

Kronikk

Utfordringer for fagutvikling og forskning i allmennmedisin

Gjennomføringen av foretaksreformen og fastlegeordningen har ført til en uheldig asymmetri når det gjelder nødvendig innsats innen fagutvikling og forskning. Spesialisthelsetjenesten som *helsevesen* har tatt et grep om forskning, utviklingsarbeid og kvalitetsforbedring. Dette er svært positivt, men savner sitt motstykke i allmennmedisin. Denne manglende balansen har klart uheldige virkninger på sikt. Sykehusvesenet mangler en «motpart» i positiv forstand i primærhelsetjenesten, vesentlig av strukturelle og administrative årsaker. Allmennmedisinen som fagfelt har ingen fungerende bestillerfunksjon for større forskningssatsinger, metodevurderinger eller omfattende utviklingsarbeid. Fagfeltet allmennmedisin trenger vesentlig mer ressurser, strukturelle endringer og faglige institusjoner for at faget skal kunne utvikles og følge kunnskapsutviklingen, basert på fagets egne forutsetninger og tradisjoner.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Steinar Hunskaar

steinar.hunskaar@isf.uib.no
Seksjon for allmennmedisin
Institutt for samfunnsmedisinske fag
Universitetet i Bergen
5018 Bergen

John-Arne Røttingen

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
0130 Oslo

Foretaksreformen har med basis i lovverk, forskrifter, formålsparagrafer og rammebevilgninger knyttet til måloppnåelse ført til store endringer i strategisk tenkning og prioritering i spesialisthelsetjenesten. Vi har fått fem enheter med store ressurser og fullmakt til å strukturere og vektlegge helhetlig helsevesen på en ny måte. Etter hvert som strukturene er kommet på plass, ser vi at helseforetakene blir opptatt av kvalitet og faglig innhold i økende grad.

Som en konsekvens av reformen har foretakene opprettet sterke fagavdelinger både regionalt og lokalt. De blir i økende grad opptatt av forskningsbasert kunnskap og kvalitet, og de etterspør akademiske tjenester i form av lokal sykdoms epidemiologi, kliniske utprøvinger, systematiske oversikter, medisinske metodevurderinger og kunnskapsoppsummeringer. Helseforetakene er en betydelig aktør i «bestillerfunksjonen» overfor forsknings- og utredningsinstitusjonene, i tillegg til store innsatser i egen regi.

Forskning og fagutvikling i regi av helsevesenet

Spesialisthelsetjenesten som *helsevesen* har tatt viktige grep om forskning og utviklingsarbeid. Det er imponerende hvordan foretakene har tatt fatt i disse oppgavene. Dette gjøres ikke bare av plikt, men fordi det åpenbart finnes en grunnleggende forståelse av at dette er sentrale investeringer i fremtidig kvalitet på pasientbehandlingen. Men det har ikke bare en verdi i seg selv, det er også et mulig konkurransefortrinn i et system med friere sykehusvalg og sterkere pasientrettigheter og -krav.

Helseforetakene har foreløpige målsettinger om 1–2 % av budsjettene til slike tiltak, og enkelte har antydning av videre målsetting om 2–3-dobling av dette. Foretakene utlyser forskningsmidler, tilsetter stipen-

diater i stort omfang og bygger ut enheter for klinisk forskning, helsetjenesteforskning og epidemiologi. Summene som brukes er betydelige, og overgår beløpene for de frie forskningsmidlene som de medisinske fakultetene har til disposisjon. For eksempel utgjorde Helse Vests tildeling av forskningsmidler i desember 2003 55 millioner kroner, og det ble tildelt 23 stipendiatstillinger, som er atskillig flere enn det Det medisinske fakultet i regionen kan tildele årlig. Helse Øst skal tildele 65 millioner kroner for 2004. All denne forskningsinnsatsen skjer altså som ledd i det å drive en *helsetjeneste*. Dette er en svært positiv utvikling.

Allmennmedisin henger etter

Primærhelsetjenesten har ikke hatt en tilsvarende utvikling og prioritering av forskning og fagutvikling. Til tross for stort behov for kvalitetsforbedring, mye ny forskningsbasert kunnskap og alle nasjonale og særegne kliniske forhold som gjelder for allmennpraksis, har faget og utøverne verken ressurser (relativt sett) eller administrative strukturer som kan ta seg av dette området på en tilfredsstillende måte. Fastlegene er i så måte fire tusen enkeltpersoner, og de få ordningene som finnes gjennom Legeforeningens allmennpraktikerstipend, kvalitetssikringsfond etc., er små og uten institusjonelle forankringer med kompetanse og veiledningsansvar over tid.

De allmennmedisinske instituttmiljøene tilhører utdanningssektoren, og har i Norge sine største oppgaver innen grunnutdanningen av leger. Enkelte miljøer er likevel forskningsmessig sterke, noen på høyt internasjonalt nivå. Men de er gjennomgående små, lite preget av større forskningsgrupper som kan arbeide konsentrert med oppgaver over tid. I dagens prioriteringsklima og med de eksisterende satsingsrådene har det vært vanskelig å få finansiert viktig utviklingsarbeid prioritert fra faget selv, som for eksempel handlingsprogrammer eller beslutningsstøtte.

Allmennpraksis må derfor i stor grad kjempe om forskningsbevilgninger i konkurranse med andre og på andre områder enn sine egne eller der man har sine fortrinn. Norges forskningsråd, Helse- og rehabilitering og de store foreningsbaserte forskningsfondene har liten tradisjon for å støtte allmennmedisinsk forskning. Disse

finansieringskildene betyr også stadig mindre for klinisk forskning i Norge etter som foretakene tar over. Innretningen av det meste av programforskningen ekskluderer også i stor grad primærhelsetjenesten som aktør. Evalueringen av fastlegeordningen er her et hederlig unntak.

Konsekvensen av dette er at primærhelsetjenesten og allmennmedisinen selv ikke har særlig innvirkning på forskningsprioriteringene for sektoren, slik som hos foretakene, og dette er klart uheldig. Det kan bety at sentrale allmennmedisinske temaer, og utviklingsarbeid som er viktig for primærhelsetjenesten, ikke blir sett på som viktig eller relevant, av mangel på representasjon.

Allmennpraksis mangler institusjoner

Det er for tiden stor interesse knyttet til en utredning i regi av Legeforeningen om forskningsenheter i allmennmedisin. Disse skal utgjøre ressursenheter for forskning og veiledning, med en bemanning og finansiering som gjør det mulig med langsiktig utviklingsarbeid for viktige deler av allmennpraksis. Dette har lang tradisjon i Danmark, og Sverige har noe liknende som én sentralinstitusjon.

Når allmennpraksis ikke har store organisatoriske enheter og når pengestrømmen skjer sentralt (via Rikstrykdeverket), må finansiering av allmennmedisinske forskningsinstitusjoner kanskje også knyttes til denne delen av helsetjenestens budsjett og pengestrøm, dvs. Rikstrykdeverket og refusjonsordningene, på linje med rammebevilgningene til helseforetakene.

Utfordringen for allmennmedisinen, slik vi ser det, er ikke å akseptere eller å klare seg med relativt sett mindre forskning, utviklingsarbeid eller kvalitetsforbedring enn foretakene. Men det må utvikles nye modeller for finansiering som sikrer slik aktivitet. Da trenger sektoren strukturer og organer for å kanalisere virksomheten. For denne typen virksomhet må det enten bygges regionale strukturer eller lages ordninger på nasjonalt nivå. Konkret mener vi at norsk allmennmedisin mangler «institusjoner» for denne delen av faget, som både kan ha bestilleransvar (og økonomi) på vegne av sektoren, og som selv har tilstrekkelig styrke til å drive forskning og utviklingsarbeid.

Denne mangelen på sterke faginstitutioner for allmennmedisinen er også tydelig nå i forbindelse med opprettelsen av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Kunnskapssenteret har bl.a. som oppgave å sammenstille forskningsbasert kunnskap i form av systematiske oversikter, kunnskapsoppsamlinger og metodevurderinger, og å gjøre oppsummert og pålitelig kunnskap

tilgjengelig for helsetjenesten og dens brukere. Mens spesialisthelsetjenesten har de regionale foretakene som bestillere av denne typen aktivitet, mangler allmennmedisinen institusjoner som kan ha en slik rolle – kommunenes organisasjon KS kan ikke ha en slik faglig rolle. Det er fare for ubalanse i kunnskapssenterets virksomhet dersom spesialisthelsetjenestens behov blir enerådende.

Eksisterende, planlagte og mulige eksempler

Men det finnes noen viktige og gode eksempler og forslag på hva sektoren som *helsevesen* kan satse på fremover. Men det er vanskelig å få det til, fordi ingen har ansvaret og strukturene mangler.

Norsk kvalitetsforbedring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus (NOKLUS) er et prima eksempel på viktig og nyttig institusjonsbygging innen primærhelsetjenesten. NOKLUS Senter, knyttet til Universitetet i Bergen, sender ut laboratorieprøver med ukjente verdier til deltakende laboratorier. Det blir sendt tilbakemelding om hvordan resultatene er sammenliknet med andre, med fasitverdier og med retningslinjer. NOKLUS fikk «Det nytter»-prisen i 1997 fordi prosjektet har bidratt til å bedre kvaliteten på laboratorievirksomheten i allmennpraksis. NOKLUS er et internasjonalt kjent eksempel på en organisasjon som har bidratt til økt kvalitet i primærhelsetjenesten, og der kvalitetsforbedring, forskning og fagutvikling går hånd i hånd. Ordningen ble kjempet gjennom fra allmennpraksis, fikk prosjektfinansiering gjennom Legeforeningens kvalitets sikringsfond, men er også et eksempel på at det mangler gode ordninger for finansiering av slike fellesinstitusjoner over faste budsjetter.

Fra 2002 har Nettverk for distriktsmedisinsk fagutvikling vært etablert ved Universitetet i Tromsø. Målsettingen er å være et bindeledd mellom miljøer med ansvar og interesse for distriktsmedisin, dessuten å fungere som en pådriver for utviklingen av faget. Planen er at nettverket skal danne grunnlaget for et Nasjonalt senter for distriktsmedisinsk fagutvikling. Å fungere som primærlege i distrikt krever både spesiell fagkompetanse og en oppfatning av rollen man forventes å fylle. Forskning og fagutvikling innen dette viktige området for norsk primærhelsetjeneste er tenkt utført gjennom senteret og nettverket, men en endelig organisasjonsmodell og finansiering er ikke på plass.

Legevaktmedisin er i søkelyset fordi økte krav til kvalitet gjør denne delen av primærhelsetjenesten ekstra utsatt: Arbeidet går ofte fort for seg med ukjente pasienter, utført av leger med varierende erfaring, samt under manglende samhandling med

støtteapparatet. Etter mange endringer i organisatoriske modeller for legevakt, mener mange at man nå må rette oppmerksomheten mot det faglige innholdet. I forbindelse med behandlingen av stortingsmeldingen om akuttmedisinsk beredskap gikk sosialkomiteen inn for et nasjonalt senter for legevaktmedisin knyttet til Universitetet i Bergen og Nasjonalt senter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap (KoKom). Senteret er tenkt å ha oppgaver innen utdanning av helsepersonell og andre relevante faggrupper, utviklingsarbeid, forskning, epidemiologisk overvåking og statistikk. Etablering av senteret er ennå ikke skjedd, men Sosial- og helsedirektoratet har prioritert tiltaket overfor departementet.

Distriktsmedisin og legevaktmedisin er gode eksempler på at fagmiljøene ved universitetene får politisk støtte for viktige tiltak, men at primærhelsetjenesten selv ikke har organer som kan følge opp, at det mangler «adressat» både organisatorisk og finansielt for denne typen tiltak i primærhelsetjenesten.

Det finnes en rekke andre områder der fastlegene har viktige oppgaver, men der fagutvikling, beslutningsstøtte og forskning er svak, eller der spesialisthelsetjenesten er ensidig premissleverandør eller bestemmende for faginnholdet. Et siste eksempel er aldersmedisin og medisinske tjenester i eldreomsorgen med kjente vansker når det gjelder organisering, rekruttering og faglig innhold. Igjen kan enkeltkommuner og enkeltleger ikke stå for nasjonale og regionale tiltak for forskning og fagutvikling. Vi er overbevist om at dersom sykehjemmene hadde vært lagt under helseforetakene, ville vi sett en interesse for faginnholdet, kvaliteten og fagutviklingen av en helt annen dimensjon – selv om en slik forankring trolig ikke er hensiktsmessig av andre årsaker.

Mye bra, men mangel på ansvarlige strukturer

Primærhelsetjenesten i Norge generelt er verken preget av armod eller dårlig kvalitet. Fastlegeordningen har vært et løft på flere områder. Men løfter man blikket, først til siden og så frem, ser man at spesialisthelsetjenesten tar konsekvensen av hvor viktig forskning og fagutvikling er for *helsetjenesten* og at primærhelsetjenestens organisering og finansiering hindrer fellesordninger for forskning og fagutvikling. Det finnes faktisk ikke en «primærhelsetjeneste» i form av en institusjonalisert struktur andre viktige parter kan forholde seg til. Det faglige innholdet i fastlegeordningen er kommunens lovansvar, men er satt ut til de nesten fire tusen fastlegene. Det finnes ingen strukturer eller organer, verken i kommunene eller hos legene selv,

som de facto har faglige mandat eller som kan være en nødvendig motpart til andre organer lokalt, regionalt eller sentralt i faglige spørsmål.

Dette medfører en strukturell, maktmessig og faglig ubalanse som ikke bare er uheldig, men som også har konsekvenser for kunnskapsutviklingen og kvaliteten i allmennmedisinen. På mange måter blir ikke allmennmedisinen herre i eget hus, fordi det er andre godt organiserte parter som legger føringer på utviklingen.

Forskning er nå en lovpålagt oppgave for spesialisthelsetjenesten, og prioritering av faglig utvikling ser ut til å være sterkt ledesforankret i foretakssystemet. Kommunehelsetjenesteloven har ikke – og vil heller ikke kunne få – en tilsvarende forpliktelse. Til det er kommunene for mange og for små. Tilskuddet til forskning til de regionale foretakene har ingen parallell når det gjelder primærhelsetjenesten. Det finnes per i dag ikke aktuelle tilskuddsmottakere da allmennmedisinen mangler en institusjonell overbygning. Allmennmedisinen har en ytterligere utfordring gjennom det geografiske skillet mellom praktikerne og akademikerne. I sykehusene er dette mer integrert og kombinerte stillinger sikrer både den kliniske og vitenskapelige forankringen.

Foretakene har i 2004 satt av til sammen 400–500 millioner kroner til forskning. I tillegg er det indirekte ressurser som ikke er synliggjort. I alt utgjør forskningsinnsatsen 1–2 % av budsjettet. Fastlegene har en samlet omsetning på ca. 4,5 milliarder kroner og genererer refusjoner for legemidler fra trygden på 6–6,5 milliarder. Det er nødvendig å bygge opp forskningsaktiviteten i allmennmedisinen som *helsetjeneste* gradvis. En start vil kunne være 0,5 %, dvs. i overkant av 50 millioner kroner. Dette svarer også til et par kroner per pasientkontakt i allmennpraksis. I løpet av en opptrappingsperiode bør man opp på et nivå som ligger på halvparten av foretakenes investeringer.

Sykehusreformen er blitt et faglig løft for spesialisthelsetjenesten, og foretakene har gått foran når det gjelder forskning og kvalitetsutvikling. Det gjelder å skape tilsvarende systemer og strukturer i allmennmedisinen som kan føre til sterkt og forpliktende samarbeid om den totale faglige utviklingen i medisinen slik at en får den rette balansen og den riktige arbeidsfordelingen.