

# Forskningsnettverk i allmennpraksis – hva er det, og trenger vi det?

■ GURI RØRTVEIT • Forskningsleder/professor, Allmennmedisinsk forskningsenhet i Bergen, Uni Research Helse  
Forskningsgruppe for allmennmedisin, Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen

«A discipline without research is no discipline». David White, tidligere sjeflege for Allmennmedisinsk klinikk ved North York General Hospital i Toronto er ikke til å misforstå. Han er en erfaren allmennlege, og en av pådriverne for å få opprettet forskningsnettverk i allmennmedisin i Toronto. Han så behovet for god og relevant forskning, slik at allmennlegene han ledet kunne tilby pasientene helsetjenester av høy kvalitet.

Forskningsnettverk i primærhelsetjenesten er nettverk av allmennpraksiser som er knyttet til forskningsinstitusjoner på en systematisert og gjensidig forpliktende måte. Slike nettverk er godt utviklet i mange land med høy faglig kvalitet på primærhelsetjenesten.

Hvis vi ønsker forskning med relevans for faget vårt, må vi legge til rette for at forskningen kan foregå i allmennpraksis. Forskning i primærhelsetjenesten krever annen organisering enn i sykehusene. Allmennle-

ger og deres pasienter finnes spredt over hele landet i mange små enheter, og legene opplever å ha lite tid til å drive med annet enn pasientbehandling. Resultatet er at allmennmedisinske forskere prøver å finne løsninger som krever minst mulig interaksjon med allmennlegene; vi bruker populasjonsstudier eller helseregistre som datakilder (epidemiologisk forskning), vi gjør småskalaforskning, eller vi gjør nettbaserte studier. Når vi av og til må inn i allmennpraksiser gjør vi så lite av oss som vi kan, og

*Toronto er en storby med 5 millioner innbyggere, og bærer klart preg av å være en universitetsby. Universitetet i Toronto ble opprettet i 1827. Det er gigantisk og består av en blanding av gamle og nye bygninger sentralt i byen. Bildet viser University College, som ble grunnlagt i 1853.*



*David White var tidligere Chief for Department of Family Medicine ved North York General Hospital og sentral i arbeidet med å få til et forskningsnettverk i byen. Han er nå Deputy Chair ved Department of Family and Community Medicine ved University of Toronto.*

vi unnlater til og med å gjøre studier på best mulig måte (for eksempel med purreprosedyrer) for å forstyrre minst mulig.

I det lange løp er dette ikke bærekraftig hvis vi ønsker god forskning. Ny leder for Norsk forening for allmennmedisin, Petter Brelin, etterspurte nylig mer relevant forskning for faget. Da må vi skaffe infrastrukturen som trengs for å få det til. Forskningsnettverk er en slik infrastruktur, og nå er tiden moden (1, 2).

## Hvorfor forskningsnettverk?

Forskningsnettverk vil føre til at forskningsaktivitet i allmennpraksis blir forutsigbar – for både allmennleger og forskere. Å delta i nettverk innebærer at praksisene setter av tid til å delta regelmessig i forskningsprosjekter, men det er fortsatt forskningsinstitusjonene (som har en rekke allmennleger ansatt som forskere) som har ansvaret for forskningen.

Denne innsatsen vil være en del av arbeidsdagen og den økonomiske kompensasjonen må gjenspeile det. I tillegg får praksisene faglig oppdatering, både direkte knyttet til forskningsaktiviteten og indirekte gjennom audit og ulike former for tilbakemelding som forskningsnettverket vil bidra til. Klinikere som deltar i forskningsprosjekter blir bedre og bredere oppdatert (3).

Et annet viktig aspekt, er at forespørsler om å delta i forskning vil være godt kvalitetssikret. Legesentre bruker i dag mye tid på å vurdere relevans og forutsi tidsbruk når de får forespørsler om å delta i forskning. I tillegg kan man som allmennlege ikke forventes å finne ut om de nødvendige tillatelser fra etisk komite eller personvernombud er på plass. Alt dette vil være ferdig vurdert av forskningsnettverkets organisasjon når det kommer en forespørsel om å delta.

For forskerne og forskningen betyr en god infrastruktur at vi kan planlegge større og bedre prosjekter og forvente effektiv hjelp fra nettverket til rekruttering av både leger og pasienter. Vi vil få tilgang til flere pasienter, og resultatene blir sikrere. Å studere de pasientene og de fenomenene vi ser i allmennpraksis er krevende og forutsetter mer ressurser enn det vi har hatt til nå.

**Hva vil det bety å være med i et forskningsnettverk?**

Hva vil deltakelse i et forskningsnettverk bety for den enkelte allmennpraksis? (BOKS 1). Deltakelse i forskningsnettverk vil inne-

BOKS 1

**HVA VIL DET BETY Å DELTA I FORSKNINGSNETTVERK?**

- Forutsigbarhet
- Noe tid satt av til å delta
- Økonomisk kompensasjon
- Kvalitetsvurderte prosjekter - trygt å delta
- Tettere relasjon mellom praksis og forskningsinstitusjonene
- Mulighet for å delta i forskning med ulik innsats
- Mulighet for å fremme spørsmål som bør forskes på
- Kobling til en forskningsdatabase som henter ut bakgrunnsinformasjon og gir mulighet til å identifisere pasienter som er aktuelle for inklusjon
- Hjelp til kvalitetssikring i egen praksis
- Mulighet for å delta i forskning med den grad av innsats som man ønsker

bære at praksisen får personellstøtte under rekruttering av pasienter til studier, på en slik måte at belastningen blir minst mulig på legen og praksisen. Det vil være legens oppgave å bestemme om en pasient er aktuell for å delta i en studie. Deretter skal det man ikke trenger å være lege for å gjøre, i størst mulig grad utføres av forskningsnettverkets ressurser. Informasjon til pasienten om hva det innebærer å delta, innhenting av samtykke, innhenting av basisdata og enkle målinger er eksempler på dette.

Likevel vil deltakelse i forskning alltid ta noe tid for praksiser og enkeltleger, og dette kan kompenseres økonomisk på ulike nivå ettersom hvor involvert en praksis ønsker å være. I England opererer de med tre nivå. En praksis vil selv kunne velge hvilke studier de ønsker å delta i, men de må delta i et visst antall studier over et gitt tidsrom. Det gis da et fast tilskudd som skal kompensere for beredskapen man må ha (f eks kan man tenke seg at en lege ved legesenteret reduserer sin liste noe for å ha tid å sette av når det er intensive perioder med forskningsaktivitet). I tillegg gis det tilskudd pr. pasient som rekrutteres til enkeltstudier. I Storbritannia har man utviklet et godt system for å beregne tidsbruk på slikt arbeid, og det varierer en god del fra studie til studie.

Vi vil opprette en forskningsdatabase som automatisk og fortløpende trekker ut noen bakgrunnsdata fra deltakerpraksisene, og som gir mulighet for å søke opp pasienter med bestemte markører. Da vil praksisene selv kunne identifisere pasienter som er aktuelle for ulike studier, og dette letter rekruttering til studier betydelig. En slik forskningsdatabase vil trenge konsesjon fra Personvernombudet/Datatilsynet, selv om forskningsnettverket ikke skal ha tilgang til pasientidentifiserbar informasjon. De lovtekniske sidene ved dette arbeidet vil med for tiden.

Forskningsnettverk vil også gi noe tilbake til praksisene. Kvalitetssikring i egen praksis vil bli lettere fordi forskningsnettverket vil ha gode data fra både din og an-

BOKS 2

**EKSEMPLER PÅ FORSKNINGSPROSJEKTER KNYTTET TIL UTOPIAN – FORSKNINGSNETTVERKET I TORONTO**

- Mobiltelefonbasert intervensjon for egenhåndtering av type 2 diabetes mellitus for pasienter i allmennpraksis
- Identifisering av pasienter med atrieflimmer som bør tilbys behandling
- Utvikling, testing og implementering av beslutningsstøtteverktøy for pasienter med diabetes i allmennpraksis
- Multisenter randomisert kontrollert studie av tiltak for å forutsi respons på medisinsk behandling hos pasienter med alvorlig depresjon

dres praksiser. Audit av ulike slag vil bli utviklet sammen med NOKLUS (en av samarbeidspartnerne i forskningsnettverkprosjektet) og det nyopprettede Senter for kvalitet i legekontor (SKIL).

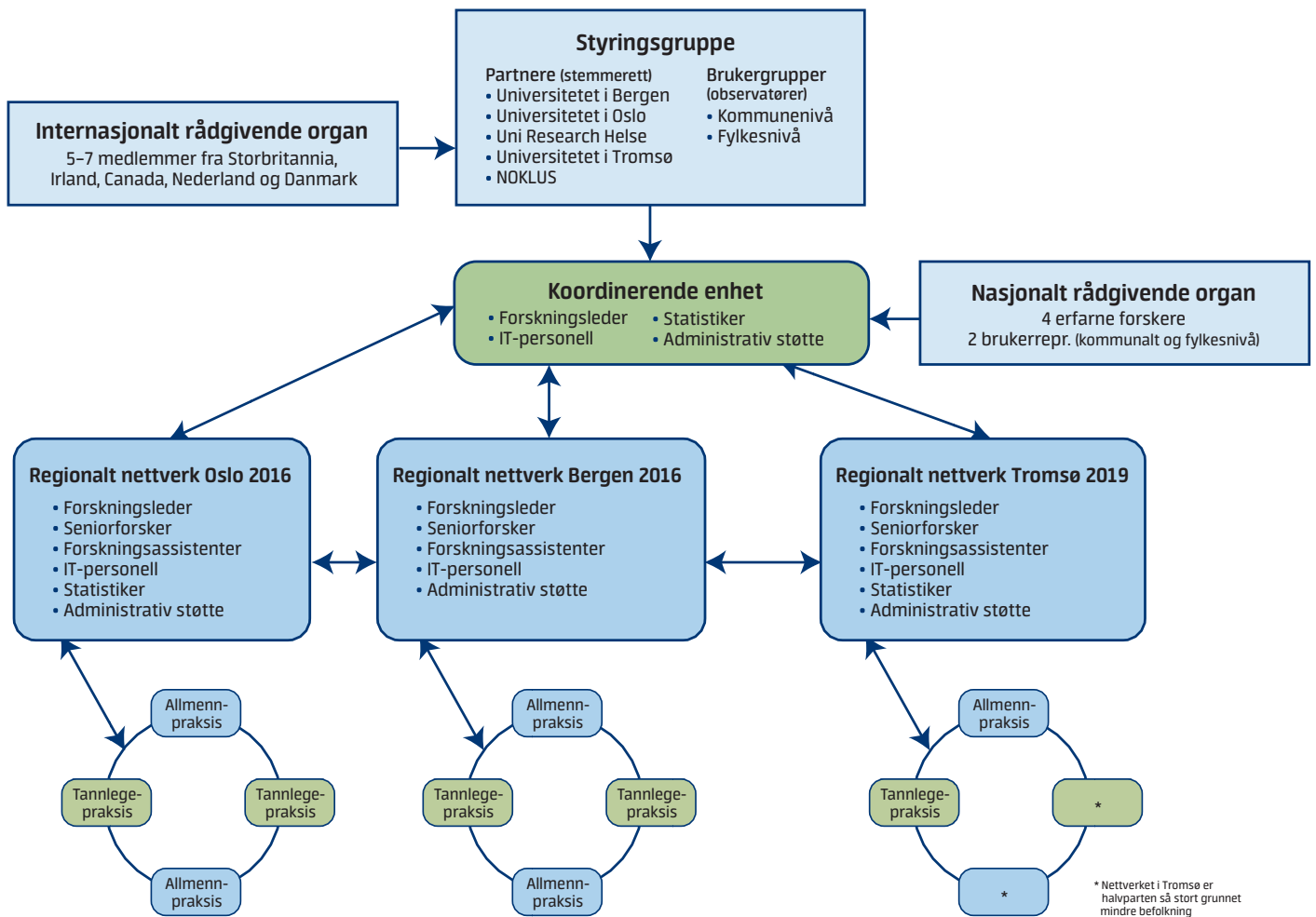
En viktig side ved deltakelse i forskningsnettverk er at det gir tettere relasjon mellom praksisfeltet og forskningsinstitusjonene våre – for allmennmedisin sin del er det de allmennmedisinske forskningsenhetene, de allmennmedisinske instituttene og kompetansesentrene (Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Nasjonalt senter for distriktsmedisin og Antibiotikasenteret for primærmedisin). Det gjør at spørsmål som dukker opp i klinisk praksis mye lettere kan viderebringes til forskere: «Dette strever vi med. Kan dere forske på det og finne noen løsninger som virker»? Se boks 2 for eksempler på relevant forskning knyttet til nettverket i Toronto. Flere av disse prosjektene er generert av allmennlegene i praksisene.

Et annet aspekt er at allmennleger som er nysgjerrig på forskning, kan få en lettere vei inn. Deltakelse i forskningsarbeid vil fungere langt mer differensiert enn i dag. Ikke alle som er nysgjerrig på forskning har lyst til å ta en doktorgrad. Med forskningsnettverk vil det være plass til alle grader av engasjement.

**Kommer vi til å få forskningsnettverk i Norge?**

Spør noen meg, er svaret ja! Vi er nødt til å etablere slike nettverk i Norge hvis vår primærhelsetjeneste skal henge med i den internasjonale utviklingen og gi pasientene kunnskapsbasert og oppdatert behandling. Men vårt land er vidstrakt, arbeidskraft koster, og pengene kommer ikke av seg selv. Tannlegene har nøyaktig de samme utfordringer som oss. Siden 2010 har derfor de samlede allmennmedisinske og odontologiske forskningsmiljøene arbeidet for å få til et forskningsnettverk i fellesskap. Vi arbeider langs to akser:

For det første arbeider vi kontinuerlig



FIGUR 1. Modell for et norsk forskningsnettverk i allmennpraksis og tannhelsetjenesten.

med å lage en plan for et norsk forskningsnettverk. Et nasjonalt nettverk for to fagdisipliner er en stor og krevende infrastruktur å utvikle. I 2013 fikk vi midler fra Helsedirektoratet til å starte dette arbeidet. Vi formaliserte en styringsgruppe for arbeidet med to professorer i allmennmedisin (Jørund Straand og meg selv) og to professorer i odontologi (Kristin Klock og Ivar Espelid, senere ytterligere forsterket med professor Ellen Berggreen, som også er leder for Tannhelsetjenestens kompetansesenter Vest). Videre nedsatte vi to arbeidsgrupper, en i hver disiplin. Vi dro på studieturer til Storbritannia og Nederland, gjennomførte en litteraturstudie, utførte en fokusgruppestudie av allmennlevers barrierer og interesse for å delta i forskningsnettverk, gjorde en pilotstudie, og vi arrangerte to internasjonale møter om temaet. Arbeidet er publisert som en rapport til Helsedirektoratet (4). For tiden oppholder jeg meg i Toronto, Canada, for å studere arbeid med oppbygging av et nettverk her, til inspirasjon og læring. Samlet har de norske forskningsmiljøene lagt ned en betydelig innsats over de siste fem årene for å skaffe informasjon og omsette dette til noe vi tror vil fungere i vårt land.

For det andre arbeider vi med å etablere finansiering av nettverket. Et stort sprang skjedde da vi utarbeidet søknad til Infrastrukturprogrammet i Norges forskningsråd høsten 2014, der vi søkte om 180 millioner kroner over fem år. Å sette sammen denne søknaden krevde stor innsats fra alle de deltakende miljøene, og de økonomiske vurderingene ble kvalitetssikret ved å sende to økonomer til forskningsnettverket i Bristol sammen med lederen for den allmennmedisinske arbeidsgruppen, Knut Arne Wensaas. Svaret på søknaden foreligger ikke i skrivende stund. En infrastruktur i denne størrelsesorden er uansett noe som ikke bare Forskningsrådet, men også staten må være med og finansiere. Med tanke på de summene som går med til infrastruktur for forskning i foretakene, er dette kravet ikke urimelig når det dreier seg om forskning knyttet til grunnfjellet i norsk helsetjeneste. Helsedepartementets forskningsstrategi HelseOmsorg 21 har satsing på forskning knyttet til kommunehelsetjenesten som et helt sentralt element. Da må infrastrukturen for slik forskning komme på plass. En annen interessant i resultatene av forskning er Kom-

munenes Sentralforbund. Det bør ikke være utenkelig at de som har ansvar for helsetjenesten også tar noe ansvar for de økonomiske kostnadene ved forskningsaktivitet på feltet.

### Hvordan vil forskningsnettverk i Norge bli organisert?

Modellen for et norsk forskningsnettverk er vist i figur 1. En felles, koordinerende enhet lagt til Bergen vil sørge for koordinering av virksomheten og gi forskningsnettverket en felles adresse for utenverdenen. Denne koordinerende enheten skal ha ansvar for en forskningsdatabase (se over). Den vil også ha den direkte kontakten med ulike styrings- og rådgivningsorganer i nettverket (FIGUR 1).

Den utøvende enheten i nettverket er imidlertid de regionale nettverkene, som i første omgang vil bli lagt til de allmennmedisinske forskningsenhetene i Oslo og Bergen. Tre år senere er det planlagt en tilsvarende regional enhet i Tromsø, og forhåpentlig på sikt også i Trondheim. I tillegg til vitenskapelig personell som skal lede virksomheten vil det bli ansatt fors-



Artikkelforfatteren til høyre, sammen med professor Frank Sullivan som er leder for UTOPIAN, og Ivanka Pribramska som er koordinator for nettverket.

kningsassistenter som skal ha betydelig utadrettet virksomhet mot (tann)legepraksisene. IT-personell vil også bli ansatt for å understøtte forskning som trenger bruk av datauttrekk fra journalene.

Den viktigste delen av nettverket er selv-sagt praksisene. Målet er å rekruttere 50 allmennpraksiser på Østlandet, 50 på Vestlandet og 25 i Nord-Norge. Midt-Norge vil sogne til hvert av disse nettverkene avhengig av geografi. Tilsvarende antall tannlegepraksiser vil bli rekruttert på hvert sted. I tillegg til å gi stordriftsfordeler, vil denne felles-organiseringen med tannlegene gi muligheter for samarbeid om tilstander som angår både munnhule og kroppen ellers – noe som finnes oftere enn vi har en tendens til å tro.

Modellen som er beskrevet forutsetter finansiering fra Forskningsrådet. Dersom Helse- og omsorgsdepartementet blir den viktigste finansieringskilden, vil eierstrukturen bli annerledes. Dette er planer som vi jobber med for tiden.

### Internasjonale erfaringer med forskningsnettverk

Forskningsnettverk er ikke en norsk oppfinnelse. Tvert imot er det en velutprøvd strategi som viser seg å resultere i forskning av svært høy kvalitet og relevans (5–7). Storbritannia med sin fremsynte helsetjeneste-eier National Health Service har hatt forskningsnettverk i mange år, men for allmennpraksis-nettverket tok det først av for ca 10 år siden. Vår modell tar først og fremst utgangspunkt i strukturen i Skottland, som har en befolkningsstørrelse omtrent som Norge.

I Nederland har forskningsnettverk en

lang tradisjon. Mens Nederland har lagt vekt på uttrekk av data til observasjonsstudier, har man i Storbritannia lagt opp nettverkene primært for å støtte klinisk forskning. Der tenker man også at forskningsdeltakelse er en rett pasientene har, mens vi i Norge har hatt en tendens til å tenke at vi må beskytte pasientene mot plagsom forskning. Faktum er at pasienter internasjonalt i økende grad ønsker og krever å få delta i forskning – de vil ha de nyeste tilbudene, og de ønsker å være med på å utvikle dem.

For tiden gjør jeg et dypdykk i the University of Toronto Practice-Based Research Network (UTOPIAN) (8). Nettverket er i startfasen, og det er derfor et godt sted å studere alle aspekter av oppbyggingen. Etter en down-periode for allmennmedisinsk forskning ved universitetet her på 2000-tallet, slo flere gode krefter seg sammen for å få fart på både mengden og kvaliteten av forskningen. De skaffet en sponsor og satte samtidig av store ressurser fra Department of Family and Community Medicine (DFCM), og så satset de alt på å etablere et nettverk – fordi de mente at dette var den beste måten å stimulere forskning på. De rekrutterte skottenes mangeårige nettverksleder, professor Frank Sullivan, til å lede arbeidet, og han er min vert under oppholdet.

Toronto er en storby med 5 millioner mennesker, altså tilsvarende en norsk populasjon. University of Toronto har ansvar både for utdanning av medisinstudenter og for spesialistutdanningen i allmennmedisin. Spesialistutdanning er obligatorisk for alle som vil arbeide som allmennleger. Tilskuddet til DFCM er derfor kjempestort sammenlignet med hva vi er vant til fra Norge. Instituttet lønner totalt 1500 leger

som deltar i utdanning og/eller forskning! De kan dermed prioritere store ressurser for å styrke forskningen sin med et forskningsnettverk – i hvert fall når de slår seg sammen med en filantrop eller to. Forskerne ved instituttet er svært oppglødd over mulighetene nettverket gir (se boks 2 for eksempler på prosjekter som pågår). Totalt er det ca 14 allmennmedisinske akademiske sentre i byen, og alle er med i UTOPIAN.

Koordinator for nettverket, Ivanka Pribramska, forteller at en rekke praksiser står på utsiden og banker på, men UTOPIAN har bestemt at de må inn i en stabil driftsfase før de kan ta inn flere praksiser. Det er verd å merke seg at i Canada er forskningsnettverk så attraktivt at praksisene står i kø for å bli med.

Etter det jeg kan se her i Toronto, har vi vært gode til å finne ut hva som er viktig å vektlegge for et forskningsnettverk i Norge. Når det er sagt, så har vi utvilsomt noen særegne norske utfordringer som vi må løse uten å finne modeller i utlandet. Et så langstrakt land med så spredt befolkning er det ikke mange som kan matche.

Norske allmennleger har for lite tilgang på forskningsbasert utvikling. Forskningsnettverk kan bli et redskap for å gjøre noe med dette. Forskningsnettverk i allmennpraksis bør bli et krav fra norske allmennleger og våre organisasjoner.

### REFERANSER

- Rortveit G. Research networks in primary care: An answer to the call for better clinical research. *Scand J Prim Health Care* 2014; 1–3.
- Sullivan F, Butler C, Cupples M, Kinmonth AL. Primary care research networks in the United Kingdom. *BMJ* 2007; 334: 1093–4.
- 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.
- Rørtveit G, Espelid I, Straand J, Klock K. Forskningsnettverk i allmennmedisin og tannhelse-tjenesten. Bergen, Norge: Uni Research Helse; 2013.
- Little P, Stuart B, Francis N, Douglas E, Tonkin-Crine S, Anthierens S, et al. Effects of internet-based training on antibiotic prescribing rates for acute respiratory-tract infections: a multinational, cluster, randomised, factorial, controlled trial. *Lancet* 2013; 382: 1175–82.
- Sullivan FM, Swan IR, Donnan PT, Morrison JM, Smith BH, McKinstry B, et al. Early treatment with prednisolone or acyclovir in Bell's palsy. *N Engl J Med* 2007; 357: 1598–607.
- van Vugt SF, Brokhuizen BD, Lammens C, Zuijthoff NP, de Jong PA, Conen S, et al. Use of serum C reactive protein and procalcitonin concentrations in addition to symptoms and signs to predict pneumonia in patients presenting to primary care with acute cough: diagnostic study. *BMJ* 2013; 346: f2450.
- UTOPIAN: <http://www.dfcu.utoronto.ca/research/UTOPIAN.htm>

■ GURI.RORTVEIT@UIB.NO