

Institutt for helse og samfunn

Oslo, 6.april 2017

I forbindelse med vedtatt utviklingsprosess ved Helsam, er avdelingene bedt om å komme med innspill til prosessen:

«Avdelingene inviteres til å diskutere hvordan fagmiljøene, avdelingene og instituttet kan oppnå at:

- 1. Helsam styrker sin evne til å utvikle strategiske og store søknader av høy kvalitet*
- 2. Fagmiljøene og avdelingene balanserer innsatsen for å styrke eget fagfelt og innsatsen for å styrke vår tverrfaglige/interdisiplinære profil*
- 3. Helsam styrker sin posisjon for å bli et sentralt og ledende miljø for forskning innen primærhelsetjenesten*
- 4. Det er videre ønskelig at avdelingene diskuterer hvordan instituttets øvrige fagmiljøer kan understøtte og styrke avdelingenes og fagmiljøenes arbeid.»*

Arbeidsprosess

Saken har vært på møtekartet på tidligere avdelingsmøter og den 16.mars 2017 var Avdelingen samlet til dagsseminar for å arbeide med saken. Her innledet Instituttleder Nina Vøllestad om prosessen. De ca 30 deltagerne ble deretter delt inn i 4 arbeidsgrupper som hver fikk hovedansvar for å svare ut ett av de fire punktene over. Men det viste seg vanskelig å diskutere et punkt uavhengig av de andre. De oppsummerende kommentarene ble derfor mye overlappende. En gruppeleder sørget for et skriftlig referat fra hver gruppe (kopierte inn til slutt i dette brevet). Saken har deretter vært luftet på ytterligere et avdelingsmøte.

Bakgrunn: Status for Avdelingens forskning og forskningssamarbeid 2016/2017

Mars måned er også tiden da vi ved Avdelingen må utferdige årsmeldinger for våre eksternt finansierte prosjekt (Antibiotikasenteret og Allmennt medisinsk forskningsenhet). Denne gangen bestemte vi oss for at den overgripende årsmeldingen for hele Avdelingen skulle inkludere en komplett oversikt over samtlige forskningsprosjekt som ansatte ved Avdelingen hadde deltatt i for året 2016. Dette for å ha en oversikt over samlet forskningsaktivitet: tematisk og metodologisk bredde, fordeling mellom ulike prosjekttyper og hvem det er vi samarbeider med i forskningen. Oversikten vil være nyttig både internt i Avdelingen (intern organisering i forskergrupper; strategiske prioriteringer) og eksternt i forhold til synliggjøring/muligheter men også i forhold til hvordan vi kan balansere aktivitet i forhold til kapasitet. Videre belyser oversikten i hvilken grad vi allerede i dag svarer ut de spørsmålene som er reist i begrunnelsen for Helsams pågående utviklingsprosess. Avdelingens prosjektportefølje er vist i to vedlegg:

- 1. samlet prosjektportefølje sortert under fem ulike tematiske overskrifter*
- 2. utdrag fra (1) med forskningsprosjekt der vi i 2016 samarbeidet med andre Helsam-avdelinger*



Institute of Health and Society
Department of General Practice
Postal addr.: PO Box 1130 Blindern, 0318
Oslo
Visiting addr.: Frederik Holsts hus,
Kirkeveien 166, 0850 Oslo

Phone: (+47) 22 85 05 50
Telefax: (+47) 22 85 05 90
postmottak@medisin.uio.no
www.med.uio.no/helsam
Org. no.: 971 035 854

Den komplette prosjektoversikten (*vedlegg 1*) omfatter i alt 153 små og store prosjekt som fordeler seg på:

- 3 EU-prosjekt samt en innsendt EU søknad
- 9 postdoktorprosjekt
- 56 ph.d prosjekt [avdelingens ansatte er (med-)veileder på 44 av disse]
- 51 forskerprosjekt
- 20 AFU-prosjekt og
- 13 studentprosjekt.

De aller fleste prosjektene innebærer samarbeid med forskere utover avdelingen, mange mot Klinmed/OUS og mange har internasjonale samarbeidspartnere. Det er fortrinnsvis i småprosjekt av typen AFU-prosjekt og student-prosjekt at eksternt samarbeid rimeligvis ikke inngår. Våre prosjekt har fokus på og relevans for primærhelse-/primærlegetjenesten.

Avdelingens samlede forskningsportefølje gjør at Avdelingen som sett fra Fakultetet, kan beskrives som et «institutt for klinisk medisin» i miniatyr. Den tematiske bredden i Avdelingens forskning, handler nemlig om kliniske problemstillinger som oversatt til sykehusverdenen ville omfatte de aller fleste sykehusspesialitetene. Hovedforskjellen mellom oss og Klinmed, er at vårt fokus er på allmennmedisin og primærhelsetjenesten mens Klinmed har sitt fokus på spesialisthelsetjenesten. Avdelingens klinisk-medisinske innretning er en viktig grunn til at Avdeling for allmennmedisin også i fremtiden må være en egen, selvstendig avdeling ved Helsam.

Når det gjelder samarbeidsprosjekt med andre Helsam-avdelinger (*vedlegg 2*), omfatter dette ved årsskiftet i alt 23 forskningsprosjekt. Det vil si rundt 15% av vår samlede prosjektportefølje. Fordelingen av samarbeidsprosjekt med de ulike HELSAM-avdelingene viser at vi har flest fellesprosjekt med Samfunnsmedisin (7 prosjekt), etterfulgt av Helsefag (6 prosjekt), HELED (5 prosjekt), Sykepleievitenskap (4 prosjekt) og SME (1 prosjekt). Et av prosjektene innebar samarbeid mellom tre avdelinger, de øvrige mellom to.

Disse oversiktene er viktige å ha med seg når vi skal beskrive mulige udekkede områder og diskutere strategiske, nye satsninger ved instituttet.

I tillegg til de mange større prosjektene som alt er på gang, ser vi dessuten foran oss nye, store utfordringer knyttet til etablering av praksisbasert forskningsnettverk i allmennmedisin som *kan* starte opp alt i løpet av inneværende år.

Forskningskapasiteten (og undervisningskapasiteten!) ved Avdeling for allmennmedisin er allerede i dag overopplyt. Skal vi prioritere opp nye områder, må vi samtidig prioritere ned noen eksisterende. Av dette framgår det at Avdelingens **viktigste behov framover handler om styrket basisbemanning (og flere kontorplasser!).**

Helsam er allerede i dag en sterk aktør som trekker inn betydelig med eksterne midler til forskning. Det overordnede for instituttet framover må være å legge til rette for at man styrker eksternt finansiering (selvfølgelig for relevant forskning), mer enn å rigge organisasjonen inn mot en bestemt utlysningstype eller låser seg fast mot politisk bestemte samarbeidskonstellasjoner. Avdeling for allmennmedisin vil imidlertid hilse velkommen om de øvrige avdelingene ved Helsam i større grad enn i dag kommer til å prioritere

forskning i primærhelsetjenesten. Alle er for øvrig velkomne til vår avdeling for å diskutere mulig forskningssamarbeid.

Større søknader som skal springe ut fra flere avdelinger ved Helsam, må handle om avdelingsovergripende tema. Men det må ikke bli slik at samarbeid på tvers mellom ulike avdelinger skal regnes som å være mer verdifullt enn forskningssamarbeid med aktører utenfor Helsam. Det ligger i forskningens natur at samarbeid må skje på kryss og tvers mellom ulike aktører. Samarbeidet springer ut av forskningsspørsmålene – det kan ikke være omvendt.

Siden årtusenskiftet har det vært lansert ulike fellesstrategier for enhetsovergripende forskningstema ved instituttet. Ved IASAM var først «storbyhelse/storbymedisin» det man håpet skulle samle instituttet til felles forskningsinnsats. Det ble mest til å arbeide med befolkningsundersøkelser (ex. HUBRO) og med de fleste av aktivitetene forankret ved Samfunnsmedisin. Ved Avdeling for allmenntilleggsmedisin er prosjektet «STORK Groruddalen» (AK Jenum) et godt eksempel på et prosjekt innen «storbyhelse» - men dette kom til uavhengig av instituttets satsning på storbyhelse.

Litt senere var det «eldremedisin/eldrehelse» som skulle være i fokus. Her foregår det mye i flere avdelinger, til dels også i samarbeid mellom avdelingene. Men heller ikke denne forskningen kan tilskrives en vedtatt overordnet strategi på instituttnivå.

Forskningen som finner sted på tvers, kommer antakelig mer i stand på tross av enn på grunn av definerte instituttovergripende strategier. Hvilke samarbeidspartnere som går sammen om større søknader kan og skal ikke være dirigert ut fra en toppstyrt strategi. Dette må springe ut fra konstellasjoner nedenfra der forskere med felles interesser søker sammen. Instituttets oppgaver må derfor være mer av tilretteleggende art: sørge for møtesteder der instituttets forskere fra ulike avdelinger kan treffes, bli kjent med hverandres kompetanser, interesser og aktuelle forskningstema.

Vi har følgende forslag til tiltak på instituttnivå som kan fremme kunnskapsutveksling og kontakt mellom instituttets avdelinger:

- 1. På Nedre Ullevål vil viktigste enkelttiltak være å gjenåpne kantinen. Denne er fortsatt sårt savnet!*
- 2. Halvårlige seminardager med prosjektpresentasjoner fra alle avdelinger framfor strategidiskusjoner eller dybdefokus på tematikk for «spesielt interesserte». Sommer- og julefest som nå.*
- 3. Det er behov for å styrke instituttets interne informasjon på tvers av avdelingene om pågående forskning og forskningsresultater. Vi kunne ønske oss en fast (ukentlig eller hver 14.dag?) nyhetsbulletin med publikasjoner siden forrige utgave (med referanse og lenke til publikasjon samt to-tre linjers omtale). Tittel: «Helsam tidende»? Eller «Frederik Holsts tidende?». Dette omtrent som et virtuelt «tidsskrift» i form av e-post med utseende omtrent som en innholdsfortegnelse til et nytt nummer av et tidsskrift (eller bare lenke til webside). Bulletinen kan suppleres/friskes opp med en fast «lederartikkel» der instituttleder, avdelingsledere, kommunikasjonsansvarlig eller andre inviterte kan veksle på å forfatte et aktuelt blogg-liknende innlegg. Tidligere «utgaver» kan arkiveres på nettet slik at man kan bla seg tilbake i årgangene. Forslaget forutsetter i midlertid en velfungerende og enkel melderutine for nye publikasjoner og et ditto velfungerende mottaksapparat. Og at kommunikasjonsansvarlig tar på seg redaktøransvaret.*

4. *Politisk arbeid for å fremme rammevilkår for forskning og utdanning i primærhelsetjenesten. Her er en aktuell (april 2017) utfordring (sakset fra HO21 nyhetsbrev):*

«HelseOmsorg21-rådet vedtok på rådsmøtet 28.mars 2017 å opprette **Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF)** - et nasjonalt strategisk, rådgivende organ for forskning, innovasjon og utdanning for kommunenes helse- og omsorgstjenester.

KSF skal være et operativt organ, det skal ledes av KS og vil bestå av 12 personer utpekt av KS og Universitet- og høgskolerådet. I tillegg kommer en brukerrepresentant og en representant fra Folkehelseinstituttet, samt observatører. KSF opprettes i første omgang for perioden våren 2017 - desember 2018. I denne "interimperioden" vil KSF rapportere til HelseOmsorg21-rådet.»

I Universitet- og høgskolerådet er UiO representert med rektor mens dekanus ved Det medisinske Fakultet er medlem i et arbeidsutvalg for helse. Det må være viktig å få inn «våre» folk i KSF så dette ikke blir fullstendig dominert av Høyskolesektoren. Saken bør derfor meldes til topps i «UiO-linjen» umiddelbart.

5. *Helsam kan etablere et **kontaktpunkt/(virtuelt)«senter»/tenketank** som både skal være orientert om forskning i primærhelsetjenesten ved samtlige avdelinger, men som også kan være et kontaktpunkt for eksterne aktører som ønsker forsknings samarbeid. Mange kommuner, inkludert Oslo kommune, arbeider for tiden med å utvikle egen forskningsstrategi for helse- og omsorgstjenestene. Slike planer vil trenge et kontaktpunkt mot forskningsmiljø for forskning langs aksene brukere-fastleger-helse/omsorgstjenester-sykehus. I planene for Oslo kommune inngår angivelig et kommunalt kontaktpunkt for forskning. Muligheter for synergier med kontaktpunkt/tenketank her ved Helsam? En «tenketank» ved Helsam kan også ta initiativ til og koordinere felles søknader inn mot tverrfaglige utlysninger. Dette vil utvilsomt kreve stillingsressurser, men hvor mye og hvordan et slikt senter/kontaktpunkt/tenketank skal organiseres, må utredes nærmere. Kanskje lurt å anlegge det først som et prøveprosjekt over ex.2-3 år. Og at videre drift deretter vil avhenge av evalueringen.*
6. *Internt i Avdeling for allmennmedisin (som forutsettes opprettholdt som egen avdeling) vil vi fortsette arbeidet med å organisere forskningen i mer tydelige forskergrupper/faggrupper.*

Oslo 6.april 2017

Hilsen

Jørund Straand

Avdelingsleder, Avdeling for allmennmedisin, Helsam

Vedlegg: prosjektoversikter, komplett og for samarbeidsprosjekter med andre Helsam-avdelinger

Det som følger er oppsummeringen fra de fire gruppene som hver for seg hadde i oppdrag å svare ut et av de fire spørsmålene som vi har mottatt fra instituttledelsen:

Stikkord fra Gruppe 1: Hvordan kan vi styrke Helsam ift store søknader

Hva er et stort prosjekt?

Innebærer det tverrfaglighet og interdisiplinaritet? Bruk av store databaser?

NFR prosjekter

Klarer vi å søke de store programmene I NFR? BEDREHELSE, HELSEVEL, BEDREBEHANDLING

Bør vi spisse på metodikk?

RCTer, Meta-analyse, Kvalitative metoder, Registerdata, Big data

Eller spisse på setting?

Storbymedisin, Etnisitet, Migrasjon, Rus, Samhandling

Helsesystemer i ulike land: Noen land mangler allmennpraksis

Andre tjenester i kommunen?

De andre avdelingene i Helsam

Fastleger har utstrakt kontakt med hjemmesykepleien. Denne samhandlingen kan med fordel bli utforsket bedre mhp å bedre den.

Jordmortjenesten tillegges våre oppgaver. ER det forsket på dette? Hvordan kan politikere overføre våre oppgaver til dem uten pilotering

Infrastuktur for å lage søknader

Støtte til å utarbeide prosjektsøknader?

Konsortier må settes opp internasjonalt

Erfaring fra programstyrearbeid

Lære hva som trengs

Kandidatproduksjon – nyttig eller hemmende for prosjektet?

Vurdering av eksternt panel - Karakter 6 av 7; 5?

EU-søknader

Nettverk, Bygge konsortier, Tidspress , Frikjøp, Forarbeid

Ha med helseøkonomer? Flernasjonalt forskning på tjenester og tjenesteutvikling vanskeliggjøres av ulik organisering/kontekst i forskjellige land.

Forskningsnettverk

Dobbelkompetanse (klinikk og forskning) er ønskelig. Knytte til oss «akademiske allmennpraksiser»?

eHelse

Pasientjournal - Digitalisering – bivirkninger

Legerollen - Helsetjenesteforskning

Aktuelle samarbeidspartnere:

- Folkehelse/Kunnskapsenteret
- SSB
- Raskere psykisk helse

Tilbud mens prosjektet pågår, hva skjer etter implementering

Politisk trøkk, «Moteforskning», Hva virker i kommunene?

Pasienten i fokus

Patient Oriented Evidence that Matters (POEM)

Hva gagner pasienten?

Veiledningskapasitet

Nye forskere i startgruppen - Pådrivere

Forskerlinjestudenter; Studentprosjekter; Ph.d. løp; Postdokfasen

Krav til professorkompetanse

Gruppedannelse. Basert på hva?

Metodegrupper? Metodeklubber? Metodekollokvier

- Kvalitative metoder, Meta-analyser, RCTer

- Registre; Datauttrekk

Bør vi bli mer «metodister»?

Kantine - mingleplass for ideer

Fellesmøter; *Samlokalisering* (år 2023??)

Gruppe 2.

**Hvordan kan fagmiljøene, avdelingene og instituttet oppnå at:
Fagmiljøene og avdelingene balanserer innsatsen for å styrke eget fagfelt og
innsatsen for å styrke vår tverrfaglige/interdisiplinære profil**

Eget fagfelt (allmennmedisin)

Viktig å ha styrke i eget fagfelt for å stå støtt i et utvidet fellesskap.

Formalisere faggrupper i tråd med hva som allerede finnes innen medisinsk tematikk; antibiotika, diabetes, muskel/skjelett m.fl.

Mulig også tematisk på metode, RCT, kvalitative metoder, registerstudier...

Forskere skal tilhøre minst en gruppe, gjerne flere etter interesser og behov.

Når nye AFU-/forskerlinje-/studentoppgaveforskere og PhD kandidater tilknyttes avdelingen, må disse samtidig sluses inn i en forskergruppe.

En utfordring for avdelingen er tematisk stor spredning i forskningen. Noen av de nye forskerne kommer inn med en klar problemstilling de ønsker svar på, andre kan med fordel tilbys plass innenfor avdelingens

prioriterte områder («concentrate and penetrate»). Viktig å være åpne for kompetente nye med engasjement.

Eksternt

Et «Senter» for primærhelsetjeneste kan representere nye muligheter samtidig som det for oss vil kunne forhindre en uønsket sammenslåing av Avdeling for allmennmedisin med andre eksisterende avdelinger ved Helsam.

Med et «Senter» for primærhelsetjenesten kan primærhelsetjenesteforskningen få et felles ansikt utad i forhold til kommuner, helseforetak og internasjonale grupperinger. Det kan bli bedre kommunikasjon innad ved at 1-2 personer fra hver avdeling danner en Senter-gruppe med en dedikert leder (egen stilling).

Større miljøer kan gi mulighet for å gjennomføre større prosjekter.

Mulige temaer for bedret internt forsknings samarbeid kan være:

Eldreomsorg, pasientflyt (evt. også i samarbeid med 2. linjetjenesten), muskel/skjelett, diabetes, antibiotika, kreft, kommunikasjon mellom allmennleger og øvrige primærhelsetjeneste.

Gruppe 3

Helsam styrker sin posisjon for å bli et sentralt og ledende miljø for forskning innen primærhelsetjenesten

Uavhengig av hva man ender opp med, så må vi få igjen kantina vår – en sosial og viktig møteplass der de ulike avdelingene på FFH tidligere utvekslet ideer og interesser.

Hva er tverrfaglighet? Dette bør/må defineres videre i prosessen. Tverrfaglighet langs hvilke(n) av de aksene inst.leder hadde på sin siste slide (presentasjonen som innledet seminaret)?

Hva mener vi med primærhelsetjenesten? Dette må defineres videre i prosessen. Det er stor forskjell mellom pleie og omsorg og den delen som omhandler diagnostikk og behandling. Dette skillet er dessverre ofte visket ut på organisasjonskartet i mange kommuner (og i framstillingen til en del helsebyråkrater), men skillet i hverdagen er fortsatt like reelt.

Det kan ikke være slik at politisk overordnede styringsmål (spesielt KS eller Oslo kommune sine interesser) skal være avgjørende for hvilken retning Avdeling for allmennmedisin og HELSAM skal gå videre med forskningen. Tilsvarende gjelder for profesjonsutdanningen i medisin. Selv om KS mener de i dag mangler verktøyene til å styre fastlegene, bør det ikke være Avdeling for allmennmedisin sin oppgave å utdanne leger inn i nye og per i dag ikke-eksisterende strukturer der fastlegen som primærkliniker blir tonet ned til fordel for legen som deltaker i tverrfaglige primærhelseteam. Den overveiende del av klinisk allmennmedisin skjer i konsultasjonen, i møtet mellom allmennlege og pasient. Og her er det bare for et mindretall behov for samhandling med andre aktører i primærhelsetjenesten. All den tid man i dag har store

rekrutteringsutfordringer til fastlegetjenesten, og vi allerede har for lite tildelt tid til den kliniske undervisningen, må vi prioritere å dyktiggjøre legestudentene til å bli gode primærklinikere. Allmenntilmedisin er et av tre kliniske hovedfag på legestudiet.

Oslo kommune – en historie for seg selv, jfr manglende medfinansiering av forskning, men er det håp for fremtiden? Selv om mange snakker varmt om et forskningsløft for primærhelsetjenesten, har ikke dette materialisert seg.

Bør en ev. forskningskoordinerende enhet i Oslo kommune (kfr planer for egne forskningstrategi for Oslo kommune) legges til Helsam?

Skal vi automatisk akseptere de eksterne forutsetningene som inst.leder skisserer? Handler ikke mye av dette om politisk ønsketenkning? Samfunnets behov er primært å ha en velfungerende fastlegehelsetjeneste av høy kvalitet og som samtidig har gode ordninger for flerfaglig samhandling – der dette er nødvendig. Flerfaglig teamarbeid må være et middel, ikke et mål i seg selv.

Spissing vs. bredde på HELSAM og i Avdelingen:

- Bør vi bli bedre på store prosjekter med mer profesjonalisert forskning?
- Bør vi få flere ph.d kandidater gjennom på normert tid? Taper vi for mye av allmenntilmedisinen i forskningen dersom ph.d kandidater skal tvinges gjennom på 3 år? Vinner ikke både fag og forskning på å la forskning og klinikk gå hånd-i-hånd?
- Skal vi si ja til «alle» prosjekter og bruke mye tid og krefter på å heve kvaliteten på “dårlige” prosjekt eller på forskningssvake personer/miljøer?
- Hvordan beholde de “små” prosjektene hvis finansieringen blir borte?
- Hvordan balansere de knappe veilederressursene? Hvor mye tid bør vi bruke på AFU-søknader som bare sikter mot en artikkel i «Utposten»? (Helt fra 1970-tallet har det vært en stilltende overenskomst om at «de allmenn- og samfunntilmedisinske universitetsmiljøene» skal tilby veiledning av AFU-stipendiater. I praksis har allmenntilmedisin tatt dette ansvaret alene som en dugnadsinnsats – her kan vi bli flinkere til å dele ansvaret med samfunntilmedisin.
- Med større forskergrupper kunne seniorene etterhvert bruke mer av sin tid til søknadsskriving og ta et mer overordnet strukturelt ansvar, mens postdoktorer og førsteamanuenser i større grad kunne veilede og gi tips/råd i det daglige?

Vi må bli mer synlige utad – hvem er VI? Hva forsker vi på? Ville egentlig hele denne utviklingsprosessen ved Helsam vært overflødig dersom vi tidligere hadde klart å selge inn bedre alt vi driver med av allmenntilmedisinsk, allmenntilnyttig forskning i primærhelsetjenesten der pasientene befinner seg i sentrum? Burde vi i stedet for «allmenntilmedisin» i det daglige oftere brukt betegnelsen primærhelsetjeneste slik man i UK og USA bruker begrepet *primary health care*?

- Formidling – hvem er vi?
 - Internt mot fastleger? Flere «der ute» opplever at vi er for langt fra deres virkelighet – vi må vise at det er vi ikke!
 - Formidling utad: Helsam, UiO, samfunnet, politikere – og via media.

Vi bør også ha tilbud om medietrening for yngre forskere og en strategi for både å løfte disse frem, jfr

formidling (punktet over).

Burde ikke egentlig HELSAM hete «Institute of primary health care» hvis vi skal ta opp i oss alt som dekanus synes å ønske seg? Det ville tvinge HELED, SME og sykepleievitenskap til å måtte ta et tydelig standpunkt jfr hvor de vil med forskningen sin. Men er de villig til å redusere sin forskningsportefølje i og for spesialisthelsetjenesten?

Om organisering i forskningsgrupper internt i avdelingen:

- Tematikk vs. metode
- Hva skal disse gruppene brukes til?
- Hvor ofte møter? Hva slags møter?
- Mindre skummelt å legge frem nye prosjekter i små grupper?
- Hvordan ta vare på juniorene (og seniorenene)?
 - Mange store prosjekt kjøres av juniorer
 - Mange seniorer veileder i dag alt for mange
 - Forskningsstøtte: både IT, datafangst, statistikk og logistikk? Det finnes pr dags dato ikke finansiering for slikt innen AMFF

Gruppe 4:

Hvordan kan instituttets øvrige fagmiljøer understøtte avdelingenes og fagmiljøenes arbeid?

Prosess:

Vi brukte «fokusgruppeteknikk» - alle etter tur reflekterte rundt noen få åpne spørsmål. Deretter kommentarer til de andres innlegg. (Fint prosess!)

Følgende spørsmål ble drøftet:

Hvordan forstår vi oppgaven?

Slik: Hvordan kan vi bruke kompetanse fra de andre avdelingene i våre prosjekter når det trengs?

Dette må være gjensidig.

Vi snakker her både om undervisning og forskning.

Hvilke erfaringer har vi med slik gjensidig understøttelse?

Det viste seg at alle i gruppa har hatt slik erfaring.

Samarbeid på tvers av avdelingene ved Helsam, og ikke minst med Klinmed, er svært utbredt i undervisningen i Oslo 2014. Erfaringene er varierende – samarbeidet er ikke alltid lett. Der det fungerer, er imidlertid resultatet bra.

Eksamen i Modul 8 skal nå bestå av kompliserte, sekvensielle oppgaver som krever utstrakt samarbeide. Dette fungerer!

Andre erfaringer: Hente ekspertise inn i vitamin-D-prosjektet fra Avd. for samfunnsmed.

Samarbeide om Phd-kurs

Ecolab, «Sampraks»

En i gruppa har en medveileder fra Heled

Hvilke barrierer opplever vi?

- Vi kjenner ikke de andre – vet ikke hva de heter, hvem de er, hva de jobber med.
- Vi mangler arenaer for naturlige og uformelle møter – ikke minst en **kantine**
- De ulike avdelingene er geografisk spredt. Vi mangler en infrastruktur for samarbeid.
- Mange av oss har flere jobber og er hardt presset på tid – prosess og uformelle møter blir nedprioritert.
- Samarbeid med andre profesjoner i forskning er krevende. Det kan være vanskelig å nå et høyt nivå med flere disipliner involvert.
- Kanskje oppleves vi av andre avdelinger som at vi er «oss selv nok»? Vi er en stor avdeling, vi forvalter et klinisk, medisinsk fag vi er stolt av og kjemper for. Kanskje er det ikke så lett for andre ved Helsam å ta kontakt?

Hva kan gjøres?

Først og fremst *skal* vi hegne om vårt eget kliniske fag: allmennmedisinen. Det aller meste av faget utøves i konsultasjonen, i møtet mellom lege og pasient. Denne er blitt beskrevet som en «black box» fordi vi fortsatt vet for lite om hva som foregår der av diagnostisk tenkning og behandlingsvalg, selv om vi har ambisjoner om at dette skal være både evidensbasert og pasientsentrert.

Det er her vi skal konsentrere vår forskning – ikke først og fremst i tverrfaglighet og kommunal PLO-sektor, som er mye mer perifert for oss. Dette må andre avdelinger og faggrupper anerkjenne!

Vi skal drive forskning som fører til bedre diagnostikk og behandling der hvor de fleste behandlinger foregår. Dette kliniske faget kan vi best definere selv. Så kan vi hente inn ekspertise utenfra der vi trenger den.

Det er også kunstig å dele opp allmennmedisin i ulike sektorer. Faget favner svært ofte helheter heller enn fraksjoner.

Derfor må og skal vi kunne forske på mange ulike sider innen klinisk allmennmedisin. Det er viktigere å bli gode på noen forskningsmetoder (RCT-er, metaanalyser, fokusgrupper?) heller enn på ett spesifikt tema, slik som f.eks. diabetes eller vond rygg.

Samtidig: Vi ønsker å være visjonære, heller enn å fokusere på revir – men dette forutsetter altså at vi trygt kan fortsette å «brenne for» klinisk allmennmedisin.

Med dette som utgangspunkt diskuterte vi Ninas (virtuelle?) Senter for primærhelsetjeneste (el.l.)

Hva skal dette være?

Det skal *ikke* flytte avdelingens fokus bort fra klinisk medisin over til tverrfaglig arbeid. Men det kan være en «tenketank» for områder der samarbeid kan løfte kvaliteten på prosjekter. Enkelte områder kan egne seg for dette: For eksempel, eldremedisin både ute i kommunen og i sykehjem. Eller helseøkonomiske effekter av fastlegers ulike henvisningspraksis.

En slik «tenketank» eller et slikt senter må bemannes av folk med tid, engasjement og visjoner.