

Vedlegg 1 – Bakgrunnsdokumenter

HELTEFs høringsuttalelse til omorganisering av den sentrale sosial- og helseforvaltning, 2001.

Høringsuttalelse fra HELTEF

Fornyelse av den sentrale sosial- og helseforvaltningen

Generelt

HELTEF ser på høringsbrevet som et godt utgangspunkt for en nødvendig fornyelse og samordning av den sentrale sosial- og helseforvaltningen. Det er gledelig og nødvendig at departementet har tatt initiativ til en slik omfattende omorganisering. HELTEF er ikke direkte berørt av forslagene i skissen som omfatter de tre "nye" etatene:

- Sosial- og helsedirektorat
- Nasjonalt folkehelseinstitutt
- Statens helsetilsyn

I avsnitt 6.3 *Behovet for gjennomgang av sentrale metode- og kunnskapsmiljøer* nevnes HELTEF som et av miljøene som vil bli vurdert i forbindelse med en utredning av utforming og forankring av denne funksjonen. HELTEF vil anbefale på det sterkeste at en gjennomgang av kompetansebehovet med hensyn til helsetjenesten må skje parallelt med den skisserte omorganiseringen med tanke på en fornuftig oppgavefordeling. Vår hovedkonklusjon er at det i tillegg til de tre nevnte etatene opprettes et

- Nasjonalt helsetjenesteinstitutt

HELTEF vil i denne høringsuttalelsen i hovedsak redegjøre for hvilke oppgaver som bør ivaretas av et slikt institutt. Vi vil også diskutere hvorledes oppgavene best kan organiseres, og argumentere for opprettelsen av et selvstendig Nasjonalt helsetjenesteinstitutt. I tillegg vil vi kommentere enkelte punkter i høringsbrevet. Avslutningsvis diskuteres evt. løsninger med færre enn fire etater.

Opprettelse av et Nasjonalt helsetjenesteinstitutt

En god helsetjeneste er avhengig av kunnskap både om helse/sykdomsforhold og om hvordan og i hvilket omfang helsetjenestene skal utøves. Sosial- og helsedirektoratet kan spille på Nasjonalt folkehelseinstitutt i spørsmålet om årsak til og utbredelse av helse- og sykdomsforhold, men har ingen systematisert kunnskapsforankring i forhold til hva som skaper gode helsetjenester eller hvorvidt helsetjenester fungerer godt for befolkningen. Det er behov for en klarere nasjonal strategi for arbeidet med kartlegging, behovsvurdering og overvåking av helsetjenesten i Norge. Høringsbrevet angir at "*sosial- og helseforvaltningen bærer preg av å ha en fragmentert organisering og mangel på helhetlige strategier*" (s 10). Dette gjelder i like stor grad miljøer som er fokusert mot kartlegging og forståelse av befolkningens helsetilstand – og som nå er foreslått organisert i ett Nasjonalt folkehelseinstitutt – som miljøer som arbeider med vurdering av helsetjenesten. Det er derfor behov for ett nasjonalt kompetanseinstitutt som kan ivareta kunnskap om helsetjenesten.

Funksjonene som skal dekkes av et slikt Nasjonalt helsetjenesteinstitutt (National Institute of Health Services) kan beskrives langs tre dimensjoner:

- Hvilke helsetjenester skal vurderes?
- På hvilken måte skal helsetjenestene vurderes?
- Hvem er mottakere/målgruppe for den kunnskapen som skal formidles?

Hvilke helsetjenester skal vurderes?

I dette perspektivet som ser på ulike nivåer/arenaer hvor helsetjenesten utøves, er det naturlig å dele helsetjenesten i følgende områder:

- Forebygging på gruppenivå
- Primærhelsetjeneste
- Spesialisthelsetjeneste
- Internasjonale helsespørsmål

Forebygging på gruppenivå vil omfatte f.eks. nasjonale handlingsplaner/tiltak m.h.t. forebyggende og helsefremmende arbeid relatert til livsstilsfaktorer som ernæring, fysisk aktivitet, rusmidler og tobakk og kommunale samfunnsmedisinske oppgaver som miljørettet helsevern.

HELTEF vil særlig vektlegge at et Nasjonalt helsetjenesteinstitutt ikke kun må begrense sin virksomhet til nasjonale helse- og helsetjenestespørsmål, men også samle og koordinere den helsefaglige kompetansen på internasjonale helsespørsmål. Norge har for lite kunnskap i forvaltningen på dette feltet og kompetansen som finnes er spredt på få personer i SHD, Helsetilsynet og NORAD. Samtidig har Norge en sentral rolle i multilaterale sammenhenger som WHO, UNAIDS, Verdensbanken osv. og vi er en viktig finansiell bidragsyter internasjonalt. Skal vårt politiske internasjonale helseengasjement og politikkutforming forankres i et bedre kunnskapsgrunnlag, må vi også oppruste et sentralt forvaltningsmessig kompetansemiljø på dette. En forankring i et Nasjonalt helsetjenesteinstitutt vil sikre at den nødvendige tverrfaglige metodekompetanse er tilgjengelig, og vil være den mest naturlige plassering etter den skisserte omorganiseringen.

På hvilken måte skal helsetjenestene vurderes?

Det er nødvendig å vurdere helsetjenester på ulike måter og med ulike metoder.

Spørsmålene et Nasjonalt helsetjenesteinstitutt må ta stilling til er som følger:

- Hvilke tiltak/intervensjoner har effekt?
- Hvordan skal vi prioritere mellom ulike tiltak ved begrensede ressurser?
- Hvordan endrer man praksis i helsetjenesten?
- Hvor mange pasienter behandles og til hvilken kostnad?
- Hvordan er tilgangen til helsetjenester og er den tilpasset behovet?
- Hvordan er effekten av tiltak/intervensjoner når de er implementert i helsetjenesten?

For å svare på disse spørsmålene er det behov for ulike metodologiske tilnærminger.

Effektvurdering

For å svare på hvilke tiltak i helsetjenesten som har effekt, må man ty til kunnskap ifra kontrollerte studier. Den metodologiske kompetansen som er nødvendig går gjerne under betegnelsen klinisk epidemiologi, kunnskapsbasert medisin (evidence based medicine) eller medisinsk metodevurdering. I internasjonale forskningsmiljøer snakker man også om "efficacy"- perspektivet, dvs. hva det er mulig å oppnå med et tiltak under ideelle betingelser. Med ideelle betingelser menes her situasjoner hvor praksis vurderes under streng forskningsmessig kontroll, hvor tiltakene er eksakt definerte og gjennomføringsgraden stor, hvor utøveren av tiltakene er sterkt motiverte og hvor mottakerne av tiltak ofte har gitt samtykke til å delta i en studie, og derfor kan representere en selektert populasjon. Cochrane-samarbeidet er den internasjonale aktør som systematiserer den kunnskap som er tilgjengelig på dette feltet. Avdeling for

Samfunnsmedisin ved Folkehelse har vært sentrale i dette viktige internasjonale samarbeidet, og bør være sentral i oppbyggingen av et Nasjonalt helsetjenesteinstitutt. I tillegg har Senter for medisinsk metodevurdering ved SINTEF Unimed betydelig kompetanse innen dette feltet. Helsetilsynet bidrar også i dette arbeidet.

Basert på beskrivelsen i avsnitt 6.3 ser det ut til at departementet har avgrenset behovet for kompetanse når det gjelder helsetjenester til kun dette perspektivet. HELTEF mener det er av sentral betydning også å se på hvordan man skal besvare de fem andre spørsmålene som er skissert over for at et Nasjonalt helsetjenesteinstitutt skal ha den nødvendige bredde og kompetanse.

Prioritering

Allerede i dag, og trolig i økende grad i årene som kommer, er de ressurser man tilfører helsetjenesten lavere enn hva det vil koste å gjennomføre alle de effektive tiltak det er mulig å innføre. Med begrensede ressurser er det behov for å prioritere mellom aktuelle tiltak. I den analyse som bør ligge til grunn for en prioritering, er effektiviteten av tiltakene – både om det er effekt og hvor stor den er – helt avgjørende. I tillegg må man også ta med i vurderingen kostnadene de ulike tiltakene medfører. Det er derfor behov for helseøkonomiske vurderinger som f. eks. kostnad-nytte evalueringer, innbefattet begreper som "willingness to pay", diskontert fremtidig inntjening, kvalitetsjusterte leveår, "disability adjusted life years" m.m. Det er dessverre få miljøer bortsett fra de helseøkonomiske miljøene ved universitetene som har kompetanse innen dette feltet. Det er derfor viktig å bygge opp en helseøkonomisk kompetanse i det Nasjonale helsetjenesteinstituttet. Når grunnlaget for prioriteringen er lagt i form av slike analyser, er det opp til tilbydere av helsetjenestene og det politiske nivået å prioritere.

Endringsprosesser

Ofte vil nye tiltak/intervensjoner som identifiseres som effektive være i konflikt med den gjeldende praksis i helsetjenesten. Det er derfor nødvendig med kunnskap som søker å endre praksis i retning av tiltak som har et klart definert kunnskapsgrunnlag. Det er behov for en tverrfaglig kompetanse for å ha kunnskap om hvordan man kan få til slike endringsprosesser. Avdeling for samfunnsmedisin ved Folkehelse arbeider systematisk med å studere i kontrollerte forsøk hvordan praksis kan endres. Dette er viktig kunnskap. I tillegg har blant annet HELTEF og Sintef Unimed kompetanse innen dette området. Nær knyttet til dette feltet er erfaringsbasert kunnskap om hvordan man skaper gode samarbeidsrelasjoner mellom helsetjenesten og andre sektorer. Forskningsområdet dekker både kvalitativ og kvantitativ tilnærming.

Produksjons- og aktivitetstall

Det er ønskelig å ha en løpende kvantitativ oversikt over "produksjonen" i helsevesenet. Antall behandlede pasienter, antall opererte pasienter osv. og de ressursene som går med til dette er aktivitetsmål som er nødvendige for å kunne vurdere og ha en oversikt over helsetjenesten. SINTEF Unimed er det miljøet som i stor utstrekning leverer denne typen data og analyser i Norge. Det Nasjonale helsetjenesteinstituttet har behov for å kunne styre og samordne aktiviteten med produksjons- og aktivitetstall. Dette kan enten løses gjennom å etablere en enhet innen instituttet som utfører disse oppgavene, eller ved å gi instituttet bestillerfunksjon overfor eksterne miljøer. Norsk pasientregister (NPR) er delvis foreslått lagt til det Nasjonale folkehelseinstituttet i høringsbrevet. Selv om denne typen data kan være egnet til å si noe om helsetilstanden, er de først og fremst sentrale som aktivitetsmål

for helsetjenesten som blant annet synliggjør pasientflyt. Funksjonen bør derfor være tilknyttet kompetanseinstituttet for helsetjenesten.

Behovs- og tilgangsvurdering

Det Nasjonale helsetjenesteinstituttet må arbeide med er å fremskaffe kunnskap om tilgangen til helsetjenester er fordelt likt i forhold til geografi, sosioøkonomiske data og andre forhold, og om den er tilpasset behovene for barn, ungdom, middelaldrende og den eldre delen av befolkningen. En slik analyse er både avhengig av data om aktiviteten i helsetjenesten og data om helsetilstanden. Sistnevnte medfører at det er behov for et nært samarbeid med det Nasjonale folkehelseinstituttet. Det er også sentralt å vurdere om tilbudet av helsetjenester er tilpasset behovet i befolkningen – både i dag og ikke minst i fremtiden. Sistnevnte medfører behov for modeller som sier noe om utviklingen av helsetilstand og helsetjenester fremover.

Resultat-/kvalitetsvurdering

Til slutt vil vi vektlegge at aktivitetsmål som angitt under produksjons- og aktivitetstall tall ikke gir tilstrekkelig informasjon om helsetjenestens evne til å løse sine oppgaver. Det er i tillegg behov for å vurdere kvaliteten eller resultatene av tiltakene som gjennomføres. I internasjonal forskning omtaler man dette som resultatforskning eller "outcomes research". I en slik forskningstradisjon samler man kunnskap om effekter av tiltak der de faktisk utøves. Det er ikke gitt at et tiltak som fungerer ved universitetssykehus i f.eks. USA vil fungere like godt ved sentralsykehus i Norge. Det er videre viktig å avdekke faktorer som bidrar til at effektiviteten slik den måles i den virkelige verden (effectiveness) avviker fra effektiviteten slik den måles under ideelle betingelser (efficacy). I nær tilknytning til denne forskningen ligger arbeidet med løpende vurdering av kvaliteten i tjenesteutøvelsen. Her vil man være opptatt av faglig/klinisk kvalitet, overlevelse, pasienterfart kvalitet, pasientens funksjonsnivå og helserelatert livskvalitet sett i relasjon til ressursbruk.

Denne typen kvalitetsmål kan enten være aggregert på et eller annet institusjonsnivå i form av kvalitetsindikatorer eller de kan måle kvalitet i forbindelse med bestemte tiltak/prosedyrer i form av kvalitetsregistre. Departementet har startet arbeidet med å utvikle kvalitetsindikatorer for norske sykehus. Det er viktig at dette arbeidet styrkes og får en sentral plass i det Nasjonale helsetjenesteinstituttet. Det er i hovedsak to miljøer i Norge som per i dag arbeider med dette med en noe ulik profil: HELTEF og SINTEF Unimed.

I Norge finnes en rekke ulike kvalitetsregistre som i dag drives i regi av lokale ildsjeler, og ofte som en del av virksomheten til spesialforeninger i Legeforeningen.

Det er en viktig nasjonal oppgave å bringe de norske nasjonale kliniske kvalitetsregistre minst opp på linje med de danske og svenske. Noe av arbeidet med kvalitetsregistre er i dag forankret i Helsetilsynet. Det Nasjonale helsetjenesteinstituttet bør ha et ansvar for å stimulere drift og videreutvikling og etablering av nye nasjonale kliniske kvalitetsregistre. I et lengre tidsperspektiv bør det Nasjonale helsetjenesteinstituttet overta driftsansvaret for slike registre, og eventuelt få til en samlokalisering av de mindre nasjonale kliniske kvalitetsregistre som kan gi dem et felles sekretariat. Av hensyn til den kontinuerlige drift av disse registre bør dette skje gradvis og i dialog med de aktuelle samarbeidspartnere. De som i dag har driftsansvaret vil lett kunne oppfatte forslag om en slik overføring som en "ekspropriasjon", og det er grunn til å frykte at oppdateringen av registrene dermed vil bli mangelfull, og kanskje stanse helt opp.

Hvem er mottakere/målgruppe for den kunnskapen som skal formidles?

Den kunnskap og informasjon som genereres i forbindelsen med analysen av de seks ulike aspektene ved de fire ulike gruppene av helsetjenester har en rekke målgrupper:

- Forvaltning
- Tilbydere og utøvere av helsetjenester
- Befolkning/pasienter

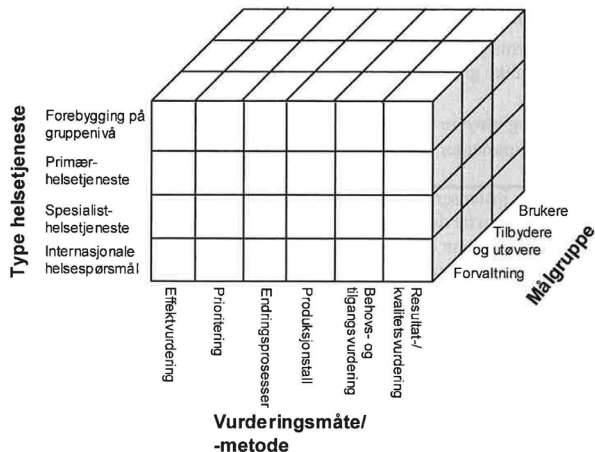
I forvaltningen vil flere instanser ha behov for den samme informasjon, kunnskap og faktagrunnlag, men vil benytte den på ulik måte. Det er derfor hensiktsmessig å samle funksjonene som skal samle inn data, bearbeide disse og analysere dem på en objektiv måte i et Nasjonalt helsetjenesteinstitutt istedenfor å duplisere arbeid og kompetanse innen flere etater. Etatene kan da rendyrke sin funksjon som vil være å tolke informasjonen gitt overordnede premisser og strategier. Departementet vil ha behov for informasjon på et overordnet nivå innen de fleste aspektene. Helsetilsynet vil gjennom sitt ansvar for overordnet tilsyn med helsetjenesten ha særlig behov for en behovs-/tilgangsvurdering og en kvalitets-/resultatvurdering som kan danne grunnlag for det overordnede tilsynet. Sosial- og helsedirektoratet vil ha særlig behov for effektvurderinger og en prioriteringsanalyse. Den etaten som skal eie sykehusene vil ha behov for effektvurderinger, kunnskap om endringsprosesser, produksjonstall, behovsvurdering og kvalitet. Utøverne av helsetjenester vil særlig ha behov for effektvurderinger og resultat-/kvalitetsvurderinger, mens befolkningen og pasientene vil ha et krav på informasjon om sistnevnte.

Oppsummering av funksjoner for et Nasjonalt helsetjenesteinstitutt

HELTEF har i gjennomgangen over lagt vekt på en analyse av hvilke behov et samfunn har når det gjelder kunnskap om helsetjenester. Vi har delt oppgavene for det vi anbefaler bør etableres som et Nasjonalt helsetjenesteinstitutt i tre dimensjoner (se figur). Vi har i oversikten prøvd å nevne miljøene hvor kompetansen (utenfor universitetene) når det gjelder disse oppgavene finnes i dag i Norge. Vi har ikke tatt stilling til hvilke enheter som eventuelt bør innlemmes i det nasjonale helsetjenesteinstituttet. Det bør være departementets oppgave i det videre arbeidet med omorganiseringen.

Den nye organiseringen av den sentrale sosial- og helseforvaltningen forutsetter et godt og nært samarbeid mellom de nye etatene og mellom de nye og allerede eksisterende etater. På noen områder kan det være behov for en klarere grenseoppgang mellom hva som er den enkelte etats funksjon. Dette vil også gjelde ansvarsområdene til det nasjonale folkehelseinstituttet og det nasjonale helsetjenesteinstituttet, som på enkelte områder ikke vil følge en inndeling som den som fremgår av institusjonens navn. Et eksempel kan være smittevernfeltet som vil omfatte både overvåkning av helsetilstanden, vurdering av tiltak og også delvis utøvelse av tiltak. På mange måter kunne man kanskje derfor slå sammen disse to kompetanseinstitusjonene til en – et Nasjonalt folkehelse- og helsetjenesteinstitutt. Når HELTEF ikke primært vil tilrå en slik løsning, er det først og fremst p.g.a. at en slik institusjon må ha sin oppmerksomhet rettet mot for mange områder samtidig. Selv om det på enkelte områder er behov for overlappende kompetanse, er det viktig å understreke at å vurdere helsetilstanden i befolkningen og tilstanden i helsetjenester er to ganske forskjellige ting – som krever ulikt fokus og kjernekompetanse.

Oppgaver for et **Nasjonalt helsetjenesteinstitutt**



På sett og vis kan dette argumentet brukes mot ideen om å etablere ett Nasjonalt helsetjenesteinstitutt istedenfor å bygge videre på de ulike miljøene man har i dag uten en samorganisering. Når HELTEF anbefaler etableringen av ett nasjonalt kompetanseinstitutt også for helsetjenester, er det fordi kompetansmiljøene på helsetjenester fort kan bli for svake og fragmenterte i forhold til det ene kompetansmiljøet på helseforhold. Norge trenger sterke og tunge aktører innen begge felter. Se for øvrig diskusjonen mot slutten av notatet.

Veien videre

Den viktigste suksessfaktoren i forbindelse med omorganiseringen – i tillegg til det å legge en overordnet struktur for de nye institusjonene – er valget av ledere av de forhåpentligvis fire etatene. Hvor godt de nye etatene vil fungere vil naturligvis være fullstendig prisgitt kvaliteten på de som skal lede virksomhetene. Vi kan se for oss et ”beste-scenario” hvor lederne av etatene har den faglige styringsevne, innsikt, integritet og fleksibilitet som kan lede og samordne hele etatens brede virksomhet og som er i stand til å formidle dette til øvrige aktører i helseforvaltningen og til departementet. Det finnes også et ”verste-scenario” hvor lederne av etatene på ulike nivå inngår i nye maktspill om posisjoner, innflytelse og ressurser, og hvor distansen mellom faktisk kompetanse og politisk ledelse bare øker. HELTEF antar at dette for departementet er selvsagt. Hvis man ikke oppnår fremragende valg av ledere til institusjonene/etatene, kan hele omorganiseringsprosessen vise seg å bli meget kostbar og lite funksjonell.

Det er derfor betydning at prosessen med rekruttering av de nye lederne kommer igang tidlig og helst umiddelbart etter at de nødvendige overordnede beslutninger er fattet. Det er viktig at lederne for de fire institusjonene (Helsedirektøren, direktør for Sosial- og helsedirektoratet, og direktørene for det Nasjonale folkehelseinstituttet og det Nasjonale helsetjenesteinstituttet) får mulighet til å påvirke og styre prosessen mot en mer konkretisert utforming av de fire institusjonene. Uten at det skjer vil trolig posisjonene være mindre attraktive og de nye lederne vil ha mindre mulighet til å forme institusjonen slik det er hensiktsmessig.

Alternativer til fire etater

Vi har forståelse for at departementet ønsker så få aktører/etater som mulig, og ser muligheten for at man vil velge løsninger med enda færre etater enn det vi foreslår. Vi har i det foregående argumentert for at fire etater vil gi en god balanse som ivaretar den utøvende rolle, tilsynsrollen, kompetanserollen med hensyn til folkets helse og kompetanserollen i forhold til helsetjenestens ytelser. For å sikre et lavest mulig antall aktører/etater tror vi det er riktig i samme runde å vurdere plasseringen til f. eks. Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS), Statens rettskikkologiske institutt (SRI) og den faglige aktiviteten i Statens strålevern. Mange av deres funksjoner henger naturlig sammen med et Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Dersom man velger færre enn fire etater, og således velger å legge helsetjenestekompetansen under en annen etat, har vi følgende vurderinger.

En forvaltningsetat og et kompetanseinstitutt

Dersom kompetanse (forvaltningsmessig og faglig) oppleves som en meget knapp ressurs, kunne man tenkt å slå sammen de fire funksjonene i bare to etater, en forvaltningsetat og et kompetanseinstitutt. Dess mindre en nasjon er, dess vanskeligere vil det være å bygge opp systemer med til dels overlappende kompetanse. Vi vil rett og slett ikke være mange nok til å dekke alle områder. I en slik situasjon kan det være rasjonelt å tenke seg muligheten av å slå sammen forvaltningsetatene som skal dekke utøvende oppgaver og tilsynsfunksjon, i en etat – Sosial og helsedirektoratet, og kompetanseinstitusjonene i en etat – Nasjonalt folkehelse- og helsetjenesteinstitutt. På forvaltningssiden har dette positive og negative sider. Positivt vil det være å kunne benytte forvaltnings- og rådgivningskompetansen mer effektivt. Det vil være negativt i forhold til rendyrkning av roller og mulige habilitetskonflikter, f.eks. i forbindelse med tilsynsoppgaver og rådgivning. Det er samtidig et åpent spørsmål om Helsetilsynet i fremtiden vil kunne rekruttere personer med ønsket kompetanse når mye av rådgivningsfunksjonene legges ut av tilsynet.

Når det gjelder sammenslåingen av folkehelse- og helsetjenestefunksjoner på kompetansesiden gjelder samme argumentasjon som over og nedenfor.

Et kompetanseinstitutt – Nasjonalt folkehelse- og helsetjenesteinstitutt

En slik løsning ville ha både fordeler og ulemper. Slik vi har fremført tidligere, vurderer vi det slik at ulempene overskygger fordelene.

- Fordelene er knyttet til at folkehelseperspektivet er viktig også for hvordan helsetjenesten skal vurderes. Det er viktig at helsetjenesten er vel tilpasset de helseutfordringene som befolkningen står overfor, og at man får muligheter til å vurdere både helsetilstand og tiltak under ett.
- Ulempene er knyttet til at det Nasjonale folkehelseinstituttet har et meget videre perspektiv enn bare helsetjenesten. Det er i mange sammenhenger påpekt at 80-90 % av de forutsetningene som ligger til grunn for god befolkningshelse relaterer seg til faktorer utenfor helsetjenesten. Vi tror det er særdeles viktig at det Nasjonale folkehelseinstituttet har en sterk rolle i forhold til et slikt perspektiv, men tror det er vanskelig samtidig å ha et tilstrekkelig fokus på helsetjenesten.
- Helsetjenesten er landets største organisasjon som omfatter nesten 10 % av BNP. For at en kompetanseenhet på en så omfattende virksomhet skal bli bra, tror vi det er nødvendig for hele etaten å arbeide bare med dette området.

- Det er også viktig å peke på at populasjonene som skal undersøkes ofte er forskjellige i et folkehelseperspektiv og i et tjenesteperspektiv. I folkehelseperspektivet er det befolkningen samlet som er interessant. I helsetjenesteperspektivet er det ofte pasientene eller subgrupper av pasienter som skal vurderes.
- Vi tror at også helsetjenesten, de som utøver tjenester i primær- og spesialisthelsetjenesten, vil være tjent med et sterkt nasjonalt kompetanseinstitutt på helsetjenester.
- Samlet er vi bekymret for mulighetene av at de store og viktige forsknings- og utviklingsoppgavene som helsetjenesten står overfor kan komme i skyggen av andre oppgaver i et Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Sosial- og helsedirektoratet får ansvar for helsetjenestekompetanse

Vi mener det vil være prinsipielt uheldig å sammenblende forvaltningsfunksjoner og forsknings- og kompetansefunksjoner. Erfaringen er også at det er vanskelig å skaffe og beholde fremtredende forskningskompetanse i en forvaltningsinstitusjon, og at kompetansefunksjonen gradvis belastes med store forvaltningsoppgaver. Dette er hverken forvaltningen eller kunnskapsmiljøene tjent med. I en eventuelt slik tenkt situasjon tror vi det ville være riktig at Sosial- og helsedirektoratet inntok en bestillerrolle i forhold til kunnskapsmiljøene. Dersom det nye direktoratet inntok en slik bestillerrolle ville løsningen være ganske lik dagens situasjon. På mange måter ville man da ha beholdt mangfoldet, men ikke oppnådd de synergieffekter og fordeler en samling ville ha hatt og som er planlagt innen det andre kompetansefeltet gjennom opprettelse av et nytt Nasjonalt helsetjenesteinstitutt.

På bakgrunn av dette vil HELTEF primært tilrå at kompetansefunksjonene for helsetjenesten legges til en ny fjerde etat – et Nasjonalt helsetjenesteinstitutt. Sekundært kan vi også se for oss en samling av kompetansefunksjonene i et institutt – et Nasjonalt folkehelse- og helsetjenesteinstitutt. For behovet for helsetjenestekompetanse sin del forutsetter sistnevnte alternativ at helsetjenestemiljøet blir tilstrekkelig stort og bredt faglig sett og dermed dekker alle de funksjonene vi har skissert. Det tredje alternativet vil være en klarere avklaring av bestillerfunksjon i forvaltningen med det nye direktoratet i denne rollen og med eksisterende og eventuelle nye frittstående institutter/sentre som utrednings- og forskningsinstitusjoner.