

Helsetjenesteforskning i fokus på NAVF-seminar

Av Peter F. Hjort

I begynnelsen av mars avholdt NAVFs gruppe for helsetjenesteforskning og Norsk institutt for sykehusforskning et seminar om helsetjenesteforskning i Hurdalen. Temaet var: Hva er helsetjenesteforskning, og hvordan bør vi bruke den? Det var ca. 50 deltakere, og tanken var å bringe forskerne sammen med brukerne av forskningen. Brukerne kom fra helsetjenesten, fra departement og fra fylkenes administrasjoner. I tillegg kom det innbudte deltakere fra de andre skandinaviske land.

Helsetjenesteforskning er mer et nytt syn enn et nytt felt. Den har vokst frem i løpet av de siste 15-20 år, og drivkraften har vært det økende gap mellom muligheter, viten og forventninger på den ene siden og ressurser og realiteter på den andre siden.

Forskningen har klare relasjoner til tradisjonsrike forskningsfelt som epidemiologi, hygiene, forebyggende medisin, sosialmedisin og «community health». Den rommer også elementer av klinisk forskning og kontrollerte undersøkelser. Det nye er at en ønsker å bygge opp en tverrfaglig forskning som skal bidra

til å bedre helsetjenestens kvalitet og utnyttelsen av dens ressurser. Forskningen representerer ikke en ny disiplin, men et samarbeid mellom medisinske og samfunnsvitenskapelige disipliner, først og fremst klinisk medisin og sykepleie, epidemiologi og statistikk, økonomi og sosiologi.

Hvem har bruk for helsetjeneste-forskning?

På én måte er svaret lett, for alle mennesker blir pasienter før eller senere. Derfor har alle bruk for den. Men et så generelt svar har liten interesse, og jeg vil heller spørre: Hvem har særlig bruk for den?

Da forskningen startet, hadde mange de store politiske beslutningstakere i tankene. Det var tydelig at de ofte måtte ta sine beslutninger uten gjennomarbeidede alternativer og uten presise vurderinger av konsekvensene. De trengte en forskning som kunne gi dem dette («big research»).

Følger en beslutningene nedover i systemet, blir den enkelte beslutning mindre, og administratorene overtar for politikerne. Hvor stor skal for eksempel en sykepost være? Slike beslutninger kan virke ufarlige og verdinøytrale, men det er mange beslutningstakere, og de samlede konsekvenser blir store, både for pasienten og skattebetaleren – som jo er en og samme person. Kan det utforskes retningslinjer for slike beslutninger?

Det samme gjelder for de tekniske beslutninger. Hva slags seng bør en sykehjemspasient ligge i? Spørsmålet virker ufarlig, men det har store konsekvenser. Det er over 20.000 slike senger i landet, og det er mange hensyn å ta – til pasienten, personellet og økonomien.

En annen type beslutninger er de kliniske, som tas av fagpersonellet, først og fremst leger og sykepleiere. Skal en operere denne pasienten? I så fall hvordan? Når kan han stå opp, og når kan han reise hjem? Hva

Forfatteren
Peter F. Hjort er prosjektleder i NAVFs gruppe for helsetjenesteforskning. Han ble cand. med. i 1950, og dr. med. i 1957. Dr. Hjort var professor i hematologi ved Rikshospitalet, Oslo, 1969-75, og formann i interimstyret for utbyggingen av Universitetet i Tromsø, 1969-73.

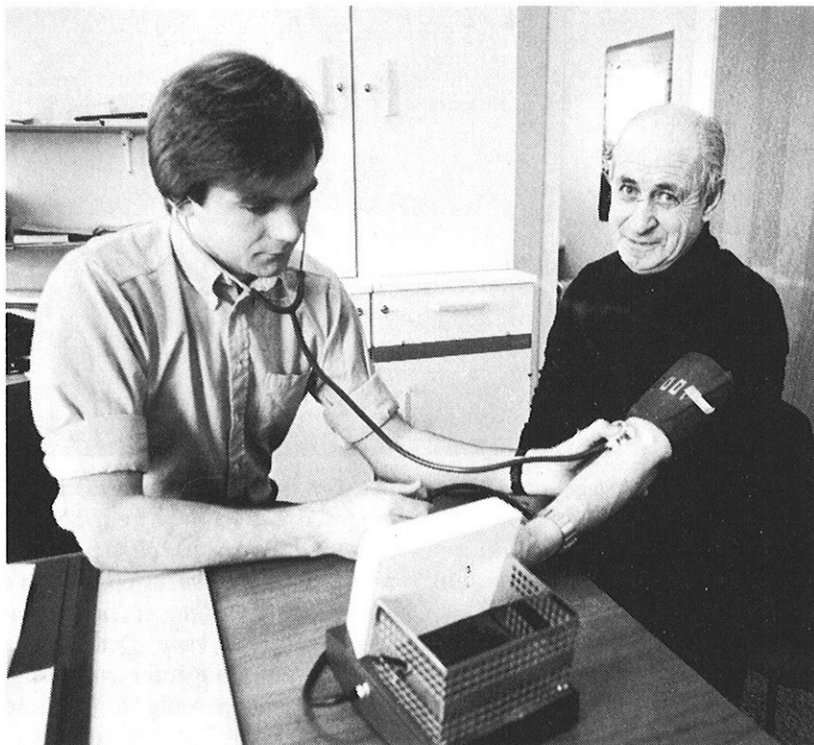
trenger han av etterbehandling? Hver enkelt pasient reiser spørsmål av denne typen, og det er over 12 millioner konsultasjoner og ½ million innleggelser pr. år her i landet. Analyserer en virksomheten, blir en slått av store forskjeller på alle områder, og disse forskjellene har store konsekvenser både for utgifter og resultater. Må det være slik, eller kan en finne frem til optimale beslutninger ved tålmodig og systematisk forskning («little research»)?

Seminalet drøftet behovet for denne forskningen, og forskerne tok opp spørsmålet om prioritering av forskningsoppgavene. Dessuten trenger de kjerne råd om hvorledes resultatene bør publiseres for at de skal nå frem til de beslutningstakere som har bruk for dem. Dette er et hovedspørsmål, for helsetjenesteforskningen er verdiløs hvis den ikke blir brukt.

Helseøkonomi

Helsetjenesten dreier seg om liv og helse, ikke om penger. Den skal bruke penger, ikke spare penger. Allikevel snakkes det alltid om penger i helsetjenesten, og «krise i helsetjenesten» skyldes ikke mangel på kunnskaper, men mangel på penger. Helsetjenesten vokser raskere enn de fleste andre samfunnssektorer, og den står nå for en større del av samfunnets økonomiske aktivitet enn alle primærnæringene til sammen. Allikevel klages det dag og natt og uten ende over mangel på stillinger, senger og penger. Hva skyldes det? Hvor mange penger bør helsetjenesten egentlig få? I England slår legerne i bordet og sier at norsk helsetjeneste får over dobbelt så store bevilgninger pr. innbygger som den engelske, men hva skal vi si?

Spørsmålet har minst to sider. Hvor meget trenger helsetjenesten, og hvor meget kan den få? Helsetjenesten har hittil fungert som et «open-ended system», det vil si at



Helsetjenesteforskningen søker en tverrfaglig innfallsvinkel til helsetjenestens kvalitet og utnyttelsen av dens ressurser. Her et glimt fra helsetjenesten på Værøy. (A-foto)

den har fått kravene innfridd så langt det har vært mulig, fordi en ikke kan måle liv i penger. Er det mulig å forandre dette til et lukket system med gitte økonomiske rammer og så forsøke å prioritere innenfor disse rammene? Dette er et nøkkelspørsmål, og seminaret drøftet det.

Helsepersonell

Helsetjenesten drives av mennesker, og personell er den viktigste ressurs og største utgiftspost (70% av sykehusenes budsjett). Helsepersonellet er nesten tredoblet etter krigen, men allikevel står avdelinger tomme fordi en mangler personell, og kampen om stillinger er like innbitt hvert år. Inntil for et par år siden var det mangel på arbeidskraft i Norge, men det er skjedd dramatiske forand-

ringer på arbeidsmarkedet. Det er flere søkere til stillingene, og unge står i kø for å få utdanning. Det er fremdeles mangel på enkelte grupper av personell, for eksempel distriktsleger i Nord-Norge. Men alt tyder på at dette vil endre seg.

Også på dette område trenger problemene seg på. Hvor stor del av befolkningen kan få jobb i helsetjenesten? Hvor lenge kan helsetjenesten fortsette å ta 30% av alle nye arbeidstakere? Og hvordan kan en sørge for bedre fordeling av personellet? I Oslo er det over 100 «grå» legestillinger, mens Nord-Norge har en desperat mangel på distriktsleger. Kan dette styres bedre og i så fall med hva slags midler? Et annet spørsmål gjelder spesialiseringen av helsepersonellet. Hvor langt bør den gå? Trenger vi stadig nye profesjoner og spesialiteter, eller er tiden inne til å legge større vekt på oversikt og helhet? Hva er i så fall mulighetene og forutsetningene for styring?



Fungerende distriktslege i Værøy og Røst, Per Opheim, på vei til et sykebesøk. (A-foto)

Et helt nytt spørsmål trenger seg også på. Hittil har helsetjenesten vært en arbeidsplass for eliten eller iallfall for de skoleflinke. Bare det beste har vært godt nok for pasientene, men de beste har ofte vært lite motivert for de tyngre jobbene i primærhelsetjenesten, i eldreomsorgen og i omsorgen for de psykisk utviklingshemmede. Hva kan vi gjøre med det?

Kanskje bør vi også ta et helt nytt hensyn, som ingen har snakket om før. Vårt samfunn er blitt mer effektivt og rasjonalisert, og en av konsekvensene er at vi har liten bruk for såkalt lite attraktiv arbeidskraft. Det betyr at mennesker blir til overs i samfunnet, særlig unge mennesker som ikke er helt strømlinjet, mange kvinner, handikappede og eldre. Setter vi dem utenfor, får de problemer og blir problemer. Derfor må vi ha dem med på laget, men hvordan? Kan helsetjenesten rydde plass for sin del av denne arbeidskraften, og hvordan bør det gjøres? Seminaret drøftet dette problemet og de forskningsoppgavene det reiser.

Kvalitet og evaluering

Evaluering er blitt det store mote-or-

det. Det betyr at vi skal vurdere det vi gjør, dels for å finne frem til bedre måter å gjøre tingene på, og dels for å vite nøyaktig hva vi oppnår, hva nytten og kostnadene er, og hva bivirkningene kan være. Det er lett å bli enige om behovet for evaluering, men meget vanskelig å presisere problemene og utvikle pålitelige metoder.

Industrien driver en løpende produksjonskontroll, men helsetjenesten har hittil ikke krevet det, hverken av institusjonene eller av tjenesten utenfor institusjonene. Bør vi endre dette? I så fall står vi overfor store problemer av metodisk, økonomisk og etisk art. Er helsetjenesten innstillet på en så stor, vanskelig og smertefull oppgave?

Organisasjon og finansiering av helsetjenesteforskningen

Denne forskningen må organiseres på en hensiktsmessig måte, men hvilken? Bør det opprettes frittstående forskningsinstitutter eller bør virksomheten knyttes til universitetene, til institusjoner eller til administrasjonen? Hvor store bør forskergruppene være, og hvorledes bør de styres og organiseres? Bør helsetjenesten bruke en del – for eksempel 1 % – av sine driftsutgifter til slik forskning? Seminaret tok også opp disse spørsmålene.

Hva blir nytten?

Forskningen tar ikke beslutninger. De må fremdeles tas av politikere, administratorer, leger, sykepleiere og andre. Men helsetjenesteforskningen kan belyse problemene, vurdere alternativene og beregne konsekvensene. Dessuten kan dens metoder brukes til en løpende evaluering av virksomheten.

De problemer jeg har pekt på, er mange og vanskelige. De har stor betydning for økonomi og sysselsetting, og de kan få avgjørende betydning for hver enkelt den dag en trenger helsetjeneste. Derfor er det lett å overselge denne forskningen. Vi bør allikevel stå imot denne fristelsen, selv om det skulle bety trangere kår for forskerne. Ingen kan løse helsetjenestens problemer en gang for alle, for de er like uløselige som alle andre store problemer for og mellom mennesker. Helsetjenesteforskningen er bare ett middel – og ikke en gang det viktigste – til å stille problemene, belyse og vurdere alternativer og konsekvenser. Vi må utvikle dette midlet, men vi må ikke tro at det vil frita oss for valgene, prioriteringene og de vanskelige beslutningene. ■

Har De flyttet?

Vennligst husk å melde adresseendring til Forskningsnytt.