

Forslag til nasjonalt satsingsområde

Muskel- og skjelettplager, skader og sykdommer (MSPSS)

Versjon 6. oktober 2011

Innhold

Sammendrag	4
Oppdragsgiver, mandat og arbeidsform	5
Innledning.....	6
Muskel- og skjelettplager, skader og sykdommer - definisjon.....	6
Utfordringer i helsetjenesten - samfunnsmessig betydning	6
Utfordringer i forskningen.....	7
Forventet utbytte	7
Beskrivelse av sykdomsgruppene.....	8
Smerter og andre plager i bevegelsesapparatet.	8
Ikke-infeksiøse inflammatoriske sykdommer i ledd, ryggstøyle og/eller bløtdeler	9
Degenerative sykdommer i ledd og/eller ryggstøyle.....	9
Patologisk beintap/osteoporose med eller uten osteoporotiske brudd.....	9
Skader i bevegelsesapparatet inkludert følgetilstander som en konsekvens av slike skader.....	10
Forutsetninger for etableringen av satsingsområdet.....	10
Beskrivelse av noen relevante forskningsmiljø	11
Helse Nord	11
Helse Midt-Norge	12
Helse Vest	12
Helse Sør-Øst.....	13
Beskrivelse av noen relevante kliniske registre	14
Kvalitetsregister for Ryggkirurgi	14
Nakke- og Ryggregister.....	14
Norsk leddregister	14
Beskrivelse av noen relevante nasjonale eller regionale forskningsnettverk.....	15
Norwegian Epidemiological Osteoporosis Studies (NOREPOS).....	15
CONOR.....	15
Nettverk i revmatologi	15
FORMI.....	15
FYSIOPRIM	15
Internasjonalt samarbeid	16
Produktivitet – faglig kvalitet	16
Mål.....	16
Hovedmål	16

Delmål.....	16
Gjennomføring	17
Planlagte miljøer og innhold i samarbeidet	17
Organisering	18
Planlagte aktiviteter	18
Fremdrift med milepæler	19
Plan for rapportering – evaluering	20
Budsjett	20

Sammendrag

I brev datert 24. august 2011 nedsatte Samarbeidsorganet for Helse Sør-Øst og Universitetet i Oslo en nasjonal skrivegruppe med fem medlemmer fra de fire helseregionene. Skrivegruppen anbefaler at forskning innen muskel- og skjelettplager, skader og sykdommer (MSPSS) etableres som et nasjonalt satsingsområde.

MSPSS kan deles i fem hovedgrupper: (1) Smerter og andre plager og/eller endret funksjon i bevegelsesapparatet som følge av fysiske og psykiske belastninger, (2) ikke-infeksiøse inflammatoriske (betennelsesaktige) sykdommer i ledd, ryggstøyle og/eller bløtdeler, (3) degenerative sykdommer i ledd og/eller ryggstøyle, (4) patologisk beintap/osteoporose med eller uten osteoporotiske brudd, og (5) skader i bevegelsesapparatet inkludert følgetilstander som en konsekvens av slike skader.

MSPSS har et betydelig omfang og medfører omfattende belastninger for individet gjennom smerter, funksjonsproblemer og redusert arbeidskapasitet og for samfunnet i form av betydelige indirekte og direkte kostnader. Imidlertid er det et misforhold mellom de belastninger og kostnader sykdomsgruppen har for individ og samfunn og omfanget av forskning på området. Det finnes sterke forskningsmiljøer innenfor dette feltet i alle fire helseregionene og dessuten etablerte kliniske registre, store databaser og nettverksdannelser innenfor enkelte fag- og sykdomsområder. Imidlertid er forskningen som helhet fragmentert.

En nasjonal satsing vil ha som hovedmål å utvikle nasjonale forskningsnettverk innen MSPSS og legge til rette for samarbeid og kunnskapsoverføring mellom forskningsgrupper, noe som vil bidra til forskning av høy kvalitet og omfattende internasjonal kunnskapsproduksjon. Det forventes at forskningssatsingen vil føre til styrket nasjonal finansiering og ikke minst kunne bidra til økt internasjonal finansiering gjennom EU og andre relevante finansieringskilder. Satsingen vil også fokusere på å overføre og legge til rette for implementering av ny kunnskap slik at kvaliteten på helsetjenester til mennesker med MSPSS bedres, både når det gjelder diagnostikk, forebygging, behandling og rehabilitering. Skrivegruppen har beskrevet en rekke delmål og aktiviteter som adresserer disse delmålene. En organisasjon bør utvikles i henhold til prosedyrer for etablering av nasjonale satsingsområder innen medisinsk og helsefaglig forskning med et koordinerende forskningsmiljø, en styringsgruppe og et fagråd.

MSPSS er et svært bredt fagfelt og skrivegruppen har foreslått at satsingen starter med at det koordinerende miljø sammen med fagrådet arrangerer en nasjonal konferanse for å identifisere forskningsmiljøer og områder hvor synergieffekter kan oppnås gjennom nettverksdannelse. På bakgrunn av dette arbeidet bør satsingen spisses mot slagkraftige nettverk som vil føre til økt internasjonalisering av forskning på MSPSS i Norge. Slike spissede satsingsområder bør også kunne fokusere på hele spekteret av forskning innenfor et fagområde – fra genetik og basalforskning til kliniske prosjekter og registerforskning.

Skrivegruppen anbefaler at den nasjonale satsingen på MSPSS etableres fra første halvår 2012 med utpeking av et koordinerende forskningsmiljø og en koordinator som bør ha minst mastergradskompetanse. Rapportering og evaluering bør følge etablerte prosedyrer for nasjonale forskningssatsinger og inkludere en evaluering fra et internasjonalt panel som vektlegger nasjonale nettverksdannelser, etablering av forskningssamarbeid, oppnådd finansiering nasjonalt og internasjonalt, oppstartede multisenterstudier og forskningsproduksjon i form av internasjonal publisering.

Oppdragsgiver, mandat og arbeidsform

En nasjonal skrivegruppe nedsatt av Samarbeidsorganet i Helse Vest RHF og Universitetet i Bergen/Stavanger arbeidet tidligere for å etablere et nasjonalt satsningsområde for forskning innen muskel- og skjelettsystemet, men kom ikke frem til et omforent forslag.

Muskel- og skjelett Tiåret 2010-2020 (MST) tok deretter et initiativ til å nedsette en tverrfaglig arbeidsgruppe bestående av ti fagpersoner med ulike tilknytninger til aktive forskningsmiljøer innenfor muskel og skjelettplager, skader og sykdommer i Helse Sør-Øst/Universitetet i Oslo. Disse leverte et skisseforslag til Samarbeidsorganet for Helse Sør-Øst RHF og Universitetet i Oslo om etablering av en nasjonal og strategisk satsning på forskning innen muskel- og skjelettfeltet. Nasjonal samarbeidsgruppe for medisinsk og helsefaglig forskning (NSG) ga i møte 4. mai 2011 sin støtte til et nytt initiativ fra Helse Sør-Øst vedrørende en nasjonal forskningssatsing innen muskel- og skjelettlidelser (sak 5-2011). I etterkant har også alle de regionale samarbeidsorganene gitt sin tilslutning til initiativet.

I brev datert 24. august 2011 nedsatte Samarbeidsorganet for Helse Sør-Øst og Universitetet i Oslo en nasjonal skrivegruppe. Denne gruppen ble bedt om å utarbeide et grunnlagsdokument, som vil utgjøre beslutningsgrunnlaget når NSG skal ta stilling til om forskning innen muskel- og skjelettlidelser skal anbefales som et nasjonalt satsingsområde.

Skrivegruppen har følgende sammensetning:

- Tore K. Kvien, (leder), Samarbeidsorganet Helse Sør-Øst RHF - Universitetet i Oslo
- Lars Engebretsen, Samarbeidsorganet Helse Sør-Øst RHF - Universitetet i Oslo
- Nina Emaus, Universitetssamarbeidet Helse Nord RHF – Universitetet i Tromsø
- Ottar Vasseljen, Samarbeidsorganet Helse Midt-Norge RHF – NTNU
- Liv Inger Strand, Samarbeidsorganet Helse Vest RHF – Universitetet i Bergen – Universitetet i Stavanger

Følgende mandat ble beskrevet i oppnevningensbrevet:

De nasjonale forskningssatsingene i regi av NSG skal organiseres som et nettverk av forskningsmiljøer innen et temaområde. Nettverket skal for eksempel samarbeide om utnyttelse av infrastruktur, gjennomføring av nasjonale forskningsprosjekter med felles publisering og avholde faglige og strategiske møter. Skrivegruppen ble spesielt bedt om å:

- Foreslå målsetting for forskningsnettverket
- Foreslå faglig innhold i forskningsnettverket
- Foreslå en egnet organisering for en nasjonal forskningssatsing innen muskel- og skjelettlidelser
- Vurdere en evt. avgrensning av nettverket med hensyn til deltagende forskningsmiljøer
- Foreslå et realistisk budsjett for drift av forskningsnettverket (maks. 1-1,5 mill kr per år)

Skrivegruppen ble bedt om å levere et utkast til grunnlagsdokument til arbeidsutvalget for NSG innen 6. oktober 2011, og endelig versjon av dokumentet innen 21. oktober 2011 slik at det kan behandles av NSG i møte 2. november 2011.

Alle medlemmene i skrivegruppen har arbeidet aktivt og levert skriftlige bidrag til sluttdokumentet. Gruppen har hatt ett fellesmøte på Gardermoen 19. september og dessuten 4 telefonmøter. Alle medlemmene i gruppen er enige i innholdet i dokumentet, inkludert definisjoner og anbefalinger.

Innledning

Muskel- og skjelettplager, skader og sykdommer har et betydelig omfang og medfører omfattende belastninger for individet gjennom smerter, funksjonsproblemer og redusert arbeidskapasitet og for samfunnet i form av indirekte og direkte kostnader. Imidlertid er det et misforhold mellom de belastninger og kostnader sykdomsgruppen har for individ og samfunn og omfanget av forskning på området. Det finnes sterke forskningsmiljøer innenfor dette feltet i alle fire helseregionene, men forskningen er fragmentert. Bedre systematikk og nettverksdannelse mellom de ulike forskningsgruppene vil kunne gi synergieffekter som vil føre til bedre forståelse av sykdommenes årsaksforhold og utvikling av kunnskapsbaserte forebyggende strategier, behandling og rehabilitering. Nasjonale nettverk vil også styrke mulighetene de enkelte forskningsgruppene har for å nå opp i konkurransen om forskningsmidler gjennom utlysningene fra de regionale helseforetakene, Norges forskningsråd og EU.

Muskel- og skjelettplager, skader og sykdommer - definisjon

Skrivegruppen valgte å erstatte begrepet muskel- og skjelettlidelser i oppnevningensbrevet med begrepet muskel- og skjelettplager, skader og sykdommer, heretter forkortet som MSPSS. Dette begrepet innbefatter

- plager uten klare årsaker, inkludert symptombaserte diagnoser (for eksempel uspesifikke nakke-, skulder- og rygg smerter, uspesifikke leddsmerter og myalgier).
- symptomer som skyldes skader og sykdommer med klar årsak og patologi (for eksempel leddgikt, Bekhterew sykdom, artrose, osteoporose, spinal stenose)

Felles for MSPSS er at de oftest medfører fysiske og psykiske funksjonsforstyrrelser og konsekvenser for daglig fungering og arbeid. De ulike typer av MSPSS er nærmere beskrevet på side 8-10.

Utfordringer i helsetjenesten - samfunnsmessig betydning

MSPSS er den klart største enkeltårsak til både sykefravær og uføretrygd i Norge. I 2009 ble minst 41 % av sykefraværsdagene som dekkes av folketrygden, og minst 36 % av andelen nye uførepensjonister tilskrevet MSPSS. De direkte, årlige kostnadene som MSPSS påfører trygdeetatens ble i 2004 beregnet til 28 milliarder kroner. I tillegg kommer produktivitetstap innenfor arbeidslivet. Seneste anslag over samlede kostnader knyttet til MSPSS i Norge utgjør over 80 milliarder kroner pr. år. MSPSS er i dag den sykdomsgruppe som plager flest og koster mest, og forventes å øke i kommende år. En rekke studier viser at mennesker med tungt manuelt arbeid, lav utdanning og lav sosioøkonomisk status er overrepresentert blant dem som har MSPSS.

Når det gjelder helsetjenester utgjør pasienter med MSPSS en stor og ressurskrevende utfordring i spesialisthelsetjenesten samtidig som disse pasientene er den største gruppen innen førstelinjetjenesten, og er årsak til anslagsvis 15 millioner konsultasjoner årlig i primærhelsetjenesten. Praksisundersøkelser fra Norge og utlandet har vist at pasienter med MSPSS utgjør mellom 15 og 20 % av alle pasientkontakter i allmennpraksis og mer enn 2/3 av pasientene i privatpraksis i fysioterapi. Et særlig problem er at dagens undersøkelses- og behandlingspraksis til dels bygger på et mangelfullt og sprikende kunnskapsgrunnlag.

Utfordringer i forskningen

Det er en bekymringsfull diskrepans mellom omfanget og konsekvensene av MSPSS for individer og samfunn - og de generelle rammebetingelsene for forskning innen feltet. MSPSS har tradisjonelt hatt lav prioritet innenfor en rekke helsefaglige og helsepolitiske miljøer, og har blitt tildelt en uforholdsmessig lav andel av NFRs helseforskningsmidler. Parallelt har det også vært en relativt begrenset ressursallokering til forskning i primærhelsetjenesten hvor flertallet av MSPSS pasientene behandles.

Flere norske forskningsmiljøer innen dette feltet holder i dag et høyt, internasjonalt nivå, med stor grad av tverrfaglighet og høy publiseringsgrad. MSPSS omfatter et vidt spekter av tilstander og diagnosegrupper, og man har ikke i samme grad lyktes med forskningsinnsatsen over hele spekteret. Det er imidlertid mange berøringspunkter mellom de ulike helsetilstandene med åpenbare synergieffekter om forskningsmiljøene kunne arbeide tettere sammen. Slike synergieffekter kan trolig oppnås ved å utveksle forskningsmetodologisk kompetanse, gjennom bedre utnyttelse av forskningsmidler, og ved å styrke åpenhet og samarbeid i anvendelse av etablerte epidemiologiske databaser, biobanker og pasientregistre. En utfordring for forskningen innen MSPSS er at majoriteten av pasientgruppen behandles i primærhelsetjenesten, mens forskningskompetanse i hovedsak er lokalisert til universitetene, høyskoler og i spesialisthelsetjenesten. For å optimalisere behandling av pasientene, oppnå bedre ressursutnyttelse innen helsevesenet og bedre rammebetingelser for forskningen, er det avgjørende at det etableres en bro mellom disse nivåene slik at forskningskunnskapen kan utvikles og implementeres i primærhelsetjenesten i større grad enn i dag.

Forventet utbytte

En nasjonal og strategisk satsing på forskning på MSPSS vil ha flere viktige funksjoner. Satsingen kan bidra til å kanalisere midler til fagfeltet, og initiere forskning innenfor fagområder og problemstillinger som i dag er dårlig dekket og hvor man har betydelige kunnskapshull. Den vil også kunne sikre en mer effektiv ressursbruk, og virke samlendende på en rekke små og sårbare forskningsmiljøer ved å legge til rette for felles anvendelse av infrastruktur og støttefunksjoner.

Utover å bidra til at det skapes et nødvendig bindeledd mellom klinisk praksis i primærhelsetjenesten og forskningskompetansen på universiteter, høyskoler og spesialisthelsetjeneste, vil en samlet satsning kunne fremme nettverksbygging og styrke forskningssamarbeid både interregionalt, nasjonalt og internasjonalt. Et tettere forskernettsverk vil både kunne tilføre kraft og dynamikk til fagfeltet, høyne det faglige nivået, og potensielt bedre gjennomføringsevnen av fremtidige forskningsprosjekter.

Det er gode miljøer i Norge som arbeider fra molekylært til praktisk behandlingsnivå (fra "bench to bedside"). Styrket nettverksdannelse vil også kunne bedre forutsetningene for translasjonsforskning. Translasjonsaspekter vil spesielt kunne åpne nye muligheter for å studere årsaksforhold. Dette aspektet er også viktig i forhold epidemiologisk forskning der man har flere solide forskningsmiljøer i Norge, gode registre og store helseundersøkelser. Videreutvikling og mer effektiv utnyttelse av databaser og pasientregistre vil igjen legge til rette for teori- og metodeutvikling, samt store kliniske multisenterstudier.

Ved at 90 % av alle mennesker med MSPSS behandles i primærhelsetjenesten, vil samhandlingsforskning være ett fokusområde ved en nasjonal satsing på feltet. Man trenger bedre kunnskap om hvilke pasienter som skal få tjenester på de ulike nivåene og om hvordan pasientstrømmen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten kan optimaliseres.

Fagfeltets bredde og kompleksitet tilsier at man bør være åpen med hensyn til hvilke forskningsmiljøer og konkrete temaer som kan sortere innunder et nasjonalt satsingsområde. Således er det avgjørende at satsningen blir genuint tverrfaglig i sin karakter.

Beskrivelse av sykdomsgruppene

MSPSS deles ofte inn i flere undergrupper, men det finnes ingen generelt akseptert inndeling. Vi foreslår følgende inndeling med utgangspunkt i omfanget av de ulike MSPSS og underliggende årsaker og patogenetiske prosesser:

- Smerter og andre plager og/eller endret funksjon i bevegelsesapparatet som følge av fysiske og psykiske belastninger. Plagene kan i enkelte tilfeller tilskrives lokale belastninger i ledd, sener, muskler og bruske, men har ofte en uklar årsak og patologi.
- Ikke-infeksiøse inflammatoriske (betennelsesaktige) sykdommer i ledd, ryggstøyle og/eller bløtdeler.
- Degenerative sykdommer i ledd og/eller ryggstøyle.
- Patologisk beintap/osteoporose med eller uten osteoporotiske brudd.
- Skader i bevegelsesapparatet inkludert følgetilstander som en konsekvens av slike skader.

Noen tilstander omfattes ikke i vår beskrivelse av MSPSS, for eksempel infeksjoner i bevegelsesapparatet, svulster og medfødte misdannelser. Vi anbefaler at satsingen avgrenses ved å fokusere på plager, skader og sykdommer som gir funksjonsnedsettelse i arbeid og/eller dagliglivet.

Smerter og andre plager i bevegelsesapparatet.

Dette dreier seg om en omfattende, men samtidig svært uensartet gruppe av helseproblemer som varierer fra alminnelig plager som de fleste til tider vil oppleve, til plager som gir betydelig funksjonsnedsettelse og varig arbeidsuførhet. Disse tilstandene omfatter smerter eller andre symptomer i muskel- og skjelettsystemet hvor klare årsaker/patologi i liten grad er dokumentert og hvor det ofte ikke finnes klare kriterier for klassifisering og diagnose. Tilstandene karakteriseres derfor ofte som uspesifikke med lokale eller utbredte plager. Diagnose, behandling og prognose vil kunne være forskjellig, avhengig av plagenes omfang og varighet. Eksempler på slike plager kan være generaliserte smertesyndromer, skulder-, nakke- og rygg smerter. Personer med ryggplager utgjør den største og mest kostbare gruppen, men nakke- og skulderplager er også hyppig forekommende. Spesielt utsatt for slike helseproblemer er personer som arbeider med tungt eller ensformig fysisk arbeid, kvinner og eldre.

Plagene har gjerne dårlig dokumentert nytte av kirurgisk og medikamentell behandling. Majoriteten av pasientene behandles derfor konservativt innenfor fysioterapi, fysikalsk medisin og lignende, og hvor smertereduserende og funksjonsforbedrende tiltak vektlegges.

Siden smertesymptomer fra muskler og skjelett er vanlig, og milde smerter uten funksjonskonsekvenser kan betraktes som normalt, bør en forskningssatsing avgrenses til sykdommer og plager som gir en klar funksjonsnedsettelse i arbeid eller i dagliglivets aktiviteter over tid. Siden smertene også kan gå over av seg selv vil det være en balansegang mellom tidlig intervensjon og unødvendig sykeliggjøring av plagene. Hva som vil være den beste behandlingsstrategi for å hindre overgang til langvarige plager, vil variere ut fra smertesyndrom og kontekst, og være en viktig arena for framtidig forskning. Man trenger mer

forskning for å kunne etablere gode evidensbaserte strategier for forebygging, diagnostisering, behandling og rehabilitering av slike muskel- og skjelettplager.

Ikke-infeksiøse inflammatoriske sykdommer i ledd, ryggstøyle og/eller bløtdeler

Betennelse (inflammasjon) er et fellestrekk ved sykdommer som leddgikt, Bekhterew sykdom og psoriasisgikt. Disse sykdommene rammer mellom 1 og 2 % av befolkningen. Betennelsen i ledd vil kunne gi skade på brusk og bein, og både betennelsen og leddskaden bidrar til smerter, stivhet og funksjonsproblemer.

Disse sykdommene behandles med en kombinasjon av legemidler og ikke-farmakologiske intervensjoner (fysioterapi, ergoterapi, rehabiliteringstiltak). I de siste 10 årene har man gjennom en betydelig forskningsinnsats fått langt bedre kunnskap om hvordan diagnosen kan stilles tidlig, og om betydningen av tidlig diagnose og behandling. Det er tydelig vist at mennesker med leddgikt har langt bedre helse i dag enn for 10-15 år siden, men det er fortsatt en betydelig andel med invalidiserende smerter og funksjonstap. Forskningsinnsatsen ved urinsyregikt har vært langt mindre enn ved leddgikt.

Innenfor forskningen på leddgikt og beslektede sykdommer har man kommet langt i å utvikle internasjonal konsensus når det gjelder bruk av standardiserte effektmål innefor vurdering av inflammasjon, funksjon, pasientenes egenrapporterte helse og billedmodaliteter (røntgen, MR og ultralyd). Denne kunnskapsutviklingen kan ha overføringsverdi til forskning på andre MSPSS.

Degenerative sykdommer i ledd og/eller ryggstøyle

Artrose er en degenerativ leddsykdom som gir smerter, stivhet og bevegelsesproblemer. Forekomst øker med stigende alder opp til ca. 80 år, men artrose er også en vanlig sykdom hos mennesker i 50-60 års alder. Artrose er vanligere hos kvinner enn hos menn. I Norge er det vist at total forekomsten av artrose er 12,8% (håndartrose 4,3%, kne artrose 7,1% og hofteartrose 5,5%). Artroseforandringer i rygg (oftest kalt osteokondrose, en annen variant er spinal stenose) er også svært vanlig og kan ses isolert eller samtidig med artrose i perifere ledd.

Mellom 80 og 90 % av alle som har artrose behandles konservativt med informasjon, øvelsesbehandling, trening og medikamenter. Endestadium artrose behandles kirurgisk og det settes inn cirka 7 000 hofte- og 4 500 kneleddproteser i Norge årlig.

Kunnskapsgrunnlaget innenfor artrose-feltet er svakere enn ved leddgikt og beslektede sykdommer. Nyere forskning kan tyde på at degenerative sykdommer kan forebygges og behandles uten kirurgi ved tidlig artrose. Det finnes forskningsmiljøer i Norge som er blant de internasjonalt ledende innen dette feltet, både når det gjelder klinisk forskning og translasjonsforskning.

Patologisk beintap/osteoporose med eller uten osteoporotiske brudd

Det anslås at cirka 250 000 kvinner og 50 000 menn har osteoporose i Norge, og at henholdsvis 50 % av alle kvinner og 20 % av alle menn over 50 år vil få et eller annet brudd som har relasjon til osteoporose i løpet av livet. Norge har verdens høyeste rapporterte forekomst av underarms- og hoftebrudd. Hoftebruddene er de mest alvorlige da de ofte

medfører betydelig funksjonstap, økt sykkelighet og dødelighet. Årlig brykker ca. 9000 nordmenn hoften. Etter akutt innleggelse, påfølgende rehabilitering ender mange av pasientene i permanent sykehjemsplassering.

Beintap kan forebygges gjennom påvirkning av livsstil, ernæring og farmakologisk intervensjon.

Det finnes sterke forskningsmiljøer i Norge innen dette feltet, men det er fortsatt et stort behov for kunnskaper om hva som forårsaker den høye bruddforekomsten i Norge og betydningen av rehabiliteringstiltak etter hoftebrudd. I tillegg trenger vi å utvikle evidensbaserte forebyggende strategier for å redusere bruddforekomsten.

Skader i bevegelsesapparatet inkludert følgetilstander som en konsekvens av slike skader

Muskel- og skjelettsystemet er svært utsatt for skader. I gjennomsnitt er 30 % av skadene som trenger profesjonell behandling knyttet til bevegelsesapparatet. Av de alvorligst skadde har 65 % skader i muskel- og skjelettsystemet.

Idrettskadeforskning har vist at mange skader kan forebygges ved forholdsvis enkle midler og riktig forebygging har stor individuell og samfunnsmessig betydning. Når skaden har skjedd er optimal behandling og rehabilitering viktig. Dårlig rehabilitering av denne pasientgruppen viser seg å skape flere pasienter pga. immobilisering.

Det finnes sterke forskningsmiljøer i Norge, spesielt innen idrettsskade forskning. Metodeutvikling i denne forskningen har overføringsverdi til følgetilstander etter andre typer skader og har således et potensiale langt utover selve idrettsskadene.

Forutsetninger for etableringen av satsingsområdet

Norge har en rekke fortrinn som gjør en økt forskningsproduksjon innenfor området MSPSS mulig. Vi har et godt organisert helsevesen hvor det finnes relevante registre og databaser, samt oversiktlige studiepopulasjoner. Dernest er det sterke miljøer i universitet og høyskolesektoren som har drevet omfattende epidemiologisk forskning og gjennomført randomiserte kontrollerte studier innenfor dette området. Et tredje fortrinn er samhandlingsreformen som tydeliggjør betydningen av samarbeid mellom ulike nivåer i helsetjenesten. Dette er særlig viktig ettersom det største antallet mennesker med MSPSS behandles i primærhelsetjenesten.

De fire helseregionene har alle sterke forskningsmiljøer innenfor MSPSS, men har til dels forskjellig fokus i forhold til de ulike sykdomstypene, selv om alle regioner har noe forskningsaktivitet på alle sykdomsgruppene. Dette er forsøkt fremstilt i tabell 1 (basert på en skjønnsmessig vurdering av skrivegruppen) som også tydeliggjør at de fire helseregionene til dels er komplementære i sitt forskningsfokus.

Tabell 1. En forsøksvis gradering av forskningsomfanget i de fire helseregionene på de fem ulike sykdomsgruppene

	Helse Nord	Helse Midt	Helse Vest	Helse Sør-Øst
Smerter og andre plager	+	++	+++	++
Leddgikt og beslektede sykdommer	+	+	+	+++
Artrose	+	+	+++	+++
Beintap/osteoporose	+++	++	++	+
Skader	+	++	+	+++

Beskrivelse av noen relevante forskningsmiljø

Forskning på MSPSS drives særlig ved universitetene og høyskolene og dessuten i spesialisthelsetjenesten innenfor fagfeltene revmatologi, ortopedisk kirurgi, nevrologi/nevrokirurgi, fysikalsk medisin og rehabilitering, bildediagnostikk og fysioterapi. De fleste pasienter med MSPSS mottar hovedtyngden av helsetjenester i primærhelsetjenesten. Forskning i kommunene og i sektorer utenfor helsevesenet (for eksempel i arbeids og velferdsetaten) inkludert samhandlingsforskning mellom behandlingsnivåer og sektorer vil derfor også være viktig og noen eksempler beskrives nedenfor.

Helse Nord

Ved Universitetet i Tromsø (UiT), Institutt for samfunnsmedisin, har den langsgående populasjonsbaserte Tromsøundersøkelsen ved gjentatte undersøkelser siden 1974 samlet inn data vedrørende forekomst og risikofaktorer for hjerte- og kar og andre sykdommer, inkludert MSPSS. Disse data er i liten grad benyttet og analysert til nå. En tverrfaglig sammensatt forskergruppe med fysioterapeuter, allmennleger og samfunnsmedisinere har etablert et nettverk, og søker sammen tilgang til noen av disse dataene. Multisenterstudie i primærhelsetjenesten er under oppstart for å undersøke diagnostiske prosedyrer for smerte og tendinopatier i skulderen, og en oppfølgende behandlingsstudie planlegges. Dette arbeidet knyttes sammen med forskere ved Institutt for klinisk medisin og Universitetssykehuset Nord Norge (UNN) som nylig har publisert en randomisert klinisk kontrollert multisenter studie i BMJ med data fra flere sykehus i landet vedrørende effekten av steroidinjeksjon ved kronisk utstrålende ryggmerter.

Ved UNN har forskningsmiljøet ved revmatologisk avdeling i en årrekke hatt fokus på systemiske bindevevssykdommer, men også opp gjennom årene drevet epidemiologisk forskning på revmatiske leddsykdommer, spesielt revmatoid artritt. I tillegg har forskergrupper på UNN siden midten av 90 tallet gjort mye nybrottsarbeid på bruskskader og tidlig artrose med EU-finansiering og i samarbeid med flere europeiske forskergrupper.

Helse Midt-Norge

Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) står for en stor andel av forskning på MSPSS og er Norges største samling av helseopplysninger om en befolkning. Data er framskaffet gjennom tre befolkningsundersøkelser, HUNT 1 (1984-86), HUNT 2 (1995-97) og HUNT 3 (2006-08). De to siste undersøkelsene inneholder en omfattende registrering av muskel- og skjelettplager og relevante risikofaktorer. Prevalens og risikofaktorer for sykdomsutfall studeres prospektivt i et stort antall studier og fokus spenner fra livsstilsfaktorer til biomarkører. I en oppfølgingsstudie etter HUNT3 undersøkes naturlig forløp for nakke- og ryggplager hos personer med nydebuterte plager og faktorer som påvirker forløpet. En annen studie følger opp personer etter HUNT 3 med kroniske smerter generelt. De fleste studiene ledes fra sentrale forskningsmiljø ved NTNU / St Olavs Hospital (bevegelsesvitenskap, nevromedisin, samfunnsmedisin), men også fra Oslo universitetssykehus (nevrologisk avd.) og Universitetet i Bergen (HEMIL-senteret)

To større forskningsprosjekt i Helse Midt-Norge fokuserer på arbeidsrettet rehabilitering for tilbakeføring til arbeid (nakke- og nedre rygg smerter) og raskere tilbake til arbeid (muskel- og skjelettplager og lettere psykiske lidelser). Det første prosjektet foregår som multisenterstudie mellom NTNU og UiO (fysikalsk medisin), mens det andre er en randomisert kontrollert studie for å vurdere effekten av medisinsk arbeidsrettet rehabilitering av sykemeldte eller unge som har falt ut av arbeid, med basis i Hysnes Helsefort som er et nyetablert rehabiliteringssenter (St Olavs Hospital; Nasjonalt senter for sammensatt lidelser og Institutt for samfunnsmedisin ved NTNU).

Videre gjennomføres basalstudier, diagnostiske, prognostiske og intervensjonsstudier (RCTs) i forhold til muskulære aktiveringsmønstre og motorisk kontroll ved kroniske nakkesmerter, whiplash og nedre rygg smerter ved NTNU (Institutt for samfunnsmedisin), og i forhold til kneproteser og knekirurgi ved HIST (fysioterapeututdanningen) og ved St Olavs hospital / NTNU er det flere forskningsgrupper innenfor nevrokirurgi (rygg) og ortopedi med et stort biomekanisk laboratorium. Nasjonalt senter for spinale lidelser (NSSL) ved St Olavs Hospital har en rekke tverrfaglige prosjekt innenfor ortopedi, nevrologi og nevrokirurgi med undersøkelser av kirurgiske intervensjoner, injeksjoner og effekt av rehabilitering.

Revmatologisk forskning ved St Olavs hospital er hovedsakelig innrettet mot osteoporose/bentap og mot komplikasjoner og problemstillinger knyttet til svangerskap og amming ved revmatisk sykdom.

Helse Vest

Ved Nakke- og ryggpoliklinikken, Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering, Haukeland Universitetssjukehus (HUS), er en systematisk tiltakspakke med funksjonstrening og mestringstiltak utprøvd i omfattende forskningsprosjekt siden 1993 for å forhindre langvarig sykemelding og uførhet blant arbeidstakere med MSPSS. Prosjektene er omtalt som Bergensprosjektene: Tilbake til jobb og Aktiv oppfølging. I disse prosjektene har det vært et utstrakt samarbeid med ISF og Psykologisk fakultet/Uni helse. Det forskes også på sammenhenger mellom genetiske faktorer og langvarige muskelsmerter. Forskningsmiljøet ved revmatologisk avdeling på HUS har hovedfokus på systemiske bindevevssykdommer, osteoporose og psoriasis artritt.

Forskningsgruppe i fysioterapi ved Institutt for samfunnsmedisinske fag (ISF), Universitetet i Bergen (UiB), har muskel- og skjelettplager som sentralt forskningsområde, med fokus på kliniske effektstudier, kvalitativ forskning og måle- og evalueringsmetoder, ofte i samarbeid med forskningsmiljø på HUS og HiB. Gjennom RCT studier forskes det nå på utprøving av

kognitiv og funksjonsrettet terapi i kommunehelsetjenesten, basert på sub-klassifisering av pasienter med uspesifikke ryggplager. Ved ISF gjøres det også epidemiologiske studier av muskel- og skjelettplager gjennom data fra Helseundersøkelsen i Hordaland (HUSK).

Ved forskergruppen NorPhyPain ved Senter for Kunnskapsbasert Praksis, Høgskolen i Bergen (HiB), forskes det på fysikalske undersøkelses- og behandlingsmetoder ved muskel- og skjelettplager. Dette inkluderer translasjonsforskning på smertelindrende effekter i seneapparatet av fysikalske modaliteter, klinisk kontrollerte studier og systematiske litteraturoversikter.

Uni helse, Forskningsgruppe Stress Helse og Rehabilitering, har i samarbeid med kliniske miljøer gjennomført en rekke RCT studier mht. behandling og forebygging av muskel- og skjelettplager, bl.a. iBedrift. Gruppen har vært involvert i Bergensprosjektene, en rekke prosjekter med kortvarige intervensjoner og raskere tilbake, og har nylig avsluttet en stor multisenter RCT om effekten av kognitiv terapi og omega-3 tilskudd for ryggpasienter. Gruppen representerer et sterkt miljø innen metode og statistikk. Det forskes også på komorbide tilstander og forklaringsmekanismer for langvarige smertetilstander, bl.a. modeller for sensitivisering. Det er utviklet behandlingsmanualer for kognitiv behandling av ryggpasienter. Det er også forsket på risikofaktorer for å falle ut av arbeidslivet og studier av prognostiske faktorer etter behandlingsopplegg, basert på registerdata fra populasjonsstudier.

Ved Allmennmedisinsk forskningsenhet (Uni helse), er en stor del av forskningsaktivitetene rettet mot pasienter med kroniske sykdommer, spesielt mht. hvordan disse plagene oppleves av pasientene og håndteres i primærhelsetjenesten. Det er gjort en rekke kvalitative studier om pasientperspektiver ved fibromyalgi og andre former for kroniske muskelsmerter. Flere studier pågår for tiden om treningsbehandling, kognitiv tilnærming, sykmelding og marginalitetserfaringer for pasientgruppen.

Ved Universitetet i Stavanger er det også flere forskningsgrupper som arbeider med problemstillinger innen MSPSS, spesielt rygg- og bekkensmerter, bl.a. også med utgangspunkt i kiropraktikk.

Helse Sør-Øst

I Helse Sør-Øst pågår et aktivt og omfattende forskningssamarbeid på mennesker med artrose mellom Institutt for helse og samfunn, UiO ortopedisk kirurgisk senter og revmatologisk avdeling, Diakonhjemmet Sykehus. Utgangspunktet for forskningen er mennesker bosatt i Ullensaker kommune.

Revmatologisk avdeling ved Diakonhjemmet Sykehus har et robust og produktivt forskningsmiljø med fokus på inflammatoriske leddsykdommer (leddgikt, Bekhterew sykdom og psoriasis artritt) og artrose samt billediagnostikk/helserelatert livskvalitet som endepunkter. De senere årene har det også blitt et økende fokus på hjerte- og karkomplikasjoner knyttet til revmatiske sykdommer. Dette tema er også forskningsfokus på Lillehammer Sanitetsforenings Revmatismesykehus. Ved revmatologisk avdeling Østfold drives forskning på ryggsykdommer i to pågående PhD-arbeider.

Fysioterapeutene innenfor UiO, Oslo universitetssykehus (eks. Fysioforsk-gruppen) og ved Norsk Senter for Aktiv rehabilitering har flere store studier innenfor forebygging og rehabilitering av ulike typer MSPSS. Det samme har Oslo Sports Trauma Research Center (OSTRC) ved Norges Idrettshøgskole. Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering ved

OUS har en økende forskningsaktivitet knyttet til ikke-inflammatorisk MSPSS. Ortopedisk avdeling har flere grupper som arbeider med translasjonsforskning - ”fra bench til bedside”. Det drives brusk og beinforskning ved Institutt for Kirurgisk Forskning og ved Stamcellecenteret, og sene og muskelforskning ved OSTRC. Sunnaas sykehus har et sterkt fokus på forskning på rehabilitering etter alvorlige skader i muskel- og skjelettsystemet.

Formidlingsenheten for muskel- og skjelettlidelser (FORMI) ved OUS – Ullevål har også flere forskningsprosjekter knyttet til rygg, nakke, skulder og artrose. FORMI har også pågående studier innen klinisk kommunikasjon med ryggpasienter og har nylig iverksatt forskningsprosjekter knyttet til samhandlingsreformen, samt BACE – en studie som kartlegger ryggsmertes hos eldre som behandles i primærhelsetjenesten.

Ved Institutt for helse og samfunn, UiO har man også et fokus på osteoporose og brudd basert på data fra HUBRO, avsluttede og pågående kliniske studier og i forhold til det nasjonale forskernettverket NOREPOS (se nedenfor).

Beskrivelse av noen relevante kliniske registre

Kvalitetsregister for Ryggkirurgi

Helse Nord RHF fikk i 2005 oppdrag fra Sosial og helsedirektoratet å etablere et Nasjonalt Kvalitetsregister for Ryggkirurgi (NKR) på basis av et lokalt kvalitetsregister for ryggkirurgi. Senter for Klinisk Dokumentasjon og Evaluering (SKDE) ved Helse Nord står ansvarlig for implementering, videreutvikling og drift av registeret. I løpet av 2009 ble 50 % av all ryggkirurgi i Norge rapportert til registeret, og i 2010 oppnådde registeret nærmere full dekningsgrad. NKR registrerer pasienters beskrivelse av endring i livskvalitet, funksjon og smerter, yrkesstatus og nytte av behandlingen, samt frekvens av komplikasjoner og uønskede hendelser. Informasjonen hentes i hovedsak inn ved bruk av spørreskjema og registreringen er prospektiv ved at data samles inn både før og etter inngrepet. Data fra registeret benyttes i dag i flere nasjonale forskningsprosjekter.

Nakke- og Ryggregister

Et nasjonalt Nakke- og Ryggregister (RNNK) er for tiden under etablering med forankring i Helse Nord RHF og deltakelse av alle de regionale nakke- og ryggpoliklinikkene i Norge. Dette registeret inneholder demografisk og medisinsk informasjon om alle pasienter som henvises til nakke- og ryggpoliklinikkene i Norge, samt informasjon om behandling og behandlingsresultater etter 6 måneder. Det er søkt om konsesjon og datainnsamling til registeret skal starte i løpet av 2011.

Norsk leddregister

Ortopedisk avdeling ved Haukeland startet på 90 tallet Norsk leddregister. Dette inneholder nå register for hofte og kneproteser, korsbåndregisteret og hoftebruddregisteret. Et ”Barnehofteregister” er for tiden under etablering. Det norske leddregisteret fungerer meget godt og har betydd mye for ortopedien i Norge og ikke minst for pasientene som har fått forbedret sine proteser og livskvalitet. En meget aktiv forskningsgruppe som har deltagere fra hele landet, arbeider med ulike prosjekter i tilknytning til de nevnte registrene, inkludert translasjonsforskning og intervensjonsstudier. Registeret har 80 000 pasienter med hofte- og kneproteser og 12 000 korsbåndspasienter inkludert i databasen og er blitt en modell for lignende databaser verden over.

Beskrivelse av noen relevante nasjonale eller regionale forskningsnettverk

Norwegian Epidemiological Osteoporosis Studies (NOREPOS)

NOREPOS er et etablert nasjonalt nettverk som startet i 1997 i et samarbeid mellom de fire store epidemiologiske studiene på osteoporose og bruddforekomst i Norge. De fire osteoporosestudiene var 1) TROST (Tromsø Osteoporose Studie) som nå er en del av Tromsøundersøkelsen ved Universitetet i Tromsø 2) FRONT (Fractures and Osteoporosis in North Trøndelag) som nå er en del av HUNT studien 3) HUSK (The Hordaland Health Study) representert ved Universitetet i Bergen 4) HUBRO (The Oslo Health Study) representert ved universitetet i Oslo og Folkehelseinstituttet. Gjennom årlige seminarer og tett samarbeid har NOREPOS utviklet flere studier som er støttet av lokale bevilgninger og bevilgninger fra Forskningsrådet. Nettverket har en styringsgruppe bestående av to representanter fra hvert universitet/helseforetak, se egen nettside: <http://www.norepos.no>

CONOR

CONOR samler helsedata og blodprøver fra flere norske helseundersøkelser. Når datainnsamlingen er ferdig, vil CONOR inneholde data fra ca 200 000 personer og en verdifull biobank. Formålet er forskning på sykdomsforekomst og årsaker til sykdom, og data vedrørende MSPSS inngår i CONOR databasen. CONOR er et nasjonalt samarbeid mellom Folkehelseinstituttet og universitetene i Oslo, Bergen, Trondheim og Tromsø.

Nettverk i revmatologi

Et regionalt forskningsnettverk i revmatologi inkluderer alle revmatologiske avdelinger i Helse Sør-Øst og ledes av revmatologisk avdeling på Diakonhjemmet Sykehus. Nettverket har et fokus på tidlig diagnose og behandling av leddgikt samt rehabiliteringsaspekter knyttet til revmatiske sykdommer. Revmatologisk avdeling ved Diakonhjemmet Sykehus leder også andre nasjonale nettverksprosjekter knyttet til farmakoterapi og ikke-farmakologisk behandling av hovedsakelig inflammatoriske og degenerative revmatiske leddsykdommer. En stor multisenter intervensjonsstudie (ARCTIC) er startet med 12 deltakende sentra fra alle fire helseregioner.

FORMI

FORMI er en videreføring av den tidligere Formidlingsenheten i Nasjonalt ryggnettverk og ha ledet arbeidet med å utarbeide og oppdatere nasjonale, tverrfaglige retningslinjene for korsryggsmarter. Den har driftsansvaret for pasientdatabasen RyggInfo og er sekretariat for den norske nettverksorganisasjonen Muskel- og Skjelett Tiåret (MST).

FYSIOPRIM

FYSIOPRIM er en 5-årig satsning på forskning på MSPSS i primærhelsetjenesten som er finansiert av Fond til Etter og videreutdanning av fysioterapeuter for perioden 2010-2015. Satsingen administreres fra UIO og 6 delprosjekter inngår i tett samarbeid med forskere ved NTNU, Diakonhjemmet Sykehus, Oslo Universitetssykehus og utvalgte klinikker i primærhelsetjenesten. I FYSIOPRIM utprøves modeller for brobygging mellom universitetsmiljø/spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste.

Internasjonalt samarbeid

Det finnes flere forskningsmiljøer innen muskel-/skjelettfeltet som deltar i EU-prosjekter. Forskningsgruppene allmennmedisin og fysioterapi ved Institutt for samfunnsmedisinske fag, UiB, er representert i EUs forskningsnettverk COST – Action. Revmatologisk avdeling ved Diakonhjemmet Sykehus deltar som 1 av 17 akademiske partnere i EU IMI prosjektet BeTheCure, og er også involvert som leder av en del av et EU helseforskningsprogram innenfor muskel/skjelett (EUMusc.net). Ortopedisk-kirurgisk avdeling ved Oslo Universitetssykehus har sammen med NAR og Senter for Idrettskedeforskning samarbeidsprosjekter med USA med støtte fra National Institute of Health, og er involvert i en rekke internasjonale studier i Europa, Asia og USA. FORMI har koordinerende funksjon for Nordisk nettverk for ryggforskning og deltar i flere internasjonale nettverksprosjekter. I tillegg har flere av de andre aktuelle forskningsmiljøene en sterk internasjonal forankring med en vesentlig andel av internasjonale publikasjoner. Denne internasjonaliseringen av norsk forskning er også en viktig forutsetning for en suksessrik forskningssatsing på MSPSS.

Produktivitet – faglig kvalitet

Miljøene som er aktuelle for forskningssatsingen på MSPSS er svært produktive. Et stort antall publikasjoner utgår fra flere av gruppene per år med også en vesentlig andel publikasjoner i såkalt nivå 2-tidsskrifter. Utvikling av nasjonale nettverk vil kunne styrke miljøene ytterligere og gi økt konkurransefortrinn ved tildelinger av lokale, nasjonale og internasjonale forskningsmidler.

Mål

Hovedmål

Utvikle nasjonale forskningsnettverk innen MSPSS og legge til rette for samarbeid og kunnskapsoverføring mellom nettverkene som vil føre til forskning av høy kvalitet og omfattende bidrag til internasjonal kunnskapsproduksjon.

Implementere ny kunnskap i ulike deler av helsetjenesten (primær-, spesialist- og bedriftshelsetjeneste) slik at kvaliteten på helsetjenester til mennesker med MSPSS bedres, både når det gjelder diagnostikk, forebygging, behandling og rehabilitering.

Delmål

1. Utvikle en organisasjon i henhold til prosedyrer for etablering av nasjonale satsingsområder innen medisinsk og helsefaglig forskning med et koordinerende forskningsmiljø, en styringsgruppe og et fagråd.
2. Etablere nettside med oversikt over forskningsaktiviteter og databaser innen MSPSS, samt relevante kurs, kongresser og konferanser.
3. Styrke forskning på MSPSS i både spesialist- og kommunehelsetjenesten, samt stimulere til utvikling av nye forskningsnettverk som bygger bro mellom spesialist- og primærhelsetjenesten.
4. Sikre involvering av arbeidsliv og bedriftshelsetjenester i forhold til forskning på forekomst av plager og sykdommer, risiko- og årsaksforhold og forebyggende tiltak i arbeidslivet.

5. Styrke kompetanseutveksling og konsensus mellom ulike forskningsgrupper når det gjelder metodologi (valg av endepunkter, utfallsmål, analysestrategier, instrumentering).
6. Koordinere og fremme utnyttelse av data fra eksisterende helseundersøkelser, helseregistre og biobanker.
7. Koordinere utnyttelse av teknologiske kjernefasiliteter og utstyr (for eksempel PET scan og avansert MR).
8. Stimulere og legge til rette for gjennomføring av multisenterbaserte intervensjonsstudier.
9. Koordinere utvikling av longitudinelle kohorter innenfor viktige sykdomsgrupper for å studere sykdomsforløp og utfall og identifisere prediktive faktorer for ulike sykdomsutfall.
10. Vurdere mulighet for utvikling av et register for MSPSS i primær- og spesialisthelsetjenesten.
11. Stimulere og legge til rette for at translasjonsforskning integreres i kliniske forskningsprosjekter.
12. Stimulere og legge til rette for forskning knyttet til klinisk kommunikasjon innen MSPSS.
13. Øke oppmerksomheten om betydningen av forskning på MSPSS og styrke internasjonaliseringen av forskningen, blant annet gjennom å stimulere til mer internasjonalt samarbeid og deltakelse i EU finansierte forskningsnettverk.
14. Utvikle systemer for spredning av relevant kunnskap til ulike deler av helsetjenesten (primær-, spesialist- og bedriftshelsetjeneste) slik at kunnskapsutvikling kan implementeres i klinisk virksomhet og føre til bedre og evidensbaserte helsetjenester innen diagnostikk, forebygging, behandling og rehabilitering.

Gjennomføring

Planlagte miljøer og innhold i samarbeidet

På side 11-15 beskrives en del av den forskning som pågår i Norge på MSPSS. I en nasjonal forskningsstrategi på denne sykdomsgruppen vil det være naturlig at disse miljøene deltar, men også andre relevante grupper innenfor ulike medisinske og ikke-medisinske fagmiljøer vil kunne være aktuelle deltakere. Viktigst er at vi har kartlagt sterke grupper i alle helseregionene og eksisterende registre som er et godt utgangspunkt for oppbygging av forskningsområder hvor man gjennom nettverksdannelse vil oppnå synergieffekter. Vi mener at ytterligere miljøer og prioriterte forskningsområder vil identifiseres gjennom de aktiviteter som er beskrevet nedenfor. Imidlertid vil ikke bredde være et mål i seg selv – snarere vil den første forskningskonferansen ha som et hovedmål å identifisere sterke miljøer som kan danne slagkraftige nettverk som vil føre til økt internasjonalisering av forskning på MSPSS i Norge. Slike spissede satsingsområder bør også kunne fokusere på hele spekteret av forskning innenfor et fagområde – fra genetikk og basalforskning til kliniske prosjekter og registerforskning. Skrivegruppen tenker seg for eksempel at artrose kan være en slik spisset første satsing, men det finnes også andre områder innenfor MSPSS hvor man kan få til sterke nettverksdannelser med translasjonspreg. Et forslag til en prioritering bør gjøres av det fagråd som etableres etter en mer systematisk kartlegging av pågående forskning innenfor relevante områder av MSPSS i Norge og en analyse av hvilke gevinster og synergieffekter som kan oppnås i slike spissede satsinger.

Organisering

Det koordinerende forskningsmiljø for satsingen utpekes av det samarbeidsorganet som får ansvar for satsingen. Dette samarbeidsorganet fungerer som styringsgruppe for det nasjonale satsingsområdet og arbeider sammen med koordinator for satsingen for å fremme forslag til medlemmer av fagrådet. Arbeidsutvalget for NSG foretar den endelige sammensetning av fagrådet (koordineringsgruppen). Skrivegruppen støtter prosedyrene som er beskrevet i vedlegg 1 til Prosedyre for etablering av nasjonale satsingsområder innen medisinsk og helsefaglig forskning. Vi vil spesielt foreslå at representanten fra interesseorganisasjon er en pasient med MSPSS.

Planlagte aktiviteter

Den første aktiviteten vil være å etablere formelle strukturer som kan ivareta hovedmål og delmål for satsingen (se avsnitt organisering) (delmål 1). Koordinator for forskningssatsingen sammen med fagrådet og andre relevante fagmiljøer skal initiere satsingen gjennom en todagers nasjonal konferanse hvor målene for satsingen presenteres og hvor man gjennom faglige presentasjoner og gruppearbeid kan identifisere gevinster av nye nettverksdannelser. En viktig oppgave for koordinator og arbeidsgruppe er også å presentere et forslag til en prioritert rekkefølge av hvordan de ulike delmål skal adresseres og initialt spisse satsingen mot ett eller flere områder hvor de største forskningsmessige gevinster kan forventes.

Konferansen bør bidra til identifisering av pågående forskningsprosjekter og miljøer som gjennom samarbeid kan oppnå synergieffekter (delmål 3 og 5). Vi vil også foreslå at det avholdes årlige konferanser for å oppdatere miljøene på utviklingen i satsingen i forhold til de hovedmål og delmål som er etablert.

En egen nettside må utarbeides hvor de ulike forskningsprosjekter og forskningsmiljøer presenteres med tanke på muligheter for styrket samarbeid (delmål 2).

Det er viktig at sekretariatet også har en rolle i koordinering av samarbeid mellom eksisterende nettverk og i dannelsen av nye nettverk. Sekretariatet bør bl.a. tilrettelegge for egnede møteplasser utenom eventuelle større konferanser eller nettverksmøter, enten fysisk eller gjennom nettsiden som etableres (delmål 5 og 6).

En spesielt viktig aktivitet vil være å bygge opp en verktøykasse for validerte måleinstrumenter, inkludert spørreskjema, som gjøres tilgjengelige på nettsiden (delmål 5). Det må også arbeides for konsensus om valg av sentrale måleinstrumenter ved intervensjonsstudier på definerte pasientgrupper. På samme måte bør nettsiden gi gode beskrivelser av eksisterende nettverk og registre med tanke på utvidelser og samarbeid (delmål 6). Et annet viktig område er publisering av informasjon om teknologiske kjernefasiliteter og kostbart utstyr med tanke på en så god utnyttelse av disse ressursene som mulig (delmål 7).

En spesielt viktig aktivitet vil være rettet mot primærhelsetjenesten. Vi tenker oss at det skal gjennomføres en kartlegging i primærhelsetjenesten for å identifisere leger, fysioterapeuter, kiropraktorer og andre profesjonsutøvere med interesse for å delta i multisenterstudier på MSPSS. Dette kan dels dreie seg om oppbygging av et register eller kliniske kohorter med utgangspunkt i mennesker med MSPSS som behandles i primærhelsetjenesten, dels i rene samhandlingsprosjekter for å undersøke hvordan helsetjenesten fungerer mellom de ulike nivåene (delmål 3).

På sikt vil det også være en viktig aktivitet å kartlegge forskning som foregår innenfor arbeidsliv og bedriftshelsetjeneste og etablere nettverk mellom universitet, spesialist- og primærhelsetjeneste og denne sektoren (delmål 4).

Koordinerende forskningsmiljø for satsingen bør også i samarbeid med relevante forskningsmiljøer i regionene vurdere mulighetene for å utvikle et register for MSPSS i primær- og spesialisthelsetjenesten (delmål 10).

Etter å ha identifisert miljøer som kan utvikle nettverk og samarbeid bør sekretariatet stimulere til samarbeid ved å bygge opp nye multisenter kohortstudier innenfor viktige grupper av MSPSS for å studere sykdomsforløp og utfall, og identifisere prediktive faktorer og intervensjonsstudier (delmål 9). Enda viktigere vil det være å stimulere igangsetting av multisenter intervensjonsstudier (delmål 8) og stimulere til translasjonsforskning (delmål 11). Klinisk kommunikasjon er dokumentert å være av stor betydning både når det gjelder pasientopplevelser og klinisk utfall og videre forskning på dette området vil også være viktig i denne satsingen (delmål 12).

Internasjonalt samarbeid er viktig, og det koordinerende forskningsmiljø bør sammen med relevante støttefunksjoner på dette området i helseregionene og universitetene stimulere til EU søknader og andre aktiviteter som kan fremme internasjonalt forskningssamarbeid (delmål 13). Ledelsen av satsingen må også arbeide strategisk for å øke bevilgninger til forskning på MSPSS i heleregionene, ved universitetene og i Norges forskningsråd (delmål 13).

Det vil også være viktig at forskningsresultater kommer pasientbehandlingen til gode. Derfor må koordinerende forskningsmiljø og fagråd, i samarbeid med FORMI, Nasjonalt Revmatologisk Rehabiliterings- og Kompetansesenter (NRRK) og andre som arbeider med formidling og implementering, utvikle systemer for spredning av relevant kunnskap til ulike deler av helsetjenesten (primær-, spesialist- og bedriftshelsetjeneste). Det må også igangsettes aktiviteter for å fremme implementeringen av kunnskapen i klinisk praksis og etablere evalueringssystemer med tanke på om man oppnår en bedring av evidensbaserte helsetjenester innen diagnostikk, forebygging, behandling og rehabilitering av MSPSS (delmål 14).

Fremdrift med milepæler

I oversikten nedenfor har vi ikke knyttet tidspunkter til oppfyllelse av de mange delmål, fordi det koordinerende forskningsmiljø sammen med fagrådet vil måtte gjøre noen prioriteringer. Etter prioritering av delmålene i satsingen må en revidert fremdriftplan med milepæler utarbeides.

- Første halvår 2012: Koordinerende forskningsmiljø med koordinator og fagråd er oppnevnt.
- Første halvår 2012: webside opprettes.
- Oktober 2012: nasjonal konferanse avholdes.
- Desember 2012: Koordinerende forskningsmiljø fremlegger prioritert liste over spissede satsinger med revidert fremdriftsplan med milepæler for styringsgruppen.
- Fra januar 2013: Den nasjonale satsingen gjennomføres i henhold til vedtatte begrunnede prioriteringer.

- Hele perioden: Vedvarende fokus på deltakelse i internasjonale konsortier innen MSPSS, med tanke på internasjonalisering av forskning og tildeling av midler fra EU og andre internasjonale kilder.
- Juni 2013: utlysning av midler (Norges forskningsråd, Extrastiftelsen Helse og Rehabilitering, andre) som forskningsmiljøene søker på og hvor nasjonalt samarbeid vektlegges ut fra punktene skissert ovenfor
- November 2013: tildeling av forskningsmidler
- Januar 2014: nasjonal konferanse med bred nasjonal invitasjon og presentasjon av pågående prosjekter og initiering av nye prosjekter
- Juni 2014: utlysning av midler (Norges forskningsråd, Extrastiftelsen Helse og Rehabilitering, andre) som forskningsmiljøene søker på og hvor nasjonalt samarbeid vektlegges ut fra punktene skissert ovenfor
- November 2014: tildeling av forskningsmidler
- Januar 2015: nasjonal konferanse med bred nasjonal invitasjon og presentasjon av pågående prosjekter og initiering av nye prosjekter
- Juni 2015: utlysning av midler (Norges forskningsråd, Extrastiftelsen Helse og Rehabilitering, andre) som forskningsmiljøene søker på og hvor nasjonalt samarbeid vektlegges ut fra punktene skissert ovenfor
- Sommer 2015: Internasjonal evaluering
- November 2015: tildeling av forskningsmidler
- Januar 2016: nasjonal konferanse med bred nasjonal invitasjon og presentasjon av pågående prosjekter og initiering av nye prosjekter
- Juni 2016: utlysning av midler (Norges forskningsråd, Extrastiftelsen Helse og Rehabilitering, andre) som forskningsmiljøene søker på og hvor nasjonalt samarbeid vektlegges ut fra punktene skissert ovenfor
- Desember 2016: Vurdere videreføring av satsingen

Plan for rapportering – evaluering

Rapportering må skje slik som beskrevet i vedlegg 2 til Prosedyre for etablering av nasjonale satsingsområder innen medisinsk og helsefaglig forskning. Vi vil også anbefale at satsingen etter tre år vurderes av et utenlandsk panel av eksperter. Viktige suksesskriterier vil være nasjonale nettverksdannelser, etablering av forskningssamarbeid, oppnådd finansiering nasjonalt og internasjonalt, oppstartede multisenterstudier og forskningsproduksjon i form av internasjonal publisering.

Budsjett

Midler til satsingen vil først og fremst brukes på oppbygging og drift av et sekretariat. De deltakende miljøer vil selv ha sin forskningsfinansiering til egne aktiviteter og nettverk og vil oppfordres til å dra nytte av denne satsingen i forsøk på styrket nasjonal finansiering (for

eksempel gjennom RHF, Extrastiftelsen Helse og Rehabilitering, andre legater og fond) og særlig internasjonal finansiering (EU-midler, NIH, andre).

Årlig budsjett legges til det koordinerende forskningsmiljø:

Koordinator full stilling (kompetanse minimum master)	0.8 mill
Drift sekretariat	0.1 mill
Webmaster	0.1 mill
Reiser og møter for styringsgruppe	0.1 mill
Årlige nettverkskonferanse 100 deltakere (reise dekkes av egen virksomhet)	0.2 mill*
Diverse utgifter (survey primærhelsetjenesten etc)	0.2 mill
Totalt (støtte fra ansvarlig samarbeidsorgan)	1.5 mill

*Konfereansepakke, reise og arbeidsfravær dekkes av arbeidsgiver

Oslo/Tromsø/Trondheim/Bergen, 6. oktober 2011

Tore K. Kvien, leder (sign)

Lars Engebretsen (sign)

Nina Emaus (sign)

Ottar Vasseljen (sign)

Liv Inger Strand (sign)