

Det var på høy tid med en stortingsmelding om primærhelsetjenesten. Meldingens mangel på analyser og tiltak for å styrke forskningen er imidlertid bekymringsfull

Fremtidens primærhelsetjeneste – uten forskning?

Fastlegeordningen ble innført i 2001 og skapte entusiasme i allmennmedisinfaget og fornøyde pasienter. Internasjonal forskning tyder på at god tilgang til primærlege skaper bedre helse (1, 2). Det gir trygghet for pasientene å ha en klar adresse for alle typer helseproblemer, og kontinuitet i lege-pasient-forholdet gir bedre kliniske vurderinger (2). Siden 2001 har imidlertid primærhelsetjenesten vært overlatt til seg selv – det vil si til den enkelte kommune.

Foretaksreformen, som ble innført i 2003, skapte store omveltninger i sykehusstrukturen. En vellykket side av reformen er den store satsingen på forskning i foretakene. Forskning er nedfelt i lovs form og fulgt opp med god tilgang til ressurser og en aktiv holdning fra Helse- og omsorgsdepartementets side.

Med forskning følger utvikling, bedret kvalitet og bedre holdninger i tjenestene (3). Den nylig fremlagte stortingsmeldingen om fremtidens primærhelsetjeneste (4) har oppsiktsvekkende utydelige mål for forskning. Temaet er ikke tildelt et eget kapittel, noe som ville vært utenkelig i en tilsvarende stortingsmelding om sykehussektoren. Samme departement har ansvar for å sette HelseOmsorg21-strategien ut i livet (5). I denne strategien er ett av ti hovedpunkter økt satsing på forskning og kunnskap knyttet til primærhelsetjenesten i kommunene. Disse to dokumentene henger dårlig sammen.

Stortingsmeldingens svakhet består for det første av at behovet for forskningsbasert kunnskap er dårlig analysert. Nødvendigheten av klinisk forskning, som er understreket blant annet i HelseOmsorg21, er knapt nevnt. Stortingsmeldingen etterlater dermed et inntrykk av at primærhelsetjenesten kan basere seg på sykehusforskning. Hvor galt det kan gå, illustreres ironisk nok ved meldingens egen feilslutning om at «det (er) dokumentert at personer med psykisk sykdom i gjennomsnitt lever 20–25 år kortere enn befolkningen for øvrig» (s.123). Utsagnet er basert på studier av de sykeste psykiatriske pasientene i spesialisthelsetjenesten (6), men er generalisert til alle personer med psykisk sykdom. Dette funnet er slett ikke overførbart til pasienter med psykisk sykdom i allmennpraksis – det vil si det store flertall av slike pasienter.

For det andre mangler stortingsmeldingen ambisjoner for forskning knyttet til primærhelsetjenesten. Deler av stortingsmeldingen gir et inntrykk av at kommunehelsetjenesten handler om pleie og omsorg, mens diagnostikk og behandling er sykehusoppgaver. De fleste pasienter i Norge får diagnostikk og behandling ivaretatt av sin fastlege – uten henvisning til spesialist eller sykehus. Det er alltid høy risiko knyttet til diagnostikk og behandling, og slik aktivitet krever forskning for stadig utvikling og forbedring. Mangelen på ambisjoner kan skyldes at departementet ikke vet hvor det skal starte. Tettere dialog med forskningsmiljøene er et godt råd.

Sist, men ikke minst, er behovet for infrastruktur for forskning i den desentraliserte primærhelsetjenesten nesten ikke tematisert. De norske forskningsmiljøene innen allmennmedisin og odontologi har pekt på dette behovet og foreslått et felles praksisbasert forskningsnettverk som en strategi. Slike forskningsnettverk fungerer som infrastruktur som bidrar systematisk til rekruttering av pasienter og innhenting av data til praksisnær forskning (7, 8). Forskningsnettverk av denne typen har internasjonalt hatt stor effekt, og de

bidrar også til kvalitetsutvikling og ikke minst implementering av forskningsbasert kunnskap i tjenestene. Forskningsnettverk i allmennmedisin og tannhelsetjeneste er allerede foreslått som tiltak i HelseOmsorg21-strategien.

Meldingen gir interessante signaler når det gjelder fremtidig organisering av primærhelsetjenesten. Som den påpeker, er dagens kommunehelsetjeneste fragmentert, og faggruppene er «siloorganisert». Dette hindrer koordinerte tjenester, som er av stor verdi for den enkelte pasient og for utnyttelse av samfunnsressursene (9). Fastlegeordningen er et godt utgangspunkt for orientering mot tverrfaglige, teambaserte praksiser, noe som har god støtte i internasjonal forskning (9, 10). En reorganisering av tjenestene innbyr i høyeste grad til å se sammenhengen med organisering for forskning. Meldingen legger også vekt på bedre faglig ledelse av kommunehelsetjenesten, og det kan innebære større mulighet for å få til praksisnær forskning fremover. Det er derfor en unnlattessynd av dimensjoner når stortingsmeldingen ikke foreslår tydelige tiltak for å integrere forskning i primærhelsetjenesten. En stortingsmelding gir ikke bare signal om retning. Den gir også signal om hva helsemyndigheter og politisk ledelse mener er viktig.

Guri Rørtveit
guri.rortveit@uib.no

Guri Rørtveit (f. 1965) er forskningsleder ved Allmennmedisinsk forskningsenhet i Bergen, Uni Research Helse, og professor ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen. Hun er medlem av Helse- og omsorgsdepartementets HelseOmsorg21-råd. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun er prosjektleder for en søknad til Norges forskningsråd om å etablere forskningsnettverk som en infrastruktur.

Litteratur

1. Verdens helseorganisasjon. The World Health Report 2008 – primary health care – now more than ever. <http://who.int/whr/2008/en/> [24.6.2016].
2. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005; 83: 457–502.
3. McAlearney AS, Song PH, Reiter KL. Why providers participate in clinical trials: considering the National Cancer Institute's Community Clinical Oncology Program. *Contemp Clin Trials* 2012; 33: 1143–9.
4. St. meld. Nr. 26 (2014–2015). Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helse. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/> [24.6.2015].
5. Norges forskningsråd. HelseOmsorg21. Et kunnskapssystem for bedre folkehelse. Nasjonal forsknings- og innovasjonsstrategi for helse og omsorg. Rapport 2014. https://regjeringen.no/contentassets/8ab2fd5c4c7746dfb51e3f64cd4d71aa/helseomsorg21_strategi_web.pdf [24.6.2015].
6. Nome S. The burden of mental health in a period with profound organizational and ideological changes during two decades. A prospective longitudinal study of the utility of beds, mortality, and causes of death in a psychiatric hospital with sector responsibility. Bergen: Klinisk institutt 1, Universitetet i Bergen, 2014.
7. Rørtveit G. Research networks in primary care: an answer to the call for better clinical research. *Scand J Prim Health Care* 2014; 32: 107–9.
8. Sullivan F, Butler C, Cupples M et al. Primary care research networks in the United Kingdom. *BMJ* 2007; 334: 1093–4.
9. Bodenheimer T. Coordinating care – a perilous journey through the health care system. *N Engl J Med* 2008; 358: 1064–71.
10. Rittenhouse DR, Shortell SM, Fisher ES. Primary care and accountable care – two essential elements of delivery-system reform. *N Engl J Med* 2009; 361: 2301–3.