

Det fremlagte forslag til statsbudsjett for 2005 åpner for at det finansielle grunnlaget for organisert akademisk allmennmedisin kommer på plass

Forskning i allmennpraksis trenger et nytt løft!

Fremveksten av akademisk allmennmedisin i Norge kan beskrives som en lang og til dels tornefull vei – båret frem av ildsjeler, og der Legeforeningen har spilt en helt avgjørende rolle. Viktig har det også vært at Alment praktiserende lægers forening på en særskilt fruktbar måte har klart å forene fag og fagforening. Mens reformen i spesialisthelsetjenesten ser ut til å gi ny giv for forskningen i den delen av helsevesenet, er det ingen tilsvarende utvikling for faget allmennmedisin. Mangel på strukturer for nødvendig praksisnær forskning og finansielt grunnlag hemmer mulighetene for en nødvendig utvikling.

Forskning i allmennpraksis var frem til 1960-tallet så å si fraværende, i hvert fall forskning som ble drevet frem av allmennpraktikerne selv. Bent Guttorm Bentsen var dog en pioner på 1950- og 60-tallet, hvor han med utgangspunkt i egen praksis beskrev sykdomspanorama, forekomst og helseeffekter i «en innlandsbefolkning i det sydøstlige Norge» (1, 2).

Utvikling av faget og forskning i allmennmedisin er avhengig av hverandre. Fagutvikling og forskning kan heller ikke blomstre hvis vi ikke har gode rammebetingelser for organisering og finansiering. Når vi følger utviklingen av akademisk allmennmedisin i Norge, ser vi tydelig hvordan disse tingene henger sammen. Sentrale personer i fagmiljøet så behovet allerede på slutten av 1960-tallet: Fagets egenart måtte komme til uttrykk ved at allmennmedisin ble akseptert som fullverdig spesialitet, som igjen ville styrke forskningen i faget.

En milepæl for både utdanning og forskning var etableringen av Den norske lægeforenings fond til videre- og etterutdanning av leger i 1967, ofte bare kalt utdanningsfond I. Her ligger faktisk det finansielle grunnlaget for starten på organisert akademisk allmennmedisin i Norge (3). Vedtektene slo fast at ikke bare skulle fondet fremme grunnutdanningen i allmennmedisin, men også bidra til undervisning og forskning ved universitetene i Bergen og Oslo. Professorater i allmennmedisin ble finansiert fra 1968 i Oslo og fra 1972 i Bergen.

Da de medisinske fakulteter ble etablert i Tromsø i 1971 og Trondheim i 1975, var det helt naturlig at de også skulle ha et institutt eller en seksjon som ivaretok allmennmedisinen i forskning og undervisning. I dag er allmennmedisin ett av de tre hovedfagene i studiet.

Når de allmennmedisinske miljøer har tatt initiativ til en fornyet satsing, vil Legeforeningen stille seg bak dette – og igjen være pådriver for mer og bedre forskning. Det betyr ikke at vi skal glemme spesialisthelsetjenesten. Den trenger fortsatt vår oppmerksomhet. Men der har spesialisthelsetjenestereformen ført til en meget positiv utvikling. De regionale helseforetak tar et helt annet ansvar enn forrige eier og avsetter nå mer midler til forskningsformål innenfor sine budsjetter. Kommunene kan ikke forventes å påta seg en tilsvarende oppgave når det gjelder forskningsinnsats

i primærhelsetjenesten. Dessuten har de et begrenset finansielt ansvar for allmennlegetjenesten. Her må staten inn og ta et ansvar for utviklingen.

For faget allmennmedisin har utviklingen i stor grad – og med tilhørende kollektiv dugnadsinnsats – knyttet seg til en fondsstruktur slik vi kjenner den fra videre- og etterutdanningsfondene. Denne strukturen har nettopp lagt til rette for en utvikling basert på fagets egne premisser. Ved det har man klart å kalle på legenes felles innsats: og ikke minst oppslutning. For eksempel har kvalitetssikringsfond III, NOKLUS – Norsk kvalitetsforbedring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus – som en frivillig ordning – fått en oppslutning på 99 % blant de praktiserende leger.

At ønsket om videre styrking av allmennmedisinsk forskning fra de allmennmedisinske organisasjonenes side tar utgangspunkt i en fondsbasert struktur, bør derfor ikke overraske. Samtidig er fondsbasert virksomhet også en del av en forhandlingsøkonomi, slik vi kjenner den. Forhandlingene ender som oftest med enighet om avtale for det kommende år, men kan i prinsippet også ende uten enighet mellom partene – og eventuelt en konflikt. Dette er et forhold avtalepartene må ta med i vurderingen når man skal velge struktur for en satsing av den typen vi her snakker om.

Fastlegeordningen har gitt oss et meget godt organisatorisk fundament for å drive god allmennmedisin. Kontinuitet i lege-pasientforholdet er en sentral kvalitetsparameter. Helse- og omsorgsdepartementet har selv gitt uttrykk for at forskningsbasert kunnskap er mangelvare. Sist i årets budsjettproposisjon, der det blant annet heter: «Departementet ser et stort behov for å styrke forskning og fagutvikling innen allmennlegetjenesten på tjenestens egne premisser, og vil innlede et samarbeid med aktuelle miljøer og virksomheter for å drøfte hvordan et slikt utviklingsarbeid kan organiseres og finansieres.»

Dette er en erkjennelse Legeforeningen støtter fullt og helt, og som vi forutsetter følges opp med tiltak som kan gi den ønskede endringen. Samarbeidet det inviteres til, er allerede i gang.

Litteratur

1. Bentsen BG. Legepraksis og sykkelighet. Tidsskr Nor Lægeforen 1965; 85: 1086–94.
2. Bentsen BG. Arbeidet i almen praksis. Hyppighet av laboratorie- og røntgenundersøkelser, operative inngrep og injeksjoner. Tidsskr Nor Lægeforen 1965; 85: 1403–8.
3. Strand S. «Legene gode for fem mrd.». Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 2284–5.



Hans Kristian Bakke

Hans Kristian Bakke
hans.kristian.bakke@legeforeningen.no
president