
FORSLAG TIL NY LOV OM KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTER
Samhandlingsreformen
Kapittel 18 - Forskning

Høringsuttalelse fra de allmenntedisinske forskningsenhetene (AFE) i Bergen, Trondheim, Oslo og Tromsø

Forskningsbasert praksis er forutsetning for trygge allmenntedisinske tjenester. Det er imidlertid fortsatt vesentlige mangler i kunnskapsgrunnlaget i forhold til de spesifikke faglige utfordringene som fastlegen møter. Vi slutter oss derfor til lovforslagets vurdering av *forskning og bruk av forskningsresultater som viktige virkemidler for å sikre kvalitet og kostnadseffektivitet på tjenestetilbudet*. Vi har tre innspill som vi mener er helt avgjørende for å oppnå forskning av høy kvalitet og relevans for primærhelsetjenesten:

For det første må loven gi forskning i primærhelsetjenesten status som obligatorisk og forpliktende.

Forskning og fagutvikling må bli en **skal-oppgave** i den nye loven. Bare på denne måten vil likeverdigheten mellom tjenestenivåene synliggjøres og rammer for forskning og fagutvikling i primærhelsetjenesten sikres.

Mens finansieringssystemet for forskning i helseforetakene har gitt et betydelig løft for forskning og kvalitet i spesialisthelsetjenesten, finnes ikke tilsvarende finansiering av allmenntedisinsk forskning. De allmenntedisinske forskningsenhetene er etablert med beskjedent basistilskudd uten øremerkete offentlige midler for drift eller prosjektstøtte. Hovedtyngden av budsjettet representerer eksternt finansiert forskning, der spesielt Legeforeningens Allmenntedisinsk forskningsfond er en vesentlig finansieringskilde. Vi ser frem til et forslag om *avtalerregulering av finansieringsordninger som kan utløse forskningsmidler*. Vi advarer imidlertid sterkt mot å knytte dette til *avtaleverket mellom kommuner og helseforetak* alene, se mer om dette nedenfor.

For det andre er vår vurdering at det er ambisjonsløst og helt urealistisk å gjøre økonomi og kompetanse i de enkelte norske kommuner til en nøkkelfaktor for styrking av forskning i primærhelsetjenesten.

Ansvar for styrking av praksisnær allmenntedisinsk forskning må forankres på nasjonalt nivå, gjerne ved et overordnet offentlig ansvar for tilrettelegging av økonomi og infrastruktur via kommunene samlet. Slike strukturer kan ikke være frivillige, men må etableres på en forpliktende måte som er sammenlignbar med den som nå er etablert for forskning i foretakene.

Primærhelsetjenesten omfatter både allmenntedisin, legevakt, andre helsetjenester og kommunale omsorgstjenester som sykehjem. Det medisinske ansvaret for primærhelsetjenestene ligger hos allmenntlegene, enten de fungerer som fastlege, legevaktlege eller sykehjemslege. De samme legene innehar ofte alle disse tre funksjonene. Medisinsk ansvar innebærer bl.a. diagnostikk, behandling og vurderingskompetanse, og feil og mangler i kunnskapsgrunnlaget for allmenntleger leder til umiddelbare og til dels dramatiske konsekvenser, både for den enkelte pasient og for samfunnet. Prioritet til

forskning på kommunale helse- og omsorgstjenester fra forskningsrådet og andre kilder vil ikke nødvendigvis bidra til et løft for det allmenmedisinske kunnskapsgrunnlaget. Det trengs et spesifikt løft for det medisinske kunnskapsgrunnlaget for virke i førstelinjetjenesten. Basisfinansiering av de allmenmedisinske forskningsenhetene, infrastruktur for klinisk allmenmedisinsk forskning i form av forskernettverk tilknyttet universitetsmiljøene, metode og verktøy for datafangst fra fastlegenes driftsdata er sentrale virkemidler som krever et sentralt offentlig ansvar.

For det tredje kan helseforetakene ikke være premissleverandør for forskning rettet mot kommunehelsetjenesten.

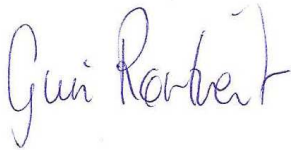
Helseforetakene har ingen myndighetsrolle i forhold til primærhelsetjenesten, og vi finner forslaget om å knytte forskning i primærhelsetjenesten til *avtaleverket mellom kommuner og helseforetak* meget uryddig organisatorisk. Helseforetakene har heller ingen kompetanse til å legge til rette for en effektiv forskningsstrategi for primærhelsetjenesten. Videre er det en rekke felt innen primærhelsetjenesten der vi mangler kunnskap, men der spesialisthelsetjenesten ikke er involvert. Derimot er forskningsmessig samarbeid mellom kommuner og helseforetak klart ønskelig, og dette kan gjerne avtalereguleres på frivillig basis.

Lovforslaget påpeker helt riktig at *kunnskapsbehovet i primærhelsetjenesten og den kommunale omsorgstjenesten i liten grad kan ivaretas gjennom forskningen i spesialisthelsetjenesten*. På dette feltet er det helt andre miljøer som har den nødvendige kompetanse, for eksempel de allmenmedisinske forskningsenhetene. Forskning på komplekse tilstander, samhandlingsprosesser og pasientperspektiver krever *innovasjon* i teori og metode, et felt der allmenmedisinsk forskning gjennom flere tiår har utviklet anerkjent kompetanse både nasjonalt og internasjonalt. Innovasjon er helt nødvendig, men dette må utvikles spesifikt i forhold til den allmenmedisinske kontekst, som er annerledes enn foretakenes.

Medisinsk uforklarte helseplager med subjektive symptomer uten objektive funn, er viktige folkehelseproblemer i Norge. 80% av alle sykmeldinger skrives ut av fastlegen, med diagnoser fra muskel- og skjelettsystemet og psykiatri på topp. Fastlegen er medisinsk hovedansvarlig for de fleste eldre i vårt land. I dag er 600 000 nordmenn over 65 år, i 2030 vil det dreie seg om 1 000 000. Eldre har mange sykdommer, bruker ofte flere ulike medikamenter samtidig, og psykisk lidelse øker med alderen. Kompleksiteten i disse tilstandene utfordrer det medisinske kunnskapsgrunnlaget. Fastlegen som ser pasientene i kontekst har kunnskap om sammenhenger, forløp og pasienters sterke sider. Økt kunnskap om kronisk sykdom, uforklarte helseplager og forhold som leder til arbeidsuførhet er viktig, likeså kunnskap om pasienterfaringer.

Det vises i lovforslaget til erfaringer fra samarbeidsprosjekter for fagutvikling og forskning mellom helseforetak og kommuner i sør- og øst-Norge. God samhandling med spesialisthelsetjenesten i forhold til best mulige pasientforløp er foreløpig et felt der kunnskapsgrunnlaget er magert. Eksempelvis gir PKO-ordningen et godt utgangspunkt for utforskning av dette feltet. For evaluering av vertikal samhandling på tvers av tjenestenivåene kan slike tiltak være nyttige delbidrag. Prosessforskning på *pasientsikkerhet* i samhandlingen mellom fastlegen og øvrige helsetjenester er et spesielt viktig udekket kunnskapsfelt. Samtidig skal vi huske at flertallet av fastlegens pasienter ikke har behov for vertikal samhandling eller henvisning til spesialisthelsetjenesten - eksempelvis har norske fastleger 3,5 ganger så mange konsultasjoner i gynekologi som gynekologene og 10 ganger så mange konsultasjoner i psykiatri som psykiaterne. Dette er oftest den mest optimale løsningen både for pasienten og for samfunnet, men forskning er helt nødvendig for å sikre at behandling hos fastlegen har høyest mulig kvalitet. Følgforskning til samhandlingsreformen vil også være avgjørende for at reformen skal bli en kilde til læring og utvikling.

Vennlig hilsen



Guri Rørtveit
Forskningsleder AFE Bergen, professor dr. med.



Irene Hetlevik
Forskningsleder AFE Trondheim, professor dr. med.



Jørund Straand
Forskningsleder AFE Oslo, professor dr. med.



Hasse Melbye
Forskningsleder AFE Tromsø, professor dr. med.