

Skal læger forske?

STATUSARTIKEL

Mogens Hørdér, Ralf Hemmingsen & Søren Chr. Mogensen

Læger, der i dag er beskæftiget i det højt specialiserede sundhedsvæsen, vil formentlig besvare titlens spørgsmål med et klingende »ja«. Mere tvivlende vil den yngre læge være, som i dag er i gang med sin speciallægeuddannelse.

Den medicinske student, der stiller spørgsmålet til ældre studerende eller til læger, får nok ikke et entydigt svar. Spørger vi arbejdsgiverne for langt de fleste danske læger – den politisk-administrative ledelse af det danske sundhedsvæsen – så ville svaret for nogle år siden have været et noget uengageret »måske«. I dag forholder man sig mere nuanceret til spørgsmålet, og i mange områder af sundhedsvæsenet vil man svare »ja« – i andre områder »ikke nødvendigvis«. I beskæftigelsesområder som universiteter og andre forskningsinstitutioner er svaret helt sikkert: »Ja – vi skal også have læger blandt vore forskere og undervisere«. I det private erhvervsliv er svaret lige så klart: »Ja – der er poster i vores organisation, hvor vi har brug for forskere, der også er læger«.

Hvilken forskning og hvor?

Sundhedsvæsenet, hospitalssektoren og den primære sundhedssektor har behandlingsopgaver som deres primære virksomhed.

Såvel de driftsansvarlige for sundhedsvæsenet som de sundhedsprofessionelle vedkender sig imidlertid også behovet for en løbende, forskningsbaseret fornyelse af behandlings- og forebyggelsesindsatsen. Denne forskning er under betegnelsen medicinsk sundhedsforskning beskrevet i MESUF-rapporten (1). Men også den bredere biosund forskning (2) inden for *life sciences* er et væsentligt område for forskere med lægelig baggrund. Det samme gælder for sundhedstjenesteforskning og for *public health*-forskning (3).

Disse to typer forskning er hovedsageligt forankret på de egentlige forskningsinstitutioner – dvs. først og fremmest de tre sundhedsvidenskabelige fakulteter, Danmarks Farmaceutiske Højskole, et antal sektorforskningsinstitutioner og særlige enheder i sundheds- og socialvæsenet. Her er forskere med lægelig baggrund en del af forskerstaben sammen med forskere og undervisere med anden kandidatmæssig baggrund.

På de pågældende institutioner udgør seniorforskere med lægelig baggrund 50-60% af det samlede antal forskere.

På juniorforskerniveau – adjunkt og derunder – er den procentvise andel af forskere med lægelig baggrund lavere – 30-40%. Denne fordeling giver anledning til bekymring for, om det er muligt at fastholde en rimelig del af forskerpopulationen med en lægelig baggrund.

Industrien beskæftiger et antal forskere med lægelig baggrund. Det er imidlertid kun en mindre del af industriens samlede forskerpopulation, som har en lægelig baggrund.

Skal læger i sundhedsvæsenet forske?

I sundhedssektoren er der en lang tradition for, at læger deltager i forskningsprocessen og synliggør dette i form af publikationer. Dette sker som led i hovedfunktionen inden for behandling. En nyere undersøgelse af yngre lægers forskningsaktivitet (4, 5) har taget temperaturen på den såkaldte »fritidsforskning«. Publikationsaktiviteten blandt yngre læger er faldet gennem de seneste ca. ti år. Der er en stor spredning mellem de forskellige specialer mht. procentdelen af yngre læger, som forsker. Spredningen fra intern medicin med ca. 75% yngre læger til almen medicin med kun 16% yngre læger, der forsker, kan være bekymrende. På den anden side skal det tages i betragtning, at gruppen af almenmedicinere er meget stor. Det betyder, at i den nævnte opgørelse, hvor besvarelsesprocenten var ca. 75, fandtes godt 100 almenmedicinere med forskningsaktivitet, hvilket er det samme absolutte tal som antallet af ortopædkirurger og pædiatere.

I fremtiden vil der formentlig fortsat være læger, der forsker af lyst og som led i deres kliniske virksomhed. Men det vil ikke være unaturligt at stille spørgsmålstegn ved, hvilket incitament der skal være til stede for at sikre en sådan fremtidig »fritidsforskning«. Der findes ikke nogen undersøgelse over, hvor stor forskningsaktiviteten er blandt læger, som er ansat i speciallægestillinger i hospitalssektoren og i primærsektoren. Blandt de ovennævnte yngre læger er motivation utvivlsomt stadigvæk af meritkarakter. Et fremtidigt scenarium med en stor bestand af faste speciallæger i sundhedsvæsenet, som ikke udfører forskning som led i deres daglige kliniske virksomhed, må betragtes som en mulighed. Dette understreger behovet for speciallæger, der også har en forskningsmæssig kompetence og er ansat i stillinger i sundhedsvæsenet, hvor funktionen indebærer såvel behandling som forskning.

Læger med forskningsmæssige kompetencer

Læger spiller den afgørende rolle for vidensbasering af sundhedsvæsenets virksomhed. Alle læger vil derfor blive mødt med et krav om evne til at forholde sig kritisk til den nuværende praksis og skabe grundlag for vurdering af indførelse af en ny praksis. Det afspejles da også i de kompetencekrav, som nu fremgår af speciallægeuddannelsens målsætning (6) og indgår i vurderingen af besættelse af overlægestillinger. Det er et betydeligt gennembrud i forhold til tidligere tiders uddannelsesmæssige krav og kvalifikationsvurdering, at behovet for såkaldt akademisk kompetence nu også er synligt.

Det er derfor berettiget at stille spørgsmålstegn ved, om den hidtidige prægraduate uddannelse af lægevidenskabelige kandidater har sikret en tilstrækkelig baggrund herfor for alle. Selv om der har været tradition for, at en mindre del, ca. 10%, af de lægestuderende har beskæftiget sig et år med forskning i løbet af studiet som led i diplomuddannelse i medicinsk forskning eller som forskningsårsstuderende, har hovedparten af de medicinske studenter ikke benyttet

denne mulighed. Det er derimod helt sikkert, at den hidtidige speciallægeuddannelse ikke har kvalificeret hertil. Det indebærer en udfordring for alle, der er ansvarlige for uddannelse – præ- såvel som postgraduat. Det er også en personlig udfordring for den enkelte læge at sikre sig, at denne kompetence opbygges, vedligeholdes og anvendes.

Minimumskompetencen, som alle læger bør være i besiddelse af, skal opøves i hele karriereforløbet. De studieordninger, som nu er ved at være fuldt indført ved de tre sundhedsvidenskabelige fakulteter, indebærer alle en synlig kompetenceopbygning. Det omfatter et basalt, generelt kendskab til forskellige forskningsmetoders anvendelse i de typer af problemstillinger, som findes inden for såvel basale som mere anvendelsesorienterede områder af sundhedsvidenskaben.

Forskningstræningen i den kommende speciallægeuddannelse er en nøglefaktor. Rationalet for dette element i speciallægeuddannelsen er klar. Inden for det speciale, den kommende speciallæge skal varetage, skal han eller hun besidde kompetence til at opsøge og bearbejde områder på forskningsbaseret grundlag. Forskningstræningen er ikke en forskeruddannelse. Dens formål er at sikre, at de kommende speciallæger som en naturlig del af den daglige kliniske virksomhed også kan varetage den systematiske del af specialets udvikling og kliniske praksis. Den kommende speciallæge skal også på dette område varetage en ledelsesfunktion i de team af forskellige sundhedsprofessionelle, som arbejder sammen omkring fornyelse af viden og indførelse af nye procedurer. Det er positivt, at der fra de driftsansvarlige for sundhedsvæsenet er entydig opbakning til at indføre forskningstræningselementet i speciallægeuddannelsen. Forskningstræningen skal ske som en integreret del af den kliniske speciallægeuddannelse. Men de støttefunktioner og vejledningsbehov, som er åbenbare i forbindelse med forskningstræningen, kan kun opfyldes gennem en struktureret indsats, som omfatter forskningskompetente medarbejdere i sundhedsvæsenet, universitetsansatte medarbejdere i sundhedsvæsenet og fakulteternes fuldtidsforskere og undervisere.

De tre sundhedsvidenskabelige fakulteter vedkender sig denne udfordring, som bliver afgørende for at sikre vidensgrundlaget for fremtidens sundhedsvæsen. Det er i denne forbindelse væsentligt, at de tre fakulteter er repræsenteret i de tre regionale videreuddannelsesråd.

Ud over denne basale, minimale forskningstræning, som alle læger bør besidde, vil et større antal læger i fremtiden utvivlsomt erhverve sig en egentlig forskeruddannelse. Nogle af disse vil ikke udøve forskning som en integreret del af deres daglige funktion. Derimod er forskeruddannelsen en selvstændig kompetence – også til at udøve lægelig virksomhed. Forskeruddannelse skal ses som led i en trinvis kompetenceopbygning i et moderne samfund. Det er derfor ikke urealistisk at forestille sig, at et større antal læger fremover fortsat erhverver sig en forskeruddannelse, og at denne forskeruddannelse efterspørges som led i rekruttering af læger til specialiserede kliniske funktioner. Dette fremgår da også af begrebet »fagområder« i relation til lægelige specialer. Afgrænsning og specifikation af fagområder

vil i fremtiden inddrage de videnskabelige selskaber som »leverandører« i kraft af deres medlemmer og sundhedsvæsenet som efterspørgere af disse kompetencer. Der kan næppe herske nogen tvivl om, at en høj kvalifikation inden for den systematiske del af specialet, som er tæt knyttet til den faglige udvikling, og fortsat vedligeholdelse af den i særlig grad kan udtrykkes i form af en ph.d.-grad. Netop dette forhold er baggrunden for forslaget om, at det fremtidigt skal være muligt at erhverve en kombineret ph.d./speciallægeuddannelse. Med den nye ph.d.-bekendtgørelse og den kommende udformning af speciallægeuddannelsen i

Medicinsk sundhedsforskning ifølge MESUF-rapporten

Medicinsk sundhedsforskning er forskning, der er rettet mod diagnostik, behandling, pleje, rehabilitering og forebyggelse af sygdomme, herunder forskning, der omfatter organisering og finansiering af disse indsatser. Medicinsk sundhedsforskning udføres i både universitets-, hospitals- og primærsektoren samt i de basale fag på de sundhedsvidenskabelige fakulteter.

Medicinsk sundhedsforskning falder således inden for følgende hovedområder:

- den patientnære forskning, der direkte inddrager patienter i forskning i sygdomsudredning, sygdomsbehandling, rehabilitering, pleje og omsorg
- sygdomsforebyggelse, herunder præsymptomatisk udredning i såvel befolkningsscreeninger som i selektive udredningsprogrammer og sygdomsforebyggelse knyttet til kroniske sygdomme
- organisering af behandlings- og forebyggelsesindsatsen i sundhedsvæsenet under anvendelse af principper for f.eks. medicinsk teknologivurdering (MTV)
- eksperimentel forskning som en integreret del af medicinsk sundhedsforskning, uafhængig af om den udføres på en grundforskningsinstitution eller på et laboratorium i tilknytning til sundhedsvæsenet. Kriteriet er, at udgangspunktet og resultatudnyttelsen er rettet mod sygdomsforståelse og sygdomsbehandling
- sundhedsforskning rettet mod adfærdsaspekter og humanistiske aspekter af betydning for sundhed, sygdom, sundhedsfremme, forebyggelse og behandling.

Den medicinske sundhedsforsknings begreber og metoder er rettet mod sygdomsbehandling og -forebyggelse. Medicinsk sundhedsforskning anvender derfor også metoder fra epidemiologi, sundhedsjerneteforskning, eksperimentel laboratorieforskning og humanistisk forskning, idet disse er en nødvendig forudsætning for kvaliteten af den medicinske sundhedsforskning.

nye ansættelsesformer er det muligt at etablere målrettede, kombinerede ph.d./speciallægeuddannelsesforløb. For de enkelte lægelige specialer bør det være fødekanalen til at sikre, at alle specialer rummer speciallæger på et højt ekspertniveau. At der parallelt hermed kan tillægges fagområdekompentence i form af særlige kliniske, ledelsesmæssige eller uddannelsesmæssige kompetencer må ikke skygge for behovet for, at en række fagområder bliver karakteriseret ved, at indehaveren af fagområdebetegnelsen besidder en forskeruddannelse.

Lægers vej til forskning

Alle parter erkender, at rekruttering og fastholdelse af menneskelige ressourcer er det centrale element i at sikre vedligeholdelse af et højt forskningsniveau. Det gælder også for den del af den sundhedsvidenskabelige forskning, hvor forskere med en lægelig baggrund spiller en central rolle. Dette er baggrunden for, at der såvel i overvejelserne omkring speciallægeuddannelsen som i udarbejdelsen af de to rapporter om medicinsk sundhedsforsknings rammer og vilkår (1, 7) er lagt så meget vægt på at synliggøre en karrierevej for forskere med en lægelig baggrund.

At vælge og gennemføre en forskerkarriere og at vedligeholde en høj forskningsindsats gennem en stor del af sin professionelle karriere er en stor personlig udfordring. Lægestanden kan glæde sig over, at så mange lægelige kandidater naturligt har valgt en sådan tilværelse. Men den tid er ovre, hvor dette udelukkende skulle ses som et personligt projekt. Det bør være en integreret del af en moderne personalepolitik for dem, der efterspørger forskere med en lægelig baggrund, at synliggøre en karrierevej. Det gælder først og fremmest sundhedsvæsenet, men også andre institutioner inden for den sundhedsvidenskabelige forskning, som ønsker at tiltrække og fastholde forskere med lægelig baggrund.

På baggrund af forslag i Speciallægekommisionens betænkning (6) og i de to rapporter om medicinsk sundhedsforsknings rammer og vilkår (1, 7) tegner der sig nu en karrierevej, som de ansvarlige parter er i færd med at realisere.

Karrierevejen skal ses over en lang periode: fra tidligt i den prægraduate fase til det højeste forskerniveau – professorstillingen.

De stillingskategorier, der er tale om, er skolarstipendier, ph.d.-stillinger, junior- og seniorforskerstillinger mellem ph.d.- og professorniveau og endelig professorniveauet. Den endelige udformning af disse stillinger er ikke færdiggjort, men der er på baggrund af et samarbejde mellem sygehus-ejerne og de tre sundhedsvidenskabelige fakulteter i samarbejde med Statens Sundhedsvidenskabelige Forskningsråd ved at tegne sig en struktureret karrierevej.

De nye elementer i denne karrierevej er de kombinerede ph.d./speciallægeuddannelsesforløb, som er omtalt ovenfor. Det andet afgørende nye element er de stillinger, som ligger mellem ph.d.-niveau og professorniveau. Disse stillinger er speciallægestillinger i sundhedsvæsenet, men hvor en del af funktionstiden som klinisk lektor er tillagt forskningsaktivitet. Forskningsaktiviteten kan være i et omfang fra ca. 20% til 80%. Sådanne stillinger forudsætter en speciallægeuddan-

nelse og en forskningsmæssig kompetence på ph.d.-niveau. Stillingerne vil blive opslået og besat i åben konkurrence. Efter det åremål, hvor man er ansat i stillingen, vil man kunne søge fornyet ansættelse eller være sikret en tilbagegang i en fuld klinisk funktion. Der er også tænkt på den mindre del af læger, der ønsker at forfølge en kombineret vej som speciallæge og forsker, men som først foretager dette valg efter at have opnået en ph.d.-grad. Disse skal sikres mulighed for at gennemføre en speciallægeuddannelse, samtidig med at der i deres stillingsforløb under speciallægeuddannelsen er indlagt en specificeret forskningstid, som gør det muligt at vedligeholde og udvikle den forskningsmæssige kompetence, som allerede er erhvervet. Også disse stillinger som klinisk adjunkt vil blive besat i åben konkurrence. På professorniveauet vil der blive tale om såvel åremålsansættelser som ansættelser i mere langvarige ansættelsesforløb som for de nuværende kliniske professorer.

Ikke en delt verden

Det er forventningen, at der i løbet af de kommende par år tegner sig et klart billede af denne stillingsstruktur. Dens overordnede formål er at sikre, at der fremtidig vil være et større antal forskere med lægelig baggrund, som udover deres forskningsmæssige virksomhed baseret i det danske sundhedsvæsen – såvel i hospitalssektoren som i primærsektoren og i en rimelig fordeling mellem alle lægelige områder.

Alle andre læger i sundhedsvæsenet vil have en minimumskompetence til at udøve lægehvervet på et vidensbaseret, forskningsmetodologisk grundlag. Det vil bryde en udvikling, der i øjeblikket ser ud til at være en trussel mod hele den sundhedsvidenskabelige forskning, at en mindre del af forskere i sundhedsvæsenet har en lægelig baggrund, og at en stor del af læger i sundhedsvæsenet ikke har indsigt i eller behersker forskningsbaseret vidensgeneration som grundlag for deres virksomhed.

Tilbage står en indsats for at sikre, at der også i de dele af den sundhedsvidenskabelige forskning – biosund og sundhedstjenesteforskning, der varetages af universiteter, sektorforskningsinstitutioner og industrien – findes det nødvendige antal forskere med en lægelig baggrund. Begrundelsen herfor skal også findes i det forhold, at de tre områder ikke er adskilte verdener, men danner en samlet ramme for sundhedsvidenskabelig forskning.

Reprints: *Mogens Hørdér*, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Syddansk Universitet, Winsløvparken 17, 1., DK-5000 Odense C.

Antaget den 11. december 2002.

Syddansk Universitet, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, og Aarhus Universitet, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet.

Litteratur

1. Medicinsk sundhedsforsknings fremtid. MESUF-rapporten. Opfølgning på anbefalinger til fremme af vilkårene for medicinsk sundhedsforskning. København: Forskningsministeriet, Sundhedsministeriet, 2001.
2. Bio-/Sundhed – et nyt partnerskab for vækst. Task Force rapport. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Ministeriet for Videnskab, Teknologi og Udvikling, Økonomi- og Erhvervsministeriet, Amdtsrådsforeningen, Hovedstadens Sygehushællingsskab, 2002.

3. Sundhedstjenesteforskningsudvalget. Sundhedstjenesteforskning i Amterne – Status og muligheder. Hovedrapport. København: Statens Sundhedsvidenskabelige Forskningsråd, 1999.
4. Rubak SLM, Niemann T, Jensen JW. Yngre lægers forskningsaktivitet. Ugeskr Læger 2002;32:3777-81.
5. Rubak SLM, Niemann T, Jensen JW. Yngre læger forsker af lyst. Ugeskr Læger 2002;36:4224-5.
6. Speciallægekommisionen. Fremtidens Speciallæge. Betænkning nr. 1384. København: Sundhedsministeriet, 2000.
7. Medicinsk sundhedsforsknings vilkår og fremtid – med særligt henblik på sygehusområdet. Rapport fra udvalget om rammebetingelser for medicinsk sundhedsforskning. Forskningsministeriet og Sundhedsministeriet, Sundhedsanalyser 1999; nr. 6.

Vilkår og muligheder for den samfundsmedicinske forskning i Danmark

OVERSIGTSARTIKEL

Jørn Olsen

Resumé

Den samfundsmedicinske forskning udgør en vigtig del af samfundets indsats mod sygdomme og for sundhed. Især den epidemiologiske forskning har gode vækstbetingelser i Danmark, og den har nu nået et højt internationalt niveau. Lægers engagement i den teoretiske forskning er dog på retur og trues alvorligt af lønforhold, der slet ikke er konkurrencedygtige med klinikken. Dette rammer også den samfundsmedicinske forskning. Fremtiden byder på bedre forskningsvilkår, men også på nye ledelsesmæssige udfordringer for bedre at kunne koordinere udnyttelsen af vort forskningspotentiale.

Den samfundsmedicinske forskning udgår især fra de sundhedsvidenskabelige fakulteters teoretiske institutter, fra sektorforskningsinstitutterne, fondsdrevne institutter og i et vist omfang fra den kliniske sektor. Det er et forskningsområde med tætte relationer til flere andre forskningsdiscipliner såsom demografi, biostatistik, sociologi, psykologi, farmakologi og sundhedsøkonomi. Samfundsmedicinens aksiom er, at sygdomme har årsager, og at disse årsager undertiden skal søges i udefrakommende påvirkninger, der udløser sygdom i samspil med individets sårbarhed. Men selv for individets genetiske sårbarhed kan der være miljøbetingede årsager, al den stund at evolutionen af det humane genom blev styret af de givne miljøbetingelser.

Hvis relevante påvirkninger kan fjernes, bliver visse sygdomme forebyggelige. Effekten af den kliniske behandling afhænger undertiden også af den sociale kontekst, det sociale netværk, jobmuligheder, revalideringsforanstaltninger og ændringer af livsstil etc. Ligeledes spiller sundhedsvæsenets systemer, deres organisation, styring og økonomi en rolle (1-5). Den samfundsmedicinske forskning spænder derfor så vidt, at hverken enkeltpersoner eller enkelte institutter dækker alle aspekter. Selv om de enkelte institutter har fået mange forskellige navne, er der heller ikke her nogen tæt sammenhæng mellem, hvad de enkelte institutter hedder, og hvad de beskæftiger sig med. Det samme gælder for den medicinsk-biologiske forskning.

Samfundsmedicinen anvendes fortsat som en samlebetegnelse for en række fag, men er også blevet en betegnelse for vores fags administrative funktioner. Den internationale tendens er at gå tilbage til den oprindelige betegnelse *public health*, der på dansk bliver til folkesundhed eller folkesundhedsvidenskab. Med folkesundhedsbetegnelsen understreger man, at en stor del af samfundsmedicinen beskæftiger sig med befolkningsgrupper, og det handler lige så meget om sundhed som om forebyggelse af sygdom. Når betegnelserne samfundsmedicin og socialmedicin er på retur internationalt, hænger det måske sammen med, at det ikke længere er helt klart, hvad det er for en medicin, som samfundet har brug for, og hvem der skulle producere denne medicin. Det vidste vi meget mere om for 20-30 år siden – troede vi.

Den samfundsmedicinske forskning startede ikke med ungdomsoprøret i 1960'erne og 1970'erne. Flere førende samfundsenkede kliniskere, embedslæger og praktiserende læger havde banet vejen for en forståelse af, at dårlige sociale kår var knyttet til sygdom og tidlig død. *Svend Heindal, Mogens Fogh, Alfred Bertelsen, Vagn Kristensen* og flere andre spillede en stor rolle for den studenterbevægelse, der fik afgørende betydning for etableringen af den samfundsmedicinske forskning i Danmark. En forskning, der meget hurtigt satte fokus på de arbejdsbetingede sygdomme. Forskningsresultater blev omsat til handling, og i dag er mange af datidens arbejdsbetingede sygdomme simpelthen forebygget væk. Dette kapitel er en succeshistorie på lige fod med andre store forebyggelsesinitiativer i det 20. århundrede. Det var kendetegnet for en stor del af denne forskning, at den blev publiceret i rapporter eller i offentlige medier. Ikke meget nåede de store videnskabelige tidsskrifter. Alligevel fik denne forskning en betydning for både lovgivningen og fordelingen af forskningsressourcer, til trods for en lav *impact score* målt efter videnskabelige kriterier.

Epidemiologi

Epidemiologi er en forskningsdisciplin, der startede i midten af det 19. århundrede, men forskningsdisciplinen vandt først indpas i Danmark næsten 100 år efter *Panums* skelsættende epidemiologiske undersøgelser over mæslingeepidemier på Færøerne (6). Det var formentlig *Panums* beskrivende iagttagelser over sygdomsforekomsten på Færøerne, der inspirerede *Bertelsen* til hans interessante, men des-