

## **Hørings svar til ny regional utviklingsplan for Helse Sør-Øst RHF fra koordinerende miljø for Nasjonalt nettverk i helsetjenesteforskning (HØKH).**

HØKH (Helse Sør-Øst kompetansesenter for helsetjenesteforskning) viser til høringsutkastet som er publisert på Helse Sør-Østs hjemmeside, og vil med dette avgi et hørings svar.

HØKH ble av Helse Sør-Øst i 2013 bedt om å ta en nasjonal koordinatørrolle for å styrke helsetjenesteforskning som forskningsfelt i Norge. Nasjonalt nettverk for helsetjenesteforskning ble etablert samme år. HØKH mottok frem til 2020 1,5 millioner kroner årlig for denne oppgaven. Nettverket har etablert seg som en aktør på feltet, og etter at finansieringen ble avsluttet har HØKH fortsatt å ivareta det koordinerende ansvaret. Fordi den regionale utviklingsplanen mot 2040 så tydelig peker på behovet for helsetjenesteforskning for å oppnå sine mål ønsker vi å avgi et hørings svar. Svaret er inndelt i fem sentrale problemstillinger.

### **Nye måter å levere tjenester på: nyttemaksimering ved evidensbasert tilnærming til pilotering**

Nye måter å organisere og levere helsetjenester på er et gjennomgående strategisk grep som beskrives i utviklingsplanen. Dette innbefatter alt fra hjemmesykehus og brukerstyrt poliklinikk, til oppgavedeling mellom forvaltningsnivå, oppgaveglidning mellom helseprofesjoner, og bruk av nye teknologiske løsninger i tjenesten og i pasientens hjem. Planen beskriver også en videreutvikling av «Helsefelleskapene» og «Det utadvendte sykehus», samt det som kalles et «Virtuelt eller Nettverksbasert sykehus».

RHFet tildeler årlig 30-40 millioner kroner til tjenesteinnovasjon/tjenesteutvikling (del 1, s. 59). Strategien beskriver imidlertid i liten grad at det å gjennomføre utprøvinger og piloter på en hensiktsmessig måte krever en systematisk tilnærming. For å sikre at de nye løsningene har den ønskede effekten på pasientbehandlingen, de ansattes arbeidshverdag, sykehusøkonomien og bruken av samfunnets ressurser bør RHFet i utviklingsplanen stille krav til design som gjør det mulig å evaluere om tiltaket bør videreføres, og om det bør breddes til andre avdelinger eller andre HF. Med et forskningsdesign vil denne typen naturlige eksperimenter også ligge godt til rette for forskning og publisering. Mulighetsrommet for pragmatiske studier er stort og uutnyttet, og RHFet bør i sin strategiplan stimulere til dette.

Rammevilkår, og særlig gjeldende finansieringsordninger, er et viktig aspekt ved nye tjenestemodeller. Evaluering og forskning på utprøvinger og piloter bør derfor inkludere analyse og vurdering av om dagens ordninger gjør det mulig å videreføre den nye tjenesten etter at den øremerkede finansieringen er avsluttet. Hvis det ved gjeldende ordninger er slik at det ikke er institusjonen som finansierer den nye tjenesten (for eksempel et HF) som får gevinsten (for eksempel en kommune) vil en implementering i full skala trolig ikke la seg gjennomføre, eventuelt vil gevinsten fra forsøket ikke la seg gjenskape. Selv om det er nasjonale myndigheter som utvikler og endrer finansieringsordningene har HSØ et ansvar for å formidle behov for endrede rammevilkår for å sikre ønskede effekter av nye tiltak, bla for å unngå spill mellom forvaltningsnivå. Dette bør presiseres i utviklingsplanen.

### **Reduksjon av praksisvariasjon og uønsket variasjon: en måte å angripe ulikhet i helse**

Et annet gjennomgående tema i utviklingsplanen er uønsket variasjon i kvalitet og forbruk av helsetjenester. Helseatlasene til SKDE viser at det er geografisk variasjon i forbruk. Det er også dokumentert variasjon i forbruk langs dimensjonene alder, kjønn og diagnose. Noe som imidlertid er lite dokumentert er variasjon mellom ulike sosioøkonomiske/sosiodemografiske grupper. Sosial

ulikhet i helse er en viktig problemstilling som bør ha høy aktualitet i HSØ. I tillegg til tiltak for å redusere praksisvariasjonen rettet mot tilbudssiden som fagrevisjoner, metodebøker og andre verktøy (del 1, s. 44), vil vi anbefale forskning som går grundig inn i å beskrive tjenestevariasjon mellom ulike befolkningsgrupper, og hva som kan være mulige forklaringer på at pasienter med tilsynelatende samme behov ikke mottar det samme tjenestetilbudet. Datatilfanget fra nasjonale registre, elektroniske pasientjournaler og egeninnsamlede data, kombinert med kvalitativt innhentede data vil ligge godt til rette for denne typen studier.

### **e-helse: hva er innhold, omfang og utbytte?**

Ulike e-helse tiltak er en viktig del av fremtidens helsetjeneste, og dette er et gjennomgående grep som beskrives i utviklingsplanen. Selv om det i mange år har vært en helsepolitisk målsetning å øke antall e-konsultasjoner var det først under pandemien at bruken økte. Hvorvidt en e-konsultasjon er en digital kommunikasjon med lege for eksempel via Helse Norge, om det er en telefonhenvendelse eller om det er en videokonsultasjon er fortsatt ikke helt klart, og utviklingsplanen bør bidra til å tydeliggjøre dette. Vi vet også lite om innholdet i disse konsultasjonene, og også om pasientenes helseutbytte er like gode som ved ordinære konsultasjoner. Dette er interessante spørsmål som er viktig å svare ut, og HSØ bør i planperioden få mer kunnskap om dette.

### **Læring fra pandemien: kan det fortelle noe om tjenesteomfang i en normalsituasjon?**

Utviklingsplanen beskriver at RHFet og de enkelte HFene har mye å lære fra pandemien på beredskapsområdet (del 2, s. 5). Det kan imidlertid være læringspunkter også på andre områder. I tillegg til e-helse området beskrevet over, viste registerdata fra pandemiens første år at øyeblikkelig hjelp som skulle være skjermet for nedtrekk, ble betydelig redusert, for noen diagnoser så mye som 20 %. Mye tyder også på at det foregikk prioriteringer på tilbudssiden ved at kirurgiske inngrep, som i UK er definert som «inngrep med usikker nytteverdi», ble kraftig redusert. Dette kan skyldes redusert etterspørsel. Vi kan heller ikke utelukke at det kan ha gitt helsetap og dårligere prognose for noen, men funnene kan også ses i sammenheng med problemstillinger knyttet til overdiagnostikk og unødvendig bruk av helsetjenester. Et betimelig spørsmål er om tjenesteomfanget i en normalsituasjon er for høyt. Dette er sentrale problemstillinger som bør beskrives i utviklingsplanen.

### **Behov for helsetjenesteforskning og helseøkonomisk forskning for å nå utviklingsplanens målsetninger**

HSØ skal i planperioden styrke helhetlig og tverrfaglig forskning og innovasjon (del 1, s. 57-58). Det er fortsatt behov for tverrfaglighet i klinisk og translasjonell forskning, men utviklingsplanen bør eksplisitt peke på behovet for helsetjenesteforskning – som i sin natur er tverrfaglig, og som vil kunne bidra til forskningsbasert tjenesteinnovasjon.

Agency for Healthcare Research and Quality definerer at målet med Helsetjenesteforskning er å: «...*identify the most effective ways to organize, manage, finance and deliver high quality care; reduce medical errors; and improve patient safety*». Som de fire høringspunktene over viser er dette i kjernen av hva HSØ trenger å få svar på i planperioden. Det å forske på helsetjenesten med ulike akademiske metoder slik en gjør i helsetjenesteforskningen er derfor et viktig grep. Oppdragsdokumentet fra HOD for 2022 (s. 7) gir også HSØ RHF et ansvar for å «*legge til rette for helsetjenesteforskning og innovasjonsprosjekter som utvikler nye måter helsetjenester leveres på, samt prosjekter som evaluerer kvalitet og pasientsikkerhet i pasientbehandlingen*». Helsetjenesteforskning bør derfor ligge som et sentralt rammevilkår for planperioden mot 2040.

For å «sikre bærekraftige helsetjenester for samfunnet» (bla i lys av en aldrende befolkning og forventninger til hva helsetjenesten kan levere) som er et av HSØs fire hovedmål, er det et særskilt behov for helseøkonomiske analyser. Det er nødvendig å undersøke kostnadseffektivitet for HFene ved innføring av nye metoder og tjenester slik vi har påpekt tidligere i vårt hørings svar, men helseøkonomiske analyser er også nødvendig for å sikre riktig ressursbruk i et større bilde. Det er positivt at utviklingsplanen peker på behovet for å se «Helse og arbeid» i sammenheng blant annet innenfor muskel-skjelett lidelser (del 1, s. 43). Tilsvarende bør den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten ses i sammenheng for bla å innfri mål knyttet til det utadvendte sykehuset og helsefelleskapene, og målet om at pasientene skal oppleve sømløse tjenester. Tilpassede helseøkonomiske analyser er gode verktøy for å synliggjøre nytte/effekter og kostnader både for HFene og samfunnet på kort og lang sikt, og dette bør etterspørres i utviklingsplanen.

Den rike datatilgangen fra ulike nasjonale registre og elektroniske pasientjournaler kombinert med ulike kvalitative undersøkelser ligger godt til rette for helsetjenesteforskning og helseøkonomisk forskning. Utviklingsplanens mål om å gjøre kvalitetsdata enkelt tilgjengelig for klinikere og ledere (del 1, s. 48) vil også være av stor verdi for denne forskningen, og dette bør nevnes eksplisitt i utviklingsplanen.

#### **Måltrettet bruk av regionale forskningsmidler**

Mange av problemstillingene knyttet til organisering og finansiering har nasjonal så vel som regional interesse. Tradisjonelt har denne typen studier derfor vært vanskelig å få finansiert regionalt, forskerne har blitt overlatt til å søke finansiering fra Forskningsrådet, NorForsk, EU eller andre kilder. I lys av HSØs størrelse, inkludert årlig ressursbruk til forskning, bør RHFet i planperioden også ta et nasjonalt ansvar for problemstillinger som bidrar til å sikre et bærekraftig helsevesen. I motsetning til Forskningsrådet som har programutlysninger (for eksempel det tidligere HELSEVEL programmet) klassifiseres søknader om regionale forskningsmidler innenfor fire faggrupper hvor «Forskning innen folkehelse, epidemiologi, helsetjenester mm» er en av gruppene (del 1, s. 58). Med utfordringsbildet som skisseres i Regional utviklingsplan 2040 vil vi anbefale at RHF vurderer en måltrettet programsatsing for å rede grunnen for de ambisiøse målsetninger som er satt for planperioden. I lys av at utfordringsbildet i de andre tre RHFene i stor grad sammenfaller med det som skisseres i utviklingsplanen til HSØ kunne en slik satsing også skje etter mønster fra Klinbehforsk. Alternativ kan Helsetjenesteforskning og helseøkonomi skilles ut som en egen kategori i utlysningen av regionale forskningsmidler.

Avslutningsvis noen kommentarer til **brukermedvirkning** (del 1, s. 58). Brukerperspektivet er viktig i forskning, og de fire RHFene har definert brukeren til å være sluttbruker eller pasient (del 1, s. 58). Innenfor helsetjenesteforskning og helseøkonomisk forskning vil det være behov for å utvide brukerbegrepet til også å gjelde brukere av forskningsresultatene. Hvem dette er vil avhenge av forskningsspørsmålet og det enkelte prosjekt. Det kan være beslutningstakere på nasjonalt, regionalt eller HF nivå, og det kan være praksisutøvere eller lokale ledere. Et utvidet brukerbegrep vil bla sikre at forskningsresultatene når ut til relevante aktører, og at de blir implementert og kommer sluttbruker til gode. Dette bør tydeliggjøres i utviklingsplanen.

På vegne av koordinerende miljø for Nasjonalt nettverk i helsetjenesteforskning (HØKH).

Professor Hilde Lurås  
Leder av HØKH