tematisk til evalueringen av Opptappingsplanen for psykisk helse og evalueringen av sykehusreformen.

Programmet vil ha kontakt og samarbeid med de mest nærliggende programmene der dette er hensiktsmessig og gir verdi. Samarbeidet kan omfatte felles tiltak i forbindelse med formidling, konferanser med mer.

## **6 Tidsplan og finansiering**

Programperioden er fem år fra 2006-2010. Helse- og omsorgsdepartementet er hovedfinansierer av programmet. Finansdepartementet er en mindre bidragsyter til helseøkonomisatsingen. Det vil tilstrebes at prosjektene som får støtte, får realistiske bevilgninger og dermed gode arbeidsbetingelser med henblikk på god resultatoppgjøring. Samtidig må dette balanseres mot å ha en tilfredsstillende faglig og tematisk bredde i programmet. Foreslått budsjett for 2006 er

27 mill kr. Det er behov for ytterligere økning i budsjettet for 2007 og de neste årene, dersom programmet skal kunne møte forskningsutfordringene og nå målene i løpet av programperioden.

## 7 English summary

The main objective of the programme is to develop relevant new knowledge about the health services. The programme will help to improve the health and care services, thus leading to increased welfare.

The programme *Health and care services* follows up the earlier programmes on health service research. The concept 'health service research' in this context includes the whole spectrum and all levels of the services related to treatment, prevention, nursing and care. The research field is many sided and it is difficult to set sharp limits. Research is built on several professions and disciplines, and the approach is often multidisciplinary.

The programme covers problems closely connected with health political reality. The target group for the research is broad, and the need to convey information is great. The users of the research, apart from the research community itself, include politicians, health administration, health workers, patients/users and the general public. During this programme period, the programme resources are concentrated on four priority research spheres:

- **Management, leadership and priorities**  
The following items are important: Financing systems, (de)centralization of the authority to make decisions and produce services, the relationship between plan and market solutions, organisational decision making, local interpretation of management principles and techniques, different forms of leadership, follow up of reforms, priorities and regulation processes, and the health services' production of intended and unintended effects.
- **Organisation and collaboration**  
The following aspects are considered important: Collaboration between and across different levels, organizations, specialities and professions, methods of working together, patient flow, organisational/financial barriers to collaboration, collaboration between traditional medicine and alternative treatment. Another important area is the influence of ICT on collaboration, organisational and leadership issues, and on patient flow and health service finances.
- **Patients and users in the health services**  
Important issues include user participation, user selection, patients' rights, how different organisation and financing models affect user experiences, and measures to encourage user participation.
- **Comparative health system research**  
Important issues include studies of national health systems and reforms, differences and similarities between the macrostructure of the services, how different system changes and reforms help to improve quality, availability and cost effectiveness in the services.

## 8. Vedlegg

Sentrale grunnlagsdokumenter:

- St.meld. nr. 20 (2004-2005) *Vilje til forskning*
- St.meld. nr. 25 (1996-97) *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*
- St.meld nr. 16 (2002-2003) *Resept for et sunnere Norge*
- St. meld. nr. 21 (1998-1999) *Ansvar og meistring. Mot ein heilskapeleg rehabiliteringspolitikk.*
- St. meld. nr. 18 (2004-2005) *Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk. Legemiddelpolitikken.*
- Ot.prp. nr. 27 (2002-2003) *Lov om alternativ behandling av sykdom mv.*
- *Helse- og omsorgsdepartementets forskningsstrategi 2005-2010*
- Norges forskningsråds strategi frem til 2010 *Forskning flytter grenser*
- Forskningsrådets evaluering 2003: *Evaluation of clinical, epidemiological, public health, health related and psychological research in Norway*
- NOU 2005:3 *Fra stykkevis til helt – en sammenhengende helsetjeneste*
- NOU 2004:18 *Helhet og plan i sosial- og helsetjenesten*
- NOU 1999:13 *Kvinnens helse i Norge*





Stensberggata 26  
Postboks 2700 St. Hanshaugen  
0131 Oslo  
Telefon: 22 03 70 00  
Telefaks: 22 03 70 00  
[post@forskningsradet.no](mailto:post@forskningsradet.no)  
[www.forskningsradet.no](http://www.forskningsradet.no)

ISBN 82-12-02313-3 (trykksak)  
ISBN 82-12-02314-1 (pdf)