

Helsetjenesteforskning og helsetjenestens kvalitet

Helsetjenesteforskningen skal belyse praksisvariasjoner og om helsetjenesten klarer å oppfylle etablerte kvalitetskriterier – det vil si at tjenestene er virkningsfulle, trygge, involverer brukerne, er samordnet, utnytter ressursene og er tilgjengelige og rettferdig fordelt. Vi mener slik forskning er nødvendig som kunnskapsgrunnlag for beslutninger om videre utvikling og forbedring av helsetjenesten.

I stortingsmeldingen *God kvalitet – trygge tjenester* fremheves det at «forskning og oppdatert kunnskap bør ligge til grunn i både praksis og forvaltning, også innen organisering og finansiering, planlegging og drift av tjenestene» (1). Videre står det at «forskingsbaserte evalueringer og følgeforskning i økende grad må tas i bruk ved implementering av politiske reformer og andre overordnede tiltak i helse- og omsorgstjenesten».

Som en del av oppfølgingen til HelseOmsorg21 (HO21-strategien) er det etablert et helhetlig monitoreringssystem, HO21 Monitor, for løpende vurdering av kunnskapsgrunnlaget for prioritering og satsing på forskning og innovasjon innen helse og omsorg (2). Her er også behovet for helsetjenesteforskning trukket frem. Helsetjenesteforskning kan defineres som «... et flerfaglig vitenskapelig felt hvor man studerer hvordan sosiale faktorer, finansieringssystemer, organisatoriske strukturer og prosesser, helseteknologi og personellatferd påvirker tilgang til helse- og omsorgstjenester, kvaliteten og kostnadene ved helse- og omsorgstjenester, og endelig – helse og velvære» (3).

Faktorer og tverrfaglighet

For å forske på de forskjellige dimensjonene i helsetjenesten kreves det tverrfaglig tilnærming med et bredt spekter av fag-

kunnskap, vitenskapelige metoder og analyser. I helsetjenesteforskningen må man ta hensyn til mange faktorer og relasjoner. Faktorer som kan spille inn, spenner fra individuelle til sosiale faktorer og politikk (policy) (ramme 1) (4). Tilgangen til tjenester styres av retningslinjer, lovverk og prioriteringer. Muligheter og prioriteringer vil preges og defineres av pasientenes behov, helsepersonells vurderinger og helsetjenestens begrensninger, for eksempel kostnader og kapasitet.

I pasientrettighetsloven presiseres det blant annet at vi i Norge skal ha tjenester av lik kvalitet og omfang, uavhengig av hvor i landet vi bor (5). Denne ambisiøse målsettingen er en pådriver for forbedringer. Evaluering er nyttig for å kunne påvise at nye tiltak er blitt gjennomført eller nye retningslinjer implementert. Det samme må skje ved endring av tjenester. Følgeevaluering med vitenskapelige metoder bør planlegges ved oppstart av nye tiltak eller endringer. Ofte kommer forslaget om evaluering eller følgeforskning etter at tiltaket er godt i gang eller er gjennomført.

Til hjelp for slikt arbeid har Kunnskaps-senteret utgitt en sjekklister for planlegging av implementering og evaluering (6). Implementeringsforskning, der man studerer kvalitetsforbedring av helsetjenesten basert på kunnskapsbaserte kliniske og organisatoriske tiltak, er blitt en ny og viktig retning (7).

Forskning på kvalitet i helsetjenesten

Internasjonalt foreligger det en del forskning omkring gode mål på kvalitet i helsetjenesten og på metoder for implementering og kvalitetsforbedring. I Norge er det flere miljøer som forsker på kvaliteten på tjenestene, det gjelder for eksempel kvalitetsregistrene, omsorgsforskningsenhetene, de allmennt medisinske forskningsenhetene og de universitetsbaserte helseforskningsmiljøene.

Kunnskaps-senteret utfører mange oppgaver innenfor dette fagfeltet. I tabell 1 er aktivitetene kategorisert i henhold til kvalitetskriteriene i den nasjonale kvalitetsstrategien (8). Forskningsteori, statistikk og kunnskapssoppsummeringer understøtter aktivitetene. Kostnadseffektiviteten i helsetjenesten ivaretas blant annet ved helseøko-

nomiske analyser av teknologi, legemidler og tiltak.

Kunnskaps-senteret har utviklet et rammeverk for utvikling av kvalitetsindikatorer (9). Kvalitetsindikatorer for 30-dagersoverlevelse, reinnleggelses i sykehus, systematiske oversikter på effekt av tiltak i tjenesten og et omfattende sett av brukerundersøkelser beskriver til sammen viktige sider av helsetjenesten (10). Presentasjon av resultater kan ha forskjellig format, som for eksempel de nasjonale kvalitetsmålingene for hele helsetjenesten man finner på HelseNorge.no og Helseatlas (10, 11). Kunnskaps-senteret har valgt å supplere det tradisjonelle rapportformatet med presentasjon av resultater i et interaktivt kart (12). Utfordringen ligger i å forstå praksisvariasjonen, det skjer både ved å analysere eksisterende data og forske på forklaringsmodeller/nye hypoteser.

At det er mange og spredte aktører innen norsk helsetjenesteforskning, tyder på stor interesse for fagområdet. Begrensningene ligger i prioritering av de økonomiske ressursene, behovet for bred metodekompetanse og tilgang på data til analyser. I Norge har vi gode nasjonale helseregistre og kvalitetsregistre som i større grad enn tidligere bør utnyttes til forskning. Det eksisterer imidlertid juridiske og IT-tekniske begrensninger som hindrer kobling av registre og følgelig god utnyttelse av dataene (13). Det vil ofte være behov for spesifikk datainnhenting.

Systematisk sammenligning internasjonalt (benchmarking)

Norge bidrar i arbeidet med systematisk sammenligning internasjonalt av kvaliteten på helsetjenestene (ramme 2). For å kunne gjøre slike sammenligninger må det oppnås internasjonal enighet om hvilke data man ønsker å sammenligne og sørge for at innhenting av data og kriterier for datakvalitet er godt etablert (14).

Gjennomføringen kan være utfordrende. Det krever åpenhet om hvordan data er fremkommet, og datagrunnlaget må være ensartet. I administrative registre, som ofte brukes, kan det være forskjeller i kodepraksis som kan gi problemer med sammenligningen. Kunnskaps-senteret bidrar til sammenligning internasjonalt gjennom OECD, European Observatory, WHO og Commonwealth Fund (CWF) (15–18).

RAMME 1

Begrepet «policy»

«Policy» er dels et engelsk begrep med flere betydninger, dels et faguttrykk, særlig innen statsvitenskap. Begrepet går på *innholdet* i politiske beslutninger. Helsepolitikk bør være forskningsbasert, og prosessen for dette kalles «kunnskapsbasert politikkutforming» [evidence informed policy-making]. Politikkutforming må også ta andre hensyn, men den forskningsbaserte kunnskapen ligger i bunnen og må være tilgjengelig og transparent (4). Når det ikke finnes tilstrekkelig forskning, bør nye tiltak som likevel settes i gang, evalueres med følgeforskning, for eksempel gjennom randomisert innføring.

Tabell 1 Oversikt over Kunnskapssenterets helsetjenesteforskning sortert etter kvalitetsdimensjonene

Kvalitetsdimensjoner	Kunnskapssenteret i Folkehelseinstituttet
Helsemessige effekt	Komparative effektstudier ved å utføre metodevurderinger/HTA (Health Technology Assessment) og systematiske oversikter, blant annet i samarbeid med EUnetHTA, Cochrane, Cambell, WHO Implementeringsforskning studerer fremmere og hemmere for at god kunnskap (kunnskapsbaserte tiltak) blir tatt i bruk i praksis 30-dagersoverlevelse for hjerteinfarkt, slag og hoftebrudd
Pasientsikkerhet	Kvalitetsmåling for 30-dagers totaloverlevelse og reinnleggelser (publiseres også på HelseNorge.no) Beregner norske data for OECDs pasientsikkerhetsindikatorer Brukeropplevd pasientsikkerhet (PRIMS, patient reported incident measure)
Pasientorientering	Brukererfaringsundersøkelser (PREMS, patient related experience measure) målt på flere nivåer i helsetjenesten (publiseres også på HelseNorge.no) Pasientrapporterte resultater (PROMS, patient related outcome measure) Utfører norske undersøkelser og analyser for Commonwealth Fund, internasjonale sammenligningsstudier mellom 11 land
Tilgjengelighet	Evaluering av Helsedirektoratets prioriteringsveiledere Brukererfaringsundersøkelser Bidrar med kunnskapsgrunnlag til de nasjonale faglige retningslinjene
Likeverd	Evaluering av Helsedirektoratets prioriteringsveiledere Internasjonale sammenligninger av helsetjenestene: Commonwealth Fund, OECD, WHO, Nordisk råds kvalitetsindikatorer Bidrar med kunnskapsgrunnlag til de nasjonale faglige retningslinjene
Kostnadseffektivitet	Metodevurdering innen helseøkonomi

Er helsetjenesteforskningen nyttig nok?

Det settes i gang mange nye reformer og tiltak i helsetjenesten, men uten at effekten av dem er kjent. Dette utløser behov for evaluering. Målet vil være å vurdere om nye tiltak fungerer optimalt og hvordan de best kan tilpasses de eksisterende. Det er et stort behov for kontinuerlig læring og forskning om helsetjenestens dynamikk, de virkemidler som benyttes og oppnådd kvalitet av tjenesten for pasient og bruker.

For å styrke forskning på helsetjenesten er det etablert et nasjonalt program i regi av Norges forskningsråd, HELSEVEL, i tillegg til et nasjonalt nettverk for helsetjenesteforskning (19). Disse programmene spenner tematisk vidt, og forskning omkring helsetjenestens kvalitet er en del av dette, uten at det er spesielt prioritert.

Vi reiser spørsmålet om disse satsingene gir det kunnskapsgrunnlaget som beslut-

ningstagerne trenger for å sikre og forbedre kvaliteten i norsk helsetjeneste. Helsetjenesteforskningen bør i større grad søke å besvare tjenestens behov for kunnskap om politikkutforming, beslutninger og kvalitetsforbedring.

Lise Lund Håheim
liselund.haheim@fhi.no
Anne Karin Lindahl

Lise Lund Håheim (f. 1951) er cand.odont., seniorforsker ved Kunnskapssenteret i Folkehelseinstituttet, professor II ved det Odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo, og leder for Norsk forening for epidemiologi (NOFE). Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Anne Karin Lindahl (f. 1960) er cand.med., avdelingsdirektør for avdeling Kvalitet og pasientsikkerhet ved Kunnskapssenteret i Folkehelseinstituttet og professor II ved Avdeling for helseledelse og helseøkonomi ved Institutt for helse og samfunn, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- Meld. St. 10 (2012–2013). God kvalitet – trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-10-20122013/id709025/> (9.2.2017).
- Forskningsrådet. Helhetlig monitoreringssystem – H021 Monitor. http://www.forskningsradet.no/prognost-helseomsorg21/HelseOmsorg21_Monitor/1254011929294 (9.2.2017).

- NSG 2012: Forslag til nasjonalt satsingsområde. http://helsetjenesteforskning.org/wp-content/uploads/2015/06/skrivegruppensforslag_nov2012.pdf (9.2.2017).
- Oxman AD, Lavis JN, Lewin S et al, red. SUPPORT verktøy for kunnskapsbasert politikkutforming på helseområdet. Oppsummert forskning 2010. www.fhi.no <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/support-tools-for-evidence-informed-health-policy-making-stp> (9.2.2017).
- Lovdata. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (9.2.2017).
- Forsetlund L, Ødegaard-Jensen J, Denison EML et al. Sjekkliste for utarbeiding av protokoll for implementering og evaluering av tiltak i helse-tjenesten. Kunnskapssenteret, notat 2014. <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/sjekkliste-for-utarbeiding-av-protokoll-for-implementering-og-evaluering-av-tiltak-i-helsetjenesten> (9.2.2017).
- Flottorp SA, Aakhus E. Implementeringsforskning: vitenskap for forbedring av praksis. *Nor Epidemiol* 2013; 23: 187–96.
- Helsedirektoratet. Og bedre skal det bli – Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helse-tjenesten 2005–2015. <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/og-betere-skal-det-bli-nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial-og-helsetjenesten-2005-2015> (9.2.2017).
- Rygh L, Saunes IS. Utvikling og bruk av kvalitetsindikatorer for spesialisthelsetjenesten. Rapport nr. 6/2008. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2008.
- Helsedirektoratet. Kvalitetsindikatorer for sykehusopphold. <https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/kvalitetsindikator-sykehusopphold> (9.2.2017).
- Helse Nord. Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering. <http://www.helseatlas.no/> (9.2.2017).
- Kunnskapssenteret i Folkehelseinstituttet. Kart med resultater av kvalitetsmålinger i helsetjenesten. [http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/kart-med-resultater-av-kvalitetsmalinger-i-helsetjenesten\(1\)](http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/kart-med-resultater-av-kvalitetsmalinger-i-helsetjenesten(1)) (9.2.2017).
- Sekretariatet for norsk helseregisterprosjekt. http://www.helseregistre.no/eway/default.aspx?pid=277&trg=Main_6250&Main_6250=6329:0:2319 (9.2.2017).

>>>

14. Forde I, Morgan D, Klazinga NS. Resolving the challenges in the international comparison of health systems: the must do's and the trade-offs. *Health Policy* 2013; 112: 4–8.
15. OECD. Health Statistics 2016. <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm> [9.2.2017].
16. European Observatory on Health Systems and Policies. HSPM: Health systems policy monitor. <http://www.hspm.org/mainpage.aspx> [9.2.2017].
17. WHO. Global Health Observatory (GHO) data. World Health Statistics. http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/en/ [9.2.2017].
18. The Commonwealth Fund. Surveys and Data. <http://www.commonwealthfund.org/interactives-and-data> [9.2.2017].
19. Forskningsrådet. HELSEVEL. http://www.forskningsradet.no/prognett-helsevel/Om_programmet/1254005461884 [9.2.2017].

Mottatt 13.7. 2016, første revisjon innsendt 6.12. 2016, godkjent 24.2. 2017. Redaktør: Geir W. Jacobsen.

Publisert først på nett.