

Foretaksforskning



Redaksjonelt

*Som Frank Sinatra sang:
«Something's gotta give»*

Vi står stadig rådløse overfor mange sykdommer, mange av dagens opplegg for behandling har svakheter og mange medikamenter har bivirkninger. Flere ressurser til medisinsk forskning og bedre utdanning er derfor løftet frem som en prioritet, ikke bare av universitetene og legene, men også av politikere. Det er også bred oppslutning i opinionen for mer støtte til medisinsk forskning. Betydelige midler til forskning om f.eks. kreft og hjertesykdommer kommer som frivillige bidrag fra publikum. Og alle ønsker at helsepersonell raskt skal mestre kunnskapen fra forskningsfronten slik at de kan møte pasientenes problemer best mulig.

Et viktig spørsmål er derfor: Hvordan vil forskning og utdanning bli ivaretatt når sykehusvesenet reorganiseres i helseforetak der en hovedvekt legges på effektivitet og kostnadskontroll? Spørsmålet opptar mange, og det er to skoler i oppfatningen av hva som vil skje.

Den ene gruppen, optimistene, sier at ny organisering ikke vil by på problemer. Tvert imot: Vi er alle opptatt av både å utdanne gode leger og å utvikle mer effektive medikamenter, bedre behandling, flere tilbud og høyere kvalitet på praksis. Hvis foretak skal konkurrere, må de også konkurrere på kvalitet; de må ha god kunnskap og høyt kvalifiserte utøvere. Derfor kommer de til å satse både på forskning og utdanning. Blant optimistene finner vi regjeringen og de nye helseforetakene. Dekanene er også blant dem. Det vises bl.a. til at helseforetakene i lovs form er pålagt å drive forskning og undervisning ved siden av å gi spesialisthelsetjenester. Det nye Sosial- og helsedirektoratet har til og med opprettet en egen enhet for kunnskapshåndtering. Ja, det tales om en vinn-vinn-situasjon – der alle har noe å vinne og ingen taper – fordi alle har det samme overordnede mål: Et best mulig helsevesen. Det må være mulig å enes om prioriteringene.

Den andre gruppen er skeptikerne. De peker på flere forhold. For det første at det er genuine interesseforskjeller mellom ulike aktører selv om de tilsynelatende er enige om målet. Det er en interessekonflikt mellom dagens pasienter og morgendagens. De som er syke, skal behandles nå, og de vil naturligvis at de fremste spesialister skal bruke all sin kunnskap og dyktighet nettopp på dem. Det er ikke i deres interesse å bli utsatt for studenter og assistentleger. Videre: Forskning tar tid, og dagens pasienter skal behandles i dag. Derfor kan de stille seg avventende til å inngå i forsøk som kanskje ikke vil komme dem selv til gode. Skeptikerne vil også peke på at hvis helseforetakene skal bedømmes og belønnes etter hvor mange som

behandles, vil midler til forskning bli trengt nedover på prioriteringslisten. Det gunstigste for helseforetakene kan være å bruke andres resultater uten selv å bære kostnadene ved forskningen. Dette er i tråd med det Idar Magne Holme, leder for Nasjonalt råd for prioriteringer i helsevesenet, sa på en konferanse i april i år (1). Når kostnader skal kuttes og effektiviteten heves, vil skeptikerne minnes omkvedet i en av Frank Sinatras populære sanger: «Something's gotta give».

Hvilket syn har mest for seg?

I Norge har vi en del private aktører i helsevesenet som ikke knytter til seg turnusleger eller assistentleger – de ansetter dem som andre har utdannet. Disse institusjonene prioriterer heller ikke klinisk forskning, men gir ofte svært god behandling. Internasjonalt er det også interessante erfaringer, f.eks. fra amerikanske helseforetak, de såkalte HMO-er. De blir betalt for antall behandlede pasienter, men ikke for forskning og utdanning. Klinisk forskning og praktisk opplæring er dermed kommet i klemme. Ikke pga. personlig svikt eller manglende sans for oppgavene, det skyldes reelle interessekonflikter og incentivsystemer som ikke er gode nok.

Problemer løses ikke ved å tilsløre de innebygde spenningene, men tvert imot ved å gjøre dem eksplisitte, slik at de kan drøftes åpent. Når det er interessekonflikt, trengs det mer enn ett enkelt system av incentiver og ressurstildeling. I helsevesenet er det f.eks. en divergens mellom optimal *utnyttelse* av dagens kunnskap for den beste og billigste behandling for dagens pasienter og optimal *utvikling* av den kunnskap og kompetanse som vil være best for dem som blir pasienter i morgen. Blir disse interessekonfliktene dekket over, opprettholdes en dårlig løsning – og en bedre ordning blir vanskeligere å finne.

Charlotte Haug

Tidsskrift for Den norske lægeforening
Postboks 1152 Sentrum
0107 Oslo

*Charlotte Haug (f. 1959) er redaktør av
Tidsskriftet*

Litteratur

1. Sundar T. Knappe goder – vanskelige valg ved dyr teknologi. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1236–7.