

Allmennmedisinsk forskning må styrkes!

Michael 2025; 22: 317–321

doi: 10.56175/michael.12758

Kunnskapsproduksjon er nødvendig for all framtidsrettet helsetjeneste. I motsetning til sykehusene har ikke kommunehelsetjenesten noen forskningsforpliktelse. Motivasjonen og rammebetingelsene mangler også. Skal primærhelsetjenesten i Norge opprettholde sin kvalitet og sitt renommé, må den bebudede helse-reformen sikre en reell styrking av allmennmedisinsk forskning. Allmennleger må stimuleres til nysgjerrighet og få tilgang til forskningslitteratur.

– Norsk primærhelsetjeneste er en undervurdert eksportartikkel. Det sa tidligere administrerende direktør i Helse Sør-Øst Bente Mikkelsen i et møte i Det norske medisinske Selskab nylig. Etter mange års arbeid i Verdens helseorganisasjon minnet hun oss om betydningen av en sterk første-linjetjeneste med lett tilgjengelighet og høy kvalitet. Mange land mangler og savner denne grunnmuren i helsetjenesten. Allmennlegen er det medisinske navet i det som her i landet er blitt en omfattende kommunal helse- og omsorgstjeneste.

Spesialiseringen av leger har en kronglete historie (1). Allmennlegevirksomhet, som var opprinnelsen til all legepraksis og har eksistert siden tidenes morgen, ble egen spesialitet først i 1985. Også i akademia er allmennmedisin et ungt fag, selv om norske universiteter var tidlig ute i internasjonal sammenheng (2). I 1975 var allmennmedisin etablert som universitetsfag ved alle fire medisinske fakulteter (3).

Forskning er veien til kunnskap

I likhet med andre medisinske spesialiteter har allmennmedisin sine særtrekk. Kompetansen innebærer både ferdigheter og kunnskap. Mye av dette kan allmennlegen lære av sine sykehuskolleger, men et uselektert pasientgrunnlag, kontekst og kontinuitet fordrer spesialitetsspesifikk kompetanse.

Kunnskap forfaller jevnt og fullstendig lydløst, lærte jeg av min mentor, den danske medisinetiker og redaktør Povl Riis (1925–2017). Gammel kunnskap må fornyes, og behovet for ny kunnskap er uendelig. Veien til pålitelig kunnskap har alltid gått gjennom systematisk arbeid med vitenskapelige metoder – det vil si forskning.

I dette nummeret av *Michael* presenterer vi eksempler på allmennmedisinsk forskning fra lenge før faget ble et formelt universitetsfag og egen spesialitet (4–8). Initiativet til artikkelsamlingen kommer fra professor Steinar Hunskaar, og prosjektet har fått økonomisk støtte fra Program for forskning og fagutvikling i distriktsmedisin ved Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM).

Hva er allmennmedisinsk forskning?

Hunskaar drøfter hva som kan regnes som allmennmedisinske doktoravhandlinger. (9). For fagets kunnskapsutvikling er nok temaet og forskningsspørsmålet viktigere enn hvor forskningen foregår, men klassifiseringen er vanskelig og avgrensningen uklar. Doktordisputaser er en god indikator på forskningsaktiviteten i et fagfelt, men både før og nå utføres mye god og viktig forskning som ikke inngår i doktoravhandlinger.

I tillegg til etableringen av de allmennmedisinske instituttene for 50 år siden er det innført mange tiltak for å stimulere forskningen i faget. I 2006 ble det opprettet allmennmedisinske forskningsenheter ved alle de fire medisinske fakultetene. Legeforeningen har etablert et Allmennmedisinsk forskningsfond, og i 2013 ble en Nasjonal forskerskole i allmennmedisin, finansiert av Norges forskningsråd, opprettet (10). I 2018 ble forskningsaktive allmennpraksiser knyttet sammen i et eget nettverk, PraksisNett (www.praksisnett.no) (11). Flere allmennmedisinske kompetansesentre gir også forskningsmuligheter, som Antibiotikasenteret for primærmedisin i Oslo, Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin i Bergen og Allforsk i Rogaland. Nasjonalt senter for distriktsmedisin i Tromsø forvalter et eget program for distriktsmedisinsk forskning (12). Allmennmedisinsk forskning er ikke bare klinisk. Det er behov for kunnskap – og dermed forskning – både om organisering, finansiering og arbeidsmetoder.

Men forskningsproduksjonen er lav til tross for tiltakene. I 2024 utgikk det i alt ni doktoravhandlinger fra de fire allmennmedisinske instituttene (Steinar Hunskaar, personlig meddelelse). Selv om det ganske sikkert ble forsvart andre avhandlinger med allmennmedisinsk relevant tema, utgjorde de en svært lav andel av de 550 doktordisputasene innen medisin og helse i Norge samme året (13).

Jakten på gode spørsmål

Det er mange grunner til det lave omfanget av allmennmedisinsk forskning. Manglende finansiering er bare en av dem.

Det er små forventninger og få insentiver til forskning i hele primærhelsetjenesten. I spesialistutdanningen for leger er det ingen krav om egen forskning, kun om «forskningsforståelse».

Det er bred enighet om at allmennmedisinsk forskning må styrkes, men virkemidlene er få. Løpende forskningsaktiviteter bør være like naturlig i førstelinjetjenesten som i sykehusene.

De fleste allmennleger er selvstendig næringsdrivende, og det trengs ordninger som gjør det mulig for disse å kombinere praksis med forskning både praktisk og økonomisk. Et kommunalt forskningsansvar på linje med helseforetakene er en mulig vei å gå (14). Dessverre er norske kommuner i dag allerede overbelastet og underfinansiert. Kommunenes samarbeidsarena for forskning (KSF) er et prisverdig initiativ, men foreløpig uten store resultater (15).

Motivasjon er den første, og kanskje viktigste, forutsetningen på alle nivåer. Dessverre er ikke den politiske viljen til å skape forskningsmotivasjon i tjenesten stor. Gode forskningsspørsmål krever kunnskap om hva vi vet og hva vi ikke vet, kombinert med nysgjerrighet.

Allmennleger må ikke avspises med retningslinjer og prosedyrer som skal følges. De må også lære å stille nye spørsmål basert på egne erfaringer. Til det behøves en forskningskultur. Da må legene ha tilgang til et miljø som inspirerer til forskning, og ikke minst ha tilgang til andres forskning. Forskningslitteratur stimulerer både til å ta i bruk andres kunnskap og til å produsere ny. Ved å lese vitenskapelige tidsskrifter eksponeres man for nye ideer.

En av mine største faglige sorger er skjebnen *Helsebiblioteket* fikk. Fra 2006 utviklet vi et system som ga alle allmennleger – og for den del også alle andre i Norge – fri tilgang til flere tusen medisinske tidsskrifter, inkludert de største og viktigste som *The Lancet*, *BMJ*, *JAMA*, *Annals of Internal Medicine* og *The New England Journal of Medicine* (16). Med avviklingen av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten i 2015 og overføring av *Helsebiblioteket* til Folkehelseinstituttet forsvant tidsskrifttilgangen raskt. Helse- og omsorgsdepartementet var tydelig på at det ikke var behov for forskningslitteratur i kommunehelsetjenesten. Allmennleger må klare seg med «de kliniske oppslagsverkene», ble det sagt (17). I årets stortingsmelding om allmennmedisinens framtid står det at: «Tilbudet gjennom Helsebiblioteket er blitt betydelig redusert av ulike årsaker» (18, s. 140). Den viktigste årsaken er at departementet selv mente at tjenesten er unødvendig.

Det er interessant å lese hvor viktig forskningslitteratur var allerede for de første allmennmedisinske forskerne. For over 100 år siden kunne distriktslege Wilhelm le Fèvre Grimsgaard melde fra Karlsøy at «den tungvindte adkomst til den nødvendige litteratur har lagt mig hindringer i veien» (5). Mot midten av 1900-tallet erfarte Tobias Gedde-Dahl det samme på Vestlandet. «Han arbeidet med resultatene kontinuerlig i prosjektfasen, men etter krigen følte han behov for større konsentrasjon om analyse og skriving, samt tilgang på litteratur. Han reiste til Oslo» (6).

Slik er det fortsatt.

Framtiden

En stortingsmelding om framtidens allmennlegetjenester ble fremlagt i april 2025. «Det er behov for systematisk kunnskapsstøtte i allmennlegetjenesten og for mer forskning både i, med og om kommunale helse- og omsorgstjenester, inkludert forskningsinfrastruktur», står det (18, s. 120). Men den ene siden som er viet forskning og implementering, er mer beskrivende enn framtidsrettet, og uten noen løfter om nye tiltak (18, s. 139).

Regjeringen Støre har planer om en større helsereform, og har nylig nedsatt et utvalg for en helhetlig og sammenhengende helsetjeneste (Helsereformutvalget). I premissene for utvalget heter det at «Det legges til grunn at kommunene skal ha ansvar for omsorgstjenester og at staten skal ha ansvar for sykehus og spesialisthelsetjenester» (19). Den kommunale helsetjenesten er ikke nevnt, og ansvaret for framtidens allmennmedisin er dermed usikkert. Uansett organisering må den medisinske grunnmuren i førstelinjetjenesten sikres faglig stimulering og betingelser for forskning på linje med spesialisthelsetjenesten.

Litteratur

1. Haave P. *I medisins sentrum*. Oslo: Unipub, 2011.
2. Straand J, de Wit N. The transition of general practice into an academic discipline: tracing the origins through the first four professors in general practice/family medicine. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2024; 42: 483–492. <https://doi.org/10.1080/02813432.2024.2335537>
3. Straand J. 1975: Norge først i verden med allmennmedisin som universitetsfag ved alle medisinske fakulteter. *Michael* 2025; 22: 428–430.
4. Sandvik H. To eksempler på epidemiologisk forskning i 1880-årene: Meslingepidemiologi og lepraårsaker. *Michael* 2025; 22: 343–348.
5. Straand J. Distriktslege Wilhelm le Fèvre Grimsgaard og forskningsprosjektet «De mørke maaneders indflydelse paa blodet». *Michael* 2025; 22: 349–361.
6. Hunskaar S. Distriktslege Tobias Gedde-Dahl og doktoravhandlinga frå 1948 om tuberkulose i Kinn legedistrikt. *Michael* 2025; 22: 362–378.

7. Sandvik H, Hunsår S. Professor Bent Guttorm Bentsen og hans refuserte doktoravhandling fra 1966. *Michael* 2025; 22: 379–391.
8. Hunsår S, Herman R, Folmer: Nederlandsk distriktslege i Tysfjord (1964–1966) med «norsk» allmennmedisinsk doktoravhandling i Utrecht (1968). *Michael* 2025; 22: 392–427.
9. Hunsår S. Dei første norske allmennmedisinske doktoravhandlingane. *Michael* 2025; 22: 322–342.
10. Janssen SE. Nasjonal forskerskole i allmennmedisin – riktig initiativ til rett tid. *Utposten* 2013; nr 2: 11.
11. Bjorvatn B, Straand J, Halvorsen P et al. PraksisNett – et nettverk av fastlegepraksiser. En storsatsing på forskning i allmennpraksis. *Utposten* 2018; nr 4: 40–43.
12. Abelsen B, Fosse A. Nasjonalt senter for distriktsmedisin: lite senter – viktig oppdrag. *Michael* 2025; 22: 431–445.
13. Steine F. Flere doktorgrader innenfor medisin og samfunnsvitenskap bidrar til rekordtall i 2024. Statistisk sentralbyrå 2025. <https://share.google/4AH2qy57UuzRR3o4q> (16.10.2025).
14. Vatten I. Også allmennleger må få forske. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2023; 143. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.23.0336>
15. Kommunenes samarbeidsarena for forskning (KSF) <https://www.ks.no/fagomrader/forskning-og-utvikling-fou/kommunenes-strategiske-forskningsorgan> (16.10.2025)
16. Nylenna M, Eiring Ø, Strand G et al. Wiring a nation: putting knowledge into action. *Lancet* 2010; 375: 1048–1051. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61832-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61832-8)
17. Storvik AG. – FHI må forholde seg til rammene i budsjettet. *Dagens Medisin* 9.12.2020. <https://www.dagensmedisin.no/folkehelseinstituttet-helse-og-omsorgsdepartementet-helsebiblioteket/fhi-ma-forholde-seg-til-rammene-i-budsjettet/198193> (16.10.2025)
18. Meld. St. 23 (2024–2025). *Fornye, forsterke, forbedre. Framtidens allmennlegetjenester og akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus*.
19. Utvalg for en helhetlig og sammenhengende helsetjeneste (Helsereformutvalget). <https://www.regjeringen.no/no/dep/hod/organiseringen-av-helse-og-omsorgsdepartementet/styrer-rad-og-utvalg/utvalg-for-en-helhetlig-og-sammenhengende-helsetjeneste-helsereform-utvalget/id3117111/> (16.10.2025)

Magne Nylenna
magne@nylenna.no
Institutt for helse og samfunn
Universitetet i Oslo

Magne Nylenna er professor emeritus i samfunnsmedisin og redaktør av Michael.