

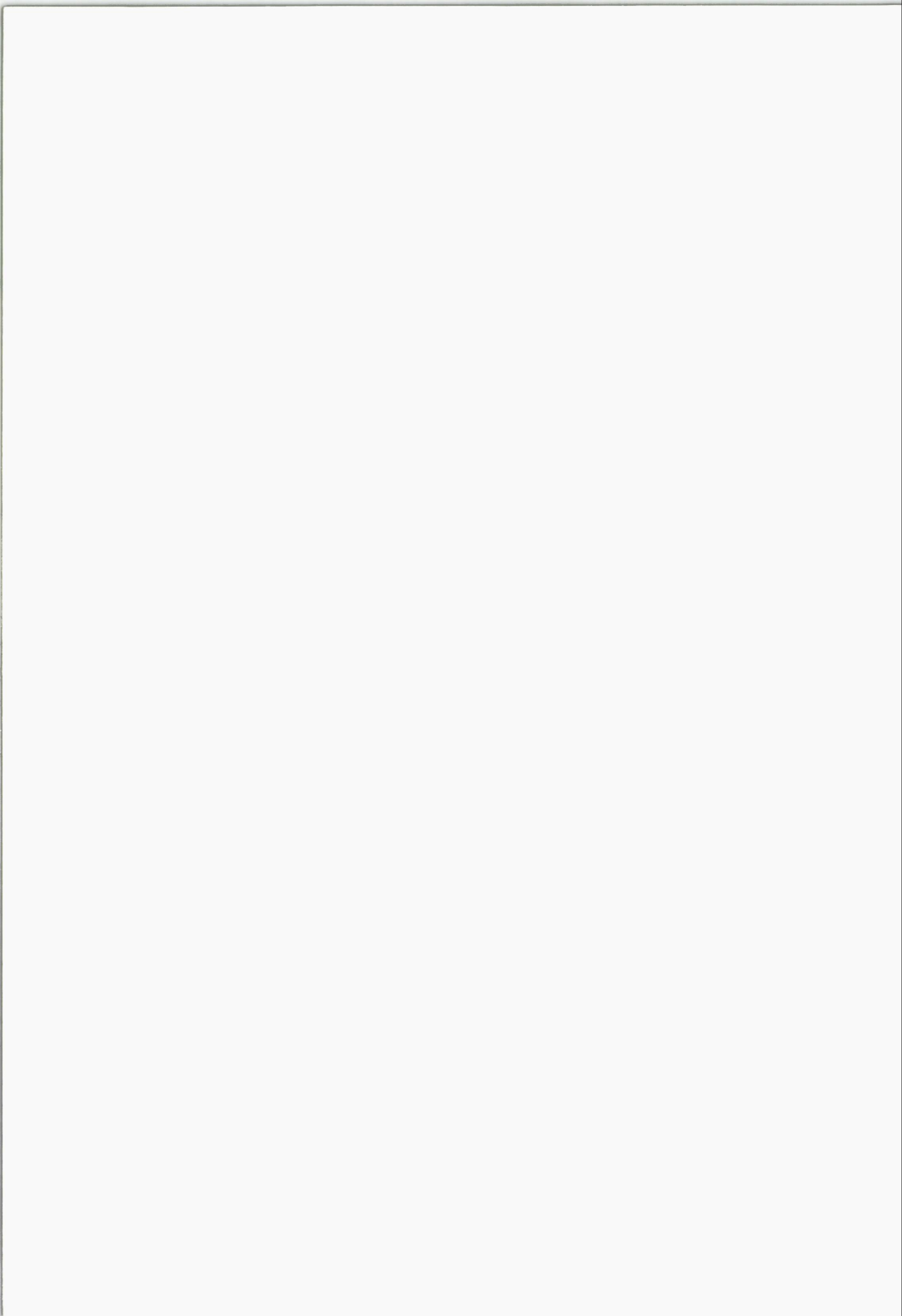
164a

Hovedkomiteen for norsk forskning

Helsetjenesteforskning i Norge

Perspektiver, oppgaver,
organisering og finansiering

Oslo 1981



Hovedkomiteen for norsk forskning

Helsetjenesteforskning i Norge

Perspektiver, oppgaver,
organisering og finansiering

Innstilling fra et utvalg nedsatt av
Hovedkomiteen for norsk forskning
Avgitt 3. juli 1981

Oslo, juli 1981

ISBN 82-7221-014-2
Haakon Arnesens Trykkeri A.s, Oslo

Til
Hovedkomiteen for norsk forskning

Utvalget til å utrede den fremtidige organisasjon av helsetjenesteforskningen i Norge legger med dette frem sin innstilling. Utvalget ble oppnevnt i januar 1980, men kom ikke i gang med sitt arbeid før i september samme år, på grunn av vanskeligheter med å finne egnet sekretær.

Innstillingen er enstemmig, bortsett fra en særuttalelse fra Aina Uhde.

Oslo, 3. juli 1981

Peter F. Hjort
formann

Nils Helsingen

Martha Quivey

Jan Grund

Tor Holm

Pål Repstad

Finn Henry Hansen

Jan-Ivar Kvamme

Aina Uhde

Ole Johan Sandvand
sekretær

Innhold

	Side
Kap. 1 SAMMENDRAG OG FORSLAG	7
1.1 Hvorfor styrke helsetjenesteforskning?	7
1.2 En permanent organisasjon for helsetjenesteforskning ..	8
1.3 Finansiering av forskning gjennom helsebudsjettene	9
1.4 Bred rekruttering og utdanning	10
Kap. 2 INNLEDNING	12
2.1 Mandat og sammensetning	12
2.2 Utvalgets arbeidsmåte	13
Kap. 3 HVA ER HELSETJENESTEFORSKNING?	14
Kap. 4 HELSETJENESTEFORSKNING: BEHOV, NYTTE, OPPGAVER	17
4.1 Bakgrunn og mål	17
4.2 Nyten av helsetjenesteforskning	19
4.3 Hva slags kunnskap er nødvendig?	21
4.3.1 Medisinske ytelser og programmer	21
4.3.2 Finansiering og styring	23
4.3.3 Helsepersonell	25
4.4 Formidling av forskning	27
Kap. 5 HELSETJENESTEFORSKNINGENS UTVIKLING OG STILLING I DAG	30
5.1 Norge	30
5.2 De andre nordiske land og nordisk samarbeid	33
5.3 Storbritannia	35
5.4 Europa for øvrig	39
5.5 USA	39
5.6 Verdens helseorganisasjon	40
5.7 Sammenfatning	40

	Side
Kap. 6 ORGANISERING AV HELSETJENESTEFORSKNING	43
6.1 Prinsipper og hensyn	43
6.2 Forskningssteder	45
6.2.1 Helsetjenesten	45
6.2.2 Enheter for helsetjenesteforskning	48
6.2.3 Universiteter og høgskoler	53
6.3 Felles organer for helsetjenesteforskning	56
 Kap. 7 FINANSIERING OG STYRING AV HELSETJENESTEFORSKNING	 58
7.1 Finansieringskilder	58
7.1.1 Kirke- og undervisningsdepartementet	58
7.1.2 Sosialdepartementet	59
7.1.3 Andre finansieringskilder	63
7.1.4 Samlet behov for finansiering fra Kirke- og undervisningsdepartementet og Sosialdepartementet	64
7.2 Styringsgruppe for helsetjenesteforskning	65
 Kap. 8. FORSKERREKRUTTERING OG FORSKER- UTDANNING	 70
8.1 Hvem og hvordan skal man rekruttere?	70
8.2 Forskerutdanningen	73
8.3 Omfang av rekrutteringen	73
 Kap. 9 UNDERVISNING	 76
9.1 Innledning	76
9.2 Helsepersonell	77
9.2.1 Hvorfor undervisning i helsetjenesteforskning?	77
9.2.2 Hva er målet for undervisningen?	78
9.2.3 Hvordan skal undervisningen gis?	79
9.2.4 Hva kan helsetjenesteforskningen bidra med?	80
9.3 Administrativt personell	80
9.4 Informasjon til befolkningen	82
 Særuttalelse fra Aina Uhde	 84
 Fortegnelse over Hovedkomiteens publikasjoner	 88

Sammendrag og forslag

1.1 Hvorfor styrke helsetjenesteforskning?

Helsetjenesteforskningens mål er å høyne helsetjenestens kvalitet og bedre utnyttelsen av dens ressurser. Oppgaven er å studere helsetjenestens struktur, de prosesser som foregår innenfor den, og de resultater eller produkter som skapes. Arbeidsmåter og metoder er ofte tverrfaglige og bygger på medisin og samfunnsfag.

Forskning om helsetjenestens kvalitet og ressursbruk er det lite av i vårt land. Behovet er imidlertid stort: helsevesenet er blitt en stor og komplisert bedrift, men det kunnskapsmessige grunnlag for denne ekspansjon er for dårlig. Det viser seg ved at helsetjenesten nå opplever store problemer; de store investeringer har ikke skapt de forventede resultater. På bakgrunn av dette foreslår vi en betydelig styrking av helsetjenesteforskningen i Norge.

Det treffes daglig en mengde avgjørelser i alle ledd av helsetjenesten som har den største betydning for kvaliteten på de ytelser som gis. Det er «små» avgjørelser, som stadig gjentas, og store enkeltavgjørelser. Ofte er det faglige grunnlag for disse beslutningene usikkert. Samtidig treffes avgjørelsene innenfor stadig strammere budsjetttrammer. Økonomiske og budsjettmessige resonnementer trenger seg derfor frem med økende nødvendighet. Kunnskapene mangler imidlertid langt på vei for å gjennomføre en slik konsekvenstenkning. Personalet er den dominerende ressurs innenfor helsevesenet. Vi vet imidlertid lite om hvordan de forskjellige personalgruppernes kompetanse, størrelse og adferd innenfor sitt arbeidsmarked påvirker helsetjenestens utforming.

Ut fra dette er det nødvendig med produktkontroll og evalue-

ring av alle ledd innenfor distrikts- og institusjonshelsetjenesten. Vi trenger komparative undersøkelser av kvaliteten på den service som ytes. Det er behov for studier av alternativ ressursbruk, og vi trenger forskning omkring personalets betydning både for kvalitet og ressursbruk.

Helsetjenesteforskningen står overfor et dilemma — hvordan skape høyverdig forskning som samtidig er relevant for helse-tjenesten? Helsetjenesteforskningens historie og status illustrerer problemene: Å formulere overfor forskningen de viktige problemstillinger har vært vanskeligere enn man tenkte seg, og ofte har man operert med for enkle modeller for forholdet mellom forskning og politisk handling. Det har vært vanskelig å rekruttere kvalifisert personale, helsetjenesteforskning har i liten grad kunnet tilby stabile miljøer og faste stillinger, og det har støtt på problemer å etablere samarbeid mellom samfunnsvitere og medisinerere. Det er nødvendig med en bevisst strategi for å styrke helsetjenesteforskningen, som tar hensyn til brukerens behov for praktisk anvendelse og forskerens ønske om å dyrke kvalitet. Den beskjedne kompetansen i feltet tilsier ikke rask ekspansjon, men gradvis utbygging. Den må skje ved at helsetjenesteforskningen får en permanent organisasjon.

1.2 En permanent organisasjon for helsetjenesteforskning.

Det bør være et variert mønster for de ulike typer helsetjenesteforskning. Både innenfor institusjonshelsetjenesten og distrikts-helsetjenesten må det gis rom for driftskontroll og evaluering. I institusjonshelsetjenesten bør dette legges til rette gjennom muligheter for studie- og forskningspermisjoner, midler til driftsstøtte, opprettelse av forskningsutvalg og deltakelse i undervisning av helsepersonell. Ved fire utvalgte sykehus bør virksomheten styrkes gjennom enheter bestående av en forskerstilling foruten teknisk- og kontorassistanse og driftsmidler. Tilsvarende organisasjonsform etableres innenfor distriktshelsetjenesten ved at det opprettes distriktsenheter i tre—fire kommuner innenfor hver universitetsregion. Disse får til oppgave å registrere data for evaluering, selv utføre evaluering og delta i undervisning av helsepersonell. Distriktsenheterne knyttes til kjerneenheter for helsetjenesteforskning i universitetsbyene,

som får til oppgave å samordne enhetenes virksomhet, gi faglig veiledning og bearbeide materiale. Kjerneenhetene må samarbeide med instituttene for almenmedisin og samfunnsmedisin.

Vi foreslår videre egne enheter for helsetjenesteforskning, en i hver universitetsby. Disse får faste stillinger gjennom basisbevilgninger, men utfører også oppdrag. Foruten egen forskning har enhetene ansvar for veiledning og rådgivning m.h.t. forskning og praktisk faglig virksomhet i helsetjenesten. I Oslo bygger man videre på NAVFs gruppe for helsetjenesteforskning, i Trondheim på Norsk instiutt for sykehusforskning. Begge disse bør trekkes inn i undervisningen ved universitetet, fortrinnsvis ved at det opprettes bistillinger for kvalifiserte forskere. I Bergen og Tromsø opprettes enheter for helsetjenesteforskning ved universitetene, som seksjoner hvor ansatte ved samfunnsvitenskapelige og medisinske institutter tilknyttes for helsetjenesteforskningsformål. Enhetene får eget styre, en forskningslederstilling og driftsmidler. Utformingen må for øvrig i stor utstrekning overlates til universitetene selv.

Helsetjenesteforskningen er i stor grad avhengig av det grunnleggende faglige arbeid ved universitetenes disiplinstitutter, og disse bør styrkes for dette formål. Ved de regionale høyskoler, i første rekke distriktshøgskolene, bør det ikke opprettes egne helsetjenesteforskningsenheter, men drives helsetjenesteforskning i tilknytning til de helseadministrative studier, blant annet gjennom deltakelse i samarbeidsprosjekter hvor de regionale høyskoler kan utnytte sine lokale fortrinn.

Det bør opprettes et forum for helsetjenesteforskning, som foruten interne faglige diskusjoner arrangerer åpne møter.

1.3 Finansiering av forskning gjennom helsebudsjettene.

Vi ser på helsetjenesteforskning som en del av helsetjenestens normale aktivitet. Finansieringen bør derfor særlig skje innenfor helsebudsjettet. Vi foreslår at det avsettes lokale midler til driftskontroll i helsetjenesten. Forskning er en nasjonal oppgave, og ansvaret påhviler i første rekke Sosialdepartementet. Utvalget foreslår at innsatsen trappes opp til ca. 23 mill. kr pr. år. Denne summen bør dekke basisbevilgninger til enhetene for

helsetjenesteforskning i Oslo og Trondheim med henholdsvis 2 mill. kr og 3 mill. kr, foruten 0,5 mill. kr hver til forskningsleder og driftsmidler ved seksjonene for helsetjenesteforskning ved universitetene i Bergen og Tromsø. Det bør dessuten for disse og andre være adgang til frie prosjektmidler på ca. 5 mill. kr. Til evaluering i institusjons- og distriktshelsetjenesten foreslås 6 mill. kr til hver. Bevilgningene samles i et eget kapittel på Sosialdepartementets budsjett som fastlegger omfang og retningslinjer for den offentlige støtte til helsetjenesteforskning. Planen bør realiseres i løpet av en 5-års periode. Av de foreslåtte tiltak vil en på grunn av personalmangel måtte bruke lengst tid på å bygge opp evaluering i distrikts- og institusjons-helsetjenesten.

Vi foreslår videre at det over Kirke- og undervisningsdepartementets budsjett opprettes tre vitenskapelige stillinger og to hjelpestillinger øremerket for helsetjenesteforskning ved universitetene i Bergen og Tromsø, og at det opprettes følgende bi-stillinger ved universitetene: 2 ved hver av enhetene for helse-tjenesteforskning i Oslo og Trondheim, 4 tilknyttet institusjons-helsetjenesten og 10 tilknyttet distriktsenhetene.

Det bør opprettes en styringsgruppe for helsetjenesteforskning. Denne får en stabsfunksjon for helsetjenesteforskning, ved at den legger planer for hele feltet, fordeler midler til prosjektstøtte og disponerer midler til evaluering i institusjonshelse-tjenesten. Sammensetning og plassering bør være slik at man kombinerer behovet for praktisk kunnskap og erfaring fra helsetjenesten med vitenskapelig kompetanse og uavhengighet. Styringsgruppen knyttes til NAVF, og oppnevnes av NAVFs styre. Den bør ha 10 medlemmer, hvorav halvparten forskere og halvparten «brukere». «Brukerrepresentantene» oppnevnes etter forslag fra Sosialdepartementet og Norske Kommuners Sentralforbund. Styringsgruppen får til disposisjon en øremerket bevilgning fra Sosialdepartementets kapittel for helse-tjenesteforskning, og retningslinjene for virksomheten trekkes opp gjennom budsjett-tildelingene.

1.4 Bred rekruttering og utdanning.

Hvis de mål vi har skissert for helsetjenesteforskningen skal oppnåes, er det påkrevet å styrke arbeidet med forskerrekru-tering og forskerutdanning både kvantitativt og kvalitativt. Det er nødvendig med bred rekruttering, som omfatter både samfunnsfag og medisin. Det er nødvendig å begynne tidlig, gjennom studentrekruttering. Det er også ønskelig å rekruttere fra praktisk helsetjeneste og forvaltning, gjennom «forvaltningsstipendier» og kortere studieopphold. Hovedveien er likevel de vanlige utdanningsstipend, men kravene til tverrfaglighet kan forutsette en noe lengre tidsramme enn tre år. Det er viktig permanent å rekruttere til helsetjenesteforskningen, men det er like viktig at noen etter en periode i helsetjenesteforskning går ut i praktisk helsetjeneste og forvaltning. Enhetene for helse-tjenesteforskning bør ha som oppgave å stå for forskerutdan-ning. NAVF må ha et overordnet ansvar for å sikre tilstrekkelig rekruttering til helsetjenesteforskningen.

Helsetjenesteforskningen er mislykket hvis den ikke formidles. Den beste formidling skjer gjennom ferdige kandidater. Innslaget av emner fra helsetjenesteforskningen bør derfor styrkes, både i utdanningen av helsepersonell og i utdanningen av samfunnsvitere. Slike emner bør integreres i forskjellige disipliner fremfor å utgjøre egne studier.

De som selv er aktive i helsetjenesteforskning, vil ha en viktig undervisningsoppgave. Der hvor det er kvalifikasjoner for det, bør de tilknyttes universitetene i bistillinger. Helsetjeneste-forskere kan imidlertid ikke utføre denne oppgaven alene. Heller ikke bør formidlingen begrenses til den formelle undervisning. Resultater og perspektiver fra helsetjenesteforskningen bør på bred front gå ut som informasjon til befolkningen.

KAPITTEL 2:

Innledning

2.1 Mandat og sammensetning.

Hovedkomiteen for norsk forskning har blant annet som oppgave å peke på områder som står forskningsmessig svakt. Komiteen har konstatert at dette er tilfelle for forskning og undervisning om helsetjenesten og har ønsket å bidra til å endre dette. Hovedkomiteen for norsk forskning oppnevnte derfor 30. januar 1980 et utvalg for å utrede den fremtidige organisasjon av helsetjenesteforskningen i Norge. Utvalget fikk følgende mandat:

Utvalget skal legge fram et forslag til en plan for helsetjenesteforskningen i Norge. Planen bør omfatte:

- bakgrunn og mål for helsetjenesteforskningen
- definisjon
- innhold
- avgrensning og hovedområder
- behov for forskningen
- organisasjon
- finansiering
- undervisning
- rekruttering
- forskerutdanning.

Planen bør bygge på de miljøer og ressurser som finnes i dag og trekke opp hovedlinjer i 1980-årene.

For at oppgaven ikke skal bli for komplisert og omfattende, er utvalgets oppgaver begrenset til helsetjenesteforskning. Sosialtjenesteforskning og sosialpolitikk er holdt utenfor.

Utvalget har hatt følgende sammensetning:

- Prosjektleder Peter F. Hjort, NAVF's gruppe for helsetjenesteforskning, formann

- Planleggingsssjef Jan Grund, Helsedirektoratet
- Prosjektleder Finn Henry Hansen, Universitetet i Tromsø
- Professor Nils Helsing, Sentralsykehuset i Akershus
- Instituttssjef Tor Holm, Norsk institutt for sykehusforskning
- Distriktslege Jan-Ivar Kvamme, Alta
- Lektor Martha Quivey, Norges Sykepleierhøgskole
- Førsteamanuensis Pål Repstad, Agder distriktshøgskole
- Dosent Aina Uhde, Universitetet i Bergen.

Utvalgets sekretær har vært avdelingsleder Ole Johan Sandvand, Norges almenvitenskapelige forskningsråd.

2.2 Utvalgets arbeidsmåte.

Utvalget begynte sitt arbeid i september 1980, og har hatt 8 møter. Møtene har gitt rom for en bred drøfting av de mange forskjellige spørsmål som utvalget ble bedt om å utrede. Drøftingene har i betydelig grad skjedd på grunnlag av notater fra medlemmene. Utvalget har ikke innkalt utenforstående til å legge frem sitt syn på helsetjenesteforskningens fremtid, idet man har antatt at utvalget var så bredt sammensatt at de forskjellige miljøers og grupperes syn ble ivare tatt gjennom medlemmene og deres kontakter.

Utvalget har samlet inn materiale fra en rekke land, og benyttet seg av medlemmenes kjennskap til litteraturen omkring helsetjenesteforskning. Særlig har en lagt vekt på å få ajourført informasjon fra Storbritannia, som ved siden av USA er det land som har kommet lengst innenfor helsetjenesteforskningen, og som har forsøkt forskjellige organisatoriske løsninger. Utvalgets sekretær har foretatt en ukes studietur til England og Skottland, hvor det særlig ble lagt vekt på å studere organisering og finansiering av helsetjenesteforskning. Han har også foretatt en kortere reise til Sverige.

Utvalget har under sitt arbeid fått seg forelagt en innstilling om vurdering av teknisk-medisinsk utstyr i helsetjenesten. Dette viktige spørsmålet ligger utenfor utvalgets mandat og kompetanse, selv om det har tilknytning til helsetjenesteforskning. Utvalget har sendt et brev til Helsedirektoratet hvor man foreslår at det oppnevnes et nasjonalt utvalg til å utrede denne saken.

Hva er helsetjenesteforskning?

Helsetjenesteforskningen hviler på den forutsetning at det gjennom forskning er mulig å bedre helsetjenestens kvalitet og utnyttelsen av dens ressurser. For å nå dette målet, er det nødvendig med systematiske undersøkelser og evalueringer av et lands helsetjeneste. Dette omfatter:¹⁾

- 1) Studier av forholdet mellom helsetjenester og alle andre faktorer som er forbundet med helse.
- 2) Studier av behov for helsetjenester, tilbud, dekning, utnyttelse, kostnader, kvalitet og effektivitet.

En så vid definisjon omfatter store deler av all medisinsk forskning, og helsetjenesteforskningen overlapper delvis med tradisjonelle forskningsområder, spesielt:

- Klinisk forskning med sikte på å vurdere diagnose og behandling, ofte ved kontrollerte kliniske forsøk,
- Epidemiologi, som studerer befolkningens helse og sykdommer som massefenomener ved statistiske metoder,
- Sosialmedisin og hygiene, som arbeider med prinsippene for forebyggende og helsefremmende tiltak i befolkningen og med forholdet mellom samfunn og helse,
- Offentlig helsearbeid som er opptatt av praktiske tiltak for folkehelsen.

Helsetjenesteforskningen bygger også på samfunnsvitenskapene, spesielt på økonomi, sosiologi og statsvitenskap. Det som karakteriserer helsetjenesteforskningen i forhold til den tradisjonelle disiplinorienterte forskningen innenfor samfunnsvitenskapene er:

- Forskningsområdet er helsetjenesten — befolkningens behov og tjenestens funksjoner og ytelser,
- Forskningen er målrettet — den skal bidra til helsetjenestens kvalitet og utnyttelsen av dens ressurser,
- Arbeidsmåten er ofte tverrfaglig.

Helsetjenesteforskning er med andre ord ikke et skarpt avgrenset felt. Snarere er det tale om en forskning som har visse markerte tyngdepunkter i forhold til annen forskning som gjelder helse. Ett slikt tyngdepunkt er at helsetjenesteforskning fokuserer på helsetjenestens struktur, de prosesser som foregår innenfor den, og de resultater eller produkter som skapes. Et annet er at det i forskningen inngår metoder som bygger på andre disipliner enn den biomedisinske vitenskap.²⁾

En annen måte å avgrense det området utvalget har fått ansvar for, er å tale om den virksomhet som er finansiert for helsetjenesteforskningsformål. Dette karakteriserer helsetjenesteforskningen som *målrettet forskning*; forskningen kjenne-tegnes med andre ord mer ut fra hensikt enn ut fra innhold. En målrettet forskning tar utgangspunkt i problemer og oppgaver innenfor helsetjenesten. Tre grupper er viktige i denne sammenheng som leverandører av premisser for forskning: de politiske og administrative beslutningstakere, personalet og pasientene — som er konsumenter av helsetjenester.

Mellom beslutningstakere, personale og pasienter kan det være interessekonflikter, og dette illustrerer at avgrensningen av helsetjenesteforskning som målrettet forskning ikke må drives for langt. Helsetjenesteforskning kan ikke bare være oppdragsforskning. Det ville gi for snevre rammer for hvilke interesser forskningen vil tjene, og det gir for lite rom for den frie og langsiktige oppbygging av grunnleggende kompetanse som også er nødvendig innenfor dette feltet. Det er med andre ord også behov for det som kan kalles orientert grunnforskning.

Det tverrfaglige perspektivet må ikke føres så langt at en utelukker én-faglig (disiplin-orientert) forskning innenfor dette området. Helsetjenesteforskningen bygger ofte på metoder som er utviklet innenfor de enkelte disipliner, som epidemiologi, statistikk, økonomi, sosiologi og medisin. Men de større forskningsprosjektene forutsetter som regel at en kombinerer metoder fra

flere disipliner. For eksempel har «blodtrykksprosjektet» i NAVFs gruppe for helsetjenesteforskning krevet en kombinasjon av medisin, farmakologi, epidemiologi, statistikk og økonomi.³⁾

Det er nødvendig å skille mellom forskningsmiljø og forskningsprosjekter i denne forbindelsen. I prinsippet kan forskere fra flere disiplin-orienterte forskningsmiljøer gå sammen om tverrfaglige forskningsprosjekter, men i praksis er det lettere for en tverrfaglig forskningsgruppe å ta opp slike prosjekter. Interessen for tverrfaglige prosjekter er vanligvis også større i tverrfaglige enn i disiplin-orienterte forskningsgrupper. Den disiplinorienterte forskningen er ofte mer langsiktig og metoderettet, mens den tverrfaglige er mer kortsiktig og resultatrettet.

Vekten på problemorientering og målrettethet må ikke være så sterk at forskningsbegrepet blir utvannet: helsetjenesteforskning er ikke konsulentvirksomhet, planlegging eller utredningsarbeid. Problemstillinger og metoder kan nok ofte ha mye til felles med utredning, og det vil være glidende overganger. En bør likevel holde et skille, blant annet fordi forskning har større generaliseringsverdi og fordi den krever større frihet i forhold til myndighetene på de forskjellige plan. En annen grunn til denne avgrensningen er at helsetjenesteforskningen trenger vitenskapelig legitimering, noe som igjen har betydning for rekrutteringen til området.

Noter

- 1) Dette er WHO's definisjon, *WHO's Advisory Committee for Medical Research*, Geneve 1976.
- 2) Institute of Medicine: *Report of a study on health services research*. National Academy of Science, Washington 1979, 102 s.
- 3) Waaler, H. Th. og medarbeidere: *Høyt blodtrykk: Behandlingsprogram, utbytte, kostnader*. NAVFs gruppe for helsetjenesteforskning, nr. 5/1978, 106 s.

Helsetjenesteforskning: Behov, nytte, oppgaver

Helsetjenesteforskning må bedømmes ut fra sitt bidrag til endring av helsetjenestens utforming og innhold. Hva er bakgrunnen for helsetjenesteforskning, og hvilke mål har den? Hva er forholdet mellom forskning og handling på dette området, hvilken nytte har helsetjenesteforskning? Videre, hvilken kunnskap er det som trengs for å få en bedre helsetjeneste, hvilke forskningsområder og -oppgaver bør fremmes? Endelig, hvordan skal en sørge for at helsetjenesteforskningen blir nyttig, hva er forutsetningene for en vellykket formidling?

4.1 Bakgrunn og mål.

Forskning om og for helsetjenesten har vært drevet lenge. Som en systematisk og målbevisst virksomhet innenfor et bredt felt kan en imidlertid si at gjennombruddet ikke kom før i 1950-årene i USA og i begynnelsen av 1960-årene i Storbritannia. Siden har feltet vokst frem også i andre europeiske land og i Skandinavia. Noe entydig mønster finnes ikke i dette, hverken i forskningsinnhold eller i organisasjon. Dette kan sees i sammenheng med at en har å gjøre med en utvikling som dels springer ut av vitenskapens og forskernes egne ønsker om nye oppgaver og ny erkjennelse, dels ut av myndighetenes — særlig helsemyndighetenes — ønsker om å se forskning som et direkte virkemiddel ved løsningen av offentlige oppgaver.

Forskning som skaper av kunnskap og innsikt med mål utenfor og i tillegg til de vitenskapelige har lange tradisjoner, særlig på det teknologiske felt. I løpet av de siste 10—20 år har det skjedd en utvidelse av den anvendte/problemrettede forskning til også

å omfatte de såkalte almenvitenskapelige forskningsområder. I vårt land representerer innføringen av departementsmidlene til forskning et uttrykk for denne utviklingen. Generelt kan en se fremveksten av helsetjenesteforskning som en del av bestrebelsene for at forskning i større utstrekning skal ta utgangspunkt i samfunnsmessig definerte oppgaver og problemer.

Mer spesielt har helsetjenesteforskningen sin bakgrunn i den utvikling som har funnet sted i helsetjenesten selv. Man kan i denne sammenheng tale om behov for forskning som følge av *vekst* og som følge av *problemer*.

I de siste 25 år er helsetjenesten i Norge bygget ut i raskt tempo. Driftsutgiftene er omtrent femdoblet i faste priser, og personellet er tredoblet. Utgiftene til helsetjenesten utgjør i 1980 ca. 20 milliarder kr, og helsetjenesten er landets største arbeidsplass med sine 120 000 ansatte. Helsetjenesten er med andre ord blitt en stor offentlig sektor, og veksten har skjedd raskt; dette skaper forskningsinteresse og forskningsbehov. Arbeidet med og i helsetjenesten stilles overfor en rekke store oppgaver og problemer med hensyn til fordeling av ressurser, styring og organisering av helsepolitiske tiltak, utdanning og rekruttering av personale, profesjonalisering, vurdering av teknologi osv. For eksempel har det vært et politisk mål de siste årene å styrke primærhelsetjenesten, eldreomsorgen, det psykiske helsevern og det forebyggende arbeid.

Styringen av de høyt spesialiserte personellgrupper, arbeidsprosesser og teknologier som utgjør moderne helsetjeneste krever kunnskap og innsikt på linje med den som anvendes i andre komplekse foretagender. Videre deltar myndighetene langt sterkere enn før i planlegging, finansiering og regulering av helsetjenester. Det har skapt sterkt behov for kunnskap ved formulering og iverksettelse av politikk, og økt almenhetens behov for informasjon om helsetjenester og de politiske avgjørelser som påvirker dem.¹⁾

Den sterke vekst i helsetjenesten har bidratt til bedre helse. Samtidig har det innenfor helsetjenesten og i samfunnet for øvrig skjedd ting som har påvirket og hatt negative konsekvenser. Mange problemer er ikke løst og nye er oppstått — noen av dem som utilsiktede bivirkninger av løsningen på andre om-

råder. Det er blitt vanlig å tale om en krise i helsetjenesten — eller i alle fall alvorlige problemer. Det er problemer på to plan.

Det er for det første *indre problemer*, som skyldes at utbyggingen av helsetjenesten ikke har ført til den bedring av helsen en håpet og trodde på. For eksempel har leveutsiktene for middelaldrende menn ikke økt de siste årene. Heller ikke har den sterke veksten ført til den ønskede utjevning av de store variasjoner i kvalitet på service innenfor helsetjenesten. Denne forskjellsbehandling har medisinske konsekvenser for pasientene og økonomiske konsekvenser for samfunnet.

For det andre står helsetjenesten overfor *ytre problemer*, som skyldes at samfunnsressursene ikke tillater fortsatt utbygging i samme tempo som hittil. Kunnskapene har økt raskt. Dette har ført til store fremskritt, men samtidig skapt forventning om ytterligere fremskritt i stadig raskere tempo. Helsetjenesten kan ikke få tilstrekkelig med ressurser til å holde følge med eller bruke kunnskapene, og på mange områder er det ikke lenger kunnskapene, men ressursene som setter grenser for innsatsen. Dette skaper misnøye både innenfor og utenfor helsetjenesten, og det tvinger frem et økende behov for rasjonelle prioriteringer.

4.2 Nyttien av helsetjenesteforskning.

Etter utvalgets oppfatning er helsetjenesteforskning et nødvendig bidrag for å løse de problemer helsetjenesten står overfor. Det betyr ikke at det er noen enkel forbindelse mellom forskning og endring. Det er lett å peke på motforestillinger, og det finnes dem som er mest opptatt av det.²⁾ Disse hevder at endringer i programmer for helsepolitikk og helsetjeneste sjelden kan tilbakeføres til helsetjenesteforskning, og at biomedisinsk forskning har vært langt mer virkningsfull i så måte.

De vanskeligheter helsetjenesteforskning står overfor bør ikke fortreges, men tvertimot klargjøres slik at de kan tas hensyn til.³⁾ På den ene siden kan det hevdes at helsetjenesteforskere i for stor grad har vært isolert fra den samfunnssektor de skal studere. Behovene i det praktiske liv er ikke tatt tilstrekkelig hensyn til i de problemer forskningen stiller og i formidlingen

av dens resultater. På den annen side kan det også hevdes at mottakerapparatet har svakheter. Det finnes ingen sammenhengende politikk for hvordan helsetjenesteforskning skal brukes, men tvert imot en pluralistisk politikk, hvor forskningen av og til blir syndebukk for politikk som av andre grunner mislykkes. Videre stiller mottakeren krav som kan skape krysspress i møte med forskersamfunnets krav. Helsetjenesteforskning skal være raskt avsluttet, men samtidig vitenskapelig; den skal være lett å forstå, men samtidig akademisk. Endelig kan det fremheves at helsetjenesteforskning som tverrfaglig virksomhet ofte mangler den vitenskapelige støtte de enkelte fagdisipliner har i sine felles perspektiver og profesjonelle organisasjoner. Helsetjenesteforskningen har likevel hatt vesentlig betydning, særlig når en tar hensyn til at investeringene på dette området hittil har vært beskjedne. Dette gjelder også i de land som har satset mest på helsetjenesteforskning, USA og England. Dessuten bør en se resultatene i lys av at helsetjenesteforskning er et ungt felt. Alle vitenskapelige resultater bør ikke utelukkende bedømmes i et nåtidsperspektiv, på samme måte som mange biomedisinske oppdagelser først har fått praktisk betydning lenge etterpå.

Helsetjenesteforskning vil ofte kunne ha *direkte konsekvenser* for måter å løse problemer på og organisering av tiltak og funksjoner. Det er lett å trekke frem eksempler på dette; forskningen om helsekontroller er ett av dem. Her er praktiske opplegg endret som følge av helsetjenesteforskning.⁴⁾

Minst like viktig er det imidlertid å fremheve helsetjenesteforskningens *indirekte betydning*. En side ved dette er at forskning er en uforutsigbar prosess, med resultater som ikke kan programmeres. Et annet sentralt moment er at mange spørsmål har politiske implikasjoner, og de kan ikke helsetjenesteforskningen løse. Hovedoppgaven blir derfor å klargjøre forutsetningene for avgjørelser, ikke bestemme dem. Gjennom helsetjenesteforskning kan en reise spørsmål, utvikle perspektiver og påpeke utviklingstrekk som over tid påvirker måten hvorpå politikere og administratorer ser problemer, formulerer alternativer og iverksetter avgjørelser.⁵⁾

Den sentrale utfordring helsetjenesteforskningen stilles overfor, er at øket ressurstilgang ikke alene kan løse helsetjenestens

problemer. Denne erkjennelsen har i stor grad vokst frem som følge av forskning om helsetjenesten. Helsetjenesten er blitt dyr, og det reises tvil om resultatene. Det er en forskningsoppgave i seg selv å klargjøre hva veksten har ført til. I en tid hvor også ressurstilgangen stagnerer, blir det enn mer viktig å stille spørsmål om hvordan ressursene anvendes, og utvikle nye begreper for å klargjøre hvordan helsetjenester organiseres og fordeles. Det betyr ikke at helsetjenesteforskningens fremste oppgave er å spare penger, selv om det åpenbart kan være en følge på mange områder. Det viktige er at helsetjenesteforskning kan bidra til en bedre utnyttelse av de ressurser som finnes og høyne kvaliteten på tjenestene.

4.3 Hva slags kunnskap er nødvendig?

Dette spørsmålet kan besvares på flere måter. Man kan for det første velge å legge vekt på de *oppgaver* helsetjenesten har, og ut fra dette argumentere for å styrke forskning omkring behovet for helsetjenester, hvordan helsetjenesten er strukturert og hvordan den fungerer, med andre ord en evaluering. Man kan videre se på *ressursene* i helsetjenesten; hvilke innsatsfaktorer — teknologi og arbeidskraft — er nødvendige, hvordan er de organisert, og hva er produktet? For det tredje kan en studere *beslutningene*. Helsevesenet står overfor store og strategiske spørsmål; skal en satse på forebyggelse eller behandling, distriktshelsetjeneste eller institusjonshelsetjeneste, og hvordan fordele helsetjenestene på de ulike sosiale, aldersmessige og geografiske grupper i befolkningen? En trenger imidlertid også forskning om spørsmål som tilsynelatende er mindre, f.eks. om effekten av spesifikke diagnostiske og terapeutiske metoder. Når de samme «små» avgjørelser gjentas, summerer de seg opp til generelle mønstre og programmer for helsetjenesten.

Vi har funnet det vanskelig å gi en oversiktlig fremstilling etter disse dimensjoner. Vi vil derfor nøye oss med å gi eksempler på problemstillinger og forskningsoppgaver innenfor tre avsnitt som representerer noe forskjellig tyngdepunkt i studiet av helsetjenesten, men som ikke er gjensidig utelukkende.

4.3.1 *Medisinske ytelser og programmer.*

Det vitenskapelige grunnlag for medisinsk praksis er ofte relativt begrenset. For det første er søkningen etter nye legevitenskapelige metoder og medisinsk-tekniske landevinninger en virksomhet som på mange områder er preget av tilfeldigheter, avhengig av enkeltpersoners interesser og initiativ. Videre blir mange metoder tatt i utstrakt bruk før de er tilstrekkelig klinisk utprøvet. For det tredje er det mye som tyder på at valg av metoder varierer betydelig fra sted til sted, uten at det er klart hvorfor det bør være slik.⁶⁾

Denne situasjonen gjelder ikke bare de rent medisinske ytelser, men kanskje i enda høyere grad en rekke av de funksjoner som går sammen med disse, i første rekke pleieoppgavene. I forskningsmessig forstand er dette områder som langt på vei er helt neglisjert, selv om de utgjør store deler av helsetjenestens virksomhet.⁷⁾ Utvalget vil videre understreke at mangel på kunnskap om kvalitet og ressursbruk både gjelder den somatiske og den psykiatriske medisin — behovet for forskning er kanskje mest påtrengende innen psykiatrien.⁸⁾

De forskningsoppgaver denne situasjonen skaper behov for, spenner over et vidt register. Man trenger studier over effekten og kostnadene av de funksjoner som utføres og som stadig gjenntas, slik at de utgjør et program. Slike oppgaver ligger nær opp til det som kan kalles driftskontroll. Utvalget mener dette bør være en oppgave for alle ledd i helsetjenesten. I forhold til sektorens betydning og ressursbruk og sammenlignet med næringslivet, har driftskontroll en meget beskjeden plass i helsetjenesten.

Videre er det behov for bredere studier av helsetjenestens kvalitet, innsats og utbytte — studier av større tiltak, hvor flere faktorer trekkes inn og hvor en bygger på materiale som går på tvers av institusjonelle og geografiske skiller. I disse tilfeller kan ikke forskningen begrenses til dem som arbeider i helsetjenesten, men den må foregå i samarbeid med dem. Slik evalueringsforskning vil være nødvendig om en innenfor helsetjenesten skal kunne utvikle veiledende standardprogrammer for helsetjenestens organisering og innhold, bygget både på praktisk erfaring og vitenskapelig innsikt.

Hittil har forskningsinteressen rettet seg mot institusjonshelse-tjenesten, bl.a. fordi forutsetningene for egen forskning har vært best her. Utvalget vil fremheve behovet for også å inkludere *distriktshelsetjenesten*. Det vil være i overensstemmelse med den prioritering av distriktshelsetjenesten som skal skje i årene fremover, og hvor det nettopp må være en viktig oppgave å utvikle det faglige grunnlag for rasjonell arbeidsdeling mellom institusjonshelsetjenesten og distriktshelsetjenesten.⁹⁾ For eksempel skal langtidsbehandling overføres til distriktshelsetjenesten, samtidig som den medisinske utvikling har ført til at deler av det som hittil har vært sykehusbehandling kan utføres utenfor sykehusene. Det er nødvendig å styrke det faglige grunnlag for denne endrede arbeidsdeling, og kontrollere kvaliteten. Andre forskningsoppgaver er knyttet til behovet for å utvikle alternative omsorgsformer for pleietrengende gamle, som blir en av de viktigste oppgavene i helsevesenet fremover. Ikke minst i denne sammenheng fremstår forskning omkring forholdet mellom distriktshelsetjeneste og omsorg i hjem og nærmiljø som en viktig oppgave. Mer generelt vil vi også fremheve at økt vekt på distriktshelsetjeneste har konsekvenser for undervisningen av helsepersonell med derav følgende behov for faglig kompetanseoppbygging gjennom forskning.

Erkjennelsen av at helsevesenet i mindre grad enn ventet kan redusere helseproblemene, har ledet til at større vekt må legges på forebyggende arbeid. Helsetjenesteforskning er viktig, både for å undersøke behovet for forebyggelse, sammenhengene mellom forebyggende tiltak og helse, og for å studere effekten av konkrete tiltak.

Ved siden av studier av kvaliteten og utbyttet av medisinske programmer og undersøkelser av behovet for og effekten av forebyggende tiltak, er forskning om forholdet mellom behovet for og tilgangen på helsetjenester et sentralt område. Dette krever epidemiologiske og statistiske kartlegginger av sykdomstilstanden og servicetilbudet. Slike beskrivelser vil gi grunnlag for behovsanalyser. I disse studiene blir demografiske og sosiologiske variable viktige. Ikke minst må det være en oppgave for helsetjenesteforskning å klarlegge betingelsene for og konsekvensene av de store sosiale ulikheter som fortsatt finnes i forbruket av helsetjenester.

4.3.2 Finansiering og styring.

Helsesektoren er en av de største næringssektorer i landet — vurdert i sysselsetting er den f.eks. større enn samtlige primærnæringer til sammen. Helseøkonomiske analyser og resonnerer er viktige for å få en best mulig utnyttelse av de ressurser helsetjenesten disponerer.

Behovet for planlegging og styring er spesielt sterkt i helsetjenesten, fordi en mangler markedsmekanismer. Det er stort sett politisk enighet om at markedet for helsetjenester skal styres politisk. Hvis folk skulle betale de reelle kostnader for helsetjenester, ville det særlig ramme de lavere sosiale lag, og dette oppleves som urettferdig. Den automatisk virkende «usynlige hånd» som bestemmer forbruket av varer og tjenester som omsettes på markedet — privatbiler, kjøleskap, tomater osv. — er erstattet av politiske organer og et administrasjonssystem, og planlegging og finansieringsordninger er virkemidler for å få beslutninger som er i tråd med de politiske mål.

Utformingen av finansieringsordninger er viktig for hva som skjer i helsetjenesten. Som et eksempel på en negativ, utilsiktet effekt kan vi nevne kommunenes valg mellom å bygge aldershjem eller sykehjem. Foruten hensynet til de eldres velferd vil hensynet til kommunens økonomi spille en viktig rolle. Bygging og drift av aldershjem belaster vesentlig kommunenes økonomi, mens bygging og drift av sykehjem dels belastes fylket og dels folketrygden (staten). En økonomisk bevisst kommune vil tilpasse seg dette forhold.

Et eksempel på en bevisst bruk av økonomisk motivering er bruken av takstforandringer for å fremme spesielle undersøkelser eller metoder. Taksten for øyetrykksmåling ble for en del år siden hevet for å øke legenes motiv for slike undersøkelser. Likeens ønsket en å fremme økt legebesøk i hjemmene ved forandring i takstene. En analyse av disse mekanismer er en viktig oppgave for helsetjenesteforskningen, slik at vi får vurdert hvordan finansieringsordninger påvirker kommuner, fagfolk, institusjoner osv.¹⁰⁾

Etter at vi fikk lov om rammefinansiering, får hvert fylke en sum penger til driften av institusjoner som også skal dekke utgiftene til gjestepasienter, dvs. pasienter som innlegges utenfor fylkene. Det er nå behov for analyser av hvordan fylkene

tilpasser seg dette systemet, slik at vi får en institusjonsutbygging som samsvarer med de faglige mål for helsetjenesten. «Gjestepasientprisen» er nøkkelen til styring av pasientstrømmen, og vi må analysere konsekvensene av alternative måter å fastsette denne prisen på.

I dagens debatt er det reist forslag om å øke egenbetalingen for forskjellige helsetjenester. Vi mangler imidlertid kunnskap om konsekvensene av dette; f.eks.:

- hvor påvirket av endring i prisen er etterspørselen etter ulike helsetjenester?
- hvilke grupper rammes spesielt hardt av prisøkningen?
- hva er effekten for offentlige budsjetter?

Også på dette område er det derfor behov for helsetjenesteforskning som grunnlag for å treffe viktige helsepolitiske beslutninger.

Et karakteristisk trekk ved helsetjenesten som styringssystem er som ovenfor nevnt at helsetjenesten styres politisk og ikke gjennom et marked. Dette er en vanskelig oppgave: helsetjenesten består av store, komplekse organisasjoner bemannet med tallrike og til dels sterke profesjoner; men den består også av områder preget av svake organisatoriske nettverk og svake profesjoner. Helsetjenesten preges av ekspertdominans og fragmenterte beslutningssystemer; de enkelte ekspertgrupper tiltales i betydelig grad å forfølge relativt snevre målsettinger uten vesentlige sideblikk til mer overgripende målsettinger og interesser. Helsetjenesteforskningen bør gi oss bedre innsikt i hvordan organisasjons- og beslutningssystemene i vid forstand påvirker styringsevnen og styringsmulighetene. På grunnlag av slik viten må forskerne også inviteres til å delta i utviklingen av alternative organisasjons- og styringssystemer som stemmer med målsettingen i den offentlige politikk.

4.3.3 Helsepersonell.

Helsepersonell utgjør den viktigste innsatsfaktoren i helsetjenesten; ca. 75 % av utgiftene går til lønninger. Personellets sammensetning og antall vil derfor i høy grad være bestemmende for helsetjenestens innhold og volum. Dette gir flere viktige områder for helsetjenesteforskning.

1) Organisering av arbeidsprosesser er avgjørende for helse-tjenestens virksomhet, og denne organiseringen er avhengig av hvilke personellgrupper som driver helsetjenesten. Forskning omkring utforming av arbeidsprosesser blir derfor sentral. I denne sammenheng kommer naturligvis profesjonaliseringen inn. Det er en forskningsoppgave å undersøke hva som betinger en slik utvikling og hvilke konsekvenser den har for balansen mellom på den ene side avansert spesialkunnskap og på den annen side hensynet til helhetssyn og samarbeid.

2) For helsetjenesteforskningen blir det videre en sentral opp-gave å undersøke hvilke mekanismer som skaper henholdsvis etterspørsel etter og tilbud av ulike typer av helsepersonell innenfor ulike deler av helsetjenesten og ulike geografiske deler av landet. Særlig viktig vil det være å utvikle prognosemodeller som kan si oss noe om mulige fremtidige diskrepanser mellom tilbuds- og etterspørselssiden; modellene må med andre ord være dynamiske og fremtidsrettede. Ved hjelp av slike analyser kan man bli bedre i stand til å forebygge profesjonsdemografiske «sjokkbølger» — der man plutselig oppdager at man er i ferd med å få store over- eller underskudd av bestemte helseper-sonellgrupper.

3) Forskningen om alle helsepersonellgrupper bør intensiveres. Som en del av dette bør man særlig vie oppmerksomhet til for-holdet mellom de ulike grupper. Vil ulike vekstrater føre til end-ringer i rollefordeling/rolleutforming? Er det slik at vekst i enkelte grupper automatisk fører til vekst for andre grupper, og i hvilken grad og under hvilke vilkår skjer dette? Hva er sammenhengen mellom ulike typer av personellvekst og utgifts-økning i helsesektoren? Og endelig den mest ambisiøse og van-skelige problemstilling: hva er sammenhengen mellom perso-nellvekst og eventuell forbedring av helsetjenestens effekt for befolkningens helse? Og hvilken sammensetning av helseper-sonellet er den optimale under gitte ressursbegrensninger? Dette siste spørsmålet dreier seg om substitusjons-effekter, et felt hvor man knapt har begynt å forske i Norge. Slik forskning vil bl.a. bidra til å avklare spørsmålet om den ufaglærte arbeids-kraftens plass i helsevesenet.

4) Et problemkompleks som etter hvert fremstår som stadig mer forskningsmessig interessant og helsepolitisk presserende, er forholdet mellom tilgangen på helsepersonell og de økonomiske rammer som denne sektoren blir tildelt. Dersom den nåværende utdanningskapasitet holdes konstant, vil personellveksten fortsette til langt inn i det neste århundre. I det kommende tiår vil vekstraten langt overskride den økonomiske vekst sektoren med rimelighet kan regne med. Det vil således kunne oppstå et betydelig spenningsforhold mellom tilveksten innenfor ulike kategorier helsepersonell og de muligheter samfunnet har for å sysselsette denne tilveksten. I hvilken grad dette vil føre til en fremtidig arbeidsledighet blant helsepersonell avhenger av en rekke forhold som berører både helsepolitikk såvel som utdannings-, sysselsettings- og familiepolitikk. Studiet av det kompliserte samspillet mellom disse blir en sentral oppgave for helsetjenesteforskningen.

4.4 Formidling av forskning.

Et hovedpoeng ved helsetjenesteforskning er at dens resultater må formidles, slik at de når frem til og påvirker avgjørelsene i helsetjenesten — selv om det kan ta tid og skje på indirekte vis. Helsetjenesteforskning kan ikke nøye seg med å være kunnskapsgenererende, den må nå frem til dem som treffer beslutninger. Å få dette til, er på ingen måte trivielt — fordi kunnskapene må bevege seg på tvers av profesjonsskiller og ofte er kritiske og vurderende til helsetjenesten.

Samarbeid er et nøkkelord i denne sammenheng. Evaluering som pådyttes helsetjenesten utenfra vil vekke motstand — om ikke fordi de som arbeider der føler sine interesser truet, så fordi de har et annet perspektiv på helsetjenesten. Deres oppgave er å levere helsetjenester fra dag til dag, og ikke først og fremst å vurdere tjenestene i en større komparativ og ressursmessig sammenheng. Helsetjenesteforskning må derfor bestå av en allianse av forskere og utøvere, slik at forskningen fører til produktiv tilbakeføring og ikke til å befeste forsvarsposisjoner. Bare på den måten kan en utnytte det potensiale helsepersonellet har for selv-evaluering. En slik harmonimodell kan imidler-

tid ikke anvendes uten unntak. Det vil også være forskning som i sin konsekvens motarbeider bestemte gruppers interesser, og hvor en ikke kommer utenom konflikter.

Helsetjenesteforskning må videre treffe beslutningstakerne hjemme. Det er lite gagn i å komme med forskningsresultater for spørsmål og avgjørelser som ikke lenger er på dagsordenen. Dette er viktig, men ikke lett for forskere å forsone seg med; de venter gjerne at politikere og administratorer står parat når de kommer med sine resultater. Forskerne får likevel en aktiv rolle. På den ene siden bør de gjennom sin forskning bidra til at viktige problemer kommer på dagsorden. På den annen side har de en oppgave med å studere iverksettingen av tiltak.

En annen fare er at kvalitetskravet kan tøyes for langt. Det er for sent å komme med et metodologisk «perfekt» prosjekt hvis tiden har løpt fra den problemstilling som studeres. Og det har begrenset verdi å komme med sikker og detaljert kunnskap hvis problemet er for lite. Metoderaffineringen kan derfor ha sin begrensning; mange viktige problemer kan kanskje bare belyses og identifiseres i sine hovedtrekk med rimelig gode indikatorer, og ikke «løses» med sikre og komplette vitenskapelige data.

Rapporter fra helsetjenesteforskning må ikke være for tungt tilgjengelige. Forskningen kan ofte ikke støtte seg på en vitenskapelig disiplin med en egen fagterminologi. Den skal også forstås av brukere med andre faglige forutsetninger enn forskerne, og forskningen konkurrerer med andre måter å skaffe seg informasjon på. Av og til kan problemet løses ved at en publiserer resultatene både populærvitenskapelig og faglig vitenskapelig.

Heller ikke er det tilstrekkelig å avslutte prosessen i og med at forskningsrapporten overleveres. Den må følges opp — gjennom spredning av resultater, gjennom seminarer og gjennom nettverk av uformelle kontakter.

Spredning av nye ideer foregår kanskje først og fremst gjennom mobilitet av personale. Det er derfor viktig at helsetjenesteforskningen knyttes til undervisningen av studenter som tar med seg kunnskapene når de som ferdig utdannede tar arbeid i ulike deler av helsetjenesten. (Se kap. 9.) En annen viktig fremgangsmåte er at det skjer rekruttering til helsetjeneste-

forskning også fra praktikere i helsetjenesten, som etter kortere eller lengre tid vender tilbake til sine oppgaver i helsetjenesten. (Se kap. 9.)

Noter

- 1) Institute of Medicine: *Report of a study on health services research*. National Academy of Science, Washington 1979, 102 s.
- 2) Bice, T. W.: *Social science and health services research: Contributions to public policy*. Health and Society 1980, 58, s. 173—200.
- 3) Mechanic, D.: *Prospects and problems in health services research*. Health and Society 1978, 56, s. 127—139.
- 4) Siem, H.: *Masseundersøkelser og helsekontroller*. NAVFs gruppe for helsetjenesteforskning, nr. 2/1979, 177 s.
- 5) Hofoss, D. & Hjort, P. F.: *The relation between action and research in health policy*. Social Science & Medicine 1981, 15 A, 371—375.
- 6) Denne situasjon er beskrevet mange steder, og utvalget finner det ikke nødvendig å utdype den. F.eks. gis det en god oversikt med mange illustrerende eksempler i Andreassen, P. B.: *Medicinsk teknologivurdering. Nyttiggjørelse af lægevidenskabelige forskningsresultater i sundhedsvæsenet*. Folketingets udvalg angående videnskabelig forskning, København 1980, 40 s.
- 7) Sykepleievitenskap er opprettet som universitetsfag ved universitetene i Bergen og Tromsø, og planer er lagt frem for Oslo. *Innstilling om overføring av Norges sykepleierhøyskole til Universitetet i Oslo*, Oslo 1980, 50 s.
- 8) Behovet for psykiatrisk helsetjenesteforskning fremmes f.eks. sterkt i *Tendenser i psykiatrien, Innstilling og seminarrapport*. NAVF, Oslo 1981, 294 s.
- 9) Odelstingsproposisjon nr. 36 (1980-81): *Helsetjenesten og sosialtjenesten i kommunene*. 248 s.
- 10) Williams, A.: *Economics and health services research*. S. 21—25 i Taylor, D.: *Health research in England — a topic for debate*. Office of Health Economics, London 1980, 27 s.

Helsetjenesteforskningens utvikling og stilling i dag

Helsetjenesteforskningen har en historie. Som alltid i forskningens historie, kan en spore røttene langt tilbake, men organisert, målbevisst og omfattende helsetjenesteforskning er ikke mer enn ca. 20 år gammel. Det er viktig å kjenne hovedtrekkene i denne historien, fordi den rommer grunnleggende forsøk og erfaringer. Skal en unngå fatale feil i fremtiden, må en kjenne budskapet fra fortiden.

Vi har lagt større vekt på en poengtert enn på en komplett fremstilling. Den som ønsker detaljer, kan finne dem i tallrike bøker og fagtidsskrifter.

5.1 Norge.

Forskning ved de medisinske fakulteter har i mange år omfattet problemer som grenser inn på helsetjenesteforskningen. Dette gjelder særlig forskningen ved de sosial- og samfunnsmedisinske institutter, som har levert flere verdifulle bidrag. Disse omfatter bl.a. forbruk av helsetjenester i ulike lokalsamfunn og befolkningsgrupper, bruk av medikamenter og forbruk og fordeling av trygdeytelser. Det er foretatt evaluering av helse-sentra i ulike deler av landet, og bruk av sykehusleger i ambulerende tjeneste i distriktshelsetjenesten. Med utgangspunkt i den medisinske registrering av fødsler er det foretatt analyser av sammenhenger mellom fødselskomplikasjoner og ressurser, personell og utstyr på ulike fødesteder. De medisinske fakulteter har imidlertid ikke etablert tverrfaglige forskningsgrupper i helsetjenesteforskning, og de har i liten grad brakt forskningsresultatene inn i undervisningen.

I løpet av 1970-årene har universitetsinstituttene innenfor fagene sosiologi, statsvitenskap og økonomi i økende utstrekning startet forskning om helsetjenesten og dens rolle i samfunnet. De medisinske sosiologers mikroorienterte institusjonsanalyser er i de senere årene blitt supplert med mer makroorienterte bidrag fra statsvitere og økonomer, for eksempel følgende:

Ved Institutt for offentlig administrasjon og organisasjonskunnskap i Bergen har man i flere år drevet beslutningsteoretiske studier av vekst-, fordelings- og styringsprosesser i helsevesenet. Beslektede problemstillinger følges nå opp gjennom et større prosjekt om legemarkedet ved Institutt for samfunnsvitenskap, Universitetet i Tromsø. Ved Institutt for statsvitenskap, Universitetet i Oslo, har man vært opptatt av å studere drivkreftene bak helsesektorens utvikling og vekst. Institutt for økonomi i Bergen er det eneste universitetsinstitutt i landet som har prioritert helseøkonomisk forskning; derfra er det kommet viktige bidrag i arbeidet med å utvikle modeller for ressurstildeling i helsesektoren.

En rekke frie institutter arbeider på felter som har betydning for helsetjenesteforskningen, f.eks. Kreftregisteret, Statens Skjermbildefotografering, Norsk gerontologisk institutt og Statens institutt for folkehelse.

Sosialdepartementet disponerer i 1981 ca. 3,5 mill. kr til forskning om helsesektoren over kap. 603, Utredningsvirksomhet, veiledning og forsøksvirksomhet. Til Norsk institutt for sykehusforskning bevilges 1,8 mill. kr. I tillegg finnes aktuelle midler innenfor andre budsjettkapitler, som i 1981 har følgende totalsum:

Kap. 719, post 11 – Sykehus-		
rasjonalisering . .	kr 450 000	
– Utvikling av EDB		
i helsevesenet	kr 800 000	kr 1 250 000

Spesielle forsøksmidler.

Kap. 641	– Forsøks- og opplysningsvirksomhet m.v. i sosialsektoren	kr 8 900 000
----------	---	--------------

Kap. 741, post 73 – Tilskott til forsøksvirksomhet
m.v. for funksjonshemmede kr 4 500 000

Forskningsmidlene over kap. 603 brukes fortrinnsvis til forholdsvist kortsiktige prosjekter og oppdrag som angår planlegging og drift av helsetjenesten, særlig institusjonene. Denne forskning og utredning er praktisk nyttig, men den har ikke ledet til oppbygging av mer langsiktig forskning og stabile forskningsmiljøer. Departementet har ikke bygget opp egen forskningskompetanse til å lede og evaluere denne forskningen.

To forskningsgrupper arbeider utelukkende med helsetjenesteforskning:

Norsk institutt for sykehusforskning (NIS) ble opprettet under Selskapet for industriell og teknologisk forskning ved Norges tekniske høyskole (SINTEF) i 1970. Instituttet startet sitt forsknings- og utviklingsarbeid med sikte på en mer effektiv planlegging og drift av sykehus og sykehjem. Arbeidsfeltet er nå utvidet til hele helsetjenesten, og instituttet har spesielt interessert seg for helsetjenestens organisasjon og planlegging. Instituttet hadde i 1980 24 forskere og et regnskap på ca. 4,5 mill. kr.¹⁾ Budsjettet dekkes delvis ved et basistilskudd fra Sosialdepartementet og Norske Kommuners Sentralforbund, de øvrige inntekter får man ved betalte oppdrag. I 1980 utgjorde basistilskuddet ca. 42 % av den totale omsetning.

NAVFs gruppe for helsetjenesteforskning ble opprettet under Norges almenvitenskapelige forskningsråd i 1976. Gruppen har konsentrert seg om forskning som kombinerer medisinske, epidemiologiske, økonomiske og sosiologiske vurderinger. De viktigste arbeidsfeltene er medisinske programmer og evaluering, helsesektorens økonomi og helsepersonell. Gruppen hadde i 1980 9 forskere og et budsjett på ca. 2 mill. kr.²⁾ Storparten av budsjettet dekkes av Rådet for medisinsk forskning under NAVF, og en mindre del dekkes ved stipendier fra forskjellige andre kilder. Gruppen har ikke tatt betalte oppdrag, men driver en utstrakt rådgivningsvirksomhet. Det forhandles for tiden om overføring av gruppen til Statens institutt for folkehelse fra 1982.

5.2 De andre nordiske land og nordisk samarbeid.

I 1978 nedsatte de nordiske helsedirektører og de medisinske forskningsråd en komité til å utrede spørsmålet om nordisk samarbeid innenfor helsetjenesteforskning. Det fremgår av rapporten³⁾ at landene er kommet omtrent like langt i oppbyggingen av denne forskningen. De har alle et offentlig finansiert institutt i likhet med NIS. Mellom disse nordiske søsterinstituttene har det utviklet seg et faglig samarbeid. I tillegg bygges det opp helsetjenesteforskning ved universitetene og av forskningsrådene. Forskningsgruppene har forskjellige profiler og finansiering. NAVFs gruppe for helsetjenesteforskning er ett eksempel på en slik gruppe. I de siste tre år har det vært et organisert samarbeid mellom disse gruppene, bl.a. med sikte på felles nordiske forskningsprosjekter.

Nordiska Hälsovårdhögskolan i Göteborg er en felles nordisk forsknings- og utdanningsinstitusjon som dekker området offentlig helsearbeid («public health»). Forskningspotensialet er styrket i de senere år, og forskningsområdet overlapper delvis helsetjenesteforskningen.

Nedenfor gir vi et kort resymé av stillingen i de enkelte land. Den nevnte rapporten inneholder flere detaljer.

Danmark. Statens lægevidenskabelige forskningsråd (SLF) prioriterer helsetjenesteforskning. Bl.a. er det opprettet egne styringsgrupper for forskning innenfor primærhelsetjenesten og for vurdering av medisinsk teknologi. Rådet samarbeider med Statens samfundsvidenskabelige forskningsråd (SSF) om helseøkonomi.

Dansk sygehusinstitut ble opprettet i 1975. Det har ca. 30 ansatte og et budsjett på ca. 9 mill. kr. Samme år ble også opprettet et dansk institutt for klinisk epidemiologi, med et budsjett på ca. 2 mill. kr. Endelig har det store Socialforskningsinstituttet engasjert seg i helsetjenesteforskning, spesielt innenfor eldreomsorgen.

Finland. Helsetjenesteforskning er utpekt som ett av fem «tyngdepunkter» i forskningspolitikken. Samtidig har Finland en finansieringsordning for denne forskningen som antakelig er

enestående i verden. Av de samlede trygdeutgiftene avsettes 2% til forskning om trygdesystemet (inkl. helsetjenesteforskning) og til forebyggende arbeid og rehabilitering.

Det er opprettet spesielle forskningsenheter for helsetjenesteforskning ved de nye universitetene i Tammerfors og Kuopio. I tillegg har Folkpensionsanstalten sitt eget Institut för social trygghet. Sjukhusförbundet har en utredningsavdeling med 30—40 ansatte, som svarer til NIS i Norge. Finland har lagt spesiell vekt på epidemiologisk forskning og evaluering. De store epidemiologiske undersøkeslene over folkehelsen og bruken av helsetjenesten («Mini-Finland») er mer omfattende og grundigere enn i noe annet nordisk land. Et stort anlagt aksjonsprogram mot hjerte- og karsykdommene i Nord-Karelen har vakt internasjonal oppmerksomhet.

Island har ikke noe forskningsråd, men har tradisjoner i epidemiologisk forskning og i studier av primærhelsetjenesten. Egilstadir-prosjektet er et forsøk på å studere sykdom og helse-tjeneste i et legedistrikt. Det har utviklet en egen problemorientert sykejournal basert på pasientens problemer, ikke på legens diagnoser.

Sverige. Virksomheten domineres av Sjukvårdens planerings- og rationaliseringsinstitut (SPRI). Det ble opprettet i 1968 og har nå ca. 135 ansatte. Det konsentrerer seg om praktisk utviklingsarbeid og finansieres stort sett av fylkene. Det er blitt kjent for systematiske og grundige rapporter om alle sider ved helsetjenesten. I de senere år har instituttet tatt opp arbeidet med «vårdprogrammer» for viktige sykdommer.

Sosialdepartementet disponerer en forskningsbevilgning på ca. 20 mill. kr, men bare en mindre del går til helsetjenesteforskning. Departementet har nylig publisert en verdifull studie over forbruk av helsetjenester.⁴⁾

I de siste 3—4 år har Medicinska forskningsrådet tatt opp helse-tjenesteforskning. De nedsatte en rekke «initiativgrupper» som har avgitt rapport om utvalgte områder av helsetjenesten,⁵⁾ og rådet har fulgt opp med bevilgninger til prosjekter innenfor utvalgte områder — f.eks. innen primærhelsetjeneste og sykepleie

(«omvårdnad»). Rådet har også ansatt 2 professorer i helse-tjenesteforskning, og bruker ca. 5 mill. kr (ca. 7 % av bevilgningene) til dette området.

En interessant nyskaping er et eget Institut for helseøkonomi i Lund, for en vesentlig del finansiert av farmasøytisk industri. Instituttet har bl.a. publisert studier over de samfunnsmessige kostnader ved en rekke sykdommer.

5.3 Storbritannia.

England kom i gang med helsetjenesteforskningen i slutten av 1960-årene, og har vært et foregangsland på dette området. Erfaringene er viktige for de nordiske land, fordi engelsk helse-tjeneste og helsetjenesteforskning også er offentlig organisert og finansiert (i motsetning til i USA). Erfaringene er grundig dokumentert, og de har stor interesse, både prinsipielt og praktisk.

Det engelske National Health Service er en kjempeorganisasjon med en million ansatte. Det ble tidlig klart at en trengte forskning for styring og planlegging, hvis en skulle makte å «manage the monster». I 1971 kom den viktige Rothschild-rapporten⁶⁾ om offentlig forskningspolitikk. Rapporten presiserte at offentlige interesser krevde en målbevisst, anvendt forskning på alle områder, og den lanserte «the customer-contractor principle» for denne forskningen, dvs. at: «The customer says what he wants; the contractor does it (if he can); and the customer pays». Kunden var som regel departementene, og Sosialdepartementet bygget opp sin egen forskningskompetanse under ledelse av en Chief Scientist. Departementet drev dels sin egen forskning (spesielt forskning med bruk av operasjonsanalytiske metoder) og bygget i tillegg opp et system av rådgivende grupper og ca. 15 aktive forskningsenheter i forskjellige regioner. Det hele ble finansiert ved at ca. 25 % av bevilgningen til Medical Research Council ble overført til departementet.

Systemet så i begynnelsen ut til å fungere bra,⁷⁾ men i 1978 klaget forskerne over to avgjørende mangler.^{8, 9)} For det første var forskningsarbeidet for kortsiktig, slik at det ikke lyktes å bygge opp stabile forskningsgrupper med erfaring og kompetanse. Dette gikk ut over forskningens kvalitet. For det andre

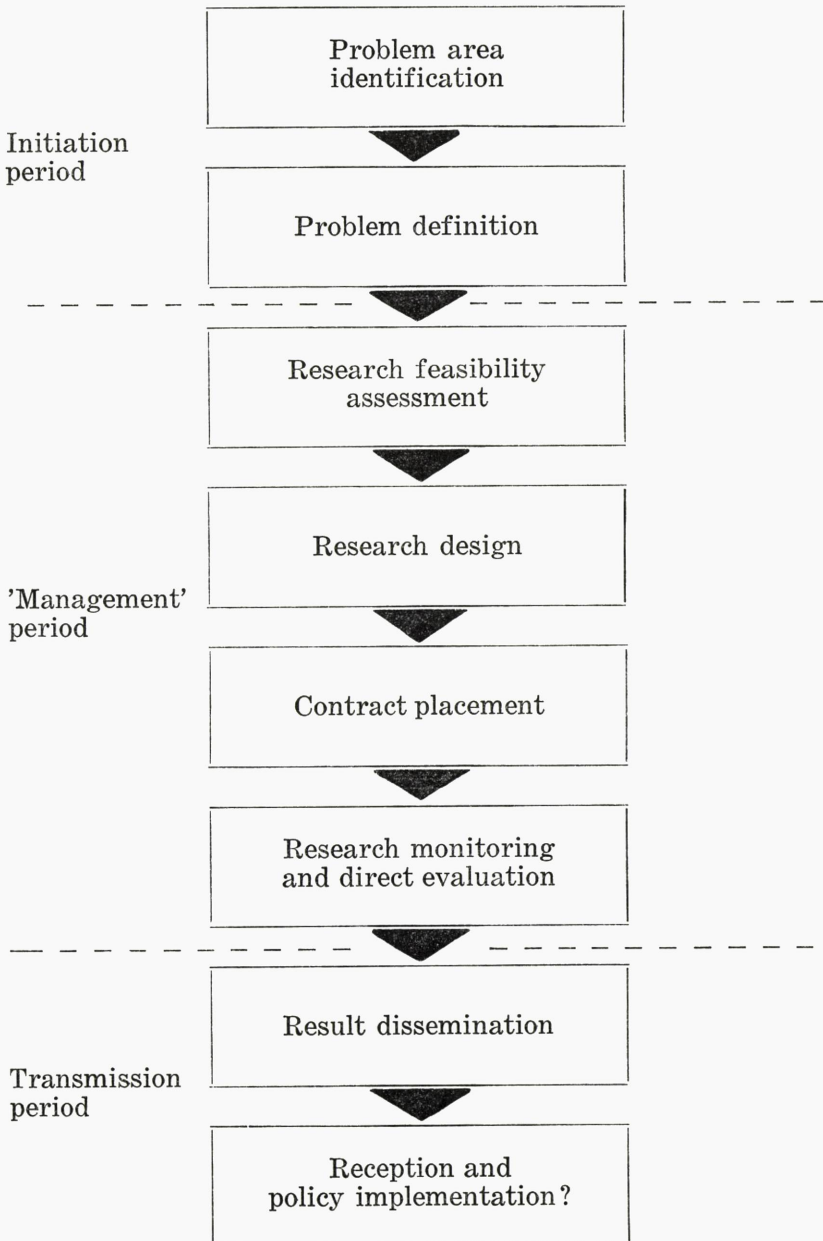
hadde en ikke klart å koordinere de som hadde rede på forskningens metoder og muligheter og de som kjente helsetjenestens problemer. Dette gikk ut over forskningens relevans, dvs. valget av de riktige prosjektene. Myndighetene var også utilfreds med systemet. I tillegg ønsket den konservative regjeringen å trimme ned «byråkratiet», og i 1980 ble det vedtatt at bevilgningen gradvis skulle føres tilbake til Medical Research Council. Dette har utløst en debatt — ikke om behovet for denne forskningen, men om organisasjonen. Debatten er grundigere, mer innsiktsfull og mer gjennomtenkt enn i noe annet land.

Problemet er enkelt å beskrive. Det består i å få god forskning om de riktige prosjektene. Det er enighet om at Rothschild undervurderte dette problemet — se figuren nedenfor.⁹⁾ Erfaringene kan sammenfattes slik:

a) *Forskerne*. Når en starter ny forskning, må en bygge opp forskningsgrupper som etter hvert lærer seg feltet, utvikler metoder og blir kompetente og kritiske. Dette er vanskelig og krever tid. En får det ikke til, hvis ikke noen begavede og engasjerte mennesker gjør dette til en livsoppgave. Det betyr at forskningsgruppene må få stabilitet, og det må være mulig å oppnå fast stilling ved å kvalifisere seg på området. Hvis ikke, blir det gjennomtrekk og en kortsiktig, opportunistisk forskning. Derfor understrekes: «... the need to cherish and substantiate a science system».¹⁰⁾ Det er tragisk at noen av de beste forskningsgruppene er gått i oppløsning fordi de manglet stabilitet. Det bør understrekes at tverrfaglige grupper er mer sårbare enn grupper innenfor en enkelt forskningsdisiplin. Det tar lenger tid å bygge opp tverrfaglige grupper, og forskerne oppdager at tverrfaglig arbeid svekker mulighetene til å konkurrere med forskere som har holdt seg innenfor sin egen disiplin. Dessuten er finansieringen av tverrfaglige grupper ofte mer usikker, spesielt i trange tider. Det kan summeres opp slik: «Multidisciplinary research... falls victim to the combination of multiple criticisms and everybody's child is nobody's child».¹⁰⁾

b) *Myndighetene* har ikke noen lettere oppgave. For å peke ut viktige forskningsprosjekter, må en kjenne både helsetjenestens

The stages of Research Commissioning



Kilde: Taylor, D.: *Health research in England — a topic for debate*. Office of Health Economics, London 1981, 27 s.

problemer og forskningens muligheter. Det krever lang erfaring og bred innsikt. Ingen enkelt person kan fylle en så krevende oppgave. Derfor må en basere seg på rådgivende grupper, og det er en kunst å holde dem levende. Dessuten er det ikke nok å gi råd om prosjekter og forslag som kommer utenfra. Myndighetene må også være med på å utvikle en forskningspolitikk og ta initiativ for å fremme viktige områder og prosjekter. Endelig må de kunne evaluere den forskningen som gjøres.

Det er tydelig skuffelse over begge parter i Rothschild-systemet og for så vidt enighet om diagnosen. Men hva er behandlingen? Det er tre forslag:

a) *Opprette et sentralt institutt for helsetjenesteforskning.* Dette ble konklusjonen i Royal Commission,¹¹⁾ men det ser ikke ut til at mange har sluttet seg til forslaget.

b) *Overlate området til Medical Research Council i samarbeid med Sosialdepartementet.* Dette er Regjeringens plan, og storparten av forskningsbevilgningen er ført tilbake til rådet. Mange er imidlertid engstelige for at helsetjenesteforskningen vil bli stebarn under forskningsrådet og stadig vil bli utkonkurert av den biologisk orienterte grunnforskningen.

c) *Opprette et eget forskningsråd for helsetjenesteforskning.* Mange ser dette som den beste utveien.^{10, 12)} Betingelsen er at rådet blir aktivt og får en kvalitet og sammensetning som kan gi tillit i begge leire. For å oppnå dette, må rådet utgjøre en treenighet av Sosialdepartementet, Medical Research Council og Social Sciences Research Council.¹³⁾

Det er for tidlig å si hva det endelige resultat vil bli. De engelske erfaringene understreker to forhold:

— Levedyktig helsetjenesteforskning krever at en bygger opp «... a self-confident and productive health services research community»¹⁰⁾ som i det vesentlige består av stabile, tverrfaglige forskningsmiljøer. Det krever en langsiktig finansiering og en del faste stillinger.

— Aktiv ledelse av et organ som rommer både administrativ og

forsknings-kompetanse.⁹⁾ Denne ledelsen må gjelde hele feltet og også vurderingen av alle faser i de enkelte prosjekter, se figuren s. 37.

Disse konklusjonene understøttes av utviklingen i Skottland.¹⁴⁾ En har der fulgt egne veier og har i stor utstrekning klart å unngå de engelske fallgrubene, fordi ledelsen har vært mer aktiv og innsiktsfull. Her har en valgt å beholde ledelsen i Sosialdepartementet, men har gitt den en form som på mange måter svarer til forslag c) ovenfor.

Til slutt i avsnittet om Storbritannia må vi presisere at britisk helsetjenesteforskning — til tross for kritikken — har levert mange gode og viktige arbeider. Blant annet er det engelske rammefinansieringssystemet basert på omfattende helseøkonomisk forskning. Storbritannia er fremdeles et foregangsland i denne forskningen. Det er nettopp på grunn av det høye nivået det har vært mulig å føre den debatten vi har referert.

5.4 Europa for øvrig.

Interessen for helsetjenesteforskning øker i alle de europeiske land.¹⁵⁾ De har stort sett samme type problemer med sin helse-tjeneste som Norge har. Helseøkonomiske problemstillinger er sentrale forskningstemaer, ikke minst forholdet mellom god ressursbruk og økonomiske innstramminger. Problemene blir tatt alvorlig. F.eks. planlegger Vest-Tyskland å bruke 452 mill. DM på helsetjenesteforskning i perioden 1978—81.¹⁶⁾

Holland har utviklet et løpende registreringssystem for primærhelsetjenesten. Det er basert på rapporter fra representative praksiser, som fungerer som «skiltvakter» (sentinel stations). Rapporter gir beskjed om sykkelighet og forbruk av helsetjenester.¹⁷⁾

5.5 USA.

USA var først ute med helsetjenesteforskning. To temaer har heel tiden stått sentralt — helseøkonomi og evaluering av helse-tjenesten. Det er skapt en egen organisasjon for evaluering, den

såkalte PSRO (Professional Standards Review Organisation), og amerikanske forskere har ydet grunnleggende bidrag til evaluerings-metodikken.

I 1968 ble National Center for Health Services Research opprettet, og det opparbeidet seg et budsjett på 65 mill. dollar i 1973. Senteret drev dels sin egen forskning og fungerte dessuten som et nasjonalt forskningsråd for helsetjenesteforskning som delte ut penger til prosjekter over hele landet. Det har stått i strid om senteret, og det ble reorganisert etter noen år. I de senere år har bevilgningen gått drastisk ned — til 27 mill. dollar i 1980. Denne skjebnen har det delt med andre forsknings-sentre,¹⁸⁾ sannsynligvis fordi disse institusjonene har vært et lett bytte for dem som ønsket å redusere de offentlige utgifter. Det er nylig publisert en bred rapport om helsetjenesteforskningen i USA,¹⁹⁾ og den konkluderer med at senteret fortjener full støtte.

Erfaringene fra USA viser at i harde tider er det lett å skjære ned på helsetjenesteforskningen, til tross for at denne forskningen er et middel til å få mest mulig ut av knappe bevilgninger.

5.6 Verdens helseorganisasjon.

WHO har i de senere år understreket betydningen av helsetjenesteforskning. Dette forskningsområdet er nå det eneste som er prioritert i alle de seks geografiske regioner. WHO organiserer regelmessige forskningsmøter både i regionene og globalt, og organisasjonen har også medvirket i store internasjonale forskningsprosjekter. En rapport fra organisasjonens European Advisory Committee for Medical Research²⁰⁾ presiserer at helsetjenesteforskningen må organiseres og finansieres av myndighetene, fordi den ikke kan overlates til mer tilfeldig initiativ og finansiering.

5.7. Sammenfatning.

Helsetjenesten i de industrialiserte land har problemer med organisasjon, finansiering, prioritering, kvalitet og rettferdig fordeling. De forsøker alle å utvikle forskning med sikte på å løse eller iallfall minske disse problemene. Helsetjenesteforskningen har derfor fått økende interesse og bevilgninger. Norge

har vært med i denne utviklingen, men har satset lite — både i forhold til betydningen av forskningsområdet og i forhold til andre land.

Forskningen foregår dels ved de tradisjonelle universitetsinstitutter for medisin og samfunnsfag og dels i tverrfaglige forskningsgrupper organisert spesielt for dette formålet. Finansieringen er forskjellig, men offentlig engasjement er nødvendig.

Forskningen spenner over alle sider ved helsetjenesten. Økonomiske synspunkter og metoder har stor betydning. Den viktigste oppgaven er en faglig vurdering av tjenesten — evaluering.

Det foregår et intenst faglig utviklingsarbeid for å bedre forskningsmetodene og sikre kvaliteten i forskningen. Tilgang på kvalifisert personell er begrenset. For å sikre kvaliteten, må det bygges opp stabile forskningsmiljøer. Det er bygget opp samarbeidsorganer mellom landene, og verdens helseorganisasjon har engasjert seg sterkt i arbeidet.

Som en samlet vurdering finner vi det rimelig å sitere fra en lederartikkel i *British Medical Journal*.²¹⁾ I konklusjonen heter det:

What is now required is a clearly articulated and publicly stated strategy for applied research that learns from the past and points confidently to the future. Such a strategy should take account of the difficult, messy, multidisciplinary nature of much of this research; it should seek to nurture its development in appropriate ways, not least through the establishment of reasonable security of tenure and career prospects for senior research staff; and it should articulate the nature of the relationship between customer and contractor, and the ways in which that relationship is expressed.

Utvalget ser det som sin oppgave å bidra til å utvikle en slik strategi for helsetjenesteforskningen i vårt land.

Noter

- 1) Norsk institutt for sykehusforskning: *Årsberetning 1980*, 54 s.
- 2) NAVFs gruppe for helsetjenesteforskning: *Årsrapport 1980*. Rapport nr. 4/1980, 38 s.
- 3) *Hälso- och sjukvårdsforskning i Norden: utveckling och samarbete*. Rapport från en arbetsgrupp tillsett av Nordiska Samarbetsnämnden för medicinsk forskning (NOS-M) och hälsoadministrationerna i de nordiska länderna. Mars 1979, 19 s.

- 4) Socialstyrelsen: *Sjukvårdsresurser och vårdutnyttjande*. Stockholm 1980, 347 s.
- 5) Medicinska Forskningsrådet: *Hälso- och sjukvårdsforskning. Initiativgruppsrapporter*. Stockholm 1978, 168 s.
- 6) *A framework for government research and development* (Rothschild-report). CMND. 4814, HMSO, London 1971, ca. 170 s.
- 7) Hjort, P. F.: *Helsetjenesteforskning i Storbritannia*. Reiserapport hösten 1975. NAVF 1976, 101 s.
- 8) McLachlan, G. (Ed.): *Five years after. A review of health care research management after Rothschild*. Oxford University Press, Oxford 1978, 85 s.
- 9) Taylor, D.: *Health research in England — a topic for debate*. Office of Health Economics, London 1981, 27 s.
- 10) Kogan, M., Korman, N. and Henkel, M.: *Government's commissioning of research. A case study*. Department of Government, Brunel University, 1980, 57 s.
- 11) Merrison, A. (chairman): *Royal Commission on the National Health Service*. HMSO, London 1979, 491 s.
- 12) Dollery, C.: *The end of an age of optimism. Medical science in retrospect and prospect*. The Nuffield Provincial Hospitals Trust, London 1978, 95 s.
- 13) Cohen, R. H. L.: *After Rothschild*. Lancet 1980, 2, 1131—1132.
- 14) Kay, A. W.: *Research in medicine — problems and prospects*. The Nuffield Provincial Hospitals Trust, London 1977, 122 s.
- 15) Blanpain, J. og Delesie, L.: *Community health investment. Health services research in Belgium, France, Federal German Republic and the Netherlands*. Oxford University Press, Oxford 1976, 474 s.
- 16) Der Bundesminister für Forschung und Technologie: *Programme der Bundesregierung zur Förderung von Forschung und Entwicklung im Dienste der Gesundheit*. Bonn 1978, 95 s.
- 17) Sentinel Stations Netherlands: *Continuous morbidity registration*. Utrecht 1979, 131 s.
- 18) Bunker, J. P.: *Hard times for the National Centers*. New England Journal of Medicine 1980, 303, 580—582.
- 19) Institute of Medicine: *Report of a study on health services research*. National Academy of Sciences, Washington 1979, 102 s.
- 20) World Health Organization: *Research promotion and development. Consolidated report of the planning groups dealing with five priority areas*. Geneva 1978, 10 s.
- 21) Editorial: *Health services research*. British Medical Journal 1981, 1, 845—846.

Organisering av helsetjenesteforskning

Utvalget vil i dette kapitlet legge frem et forslag til hvordan helsetjenesteforskningen bør organiseres. Hovedvekten legges på det utførende nivå: Hvor bør helsetjenesteforskning foregå, hvem bør drive den, og hvordan bør den avpasses i forhold til den eksisterende forskningsstruktur? Spørsmålet om behovet for organisatoriske tiltak på overordnet, nasjonalt nivå er nært knyttet til finansiering av helsetjenesteforskning, og vil i hovedsak bli drøftet i neste kapittel. Vi vil innledningsvis understreke noen av de prinsipper eller hensyn som har vært bestemmende for våre synspunkter.

6.1 Prinsipper og hensyn.

- a) Utvalget har lagt vekt på å fremme helsetjenesteforskning som i hovedsak en tverr- eller flerfaglig virksomhet. Forskningen både trekker på og er gjensidig avhengig av flere disipliner, i første rekke innenfor samfunnsfag og medisin. Dette synet underkjenner ikke behovet for teori- og metodeutviklende disiplinforskning. Selv om helsetjenesteforskning etableres som eget temaområde ved universitetene, kan en **ikke** nøye seg med at den begrenses til de enkelte disipliner. Feltet må synliggjøres og etableres på tvers av tradisjonelle fagskiller.

- b) Et like sentralt kjennetegn er at helsetjenesteforskning i stor grad har en målrettet eller anvendt karakter. Hensikten er å bedre utnyttelsen av helsetjenestens ressurser og høyne kvaliteten av dens tjenester. Selv om det også er behov for

orientert grunnforskning på dette området, må denne ikke dominere enheter for helsetjenesteforskning, men i hovedsak foregå ved universitetsinstitutter. På den annen side må heller ikke virksomheten domineres av kortsiktige utredningsoppdrag for å løse konkrete behov. Det er *forskning* som er oppgaven — men de teoretisk-faglige hensyn må hele tiden avveies mot det som er relevante problemer for helse-tjenesten.

- c) Dette leder til et tredje viktig hensyn: helsetjenesteforskning er *om* helsetjenesten, og store deler av den bør foregå innenfor helsetjenesten. Både personellmessig og organisatorisk må ikke forskningen være så fjernt fra helsetjenesten at den oppleves som irrelevant og støter på sterke barrierer ved formidlingen av resultater. Samtidig må den ikke være så integrert i helsetjenesten at den blir en leverandør av argumenter for bestemte interesser — forskningen må være kritisk og uavhengig.
- d) Det er viktig at kvalitetskravet holdes høyt innenfor helse-tjenesteforskningen. Helsetjenesteforskning er et vanskelig felt; den skal tilfredsstillе både faglige og praktiske behov, og den har ingen bred og lang tradisjon. Utvalget mener derfor at det ikke er forutsetninger for en rask ekspansjon. Feltet må bygges gradvis ut, det må satses på en konsentrert utvikling av miljøer fremfor sterk oppsplitting på tilfeldige prosjekter, og en bør legge stor vekt på utdanningsaspektet — både ved opplæring innenfor universiteter og høyskoler og ved rekruttering av forskere. Behovet for å befeste feltet tilsier også at en ikke må la seg friste til rask vekst gjennom overdreven satsing på kortsiktige brukeroppdrag.
- e) Ved den videre utbygging av helsetjenesteforskningen må en i stor grad basere seg på det som er. Norge er et lite land, og en må regne med begrensede økonomiske ressurser til forskning. En bør derfor bygge på de forskningsmiljøer som allerede finnes. Videre er det nødvendig å husholdere — ikke minst med personellressursene. På den annen side tilsier arten av virksomheten en viss spredning utover i helse-

tjenesten, og også dette forskningsfeltet møter kravet om geografisk balanse. Desto viktigere blir det å sørge for mekanismer som ivaretar en viss koordinering og avveining av innsatsen, og som bidrar til at de forskjellige enheter ikke dublerer, men utnytter sine komparative fortrinn.

6.2 Forskningssteder.

Helsetjenesteforskning bør utføres innenfor tre forskjellige sammenhenger, nemlig:

- 1) i helsetjenesten
- 2) ved egne forskningsenheter
- 3) ved universiteter og høyskoler.

6.2.1 *Helsetjenesten.*

Utvalget har fremhevet behovet for evaluering og driftskontroll av alle sider av helsetjenestens virksomhet. Alle enheter i helse-tjenesten bør drive en slik kontroll som en del av sitt løpende arbeid.

Institusjonshelsetjenesten.

Når det gjelder institusjonshelsetjenesten, vil vi vise til innstillingen fra Norges almenvitenskapelige forskningsråd om forskning og utredningsvirksomhet ved sykehus utenfor universitetssektoren.¹⁾ Innstillingen foreslår at forskning om helsetjenestens funksjon og virkemåte styrkes, og at dette også skjer ved lokal deltakelse. Utvalget slutter seg til hovedsynspunktene i denne innstillingen. Innstillingen konstaterer at forutsetningene for slik virksomhet i noen grad er til stede, og at det er interesse for å videreføre den. Dette foreslås blant annet oppnådd ved studie- og forskningspermisjoner, ved at det avsettes midler til driftsstøtte på institusjonsbudsjettene, og ved at det opprettes forskningsutvalg til å fordele slike midler og ta initiativet til forskning.

Behovet for løpende evaluering anerkjennes også av sykehus-eierne. En komité oppnevnt av Norske Kommuners Sentralforbund har nylig levert en innstilling om «Organisasjonsstrukturer i sykehussektoren».²⁾ Her understrekes behovet for løpende

evaluering, og sjeflege og sjefsykepleier pålegges ansvar for å organisere kontinuerlig evaluering av behandling og pleietjeneste.

Vi vil presisere to forutsetninger for at forskning og driftskontroll utført i helsetjenesten skal bli effektiv. For det første må virksomheten foregå i kontakt med og under kyndig veiledning av kvalifiserte personer på området. Her vil de enheter for helsetjenesteforskning utvalget foreslår ha viktige oppgaver, både gjennom direkte veiledning og ved at de driver forskning og utarbeider lærebøker i metoder for evaluering av helsetjeneste. For det andre vil det ofte være naturlig med samarbeid både geografisk og mellom institusjoner — blant annet for å unngå dobbeltarbeid og for å gi forskningsresultatene bredere generaliseringsverdi.

Noen av de konkrete tiltakene som er nevnt ovenfor, er satt ut i livet ved enkelte sykehus. Men det er hverken faglige eller økonomiske forutsetninger for en rask oppbygging av evalueringsforskning i institusjonshelsetjenesten. Det er rimelig at enkelte sykehus påtar seg et særlig ansvar for å utvikle og utprøve metoder for evaluering. Utvalget foreslår at man starter med 4 utvalgte sykehus, ett i hver universitetsregion. Disse sykehus får tilsvarende rolle i institusjonshelsetjenesten som de spesielle distriktsenheter får i distriktshelsetjenesten — se nedenfor. Oppgaven vil kreve en forskerstilling, foruten kontor- og teknisk personell og driftsmidler. Dersom sykehuset deltar i undervisningen av helsepersonell, og i den grad kvalifikasjonene er til stede, bør forskeren knyttes til universitetet i en bistilling.

Det foreligger nå en innstilling om medisinsk rasjonalisering.³⁾ Denne er fremlagt så nylig at utvalget ikke har kunnet benytte den i sitt arbeid. Medisinsk rasjonalisering grenser imidlertid så nært opp til helsetjenesteforskning at vi formoder der er vurderinger og tiltak i de to innstillingene som kan sees i sammenheng.

Distriktshelsetjenesten.

Driftskontroll og evaluering bør også drives innenfor distriktshelsetjenesten. Dette er ikke minst viktig for å følge opp de endringer som denne del av helsetjenesten vil gjennomgå i årene

fremover. Forskningsdelen av dette er først og fremst en nasjonal oppgave, som ikke kan overlates til den enkelte kommunes initiativ. Kapasitetsbegrensninger i budsjett og personell tillater ikke et faglig forsvarlig og stabilt nivå i alle kommuner, og det kan bli store variasjoner i innsatsen. På den annen side kan en heller ikke overlate evalueringsarbeidet til noen få universitetsinstitutter i byområdet. Driftskontroll og evaluering i distriktshelsetjenesten må desentraliseres, og for nasjonale formål foregå i representative kommuner over hele landet. At der er positiv holdning til slik virksomhet blant legene i distriktshelsetjenesten, er naturligvis viktig, og det later det i ganske betydelig grad til å være.⁴⁾

Det er nærliggende å bygge på de erfaringene som er høstet med de såkalte «sentinel stations» i Nederland. Disse ble etablert i 1970 for å få et representativt bilde av utviklingen innen helsetjenesten i landet. Systemet omfatter 46 stasjoner spredt over hele landet, og dekker 1,2 % av befolkningen. Stasjonene gir ukentlige rapporter over 10—12 emner hvert år. De fleste emner har epidemiologisk begrunnelse, men en del avspeiler også helsetjenestens funksjoner.⁵⁾

Ved instituttene for almenmedisin/samfunnsmedisin i Norge har man i den senere tid arbeidet for å etablere distriktsenheter knyttet til representative almenpraksiser i instituttens geografiske ansvarsområder. Disse skal delta i undervisningen av de medisinske studenter, i videre- og etterutdanningen av almenpraktiserende leger og i almenmedisinsk forskning. Statens institutt for folkehelse har nylig tatt initiativ til å etablere et bedre meldesystem for epidemiske og smittsomme sykdommer (MSIS) basert på ideene fra Nederland.

Dette må utvikles til å omfatte alle deler av distriktshelsetjenesten, ikke bare legetjenesten. Disse forskjellige initiativ kan samordnes med et system for evaluering innen distriktshelsetjenesten. Utvalget foreslår at det opprettes en kjerneenhet i hver universitetsby, og at det til hver av disse knyttes 3—4 distriktsenheter.

Kjerneenhetene får ansvar for å:

- utvikle metoder for de tiltak som skal evalueres og gi den veiledning det er behov for,

- samordne arbeidet ved de distriktsenheter de har ansvar for,
- bearbeide data som samles lokalt, men ikke kan bearbeides lokalt,
- vurdere nye evalueringsoppgaver som det tas initiativ til i området,
- holde kontakt med kjerneenhetene i de andre universitetsbyene.

Distriktsenhetene får ansvar for å:

- innhente data som er nødvendige for kontinuerlig evalueringsarbeid i kommunen,
- utføre evalueringsoppgaver etter de metoder som er utviklet og tilrettelagt i samarbeid med kjerneenhetene,
- ta initiativ til aktuelle forskningsoppgaver,
- delta i undervisningen av helsepersonell som utdannes i området.

Utvalget foreslår at det i nært samarbeid med instituttene for almenmedisin/samfunnsmedisin opprettes en kjerneenhet for helsetjenesteforskning i Tromsø og i Bergen. I Trondheim er det i dag nær kontakt mellom Institutt for samfunnsmedisin og Norsk institutt for sykehusforskning, og i Oslo mellom Institutt for almenmedisin og NAVFs gruppe for helsetjenesteforskning. For å kunne ta ansvaret for distriktsenhetene, må det ved hver kjerneenhet være en forskningsleder, nødvendig kontor- og teknisk personell og EDB-utstyr. Der forholdene ligger til rette for det, bør denne del av kjerneenheten ha kontorplass på instituttene for almenmedisin/samfunnsmedisin. Dette er naturlig fordi distriktsenhetene også vil ha funksjoner knyttet til almenmedisinsk forskning og undervisning. Distriktsenhetene må tilføres en forsker i kombinert stilling (praktiserende lege), kontor- og teknisk personell og EDB-utstyr. I den grad kvalifikasjonene er til stede, bør forskeren knyttes til universitetet i en bistilling.

6.2.2 Enheter for helsetjenesteforskning.

Utvalget ser det som en viktig forutsetning for en videre utvikling av helsetjenesteforskningen at det finnes egne enheter som har som eneste oppgave å drive slik forskning. Utvikling

av kompetanse på området krever etter utvalgets oppfatning tverrfaglige miljøer som på permanent og relativt bred basis kan utføre forskning og ta ansvar for rekruttering og veiledning.

Enhetene må ha egne basisbudsjetter, men i tillegg bør en del av virksomheten kunne utføres som oppdrag. Vi vil understreke at kortsiktige oppdrag ikke må dominere, og at det også må gis rom for en relativt fri kompetanseoppbygging. En form for oppdragsforskning som både ivaretar faglige hensyn og brukerhensyn, er deltakelse i programmer eller områder som myndighetene «legger ut» til forskning. Der er tendenser til en slik utvikling for departementsmidlene til forskning. Denne arbeidsmåten er vanlig i USA, hvor National Center for Health Services Research hvert år sender ut en invitasjon («solicitation») til forskning på nærmere angitte områder. Den samme fremgangsmåten benyttes i Skottland, hvor Helsedepartementet f.eks. nedsatte en arbeidsgruppe om eldres problemer, sirkulerte rapporten og inviterte til prosjektforslag.

Vi foreslår ikke at slike enheter for helsetjenesteforskning organiseres etter en enhetlig lest. De vil kunne ha ulik størrelse — avhengig av tradisjoner, lokale forutsetninger og ressurstilgang. Videre bør de ha ulik profil, men de bør samarbeide slik at de til sammen dekker store deler av helsetjenesteforskningen. Forskjellene vil videre bestå i at enhetene kan ha ulik organisatorisk tilknytning til andre institusjoner, i første rekke universitetene, ut fra de historiske forutsetninger som er til stede. Som et minstekrav må de imidlertid ha følgende felles trekk:

- 1) De må ha en adresse, dvs. noe som synliggjør et ansvar for feltet. Dette krever driftsmidler og infrastruktur.
- 2) De må ha noen faste stillinger og derved underbygge at helsetjenesteforskning er et eget forskningsfelt, som en kan utdanne seg for.
- 3) De må ha ansvar for veiledning og rådgivning med hensyn til forskning og praktisk faglig virksomhet i helsetjenesten. Utvalget ser veiledningsoppgaven som sentral, men er klar over at forutsetningene kan variere. En må derfor akseptere

litt forskjellig vektlegging av denne oppgaven, og at det kan ta noen tid før den imøtekommes fullt ut alle steder. Dessuten er dette oppgaver som enhetene for helsetjenesteforskning ikke vil stå alene om, men ha sammen med instituttene for samfunns-/almenmedisin.

Både av forsknings- og undervisningshensyn ser vi det som naturlig at det opprettes en enhet for helsetjenesteforskning i hver universitetsby. Også med tanke på ansvar for veiledning og rådgivning og samarbeid med forskning i helsetjenesten er det rimelig at der er enheter i hver landsdel. Dette betyr at en tar sikte på fire enheter for helsetjenesteforskning.

Utvalget har også vurdert en annen løsning, nemlig å opprette *et sentralt institutt for helsetjenesteforskning*. En finner denne modellen i National Center for Health Services Research i USA, og den drøftes i England — bl.a. etter forslag fra Royal Commission for National Health Service. En slik løsning ville gi helsetjenesteforskningen tyngde og bredde. På bakgrunn av de forhold som er nevnt ovenfor, vil vi imidlertid ikke foreslå at et slikt institutt opprettes. Hvis det ved universitetene i Bergen og Tromsø ikke er mulig å opprette enheter for helsetjenesteforskning med den innretning mot helsetjenesten som er nødvendig, får imidlertid denne modellen økt aktualitet.

I alle universitetsbyene er der miljøer som gir grunnlag for å etablere enheter for helsetjenesteforskning:

a) *Oslo*

I Oslo er det naturlig å bygge videre på NAVF's gruppe for helsetjenesteforskning. Utvalget regner med at denne gruppen vil bli knyttet til Statens institutt for folkehelse og på den måte bli sikret permanent drift. Utvalget vil understreke at denne overføringen til en institusjon som i første rekke har serviceoppgaver for helsetjenesten, ikke må føre til at gruppen taper noe av sin faglige uavhengighet og mulighet til gjennom en styringsgruppe å definere sitt forskningsprogram.

Både av denne grunn og av hensyn til utdanning på de områder helsetjenesteforskningen behandler, vil vi også fremheve behovet for kontakt med universitetet. Dette bør foregå

ved at forskere fra enheten knyttes til undervisning på universitetet, og at det kan opprettes bistillinger der hvor det er kvalifikasjoner.

b) *Trondheim*

I Trondheim er det naturlig å bygge videre på Norsk institutt for sykehusforskning (NIS). Dette instituttet synes sikret en permanent delfinansiering gjennom avtaler med Sosialdepartementet og Norske Kommuners Sentralforbund. Instituttets nåværende virksomhet forutsetter imidlertid utstrakt finansiering via utrednings- og konsulentoppdrag. Som tidligere fremhevet, er det vår generelle oppfatning at avhengigheten av oppdrag må avveies mot muligheten for å drive en mer langsiktig faglig kompetanseoppbygging.

NIS er en del av SINTEF som er Norges største forskningsorganisasjon. SINTEF er en tverrfaglig organisasjon, som satser på å kombinere høy forskningsmessig standard med aktualitet i arbeidsoppgaver. Som en del av dette kan NIS stå som et bindeledd mellom det akademiske fagmiljø innenfor medisin, teknologi og samfunnsfag på den ene siden, og helsetjenestens mer kortsiktige utredningsbehov på den andre. NIS samarbeider med Institutt for samfunnsmedisin ved Universitetet, blant annet på den måten at man gjensidig har opprettet bistillinger. Arbeidsformen tilsier at NIS i vesentlig grad dekker sine behov for medisinsk kompetanse ved å trekke på miljøet ved Universitetet i Trondheim.

Utvalget vil støtte at ordningen med utveksling av bistillinger utvides i den grad kvalifikasjonene til forskerne ved instituttet tilsier dette.

c) *Bergen og Tromsø*

I Bergen og Tromsø foregår det i dag helsetjenesteforskning i enkelte av universitetsmiljøene. Det er naturlig å bygge videre på disse ved etablering av enheter for helsetjenesteforskning, under forutsetning av at miljøene ser seg i stand til å samarbeide om de oppgaver utvalget har fremhevet som nødvendige for slike sentra — ikke minst når det gjelder rådgivning og veiledning for forskning og evaluering i helse-tjenesten. Den nærmere utforming av enhetene må langt på

vei overlates de to universitetene. En nærliggende løsning er at enhetene består av personer som har stilling og oppgaver ved sine faglige institutter, samtidig som de for helsetjenesteforsknings-formål utgjør en gruppe som går på tvers av instituttgrenser. Gruppen bør formaliseres som en seksjon, med eget budsjett.

Seksjonens viktigste oppgaver blir å sørge for samarbeidsprosjekter og ha ansvar for rådgivning og veiledning av forskning i helsetjenesten. For å underbygge disse oppgavene, bør seksjonen ha et styre som kan prioritere virksomheten og markere den uavhengighet som er nødvendig i forhold til de berørte institutter. Dette styret bør også ha representanter fra helsetjenesten. Videre vil seksjonen trenge en forskningsleder med et særlig ansvar for seksjonens utadrettede funksjoner; blant disse vil veiledning overfor helse-tjenesten stå sentralt. Det vil også være naturlig å gi forskningslederen et koordineringsansvar for den delen av seksjonens forskning som finansieres av Sosialdepartementet (se kap. 7.1.4). Utenfor forannevnte spesifiserte saksområder er det ikke nødvendigvis hensiktsmessig å la forskningslederen være administrativt overordnet de øvrige forskere i seksjonen. Seksjonen må dessuten ha et visst driftsbudsjett.

Utvalget mener at en ikke behøver å vente på nye stillinger ved de berørte universitetsinstitutter før seksjoner for helse-tjenesteforskning opprettes. Dette kan gjøres med deltagelse av personale som finnes i dag. Som en del av en gradvis opptrapping av helsetjenesteforskningen, er det imidlertid nødvendig at det opprettes nye øremerkede stillinger for helse-tjenesteforskning og -undervisning ved etablerte institutter. Forutsetningen må imidlertid være at disse får spesifisert sine arbeidsoppgaver i relasjon til seksjonene for helsetjenesteforskning, og ikke benyttes til generell instituttutvidelse. Stillingene bør fordeles likt på samfunnsvitenskap og medisin.

Bergen

Ved Universitetet i Bergen foregår det allerede en betydelig forskning omkring helse- og sosialpolitiske problemer. Spørs-

målet om organisering av helsetjenesteforskning angår en rekke institutter: under Det samfunnsvitenskapelige fakultet instituttene for økonomi, sosiologi, offentlig administrasjon og organisasjonskunnskap, og under Det medisinske fakultet instituttene for almenmedisin, hygiene og sosialmedisin, sykepleievitenskap.

Universitetet i Bergen arbeider for tiden med en plan for et utvidet og mer samordnet utdannings- og forskningsprogram innen helse- og sosialpolitikk. Det legges vekt på å finne frem til en organisasjonsstruktur som fremmer tverrfaglig samarbeid samtidig som man bygger videre på den undervisnings- og forskningsaktivitet som eksisterer ved de enkelte institutter. Når det gjelder utbygging av utdannings-tilbud, er det tilbud på hovedfagsnivå og innenfor en organisert forskerutdanning man konsentrerer seg om.⁶⁾

Tromsø

Ved Universitetet i Tromsø er de berørte parter Institutt for samfunnsmedisin og Forskningsgruppen for sosialpolitikk ved Institutt for samfunnsvitenskap. Innen det førstnevnte institutt har man et av landets ledende epidemiologiske miljøer, og innen den sistnevnte har man utviklet betydelig kompetanse i medisinsk sosiologi. Avdelingen for sykepleielærerutdanning vil også i økende grad bli berørt av spørsmålet om organisering av helsetjenesteforskning. Det skal opprettes en egen avdeling for helse- og sosialfag, som skal arbeide for å opprette et eget embetsstudium. Universitetet i Tromsø har en særlig forpliktelse til å bidra ved løsningen av problemer og oppgaver i samfunnet generelt og Nord-Norge spesielt — ikke minst var denne intensjonen fremtredende ved opprettelsen av det medisinske fagområdet. Helsetjenesteforskning bør derfor ligge vel til rette for dette universitetet.

6.2.3 Universiteter og høyskoler.

Universitetene

Universitetenes plass i helsetjenesteforskningen er i stor utstrekning behandlet under omtalen av de spesielle enhetene for

helsetjenesteforskning. Utvalgets fremheving av slike enheter utelukker imidlertid ikke at det også i fremtiden bør foregå helsetjenesteforskning og forskning som grenser inn mot dette ved institutter og av personer som stillingsmessig ikke har tilknytning til slike grupper. Innenfor det medisinske område er det særlig de almen- og samfunnsmedisinske institutter som peker seg ut. I samfunnsfagene bør problemstillinger knyttet til helsesektoren få økende betydning ved de økonomiske, sosiologiske og statsvitenskapelige institutter.

Denne styrkingen er viktig av flere grunner:

- Helsetjenesteforskning bygger på en rekke disipliner. Disse må stå for den grunnleggende kompetanseoppbygging som helsetjenesteforskningen er avhengig av. Uten at det gis rom for disiplinbasert utvikling av begreper, teorier og metoder med helsetjenesten som temaområde, vil helsetjenesteforskningens faglige grunnlag svikte.
- Universitetsinstituttene bidrag ligger naturligvis ikke bare i deres betydning som helsetjenesteforskningens fundament. Ved mange institutter foregår det forskning som ikke eksplisitt kaller seg helsetjenesteforskning, men som har betydning for helsetjenestens utvikling.
- Universitetsinstituttene er dessuten viktige fordi de står for utdanningen av studenter og gir rekrutteringsgrunnlaget for helsetjenesteforskning. Helsetjenesteforskningen er derfor avhengig av instituttene, både for å få spredt sine resultater og for å tiltrekke seg forskerkandidater.

Regionale høyskoler

Ved *distriktshøgskolene* er det nylig satt i gang tre ettårige videreutdanningsstudier i administrasjon for helse- og sosialpersonell — ved Agder distriktshøgskole, Østfold distriktshøgskole og Nordland distriktshøgskole. Fagkretsen inneholder økonomiske, statsvitenskapelige, sosiologiske og juridiske innfallsvinkler. I noen grad er det også satt i gang helsetjenesteforskning i tilknytning til disse studiene.

Disse studiene — som distriktshøgskolene for øvrig — befinner seg i skjæringspunktet mellom vitenskapelige kvalitetskrav og krav om praktisk nytte. I et slikt skjæringspunkt befinner også helsetjenesteforskningen seg. Det skulle gi grunnlag for at distriktshøgskolene kan gi et bidrag til helsetjenesteforskningen.

Vi vil særlig vise til de forutsetninger distriktshøgskolene har til å ta opp problemer med tilknytning til de lokale omgivelser de er plassert i. Blant annet er det en utbredt oppfatning at politikere og administratorer i en kommune eller fylke er mer lydhøre for lokale undersøkelser enn studier utført andre steder. I det hele tatt vil vi fremheve den rolle distriktshøgskolene kan ha som formidlere av resultater fra helsetjenesteforskningen — både i lokalmiljøet og i undervisningen av studenter.

Hittil har forskning vært mest aktuelt ved distriktshøgskolene, men etter hvert kommer de *øvrige regionale høgskoler* til. Innenfor utvalgets mandatområde gjelder dette sosialhøgskolene, sykepleiehøgskolene og andre høgskoler med tilknytning til helsesektoren.

Vi vil oppsummere vårt syn på helsetjenesteforskningens plass ved de regionale høgskoler i følgende punkter:

- 1) Det bør ikke opprettes egne enheter for helsetjenesteforskning ved de regionale høgskoler, men det bør foregå forskning i tilknytning til de helseadministrative studier som er opprettet. Hvis det viser seg vanskelig å få etablert enheter for helsetjenesteforskning ved universitetene, bør en imidlertid være åpen for at enkelte av de større distriktshøgskolene kan tillegges mer omfattende oppgaver. Virksomheten ved de regionale høgskolene må kunne få tilgang til nasjonale prosjektmidler.
- 2) De regionale høgskolenes bidrag bør først og fremst komme i forskning med tilknytning til helsepolitikk, helseøkonomi og helseadministrasjon.
- 3) De regionale høgskolene bør særlig tilgodese praktisk, målrettet forskning med tilknytning til lokalmiljøene. Det betyr ikke at deres innsats bare begrenses til enkle behovsunder-

søkelsler, organisasjonsanalyser m.v. av lokal interesse og uten teoretiske pretensjoner. Det må også gis rom for faglig kompetanseoppbygging.

- 4) Det vil ofte være naturlig at de regionale høgskolene knytter seg til større samarbeidsprosjekter innen helsetjenesteforskning hvor de kan utnytte sine komparative fortrinn. En viktig form for slikt samarbeid vil være fellesprosjekter med organer og personer innenfor distrikts- og institusjonshelsetjenesten. Dette bør kunne bidra til en brobygging mellom det medisinske og samfunnsvitenskapelige fagområde.

6.3 Felles organer for helsetjenesteforskning.

Det mønster utvalget tenker seg for helsetjenesteforskningen er preget av relativt stor spredning, både med hensyn til hvem som deltar og hvilke oppgaver som utføres. Riktignok har utvalget tilstrebet en viss konsentrasjon ved at en foreslår å samle mange oppgaver og mye ansvar ved noen få enheter. Disse har en sentral rolle når det gjelder faglig utvikling av feltet og veiledning i og samarbeid om helsetjenesteforskning ved andre institusjoner.

Spørsmålet kan imidlertid reises om det ikke mangler et organ som har et overordnet ansvar for hele feltet. Etter vår oppfatning bør en ikke overdrive behovet for samordning av hele helsetjenesteforskningen. Det bør likevel være visse overgripende ledd, som sørger for kontakt og samarbeid mellom de forskjellige deler av helsetjenesteforskningen, og som bidrar til en balansert utvikling av området ut fra et helhetssyn. Vi vil derfor foreslå at det opprettes to organer:

a) *Forum for helsetjenesteforskning.*

Det som foreslås er et rent faglig forum. Det bør arrangere møter og seminarer og være et møtested og kontaktpunkt for forskere innenfor helsetjenesteforskning, planleggere og administratorer som arbeider i helsetjenesten. I tillegg til den interne faglige funksjon, bør det imidlertid også arrangeres enkelte åpne møter for almenheten.

b) *Styringsgruppe for helsetjenesteforskning.*

Hvis et slikt organ skal kunne fungere effektivt forskningspolitisk, må det ha eget budsjett og fordele midler til helsetjenesteforskning. Forslaget er dermed så nært knyttet til spørsmålet om finansiering av helsetjenesteforskning at det vil bli drøftet i neste kapittel.

Noter

- 1) *Forskning og utredningsvirksomhet ved sykehus utenfor universitetssektoren.* NAVF, Oslo 1979, 71 s.
- 2) Norske Kommuners Sentralforbund: *Organisasjonsstrukturer i sykehussektoren.* Rundskriv nr. 76/81 med vedlegg.
- 3) *Medisinsk rasjonalisering. Utredning av et utvalg oppnevnt av helsedirektøren.* NOU 1981: 25, 46 s.
- 4) Rutle, O.: *Primærlegen ut av skyggen. Analyse av situasjonen i dag, tanker om morgendagen.* NAVFs gruppe for helsetjenesteforskning, nr. 1/1981, s. 231—33.
- 5) Sentinel Stations Netherlands: *Continuous morbidity registration.* Utrecht 1979, 131 s.
- 6) *Utdanning i sosial- og helsepolitikk ved Universitetet i Bergen.* Innstilling fra komite oppnevnt av Universitetet i Bergen. Bergen 1979, 68 s.
- 7) *Utdanning og forskning i helse- og sosialpolitikk ved Universitetet i Bergen.* Innstilling fra komite oppnevnt av Det samfunnsvitenskapelige fakultet. Bergen 1980, 14 s.

Finansiering og styring av helsetjenesteforskning

Som utvalget har vært inne på i flere sammenhenger, kan helse-tjenesteforskning vurderes både ut fra et rent vitenskapelig perspektiv og ut fra et sektorperspektiv — som en del av helse-sektoren. Dette tilsier at helsetjenesteforskning finansieres på to måter: som en del av den almene vitenskapelige utvikling, og som et bidrag til helsetjenestens utvikling. Videre har vi vært opptatt av å forene disse to perspektivene, dvs. hvordan en skal få vitenskapelig aktivitet av høy kvalitet til å bli relevant for en bestemt samfunnssektor. Dette er en vanskelig oppgave, som det tar tid å utvikle, og vi har derfor konstatert at det ikke er grunnlag for en rask ekspansjon av helsetjenesteforskningen i Norge.

Disse tre momenter er sentrale underliggende faktorer i dette kapitlet om finansiering og styring av helsetjenesteforskningen. Vi legger først frem vårt syn på finansieringsmønsteret, og drøfter deretter et forslag til organ som kan fordele en vesentlig del av midlene.

7.1 Finansieringskilder.

7.1.1 Kirke- og undervisningsdepartementet.

Kirke- og undervisningsdepartementet har ansvar for den generelle vitenskapelige utvikling og for undervisning. Utvalget har foreslått at den videre utvikling av helsetjenesteforskningen ikke først og fremst foregår ved å opprette eller ekspandere universitets- og høyskoleinstitutter, men ved egne enheter og desentralisert i helsetjenesten. Som en del av dette bør det imidlertid ved universitetene i Bergen og Tromsø over Kirke- og

undervisningsdepartementets budsjett opprettes vitenskapelige stillinger og hjelpestillinger øremerket for forskning og undervisning om helsetjenesten, og med spesifiserte arbeidsoppgaver i tilknytning til en seksjon for helsetjenesteforskning (se kap. 6.2). Videre bør det opprettes en rekke bistillinger ved enhetene for helsetjenesteforskning knyttet til forskning i institusjonshelsetjenesten og forskning i distriktshelsetjenesten. Vi foreslår en gradvis utbygging til foreløpig:

- 4 vitenskapelige stillinger og 2 hjelpestillinger ved universitetene i Bergen og Tromsø. 1 av disse stillingene, en forskningsleder, lønnes av Sosialdepartementet,
- 2 bistillinger ved hvert av universitetene i Oslo og Trondheim for forskere ved NAVFs gruppe for helsetjenesteforskning og NIS,
- 4 bistillinger knyttet til institusjonshelsetjenesten,
- 10 bistillinger knyttet til «distriktsenhetene». Vi har foreslått ca. 15 distriktsenheter, men regner med at det vil ta lang tid før det er kvalifisert personale for bistillinger ved alle disse, og begrenser derfor tallet til 10 i den første 5-års perioden.

Kirke- og undervisningsdepartementet støtter i dag helsetjenesteforskning gjennom bevilgninger til NAVF. NAVF bør også — og først og fremst — kobles inn ved fordeling av midler til helsetjenesteforskning som går over Sosialdepartementets budsjett (se nedenfor). Kirke- og undervisningsdepartementet bør likevel fortsatt støtte helsetjenesteforskning gjennom NAVF — gjennom rådene for medisin, samfunnsvitenskap og forskning for samfunnsplanlegging.

7.1.2 Sosialdepartementet.

Vi har flere steder argumentert for at helsetjenesteforskning bør ansees som en del av helsetjenestens normale aktivitet (se kap. 4 om behovet for helsetjenesteforskning og kap. 6 om organisering). Helsetjenesteforskning skal ha en kritisk vur-

derende funksjon i forhold til helsetjenesten. Både for å få legitimert denne virksomheten og for å unngå ansvarspulverisering, må en sørge for at helsesektoren selv får økonomisk ansvar for den. Derfor bør denne forskningen finansieres som en del av bevilgningene til helsetjenesten — i tillegg til finansiering av undervisning og forskning om helsetjenesten over Kirke- og undervisningsdepartementets budsjett. En slik sektorfinansiering vil bringe helsetjenesten på linje med andre sektorer, f.eks. industri og landbruk.

Over Sosialdepartementets budsjett bevilges det i dag midler til forskning om helsetjenesten, både til institutter og prosjekter. Det er imidlertid tale om lave beløp. I det hele tatt er det meget begrensede midler som går til forskning om helsetjenestens funksjon og virkemåte i forhold til det omfang og den ressursmengde sektoren har.

I den tidligere refererte innstilling fra NAVF er det foreslått at det avsettes en promille av institusjonshelsetjenestens driftsbudsjett til slik forskning.¹⁾ Vi er enig i prinsippet om at det avsettes midler av helsevesenets budsjett til forskning av denne art, uten at dette bør bindes til en bestemt andel. De vil dreie seg om beskjedne beløp, som det må være mulig å få plass til på budsjettet — under forutsetning av at bevilgningen knyttes til målrettet forskning for evaluering og forbedring av helsetjenesten. Etter hvert som kompetansen blir bygget opp på området, og investeringen viser seg fruktbar, kan det være aktuelt å øke støtten.

Utvalget tenker seg tre kilder for helsesektorens støtte til forskning. 1) Lokale midler til driftskontroll. 2) Statlig støtte til evaluering i distrikts- og institusjonshelsetjenesten. 3) Statlig bevilgning til prosjektstøtte og enheter for helsetjenesteforskning. Hovedansvaret legges på de sentrale myndigheter, særlig i startfasen, ut fra den forutsetning at forskning i første rekke må sees som en nasjonal og statlig oppgave.

1) Lokale midler til driftskontroll.

Utvalget går som nevnt inn for at det bør være en oppgave for alle enheter i helsetjenesten å drive evaluering av sin virksomhet. Støtte til slik virksomhet bør dekkes lokalt fra en post som av-

settes på de enkelte enheters budsjetter. Vi finner den andel som NAVF-innstillingen foreslår, en promille av driftsbudsjettene, som rimelig ramme for denne bevilgningen.

2) Statlig støtte til evaluering i institusjons- og distriktshelsetjenesten.

Hverken når det gjelder institusjons- eller distriktshelsetjenesten, kan støtte til forskning helt overlates de enkelte kommuner og fylker. Det vil gi for stor avhengighet av lokale forutsetninger og interesser. Evalueringsforskningen ved *institusjonene* bør ha tilgang til nasjonale midler, i tillegg til de midler som avsettes til driftskontroll lokalt. Disse bør i første omgang finansiere virksomheten ved noen utvalgte sykehus (se kap. 6.2.1). Men det bør også være mulig for andre å søke slike midler. Prosjektene bør ha generaliseringsverdi ut over det enkelte sykehus. For å oppmuntre den lokale finansieringsdeltagelse i forskning, foreslår utvalget at det til innvilgelse av støtte fra nasjonale midler knyttes betingelser om lokal deltagelse med tilsvarende beløp.

Evaluering i *distriktshelsetjenesten* vil i enda sterkere grad være avhengig av nasjonale midler. Dette gjelder særlig de distriktsenheter utvalget foreslår opprettet. Finansieringen av disse kan ikke pålegges de aktuelle kommuner, bl.a. fordi arbeidet vil ha betydning for distriktshelsetjenesten generelt. Det økonomiske ansvar må derfor være en nasjonal oppgave.

Vi ser denne virksomheten så nært knyttet til driften av helsetjenesten rent generelt, at finansieringen bør utgjøre en del av de statlige bevilgninger til helsetjenesten. Forskning er et kollektivt gode, og det gir grunnlag for å avsette midler til forskning på forhånd før den samlede bevilgning fordeles til de enkelte fylker og kommuner. Foreløpig er det klare begrensninger i kompetansen til å drive evalueringsforskning. Vi foreslår at en starter med en bevilgning på 1,5 mill. kr hver til institusjonshelsetjeneste og distriktshelsetjeneste. Dette vil dekke utgiftene til virksomhet ved 4 sykehus og 4 distriktsenheter. I løpet av en 5-års periode bør tallene økes til 5—6 mill. Dette vil gi rom for en betydelig bredere evalueringsevne i institusjonshelsetjenesten og etablering av 15 distriktsenheter.

3) Statlig bevilgning til enheter for helsetjenesteforskning og prosjektstøtte.

NAVFs gruppe for helsetjenesteforskning og Norsk institutt for sykehusforskning bør få sine basisbevilgninger dekket på denne måten. I det siste tilfellet antar utvalget at en del av basisbevilgningen også i fremtiden vil komme fra Norske Kommuners Sentralforbund. Vi har tidligere fremhevet behovet for permanente miljøer og sikre karrierestrukturer innenfor helsetjenesteforskningen — blant annet for å bygge opp kompetanse og øke rekrutteringen til feltet. Minst $\frac{2}{3}$ av virksomheten ved disse institusjonene bør derfor trygges gjennom faste grunnbudsjetter.

Når det gjelder de seksjonene som foreslås opprettet i Bergen og Tromsø, må den økonomiske støtten fra Sosialdepartementet være avhengig av hvilken tilknytning disse enhetene får til helsetjenesten. Som et minimum vil det være nødvendig med tilskudd til veiledningsvirksomheten overfor helsetjenesten, som blir en sentral oppgave for slike enheter. Blant annet for å ivareta dette, foreslår vi å opprette en forskningslederstilling ved disse seksjonene.

I dag utgjør de offentlige basistilskuddene til disse institusjonene ca. 3,5 mill. kr (NIS og NAVFs gruppe). Utvalget foreslår at bevilgningen innen 1985 trappes opp til ca. 6 mill. kr. Disse fordeles med 3 mill. kr til NIS, 2 mill. kr til gruppen i Oslo og 0,5 mill. kr til enhetene i Bergen og Tromsø. Vi forutsetter videre at Norske Kommuners Sentralforbund fortsatt vil støtte NIS med et beløp tilsvarende $\frac{1}{3}$ av Sosialdepartementets bevilgning.

Både hensyn til faglig utvikling og hensyn til brukernes behov tilsier at midlene til helsetjenesteforskning ikke utelukkende bindes opp i basisbudsjetter til bestemte enheter. Det bør også være *frie prosjektmidler*. I dag har Sosialdepartementet slike midler. Den styrking av helsetjenesteforskningen utvalget foreslår, bør også foregå gjennom en økning av midlene til prosjektstøtte. Det vil være rimelig at denne bevilgningen utgjør om lag 5 mill. kr. Både enhetene for helsetjenesteforskning såvel som universitetsinstitutter, regionale høgskoler og forskere i helsetjenesten bør kunne dra nytte av disse midlene.

Når det gjelder forholdet mellom denne bevilgningen og Sosial-

departementets midler til forsøk, utredning og forskning innenfor helsesektoren, regner vi med at en vil kunne finne en hensiktsmessig arbeidsfordeling. Den vil blant annet avhenge av hvilken organisasjonsform som velges for fordelingen av midlene til prosjektstøtte (se nedenfor). Etter vår oppfatning bør forsøks- og utredningsvirksomhet fremdeles styres direkte fra departementet, og under nær medvirkning fra de berørte fagavdelinger. Når det gjelder prosjekter som stiller større krav til selvstendig forskning, og spesielt langsiktig forskning og større programmer, vil departementet trolig se seg tjent med at vurdering av prosjekter og fordeling av midler innenfor opptrukne retningslinjer i betydelig grad overlates til organer med bredere forskningskompetanse enn departementet har nå. Dette vil være i overensstemmelse med tendensen innenfor andre deler av departementsforskningen, f.eks. på miljøvernsektoren.²⁾ Vi har også merket oss at dette synet gjøres gjeldende i den nylig fremlagte forskningsmeldingen:³⁾

Generelt bør departementene i størst mulig utstrekning søke å samordne enkeltstående forskningsprosjekter i større forskningsprogrammer, som ikke må få en for stram tidsramme og som fortrinnsvis kan administreres av relevante forskningsråd.

Utvalget foreslår at det opprettes et *eget kapittel for helsetjenesteforskning* på Sosialdepartementets budsjett. Dette bør inneholde bevilgning til evaluering i distrikts- og institusjonshelsetjenesten, støtte til enheter for helsetjenesteforskning, frie prosjektmidler samt midler til forsøk og utredningsarbeid. Bevilgningen vil være uttrykk for at helsetjenesteforskning er en del av helsevesenets drift, uten at en behøver å binde bevilgningen til en bestemt andel av helsebudsjettet. Kapitlet bør gjøres til gjenstand for en årlig politisk og budsjettmessig diskusjon, som trekker opp retningslinjer og omfang for den statlige støtte til helsetjenesteforskning.

7.1.3 Andre finansieringskilder.

Av forskningsrådene støtter også NTNF forskning med tilknytning til helsetjenesten, særlig innenfor arbeidsmiljøområdet. Videre yter som nevnt Norske Kommuners Sentralforbund bety-

delige bidrag til Norsk institutt for sykehusforskning. Kommunal- og arbeidsdepartementet representerer en annen kilde for helsetjenesteforskning. Dessuten støtter de frivillige foreningene innenfor hjerte-/kar- og kreftområdet prosjekter om helsetjenesten. Alt dette er verdifulle bidrag som utvalget håper kan fortsette og helst øke.

7.1.4 Samlet behov for finansiering fra Kirke- og undervisningsdepartementet og Sosialdepartementet.

Samlet foreslår utvalget at de øremerkede bevilgninger til helsetjenesteforskning over Sosialdepartementets og Kirke- og undervisningsdepartementets budsjetter økes til ca. 25 mill. kr i løpet av en 5-års periode fra budsjettåret 1983, med en klar hovedtyngde over Sosialdepartementet. Tabellen nedenfor gir de enkelte tallene. I tillegg kommer lokale midler til driftskontroll, Sosialdepartementets støtte til forsøk og utredning og ikke-øremerkede midler til helsetjenesteforskningen fra Kirke- og undervisningsdepartementet.

Støtte til helsetjenesteforskning fra Kirke- og undervisningsdepartementet og Sosialdepartementet 1983—87.

	Sosialdep.	Kirke- og und.dep.
HTF*-enhet i Oslo/Universitetet i Oslo ..	2.0	0.1 ¹⁾
NIS/Univ. i Trondheim	3.0	0.1 ¹⁾
HTF-enhet i Bergen/ Universitetet i Bergen	0.5 ²⁾	0.8 ³⁾
HTF-enhet i Tromsø/ Universitetet i Tromsø	0.5 ²⁾	0.8 ³⁾
Prosjektstøtte	5.0	
Evaluering i institusjonshelsetjenesten ..	6.0	0.2 ⁴⁾
Distriktsenheter	6.0	0.5 ⁵⁾
Sum	<u>23.0</u>	<u>2.5</u>

1) 2 bistillinger

2) Forskningsleder samt driftsmidler

3) Vitenskapelige stillinger og 2 hjelpestillinger

4) 4 bistillinger

5) 10 bistillinger

* HTF = helsetjenesteforskning.

Innenfor denne 5-års perioden bør en først prioritere etablering av permanente enheter i universitetsbyene. Dernest bør prosjektmidlene økes ut over dagens nivå. Når det gjelder midler til evaluering i institusjons- og distriktshelsetjeneste, bør en starte relativt beskjedent på grunn av mangel på kvalifisert personell.

Alt dette vil ikke være nettoøkning til helsetjenesteforskning; store deler av de foreslåtte bevilgninger til helsetjenesteforskningssenhetene i Oslo og Trondheim ligger allerede i offentlige budsjetter, og det samme gjelder prosjektstøtten. Også innenfor andre poster på Sosialdepartementets budsjett finnes midler som er aktuelle for helsetjenesteforskning, se kap. 5.1.

7.2 Styringsgrupper for helsetjenesteforskning.

Et tverrfaglig felt som helsetjenesteforskning står i fare for å falle mellom flere stoler. Det kan trenge et organ som synliggjør feltet og artikulere dets interesser. Den spredning og uferdighet som preger området, tilsier videre et organ med et visst overordnet ansvar for vitenskapelig standard og balansert fordeling av den samlede innsats. Hvis et slikt organ skal få betydning må det ha virkemidler, og utvalget foreslår at det knyttes til fordelingen prosjekt- og evalueringsmidler til helsetjenesteforskning.

En slik styringsgruppe får fire hovedoppgaver:

- 1) Den fordeler prosjektmidler til helsetjenesteforskning.
- 2) Den disponerer midler til evaluering innen institusjonshelsetjenesten.
- 3) Den har et overordnet ansvar for rekruttering og utdanning til helsetjenesteforskning — en oppgave som i dag ikke ivaretas tilstrekkelig.
- 4) Den bør ha en «stabsfunksjon» for helsetjenesteforskningen. Det vil si at den gjennom kunnskap og oversikt både fra forskerside og brukerside kan utøve ansvar og legge planer for hele feltet, og gjennom dette og konkret ressursfordeling medvirke til en balansert og iderik utvikling av helsetjenesteforskning. De enkelte institusjoner bør imidlertid ha sine egne styrer.

Det må videre stilles følgende krav til styringsgruppen:

- 1) Den må besitte vitenskapelig kompetanse slik at den kan gi en faglig forsvarlig vurdering av prosjekter og programmer, med andre ord ivareta den vitenskapelige kvalitet.
- 2) Den må kunne definere samfunnsmessige problemer som bør gjøres til gjenstand for forskning, med andre ord ivareta behovet for relevans.
- 3) Den må ikke være så nært knyttet til de ansvarlige myndigheter at den blir dominert av kortsiktig matnyttighet og politisk ansvarlighet. Den må med andre ord ha en viss distanse og uavhengighet i forhold til helsetjenesten.
- 4) Sammensetningen må være slik at hele feltets faglige bredde ivaretas. Det vil si at den må ha kompetanse innenfor epidemiologi, evaluering av almen- og sykehusmedisin, statistikk, økonomi og sosiologi/statsvitenskap. Samtidig må sentrale brukergrupper være med. Dog må ikke representativitetshensynet tøyes så langt at det går ut over handlekraften.

Utvalget har drøftet flere muligheter for organisering og plassering av styringsgruppen. Hovedmodellene er følgende:

1. *Sentralt institutt for helsetjenesteforskning.*

I denne modellen har et slikt instiutt som oppgave dels å drive egen forskning, dels å administrere prosjektbevilgninger på vegne av myndighetene. En finner dette mønsteret i National Center for Health Services Research i USA. Utvalget ser imidlertid ikke denne modellen som svært aktuell for *organiseringen* av helsetjenesteforskning (jfr. 6.2), og den faller derfor også bort for *finansieringen*.

2. *Departemental styring.*

Denne løsningen vil være å utvide den oppgaven departementet utfører med de spesielle prosjektmidlene til forsøk, utredning, forskning etc. Modellen bryter imidlertid med de krav utvalget har stilt om vitenskapelig kompetanse og uavhengighet i forhold til løpende politikk, og vi vil ikke anbefale den.

Erfaringene fra England støtter dette synet — selv om disse ikke uten videre kan overføres (se kap. 5.3). I England for-

søkte man å bygge opp en departemental styring av helsetjenesteforskning. Forsøket har ikke falt heldig ut. Departementet (Department of Health and Social Security) har ikke vært dyktig nok hverken til å definere problemene eller bedømme vitenskapelig kvalitet, selv om det er bygd opp en omfattende organisasjon i departementet.⁴⁾ Man har derfor vedtatt å trekke det medisinske forskningsrådet sterkere inn i helsetjenesteforskning.

3. *Styringsgruppe i departementet.*

Denne modellen anvendes i Skottland, hvor en stor del av støtten til helsetjenesteforskning kommer fra et organ som er en del av helsedepartementet. Her er erfaringene gode.⁵⁾ Forklaringene på dette kan være flere. En av dem er nok at departementet har satset sterkt på å bygge opp en forskningsorganisasjon som i vitenskapelig kompetanse ikke står tilbake for et forskningsråd, og som i oppbygging og virkemåte langt på vei fungerer som et slikt. (Det bør vel føyes til at man i Skottland ønsker å være selvstendig, og ikke være avhengig av de felles forskningsråd.) En styringsgruppe for helsetjenesteforskning i Sosialdepartementet vil ivareta behovet for formulering av relevante problemer. Motforestillingene er i første rekke at det er en stor oppgave å bygge opp et apparat for vitenskapelig bedømmelse, og at organet kan bli for isolert i forhold til den medisinske og samfunnsvitenskapelige forskning for øvrig som helsetjenesteforskningen må ha god kontakt med.

4. *Styringsgruppe i NAVF.*

Styrken ved denne modellen er at den vil nyte godt av lang erfaring i og et apparat for å bedømme og administrere forskning, kontakt med tilgrensende forskningsområder til helsetjenesteforskning og erfaring med å rekruttere til forskning. I de siste årene har NAVF også gjort en betydelig innsats på feltet gjennom NAVFs gruppe for helsetjenesteforskning. Svakheten er at NAVF med sin nåværende sammensetning ikke har spesielle forutsetninger for å ta initiativet til og bedømme prosjekter som har tilstrekkelig innretning mot helsetjenestens konkrete oppgaver. Organisering innenfor NAVF kan medføre en risiko for at de rent faglige aspekter overbetones.

Etter utvalgets oppfatning bør en forsøke å kombinere de fortrinn Sosialdepartementet og NAVF hver for seg har ved opprettelse av et styringsorgan for helsetjenesteforskning. Vi foreslår at styringsgruppen etableres innenfor NAVF, og får til disposisjon øremerkede bevilgninger over Sosialdepartementets budsjett, evt. også bidrag fra Kirke- og undervisningsdepartementets bevilgning til NAVF. Gruppen oppnevnes av NAVFs styre. Sosialdepartementets interesser ivaretas først og fremst ved forslag til medlemmer og gjennom budsjettfastsettelse og retningslinjer for virksomheten i den årlige budsjettbehandlingen.

Gruppen bør bestå av forskere, politikere, administratorer, planleggere og praktikere fra helsetjenesten. Den må ha kompetanse både innenfor medisin og samfunnsfag, og den må ha en representasjon som sikrer god kontakt med den medisinske og samfunnsvitenskapelige forskning for øvrig. Dessuten må den sikres en regional fordeling. Alle disse hensyn er ikke lette å forene, særlig når gruppen samtidig må være handlekraftig og derfor ikke for stor.

Vi foreslår at gruppen får 10 medlemmer, hvorav halvparten forskere og halvparten «brukere». Forskerrepresentantene oppnevnes etter forslag fra berørte råd i NAVF. Av brukerrepresentantene oppnevnes to etter forslag fra Norske Kommuners Sentralforbund. De tre øvrige oppnevnes etter forslag fra Sosialdepartementet — på en slik måte at både distriktshelsetjeneste, institusjonshelsetjeneste og det sentrale politisk/administrative miljø blir representert.

I forhold til oppgaver, tilhørighet og sammensetning av styringsgruppen er spørsmålet om dens administrative plassering innenfor NAVF underordnet. Vi antar at det er mest nærliggende å plassere sekretariatsfunksjonen for styringsgruppen innenfor sekretariatet i Rådet for medisinsk forskning. Begrunnelsen for dette er i første rekke at dette sekretariatet allerede har betydelig erfaring med å administrere helsetjenesteforskning og lettest kan påta seg en oppgave som dette. Dessuten kan en slik løsning antagelig best bidra til en legitimering av styringsgruppens arbeid i helsetjenesten og overfor helseprofesjonene.

Noter

- 1) *Forsknings- og utredningsvirksomhet ved sykehus utenfor universitetssektoren*. NAVF, Oslo 1979, 71 s.
- 2) Innstilling fra utvalg nedsatt av Miljøverndepartementet, *Miljøverndepartementets bruk av forskning*. Oslo 1979, 121 s.
- 3) *St.meld. nr. 119 (1980-81) Om utvikling i forskningens organisering og finansiering*. 47 s.
- 4) McLachlan, G. (Ed.): *Five years after. A Review of Health Care Management after Rothschild*. Oxford University Press, Oxford 1978, 85 s.
- 5) Kay, A. W.: *Research in Medicine. Problems and Prospects*. The Nuffield Provincial Hospitals Trust, London 1977, 122 s.

Forskerrekruttering og forskerutdanning

Helsetjenesteforskning bør drives med utgangspunkt i mange fag og spenne over et bredt spekter fra grunnforskning til utviklingsarbeid. Det betyr imidlertid ikke at en kan overlate rekruttering og utdanning av forskere til de enkelte fag og dem som finansierer de ulike typer forskning. For utviklingen av et nytt og ubefestet felt som helsetjenesteforskning blir det tvert imot særdeles viktig å drive bevisst rekrutteringspolitikk, som tar hensyn til behovet for å bygge opp en bred kompetanse. Etter utvalgets oppfatning har man særlig innenfor de sektorer som har etterspurt den målrettede forskning om helse og sosialtjeneste vært for lite opptatt av behovet for å rekruttere og utdanne kvalifiserte forskere.

8.1 Hvem og hvordan skal man rekruttere?

Det er viktig å få til en rimelig balanse mellom medisinerne og samfunnsvitere i rekrutteringen til helsetjenesteforskning. Ingen av gruppene bør dominere i enheter som driver helsetjenesteforskning. Uten medisinerne risikerer man at virksomheten blir for lite relevant og får problemer med å bli akseptert; uten samfunnsvitere risikerer man at problemene blir for snevert definert og uten tilstrekkelig syn for bredden både i forklaringer og konsekvenser. Innenfor medisinsk bakgrunn bør man for øvrig også inkorporere grupper som fysioterapeuter, farmasøyer, sykepleiere og lignende. Denne balansen mellom samfunnsvitere og medisinerne gjelder for de grupper som over et bredt felt har helsetjenesteforskning som oppgave. Til den mer grunnforskningspregede virksomheten vil rekrutteringen særlig

skje fra de samfunnsvitenskapelige disiplinene. Til evalueringsforskning i primær- og institusjonshelsetjenesten vil rekrutteringen i første rekke skje fra de medisinske fagfelt.

Det er viktig at rekrutteringen til helsetjenesteforskning skjer tidlig. Hvis helsetjenesteforskning skal hevde seg i konkurransen om personale med disiplin-fagene både innen medisin og samfunnsvitenskap, må helsetjenesteforskning allerede tidlig i utdannings- og yrkeskarrieren oppfattes som en interessant fremtidsvei. Når den basale medisinske forskning evner å trekke til seg gode rekrutter, henger det åpenbart sammen med at disse tidlig eksponeres for de basale forskningsområdene. Studentstipendiene i medisin, som NAVF har delt ut siden 1960, har i denne sammenheng utvilsomt hatt stor betydning.¹⁾ Utvalget vil anbefale at ordningen med studentstipend utvides til å omfatte helsetjenesteforskning. Dette kan også være aktuelt i samfunnsfagene, selv om begynnende forskningsarbeid her kan være lettere å kombinere med utdanning ved at studentene skriver hovedoppgaver.

Hvis en skal drive aktiv studentrekruttering til helsetjenesteforskning, forutsetter det at emner fra helsetjenesteforskningen går inn i studieplanene. Innenfor samfunnsfagene er dette i økende utstrekning tilfelle, særlig ved Universitetet i Bergen. Innenfor medisinerutdanningen, som skal dekke et meget omfattende område uten at det gis rom for spesialisering, har det imidlertid vært vanskelig å få til slike innslag — med unntak av Universitetet i Tromsø. Ettet utvalgets oppfatning bør en imidlertid også av andre grunner enn hensynet til forskerrekruttering arbeide for at emner fra helsetjenesteforskning får en plass i utdanningen av helsepersonell (se kap. 9).

Den viktigste form for rekruttering vil imidlertid være utdanningsstipendier etter endt grunnutdanning. Den vanlige stipendtiden på 3 år kan bli for kort for en del, fordi stipendiatene i tillegg til det fag de behersker fra sin utdanning, må sette seg inn i et nytt fagområde. Det bør derfor være mulig å forlenge stipendietiden i 1 til 2 år. Vanligvis tildeles slike stipendier etter konkurranse mellom de beste søkerne på en rekke forskjellige fagfelt. I oppbyggingen av helsetjenesteforskningen vil det være nødvendig å skjerme feltet ved å opprette noen øremerkede stipendhjemer. Innenfor NAVF benyttes dette i økende ut-

strekning til å styrke svakt utbygde områder, og gjennom gruppen for helsetjenesteforskning har NAVF reservert noen stipend for dette området. Hvis helsetjenesteforskningen skal kunne konkurrere om forskningstalentene så tidlig som mulig, vil det være et viktig virkemiddel å øke andelen av øremerkede stipend. Dette vil være en sentral oppgave for en nasjonal styringsgruppe for helsetjenesteforskning, som utvalget foreslår opprettet innenfor NAVF (se kap. 7.2). NAVF bør i det hele tatt ha et utstrakt overordnet ansvar for at rekrutteringen til helse-tjenesteforskningen blir tilstrekkelig tilgodesett.

Utvalget har lagt sterk vekt på at helsetjenesteforskning må ha nær tilknytning til den praktiske helsetjeneste. Hvis helse-tjenesteforskning utelukkende blir et domene for teoretikere, er den mislykket. En viktig måte å gardere seg mot dette på er rekrutteringspolitikken. Helsetjenesteforskning må være åpen for å sikre seg personale både fra praktisk helsetjeneste og forvaltningen. I begge disse sektorene finnes det mange som vil ha mye å tilføre forskningsmiljøene. Lettest er en slik rekruttering å få til på den medisinske siden hvor en har lang tradisjon for veksling mellom forskning og klinisk arbeid. Rekruttering til helsetjenesteforskning fra den administrative sektor vil trolig kreve større anstrengelser, og det kan være nødvendig å opprette noen særskilte «forvaltningsstipend».

Det er viktig at noen personer med bakgrunn i helsetjenesten blir permanent rekruttert til helsetjenesteforskning. Like viktig er det imidlertid at noen kan oppholde seg i helsetjenesteforskning en stund, for så å vende tilbake til sine ordinære stillinger. Dette gjør det nødvendig med stipend og stillinger for kortere opphold, samtidig som en må sørge for å tilby lønns- og arbeidsbetingelser som gjør dem konkurransedyktige.

Utvalget har argumentert for topp- og lederstillinger innenfor helsetjenesteforskning. Tilgangen på kvalifisert personale er imidlertid liten. I en oppbyggingsfase kan det være nødvendig å opprette noen få dosentstipendier, under forutsetning av at det opprettes stillinger som innehaverne av stipendiene kan gå inn i når de er kvalifisert for det.

8.2 Forskerutdanningen.

Forskerutdanningen må skje i tilknytning til et faglig kompetent miljø. I dette miljøet må det forankres et veiledningsansvar for den enkelte rekrutt. Siden rekrutteringen er en overordnet nasjonal oppgave, påhviler det de største og mest ressursrike miljøene et særlig ansvar på dette området. Enhetene i Oslo og Trondheim bør derfor ha forskerutdanning som en sentral oppgave. Det samme gjelder de miljøer en kan bygge opp i Bergen og Tromsø.

Bakgrunnen for å basere seg mye på de bredere miljøene, er bl.a. at innenfor et tverrfaglig og nytt felt som helsetjenesteforskning, må en i stor grad satse på «on-the-job-training». Mye av forskerutdanningen må derfor skje gjennom konkret prosjektarbeid og aktiv veiledning og støtte fra et bredt sammensatt miljø. En slik bredde i de faglige impulser er ikke minst viktig i innføringsperioden, hvor stipendiaten må orientere seg tverrfaglig.

Ved siden av konkret prosjektarbeid er det også nødvendig med teoretisk utdanning, gjennom kurs, møter, reiser og studier. En del tilbud finnes allerede, men ikke mange. Det er behov for å øke tilbudet av kursopplegg, f.eks. etter modell av de kortvarige intensivkursene som drives ved NAVFs senter for samfunnsvitenskapelig forskerutdanning ved Universitetet i Bergen. Her er det viktig at de forskjellige miljøene utnytter sine komparative fortrinn ved opplegg av slike kurs. I noen grad kan dette også gjennomføres som et nordisk samarbeid. Dette er en oppgave for de organer som er opprettet for å ivareta nordisk samarbeid innefor helsetjenesteforskning.

Vi vil videre oppmuntre til økt bruk av utenlandsopphold ved anerkjente forskningssteder, særlig i Storbritannia og USA, og det må gis finansieringsmuligheter for dette. For øvrig bør man vurdere om ikke det er mer hensiktsmessig å la norske stipendiater gjennomgå et Ph.D.-opplegg fremfor å sende dem på kortvarige hospitantopphold.

8.3 Omfang av rekrutteringen.

En forutsetning for å lykkes med rekruttering til helsetjenesteforskning, er at der er stillinger å gå inn i — helsetjenesteforsk-

ning må representere en karrierevei. Omfanget av rekrutteringen må ta hensyn til dette og ikke bare til den etterspørsel som finnes etter helsetjenesteforskning. Hvis de planer utvalget har lagt frem for utbygging av feltet følges, er det klart behov for å øke rekrutteringen i forhold til dagens nivå.

Rekruttering til helsetjenesteforskning bør imidlertid ikke bare vurderes i forhold til de stillinger som blir opprettet innenfor dette forskningsområdet. En bør også ta hensyn til de behov for erfaring fra helsetjenesteforskning som finnes utenfor. Helsetjenesteforskningen bygger på at den kan bidra med kunnskap som både den praktiske helsetjeneste og forvaltningen trenger.

Den mest effektive form for formidling er personmobilitet. De som har ansvar for helsetjenesteforskning, må derfor arbeide for og regne med at helsetjenesteforskere rekrutteres til den offentlige forvaltning. Her må de imidlertid konkurrere om stillinger med andre grupper, og i årene fremover vil det neppe bli mange nye stillinger. En bør derfor ikke overdrive forventningene til etterspørsel av helsetjenesteforskere til stillinger i forvaltningen, og mobiliteten vil skje gjennom en gradvis «utskiftingsprosess». Et middel i en slik utveksling mellom forskning og forvaltning kan for øvrig også være å etablere ordninger med stillingsbytte mellom helsetjenesteforskere og ansatte i forvaltningen.

Mobiliteten fra helsetjenesteforskning til den praktiske helse-tjeneste vil trolig støte på færre hindringer enn mobilitet til forvaltningen. Innenfor deler av institusjonshelsetjenesten er forskning og praksis bygget inn i en yrkesrolle, og det er vanlig med overgang fra forskning til praktisk helsearbeid. Erfaring fra helsetjenesteforskning vil være nyttig både for praktisk helsearbeid og for systematisk evaluering av denne virksomheten, utført av dem som arbeider i helsetjenesten. Innenfor helseprofesjonene kan en derfor tale om et nesten umettelig rekrutteringsbehov til helsetjenesteforskning; de som rekrutteres — for en kortere eller lengre tid — vil kunne få arbeid i helsesektoren etterpå, og de vil gjøre dette arbeidet bedre enn tidligere.

Rekrutteringspolitikken er viktig for å sikre kvalitet i forskningen. De planer for konsolidering og utbygging av helsetje-

nesteforskningen som foreslås av dette utvalget, må derfor få konsekvenser for rekrutteringspolitikken. Vi ville sett det som hensiktsmessig om NAVF gjennom fagrådene for medisin og samfunnsvitenskap utformet mer langsiktige rekrutteringsprogrammer, bl.a. gjennom øremerking av utdanningsstipendier på dette område. Planene om å etablere enheter for helsetjenesteforskning i Bergen og Tromsø forutsetter videre programmer for utdanning av seniorforskere med særskilt kompetanse; NAVF bør i samarbeid med disse institusjonene ta opp spørsmålet om hvorvidt 3—5-årige dosent-stipendier er hensiktsmessige løsninger på dette problem. Forslagene om særlige forvaltningsstipendier bør tas opp av Sosialdepartementet i samarbeid med forskningsinstitusjonene. Det er for øvrig mulig at rekrutteringspolitikken på dette område burde vært belyst i en særskilt utredning i NAVF-regi, men vi overlater til NAVF å vurdere dette spørsmålet.

Note

- ¹⁾ *Forskerrekruttering i medisin. NAVFs rekrutteringsstipendiater og studentstipendiater i medisin. NAVFs utredningsinstitutt 1977/1, 31 s.*

Undervisning

9.1 Innledning.

Det er nyttig å dele undervisningsoppgaven i to deler:

a) *Undervisning for dem som skal drive helsetjenesteforskning.* Dette er undervisning for noen få, og metodene er de vanlige i forskerutdanningen: dels forskningsarbeid og selvstudium, dels veiledning i forskningssituasjonen, dels kurs og seminarer, og dels reiser og kongresser.

b) *Undervisning for dem som skal informeres om og påvirkes av helsetjenesteforskningen.* Dette er undervisning for mange, og målet er å påvirke adferd og holdninger gjennom helsetjenesteforskningens resultater, metoder og resonnerer. Det er flere målgrupper:

— *Helsepersonell*, særlig sykepleiere og leger.

— *Administrativt personell.* Dette er en stor gruppe som direkte og indirekte er med på å styre helsetjenesten.

— *Hele befolkningen* er potensielle brukere av helsetjenesten og bør derfor ha en grunnleggende informasjon om helsetjenesten.

Forskerutdanningen er omtalt i forrige kapittel. I dette kapitlet tar vi opp undervisningen for dem som skal informeres om og påvirkes av helsetjenesteforskningen.

9.2 Helsepersonell.

9.2.1 *Hvorfor undervisning i helsetjenesteforskning?*

Slutten av 1970-årene utgjør et skille i helsetjenesten, både i Norge og i mange andre industrialiserte land. Perioden fra 1945 og utover til midten av 1970-årene ble preget først av gjenoppbygging og senere av en sterk utbygging. Med utbyggingen fulgte en kraftig vekst og styrking av institusjonene. Veksten var stor nok til å tilgodese de fleste oppgaver. Det var derfor liten uenighet om helsepolitikken. Veksten ledet til en sterk spesialisering og profesjonalisering av helsepersonellet. Gjennomsnittlig kom det to nye helseprofesjoner hvert år.¹⁾

Naturlig nok skjedde det en tilsvarende vekst og spesialisering i det utdanningsapparat som forsyner helsetjenesten med personell. Det kom tre nye medisinske skoler i perioden, og det kom tallrike nye skoler for andre typer av helsepersonell. Undervisningens innhold og mål bar preg av den helsetjenesten vi hadde og fortsatte å bygge ut. Vekten lå på utdanning for arbeid i institusjoner, og det var enighet om å heve det teoretiske nivå i undervisningen.

Slutten av 1970-årene har gitt to nye signaler for helsetjenesten. Det ene er økonomisk og går ut på å bremse veksten gjennom strammere økonomiske rammer. Det andre er helsepolitisk og går ut på en omlegging av helsetjenesten. En ønsker å legge mindre vekt på fortsatt rask utbygging av sykehusene og større vekt på primærhelsetjenesten, på psykisk omsorg, på eldreomsorgen og på det forebyggende arbeid. Det er skjedd en merkbar endring i den grunnleggende ideologien, og den slår ut på flere måter:

- Naturvitenskapelig basert diagnostikk og behandling er fortsatt viktig, men det må legges større vekt på menneskelig omsorg («sometimes cure, always care»).
- Det er viktigere med prioritering og ansvarlig bruk av knappe ressurser. Helsepersonellet har dobbelt ansvar — overfor pasientene og overfor samfunnet.
- En er mer opptatt av etiske perspektiver.

Samtidig er helsetjenestens kvalitet og utbytte kommet i søkelyset. Det har vist seg å være meget store forskjeller i helsetjenestens virksomhet. Det gjelder f.eks. bruken av laboratorieprøver og røntgen-undersøkelser, bruken av legemidler, liggetider ved sykehus, og bruken av kirurgiske operasjoner. Disse forskjeller har to viktige konsekvenser — medisinske for pasienten og økonomiske for samfunnet. Om en kvinne får fjernet livmoren eller ikke, har åpenbare konsekvenser både for henne og for folketrygden. Slike forskjeller viser at selv om medisinsk teori bygger på objektiv vitenskap, så bygger medisinsk praksis i stor grad på subjektivt skjønn — og alt skjønn er ikke like godt. Dette har reist krav om løpende vurdering av kvaliteten og resultatene, krav om evaluering og «quality assessment». Målet er å forene kvalitet og kostnadsbevissthet.

Alt dette betyr at det er behov for en reorientering i utdanningen av helsepersonell. En slik reorientering er alltid vanskelig. Den møter motstand fra institusjoner og lærere som er fast forankret i tradisjoner og nåværende utdanningsplaner.

Helsetjenesteforskningen er ett virkemiddel i denne reorientering. Den er et beskjedent virkemiddel, men den kan være viktig, fordi den representerer en tenkemåte som er både forståelsesfull og kritisk overfor helsetjenesten. Den belyser problemer, krefter og resultater, og den egner seg derfor som utgangspunkt for diskusjoner om de nye perspektiver i helsetjenesten og i undervisningen av helsepersonell.

Slik undervisning er viktig for alt helsepersonell. I somatiske institusjoner er det vanligvis legene som har det avgjørende ord både i beslutninger om den enkelte pasient og i beslutninger om institusjonenes tilbud. I andre grener av helsetjenesten har andre grupper ansvar for beslutninger om pasienter og drift av helsetjenesten. Det er derfor viktig at alt helsepersonell får undervisning i helsetjenesteforskning.

9.2.2 Hva er målet for undervisningen?

Vi ser tre generelle mål. For de enkelte programmene må disse målene utdypes og spesifiseres — «operasjonaliseres».

Det første målet er *kunnskap* om helsetjenestens organer, virkemåte og økonomi. En må ha oversikt, men også detaljert innsikt i resultater, bivirkninger og kostnader for de enkelte under-

søkelses- og behandlingsmetoder. F.eks. behandles ca. 70 000 nordmenn for høyt blodtrykk, og behandlingsopplegget har store konsekvenser for den enkelte pasient og for samfunnet.²⁾

Det andre målet er *ferdigheter* i å bruke enkle metoder til å vurdere helsetjenestens resultater, særlig de en selv er med på å skape.

Det tredje målet er *holdninger* til egen virksomhet. Faglig må en trenes seg til: «... a different state of mind — a questioning of one's own actions».³⁾ Etisk må en lære seg å veie interesser som ofte kommer i konflikt med hverandre: pasientens, profesjonens og samfunnets.

9.2.3 *Hvordan skal undervisningen gis?*

Så omfattende mål kan ikke nåes gjennom noen forelesninger. Skal undervisningen få effekt, må den starte tidlig, gå over lang tid eller gjentas ofte, og den må foregå i et miljø som lever etter læren.⁴⁾ Unge mennesker påvirkes mer av hva lærere gjør og er enn av det de sier.

I utdanningen av helsepersonell må studiet inkludere grunntrekk av helse-økonomi, -sosiologi og -statistikk, fortrinnsvis tidlig i studiet. I det medisinske studium kan dette inkluderes i den pre-kliniske del. I den kliniske delen må studentene drøfte undersøkelser og behandlinger i lys av medisinske, sosiale og økonomiske konsekvenser. I mange amerikanske, medisinske skoler trenes studentene til å analysere nytte, risiko og kostnader ved de enkelte avgjørelser, f.eks.: Hva gir denne røntgenundersøkelsen, hva er farene og hva er kostnadene?^{4, 5)}

I videre- og etterutdanningen må en fortsette denne undervisningen, slik at helsepersonell trenes til å reflektere over sin egen virksomhet for å bli både konstruktive og kritiske. Stadig tas nye fremskritt i bruk før de er vurdert med hensyn til bivirkninger og kostnader. Dette leder ofte til uheldige prioriteringer. Det er dessuten økende etterpørsel blant helsepersonell etter videreutdanningstudier av lengre varighet, f.eks. innen helseadministrasjon.

Det fremgår at det ikke dreier seg om bare å putte inn en ny bit i en gammel studieplan, men å påvirke hele planen.

9.2.4 *Hva kan helsetjenesteforskningen bidra med?*

Helsepersonellet utdannes langs forskjellige linjer og på forskjellige nivå — stort sett med 6, 3 og 1 års utdanning. Til enhver tid er det over 10 000 unge mennesker i grunnutdanning. Videre- og etterutdanning omfatter blant annet kurs og seminarer for alle ansatte.

Det sier seg selv at den undervisningsoppgaven som er skissert ovenfor er altfor stor til at helsetjenesteforskerne kan gjennomføre den alene. Deres oppgave er å formidle perspektiver og forskningsresultater så klart at de blir brukt i undervisningen av alle lærere. Derfor er publikasjonene fra helsetjenesteforskningen viktige, og en må publisere i mange fora og på mange nivåer. Her er tre eksempler på forskningsresultater som er brukt på denne måten:

- En undersøkelse om dødspleie⁶⁾ har vært grunnlaget for en lang rekke seminarer om dødspleie for sykepleiere, hjelpepleiere og leger, både i grunnutdanningen og i etterutdanningen.
- En undersøkelse om helsekontroller⁷⁾ brukes i utdanningen av offentlige leger og bedriftsleger.
- Perspektivanalyser av eldre-omsorgen⁸⁾ brukes i undervisningen av administrativt personell.

Forskerne bør også drive en del undervisning selv, både for å få kontakt med helsepersonellet og for å formidle sine resultater. Slik undervisning egner seg ofte for kurs, seminarer og møter. Det er lett å få i stand diskusjoner som stimulerer til ettertanke og til den reorientering som er nevnt ovenfor.

Noen forskere bør ha fast tilknytning til et undervisningsmiljø, særlig ved universitetene. Det bør være hovedstillinger ved noen institutter, og det bør også opprettes bistillinger for forskere som har hovedstillinger utenfor universitetene.

9.3 Administrativt personell.

Mange personer i administrative stillinger som arbeider med saker som vedrører helsetjenestetilbudet til befolkningen, har en samfunnsvitenskapelig universitetsutdanning. Dette gjelder

både i den enkelte helseinstitusjon, i kommunaladministrasjon og i den statlige administrasjon. Det er hverken ønskelig eller mulig å gi alle samfunnsvitenskapelige kandidater en spesialisering for slike stillinger, men det er viktig at de som allerede i studietiden er interessert i dette emneområdet får mulighet for å velge spesialisering innen dette. De fagområder innen samfunnsvitenskap hvor det er særlig aktuelt å tilby et fordypningsstudium i helsesektorens problemer, er sosialøkonomi, sosiologi og statsvitenskap.

Helsesektorens samfunnsvitenskapelige problemer er flerfaglige, idet flere fag kan bidra til å analysere og løse spesifiserte problemer. Det er derfor særlig viktig å bygge ut et utdannings tilbud omkring helsesektorens problemer innen de studieordninger som er flerfaglige, slik at den enkelte student kan studere problemene ut fra forskjellige faglige synspunkter. Cand.polit.-studiet er en slik flerfaglig utdanning som består av tre forskjellige fag. Ved universitetene i Bergen og Tromsø er det allerede i dag mulig å velge en spesialisering omkring helsesektorens problemer innen rammen av en cand.polit.-grad (i Bergen med fagkombinasjonen sosialøkonomi, sosiologi og offentlig administrasjon, i Tromsø med fagkombinasjonen samfunnsmedisin, sosiologi og statsvitenskap). Kandidater med en slik flerfaglig, delvis spesialisert utdanning skulle være velegnet for helseadministrative stillinger.

De samfunnsvitenskapelige miljøer ved våre universiteter er små, og det er naturlig med en viss spesialisering miljøene imellom. Dette er også nødvendig dersom man innen rammen av de meget begrensede ressurser på forskersiden skal kunne bygge opp konkurransedyktige forskningsmiljøer og samtidig få en god bredde på landsbasis. Når det gjelder den spesialisering det her er tale om, må man se ordinær universitetsutdanning, forskerutdanning og forskning i sammenheng. De fagmiljøer som velger å spesialisere seg innen helsetjenesteforskning vil også ha de beste muligheter for å gi en god utdanning på området. Universitetslærernes egen forskning vil dessuten påvirke studentenes interesser. Både ut fra hensynet til undervisningens kvalitet og ut fra hensynet til en effektiv utnyttning av lærerkapasitet, er det fornuftig å bygge opp utdanningstilbud omkring helsesektorens problemer innen rammen av en ordinær

universitetsutdanning, i første omgang ved de samfunnsvitenskapelige fakulteter i Bergen og Tromsø. Siden disse universiteter allerede i dag i begrenset omfang gir et slikt tilbud, er det her tale om en videreutbygging og styrking av de ressurser som universitetene allerede disponerer.

9.4 Informasjon til befolkningen.

Det er to grunner til at befolkningen bør ha en grunnleggende innsikt i helsetjenestens funksjoner og virkemåte.

Den ene grunnen er at hele befolkningen er potensielle pasienter, og de bør vite noe om helsetjenesten slik at de kan bruke den på en måte som er god for dem selv og rasjonell for samfunnet. Dette innebærer at de også må kjenne grunntrekkene i forebyggende arbeid (svensk: «friskvård»).

Den andre grunnen er at rasjonell helsepolitikk forutsetter oppslutning fra befolkningen om hovedlinjene i prioriteringen. Erfaringen viser at uprioriterte tiltak alltid har sine talsmenn og pressgrupper. Det har vist seg forholdsvis lett å sprengte rammer og vri helsepolitikken ut av vedtatte spor. Befolkningen bør derfor forstå de grunnleggende resonnementer om behov, etterspørsel, tilbud og forbruk. Den må også kjenne grunnlaget for helsepolitikken.

Massemedia er de naturlige kanaler for slik informasjon, og helsetjenesteforskningen kan være med i denne prosessen ved å levere premisser, alternativer og illustrasjoner. Vi ser dette som en meget viktig oppgave, og den er hittil forsømt.

Noter

- 1) Hofoss, D.: *Spesialisering av helsepersonell: Hvorfor og hvordan?* NAVFs gruppe for helsetjenesteforskning, Rapport nr. 3/1980, 357 s.
- 2) Waaler, H. Th. og medarbeidere: *Høyt blodtrykk: Behandlingsprogram, utbytte, kostnader.* NAVFs gruppe for helsetjenesteforskning, Rapport nr. 5/1978, 106 s.
- 3) Friedman, E.: *Changing the course of things: Costs enter medical education.* Hospitals J.A.H.A. 1979, 82—85.
- 4) Hudson, J. I. & Braslow, J. B.: *Cost containment and education efforts in United States medical schools.* J. med. Educ. 1979, 54, 835—840.
- 5) Praiss, I. & Gjerde, C.: *Cost containment through medical education.* J. Amer. med. Assoc. 1980, 244, 53—55.
- 6) Sørbye, L. W.: *Omsorg for døende og deres pårørende — en retrospektiv analyse ved to sykehus.* NAVFs gruppe for helsetjenesteforskning, Rapport nr. 1/1980, 289 s.

- 7) Siem, H.: *Masseundersøkelser og helsekontroller*. NAVFs gruppe for helsetjenesteforskning, Rapport nr. 2/1979, 177 s.
- 8) Grund, J.: *Perspektivanalyse for eldreomsorgen frem til 1990. Alternativer og forslag til en samlet plan*. NAVFs gruppe for helsetjenesteforskning, Rapport nr. 4/1978, 187 s.

Særuttalelse fra Aina Uhde

I hovedtrekk slutter jeg meg til denne innstillingen. Jeg vil nedenfor bare berøre de punkter hvor jeg har et noe annet syn enn flertallet, eller hvor jeg ønsker å gi utdypende kommentarer.

Forskerutdanning

Dette er behandlet under pkt. 8.2. Det er ikke alltid enighet forskere imellom om hvilke krav man skal stille til tverrfaglig forskning. Conrad Krohn¹) har uttalt at en nødvendig forutsetning for god tverrfaglig forskning er at «. . . de enkelte forskere stadig også har kompetanse til å drive god forskning innenfor sitt fag». Etter min mening er dette et rimelig krav dersom forskerne skal kunne nyttiggjøre seg den forskning med relevans for temaområdet som skjer innen deres fag. I tillegg må man selvsagt også ha en faglig bredde som gjør det mulig å kommunisere med kollegaer med annen faglig bakgrunn.

For dem som går inn i tverrfaglig forskning etter avsluttet universitetsutdanning er det lettere å skaffe seg en del kunnskaper på tilgrensende fagfelt, enn å skaffe seg skikkelig forskningskompetanse innenfor sitt eget fag. Tverrfaglige miljøer utenfor universitetene har små muligheter for å gi en tilfredsstillende forskerutdanning, fordi de kan ikke ha stor faglig bredde og samtidig ha personer med høy forskningskompetanse innen alle fagområder.

Det må derfor være en spesiell oppgave for de universiteter som får en helsetjenesteforskningsenhet knyttet til seg å drive en organisert forskerutdanning for dem som ønsker å gjøre en karriere innen helsetjenesteforskning. Men det vil selvsagt være ønskelig å benytte den ekspertise som finnes også utenfor uni-

versitetene, både som forelesere og som veiledere. Det burde derfor være mulig å komme frem til et samarbeid mellom de fire sentrale miljøer. Det viktigste er at man etablerer en forskerutdanning som sikter mot en grad.

Jeg mener det er nødvendig at man for helsetjenesteforskning satser på en organisert forskerutdanning. I tillegg til å effektivisere utdanningen vil dette synliggjøre feltet, studenter vil se at helsetjenesteforskning er noe å utdanne seg for, og det vil kunne få skeptikere til å innta en mer positiv holdning. Det er ingenting som vil bidra sterkere til å etablere helsetjenesteforskning som et velansett forskningsområde enn frembringelse av en del gode doktoravhandlinger. Det bør ikke være noe motsetningsforhold mellom dette og ønsket om god brukerorientert forskning. Det er her heller en positiv sammenheng.

Behovet for å etablere en organisert utdanning innen helsetjenesteforskning er også viktig for å skaffe kvalifiserte lærere til de utdanningsinstitusjoner (f.eks. distriktshøgskoler) som har etablert utdanningsprogrammer på området. Innen en del relevante fagområder er det i dag umulig å få kvalifiserte søkere til stillingene, hvilket betyr at stillingene må besettes midlertidig med personer uten spesialkunnskaper på det område de skal undervise i.

For å få personer til å gå gjennom en forskerutdanning er det viktig at man kan tilby finansiering. Jeg støtter derfor fullt ut forslaget i pkt. 8.4 om øremerking av noen NAVF-stipend for rekrutter til helsetjenesteforskning. Jeg mener slike stipend bør ha svært høy prioritet i forhold til de dosentstipend som også foreslås. I en del fag kan det være flere personer med gode muligheter for å kvalifisere seg for toppstillinger i løpet av noen år. Å yte stipend med 3—5 års varighet til noen kan gi svært urettferdige konkurranseforhold. Stipend av kortere varighet kan være en bedre ordning.

Stillinger

De fire enheter for helsetjenesteforskning er tillagt omtrent de samme oppgaver, bortsett fra at universitetsenhetene vil ha mer utstrakte undervisningsoppgaver. I prinsippet burde man da ta sikte på å bygge opp enheter som etter en del år har omtrent

samme størrelse. På kort sikt er dette selvsagt urimelig. Man må bl.a. ta hensyn til at NIS i dag har mange ansatte, og at Universitetet i Tromsø ennå ikke er utbygd med alle de fagområder som helsetjenesteforskningen bygger på. Universitetet i Bergen er imidlertid utbygd med alle relevante fagområder. Her er det tale om å etablere øremerkede stillinger for at Universitetet skal kunne påta seg de oppgaver som enhetene for helsetjenesteforskning er tillagt. Det ville da vært ønskelig at man tok sikte på i løpet av noen år å få alle relevante fag representert ved enheten. Dette ville imidlertid kreve i hvert fall 2 vitenskapelige stillinger i tillegg til dem som foreslås.

Etter min mening er det behov for en nærmere avklaring med universitetene om hvilke stillinger de mener er viktigst for å kunne fylle de nye oppgaver best mulig. De 18 nye bistillinger som foreslås må her sees i forhold til eventuelle nye hovedstillinger. Da bistillingene bl.a. er koblet til undervisning av helsepersonell, bør man også vurdere hva slags undervisning i helsetjenesteforskning man mener disse har størst behov for, undervisning ut fra en medisinsk eller samfunnsvitenskapelig synsvinkel.

I vurderingen av hvilke typer stillinger universitetene har størst behov for i relasjon til oppbygging av helsetjenesteforskningen bør det også legges vekt på det som uttales i innstillingens punkt 6.2.3. Det sies her at det er viktig å styrke de disiplinorienterte miljøer ved universitetene som «må stå for den grunnleggende kompetanseoppbygging som helsetjenesteforskningen er avhengig av. Uten at det gis rom for disiplinbasert utvikling av begreper, teorier og metoder med helsetjenesten som temaområde, vil helsetjenesteforskningens faglige grunnlag svikte». Det synes her å være noe dårlig samsvar mellom vurderinger og stillingsforslag.

Fordeling av prosjektmidler

Under pkt. 7.2 foreslås en styringsgruppe for helsetjenesteforskning som får til disposisjon øremerkede bevilgninger over Sosialdepartementets budsjett, eventuelt også bidrag fra Kirke- og undervisningsdepartementets bevilgning til NAVF. Dette siste mener jeg vil være svært uheldig. Det samfunnsvitenskapelige

lige fagråd (RSF) under NAVF bør fortsatt gi støtte til prosjekter innen helsetjenesteforskning. Helst bør denne støtte økes. I den styringsgruppe som foreslås vil det antagelig være bare 1—2 representanter med faglige kvalifikasjoner til å vurdere en søknad om støtte til disiplinorientert forskning. Slike søknader bør derfor heller behandles i RSF, hvor man har bygd opp et apparat for skikkelig faglig vurdering. Det er vesentlig at det eksisterer finansieringskilder som er uavhengige av hverandre, slik at ulike kriterier kan legges til grunn ved prioritering av forskningsprosjekter. Dette kan gi en bedre samlet fordeling av forskningsmidlene enn om alt ble kanalisert gjennom et enkelt organ.

¹⁾ Conrad Krohn: «Om tverrfaglighet — og dens forutsetninger». SINTEF-rapport, 22.7. 1980, s. 8.

Hovedkomiteen for Norsk Forskning

(CENTRAL COMMITTEE FOR NORWEGIAN RESEARCH)

Huitfeldtsgt. 47, Oslo 2

Tlf. 33 35 72

Publikasjonsliste

Publikasjoner fra Hovedkomiteen.

(Fås ved henvendelse til sekretariatet)

Informasjonsbrosjyre om Hovedkomiteens organisasjon og virksomhet.
Oslo, 1980.

A. Meldinger.

Melding nr. 1:

Retningslinjer for en norsk forskningspolitikk.
Oslo, 1968.¹⁾

Melding nr. 2:

Forskerrekruttering og forskerutdanning.
Oslo, 1968.

Melding nr. 3:

Grunnforskning i fysikk i Norge.
Oslo, 1968.

Melding nr. 4:

Forskningens organisasjon i Norge.
Oslo, 1971.¹⁾

Tilleggsmelding til Melding nr. 4
Oslo, 1972.

Melding nr. 5:

Forskningsbehov og forskningspolitikk.
Oslo, 1976.¹⁾

Beretning – 2. periode 1969–1973.

Oslo, 1973.

Beretning for 1978 og 1979.

Oslo, 1980.

B. Rapporter, innstillinger m. v.

Skrifter nr. 1:

Norsk Fysikk, omfang – struktur og vekst.
Tormod Riste og Egil Spangen.
Oslo, 1968. (Utgått.)

¹⁾ Også oversatt til engelsk.

National Science Policies in Europe. Present situation and Future Outlook. NORWAY.
Et UNESCO-dokument.
Oslo, 1970.

Forskningsorganer i Norge:
Norske og engelske offisielle navn.
Oslo, 1972.

Innstilling om forskningsrådsstruktur og samfunnsplanlegging fra et utvalg oppnevnt blant Hovedkomiteens medlemmer.
Oslo, 1974.

Rapport om tverrfaglig forskning.
Oslo, 1975.

Development and Utilization of Social Science Research in Norway.
Second draft, Oslo 1974.²⁾

Research in Norway.	Utgis i samarbeid med Utenriksdepartementet og Norges almenvitenskapelige forskningsråd.		
1973	1976	1979	
1974	1977		
1975	1978		

Skrifter nr. 2:
Utvikling og bruk av samfunnsvitenskapene.
En seminarrapport.
Oslo, 1976.

Skrifter nr. 3:
Sosiale problemer, helse og arbeidsliv.
Rapport fra kjernegruppe 3.
Oslo, 1975.

Skrifter nr. 4:
Opplærings- og utdanningsproblematikk.
Rapport fra kjernegruppe 4.
Oslo, 1976.

Forskningsformidling. Rapport fra et utvalg.
Oslo, 1978.

Arbeidsrapport om samfunnsrettet forskningsformidling.
Sissel Fredriksen.
Oslo, 1978.

Skrifter nr. 5:
Samfunnsforskning og statistikk.
En artikkelsamling.
Oslo, 1979.

²⁾ Utgått, men bearbeidet versjon finnes i OECD: «Social Science Policy — Norway», Paris 1975.

Skrifter nr. 6:

Arbeidsmiljøforskning. En drøfting av noen forskningspolitiske styrings- og planleggingsproblemer med hovedvekt på psyko-sosial arbeidsmiljøforskning.

Tom Colbjørnsen.

Oslo, 1978.

Skrifter nr. 7:

Arbeidsmiljø og teknologi. En utredning om arbeidsmiljøkomponenten i den teknologiske forskning.

Frithjof Lund.

Oslo, 1979.

Arbeidslivs- og arbeidsmiljøforskning – særlig på bakgrunn av den teknologiske utvikling.

En forskningspolitisk innstilling fra et utvalg nedsatt av Hovedkomiteen for norsk forskning.

Oslo, 1979.

Arbeidsrapport om Humanistisk forskning ved de kunst- og kulturhistoriske museene.

Rapport til Hovedkomiteen for norsk forskning.

Atle Thowsen.

Bergen, mars 1980.

Skrifter nr. 8:

Oppdragsforskning – en seminarrapport.

Oslo, 1980.

Skrifter nr. 9:

Demokrati og folkeaksjoner.

Oslo, 1980.

Om grunnforskningens stilling og betydning.

Rapport til Hovedkomiteen for norsk forskning.

Otto Bastiansen.

Oslo, 1980.

Skrifter nr. 10:

Oppdragsforskning – særlig om prinsipper for dens organisering.

En rapport fra Hovedkomiteens utvalg for forskningsformidling.

Oslo, 1981.

Skrifter nr. 11:

Desentralisering av forskning.

Innstilling fra Hovedkomiteens utvalg for desentralisering av forskning.

Oslo, 1981.

Helsetjenesteforskning i Norge.

Innstilling fra et utvalg nedsatt av Hovedkomiteen for norsk forskning.

Oslo, 1981.

C. Utredninger i forbindelse med Hovedkomiteens analyse av forskningsbehov i tiden 1973—1976.

Rapport fra kjernegruppe 1:

Forskningsbehov i tilknytning til produksjonsproblematikken.

Grunnlagsmateriale:

- Fysiske faktorer i ressursproblematikken
av Ivan Th. Rosenqvist
- Industriutvikling og forskningsbehov
av Anders Omholt
- Hvorledes blir konsumentenes interesser ivaretatt ved vårt produksjonssystem
av Tora Houg
- Landbrukets plass i morgendagens produksjonsbilde
av Roald Vaage
- Fiskerinæringens plass i morgendagens produksjonsbilde
av Roald Vaage
- Produksjonsproblematikken og tilhørende forskningsbehov sett fra et arbeidstakersynspunkt
av Jan Balstad

(Grunnlagsmaterialet er trykket sammen med rapporten).

Rapport fra kjernegruppe 2: Vitenskapsforskning og forskningspolitikk.

Grunnlagsmateriale:

- Strukturen i norsk forskning
av Ragnvald Kalleberg, Vidar Keul og Randi Nagelhus
- Forskningspolitikk med distriktpolitikken som referansepunkt
av Tore Lindbekk
- En teori om institusjonalisering og legitimering
av John Lundstøl
- Krise og legitimering – utkast til samfunnsteori
av John Lundstøl
- En teori om vitenskapens samfunnsmessige betydning
av John Lundstøl

Rapport fra kjernegruppe 3: Sosiale problemer, helse og arbeidsliv.

Grunnlagsmateriale:

- Ikke bare fravær av sykdom eller lyte
av Dag Bruusgaard
- Helsetilstanden 1950—1970. Noen flere data
av Tor Inge Romøren
- Trygdeforskning
av Jon Eivind Kolberg

Rapport fra kjernegruppe 4: Opplærings- og utdanningsproblematikk.

Grunnlagsmateriale:

- Sosialiseringfunksjonen – en kritisk drøftelse
av Lars Monsen

Rapport fra kjernegruppe 5: Natur-, miljø- og ressursproblematikk.

Grunnlagsmateriale:

- Fysiske faktorer i ressursproblematikken
av Ivan Th. Rosenqvist
- Uttalelser om målsetting for vår bruk av natur, miljø og ressurser
av Roald Vaage
- Økokrise og samfunn
av Sigmund Kvaløy

(Grunnlagsmaterialet er trykket sammen med rapporten).

Rapport fra kjernegruppe 6: Forskning om fordelings- og styringsproblemer.

Grunnlagsmateriale:

- Om en tilnæringsmåte og analyseramme for utredning av forskningsoppgaver i tilknytning til fordelings- og styringsspørsmål
av Gudmund Hernes
- Om dei regionale dimensjonanene i fordelings- og styringsproblematikken
av Torodd Strand

Notater om forskning og forskningspolitikk.

En utredning av en del prinsipielle spørsmål i forbindelse med Hovedkomiteens analyse av forskningsbehov
av Tormod Hermansen.

Oslo, 1976.

