

167e.

# Helsetjenesteforskernes syn

PETER F. HJORT og FINN NILSSON

Vi skal skue 16 år frem i tiden. Det er ingen lang periode. Likevel er oppgaven vanskelig, fordi de siste få årene markerer et skille i den helsepolitiske utvikling. Vi er på vei mot en ny tid, og det er ikke lett å tolke signalene. For å illustrere det, er det nok å kaste et raskt blick 16 år tilbake – til opprørsåret 1968 og de gyldne 1970-årene som fulgte. Radikalismen er borte, den økonomske veksten er borte, legemangelen er borte, og velferdssamfunnet er drevet over på defensiven. Hvem forutså alt dette i 1968?

## Hva forteller signalene?

Støynivået i helsepolitikken er blitt høyere enn før, og det er vanskelig å oppfatte de viktigste signalene. Vi hører disse åtte:

1. De eldre vil bli flere og eldre. Dette vil prege helsetjenesten mer og mer.
2. Sykdomspanoramaet vil fortsette å utvikle seg i retning av kroniske sykdommer, og menneskelig omsorg får økende betydning. Grensene mellom helse, velferd og trivsel vil bli mer uskarpe. «Samproblemene» (samliv, samarbeid, samfølelse) vil øke og sette sitt preg på helsearbeidet.
3. Kravet om forebyggende arbeid vil styrkes, samtidig som dette arbeidet blir både vanskeligere og mer krevende.
4. Medisinsk og teknisk utvikling vil gi nye fremskritt. De vil ofte ha marginal betydning for folkehelsen, men kan ha stor betydning for

44 Fra: Feigelli P, Johansen K (red). "Fangsomt blir laget vårt eget". Oslo, Universitetsforlaget, 1984.

enkelte menneskjer. De vil øke helseutgiftene. Almenmedisinen vil også preges av dette – for eksempel mikrodatabaskiner, nye kontorrutiner og bedre utstyr.

5. Konkurransen mellom nivåene i helsetjenesten vil skjerpes, for eksempel mellom almenmedisin og spesialister.
6. Samarbeidet mellom profesjonene i den primære helse- og sosialtjeneste blir viktigere og vil kreve større smidighet. Legene må lære seg å samarbeide på like fot med andre profesjoner, administratorer og politikere.
7. Den økonomiske situasjonen for helsetjenesten blir hardere, og det blir vanskelig å skaffe plass til 3–4 000 ekstra leger i løpet av denne perioden. Leger, som andre, vil få merke arbeidsløsheten.
8. Det psykologiske klima blir også hardere med sterkere krav til service, samarbeid og demokrati.

Dette betyr at vi vil oppleve store forandringar i almenmedisinen.

## Omfang og profesjonell profil

Primærhelsetjenesten vil uten tvil ekspandere. Argumentene for ekspansjon er sterke: store udekkede behov, press fra ferdig utdannet personell og håp om at en styrket primærhelsetjeneste vil bedre eldreomsorgen, redusere presset på institusjonene og oppnå praktiske resultater i det forebyggende arbeid. Derfor er det politisk enighet om å styrke primærhelsetjenesten.

Loven om kommunehelsetjenesten bygger på en sterk desentralisering. Mange er bekymret over at den går for langt og at den vil skape store forskjeller, et tungt byråkrati og «stavnsbånd» for både pasienter og leger. Meget vil avhenge av legenes og de andre profesjonenes smidighet og evne til samarbeid innbyrdes og med kommunenes administrative og politiske ledelse. Den begynnelse som er gjort – og særlig ikke gjort – lover ikke godt.

Ett brennende spørsmål for legene blir: Hvor mange leger blir det behov for i primærhelsetjenesten, og kan helsetjenesten skaffe midler til dem vi trenger? Idag har vi ca. 2 200 almenpraktikere. Lægeforeningens norm er én lege på 1 250 mennesker. Den innebærer ca. 1000 flere primærleger. Denne normen virker rimelig nok, men vi trenger

forskning om behovene for helsetjenester og om fordelingen av arbeidsoppgavene mellom nivåer og profesjoner. Helsetjenesteforskningen må ta opp disse problemene, og resultatene blir argumenter i helsepolitikken. Primærhelsetjenesten trenger uten tvil ekspansjon, men ekspansjonen blir på langt nær stor nok til å fange opp legeoverskuddet. Myndighetene vil antakelig sette ned utdanningskapasiteten for leger, men ikke raskt nok til å hindre arbeidsløshet.

Legenes inntekter vil komme i søkelyset, og striden om avlønningsprinsippene vil fortsette. Foreløpige forskningsresultater tyder på at avlønningsformen påvirker arbeidsmåten, for eksempel antall pasienter pr. time, sykebesøk, laboratorieundersøkelser, forebyggende innsats osv. Det er en viktig forskningsoppgave å klarlegge de ytre vilkår for god praksis, slik at vilkårene tjener både pasientenes og legenes interesser.

Flere og flere leger vil antakelig ønske fast lønn. Det er mulig at behovet for å kontrollere Folketrygdens utgifter blir så sterkt at bare leger som har kontrakt med kommunene vil få anledning til å praktisere for Folketrygdens regning. Følgene vil bli arbeidsløshet og privatisering. Vi ser på begge deler med stor bekymring.

Hittil har norsk primærhelsetjeneste bygget på generalister, men presset fra spesialistene om å komme inn i primærhelsetjenesten vil øke. Det vil gjelde både legespesialister (som har en viktig plass i svensk og amerikansk primærhelsetjeneste), sykepleierspesialister, psykologer, logopeder og mange andre. Dette presset vil føles både ved helsesentrene og i hjemmesykepleien. Vi tror at primærhelsetjenesten stort sett bør stå imot dette presset. Til gjengjeld må det bygges opp et nært samarbeid med spesialistene i annenlinjetjenesten.

## Filosofi

Prinsippene i Tenkekomiteens «lille grønne» er klare. Legetjenesten må være kontinuerlig, omfattende, personlig og forpliktende.<sup>1</sup> Forskningsresultater støtter disse prinsippene. For eksempel viser erfaringen i Lovisenberg-sektoren i Oslo at reinnleggelse går ned når pasientene får fast lege.<sup>2</sup> Prosjektet «Aksjon over 80 år i Oslo» viste også at insitu-sjonsforbruket gikk ned når de gamle fikk en godt organisert primær-

helsetjeneste.<sup>3</sup> Det knytter seg minst tre viktige spørsmål til Tenkekomitéens prinsipper.

Det første gjelder organiseringen og finansieringen av almenmedisinen: Hvilken organisasjon oppfyller best disse fire honnørordene «kontinuerlig, omfattende, personlig og forpliktende» – offentlige helsesentre eller private legesentre? Det er gode argumenter for begge ordninger. Vi tror at det er nødvendig å skape et gjensidig forpliktende bånd mellom pasient og lege, og vi ser en motsetning mellom to goder – fritt legevalg og fast lege. For det store flertall av pasientene er fast lege et større gode enn retten til å bruke mange leger. Det betyr at almenpraksis bør organiseres slik at det er et bånd – men ikke en lenke – mellom pasient og lege. Dette kan oppnås enten ved et listesystem eller ved et distriktssystem. I begge tilfelle kan arbeidet organiseres både med offentlige leger og med private leger på kontrakt. Enten en velger det ene eller det andre systemet, må det utformes slik at det blir «kontinuerlig, omfattende, personlig og forpliktende». Det er en viktig forskningsoppgave å undersøke hvordan de to systemene klarer å oppfylle disse kravene.

Det andre viktige spørsmålet er legens ansvar for den enkelte pasient: Hvor langt går det? I omsorgen for mange pasienter – særlig eldre, kronisk syke og funksjonshemmede – er det viktig at ansvaret går langt. Legen bør organisere oppfølging, kanskje også oppsøking. Det er ønskelig å kombinere behandling og et personlig forebyggende arbeid. I en stor norsk undersøkelse viste det seg for eksempel at halvparten av røkerne blant hjerteinfarktpasientene fortsatte å røke,<sup>4</sup> til tross for at røking klart øker sjansen for et nytt infarkt.<sup>5</sup> Dette reiser problemer om pasientens integritet og om hvor langt legen bør gå. Hvor går grensen mellom legens forpliktende omsorg for pasienten og pasientens rett til å få være i fred? Legens evne til å engasjere pasientene i et aktivt samarbeid blir stadig viktigere.

Det tredje viktige spørsmål er legens ansvar for den befolkningen praksisen tjener. Det forebyggende arbeid må drives både overfor den enkelte pasient og overfor hele praksisbefolkningen. Dette siste arbeidet må baseres på en «community diagnosis»: Hva er de viktigste helseproblemene i denne befolkningen, og hva kan jeg gjøre med dem? Denne tankegangen krever at legen har tid, interesse, evne til kritisk analyse og til samarbeid. Den kan gi gode resultater, slik for eksempel distriktslegene Tellnes og Fugelli på Værøy og Røst har vist i sitt arbeid

med å forebygge ulykker.<sup>6</sup> Det ligger i denne tankegangen at legen har et kontinuerlig, omfattende, personlig og forpliktende ansvar ikke bare overfor den enkelte pasient, men overfor hele praksisbefolkningen. Dette ansvaret har konsekvenser for organisering og avlønning i almenmedisinen.

## Evaluering og forskning

Evaluering innebærer at legen vurderer sitt arbeid systematisk: Holder arbeidet en rimelig god standard, og oppnår jeg det jeg ønsker? Evaluering krever både interesse og systematisk arbeid. Til gjengjeld er den faglig stimulerende for legen og gir pasientene en bedre tjeneste. Den kan være helt enkel, for eksempel: Hvor lange ventetider er det i min praksis? Men den kan også ta opp vanskelige spørsmål, for eksempel: Hvor god er min omsorg for pasienter med senil demens og deres pårørende?

Evaluering er et grenseområde mellom praksis og forskning. Den forutsetter et godt journalsystem og pålitelige, målrettede registreringer. Moderne databehandling gjør det tekniske arbeidet lettere. Den enkelte lege må se evaluering som en del av sin virksomhet. Erfaringen viser at den blir mer givende, hvis flere leger samarbeider og hvis evaluering kombineres med videre- og etterutdanning.

Vi er trolig snart ferdige med å telle hoder, kontakter og diagnoser i almenmedisinen. Men likevel er vi ikke ferdige med det kvantitative problemet. Vi må utvikle et system som kartlegger pasientstrømmer, slik at vi kan måle konsekvensene av helsepolitiske tiltak. Hva skjer for eksempel når en øker kapasiteten på ett punkt i helsetjenesten: Hvilke pasienter nyter godt av det, og hvilke konsekvenser får det for andre deler av helsetjenesten?

Den kvalitative evalueringen vil bli stadig viktigere, og vi trenger nye verktøy som kan måle kvalitet. Det innebærer metoder for å måle sykkelighet, funksjonsevne, livskvalitet, tilfredshet, nytte osv. Almenmedisineren må stille spørsmålene og være med på å utvikle metodene.

I tillegg til en løpende evaluering er det behov for mange typer av forskning. Almenmedisinerne er vel kjent med klinisk forskning, og det er et umettelig behov for det. En stor del av denne forskningen foregår i dag som relativt usystematiske forsøk med legemidler, oftest



på initiativ fra industrien. Vi tror at dette arbeidet bør organiseres bedre og i legenes egen regi, slik at en har større sjanse til å oppnå viktige resultater.

Det er nær forbindelse mellom helsetjenesteforskning og almenmedisin. Helsetjenesteforskningens mål er å bidra til å bedre praksis, blant annet gjennom evaluering. Den arbeider med alle deler av helse-tjenesten, og det er et mål å få en forskningsgruppe i hver landsdel.<sup>7</sup> Forskningsgruppene skal dels drive sin egen forskning og dels gi råd og veiledning til dem som ønsker det. Vi tror på et nært samarbeid mellom primærhelsetjenesten og helsetjenesteforskningen. En måte å organisere det på, er å formalisere et samarbeid mellom en forskningsgruppe for helsetjenesteforskning og utvalgte praksiser. I Sverige har en gode erfaringer med dette i store helsesentre (Tierp og Dalby), og i Holland har en hatt nytte av såkalte «sentinel stations», det vil si utvalgte og representative praksiser som driver en løpende registrering av virksomheten. Vi ser det som et viktig mål å utvikle et tilsvarende system som passer for norske forhold.

## Utdanning

God almenmedisin krever videre- og etterutdanning. Almenmedisin er alltid travelt og engasjerende arbeid, ofte også et ensomt arbeid. Vil-kårene for praksis endrer seg stadig. Det skyldes dels utviklingen i medisinen, og det er ingen grunn til å tro at den vil gå langsommere. Dels skyldes det også endringer i de samfunnsmessige rammebetin-gelser for almenmedisin.

Loven om kommunehelsetjenesten er en stor utfordring for norsk almenmedisin. Den gir almenmedisinen en ny dimensjon som preges av ansvar for hele praksisbefolkningen. Dette krever at legene orien-terer seg sterkere i retning av forebyggende arbeid, organiserer en løpende evaluering av egen virksomhet og engasjerer seg i samarbeid med andre profesjoner, administratorer og politikere. Dette vil gjøre livet mer komplisert, men også mer utfordrende og givende. Videre- og etterutdanning er en forutsetning for å lykkes.

## Optimisme

Dette er det bildet vi ser, og vi liker det vi ser. Vi tror på fremtiden for almenmedisinen. Vi tror også det er viktig at almenmedisinerne har en grunnleggende optimisme. En optimistisk lege har til alle tider vært en bedre lege for sine pasienter. Optimisme vil også gjøre legene mer effektive i samarbeidet med andre grupper.

Dette festskriftet hyller pionerene Borchgrevink og Humerfelt. Det markerer at mål er nådd, og de to har sin viktige del av æren for det. Vi takker dem for det de har gjort, men ganske særlig takker vi dem for den optimisme de har sprøytet inn i norsk almenmedisin. Vi står på terskelen til en ny epoke som blir preget av loven om kommunehelsetjenesten. Vi mener det er grunnlag for optimisme, men optimisme er også en forutsetning for å lykkes.

## Referanser

1. «Tenkekomiteen» innen Alment praktiserende lægers forening og Offentlige legers landsforening: *Tanker om morgendagens primærlegetjeneste! Oslo*, udatert 16 s.
2. Holm, S. Personlig meddelelse 1983.
3. Rø, O. C. og medarb.: «Eldreomsorgens nye giv – et eksperiment med styrket innsats i primærtjenesten i Oslo.» Gruppe for helsetjenesteforskning, SIFF, *Rapport nr. 6/1983*, 240 s.
4. Petersen, T.: «Timolol-induced reduction in mortality and reinfarction. A multi-center study on Timolol in secondary prevention after infarction. *Acta Med Scand* 1983, Suppl., 129 p (in print).
5. Daly, L. E., Mulcahy, R., Graham, I. M., Hickey, N.: «Long term effect on mortality of stopping smoking after unstable angina and myocardial infarction. *Br Med J* 1983; 287: 324-6.
6. Tellnes, G. & Fugelli, P.: «Skader og skadeforebyggende arbeid i lokalsamfunnet.» *Tidsskr Nor Lægeforen* 1983; 101: 1454-1457.
7. Hovedkomiteen for norsk forskning: *Helsetjenesteforskning i Norge - perspektiver, oppgaver, organisering og finansiering*. Oslo 1981, 92 s.
8. Sentinel Stations Netherlands: *Continuous morbidity registration*. Utrecht 1979, 131 p.