

Fra: Metoder i psykiatrien. Oslo, NAVF, 1979.

UTFORMING AV FORSKNINGSPROSJEKTER

Peter F. Hjort

Jeg har laget og oppgitt flere utkast til denne forelesningen. Gang på gang har jeg lest igjennom listen over deltagerne og spurt meg selv:

"Hva har jeg å fortelle disse kollegene som de ikke har hørt og lest før?"

Første betingelse for å snakke med psykiatere er at en er ærlig. Det jeg kan gjøre, er derfor helt enkelt å fortelle hva jeg har lært om

utforming av prosjekter, hva jeg tror på og hva jeg ikke tror på. Det er det hele.

Hvilke erfaringer bygger jeg så på? Jeg startet som de fleste med noen troskyldige små arbeider på egen hånd. Så ble jeg læregutt hos Paul Owren og tilbrakte 3 år i reagensglass og en ultrasentrifuge. Deretter kom jeg til Amerika og tilbrakte nesten like lang tid med rotter og kaniner og etter hvert pasienter. Dette fortsatte jeg med i noen år som spesiallege i hematologi på Rikshospitalet. Nå arbeider jeg i en tverrfaglig forskningsgruppe med 8 forskere - 3 leger, 1 sykepleier, 3 økonomer og 1 sosiolog. Vi forsøker å utforske helsetjenesten - en viktig del av samfunnet.

Jeg har hatt glede av forskningsarbeidet - mer og mer, og aldri så meget som nå. På en måte er det rart, for det jeg har prestert er beskjedent, og det som har gjort størst inntrykk på meg er de gangene jeg har møtt virkelig begavede forskere - ett hode høyere enn resten av folket. Til å begynne med knuste det meg når jeg sammenlignet, men nå kan jeg glede meg

over dem som en naturopplevelse. Jeg sier dette for å plassere meg selv og det jeg har å si, og jeg kan best gjøre det ved å fortelle om Møllergata skole under krigen. Skolen var rekvirert, læreren drev hjemmeundervisning og hadde 3 bord: dumme-bordet, middels-bordet og flinke-bordet.

I forskningen sitter jeg ved middels-bordet, og jeg har ikke noe å fortelle dem som vil gjøre de geniale oppdagelser. Slike folk behøver heller ikke reise på kurs, for de har fantasi, uavhengighet og mot som setter dem i en klasse for seg.

Jeg illustrerer dette med et lysbilde fra min hematologiske fortid (Figur 1). I første del av forrige århundre var årelatingen den store medisinske moten, inntil en østerrisk lege i 1849 hadde fantasi og mot til å årelate bare annenhver lungebetennelsespatient. Resultatet lot seg ikke bortforklare, selv om de medisinske autoriteter gjorde sitt beste. Jeg antar at Joseph Dietl ikke drev med kurs - han hadde nok med seg selv. Da jeg viste dette eksperimentet til en venn, sa han triumferende: "Der ser du hva som bringer forskningen fremover. Hvis du hadde drevet helse-tjenesteforskning i Wien i 1849, hadde du vært opptatt av å effektivisere og demokratisere årelatingen. Det skulle en skikkelig forsker til for å ta knekken på den". Dette kommer jeg tilbake til.

1. Forskningsmiljøet

Fremdeles sitter det alminnelig flinke folk rundt om i helsetjenesten og utformer ensomme prosjekter. Jeg tror det blir vanskeligere og vanskeligere å lykkes på denne måten, og jeg ser det som en vesentlig oppgave for

forskningsrådet å gi slike folk tilbud om tilknytning til et miljø, hvor de kan få hjelp, støtte og kritikk. Derfor vil jeg si noe om forskningsmiljøer.

Et miljø må bygges opp innenfor et felt eller omkring en person, en metode eller en idé. De som arbeider der bør være forskjellige, men ikke mer enn at de forstår og interesserer seg for de andres prosjekter, slik at det blir et fellesskap. Jeg tror det er rimelig å dele medisinsk forskning i fire store grupper (Figur 2), som til sammen utgjør hele spekteret. Lengst til høyre har vi biokjemisk forskning - reagensglass, som arbeider med sterkt forenklede og isolerte faktorer, problemer og forklaringer. Så kommer den fysiologiske forskningen som arbeider med organer og forsøksdyr, så den kliniske som arbeider med pasienter, og lengst til venstre den samfunnsmedisinske som arbeider med grupper av mennesker og sosiale systemer.

Jeg tror det er slik at lengst til høyre spiller idéen en avgjørende rolle, lengst til venstre metoden. Da jeg arbeidet med reagensglass, lå jeg ofte våken og spekulerte over hvorledes en får en virkelig god idé. I helsetjenesteforskningen drukner vi i idéer og må verge oss mot flere forslag ved å innføre 3 måneders tenkestopp. Det henger sammen med graden av abstraksjon, tror jeg. Til venstre i spekteret er problemene åpenbare - enhver måtte jo spørre seg om årelating var farlig. Vanskeligheten lå ikke i idéen, men i gjennomføringen.

Det betyr at disse forskningsmiljøene får forskjellig menneskelig profil. Til høyre er idéen avgjørende, og en finner uhyre skarpsindige forskere. Til venstre er idéene allemannseie, og en finner forskere med et bredere engasjement. Jeg tror det er riktig å se det slik og bygge opp miljøer

som passer til oppgavene. I praksis betyr det at en må ha tenkt igjennom disse problemene når en utformer prosjekter og rekrutterer folk. Det er en vekselvirkning mellom forskningsprosjektet og forskeren, og forskningsmiljøet må ha et bevisst forhold til denne vekselvirkningen, slik at miljøet stadig utvikler seg mot et mål og ikke fryser fast i gamle spor.

Psykiatrisk forskning spenner over hele dette spekteret. Til høyre i spekteret skiller den seg ikke vesentlig fra annen forskning, og det jeg har å si angår den venstre delen av spekteret. Jeg har to grunner for å plassere meg slik. For det første er det her mine interesser og forskningserfaringer nå ligger, og for det annet tror jeg det er her de store oppgavene ligger for norsk psykiatrisk og sosialmedisinsk forskning. Jeg er tilhenger av pluralisme i forskningen, og det er forskningspolitisk selvmord å la den høyre delen av spekteret - den biomedisinske grunnforskningen - tørre inn. Vi trenger denne forskningen, dels fordi den intellektuelt er så stimulerende, dels fordi den setter en kvalitativ standard også for forskningen i den venstre delen av spekteret, og dels - selvfølgelig - fordi det er her de store og grunnleggende fremskrittene til slutt vil komme.

Norsk psykiatrisk forskning kan bidra i denne utviklingen, men jeg holder allikevel fast på at det er enda viktigere å drive frem den kliniske og den samfunnsmessige delen av psykiatrisk forskning. For det første er denne forskningen i noen grad en nasjonal forskning som vi må gjøre selv. For det andre er det bekymringsfullt at det foregår store og vesentlige endringer i behandlingstilbudet på et spinkelt forskningsmessig grunnlag. For ikke å trampe i norske klaver, viser jeg et eksempel fra amerikansk åndssvakeomsorg (Figur 3). I begynnelsen av dette århundre bygget en de store "state hospitals" ut fra ideelle motiver og en sterk tro på behandlings-

mulighetene i institusjonene. Nå legger en dem ned, ut fra helt nye ideologier - også behandlingsmessige. Slike omkastninger virker skremmende, ikke minst fordi en får inntrykk av at første del av kurven skyldtes at amerikanerne ville bli kvitt synet av de åndssvake og at annen del skyldtes at de ville bli kvitt utgiftene til dem. I begge tilfelle fant en en passende ideologi, og det ligger nær å spørre: "Hva sa egentlig forskerne?" Skjer dette bare i Amerika? Jeg tror ikke det. Ikke før var Åsgård sykehus i Tromsø ferdig, før alle mente det var for stort, og tilbakeføringen til samfunnet går sin gang her også. Det er bekymringsfullt at det spilles med så mange mennesker og så store ressurser på et grunnlag av håp og tro - ikke forskning.

Den tredje grunnen til at en bør satse i den venstre delen av spekteret er at psykiatrien kan komme i en tillitskrise. I 1976 ble det utgitt et spesialnummer av "Tidsskriftet" om psykiatri, og det rullet opp store perspektiver. For eksempel ble det hevdet at 25% av alle barn trengte hjelp, og det var underforstått at psykiatrien kunne gi slik hjelp. At barn, som andre mennesker, har vanskeligheter med å makte både seg selv og livet, er sikkert nok, men hvor er den forskning som viser at løsningen er psykiatrisk hjelp? Og i så fall - hvilke barn har nytte av hva slags behandling? Evaluering, resultat-vurdering, er en hovedoppgave for hele helsetjenesten, men kanskje aller mest for psykiatrien.

Hvis alt dette er riktig, må en bygge opp forskningsmiljøer som ser dette som de store oppgavene i lang tid fremover, og en må utforme prosjekter som fremmer en slik utvikling.

2. Idéen

Ethvert prosjekt starter selvfølgelig med en idé: Hva er det en ønsker å finne ut? I venstre delen av forskningsspekteret er idéen ofte så vag og uklar at den bare er en følelse, en følelse en deler med mange andre, og spørsmålet er: Er dette egentlig noe? Hva slags kriterier har en å dømme etter?

- Et gammelt krav var at idéen skulle være original, tidligere utenkt. Det kriteriet har lite for seg på dette området.
- Et ganske viktig kriterium tror jeg derimot er at idéen bør angå et problem som er rimelig stort og berører mange mennesker, f.eks. evaluering av behandlingsalternativer.
- Det viktigste kriteriet er allikevel at idéen er fruktbar, at det går an å gjøre noe med den med de ressurser - intellektuelle, metodiske, økonomiske og andre - en får over.

Det siste kriteriet krever at en finner frem til fornuftige begrensninger som gjør det mulig å angripe problemet uten samtidig å begrense det så meget at det blir uinteressant. I denne fasen lønner det seg å snakke med folk som har andre erfaringer og annet syn. I denne innledende og sårbare fasen bør en legge seg helt åpen, for i det videre arbeidet snevres prosjektet mer og mer inn, og det er avgjørende at en får med seg det vesentlige.

Ikke alle er enige i dette synet. De foretrekker å ruge ut eggene selv, ofte fordi de er engstelige for at andre skal stjele dem. Det hender nok, men i den venstre delen av spekteret er idéene så generelle at de er lite å stjele. Det er verre i den høyre delen av spekteret, hvor ikke alle er

så suverene som Paul Owren, da han kommenterte et åpenbart tyveri av en god idé med et skuldertrekk: "Jeg har nye idéer, det spiller ingen rolle". Jeg tror en må se det slik, for ellers risikerer en å arbeide med halv-gode idéer.

Da jeg drev med rotter, var det bare én mann som hadde annen viktig erfaring enn jeg, nemlig rottepasseren, en tidligere bankdirektør fra Riga. Rottene bet meg, men ikke ham, og jeg spurte ham om grunnen. "Quite natural", sa han, "I like them, you are scared of them". Det lærte meg noe viktig, og nå snakker jeg med mange mennesker om prosjekter vi lukter på, en prosess som kan ta måneder og år. I denne prosessen må en gradvis gå fra idé til hypoteser, som er slik formulert at de kan testes. La meg vise et eksempel om dødspleie (se fig. 4):

Det første utsagnet er grunnlag for en diffus beskrivende undersøkelse.

Det andre er en hypotese som kan analyseres, men den må avgrenses og spesifiseres.

Det tredje er begrenset til sykehus (halvparten av alle dødsfall), men fremdeles alt for omfattende.

Det fjerde er ytterligere begrenset og samtidig konkretisert, og det var denne hypotesen vi ble stående ved. Vi organiserte så datainnsamlingen for å teste underhypotesene.

For hvert skritt var det nødvendig å trekke nye mennesker inn i diskusjonen for å få råd og kritikk, og resultatet var et prosjekt som var viktig, fordi det dør 40.000 mennesker om året i Norge. Det var også fruktbart, fordi hypotesene kunne testes. Det viste seg også å tilfreds-

stille et tredje og avgjørende kriterium, nemlig at det var salgbart til NAVF. Dessverre kan jeg ikke fortelle dere den hemmelige formel som avgjør om prosjektet er salgbart, men det avhenger vesentlig av selve søknaden.

Når prosjektet er klart for søknad og eventuell godkjenning, varierer meget. Ofte er det nødvendig med omfattende forarbeider.

3. Forarbeidet

Forarbeidet starter når en har bestemt seg for problemet. Det rommer flere elementer.

a) Det første er den endelige og detaljerte klargjøring av problemstilling og hypoteser. Nå er det ikke lenger spørsmål om en skal gjøre noe, men nøyaktig hva og hvordan. Det er farlig å ta for lett på denne delen av forarbeidet, og jeg vil illustrere det med et eksempel. En økonom i vår gruppe ønsket å studere forskjeller i legemiddelforbruket mellom 20 utvalgte sykehus som alle hadde detaljert legemiddelstatistikk. Han tok for seg to legemiddelgrupper - kretsløpsmidler fortrinnsvis brukt mot hypertensjon og sukkersykemidler, og han fant meget store forskjeller i fordelingen mellom undergruppene ved sykehusene. Dette tydet på betydelige forskjeller i behandlingspolitikken, noe han antok hadde både medisinske og økonomiske konsekvenser. For sikkerhets skyld sendte han alle resultatene til alle sykehusene og ba om evt. kommentarer. Dagen etter ringte en sterkt opphisset professor og sa at grensen nå var overskredet - selv for oss. I de følgende dagene fikk vi flere meget skarpe brev.

Her er problemet, Vi sendte sykehusene bl.a. Figur 5, som jo viser meget stor spredning. Før en kan ta standpunkt til spredningen, burde vi

undersøke om variasjonen mellom legemiddel-undergruppene var vesentlig større enn variasjonen mellom pasient-undergruppene. (Figur 6) Statistisk var det umulig å få dette rent, fordi det ikke dreier seg om sykdoms-spesifikke medikamenter. Vi hadde imidlertid stilt oss åpen for hugg ved å ta med gruppen "andre diuretika" som særlig brukes ved hjertesvikt og ødem-behandling og ikke ved hypertensjon. Det vi måtte gjøre, var å gå igjen-
nom hele opplegget på nytt og i samråd med kliniske eksperter velge ut mer gjennomtenkte legemiddelgrupper. Så gjorde vi alle beregningene om igjen. Stort sett var resultatene de samme, men nå vesentlig bedre underbygget.

Vi lærte noe vesentlig av dette, nemlig dette: "Du må ikke tro du kan noe". Det er spesielt viktig når en våger seg inn på felter som både er kontroversielle og hvor folk lett kommer i forsvarsposisjoner. Vi har gjort oss det til regel at vi alltid oppretter en rådgivende gruppe av spesielt innsiktsfulle folk som hjelper oss med den endelige utformingen av prosjektet.

b) Det andre elementet i forarbeidet er snakkearbeidet. Et prosjekt som angår mange mennesker og kryssende interesser må ikke stemples opp av jorden, men snakkes opp av jorden. Mange mennesker har rett til meninger og rett til å bli hørt, og enda flere mener at de har det. En må være villig til å bruke tid inntil desperasjon på å snakke seg frem til forståelse, både slik at forskerne forstår hva de andre mener og omvendt. Jeg vil gi to eksempler:

- Da vi startet dødspleieprosjektet på Diakonhjemmet, var det nødvendig å forklare prosjektet i detalj for leger og alt pleiepersonell, og vi måtte garantere dem medbestemmelse og rett til å vurdere resultatene.

- Vi har et annet prosjekt som angår aksjonsforskning blant utvalgte hjemmeboende eldre over 80 år i Oslo. Prosjektet ble utviklet i samarbeid med kontoret for eldreomsorg i Oslo, og det ble til slutt - etter omfattende forandringer - godkjent av det folkevalgte sosialutvalget, som ikke liker at forskerne klusser med de gamle. Dermed skulle saken være i orden, men det var den ikke, for et slikt prosjekt berører også: Sosialsjefen og sosialkontorene, Stadsfysikus og de praktiserende leger, Sykehusrådmannen og sykehusene, Legeforeningens etiske og kollegiale råd, Kommunens statistiske kontor og Folkeregisteret, Trygdekontoret og Ligningsvesenet.

Det tar tid - uendelig med tid - å tenke ut berørte parter, snakke med dem, få deres råd - som ofte er verdifullt, hindre motstand, bli kjent med alle dem som kan tenkes å bli berørt.

Ovenfor berørte jeg referansegruppen. I litt mer kompliserte prosjekter bør en ubetinget opprette en styringsgruppe hvor forskerne ikke har flertall. En slik styringsgruppe kan hindre at det blir problemer, og den er et livbelte hvis det blir problemer, for da er de felles problemer - ikke bare forskernes. En forandrer en de-oss-situasjon til en vi-situasjon.

c) Det tredje elementet er metoden. Hvordan velger en metoder som passer til prosjektet? Det er jo det dette kurset handler om, og jeg vil bare si at en bør velge metoder som akkurat er gode nok til å besvare det spørsmålet en stiller. Tid og penger er og bør være begrensninger, og en må finne et kompromiss som kan godtaes av dem som skal bruke resultatene. Ett poeng er viktig. Hvis en ønsker å påvirke leger og sykepleiere, må en bruke metoder de forstår og godtar, og deres språk er ofte harde data,

tabeller og kurver. Problemet er bare at noen av de aller viktigste problemene i venstre del av forskningsspekteret angår myke verdier og variable. Kunsten er å vri harde data ut av myke problemer.

Metodikken krever alltid forarbeid, ofte prøveprosjekter. Av og til kan en klare seg med lite, fordi en kan bygge på andres erfaringer. I dødspleieundersøkelsen ønsket vi å intervju den nærmeste pårørende noen uker etter dødsfallet, og det er mye litteratur om intervju-metodikk. Vi gjorde først et utkast, gjorde 5 prøveintervjuer, omarbeidet skjemaene, gjorde 20 nye intervjuer, og dermed hadde vi det endelige skjemaet klart. I andre tilfelle står en overfor kompliserte oppgaver som krever mye mer forarbeid. I Olav Rutles store praksisundersøkelse var f.eks. dette problemstillingen: Vi har 1600 praktiserende leger som ser minst 20 pasienter hver dag, og vi ønsket å finne ut om det er noen sammenheng mellom praksis-situasjon og praksis-måte, f.eks. slik at gruppepraktikere tar flere prøver, mens solopraktikere legger flere pasienter inn på sykehus. Dette krevde dels at de 1600 legene beskrev seg selv og sin praksissituasjon ved å fylle ut et skjema med ca. 100 spørsmål, og dels krevde det at et utvalg av dem beskrev hva de gjorde med hver eneste pasient de så gjennom én uke ved å fylle ut et lite skjema for hver av dem. For å finne ut hvordan dette skulle gripes an, samarbeidet vi med en gruppe på 20 almenpraktikere i Bergen. De kjørte igjennom hele undersøkelsen én gang, fortalte oss hva som var galt - og det var det selvfølgelig delte meninger om. Så forandret vi begge skjemaene, og de kjørte igjennom alt sammen én gang til. Skjemaene ble forandret på nytt, og nå først ga Rutle seg i kast med den store undersøkelsen.

Arbeidet med metoden omfatter også tanker om hvorledes materialet skal analyseres. Det er nødvendig å overveie dette hele tiden. Hvis en f.eks.

vil basere seg på et spørreskjema og skjemaet skal databehandles, bør det innrettes slik at det kan punches direkte fra skjemaet. Skal en samarbeide med statistikere eller databehandlere, bør de komme inn i bildet så tidlig at de får påvirke opplegget for datainnsamlingen.

Alt dette reiser selvfølgelig vanskelige problemer både for forskeren og for NAVF. Forskeren må være villig til en betydelig og risikabel gratis-investering før prosjektet i det hele tatt er kommet så langt at han kan få støtte. For en forskergruppe kan dette være vanskelig nok, og for en enkelt forsker kan det være umulig. NAVF burde satse noe risikokapital på å la folk få utvikle lovende idéer, evt. i samarbeid med mer erfarne rådgivere.

d) Nå har en et prosjekt, og nå trenger en personen, forskeren. I noen tilfelle er han for lengst i bildet og har gjort utviklingsarbeidet selv. I andre tilfelle gjøres utviklingsarbeidet av en forskningsgruppe, nettopp for å bringe prosjektet så langt at en kan avvertere eller på annen måte skaffe seg en egnet forsker til prosjektet. I universitetsmiljøene er det naturlig å ansette en interessert person og la vedkommende få utvikle sine egne idéer. I en uavhengig forskningsgruppe er ikke det så lett, for en har ikke penger før prosjektet er utviklet så langt at en kan søke. I så fall kommer forskeren til oppredd seng, og det er ikke bra, for det er bedre at unge mennesker får arbeide med sine egne idéer enn med andres. Jeg har ingen løsning på dette problemet, men vi forsøker å gi stipendiatene frihet til eget veivalg, selv om terrenget og starten er gitt.

Noen stiller seg avvisende til tanken om å avvertere prosjekter. Etter mitt skjønn er erfaringene gode, men jeg tror betingelsen er at forskeren

får frihet til å utvikle prosjektet selv, slik at det blir deres prosjekt. I ethvert prosjekt kommer tunge stunder, og det er lettere å gi opp en annens prosjekt enn sitt eget.

Jeg vil nevne ett eksempel på hvorledes vi forsøker å løse dette problemet. I øyeblikket er vi opptatt av noe jeg for enkelthets skyld kaller terskelproblemet, nemlig det problemet at en stadig friskere befolkning bruker stadig mer legetjenester. Det tyder på at terskelen inn til helsetjenesten blir lavere, men vi vet praktisk talt intet om denne terskelen, og vi vet ikke om folk søker såkalt "unødig" eller om de søker for problemer primærlegene ikke har noe tilbud for. Skal en få svar på disse spørsmålene, må en gå ut med en omfattende registrering av primærlege-kontakter. Det krever et registreringsskjema og gitte bedømmelseskriterier. Dette krever igjen et forprosjekt og en gruppe interesserte primærleger. Jeg tror at dette prosjektet er lovende nok til at vi kan avvertere etter en stipendiat og så overlate resten til ham.

4. Søknaden

Nå - endelig - er en kommet til pengene, og det vil som regel si at en må utarbeide en søknad. Jeg vil først komme med en revolusjonerende påstand. Penger er det en skal bekymre seg minst for. Et godt prosjekt og en god person får som regel penger. Så vil jeg tillate meg å nevne at det for den venstre delen av det medisinske forskningsspekteret også fins andre kilder enn RMF, bl.a. RSF og RFSP. På den annen side bør jeg også understreke at klimaet for samfunnsmedisinsk forskning i RMF er godt (figur 7 inkluderer ikke psykiatri). Dette feltet har fått innvilget relativt flere søknader enn gjennomsnittet, og lave bevilgninger skyldes ikke hardhendt behandling, men få søknader.

Jeg skal også si noe om selve søknaden - om kunsten å skrive en søknad slik at den blir innvilget. Første betingelse er å tenke seg inn i leserens situasjon. Tenk dere et lite rom med et stort bord - klart, kaldt høstvær utenfor. Rundt bordet sitter trette menn. Foran hver av dem ligger søknadsmassen i stabler - ca. 40 cm høye. Bordet har plass til colaflasker, i gamle dager også askebegre. Det er sent på ettermiddagen, stemningen er matt. Stemningsbildet er fra arbeidsutvalget i RMF, det årlige fordelingsmøtet. - Når en sitter i mai og skriver søknad, bør en tenke på dette bildet og huske en strofe fra en engelsk folkevise som lyder slik: "Wisdom in may is madness in the fall". Det er nødvendig å beregne sitt publikum og skrive søknaden kort, klar og konsis. Arbeidsutvalget imponeres ikke av kunnskap og uvante fremmedord, ikke av litteraturhenvisninger og ikke av lange bilag.

Her er punktene;

1. Problemstilling: Hva jeg vil gjøre. Dette avsnittet er det viktigste, for det er her en vinner eller taper leseren. Det må være grundig gjennomtenkt og formulert om mange ganger - kort, klart, konsist.
2. Bakgrunn: Hvorfor jeg vil gjøre det. Her refererer en nødvendig bakgrunnsinformasjon, hvorfor problemet er interessant, hva andre har gjort - kort sagt: hvordan står denne saken nå, før jeg begynner.
3. Metodikk: Hvordan jeg vil gjøre det. Her kan en ikke gå i detalj. Det er nok å vise at det fins - eller kan utvikles - metodikk til å løse problemet, at en selv behersker eller kan lære seg metoden, og at en har ressurser til å sette den i verk.
4. Forutsetninger: At jeg kommer til å klare å gjøre det jeg vil gjøre. Dette avsnittet skal vise at prosjektet er realistisk, dvs. at jeg har

de nødvendige kunnskaper og andre personlige forutsetninger, at metoden kan gjennomføres, at jeg har den nødvendige støtte og at jeg har de øvrige ressurser som trenges.

5. Betydning: Hva det betyr å løse problemet. Her gjelder det å holde tungen rett i munnen. En bør selvfølgelig forklare - med entusiasme - at prosjektet har betydning, at det vil bringe menneskene fremover. Men en bør ikke overselge prosjektet, for det fremkaller sarkastiske smil. Søker en f.eks. om en massespektrograf til et biokjemisk laboratorium, bør en ikke si at dette vil kunne hindre utvikling av åndssvakhet hos mange barn - hvis en ikke står så sterkt at det ikke er så nøye hva en sier.

Dette er det hele, og det er disse punktene Rådet tar standpunkt til, evt. gjennom konsulenter. De øvrige opplysninger er bare av administrativ, teknisk og økonomisk art.

Hvor lang skal en god søknad være? Svaret er selvsagt: passe, og det passer sjelden med mer enn 2-3 sider (bruksanvisningen antyder 1-5 sider). En kan selvfølgelig ta med et bilag som utdyper f.eks. metodikken. I så fall refererer en hovedpunktene i søknaden, slik at det ikke er nødvendig å lese bilaget for å orientere seg i saken.

Dette høres enkelt ut, men er det selvfølgelig ikke. Og det har forbauset meg at mange søknader, selv fra erfarne og begavede mennesker, er så dårlig skrevet og bærer preg av overfladisk arbeid. En god søknad er skrevet om igjen flere ganger og bærer preg av det. Noen forskere i venstre del av spekteret vegrer seg og sier at alt dette er vel og bra for biomedisinsk forskning, men samfunnsmedisinen er ikke så enkel. Det kan de ha rett i,

men husk for det første det professor Ragnar Vogt sa for over 50 år siden om at det går an å tenke klart om uklare ting. Og husk også at de samfunnsmedisinske søknader blir veid mot de biomedisinske av et arbeidsutvalg hvor bare et lite mindretall er samfunnsmedisinere.

Jeg vil også nevne tre spesielle bilag til søknaden:

a) Hvis prosjektet omfatter forsøkspersoner, skal søkeren fylle ut et eget skjema. Hensikten er å sikre at prosjektet oppfyller de krav som Helsinki-deklarasjonen stiller. Skjemaet har ikke funnet sin endelige form, men det viktigste spørsmålet gjelder "informed consent": vet forsøkspersonen hva han innlater seg på, og har han fritt fått velge om han vil være med? Søkeren gjør klokt i å tenke igjennom dette spørsmålet og vise at han har gjort det. Men jeg synes ikke spørsmålet er lett. I vår dødspleieundersøkelse var det f.eks. en del av de etterlatte som stilte seg temmelig reservert til å la seg intervjue, men sykepleieren lot seg ikke så lett avvise, og det var hennes erfaring at de intervjuede alltid var takknemlige for samtalen. Stort sett, viste det seg at jo mer reservert de var, jo større behov hadde de for en slik samtale, og jo mer takknemlige var de.

b) Hvis prosjektet omfatter forsøksdyr skal søkeren også fylle ut et skjema som beskriver det dyrene skal utsettes for. Det er et viktig fremskritt at en nå legger mer vekt på dyrenes rettigheter, og den som skal drive med dyr, bør lære seg å håndtere dem og respektere dem.

c) Hvis prosjektet omfatter databelhandling, kreves også et eget skjema, som skal vise at en har overveid denne siden av saken og evt. søkt råd.

Egentlig kreves det at registreringsskjemaet skal vedlegges, men i mange tilfelle er det selvfølgelig en del av prosjektet å utvikle dette skjemaet.

5. Selve prosjektet

ligger utenfor mitt oppdrag. Jeg vil bare si at det er klokt å diskutere prosjektets status med referanse- eller styringsgruppen med mellomrom. De samfunnsmedisinske prosjektene tar ofte lang tid, og forutsetningene kan endre seg, slik at en må modifisere opplegget. Dessuten er det klokt å holde folk underrettet om hvordan det hele går, spesielt hvis prosjektet berører viktige spørsmål eller interesser.

6. Rapporten

reiser spesielle problemer som en bør overveie allerede under utformingen av prosjektet.

For det første bør en gjøre seg tanker om hvorledes prosjektet skal publiseres. Hvem er målgruppen, og hvordan når en den? Det tradisjonelle målet for forskningsarbeidet er jo en artikkel i et internasjonalt tidskrift. For samfunnsmedisinsk arbeid er det ofte vel så viktig å publisere på norsk, og ofte flere steder for at budskapet skal nå frem til en kundekrets som ikke alltid er like interessert og velvillig. Svært ofte er det slik at først må arbeidet gjøres og så må det selges. Jeg tror at både forskeren selv og NAVF bør gjøre mer for å spre resultatene av samfunnsmedisinsk forskning, f.eks. gjennom rapportserier, artikler og pressemeldinger. Jeg vil også berøre et annet viktig spørsmål, nemlig hvem skal skrive rapporten? Samfunnsmedisinsk arbeid er ofte lagarbeid,

og jeg tror en bør være raus med tilbud til medarbeidere om å få være medforfattere. Det er påfallende hvordan dette styrker interessen og medansvaret. Ofte er det litt delikat å ta opp dette spørsmålet, spesielt tidlig i prosjektet hvor det ikke en gang er sikkert at det noen gang blir noe resultat å skrive om. Jeg tror det lønner seg å ta dette spørsmålet opp tidlig, slik at en har klare linjer. F.eks. har Hans Th. Waaler i vår gruppe nylig avsluttet et større arbeid om: "Høyt blodtrykk - behandlingsprogram, utbytte, kostnader" (6). Han trengte en gruppe av erfarne klinikere å rådføre seg med, og på det første møtet gjorde vi det klart at dette prosjektet var et fellesprosjekt. Kom det noe ut av det, skulle alle være medforfattere. Det var et vanskelig prosjekt, og jeg tror at det kanskje hadde mislykkes, hvis vi ikke hele tiden hadde hatt denne følelsen av at det var et felles prosjekt.

7. Avslutning

Til slutt vil jeg komme med noen tanker om betydningen av samfunnsmedisinsk forskning.

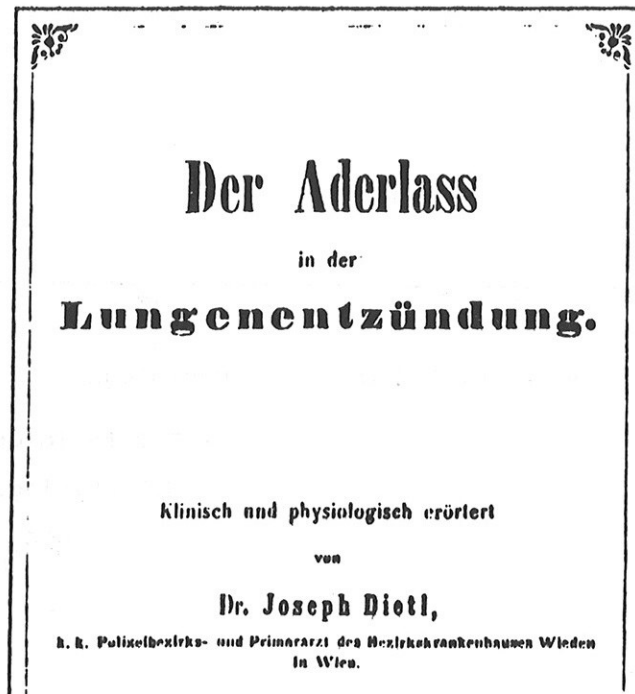
I en lang periode har medisinsk forskning vært dominert av biomedisinsk og klinisk forskning. Denne forskningen bæres oppe av en tro på at det er mulig å løse de store folkehelseproblemer ved forskning og at vi derfor plikter å prioritere denne forskningen. Det innebærer at en forsker først og fremst for morgendagens mennesker, for at de ikke skal bli pasienter. Det er fremdeles grunnlag for en slik ideologi, men det er blitt klart at de store helseproblemene bunner i menneskenes måte å leve livet på og samfunnets måte å organisere forholdene for menneskene. Det betyr at en ikke kan vente at den biomedisinske forskning skal levere raske løsninger på disse problemer.

Det gjør det viktig å prioritere den samfunnsmedisinske forskningen høyere enn dagens nivå på ca. 10% av den totale forskningsinnsatsen. Denne forskningen har større betydning for de store helseproblemene enn de fleste trodde. Dette innebærer samtidig en større vekt på forskning for de mennesker som lever i dag, men ikke bare det. Gjennom denne forskningen kan vi vinne større innsikt om samfunnet, folkehelsen og helsetjenesten, og denne innsatsen vil gjøre det mulig å etterlate oss et bedre samfunn. Derfor er det en feilslutning - som min hematologiske venn gjorde - å argumentere mot bred samfunnsmedisinsk forskning i 1978 ved hjelp av analogier fra 1849. Menneskene har grunn til å vente seg utbytte av denne forskningen i dag, fordi den angår de store livs- og samlivsproblemer i samfunnet.

At dette legger en forpliktelse på samfunnsmedisinsk forskning, er selv- sagt - en forpliktelse som best kan sammenfattes i ordene innsats og kvalitet.

Referanser

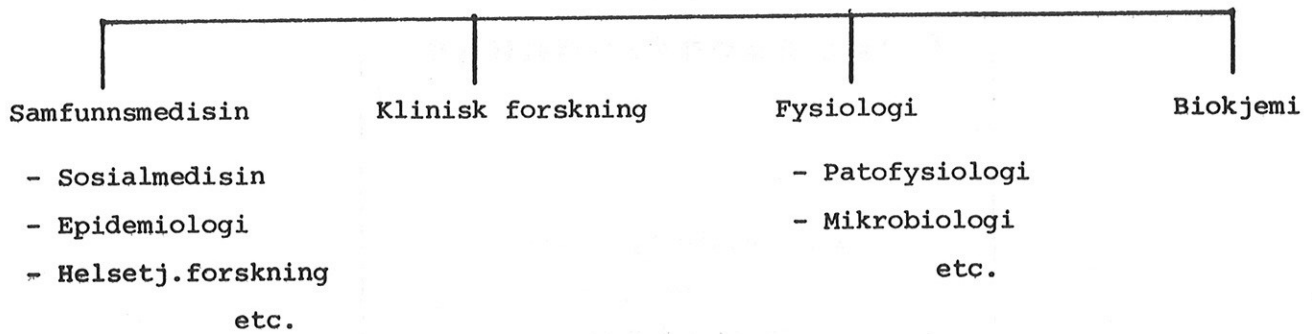
- 1 FÅHREUS, R.: Läkekunstens historia I-III. Bonniers, Stockholm 1944.
2. BASSUK, E.L. og GERSON, S.: Deinstitutionalization and mental health services. Sci Am Feb. 1978, 238, 46-53.
3. SØRBYE, L.W.: Omsorg for døende - en menneskelig utfordring. NAVF's gruppe for helsetjenesteforskning, Rapport nr. 2, 1978, 156 s.
4. SØRBYE, L.W. og medarbeidere: Nøkkelspørsmålet i dødspleien: når er tiden inne? Tidsskr Nor Lægeforen 1979, 99, 1300-1306.
5. HAUGEN, Ø., HJORT, P.F., ANDREW, M. og ØYDVIN, K.: Forskjeller i sykehusenes behandlingsopplegg. Bruk av antidiabetika og utvalgte hjerte- og kretsløpsmidler ved 20 sykehus. Tidsskr Nor Lægeforen 1979, 99 (i trykk).
6. WAALER, H.Th. og medarbeidere: Høyt blodtrykk: behandlingsprogram, utbytte, kostnader. NAVF's gruppe for helsetjenesteforskning, Rapport nr. 5, 1978, 106 s.



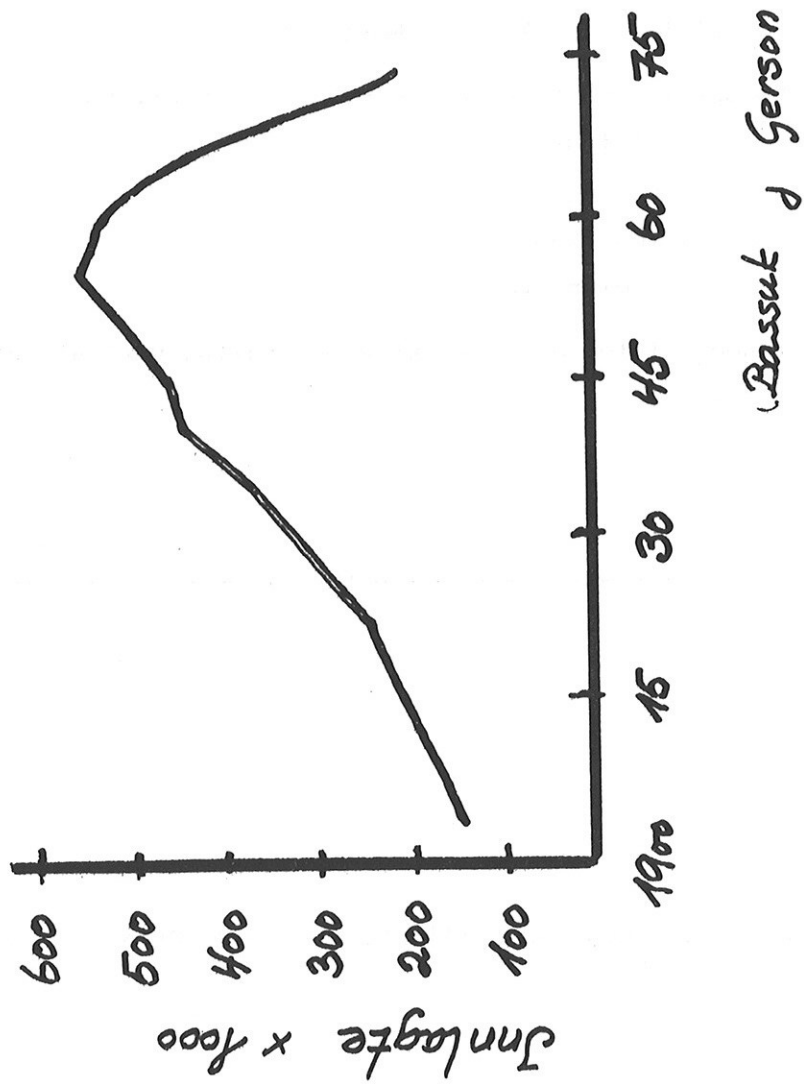
BEHANDLING	ANTALL PAS.	MORTALITET
ÅRELATING	85	20,4 %
BREKKMIDLER	106	20,7 %
INGEN	189	7,4 %

(1849)

Figur 1. Et kontrollert klinisk forsøk i 1849 (1).



Figur 2. En enkel inndeling av medisinsk forskning.

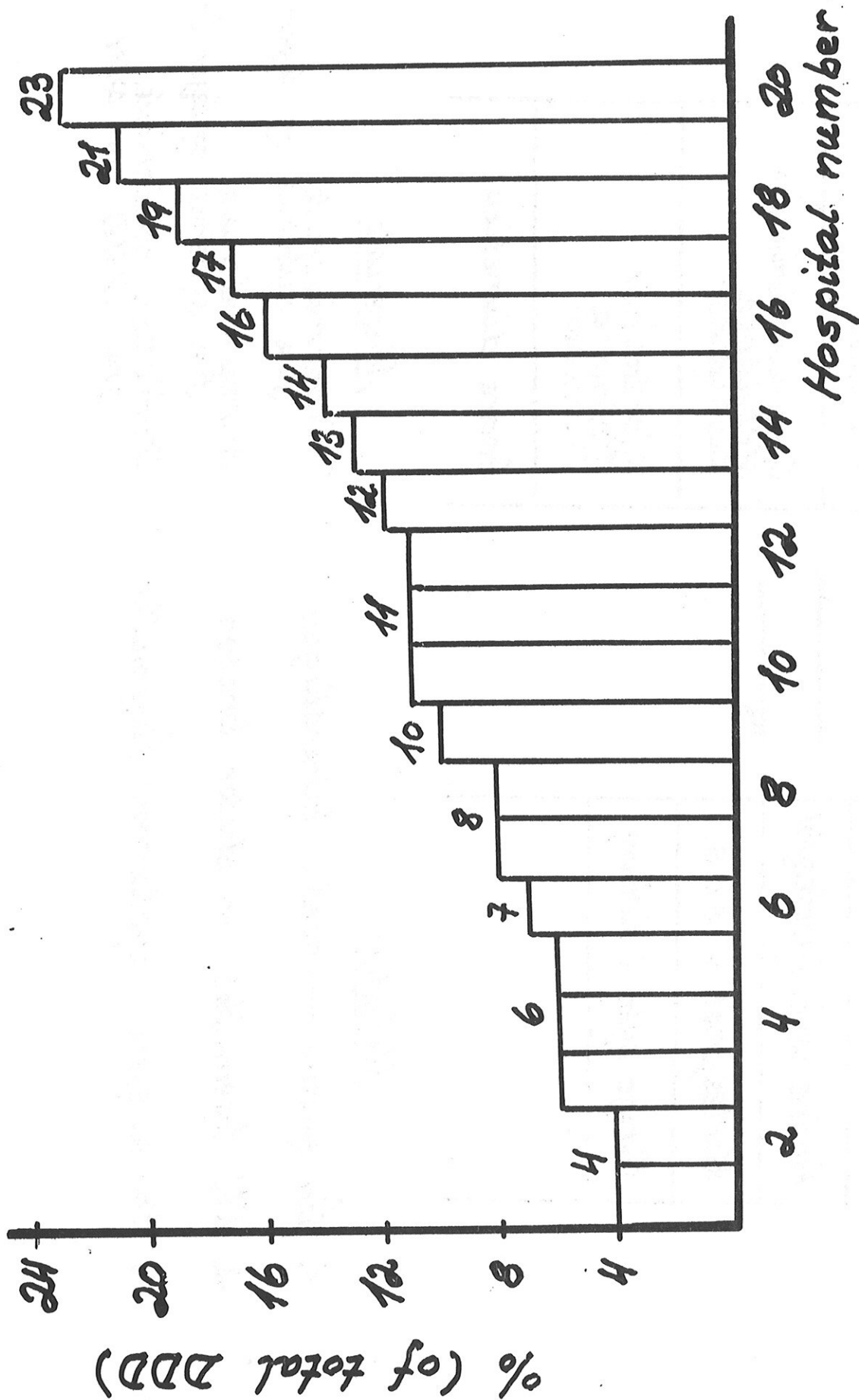


Figur 3. Sengeplasser for psykisk utviklingshemmede i USA: myter og moter (etter 2)

1. Jeg lurer på hvordan dødspleien egentlig er i Norge?
2. Dødspleien i Norge kan bli bedre.
3. Dødspleien på sykehus i Norge kan bli bedre.
4. Dødspleien på to utvalgte sykehus kan bli bedre:
 - medisinsk
 - menneskelig
 - kommunikasjon
 - religion etc.
5. I noen tilfelle kunne aktiv behandling vært avsluttet tidligere.

osv.

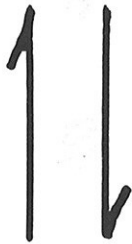
Figur 4. Fra idé til hypotese, illustrert ved et praktisk eksempel (3, 4).



Figur 5. The role of β -blockers in cardiovascular therapy (mainly hypertension).
20 Norwegian medical departments 1977 (5).

Sykdommer

Hypertensjonssykt.
Akutt hjerteinfarkt
Andre isch. hjertesykt.
Karlesjoner i s.n.s.
Øvrige sykt. i sirt.org.



Legemidler

β-blokkere
Hydralazin Prazosin
Guanidinderivater Metyldopa Klonidiner
Kloralidon Mefrusid Tiazider
Andre diuretika

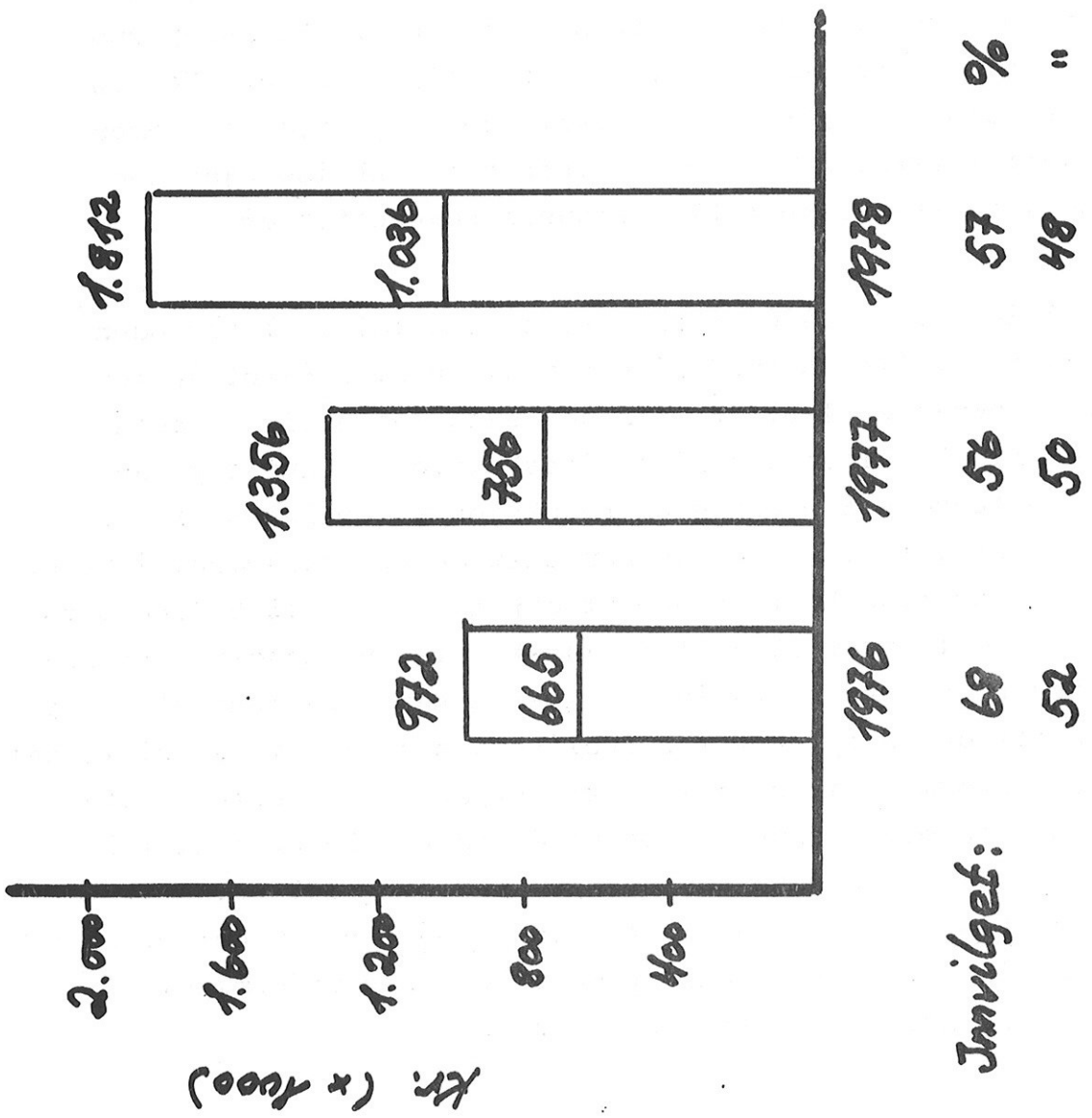
Metoder

1. En sykdom → studer behandlingen
2. Ett legemiddel → studer bruten
3. Korrelasjoner sykdommer / legemidler

Materiale

- Primærmateriale fra sykehus og leger
- Primærmateriale fra sykehus og leger (resepter)
- Statistisk materiale fra NMD og AMI

Figur 6. Legemiddelstudier (5).



Figur 7. Rådet for medisinsk forskning (RMF): søkt og bevilget til samfunnsmedisinsk forskning.

PRESENTASJON AV VITENSKAPELIGE ARBEIDER

Egil Gjone

Jeg skal konsentrere meg om den skriftlige presentasjon, - "The paper work", - veilederens, forfatterens, redaksjonens og forlagets roller.

Bakgrunn.

Den vitenskapelige presentasjon er sluttstadiet på forskningens vei fra idé til resultat. Den skriftlige publikasjon er derfor en nødvendig del av forskningen og vitenskapen. Publikasjonens oppgave er å formidle objektiv informasjon om ny kunnskap som er av betydning, vel bearbeidet og lett tilgjengelig. Når informasjonen utnyttes gis leseren øket kunnskap, nye problemer for fortsatt forskning og nye impulser til praktisk gjerning. Det er de vitenskapelige publikasjoners hovedeffekter.

Omfang.

Vitenskapelige publikasjoner øker raskt i antall. I perioden 1950/70 øket antallet Biomedisinske tidsskrifter hvert år med ca. 11%. I perioden 1962/75 firedobledes det årlige sidetall til de medisinske vitenskapelige tidsskrifter. Samtidig har det vært en tendens i retning av reduksjon av opplagene for de enkelte tidsskrifter, - noe som har satt deres lønnsomhet i fare. De fleste primærtidsskrifter har et opplag på ca. 1500-3000 abonnenter. Går det under 1000 blir tidsskriftet ulønnsomt. Redaktørene må derfor være salgsminded. Dette har også innflytelse på hvilket stoff de aksepterer for publikasjon i sitt tidsskrift, dets presentasjonsform og ikke minst dets lengde. De fleste redaktører er her temmelig suverene og hårdhendte. De er nødt til å være det, fordi kostnadene har steget med over 10% pr. år.

Muligheten for å få publisert sin vitenskap er derfor sterkt avhengig av innhold, stringens og manuskriptets utforming. La oss se litt på hvorledes dette bør gjøres.