



DSI i det nye sundhedsvæsen

DSI Institut for Sundhedsvæsen

Oktober 2005

DSI i det nye sundhedsvæsen

I. Strategi og visioner for de kommende år

Instituttets formål har siden oprettelsen i 1975 været at skabe og formidle et forbedret vidensgrundlag for løsningen af de opgaver, der ligger hos de planlæggende og styrende myndigheder inden for sundhedsvæsenet. DSI opfylder sit hovedformål gennem praktisk sundhedstjenesteforskning med fokus på økonomi og organisering og ved at være et videnscenter for sundhedsvæsenet, som yder praktisk rådgivning og konsulentbistand, har et bibliotek og holder foredrag, kurser og konferencer, udover den sædvanlige forskningsformidling i bøger og tidsskrifter.

DSI Institut for Sundhedsvæsen ledes af en bestyrelse af folkevalgte politikere udpeget af stifterne, som er Amtsrådsforeningen og Københavns og Frederiksberg kommuner. Institutet har ca. 50 ansatte. Årsomsætningen er ca. 28 millioner kroner (2004), hvoraf de 12,5 millioner kroner kommer som faste tilskud fra stifterne og Det kommunale Momsfond til forskning og biblioteksfunktion. Resten kommer hovedsageligt fra projektspecifikke tilskud fra forskningsfonde og indtjening på udviklings- og evalueringsprojekter.

Den kommende struktur- og kommunalreform vil også påvirke DSI. For det første påvirkes stifterkonstruktionen og dermed også det finansielle grundlag. For det andet kommer kommunerne til at spille en anden og mere central rolle end nu – også for DSI, da vidensproduktionen må følge sundhedsopgaverne. DSI er da også allerede i fuld gang med projekter og forskellige kursusaktiviteter for kommunerne.

Bestyrelsen har på to bestyrelsesmøder i år drøftet det grundlag og de forudsætninger, hvorpå DSI skal gå ind i det nye sundhedsvæsen. Det er sammenfattet i dette strateginotat, som dermed også danner grundlag for de videre drøftelser, der skal gennemføres med nuværende stiftere og de nye interessenter, der kunne tænkes at indgå i stifterkonstruktionen bag det fremtidige DSI Institut for Sundhedsvæsen.

Strategien for DSI i det nye sundhedsvæsen omfatter følgende komponenter:

- Visionerne er, at DSI er et nationalt institut, der skaber og formidler viden på tværs i det danske sundhedsvæsen og dermed forener forskning og udvikling.
- Stifterkreds, finansiering af basistilskud og bestyrelseskonstruktion hænger sammen. Der lægges op til en model med en bredere stifterkreds, i hvert fald også omfattende kommunerne (KL) udover regionerne (Regionsforeningen). Dette skal afspejles i den kommende bestyrelses sammensætning, idet udgangspunktet er, at kommende DSI-bestyrelser også kan omfatte andre medlemmer, f.eks. relevante fagkyndige fra forskningsmiljøerne og embedsværket, der udpeges for fireårige perioder.

- En del af basistilskuddet skal indlejres i fireårige kontrakter mellem de bidragydende stiftere og instituttet, hvor det tematisk beskrives, hvilke forsknings- og udviklingsopgaver og øvrige aktiviteter der skal udføres i instituttet. Dette skal medvirke til en tættere dialog mellem instituttet og stifterne om den faglige strategi i instituttet og de opgaver og vidensbehov, som vi skal arbejde med.
- I forlængelse heraf lægger instituttet op til en mere markant sondring mellem den strategiske og tematiserede forskning og de mere kortsigtede projektaktiviteter, der også skal være plads til i et institut, som skal imødekomme sundhedsvæsenets skiftende vidensbehov inden for vores fagområder. Et strategisk forskningstema i DSI skal omfatte grundige forskningsprojekter og systematisk erfaringsmonitorering fra udlandet. Flere forhold peger på, at et forskningstema for de kommende fire år (2007 til 2010) skal findes inden for det primære sundhedsvæsen og med vægt på arbejdsdeling og samarbejdet inden for det primære sundhedsvæsen og med sygehusvæsenet. Dét tema vil være instituttets forslag til den kontrakt, som vi lægger op til mellem instituttet og stifterne.

De skitserede emner uddybes i det følgende. Indholdet har som nævnt været drøftet i bestyrelsen og derudover blandt instituttets medarbejdere og med instituttets faglige udvalg. Herudover har vi fået gennemført en interessentanalyse ved journalist Ola Jørgensen fra Klartekst, som ligeledes har inspireret til notatet. Interessentanalysen findes på vores hjemmeside (www.dsi.dk).

II. Tre visioner

DSI er et nationalt institut, der skaber og formidler viden på tværs i det danske sundhedsvæsen og dermed forener forskning og udvikling. Det er målsætningen bag vores strategi, og den indeholder tre visioner.

- **Viden på tværs** går på tværs af sundhedsvæsenets sektorgrænser. Men den viden, DSI skaber og formidler, går også på tværs af den mere interessebaserede viden, som de enkelte administrative enheder og institutioner selv frembringer eller bestiller hos konsulenter. Og selvfølgelig er det viden på tværs af forskellige fagligheder og perspektiver – f.eks. i kombinationen økonomi, organisation og det sundhedsfaglige.
- **Fra forskning til udvikling** betyder, at vi ikke bare vil skabe viden, men også aktivt formidle den til sundhedsvæsenet og aktivere anvendelsespotentialen i forskningsresultaterne. På den måde vil vi bidrage til udvikling og forbedring af nye sundhedstilbud, organisationsformer, styringsmidler, prioriteringsmetoder m.v. – på engelsk kalder de det GRIP: Getting Research Into Practice.
- **DSI er et nationalt institut** i den forstand, at vi ser det som en opgave at formidle erfaringer og viden til hele sundhedsvæsenet – og det gør vi i samarbejde med ikke blot de andre landsdækkende institutter, men også de regionale udviklings- og kompetencecentre og kommunale aktører. DSI skal således med sit tværgående nationale perspektiv være med til at sikre, eksempelvis, at kommunernes overtagelse af sundhedsopgaver bliver nøje afstemt og tilpasset det eksisterende sundhedsvæsen og de eksisterende tilbud og ydelser.

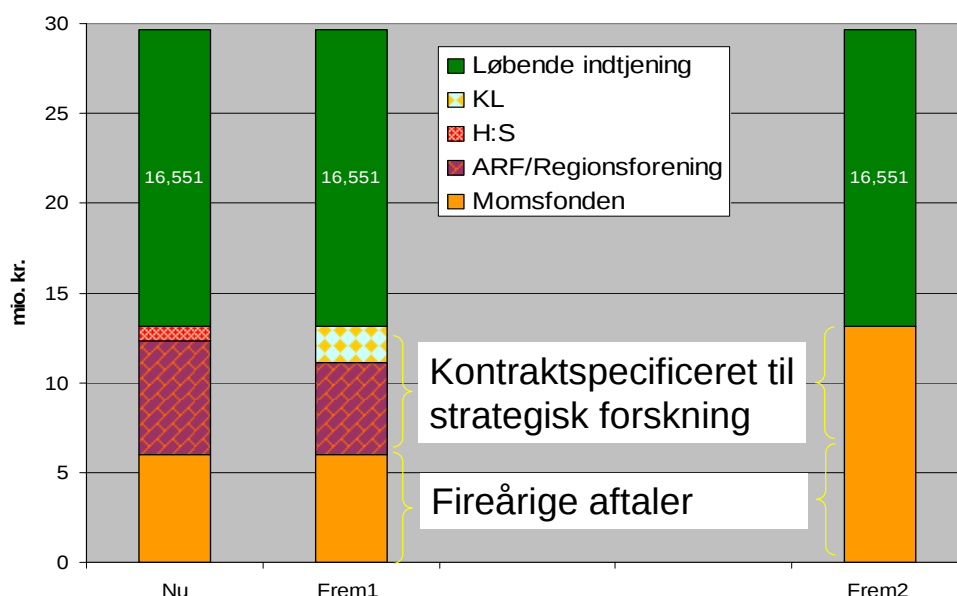
Samlet er det ambitionen at være den danske institution, der til sundhedsvæsenet leverer det uvildige overblik og den viden, der skaber energi i sundhedsvæsenet. Den energi og de beslutningsgrundlag, som er med til at fastholde det danske sundhedsvæsen blandt verdens bedste.

III. Rammevilkår og faglige udviklingsspor i fireårige kontrakter

Et nationalt institut, der skal skabe og formidle viden på tværs i det danske sundhedsvæsen og arbejde med et udviklingsorienteret sigte, skal have et finansielt grundlag, der muliggør fortsættelse af forskningsgrundlaget og den faglige bredde i både opgaveudførelse og -portefølje. Det mener vi er muligt med den nuværende medarbejderstabs størrelse og sammensætning. Skal vi leve op til moderne akademiske forskningskrav og standarder, skal instituttets projektmedarbejderstabs formelle forskningskvalifikationer på sigt opkvalificeres, dvs. flere skal have en formel forskeruddannelse, en ph.d. grad, og der skal arbejdes mere målrettet på at publicere mere i peer reviewed tidsskrifter. Det må dog samtidig sikres, at en sådan 'akademisering' ikke går ud over den anvendelsesorienterede profil, som hidtil har kendetegnet instituttets aktiviteter, og en blanding af "forskere" og "praktikere" - administrative eller kliniske - forekommer hensigtsmæssig også i fremtiden.

Instituttets årsomsætning er ca. 29 millioner kroner, hvoraf knap halvdelen kommer fra basistilskud fra stifterne og resten fra projektspecifikke tilskud og indtjening (løbende indtjening). Man kunne forestille sig forskellige finansieringsmodeller fremover som illustreret i figur 1.

Figur 1. Finansieringsmodeller for DSI



Den første søjle viser "nu"-situationen i form af DSI budget 2006, hvor der er aftalt i alt 13.133.000 kroner i basistilskud fordelt med 6.018.000 kroner fra Det Kommunale Momsfond, 6.347.000 kroner fra Amtsrådsforeningen og 768.000 kroner fra Københavns og Frederiksberg kommuner (H:S). Herudover budgetterer vi med yderligere ca. 16,5 millioner kroner i løbende indtjening fra forskningsfonde og projektbetalinger.

En fremtidig model kunne være, at DSI fortsat får 6 millioner kroner årligt fra Det kommunale Momsfond, og at resten af basistilskuddet fordeltes med 5 millioner kroner fra regionerne (Regionsforeningen) og 2 millioner kroner fra kommunerne (KL). Den del af basistilskuddet, der kommer fra regionerne og kommunerne, kunne kædes sammen med en fireårig kontrakt, hvor DSI's modtydelser i form af forsknings-, udviklings- og formidlingsaktiviteter beskrives. Det kan være én fælles kontrakt med regioner og kommuner samlet, eller det kan være en kontrakt med regioner under ét og en anden kontrakt med kommuner under ét. Den del af basistilskuddet, der kommer fra Momsfondet, kunne være mindre specifikt beskrevet i en fireårig aftale. Med en sådan finansieringsmodel ville det være naturligt, at KL blev repræsenteret i DSI's bestyrelse med f.eks. to medlemmer i stedet for som nu med én observatør.

En anden model kunne være, at hele basistilskuddet, også den del der nu kommer fra ARF og H:S, kanaliseres gennem Momsfondet. Også her kunne man med fordel kæde ca. halvdel sammen i en forhandlet kontrakt og lade den anden halvdel være mindre specificeret.

En interessentanalyse, DSI har fået gennemført ved journalist Ola Jørgensen fra Klartekst, har påpeget, at armslængdeprincippet ikke udefra opfattes tilstrækkeligt tilgodeset med den nuværende bestyrelse. Det er vigtigt, at bestyrelseskonstruktionen ikke opfattes som værende i modstrid med DSI's formelle og reelle status som et uvildigt og uafhængigt institut. Samtidig må det erkendes, at instituttet er afhængig af basistilskud, så der må være tale om en afvejning af to hensyn. En bestyrelseskonstruktion, hvor både Regionsforeningen og KL samt uafhængige 'eksperter' er repræsenteret vil alt andet lige fremstå som mindre afhængighedsskabende, end hvis det udelukkende var Regionsforeningen. Teknisk-fagligt er der heller ikke noget til hinder for statslig repræsentation i bestyrelsen, og Indenrigs- og Sundhedsministeriet har da også allerede en observatørpost i DSI's nuværende bestyrelse.

IV. Mod mere langsigtede og strategiske satsninger

DSI ønsker i fremtiden at rette sin forskningsstrategiske indsats mod større tematiske projektområder og forskningsprogrammer over en længere periode og aftalt i kontrakter, jf. ovenstående. En sådan satsning vil give sammenhæng mellem enkeltprojekter og deraf følgende synergi, dybde og kvalitet. Da sundhedsvæsenet imidlertid er præget af skiftende dagsordner og temaer, er det vigtigt samtidig at bevare fleksibilitet og manøvredegytighed, således at DSI kan reagere på nye tendenser, aktuelle temaer og markedets efterspørgsel.

En strategi for fremtiden er derfor, at DSI fremover vil udføre to typer af aktiviteter:

	Stort flerårigt temaprojekt	Løbende aktiviteter
Eksempel på tema	"Primære sundhedsvæsen"	Evalueringer, MTV'er, udviklingsprojekter, rådgivning, kortlægninger, kurser mv.
Opdrag	Strategisk satsning udarbejdet i samarbejde med bestyrelsen og aftalt i kontrakt med 'stifterne'	Efterspørgselsstyring & Interesse motivation
Tidshorisont	4 år	Oftest 3-12 måneder
Omfang	Større projektorganisation med flere relaterede underprojekter	Enkeltprojekter
Orientering	Dybde	Bredde og stor fleksibilitet
Finansiering	Del af basisbevilling (+ evt. fondsstøtte)	Eksternt finansieret af kunder, fonde og forskningsråd og i mindre omfang basisbevillinger mv.

I det følgende beskrives visioner og muligt indhold i disse to typer af aktiviteter.

DSI's *løbende aktiviteter* har indtil nu bestået af en bred vifte af tværgående evalueringer, analyser og kurser. Mange af disse har haft et bredt nationalt sigte og er gået på tværs af særinteresser, f.eks. ventelisteudvikling, utilsigtede hændelser og anvendelsen af evidensbaseret medicin – og DSI bidrager allerede i dag væsentligt til nationale prioriteringsbeslutninger, f.eks. i forbindelse med medicinske teknologivurderinger og ved vurdering af generelt tilskud til nye lægemidler. I fremtiden bliver det vigtigt at fastholde denne brede nationale og tværgående profil, da lokale og driftsorienterede opgaver i stigende omfang vil kunne håndteres i regionerne. For at gøre plads til et eller flere større tematiske projekter vil det desuden være nødvendigt at fokusere de løbende aktiviteter på projekter med bred national interesse på bekostning af opgaver af mere lokal og driftsmæssig karakter, der ikke har samme brede relevans og interesse. Ligeledes for at gøre plads til et eller flere større tematiske projekter vil det være nødvendigt, at DSI's *løbende aktiviteter* i højere grad finansieres eksternt.

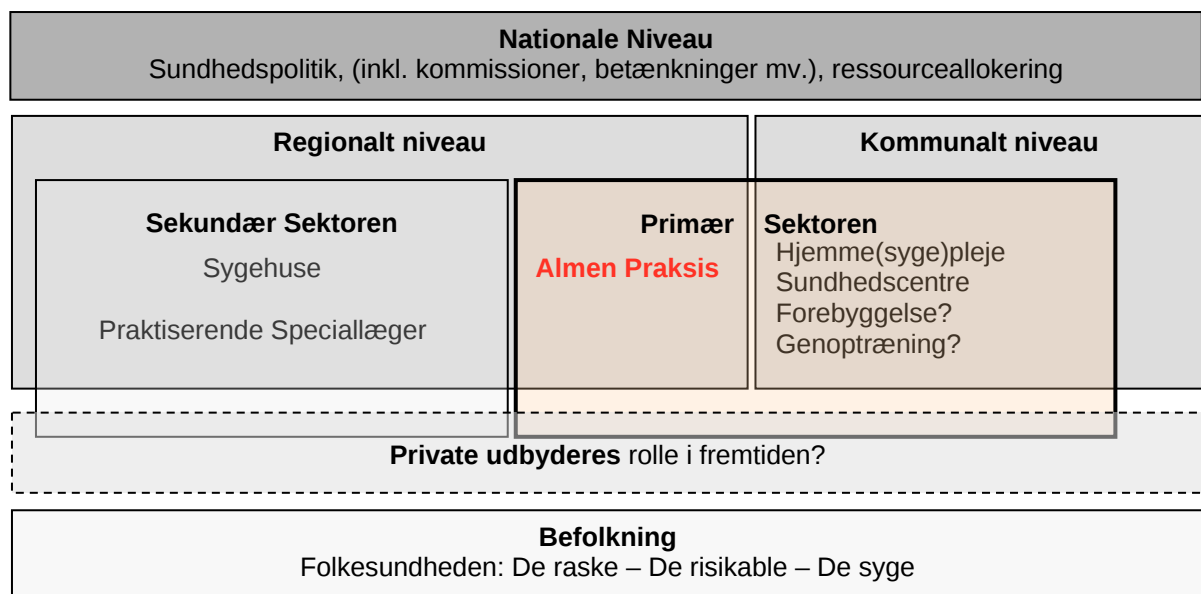
Som eksempel på et *flerårigt temaprojekt* i DSI-regi opstilles i det følgende en skitse for temaet *Det primære sundhedsvæsen*.

Det sundhedspolitiske fokus har i en længere årrække været centreret om sekundærsektoren og i særdeleshed sygehusene. Disse store – og stadigt voksende – organisationer har påkaldt sig megen politisk, forvaltningsmæssig og forskningsmæssig opmærksomhed, og der har været foretaget store og gennemgribende ændringer på dette område. Der er ingen tvivl om, at sygehusene også i fremtiden vil indtage en helt central plads i sundhedsvæsenet og sundhedspolitikken nationalt og regionalt. Men flere faktorer gør det nødvendigt også at rette blikket mod primærsektoren. To vigtige udfordringer er:

- Udviklingen i sygdomsbilledet, som sammen med den demografiske udvikling skaber en øget mængde af kronikere og ældre, der er karakteriseret ved lange forløb på tværs af organisationer og sektorer. Det giver et øget behov for koordination, samordning, vel fungerende shared care og håndtering i primærsektoren.

- Kommunalreformen flytter opgaver og finansieringsansvar ud til kommunerne, som nu får en langt større rolle at spille i primærsektoren. Nye organiseringsformer (f.eks. sundhedscentre) og nye tilbud (f.eks. forebyggelsestiltag) vokser frem og skal passes ind i det eksisterende sundhedsvæsen.

Den danske model er karakteriseret ved at sundhedsvæsenet er decentraliseret, at sekundærsektoren ligger i regionalt regi, samt at primærsektoren er delt mellem regionalt og kommunalt niveau.



Institutionerne er overvejende offentligt ejede og drevne med undtagelse af praksissektor (almen praksis og praktiserende speciallæger); en situation der både udgør en udfordring og giver nogle muligheder.

Viden på tværs ... tre projekter under temaet

I relation til det konkrete temaeforslag, det primære sundhedsvæsen, listes nedenstående tre projektforslag som led i en første konkretisering af, hvordan et større og længerevarende forskningstema kunne fokuseres på f.eks. almen praksis. Tanken har været at koble udfordringerne i sundhedsvæsenet til et konkret tema. Følgende liste af projektforslag skitserer, hvordan intentionen om viden på tværs kan applikeres på almen praksis, så man både får fat i aktuelle og vedvarende problemstillinger med en bred og almen interesse for sundhedsvæsenet:

- Sundhedspolitik, styring og implementering: Indlejringen af almen praksis

Sundhedsvæsenet er karakteriseret ved, at sundhedspolitikken og andre styringstiltag skal implementeres i en decentraliseret struktur, hvor regionernes råderum omfatter en *ledelsesret* i relation til sekundærsektorens sygehuse og en *forhandlingsret* i relation til almen praksis. Implementeringsstrukturen har væsentlige konsekvenser for sundhedspolitik, styring, ledelse, rekruttering og motivation. Der vil i fremtiden være stadig større behov for at kunne implementere forandringer i sundhedsvæsenet, herunder i primærsektoren. Derfor er det centralt at få analyseret de overordnede såvel som konkrete kon-

sekvenser af den måde, hvorpå almen praksis er indlejret i sundhedsvæsenet. Herunder også hvordan de honoreringsaftaler, der er resultatet af forhandlingsretten, fungerer i praksis – blandt andet som instrument til udmøntning af sundhedspolitiske prioriteringer og tiltag.

- Patienter på tværs: Shared care og samarbejdet omkring kronikere

Skiftet fra akut til kronisk sygdom stiller store udfordringer til sundhedsvæsenet og ikke mindst til dets omstillingsevne. Det er velkendt, at kroniske lidelser kræver effektiv håndtering på tværs af sektorer: Sygdommen skal være velreguleret, så indlæggelser minimeres og senfølger samt komplikationer videst muligt udskydes og undgås. Erfaringerne med shared care i Danmark er ikke de bedste. Det koster samfundet og patienterne dyrt. En helt central brik i håndteringen af kronikere er almen praksis – mellem sygehuse, senes ambulatorier og kommunernes hjemme(syge)pleje og sundhedscentre. Men hvad kan der gøres for at hjælpe omstillingen fra akut sygdom til mere rationel og effektiv kronikerhåndtering?

- Primærsektors lægedækning: International og national spredning

Almen praksis er ikke én, men mange ting. De praktiserende læger er organiseret under de samme forvaltningsmæssige systemer og strukturer. Men der er store forskelle i ydelser og funktionsmåde, når man sammenligner den lille solopraksis uden sekretær på 2. sal i en Vesterbroejlighed i København med 6 lægers kompagniskabspraksis i Odense, hvor laboranter foretager analyser på stedet, hvor sygeplejersker behandler, måler og rådgiver, hvor sekretærer organiserer, hvor der måske ligefrem er en enkelt lille operationsstue, og hvor en diætist er tilknyttet. Hvad betyder forskellene egentlig for patienter, for sundhedspersonale, for faglighed og rekruttering, for kvaliteten og for ressourceanvendelsen i sundhedsvæsenet? De nationale forskelle bør ikke bare kortlægges, men også analyseres med hensyn til konsekvenserne af disse. Men den internationale spredning er mindst lige så interessant: Hvordan organiserer andre lande, med hvilke vi med en vis rimelighed kan sammenligne os, deres lægedækning i primærsektoren, og med hvilke konsekvenser?

Denne liste over projektforslag er ufuldstændig, og flere vil kunne tilføjes, ligesom fokus ikke nødvendigvis er almen praksis. Fokus kunne omfatte psykiatrien, f.eks. hvorledes behandlingspsykiatrien har tilnærmet sin opgaveløsning til primærsektorens holistiske principper eller samarbejdet mellem den specialiserede behandlingspsykiatri, behandlingstilbud i almen praksis og i den kommunale socialpsykiatri. Mere overordnet kan man sige, at den nye sundhedslov i det hele taget lægger op til udvidet opgaveløsning i primærsektoren. Det både giver anledning til at afprøve nye organiseringsformer i denne sektor og til at facilitere vidensdeling fra den specialiserede sektor til primære sektor, herunder evidensbaseret og fokus på kvalitet og patientsikkerhed.

Forskningstemaer vil der være nok af – også i fremtidens sundhedsvæsen. Udfordringen bliver nu, gennem dialog med sundhedsvæsenet, at identificere de vigtigste. Et vigtigt dialogværktøj kan være den fireårige kontrakt, vi lægger op til. Dette kan befordre et bredere ejerskab til projekterne og deres resultater, og det vil jo ikke være sådan, at man bliver enige om et eller andet og så først mødes fire år senere. Det er heller ikke bare vigtigt at identificere

de temaer, der skal gøres til genstand for en udvidet forskningsindsats. Lige så vigtigt er det at bestemme de forskellige forventninger, der er til, hvorledes denne skal planlægges og udføres, herunder både hvilke produkter indsatsen løbende kan afkaste, og hvilke samarbejdsrelationer den skal omfatte.

Succeskriteriet for, at DSI's visioner lykkes, er, at vores resultater og viden kan finde praktisk anvendelse i det danske sundhedsvæsen. De helt væsentlige forudsætninger for, at resultater fra sundhedstjenesteforskning anvendes i sundhedsvæsenet, er, ifølge en stor tværgående analyse med erfaringer fra 10 lande, at parterne kender hinanden og har afstemte forventninger til forskningens mål og resultater - og at rettidighed og relevans spiller en rolle i forskningsproduktionen. Det vil DSI gerne arbejde for!