

Nasjonalt senter for distriktsmedisin,
Helsefak, Institutt for samfunnsmedisin
UiT Norges arktiske universitet
9037 TROMSØ

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

NSDMs innspill til Handlingsplan om kliniske studier

Innledning

NSDM er et tverrfaglig kompetansesenter som skal fremme forskning, fagutvikling, utdanning og nettverk blant leger og helsepersonell i distriktene. Ved å bygge bro mellom praksis, akademi og forvaltning vil vi bidra til kvalitet, rekruttering og stabilitet i helsetjenesten <https://www.nsdm.no/>

Vi er glad for at HOD setter lys på kliniske studier i primærhelsetjenesten. Som det kom fram på innspillmøtet 20.08.20, og som mange skriftlige innspill allerede har beskrevet, er det betydelige mangler når det gjelder infrastruktur, forskningsstøtte og rammebetingelser for forskning i primærhelsetjenesten generelt, og for kliniske studier spesielt. NSDM deler denne problemforståelsen.

I vårt innspill fokuserer vi på de spesifikke utfordringene med å drive forskning utenfor universitetsbyene, og på betydningen av å ta hele landet i bruk i kliniske studier.



Begrepsavklaring

NSDM mener at begrepet kliniske studier må forstås i vid forstand, og omfatte alle studier som utføres på mennesker for å undersøke hvordan tiltak virker (utredning, behandling, rehabilitering, forebygging, organisering, arbeidsdeling m.m). Studiene må kunne bruke ulike forskningsmetoder for å belyse et mest mulig helhetlig bilde av effekter og erfaringer.

Primærhelsetjeneste og kliniske studier i by og land

Primærhelsetjenesten omfatter allmennlegetjenester (fastleger, legevakt, sykehjemsleger, helsestasjonsleger), omsorgstjenester (sykehjem, hjemmetjenester), rehabilitering, psykiatri/rus, helsestasjon, jordmortjenester m.m. Hovedinnholdet i disse tjenestene er som regel det samme uavhengig av geografi og befolkningstetthet. Noen kliniske studier kan derfor gjøres uten å ta inn by-land-perspektiv, for eksempel rene legemiddelstudier. Mange ganger kan imidlertid innretning og effekt av tiltak påvirkes av avstand, organisering, lokale forhold osv. Legevakt og akuttmedisin er et område der avstand har betydning. Prosedyrer, utredning, behandling og oppfølging som vanligvis ikke gjøres i primærhelsetjenesten i byene kan være nødvendige å utføre i førstelinjen når det er langt til sykehus og lav tilgang til spesialisthelsetjeneste.

I planlegging av kliniske studier må man derfor alltid vurdere den geografiske dimensjonens og andre lokale/kontekstuelle forholds betydning, og sørge for at geografiske og kontekstuelle faktorer hensyntas og inngår i kliniske studier der det er relevant.

Primærhelsetjeneste - sekundærhelsetjeneste - og mellomrommet

Liggetid på sykehus går ned, og utredning, behandling og oppfølging av en rekke tilstander gjøres i økende grad i førstelinjetjenesten. Kliniske studier utført i - og i regi av - sykehusene vil dermed ofte mangle viktige perspektiver, pasienter og faggrupper. Store deler av helsetjenestene foregår kun i førstelinjetjenesten og det meste av befolkningens behov for helsetjenester løses uten å involvere sykehusetjenestene. Det er et stort behov for kliniske studier som tar utgangspunkt i primærhelsetjenestens populasjon. Det er også et stort behov for kliniske studier som omfatter både første- og andrelinjetjenesten, og der planlegging og utforming av studien skjer i samarbeid mellom nivåene. Distriktskommuner og lokalsykehus har spesifikke styrker og utfordringer som har betydning for pasientforløp, og som er



lite systematisk beskrevet og utforsket. De planlagte Helsefelleskapene kan sannsynligvis brukes til å identifisere viktige områder som trenger forskning, og bidra til å etablere felles arenaer.

Forskning i distrikt

Rammebetingelser og infrastruktur for forskning i primærhelsetjenesten er som kjent mangelfulle. Geografisk avstand, få pasienter, færre helsepersonell, lite nettverk og mangelfull lokal infrastruktur skaper tilleggsutfordringer for forskning i distrikt. Det må settes av nasjonale ressurser til oppbygging av støttetjenester og nettverk mellom kommuner og mellom kommuner og forskningsinstitusjoner med spesielt fokus å inkludere distriktskommuner. Universiteter og andre forskningsmiljøer må derfor samarbeide med kommuner og primærmedisinske fagmiljøer om å bygge nettverk både faglig og teknologisk for å muliggjøre og styrke forskning utenfor universitetsbyene.

Praksisnett bygger en nettverksstruktur som gjør det mulig for fastleger i både by og bygd å bidra til forskning, enten ved kun å rekruttere pasienter, eller ved å bli mer eller mindre involvert i forskningsprosjekter. Dette kan åpne for nysgjerrighet og være en lavterskel inngangsport til å forske selv. Det bør utvides til å inkludere legevakt, sykehjem og hjemmetjeneste.

NSDM vil oppfordre til at anbefalingene i sluttrapporten fra feb-19 til HO21 fra Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF) følges opp. Utfordringer og løsningsforslag er godt beskrevet der.

Om rammebetingelser for forskere

For at klinisk forskning skal bli god og praksisrelevant, bør den foregå i et samspill mellom forskere som forsker på heltid med base i universitet, høyskoler eller forskningsinstitutt og forskere som har sitt hovedarbeid i praksisfeltet. Det er derfor behov for tilrettelegging og forskerqualifisering i praksisfeltet. Muligheter for å delta i forskning kan også bidra til rekruttering og stabilisering av helsepersonell.

Rekruttering av forskere i primærhelsetjenesten er krevende. Lønn som forskere er for eksempel vesentlig lavere enn for fastlegearbeid og det er vanskelig å finne egnede vikarer. Arbeidsbelastningen for fastleger er stor, og i distrikt er ofte vaktbelastningen vesentlig. Det er derfor nødvendig med spesielle tiltak for å rekruttere forskere fra primærhelsetjenesten generelt og for distrikts-Norge spesielt.



Kommunene må anerkjenne viktigheten av praksisnær forskning og etablere god permisjons- og vikarordningen og gi mulighet til å kombinere klinisk arbeid med forskning.

Med vennlig hilsen



Anette Fosse
Leder NSDM

