

# Allmenntedisinske forskningsenheter - plandokument

Allmenntedisinsk forskningsenhet Tromsø  
Forskningsleder Hasse Melbye

Allmenntedisinsk forskningsenhet Trondheim  
Forskningsleder Irene Hetlevik

Allmenntedisinsk forskningsenhet Oslo  
Forskningsleder Jørund Straand

Allmenntedisinsk forskningsenhet Bergen  
Forskningsleder Guri Rørtveit

## **Kontaktadresser:**

Forskningsleder Hasse Melbye  
Allmenntedisinsk Forskningsenhet Tromsø  
Institutt for samfunnsmedisin  
Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø  
Tlf: 77644816  
E-post: [hasse.melbye@ism.uit.no](mailto:hasse.melbye@ism.uit.no)

Forskningsleder Jørund Straand  
Allmenntedisinsk Forskningsenhet Oslo  
Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin  
Postboks 1130 Blindern, 0318 Oslo  
Tlf: 22850647  
E-post: [jorund.straand@medisin.uio.no](mailto:jorund.straand@medisin.uio.no)

Forskningsleder Irene Hetlevik  
Allmenntedisinsk Forskningsenhet Trondheim  
Institutt for samfunnsmedisinske fag, NTNU  
ISM, MTFS  
7489 Trondheim  
tlf 73597585  
E-post: [Irene.Hetlevik@ntnu.no](mailto:Irene.Hetlevik@ntnu.no)

Forskningsleder Guri Rørtveit  
Allmenntedisinsk Forskningsenhet Bergen  
Unifob Helse  
Postboks 7804, 5020 Bergen  
Tlf: 55586141  
E-post: [Guri.Rortveit@isf.uib.no](mailto:Guri.Rortveit@isf.uib.no)

Dokumentet er utviklet ut fra dialog med de allmenntedisinske forskningsmiljøene ved universitetene og Den norske lægeforening

# Innholdsfortegnelse

INNHALDSFORTEGNELSE.....	2
1. SAMMENDRAG.....	3
2. BAKGRUNN.....	4
2.1 Hvorfor trenger vi allmennmedisinsk forskning?.....	4
2.2 Kliniske utfordringer for allmennmedisinsk forskning.....	6
3. BEHOVET FOR ALLMENNMEDISINSK FORSKNING IFØLGE HELSEPOLITISKE DOKUMENTER .....	8
3.1 Forslag fra Helse- og omsorgsdepartementet og Stortingets vedtak .....	8
3.2 Sosial- og helsedirektoratets innstilling om allmennmedisinsk forskning.....	9
3.3 Helse- og omsorgsdepartementets forskningsstrategi.....	9
4. DE FIRE ALLMENNMEDISINSKE UNIVERSITETSMILJØENE I NORGE: RESSURSER OG PERSONELL..	10
5. ALLMENNMEDISINSK FORSKNING PÅ ALLMENNMEDISINENS PREMISSER – RELEVANS OG ANVENDBARHET.....	11
5.1 Hva ønsker praksisfeltet?.....	11
5.2 Eksisterende allmennmedisinsk forskning.....	12
6. AKTUELLE FORSKNINGSSOMRÅDER VED FORSKNINGSENHETENE.....	13
6.1 Diagnostikk og behandling av hjerte-kar-sykdommer, diabetes og KOLS .....	13
6.2 Diagnostikk og behandling av kreftsykdommer .....	13
6.3 Diagnostikk og behandling av depresjon, angst og andre vanlige psykiske lidelser .....	13
6.4 Diagnostikk og behandling av muskel-skjelett-lidelser og ”uklare” tilstander.....	14
6.5 Diagnostikk og behandling av infeksjonssykdommer .....	14
6.6 Klinisk kommunikasjon.....	15
6.7 Forskrivning og bruk av legemidler.....	15
6.8 Samhandling mellom allmennleger og andre deler av helsevesenet.....	15
6.9 Forebygging.....	15
6.10 Rehabilitering .....	16
6.11 Sosial ulikhet og helse .....	16
7. REKRUTTERING TIL FORSKNINGSENHETENE – UTFORDRINGER OG RESSURSER.....	17
7.1 Rekruttering av nye forskere.....	17
7.2 Synergi og konkurranse .....	18
8. FINANSIERING OG ORGANISERING AV FORSKNINGSENHETENE.....	19
8.1 Organisering .....	19
8.2 Koordinering av de fire forskningsenhetene.....	20
VEDLEGG.....	21
1. Ressurssituasjonen ved de allmennmedisinske universitetsmiljøene.....	21
2. Plan for AFE Tromsø.....	21
3. Plan for AFE Trondheim.....	21
4. Plan for AFE Oslo.....	21
5. Plan for AFE Bergen.....	21

# 1. Sammendrag

Dette dokumentet er skrevet på oppdrag fra Helse- og Omsorgsdepartementet (HOD) og Sosial- og Helsedirektoratet (SHdir). Stortinget har per desember 2006 bevilget til sammen ni mill. kroner til planlegging av forskningsenheter knyttet til de medisinske fakultetene i Tromsø, Trondheim, Oslo og Bergen som eksternt finansierte enheter. Plandokumentet beskriver sentrale sider ved prosessen med å opprette allmenntedisinske forskningsenheter (AFE). I vedleggs form presenteres konkrete planer for hver AFE.

Det er et stort og udekket behov for forskning innen allmenntedisin. De fleste pasienter diagnostiseres og behandles i allmenntedisin og blir aldri henvist videre. Det er viktig at kunnskapsgrunnlaget for denne store virksomheten er best mulig. De store forskjellene i pasientgrunnlag og problemstillinger mellom allmenntedisin og sykehuspraksis gjør at forskning utført ved foretakene ofte ikke kan overføres til allmenntedisin. God allmenntedisin er av avgjørende betydning både for individet og for samfunnets helse- og sosialutgifter.

En rekke helsepolitiske dokumenter har anerkjent behovet for styrking av allmenntedisinsk forskning, og det er nå vilje til å gjennomføre tiltak for å få dette til. Sykehusforskningen har fått et stort løft i forbindelse med foretaksreformen. Det er viktig at det nå legges til rette for et tilsvarende løft i allmenntedisinsk forskning. I dag går knappe 25 forskerårsverk med til allmenntedisinsk forskning i Norge, til en kostnad av ca. 14 millioner kroner årlig. Til sammenligning forskes det for ca 400 millioner kroner årlig innenfor sykehusforetakene.

En sentral utfordring for forskningsenhetene blir å bidra til å stille de "riktige" spørsmålene – spørsmål som det er relevant for allmenntedisinpraktikere og for allmenntedisinpraksis å få besvart. I allmenntedisinen er det behov for forskning på diagnostikk og behandling innenfor de fleste kliniske tema i allmenntedisin (diabetes, psykiske lidelser, KOLS, kreft, hjertekarsykdommer, infeksjoner, muskel- og skjelettlidelser osv.). Videre er det behov for forskningsbasert kunnskap på ulike felt som forebygging, rehabilitering, samordning innen helsetjenesten, sosial ulikhet, kommunikasjon, vitenskapsteori osv. Til tross for at noe av dette omfattes av eksisterende forskning, er det innenfor alle felt fortsatt mange ubesvarte spørsmål som bør besvares gjennom forskning.

Rekruttering av vitenskapelig kompetente forskere som kan gi veiledning, og av forskerrekutter med allmenntedisinsk bakgrunn, er en utfordring for universitetene i dag, og vil bli det også for forskningsenhetene. Målet er at enhetene skal bidra til at det blir flere kompetente forskere slik at nåværende menneskelig ressursknapphet og rekrutteringsvansker blir mindre på ikke altfor lang sikt – et gode for alle forskningsmiljø.

Forskningsenhetene foreslås organisert som selvstendige, eksternt finansierte virksomheter i regi av universitetene (eller universitetsvirksomheter slik som Unifob i Bergen). SHdir, som etter denne modellen vil være kontraktspart for universitetene, bør oppnevne et fagråd. Legeforeningens nyopprettede Fond for allmenntedisinsk forskning foreslås å få en viktig rolle som koordinator av felles aktivitet for de fire enhetene, og som skaper av arenaer der forskning fremlegges og diskuteres. Fondet vil også være en viktig kilde for allmenntedisinske forskere gjennom tildeling av søkbare prosjektmidler.

Det er stor entusiasme knyttet til opprettelsen av forskningsenheter i det allmenntedisinske fagmiljøet – allmenntedisinsk forskning har nå fått et moment som det er viktig å utnytte!

## 2. Bakgrunn

Allmennmedisin er den alminnelige medisinen som praktiseres av fastleger og allmennpraktikere i primærhelsetjenesten i deres møte med befolkningens vanlige helseplager. Allmennlegetjenesten kan beskrives som grunnmuren i vårt helsevesen.

I 1968 ble det første allmennmedisinske instituttet i Norge etablert ved Universitetet i Oslo, i Bergen i 1972. De allmennmedisinske universitetsmiljøene er nå organisert som egne fagseksjoner/faggrupper lagt til større instituttgrupper sammen med de samfunnsmedisinske fagene. Allmennmedisin er et klinisk hovedfag ved legeutdannelsen på alle fire fakultet i Norge.

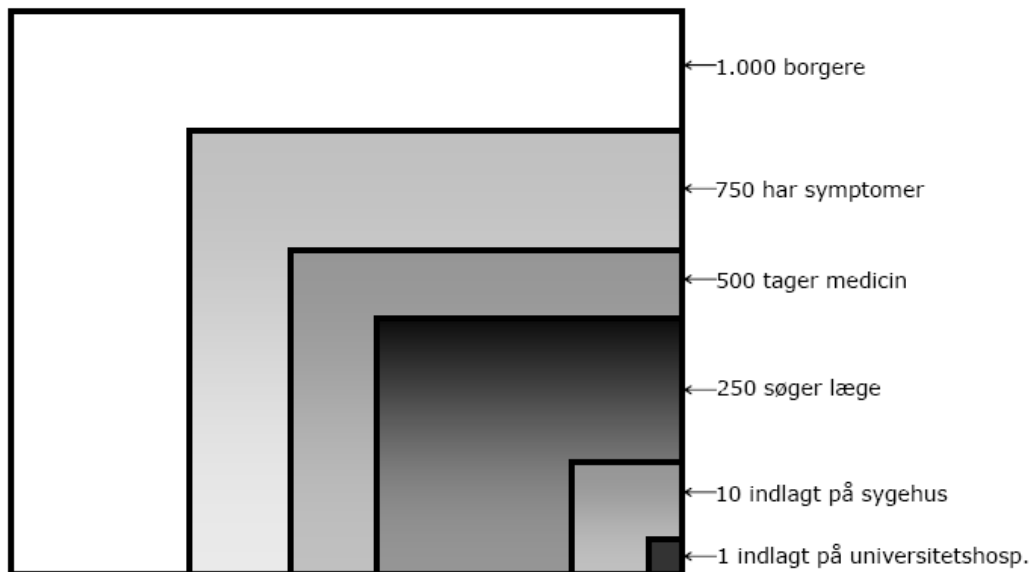
Allmennmedisin ble etablert som selvstendig klinisk spesialitet i 1985. Gjennom fastlegereformen (2001), fikk alle innbyggere i landet rett til å være tilknyttet egen fastlege, med rett til å velge fastlege. Et annet viktig kjennetegn ved det norske systemet er at det ikke er direkte tilgang til spesialisthelsetjenesten, men at pasientene må henvises til spesialist eller sykehus av primærlege eller av enkelte andre behandlere. Fastleger og legevaktleger står for de fleste henvisninger. Det er nå 3828 fastleger i Norge (styringsdata 3. kvartal 2006). Arbeid utført av disse inkluderer både allmennmedisinsk offentlig arbeid og fastlegeårsverk knyttet til listesystemet. De allmennmedisinske offentlige legeoppgaver omfatter legetjenester på sykehjem, helsestasjon, skolehelsetjeneste, fengselshelsetjeneste og enkelte andre tjenester.

### 2.1 Hvorfor trenger vi allmennmedisinsk forskning?

Praksisfeltet trenger ajourført viten om allmennmedisinsk klinikk. Forskning er en nødvendig forutsetning for å forbedre allmennlegenes klinisk praksis og gjennom dette gjøre en bedre jobb for pasientene. Sentralt her er det å styrke klinikerens handlingsgrunnlag, fra synsing og enkelterfaringer til i størst mulig grad å være tuftet på dokumentert viten. Allmennmedisinen utgjør hovedfaget i den primærmedisinske grunnmuren i helsevesenet. Et velfungerende helsevesen er helt avhengig av velfungerende allmennpraksis.

Flere store norske praksisundersøkelser viser at muskel- og skjelettsykdommene (inklusive skader) utgjør om lag 20% av alle diagnosene ved konsultasjoner i allmennpraksis. Deretter følger lunge- og luftveissykdommer 15%, hjerte-karsykdommer 12%, urogenitale sykdommer 10-12%, og psykiske lidelser og sosiale problemer 8-10%. Øye-, øre- og luftveissykdommer dominerer hos barn og unge, muskel- og skjelettsykdommer hos mennesker i yrkesaktiv alder og hjerte- og karsykdommer hos eldre. Om allmennlegene gjør jobben sin *litt* dårligere på ett bestemt område og henviser videre til annenlinjetjenesten for eksempel tre i stedet for to av 100 aktuelle pasienter, betyr dette 50% flere henviste pasienter – som vil belaste spesialisthelsetjenesten og bidra til helsekøene. Det er i samfunnets interesser at alle helseproblemer løses på laveste effektive behandlingsnivå og at ressurser ikke kastes bort på terapeutiske tiltak som forskning kan vise er uvirksomme.

Figur 1 viser egenomsorg og legesøkningsadferd for en tenkt befolkning på 1000 innbyggere, for eksempel innbyggere på en fastlegeliste. Mens en tredel av pasienter med aktuelle symptom oppsøker allmennlege, vil bare 1 promille legges inn på universitetssykehuset. At figuren gjenspeiler virkeligheten ble først vist av White og medarbeidere i Storbritannia i 1961. Senere har professor Anders Grimsmo i 1997 vist at figuren også er gyldig for pasientstrømmen i norsk helsevesen: av hundre konsultasjoner i allmennpraksis ble 9 henvist til spesialist og dette tilsvarte 15 henvisninger per 1000 pasienter på lista per måned.



Figur 1. Legesøkning og seleksjonsmekanismer videre inn i helsevesenet for en tenkt fastlegepopulasjon på 1000 innbyggere.

En stor del av de helseproblemene som ses i allmennpraksis, kommer aldri til sykehusene. Forskning på disse tilstandene må derfor skje i allmennpraksis. På den annen side er den gruppen som havner på sykehus, og universitetssykehus i særdeleshet, så selektert at mye av den viten som genereres på bakgrunn av pasientmaterialet på universitetssykehusene ikke er relevant eller bare har begrenset gyldighet i allmennpraksis. Det er likevel i sykehussettingen av storparten av dagens kliniske forskning skjer.

Forskning er en viktig forutsetning for å kunne gi relevant undervisning i allmennmedisin. Dette gjelder både for grunnutdanningen og videre- og etterutdanningen av leger. Videre trenger myndigheter og samfunn allmennmedisinsk forskning for å få et bedre beslutnings- og styringsgrunnlag for fastlegeordningen. Forskning handler dessuten om å styrke allmennmedisin som akademisk disiplin. Dette er en viktig forutsetning for å gi faget og fagets representanter legitimitet og faglig tyngde, for eksempel i samarbeid med organspesialister når man utarbeider faglige retningslinjer for diagnostikk og behandling av ulike tilstander i allmennpraksis. Sist men ikke minst, det å forske innebærer viktig læring for forskeren/legen selv. Betydningen av dette framgår tydelig i den siste *Legekårundersøkelsen* fra 2004 hvor vel 1000 leger ble spurt om forskningens betydning for deres faglige vedlikehold og oppdatering. Foreløpig upubliserte data fra undersøkelsen (etter tillatelse fra redaktør Magne Nylenna i Helsebiblioteket) viser at mens mellom hver tredje til hver femte organspesialist vektlegger (egen) forskning som viktig for egen faglig oppdatering, gjelder tilsvarende bare 6% av allmennlegene. Mye av forklaringen til at allmennleger ikke vektlegger egen forskning som viktig for egen faglige oppdatering og vedlikehold, er at andelen allmennleger som siste året har deltatt i forskningsprosjekt som (med-)forfatter av vitenskapelige artikler, ligger på et nivå svarende til mellom halvparten og en sjettedel av hva som gjelder for de andre legespesialitetene.

## 2.2 Kliniske utfordringer for allmennmedisinsk forskning

Kunnskapsutfordringene i allmennmedisin kan synliggjøres ved å tenke seg pasientmøter i allmennpraksis sortert i fire hovedkategorier. Hver av kategoriene representerer ulike og unike utfordringer for allmennmedisinsk forskning:

1. *Pasienten føler seg frisk og legen finner ikke tegn til sykdom eller sykdomsanlegg.*  
Dette kan være en subjektivt frisk person som oppsøker sin fastlege for en helsekontroll. Når legen ikke finner sykdom eller risikofaktorer for sykdom blir han erklært frisk. Legeutdannelsen gir mye kunnskap om sykdom, men mindre om helse. Hvilke faktorer karakteriserer og fremmer god helse? Forebygging fokuserer vanligvis på "sunnhet" og forebyggende tiltak som kan utsette sykdom og død og i mindre grad på faktorer som bidrar til at man opplever å ha god helse. Som allmennlege trenger man kunnskap om hvordan man kan styrke slike faktorer og motvirke at personen utsettes for undertrykkende krefter.

2. *Pasienten føler seg syk, men legen finner ingen objektive tegn til sykdom.*  
Eksempelet her kan være en kvinne med kroniske smerter som opplever at legen ikke finner noen forklaring på hennes lidelse. Fastleger opplever jevnlig at kunnskapsgrunnlaget fra grunn-, videre- og etterutdanningen kommer til kort i møtet med mange vanlige helseproblemer i befolkningen som for eksempel sammensatte psykiske lidelser eller kroniske smertetilstander i muskel- skjelett systemet. At pasienters opplevde lidelser ofte ikke passer inn i de tradisjonelle forståelsesrammene, innebærer store forskningsmessige utfordringer med behov for en bred metodisk tilnærming og ny teoriutvikling. Basert på et bredt vitenskapelig grunnlag er det behov for å utvikle ny kunnskap og begreper som kan gi en bedre forståelse av hvordan "livet setter spor i kroppen".

3. *Subjektivt syk pasient med symptom og tegn forbundet med påvist lidelse.*  
Eksempel her kan være en mann med brystsmerter hvor legen finner ut at han har hjertekrampe (angina pectoris). Ved klare organdiagnoser oppnår lege og pasient raskt en felles forståelse av problemets art. Det er denne pasientkategorien vi i dag har mest systematisk kunnskap om. Den positive utsagnsverdien, prediksjonsverdien, av både symptomer, tegn og diagnostiske tester vil imidlertid ofte endre seg med hvor vanlig sykdommen er (prevalensen) i den befolkningen testen anvendes på. Dette er årsaken til at diagnostiske tester som er dokumentert velegnet for å identifisere de som lider av en bestemt sykdom blant inneliggende pasienter på en universitetsklinikk, i allmennpraksis kan vise seg lite tjenlig til å plukke ut de som har den aktuelle sykdommen. I allmennpraksis må man ofte tilnærme seg et helseproblem på en noe annen måte enn i spesialisthelsetjenesten, det er derfor avgjørende å ha et solid kunnskapsgrunnlag for dette.

4. *Pasienten føler seg frisk, men legen finner sykdom eller risiko for sykdom.*  
Dette handler egentlig om to prinsipielt ulike grupper: de med sykdom i subklinisk fase og de uten sykdom men med påvist statistisk økt risiko for framtidig sykdom. Eksempel på første gruppe kan være oppdagelse av livmorhalskreft ved en screeningundersøkelse. Den andre gruppa kan illustreres med den friske pasienten som møter til en helsekontroll og som får vite at han har en eller flere risikofaktorer for framtidig sykdom. Vanlige eksempler er funn av for høye verdier på en eller flere blodprøver (fettstoff i blodet, blodsukker mv.). Det er allmenn enighet å prioritere forebyggende behandling til de med høy sannsynlighet for framtidig sykdom og hvor forebyggende behandling er vist virksom for redusere risikoen. Problemet med flere av de faglige retningslinjene som anvendes, er imidlertid at de tenderer til å definere storparten av den friske befolkningen inn i risikogruppen - ofte med behov for forebyggende behandling med ett eller flere legemidler. Vi mangler kunnskap om både fordeler og ulemper

det kan føre med seg for friske personer å få en risikomerkelapp. I tillegg ligger det her en betydelig prioriteringsmessig utfordring for fastlegene: Hva slags prioritering skal disse pasientene ha i forhold til andre, syke pasienter på listen? Denne type spørsmål bør besvares forskningsmessig og ikke overlates til tilfeldigheter og de enkelte pasientgruppers evne til å markere sine behov. Det er grunn til å tro at svake pasientgrupper vil kunne nyte godt av denne type forskning.

For å framstå som en troverdig, målrettet og etisk forsvarlig del av fremtidens allmennmedisin, trenger individrettet forebyggende aktivitet en mer omfattende og konsistent teoretisk basis. Både biomedisinske, humanistiske og helsepolitiske argumenter har sin plass i slik nytenkning og teoribygging. Et avklart og velbalansert forhold til forebyggende medisinske tiltak blant presumptivt friske mennesker er også en fundamental forutsetning for at allmennlegen skal ha tilstrekkelig tid til å foreta adekvat diagnostikk og oppfølging av syke mennesker i sin praksis, i tråd med Nasjonal helseplan og andre sentrale styringsdokumenter. Utvikling av kunnskap om hvordan allmennleger eventuelt kan gjøre en bedre jobb på de mange og sentrale medisinske områdene der livsstil, skyld og skam ofte tvinnes sammen, er et godt eksempel på forskning som må finne sted ”på allmennmedisinens premisser”.

Problemer med den kunnskapsbasen som er tilgjengelig i dag er bl.a. at forskningen domineres av fragmenterte problemstillinger som kan ha begrenset betydning i det individuelle kliniske møtet. Det som i dag regnes som medisinsens faglige flaggskip, nemlig den ’kunnskapsbaserte medisin’ (evidence-based medicine), er basert på gjennomsnittsverdier på gruppenivå som i neste omgang skal anvendes på enkeltindivider. Selv om kunnskapsbasert medisin ofte er et uvurderlig verktøy i kliniske beslutningsprosesser, er verken medisinske forskere eller klinikere trent i å problematisere hvilke aspekter av mennesket, kroppen og sykdommene som ikke inngår i biomedisinens abstraherende, vitenskapelige betraktninger, og hvilke konsekvenser dette kan ha for gyldigheten og den kliniske anvendbarheten av den kunnskap som frambringes. Allmennlegene er trolig de som sterkest får føling med dette fundamentale dilemmaet. Ved å følge sine pasienter gjennom ulike sykdoms- og helserelaterte problemstillinger over lengre tid, vil den kompetente fastlege erkjenne at et menneskes helse- eller sykdomstilstand ikke kan betraktes atskilt fra vedkommendes sosiale kontekst og livsvilkår. Menneskelig liv og lidelse uttrykkes ofte kroppslig. Faget allmennmedisin utøves der hvor levd liv og lidelse møter medisinsk teori og praksis. Og fordi det er slik, må nettopp allmennmedisinen råde over kunnskap som svarer til dette møtestedets særpreg. Det er derfor også behov for å utvikle og styrke allmennmedisinens vitenskapelige grunnlag slik at det best mulig samsvarer med fagets faglige utfordringer og muligheter.

### **3. Behovet for allmennmedisinsk forskning ifølge helsepolitiske dokumenter**

Med helseforetaksreformen ble foretakenes ansvar for forskning og fagutvikling for spesialisthelsetjenesten tydeliggjort og lovfestet. Målsettingen er at 3% av budsjettet til helseforetakene skal gå til forskning og fagutvikling. Resultatet har ikke uteblitt. Innenfor helseforetakene har den kliniske forskningen virkelig blomstret opp og de samlede kostnader til dette utgjør nå rundt 400 millioner kroner årlig. Foretaksreformen har samtidig synliggjort det dramatiske misforholdet som hersker mellom anvendt, klinisk forskning i regi av foretakene og mangelen på tilsvarende innenfor allmennlegetjenesten.

#### **3.1 Forslag fra Helse- og omsorgsdepartementet og Stortingets vedtak**

I statsbudsjettet for 2005 beskriver Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) norsk allmennmedisin og behovet for å styrke allmennmedisinsk forskning. Norsk allmennmedisin har i et internasjonalt perspektiv høy faglig kvalitet, men virksomheten er i for stor grad erfaringsbasert og i for liten grad fundert på forskningsbasert kunnskap. Det pekes spesielt på ivaretagelsen av pasienter med muskel- skjelettlidelser og psykiske sykdommer. Videre heter det at (jf. Kap 728) *”allmennmedisinsk fagutvikling og forskning ligger langt etter medisinsk forskning og fagutvikling innenfor spesialisthelsetjenesten”*. Dette ble fulgt opp av sosialkomiteen i deres innstilling til budsjettet. Stortingets romertallsvedtak VII i forbindelse med behandlingen av sosialkomiteens innstilling lyder slik: *”Stortinget ber Regjeringen komme tilbake til Stortinget med forslag for å styrke forskningen innen allmennmedisin”*.

HOD ga i mars 2005 Sosial- og helsedirektoratet (SHdir) i oppdrag å utrede *”...hvordan forskning og fagutvikling innen allmennmedisinen på allmennlegetjenestens egne premisser kan organiseres og finansieres”*. Utredningen skulle også omfatte forskning på legemidler mv. i allmennmedisin og refererer til St.meld.nr.18 (2004-2005) *”Rett kurs mot riktig legemiddelbruk”* som ble lagt fram omtrent samtidig. Etterat SHdirs innstilling forelå (se nedenfor), skrev HOD i Revidert nasjonalbudsjett for 2006 (St.prp. nr. 66 (2005-2006)), der det ble bevilget 3 mill. kroner til planlegging av forskningsenheter, at det er et stort behov for en styrking av forskningen innen allmennmedisin. Det ble også beskrevet som viktig at *”styrkingen i første omgang skjer gjennom oppbygging av en organisatorisk infrastruktur som har tilknytningsform og nært samarbeidsforhold til eksisterende forskningsmiljøer innen fagområdet, uten at enhetene tillegges undervisningsansvar. (...) Departementet har drøftet direktoratets forslag med alle berørte aktører. Det er stor enighet om at de organisatoriske enhetene administrativt kan tilknyttes universitetene som eksternt finansierte oppdrag.”*

I Statsbudsjettet for 2007 ble det foreslått videreført 3 millioner kroner til planlegging for 2007. Det ble vist til at det ved årets takstforhandlinger mellom staten/KS og Legeforeningen ble avsatt 2 mill. kroner til et fond for forskning i allmennmedisin. Det er forutsatt at disse midlene skal understøtte de nasjonale aspekter ved oppbyggingen av enheter for forskning i allmennmedisin. Departementet foreslo å videreføre arbeidet med oppbygging av enheter for forskning i allmennmedisin. Dette ble ytterligere styrket med 3 mill. kroner i forbindelse med at regjeringen la fram St.prp. nr. 15 (2006-2007) i november 2006.



## 3.2 Sosial- og helsedirektoratets innstilling om allmenntedisinsk forskning

Juni 2005 ble det nedsatt et arbeidsutvalg bestående av representanter fra SHdir, Legeforeningen, de fire universitetene representert med sine allmenntedisinske seksjoner/faggrupper, og Statens Legemiddelverk. I innstillingen ble de forskningsmessige utfordringene på det allmenntedisinske fagfeltet beskrevet, det ble vist til erfaringer fra andre land, og man konkluderte med å anbefale etablering av fire forskningsenheter etter mønster fra Danmark med én enhet i hver by med medisinsk fakultet. Som i Danmark anbefalte man at forskningsenhetene fysisk burde samlokaliseres med de allmenntedisinske universitetsseksjonene. Ved en forskningsenhet er det viktig å ha et minimum av kritisk masse. Innstillingen skisserer en minimumsbemanning for å komme i gang:

*”Forskningsenhetene skal ( ...) minimum være bemannet med 1 forskningsleder med veilederkompetanse, 2 forskere med veilederkompetanse, 1 administrativt ansatt, 1 ansatt for praktisk forskningsstøtte og 3 stipendiatårsverk.”* Dette ble anslått å koste omkring 10 mill kroner per forskningsenhet jevnt fordelt på lønns- og driftsmidler.

## 3.3 Helse- og omsorgsdepartementets forskningsstrategi

I strategidokumentet fra november 2006 skisserer HOD de mål og strategier departementet ønsker å fokusere på når det gjelder forskning de kommende fem årene. I et eget avsnitt (s 23-24) omtales de spesielle forskningsmessige utfordringene i allmenntjenesten. Her slås det fast at det er behov for oppbygging av forskningsmiljøer med bred metodisk kompetanse i tilknytning til det allmenntedisinske praksisfeltet. Pga fagets egenart understrekes betydningen av å ha forskjellige typer kunnskap og forståelser om helse og sykdom: forskning på et uselektert pasientgrunnlag i førstelinjetjenesten innebærer behov for en bred, samfunnsrelatert forståelse i tillegg til ren medisinsk klinisk forskning.

Av mer spesifikke forskningsområder framheves forskning på legers forskrivning av legemidler å være av stor betydning, herunder forskning på faktorer som påvirker forskrivningen og legers forskrivningspraksis i forhold til refusjonsreglene. Andre eksempler som nevnes er undersøkelse av overføringsverdien av kliniske studier fra spesialisthelsetjenesten. Allmenntedisinsk forskning må bygges opp over noe tid gjennom en infrastruktur som fremmer samarbeid mellom akademi og relevante praksismiljø. Om bemanning og rekruttering, heter det at: *”Praksisnær forskning forutsetter rekruttering av leger med nær tilknytning til praksisfeltet, og som i kortere eller lengre perioder vil og kan avsette deler av sin arbeidstid til forskning. I tillegg er det behov for personell ved forskningsenhetene som har dr.grads- og/eller (tilsvarende) forskerkompetanse.”*

Departementets mål for allmenntedisinsk forskning avsluttes med følgende kulepunkt (s 25):

- Legge til rette for oppbygging, organisering og finansiering av infrastruktur for ivaretagelse av praksisnær allmenntedisinsk forskning
- Styrke forskning på allmenntegers forskrivning av legemidler
- Vurdere en styrking av forskning på allmenntegenes beslutningsgrunnlag ved forordning av medikamentell behandling.

I dokumentet er også nevnt offentlig finansierte kliniske (multisenter-)studier, som etter departementets vurdering bør finansieres via Forskningsrådet (s 27). Ellers ønsker man å stimulere epidemiologisk forskning basert på sammenstilling av data fra helse- og sykdomsregistre og store befolkningsbaserte undersøkelser (s 31). I denne sammenhengen nevnes Reseptregisteret spesielt.

## 4. De fire allmenntedisinske universitetsmiljøene i Norge: Ressurser og personell

Nesten all allmenntedisinsk forskning i Norge i dag er på en eller annen måte knyttet til de allmenntedisinske universitetsmiljøene. I tabell 1 gis en sammenfattet oversikt over forskningen (årsverk og ressursbruk) ved de fire allmenntedisinske universitetsseksjonene i Norge. Oversikten er basert på innsendte opplysninger fra seksjonslederne mars 2006. I vedlegg 1 gis mer detaljerte opplysninger om bemanning, ressursituasjon og forskningsfelt ved hver av de allmenntedisinske seksjonene ved de fire fakultetene.

Oversikten omfatter faste vitenskapelige stillinger, postdoc-stipendiater og stipendiater "innomhus" på seksjonene. Ansatte ved nasjonale kompetansesentra (NOKLUS og Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin i Bergen og Distriktsmedisinsk senter i Tromsø) er ikke regnet med i oversikten. Det samme gjelder for stipendiater som arbeider og lønnes andre steder samt ansatte på det eksternt finansierte kvalitetsprosjektet Kollegabasert TerapiVeiledning (KTV) i Oslo.

Vi har regnet at 50% av vitenskapelig tid går med til forskning og administrasjon av forskning. Ellers er det slik at man ved de ulike fakultetene har litt forskjellige lønnstrinn for de ulike stillingskategoriene. Variasjoner pga dette overstiger neppe mer enn cirka 10%.

De fire allmenntedisinske miljøene har svært ulik tilgang på ressurser, men kjennetegnes generelt av å være små og sårbare sammenlignet med universitetsmiljø for andre kliniske fag. Oppsummert viser oversikten at til sammen knapt 25 årsverk (48 personer) per 2006 er avsatt til allmenntedisinsk forskning og at samlet ressursbruk til denne forskningen ikke utgjør mer enn 14 millioner kroner per år (Tabell 1). Oversikten viser ellers at Seksjon for allmenntedisin i Bergen kommer i en særstilling siden de rår over mer enn dobbelt så store ressurser til forskning som de øvrige seksjonene til sammen. Seksjonen i Bergen kommer også i en særstilling hva gjelder omfang av eksternt finansierte prosjekt.

**Tabell 1.** Personer, årsverk og ressurser til allmenntedisinsk forskning ved de fire allmenntedisinske seksjonene i Norge (2006)

	UiB	UiO	NTNU	UiT	Til sammen
Antall personer	32	7	5	4	48
Antall forsknings- årsverk	18,4	3,25	1,5	1,6	24,75
Ressurser (1000 kr) til forskning	9 900	1 872	888	1 340	14 000

## **5. Allmenntedisinsk forskning på allmenntedisinens premisser – relevans og anvendbarhet**

Følgende spørsmål bør stilles for å sikre at forskningsresultater har relevans for allmennpraksis:

- forskes det på de rette spørsmålene; dekkes de viktigste hverdagsmedisinske problemstillingene?
- utvikles kunnskap som lar seg omsette i (endret) praksis?
- foreligger gode strategier for implementering; er resultatene fra basal- og spesialistmedisinen tilstrekkelig relevante, robuste og anvendelige for klinisk allmennpraksis?
- er forskningen allmenntedisinsk nok til å være relevant i fagets praksiskontekst, og samtidig generell nok til å vise at den har verdier som medisinen i sin alminnelighet kan ha nytte og glede av?

Som en konsekvens av disse spørsmålene bør den allmenntedisinske forskning ha fokus på følgende hovedområder:

- klinisk forskning på de vanlige sykdommers forekomst, diagnose og håndtering i allmennpraksis
- befolkningens opplevde helseproblemer, hvordan de imøtekommes og deres behov for legehjelp
- forebyggende aktiviteter, både individuelt og rettet mot grupper av pasienter, herunder forskning knyttet til salutogenese, mestring, livsstil og risikohåndtering, helsetjenesteforskning, inklusive prioritering av hva det forskes på i helsetjenesten, implementering av ny kunnskap og kvalitetsutvikling i primærhelsetjenesten
- teoribygging og utvikling av metoder som kan gi bidra til gyldige svar på de spørsmål som stilles
- allmenntedisinsk "grunnforskning" vedrørende de prosesser som danner grunnlaget for det kliniske arbeidet i allmennpraksis, slik som konsultasjons- og kommunikasjonsforskning, om pasienters og legers forståelse av sykdom og risiko, og medisinen som pedagogikk.

### **5.1 Hva ønsker praksisfeltet?**

De allmenntedisinske seksjonene ved våre fire universitet utførte våren 2005 en spørreundersøkelse blant allmennpraktiserende leger som også er praksislærere for medisinstudenter under praksisutplassering i primærhelsetjenesten. Målet med undersøkelsen var å få fram hva allmennpraktiserende leger ønsker økt kunnskap om og hva de mener er viktig for å rekruttere leger til allmenntedisinsk forskning.

Foreløpige resultater viser at en stor andel av legene ønsker mer kunnskap om utredning, behandling og oppfølging av pasienter med psykiske lidelser og pasienter med muskelskjelettlidelser. Videre anfører en betydelig andel at de ønsker tilsvarende kunnskap for barn og unge, geriatrike pasienter, pasienter med diabetes eller overvekt, rusmisbruk eller hjertekarsykdom. Av administrative temaer legene ønsker mer kunnskap om nevnes spesielt temaer knyttet til foreskriving av medikamenter, samhandling i helsetjenesten og drift av praksis.

## 5.2 Eksisterende allmenntedisinsk forskning

Forskningen ved de allmenntedisinske universitetsseksjonene holder jevnt over høy kvalitet. Imidlertid er omfanget for lite. I tillegg er prosjektmidlene så små at det i stor grad er nødvendig å forske på materialer som er tilgjengelige uten for store kostnader. Forskning i norsk allmenntedisin foregår per i dag i hovedtrekk på følgende områder:

- folkehelsesykdommer (luftveissykdommer, kreftomsorg, urinveislidelser, hjerte- og karsykdommer, psykiatriske tilstander, infeksjoner)
- folkehelseperspektivet i planlegging av den allmenntedisinske helsetjenesten
- medisinsk samhandling (klinisk kommunikasjon, lege/pasient forholdet, pasientforløp, helsetjenestebruk, pasientopplæring, brukermedvirkning)
- medisinsk vitenskapsteori, etikk og filosofi
- forskrivning og bruk av legemidler (inkludert antibiotikabruk, resistens)
- forskningsbasert kvalitetssikring i allmenntedisin - medical audit
- laboratoriebruk i allmenntedisin
- u-landsmedisin, distriktsmedisin,
- medisinsk usikkerhet og feil
- medisinsk undervisning i grunn-, videre- og etterutdanningen.

For mer detaljert beskrivelse av de lokale universitetsmiljøenes forskningsfelt, se vedlegg 1.

## **6. Aktuelle forskningsområder ved forskningsenhetene**

De allmenntedisinske forskningsenhetene skal drive anvendt, praksisnær allmenntedisinsk forskning som skal legge grunnlaget for kunnskapsbasert praksis innen både forebygging, diagnostikk, behandling, rehabilitering og tjenesteutøvelse, bruk av ny teknologi, prioritering av ressurser og tiltak. På grunn av ulik kompetanse, interesse, ressurser mv. vil den forskningsmessige profilen variere mellom de fire enhetene. Det vises derfor til vedlegg 2-5 som beskriver planer for hver lokale enhet. Under har vi beskrevet et utvalg kliniske områder der det er behov for mer allmenntedisinsk forskning. Mange gode ideer springer ut av praksis, så også i allmennpraksis. Det er viktig at forskning i allmennpraksis også kan utvikles og drives lokalt. Det må derfor være rom for nyskapende prosjekter som ikke faller inn under etablerte satsningsområder.

### **6.1 Diagnostikk og behandling av hjerte-kar-sykdommer, diabetes og KOLS**

Diagnostikk og behandling av sammensatte kroniske sykdommer byr på både diagnostiske og terapeutiske utfordringer. Mens kunnskapsgrunnlaget som regel er basert på grupper av pasienter med enkeltsykdommer, vil allmennpraktikeren ofte oppleve at en og samme pasient både kan ha for eksempel hjertesvikt, KOLS og diabetes. Det er behov for forskning som kan gi allmennleger et bedre kunnskapsgrunnlag for å møte slike utfordringer. Hjerte-karsykdommer, KOLS og diabetes er eksempler på sykdommer som den farmasøytiske industri satser mye på, fordi farmakologisk behandling er aktuelt hos svært mange, ofte fra 40-50-års alder og resten av livet. Allmennlegene opplever et press både fra spesialisthelsetjenesten og farmasøytisk industri om hvordan de bør diagnostisere og behandle stadig flere, ikke bare de med sikker sykdom, men også friske personer med statistisk økt risiko for sykdom på tross av at de fleste av disse pasientene har gode leveutsikter og kan oppnå mye ved justering av egen livsstil. Mange allmennleger opplever et økende ubehag ved at det sterke fokuset på statistisk risiko for framtidig sykdom samtidig medfører fare for sykeliggjøring og unødvendig behandling av store grupper. Det fører også til at store økonomiske ressurser brukes på en måte som er lite kostnadseffektivt samtidig som det kan være skadelig. Fordi det i hovedsak er allmennlegene som kommer i kontakt med ”risikantene” er allmennpraksis en egnet arena for å innhente kunnskap som kan bidra til en sunnere og mer bærekraftig befolkningsstrategi når det gjelder diagnostikk og forebyggende behandling av disse folkesykdommene.

### **6.2 Diagnostikk og behandling av kreftsykdommer**

Mye av det som er beskrevet over har også gyldighet for screening, case-finding og håndtering av kreftsykdommer i allmennpraksis. I tillegg kan her nevnes at allmennlegers kliniske ferdigheter til å yte og organisere god hjemmebasert, palliativ behandling også er eksempel på et viktig område for kvalitetsforbedring og forskning. Videre er samhandling med andrelinjetjenesten i behandlingen av kreftpasienter et felt der mye kan gjøres bedre.

### **6.3 Diagnostikk og behandling av depresjon, angst og andre vanlige psykiske lidelser**

De fleste psykiske lidelser i befolkningen diagnostiseres og behandles i allmennpraksis. Allmennlegenes kunnskapsnivå og faglige trygghet på dette området trenger å bli styrket.

Dette vil i sin tur bidra til å avlaste den psykiatriske spesialisthelsetjenesten ytterligere. Behandlingsformer som gir alternativer til medikamentell behandling er viktig. Mange allmennleger er interessert i å dyktiggjøre seg i behandlingsformer som er tilpasset allmennpraksis, for eksempel kognitiv terapi. Forskningsmessig evaluering av slik behandling i allmennpraksis er en viktig utfordring.

#### **6.4 Diagnostikk og behandling av muskel-skjelett-lidelser og ”uklare” tilstander**

Dette er en sammensatt gruppe lidelser som omfatter revmatiske sykdommer, skader, belastningslidelser (slitasje) og forskjellige syndrom med kroniske muskelsmerter. Pasienter med kroniske muskelsmerter representerer både diagnostiske og terapeutiske utfordringer for allmennlegene. Utdannelsen på dette området er mangelfull og dette viser seg ofte ved manglende diagnostiske ferdigheter og forståelse for hvordan slike plager oppstår og vedlikeholdes. Det hersker mange ulike tilnærminger til behandling som har det til felles at de som regel mangler god vitenskapelig dokumentasjon. Pasientene blir ofte kasteballer i helsevesenet selv om fastlegene har ansvaret for å samle trådene og sørge for kontinuitet i behandlingen.

Fordi de medisinske klassifikasjonssystemer er bygget opp i henhold til naturvitenskapelig tankegang, anses ’virkelige sykdommer’ å være de som gir fysisk målbare spor eller tegn. Det forhindrer likevel ikke at halvdelen av de som får uføretrygd ikke passer inn i en slik objektiviserende klassifikasjon. I et slikt paradigme avgjøres helse og sykkelighet med andre ord av ulike *materialiseringer*. Et slikt materialistisk sykdomsbegrep kommer dessverre ofte til kort i allmennlegens kliniske praksis. Magesmerter, tretthet, nedstemthet, svimmelhet og muskelsmerter kan nevnes blant hyppige problemstillinger i primærhelsetjenesten som også genererer mange henvisninger til utredninger i annen- og tredjelinje. I mange tilfeller har spesialisthelsetjenesten lite å bidra med, idet man ikke kan finne organisk patologi som kan forklare symptomene, men potensialet for multiple og kostbare teknologiske undersøkelser er stort. I mangel på objektive funn blir plagene beskrevet som ”funksjonelle”. Det er selvfølgelig ofte en helt adekvat strategi å utelukke alvorlig kroppslig sykdom hos en pasient med diffuse plager, men kategorien ’funksjonell lidelse’ sier i seg selv lite om hvordan medisinen ut over dette kan *hjelp*e pasientene til å gjenfinne tapt funksjon og helse. Konsekvenser er at en god del menneskelig lidelse og uførhet som i utgangspunktet presenteres og oppfattes som et anliggende for helsetjenesten verken kan forstås og avhjelpes på noen rasjonell måte innen den rådende medisinske forståelsesmodell. Løsningsstrategiene overlates i slike situasjoner i høy grad til den individuelle allmennleges erfaring og skjønn. Behovet for teoribygging og kunnskapsutvikling på dette feltet er derfor åpenbart.

#### **6.5 Diagnostikk og behandling av infeksjonssykdommer**

Infeksjoner i huden, urinveier og luftveier er viktige kontaktårsaker i allmennpraksis. Det er veldokumentert at det i dag foregår en utstrakt overbehandling med antibiotika av virale infeksjoner og selvbegrensende infeksjoner. Unødvendig behandling med antibiotika (”for sikkerhets skyld”) medfører i neste omgang økt legesøkningsadferd for senere episoder med tilsvarende symptom. Det er behov for å bedre diagnostikken av virale luftveisinfeksjoner samt å holde stadig fokus på at bruk av bredspektrede antibiotika bør holdes på så lavt nivå som mulig for å motvirke seleksjon av antibiotikaresistente mikrober. Forskning på diagnostikk og behandling av infeksjoner i allmennpraksis, kan gi legene bedre metoder som i neste omgang kan fremme mer målrettet og rasjonell antibiotikabehandling. Forskning på dette området kan bygge opp om aktivitetene til det nyopprettede Antibiotikasenteret for primærhelsetjenesten (ASP) ved Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin i Oslo.

## 6.6 Klinisk kommunikasjon

Mange symptomer og plager, ikke bare de som kalles psykiske lidelser, har sin bakgrunn i traumatiske opplevelser, konflikter eller andre sider ved det livet pasienten lever. Å få satt ord på følelser og sammenhenger knyttet til slike opplevelser eller konflikter er en verdi i seg selv og kan i tillegg ha en gunstig effekt på pasientens tilstand, likeledes det å bli hørt og forstått. Allmennlegen kan være mer enn en viktig samtalepartner for pasientene. Ved å dyktiggjøre seg i klinisk kommunikasjon og ulike samtaleteknikker kan allmennlegen skjerpe det terapeutiske potensialet i den kliniske samtalen. På denne måten kan unødige utredninger og behandlingsforsøk i andrelinjetjenesten unngås. Det er behov for mer forskning og fagutvikling på klinisk kommunikasjon i allmennpraksis.

## 6.7 Forskrivning og bruk av legemidler

Om lag 90 % av alle resepter som løses inn på norske apotek er ordinert i allmennpraksis. Tilsvarende er allmennpraktikerne ansvarlige for anslagsvis 85-90% av alle blå resepter. Mange studier indikerer at det er et stort potensial for å kvalitetsforbedre allmennlegers forskrivningspraksis. Det er viktig å utvikle pedagogiske modeller som kan fremme mer rasjonell farmakoterapi i allmennpraksis samt å undersøke effekten av slike intervensjoner. Det er også mange viktige forskningsoppgaver knyttet til det å undersøke legers forskrivningsbeslutninger. Likeledes er det mangelfull kunnskap om pasienters perspektiv i forhold til bruk av legemidler.

## 6.8 Samhandling mellom allmennleger og andre deler av helsevesenet.

Mer kunnskapsbasert behandling av vanlige tilstander i allmennpraksis innebærer samtidig mer fornuftig bruk av spesialisthelsetjenesten og av andre helsearbeidere i førstelinjen. Det er også viktig med avklarte ansvarsforhold og entydige kommunikasjonsrutiner mellom allmennleger og aktuelle samarbeidspartnere, for at informasjonsoverføringen skal være adekvat og for at utredning og behandling skal være koordinert. Dette vil samtidig redusere risikoen for medisinske feil, og kan i mange sammenhenger være kostnadsbesparende. Eksempel på et område som har behov for bedre rutiner og mer avklarte ansvarsforhold er samarbeid om medisinbruk til det økende antall eldre der de kommunale hjemmebaserte tjenestene administrerer medisineren. Her kan det prøves ut tiltak som bør evalueres forskningsmessig.

## 6.9 Forebygging

Individrettet, forebyggende medisin er et sentralt område som på flere grunnleggende måter utfordrer allmennmedisinens teorigrunnlag. I henhold til både Nasjonal helseplan (2007-10) og de spesifikke nasjonale strategier for henholdsvis diabetes, kreft og kronisk obstruktive lungesykdommer, forventes det at allmennleger intensiverer sitt arbeid med systematisk å identifisere og evaluere risiko for fremtidig sykdom hos enkeltindivider. Videre forventes allmennlegene å trappe opp sitt engasjement i å motivere individer med kjent forhøyet risiko og/eller etablert livsstilsrelatert sykdom til å endre levevaner, evt. i tilknytning til medikamentell forbygging (jfr. konseptet "Grønn resept" som etter planen skal videreutvikles). Imidlertid har de forebyggende, kliniske retningslinjer de senere år utviklet seg slik at en stadig større andel av befolkningen havner i kategorien "forhøyet risiko og behov for klinisk intervensjon". Delvis identifiseres flere risikofaktorer/ -tilstander, og delvis settes terskelen for hva som anses å være 'normal' eller akseptabel risiko stadig lavere. Definisjoner av normalitet og akseptable målverdier er av stor betydning for samfunnets utgifter til forebyggende medikamenter. Retningslinjer for forebyggende medisin kan samlet sett lede til et scenario der både allmennleger og pasienter blir forvirret og frustrerte.

Forebyggingsintervensjoner må evalueres vitenskapelig, dette gjelder også uønskede effekter på grunn av medikalisering og falsk positive diagnoser. Forskning på allmennmedisins premisser kan bidra til å skape en balanse mellom aktiv forebygging og forhindring av unødig medikalisering.

## 6.10 Rehabilitering

Eldrebolgen innebærer at stadig flere gamle mennesker vil oppleve situasjoner der de har behov for rehabilitering etter sykdom eller skade. Slik rehabilitering vil i hovedsak skje enten i pasientens eget hjem eller på et sykehjem. I begge tilfeller vil allmennlegen være en nøkkelperson, både for å koordinere den tverrfaglige innsatsen og for å formulere realistiske målsettinger. Svært mye av slik virksomhet mangler vitenskapelig dokumentasjon og er således ikke kunnskapsbasert. Også når det gjelder rehabilitering av rusmisbrukere (for eksempel som ledd i legemiddelassistert rehabilitering) vil allmennlegen spille en viktig rolle – her er det stort behov for mer systematisk kunnskap som bare forskning kan bringe til veie. Det hevdes at mange leger ”forsømmer dessverre oppgaven med tidlig å *identifisere og kartlegge problematisk rusmiddelbruk*” (Nasjonal helseplan 2007-2010 s. 253). Dette er et viktig tema som peker mot en rekke forskningsmessige utfordringer med prinsipiell og generell betydning for allmennmedisinen. Tematikken eksemplifiserer et sentralt dilemma for enhver allmennlege i møtet med mennesker som har – eller mistenkes å ha – en medisinsk sett uheldig, og dermed ofte skambelagt, livsstil. For å være terapeutisk effektivt, må lege-pasientforholdet bygge på gjensidig tillit. Viktige utfordringer må også løses når det gjelder rehabilitering av psykiatriske pasienter.

## 6.11 Sosial ulikhet og helse

Et annet men nærliggende tema er hvordan allmennleger best kan forholde seg til det viktige fenomenet *'sosial ulikhet og helse'* (omtalt flere steder i de nevnte nasjonale styringsdokumentene). Det finnes i dag mye og konsistent dokumentasjon for en klar sammenheng mellom sosial ulikhet og helse på samfunnsnivå (makronivå), både lokalt, nasjonalt og internasjonalt. Spørsmålet blir da: Hvordan, og i hvilken grad, kan vi leger påvirke denne gradienten gjennom arbeidet med enkeltindivider i konsultasjonen (mikronivå)? En sosial gradient i helse har gjerne en sammenheng med strukturelt betinget avmakt. Avmektighet kan oppstå i tilknytning til for eksempel fattigdom, arbeidsløshet, mangel på kulturell og sosial integrasjon, lav utdanning, rasisme, mangel på sosialt nettverk, eller kronisk/invalidiserende sykdom eller handicap. Ikke sjelden møter allmennlegen mennesker som aldri har 'nådd opp' i samfunnet og hvor underlegenheten kan knyttes an til tidlige volds- og krenkelseserfaringer som har satt dype spor i menneskets kroppslige framtoning og atferdsmønstre. I møte med disse pasientene, som det nå er godt dokumentert at løper en betydelig høyere risiko for både somatisk og psykisk sykdom enn gjennomsnittsbefolkningen, er det en kunst å stimulere til konstruktive endringer uten å henfalle til faglig moralisme eller 'instrumentalisme'. En instrumentell tilnærming kan for eksempel innebære at legen gjentatte ganger fokuserer på biologiske risikofaktorer som er i ulage hos pasienten. Opplevelsen av å bli redusert til et 'håpløst' tilfelle kan i slike situasjoner lede til økt avmakt hos individet, hvorpå lege og pasient fremmedgjøres for hverandre og den terapeutiske alliansen renner ut i sanden.



## **7. Rekruttering til forskningsenhetene – utfordringer og ressurser**

Etablering av allmenntedisinske forskningsenheter ved de fire universitetene kommer på et gunstig tidspunkt. Vi er i en situasjon der det er gjennomført store løft i å planlegge og bygge opp undervisningen i allmenntedisin for medisinstudentene. Dette kan vi til en viss grad flytte på i den kommende 5-års periode. Det vil dermed være mulig å frigjøre kapasitet som kan brukes til forskningsveiledning. Ledere og veiledere ved forskningsenhetene vil kunne rekrutteres både fra vitenskapelig ansatte med lang fartstid og blant allmennleger med doktorgrad, som ikke jobber ved universitetene. Hensyn må tas for å unngå at de allmenntedisinske seksjoner blir tappet for kompetanse på grunn av overganger til forskningsenhetene. Ved flere enheter vil det være ønskelig at seksjonsansatte som blir ansatt som forskningsledere og veiledere, fortsetter i deltidsstillinger ved seksjonene. På denne måten kan de bidra faglig på områder der brudd på kontinuitet i arbeidet ellers ville medført stor skade.

Ved hver av de fire enhetene vil det være mulig å få tilsatt forskningsleder og veiledere i til sammen 2 hele stillingsekvivalenter i løpet av 2008, mens 3-4 stillingsekvivalenter bør kunne være på plass ved hver enhet i løpet av 2010. Det er best tilgang på allmennleger med doktorgrad i Bergen og Oslo. I Trondheim og Tromsø kan det bli behov for å rekruttere veiledere fra andre deler av landet, ev fra naboland eller fra andre europeiske land med gode tradisjoner innen allmenntedisinsk forskning.

De allmenntedisinske universitetsmiljøene har nylig fått faglige tilskudd i form av sentre for distriktsmedisin og alternativ medisin (Tromsø), legevaktsmedisin (Bergen) og antibiotikabruk (Oslo). Legeforeningen styrker sitt faglige engasjement gjennom den nyopprettede Norsk forening for allmenntedisin. De nye forskningsenhetene vil dermed kunne operere i entusiastiske og oppegående faglige nettverk.

### **7.1 Rekruttering av nye forskere**

Forskningsenhetene bør satse på forskning på høyt internasjonalt nivå, men bør også være et arnested for allmennleger med gode ideer som må prøves ut i mindre ambisiøse prosjekter. Både allmennleger som vil satse på doktorgradsprosjekter, men også leger som ennå ikke vet hvor mye de vil satse, bør rekrutteres. Vi har de siste årene opplevd liten søkning blant leger til stipendiatstillinger ved de medisinske fakultetene. Det er grunn til å tro at dette er i ferd med å endre seg. Økt konkurranse på stillingsmarkedet gjør at leger må tenke nytt når det gjelder karrierevalg. Vitenskapelig kompetanse gir flere valgmuligheter, og forhåpentlig vil flere leger sikte mot doktorgrad i årene som kommer. Det er viktig å stimulere også allmennleger til å skaffe seg forskningskompetanse.

I undersøkelsen som ble omtalt i avsnitt 5.1, ble legene også spurt om hvordan leger kunne rekrutteres til forskning. En stor andel av legene la vekt på at dette fordrer bedre rammebetingelser i praktisk klinisk hverdag med tanke på muligheter for vikar og fritak fra kommunale oppgaver for å bedre mulighetene til å kombinere klinisk arbeid med forskning eller forskning på heltid en periode. De økonomiske betingelser for å forske fokuseres også av mange. En stor andel ønsker mer nærhet til de allmenntedisinske forskningsmiljøer og informasjon om mulige prosjekter, med tilhørende tilbud om veiledning

Det er viktig at forholdene blir lagt til rette for at stipendiater kan ha én fot i allmennpraksis og én i forskningsenheten. Når vi i Norge trolig får på plass utdanningsstillinger i allmennmedisin bør det opprettes deltidsstillinger som kan kombineres med stipendiatstillinger. Inntil videre bør stipendiater uten fastlegehjemmel få arbeid som deltidsvikarer i etablerte praksiser. Det vil være gunstig av flere grunner, både for å sikre et konkurransedyktig lønnsnivå, og særlig for at det kan bli mulig utdanne seg til allmennpraktiker samtidig med at man forsker.

Det vil ikke by på problemer å rekruttere allmennleger til én ny doktorgradsstipendiat (heltidsekvivalent) per år ved hver enhet, slik at man i løpet av 3 år vil være oppe i 3 doktorgradsstipendiater finansiert av hver enhet. Eksternt finansierte stipendiater vil også kunne knyttes til enheten. Enhver stipendiat må i tillegg være knyttet til et universitetsinstitutt fordi dette er en forutsetning for gjennomføring av PhD-grad. Det vil neppe by på problemer å engasjere allmennleger på deltid/heltid i forskningsprosjekter av kortere varighet (1/2 – 1 år). Enhetene må planlegge nye prosjekter som interesserte leger kan komme inn i, i tillegg til å gi allmennleger med gode ideer mulighet til å prøve å sette disse ut i livet. Se for øvrig de lokale planene for hver forskningsenhet (vedlegg 2-5).

## 7.2 Synergi og konkurranse

Nærhet til universitetsseksjonene er en viktig forutsetning for at seksjonene skal bli levedyktige. I en oppbyggingsfase vil fagmiljøene i forskningsenhetene være små og sårbare, og de vil trenge den stimulans og støtte som tett samarbeid med en universitetsseksjon kan by på. Infrastrukturen ved de samfunnsmedisinske instituttene vil også bidra til å løse administrative oppgaver og vil kunne tilby IT-støtte. Nærhet til metodesterke fagpersoner ved andre samfunnsmedisinske seksjoner vil også være nyttig. Forskningsenhetene må samtidig settes i stand til å yte noe tilbake. Først og fremst vil de bidra til at flere allmennleger oppnår doktorgrad og dermed øke "poolen" av søkere til vitenskapelige stillinger, både ved universitetene og ved forskningsenhetene. Forskningsenhetene vil også kunne bringe mer praksisnær forskning inn på universitetene, og slik bidra til et bredere og et faglig mer stimulerende miljø. Enhetene vil bidra med å arrangere felles fagmøter, seminarer og kurs med fokus på forskning og forskningsresultater.

Det er en viss risiko for at det kan oppstå en uheldig konkurransesituasjon mellom seksjon og forskningsenhet. Det er viktig at fondsmidler myntet på allmennmedisinsk forskning også kan bli tilgjengelig for allmennmedisinske forskere utenom enhetene. Lønnsnivået ved forskningsenhetene bør ikke skille seg vesentlig fra det man har ved seksjonene.

I Danmark har man etablert de allmennmedisinske forskningsenhetene samlokalisert med universitetsavdelingene i "allmennmedisinske hus". Både ansatte ved universitetene og enhetene er svært fornøyd med dette, og hevder å nyte godt av de synergieffekter dette gir. Konkurranse eller splid mellom universitetsavdelinger og forskningsenheter blir ikke ansett å være et nevneverdig problem i Danmark.

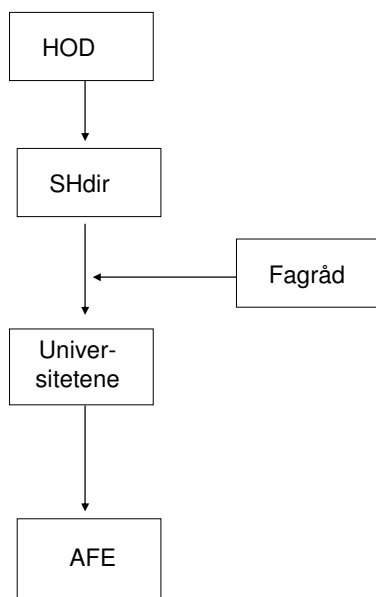
## 8. Finansiering og organisering av forskningsenhetene

Forskningsenhetene bør være sikret basisfinansiering over statsbudsjettet med midler til basisdrift (minimumsbemanning ifølge rapport fra SHdir bør være 1 forskningsleder med veilederkompetanse, 2 forskere med veilederkompetanse, 1 administrativt ansatt, 1 ansatt for praktisk forskningsstøtte og 3 stipendiatarverk. Dette er anslått å koste omkring 10 mill kroner per forskningsenhet fordelt på lønns- og driftsmidler). Minimumsbemanning bør *ikke* være statens målsetting for basisdrift, men betraktes som et minimumsanslag, en minste ”kritisk masse” som må til for å kunne drive forskning på et forsvarlig nivå. Prosjektmidler utover basisdrift kan også bevilges over statsbudsjettet for forskningsenhetene, i tillegg til at enhetene kan søke midler fra legeforeningens nyopprettede Fond for allmennmedisinsk forskning, Norges Forskningsråd og andre.

### 8.1 Organisering

HOD har i brev av 8.11.06 klarlagt at midler til forskningsenhetene tildeles det enkelte universitet eller universitetsvirksomhet som vil få arbeidsgiveransvar for forskningsenhetene. Etter diskusjoner med universitetenes institutter for allmennmedisin/samfunnsmedisin og legeforeningen, vil vi foreslå modell for organisering av forskningsenhetene slik det fremgår av figur 2.

Figur 2. Forslag til modell for organisering av forskningsenhetene.



HOD = Helse- og omsorgsdepartementet

SHdir = Sosial- og helsedirektoratet

AFE = Allmennmedisinske forskningsenheter i Tromsø, Trondheim, Oslo og Bergen

Dette innebærer at midler til basisdrift bevilges over statsbudsjettet for HOD via SHdir som gir tildelingsbrev/kontrakt til hvert enkelt universitet/universitetsvirksomhet (Unifob i Bergen, NOKUT i Tromsø) som organiserer AFE som eksternt finansierte enheter og har arbeidsgiveransvar for alle ansatte. Vi foreslår et fagråd for SHdir som oppnevnes av SHdir etter forslag fra følgende organer:

- AFE: 2 representanter med vitenskapelig kompetanse (doktorgrad)
- Universitetenes allmennmedisinske/samfunnsmedisinske institutter: 2 representanter med vitenskapelig kompetanse
- Norsk forening for allmennmedisin: 2 representanter
- I tillegg bør det være oppnevnt en utenlandsk allmennmedisinsk vitenskapelig kompetent person som behersker skandinavisk språk.

Et slikt fagråd vil ha samme sammensetning som fagrådet som foreslås opprettet for legeforeningens Fond for allmennmedisinsk forskning. Det er fordelaktig for koordinering og samarbeid om de to fagrådene består av de samme personer. Det kan derfor være hensiktsmessig med en saksgang der SHdir oppnevner sitt fagråd etter at legeforeningens fondstyre har oppnevnt sitt fagråd, og at SHdir da vurderer å oppnevne de samme personene.

Oppgaver for fagrådet bør være:

- Råd om utforming av tildelingsbrev/kontrakt når det gjelder den rent faglige delen av dette
- Prioritering av prosjektmidler dersom det er overskytende midler igjen etter tildeling til basisdrift

Man bør vurdere om det er hensiktsmessig å kanalisere søkbare prosjektmidler via legeforeningens Fond for allmennmedisinsk forskning, slik at prioritering av disse midlene kan sees i sammenheng. I så fall vil det ikke være nødvendig med utenlandsk representant i SHdirs fagråd.

## **8.2 Koordinering av de fire forskningsenhetene**

Det er viktig å sikre nasjonal koordinering og samarbeid både de fire AFE i mellom, men også sett i sammenheng med annen allmennmedisinsk forskning i Norge. Vi foreslår at ansvar for dette tillegges legeforeningens fond for allmennmedisinsk forskning. Det foreligger et utkast til retningslinjer for fondets drift, som forskningslederene ved de fire AFE stiller seg bak:

- Allmennleger stimuleres til å drive forskning med utgangspunkt i egen praksis.
- Kunnskapsbasert allmennmedisinsk virksomhet får gode vilkår i Norge
- Forskningen ved enhetene koordineres og holder høy kvalitet.
- Prioriterte allmennmedisinske forskningsområder identifiseres og forskning iverksettes på disse områdene.
- Forskningen ved enhetene blir publisert og presentert for det medisinske miljø, befolkning og myndigheter, nasjonalt og internasjonalt.
- Virksomheten i forskningsenhetene blir synliggjort.
- Vitenskapelig personale ved forskningsenhetene kan delta på og arrangere allmennmedisinske forskningssamlinger.
- Man får best mulig forskningsmessig synergi mellom de allmennmedisinske forskningsenhetene og universitetsseksjonene.

## ***Vedlegg***

1. Ressurssituasjonen ved de allmenntedisinske universitetsmiljøene
2. Plan for AFE Tromsø
3. Plan for AFE Trondheim
4. Plan for AFE Oslo
5. Plan for AFE Bergen