



UiT Norges arktiske universitet

Det Helsevitenskapelige fakultet

Aktivitet og måloppnåelse for «Program for distriktsmedisinsk forskning og fagutvikling»

En deskriptiv retrospektiv analyse av perioden 2003-2023

Marte Møretrø

Veiledere: Martin Bruusgaard Harbitz og Marie Hella Lindberg

Masteroppgave i Medisin, MED-3950, juni 2024

Forord

Denne masteroppgaven ble skrevet på femte studieår ved profesjonsstudiet medisin ved Universitetet i Tromsø (UiT) – Norges arktiske universitet.

Da vi skulle planlegge masteroppgaven vår på fjerde året hadde jeg et ønske om å fordype meg i allmenntmedisin og tok derfor kontakt med Martin Bruusgaard Harbitz. Han hadde nylig fått en stilling i Nasjonalt senter for distriktmedisin og foreslo at jeg kunne gjøre en kvantitativ undersøkelse av «Program for distriktmedisinsk forskning og fagutvikling» som min masteroppgave. Jeg hadde ikke noen kunnskap om samfunnsmedisin utover det vi hadde lært på studiet og hadde heller ikke kjennskap til NSDM fra før. Jeg tenkte derfor at det ville være en spennende oppgave.

Min hovedveileder Martin B. Harbitz gikk ut i pappapermisjon siste månedene av masterskrivinga, noe som gjorde at jeg var så heldig å få Marie Hella Lindberg som veileder også.

Jeg vil rette en stor takk til mine veiledere Martin og Marie for god hjelp og tilgjengelighet gjennom hele perioden. Takk til NSDMs prosjektøkonom for tilgang til datamateriale. Takk til storebror for uvurderlig hjelp i Excel og takk til familie for tålmodighet og støtte.

Notodden, juni 2024



Marte Møretro

Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	5
Forkortelser og definisjoner	6
1 Innledning.....	7
1.1 Forskning og fagutvikling i distrikt.....	7
1.2 Økonomisk støtte til forskning og fagutvikling i Norge	9
1.3 Programmet	10
1.3.1 Tidligere evaluering av Programmet.....	12
1.4 Formål og problemstillinger.....	13
2 Materiale og metode.....	15
2.1 Data	15
2.1.1 Variabler.....	16
2.2 Analyser	18
3 Resultater.....	18
3.1 Beskrivelse av søknader til Programmet.....	18
3.2 Beskrivelse av søknader som har fått tilsagn	19
3.3 Beskrivelse av prosjektene	20
3.3.1 Prosjektkategorier.....	20
3.3.2 Eksempler på prosjekter	20
3.3.3 Prosjektene varighet og fullføringsgrad.....	21
3.4 Hva har prosjektene som har fått tilsagn fra Programmet ført til?.....	21
3.4.1 Hva slags publisering og formidling har prosjektene bidratt til?	21
3.4.2 Foregår prosjektene i distrikt?.....	21
3.4.3 Favner prosjektene distriktsmedisinsk praksis og helsetjeneste?.....	22
3.4.4 Har prosjektene relevans for distriktsmedisin?	22
4 Diskusjon.....	22

4.1	Søkernes kjønn, alder og arbeidserfaring	22
4.2	Søkertall til Programmet	23
4.3	Har Programmet bidratt til å fremme forskning og fagutvikling i distrikt?	23
4.4	Videre forskning / fremtidsperspektiver	26
4.5	Svakheter og styrker ved undersøkelsen	27
5	Konklusjon	28
	Referanseliste	29
	Vedlegg 1 Mal for søknadsskjema 2016	32
	Vedlegg 2 Beskrivelse av Programmet utsendt 15.02.2005.....	34
	Figurer	36
	Tabeller.....	39

Tabelliste

Tabell 1	Fordeling av kvinner og menn blant alle søkere og blant søkere som har fått tilsagn.	39
Tabell 2	Fordeling av sentralitetsklasser blant alle søkere til Programmet.	39
Tabell 3	Fordeling av søkerens hovedstilling første gang de søker til Programmet etter 2003.	39
Tabell 4	Antall prosjektsøknader med tilsagn, beløp tildelt og gjennomsnittlig beløp tildelt per år fordelt på antall prosjekter som har fått tilsagn.....	40
Tabell 5	Fordeling av sentralitetsklasser blant søkere som har fått tilsagn.	41
Tabell 6	Fordeling av prosjektkategorier på totalt antall prosjektsøknader (tilsagn og avslag).	41
Tabell 7	Fordeling av prosjektkategorier på prosjekter som har fått tilsagn.	41
Tabell 8	Prosjektens varighet i antall år.....	42

Figurliste

Figur 1 Fordeling av antall mottatte søknader til Programmet.....	36
Figur 2 Fordeling av alder hos alle førstegangssøkere til Programmet.....	36
Figur 3 Fordeling av antall år i primærmedisinsk virksomhet ved første søknad etter 2003..	37
Figur 4 Prosentvis fordeling av prosjektkategorier på prosjektsøknader.	37
Figur 5 Totalt antall vitenskapelige arbeid fra prosjekter med tilsagn fra Programmet.....	38

Sammendrag

Bakgrunn og formål: «Program for distriktsmedisinsk forskning og fagutvikling», heretter kalt Programmet, ble etablert som et tiltak til økt rekruttering, stabilisering, forskning og fagutvikling hos helsepersonell i distrikt. Formålet med denne undersøkelsen er å beskrive aktiviteten til, og undersøke måloppnåelse for Programmet fra 2003-2023.

Materiale og metode: Dette er en kvantitativ undersøkelse med deskriptive analyser. Datamaterialet er gjort tilgjengelig fra Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM). Det ble inkludert 15 variabler. Datasettet er analysert ved bruk av frekvens- og krysstabeller. Alle analyser har blitt utført i Excel.

Resultat: Av 262 søknader til Programmet fikk 174 (66%) tilsagn og 88 (34%) avslag. 52 % av prosjektene som fikk tilsagn hadde tilhørighet til sentralitetsklasse 5-6. 91 % av prosjektene ble fullført. Prosjektene resulterte i forskning i form av 12 Ph.D., 97 publiserte artikler, 17 rapporter, 29 presentasjoner på konferanse/kongress, 15 antall formidling/kommunikasjon, 27 antall fagutvikling og tre andre resultater. 125 (93 %) av 135 prosjekter favner distriktsmedisinsk praksis og helsetjeneste og 97 % av disse hadde relevans for distriktsmedisin slik det er definert i undersøkelsen.

Konklusjon: Prosjekter som har fått Programmidler bidrar til relevant forskning og fagutvikling, men halvparten av prosjektene har søkere fra kommuner i sentralitetsindeks 5-6. Det var flest søknader innenfor allmenntilleggs- og legevaktsmedisinske tema, mens det var færrest søknader innenfor psykiatri. Det gjenstår å undersøke hvorvidt Programmet påvirker rekruttering og stabilisering i distrikt. Fremtidige undersøkelser av Programmet bør derfor kartlegge hvordan slike midler påvirker rekruttering og stabilisering i distrikt, samt kvalitative undersøkelser av erfaringene til mottakerne av Programmidlene.

Forkortelser og definisjoner

- **Distriktskommune** er definert som kommuner med sentralitetsklasse 5 og 6, i tråd med Kommunal- og distriktsdepartementet (1).
- **Fagutvikling:** å bruke forskningsbasert kunnskap til å utvikle eller forbedre tjenester (2).
- **Forskning:** å bruke vitenskapelig metode for å undersøke noe og gi ny kunnskap (2, 3).
- **NSDM:** Nasjonalt senter for distriktsmedisin.
- **Perioden:** perioden som blir undersøkt, fra 2003 til 2023.
- **Pivottabell:** et verktøy i Excel for å lage sammendrag av eksisterende data (4).
- **Programmet:** «Program for distriktsmedisinsk forskning og fagutvikling».
- **Standard for sentralitet/sentralitetsindeksen** er en indeks der hver enkelt norsk kommune er klassifisert fra 1-6 ut ifra hvor sentral kommunen er basert på «*nærhet til arbeidsplasser og servicefunksjoner*» (5). Sentralitet ligger mellom 0 og 1000 der 0 kun er teoretisk mulig. Den mest sentrale kommunen er Oslo med en verdi på 1000, den minst sentrale kommunen har en verdi ned mot 300 (6).
- **Tilsagn:** Søknader som har fått tildelt midler fra Programmet.

1 Innledning

1.1 Forskning og fagutvikling i distrikt

Distrikt er et begrep som brukes om avsidesliggende områder utenfor byene og kjennetegnes av lav befolkningstetthet med lengre avstander mellom hus og bygninger (7). Statistisk sentralbyrå definerer distrikt ut ifra nærhet til arbeidsplasser og servicefunksjoner, og har klassifisert kommuner i sentralitetsklassene 1-6 basert på tilgang til arbeidsplasser og servicefunksjoner fra alle landets bebodde grunnkretser (5).

Innbyggere i distriktskommuner kan ofte ha lengre reisevei til sykehus og spesialisthelsetjenesten enn innbyggere i byer (8). Geografi og værforhold kan også bidra til at det kan være vanskelig å komme seg dit (8). Å arbeide som helsepersonell i distrikt kan derfor by på unike utfordringer sammenlignet med å arbeide i byer (9). Helsepersonellet må generelt ha et bredere spekter av ferdigheter for å sikre en trygg og effektiv helsehjelp til pasienter i avsidesliggende områder (9). Da er det viktig å ha kontinuerlig tilgang til utdanning, opplæring og vedlikehold av ferdigheter som er relevante for deres lokale praksis (9).

Forskning og fagutvikling innebærer aktivitet for å tilegne seg ny, oppdatert kunnskap og forbedring og utvikling av tjenester (2). I distrikt er dette viktig for at helsepersonell skal kunne utøve kunnskapsbasert praksis i helsetjenesten for å gi pasientene best mulig helsetilbud og -hjelp der de er (2, 9). Kunnskapsbasert praksis i helsetjenesten er et krav til helsepersonell (2) og går ut på at helsepersonellet bruker forsknings- og erfaringsbasert kunnskap samt brukerkunnskap og brukervedvirkning til å ta faglige avgjørelser i praksis (10). Forskning og fagutvikling er derfor viktig i distrikt for å opprettholde et oppdatert kunnskapsnivå hos helsepersonell som yter helsetjenesten.

Etablering av et miljø som er faglig utviklende og inkluderende er et av de viktigste tiltakene for å beholde fastleger og helsepersonell i distrikt (11). Verdens helseorganisasjon (WHO, 2010) trekker fram viktigheten av å støtte helsepersonellens behov for fagutvikling gjennom karrieren deres (12). Det er viktig å ha mulighet til etterutdanning og kompetanseheving som kan bidra til å øke rekruttering og stabilisering av helsepersonell i distrikt (12).

Det finnes internasjonale program som tilbyr læringsressurser som på ulike måter er ment å fremme fagutvikling og forskning for helsepersonell i distrikt (13). Dette inkluderer kontinuerlig profesjonell utvikling som er tilpasset for helsepersonell i distrikt, og er ment for å sikre at helsepersonellet er oppdatert på det nyeste innen medisin og medisinsk praksis (13). Programmene kan inkludere workshops, E-læring og praksisbaserte læringsaktiviteter som tar hensyn til de unike utfordringene ved å jobbe som helsepersonell i distrikt. De kan inkludere opplæring i håndtering av tilstander som kan være mer utbredt eller presenterer seg annerledes i distrikt sammenlignet med by og kan fremme et samarbeid mellom ulike helseprofesjoner for å forbedre helsetjenester, oppfølging og behandling av pasienter i distrikt (13-15)

Abelsen et al (2020) utviklet et rammeverk for å øke rekruttering og stabilisering av helsepersonell i distrikt. Det er basert på resultater av litteraturstudier, praktisk erfaring og nasjonale case-studier i en 7-årsperiode fra landene Sverige, Norge, Canada, Island og Skottland. Rammeverket deles inn i tre hovedsteg: «*Plan, recruit and retain*» som på norsk oversettes til å planlegge, rekruttere og beholde (9). Å sikre relevant fagutvikling trekkes fram i rammeverket som et av de tre viktigste elementene for å beholde helsepersonell i distrikt (9). Helsepersonell i distrikt må ofte dra til byer for fagutvikling og denne fagutviklingen mangler ofte relevans for distriktpraksis (9). Det er derfor anbefalt at fagutviklingen foregår lokalt i kommunen og at det er tilpasset til behovet i distrikt (9).

En australsk studie dokumenterte viktigheten av å engasjere helsepersonell i distrikt til forskning og fagutvikling ved å møte behovene til helsepersonellet en sånn måte slik at det er gjennomførbart å drive med forskning og fagutvikling innenfor allerede tidsbegrensede rammer og knappe ressurser (16). Disse behovene kan dekkes blant annet ved hjelp av vitenskapelig veiledning, økonomisk støtte eller med støtte fra samarbeidspartnere (16).

Rammeverket utviklet av Abelsen et al. (9), som baseres på blant annet norske funn, anbefaler at den økonomiske støtten er øremerket framfor innenfor et eksisterende budsjett for å oppnå suksess med å beholde helsepersonell i distrikt.

1.2 Økonomisk støtte til forskning og fagutvikling i Norge

Det finnes flere muligheter til å søke om økonomisk støtte til å drive med forskning og fagutvikling i Norge. Det er ulike fond, stipend og midler som har egne kriterier for prioritering og til søker og søknad.

For forskning og fagutvikling i distrikt, kan det søkes om midler fra Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) sitt Program for distriktsmedisinsk forskning og fagutvikling (heretter kalt Programmet). Programmet ble etablert som et virkemiddel for å sikre helsepersonell i Nord-Norge og har blitt utviklet til å nå ut til distriktskommuner i hele Norge (17). Søkere i distriktskommuner prioriteres for tildeling av midler fra Programmet (18).

For leger i primærhelsetjenesten utlyses Allmennt medisinsk forskningsutvalg (AFU) sitt «allmennpraktikerstipend»/«AFU-stipend» to ganger i året (19). Til dette stipendet kan samfunnsmedisinere og allmennpraktikere søke uavhengig av kommunetilhørighet. Helsepersonell med kommunetilhørighet til sentralitetsklasse 1-4 som faller utenfor definisjonen distrikt, kan dermed søke på dette stipendet for finansiering til forskning og fagutvikling. Midlene som tildeles tilsvarer inntil 6 måneders arbeid. Stipendet dekker lønnsutgifter, reiseutgifter og driftsmidler. Utgifter til lønn kan dekkes med 60 000 kroner, til reise inntil 4000 kroner og til driftsmidler inntil 2 500 kroner. Som det er for søknader til Programmet, er det også ved AFU-stipend kriterier til søknad og rapportering i form av fremdrifts- og sluttrapport (19).

Programmet og AFU-stipend kan i hver sin ordning bidra med økonomisk støtte til igangsetting av forskning og fagutviklingsprosjekter. For noen forprosjekter kan stipendet bidra til å resultere i for eksempel doktorgrader dersom prosjektet får videre finansiering fra andre ordninger (17, 19).

Søkere som ønsker doktorgradstipend, kan søke til Allmennt medisinsk forskningsfond. Allmennt medisinsk forskningsfond tildeler doktorgradsstipend for inntil tre årsverk og det søkes for et år av gangen (19). Fondet har siden 2008 tildelt stipendmidler til en verdi av 221 millioner til 121 stipendiater (20).

Norsk samfunnsmedisinsk forening har et fond for fagutvikling som foreningens medlemmer kan søke på. Formålet til dette fondet er blant annet «å fremme samfunnsmedisinsk fagutvikling (...)» og midlene går til prosjekter som fremmer samfunnsmedisin som fag (21).

1.3 Programmet

I 1999 ble «Program for allmennmedisinsk fagutvikling og forskning i Nord-Norge» etablert ved Institutt for samfunnsmedisin ved Universitetet i Tromsø. Det var da et allmennmedisinsk stimuleringsstiltak for nordnorske distriktskommuner i samarbeid med Sosial- og helsedepartementet. I prosjektperioden 1999 til 2004 ble grunnlaget lagt for det som senere ble NSDM. De to første årene (2005-2006) etter denne prosjektperioden var NSDM «*et trekantsamarbeid mellom Universitetet i Tromsø, daværende Sosial og Helsedirektoratet og Helse Nord RHF, for å skape en felles faglig, organisatorisk og økonomisk plattform for å sikre driften på permanent basis. Høsten 2006 kom NSDM inn i forslaget til statsbudsjett*» (17). NSDM ble etablert offisielt i statsbudsjettet i 2007 (22).

I dag heter det «Program for distriktsmedisinsk forskning og fagutvikling» (Programmet) og er videreutviklet fra et stimuleringsstiltak for nordnorske distriktskommuner til «*et virkemiddel for stimulering av distriktsmedisinsk forskning og fagutvikling for hele landet*» ved NSDM (17). NSDM får statlige tilskudd fra Helsedirektoratet og får også økonomisk støtte fra Helse Nord RHF (17).

NSDMs programråd avgjør hvem som får tildelt midler gjennom Programmet (17, 22) og er sammensatt av: 1. representanter fra Statsforvalterens helseavdelinger, 2. fra en allmennmedisinsk forskningsenhet fra ett av universitetene i Tromsø, Bergen, Oslo eller Trondheim, 3. fra Norsk Forening for Allmennmedisin, 4. fra Norsk samfunnsmedisinsk forening og 5. fra NSDM (18, 23). Leder av Programrådet er forskningslederen for NSDM (22, 23).

To ganger i året utlyses prosjektmidler med søknadsfrist 15. mars og 15. september. For studenter gjøres studentstipend kjent hvert år (18).

NSDM har etablerte retningslinjer for tildeling og oppfølging ved søknad til Programmet (17):

«Retningslinjer for tildeling og oppfølging

1. Det kan tildeles midler til innkomne prosjektsøknader som vurderes støtteverdige.
2. Søknadene prioriteres ut fra faglig kvalitet og i forhold til Programmets formål og kriterier. En hovedvekt av kriteriene bør være oppfylt.
3. Første tildeling til et enkelt prosjekt kan tilsvare lønnsutbetaling for en avgrenset periode, fra 1 til 4 måneder. Maksimalt beløp til lønn og drift ved første tildeling er kr 200.000,-.
4. Det kan gis tilskudd til samme prosjekt inntil tre ganger.
5. Alle prosjekter skal hvert år rapportere om framdrift i eget rapporteringsskjema. Fristen er 15. mars (for de som har fått tildeling ved vårens søknadsfrist) og 15. september (for de som har fått tildeling ved høstens søknadsfrist).
6. Forutsetning for ny tildeling til samme prosjekt er innlevering av framdriftsrapport.
7. Samlet bevilgning til ett prosjekt skal vanligvis ikke overstige kr 500.000,-
8. Dersom det finnes ledige midler, kan det gis særskilte tilskudd for å sikre framdrift av pågående doktorgradsprosjekter. Doktorgradsprosjekter kan ikke påregne fullfinansiering via Programmet.
9. Hvert år avsettes midler for studentstipender og/eller fellesprosjekter for studentgrupper. Stipendmidlene kan kun benyttes til drifts- og reiseutgifter. De kan ikke benyttes til lønn. Maksimal tildeling til enkeltstudent skal vanligvis ikke overstige kr 30.000 pr år.»

Alle som mottar midler fra Programmet, skal levere framdriftsrapport én gang årlig og sluttrapport senest én måned etter avsluttet prosjekt (17, 18).

Små prosjekter kan gjennom Programmet få full finansiering, mens større prosjekter kan få såkalte «såkorntmidler» til doktorgrader eller lignende (18, 24). Såkorntmidlene vil ikke dekke hele omfanget av et større prosjekt, men kan utgjøre en startkapital som bidrar til at prosjektet kan tre i kraft og stimulere til økonomisk støtte fra andre finansieringskilder. Programmet kan også bidra med studentstipend til medisinstudenter (18). Programmet støtter med andre ord ulike prosjekter med ulikt omfang.

Faglig veiledning ved årlige programseminarer er også en del av Programmet. Der blir alle som har pågående prosjekter og alle som har fått tildelt midler fra Programmet invitert til å presentere prosjektene sine og til faglig diskusjon (17, 25).

Programmets formål før 2006 var å bidra til økt rekruttering og stabilisering i nordnorske kommuner ved å gjøre det mer attraktivt å jobbe i distriktskommuner i de tre nordligste fylkene i Norge (17, 22, 26).

Programmets formål per 2023 er:

«1. å fremme forskning og fagutvikling av relevans for medisinsk praksis og helsetjenester i distriktene

2. å bidra til stabilisering og rekruttering av allmennleger og annet helsepersonell i distriktene» (17, 18)

Programmet tildeler økonomisk støtte og faglig veiledning til prosjekter som får tilsagn (17, 18). Vurdering av søknader til Programmet gjøres av Programrådet der hovedkriteriene for tilsagn om støtte er søkers distriktstilhørighet, prosjektets distriktsmedisinske relevans, vitenskapelig kvalitet og lokal kreativitet og nyskapning (18).

De som kan søke til Programmet er primært distriktmedisinske allmenn- og samfunnsmedisinere, men helsepersonell, som fortrinnsvis samarbeider med primærleger, og medisinstudenter kan også søke (17, 18). Det legges stor vekt på søkers distriktstilhørighet ved tildeling, men det anses ikke som et absolutt krav for tildeling av Programmets midler (18).

Programmet skal bidra til at tildelte prosjekter fører til vitenskapelige resultater gjennom veiledning og bidra til utvikling, annonsering og evaluering av tildelte prosjekter (17, 18). Veiledere på prosjektene bidrar blant annet med at vitenskapelig kvalitet på prosjektet blir overholdt (18).

1.3.1 Tidligere evaluering av Programmet

I 2003 ble Programmet evaluert av Trond Bliksvær og Terje Olsen med publikasjonen «Gøy på landet? Evaluering av en strategisk satsning for å stabilisere legesituasjonen i nordnorske distriktskommuner» (26). På tidspunktet evalueringen fant sted, var det med Programmet et ønske om «å redusere faglig isolasjon i stillinger som allmennpraktiserende lege i nord og gi bedre muligheter til å drive fagutvikling og forskning» (26, side 6). Målsetningen var å øke rekruttering, stabilisering og kompetanseutvikling av kommuneleger i Nord-Norge ved å «skape bedre muligheter for fagmiljø/nettverk, faglig utvikling, forskning (...)» (26, side 4). Evalueringen ble basert på et datamateriale bestående av prosjektdokumenter og kvalitative intervjuer av ni universitetslektorer (26).

I evalueringen (2003) ble det konkludert med at Programmet bidro til at distriktsmedisin fikk større fokus og «ble satt på kartet» (26). De fant at Programmet alene ikke fører til økt rekruttering og stabilisering i distriktene i nord, men at det i større grad var «fastlegeordningen, kommunenes egen personalpolitikk og økonomi og omfanget av nyutdannede leger på arbeidsmarkedet (...)» som var avgjørende når det kom til denne målsetningen til Programmet (26, side 25). Bliksvær og Olsen (2003) undersøkte også om prosjektene i Programmet hadde bidratt til at nordnorske leger hadde fått økte faglige muligheter, der de fant at det hadde hatt en positiv innvirkning hos leger som fra før var involvert i fagutvikling (26). Det påpekes i evalueringen at det hadde vært en satsning av lite omfang frem til da og at det derfor kan være vanskelig å si at denne satsningen alene er avgjørende for fagutvikling og forskning (26). Siden 2003 er det ingen kjente vurderinger av Programmet.

1.4 Formål og problemstillinger

Formålet med denne undersøkelsen er å kartlegge aktiviteten til, og undersøke måloppnåelse for «Program for distriktsmedisinsk forskning og fagutvikling» (Programmet) fra 2003-2023.

Problemstillingen for denne undersøkelsen er derfor: *Hvem søker og får tildelt midler fra Programmet, og oppnår Programmet sitt formål med å fremme forskning og fagutvikling av relevans for medisinsk praksis og helsetjenester i distriktene?*

For å svare på om de tildelte prosjektene fremmer forskning og fagutvikling relevant for distriktsmedisinsk praksis og helsetjeneste, er det utarbeidet noen underproblemstillinger:

Hva slags publisering og formidling har prosjektene bidratt til? Foregår prosjektene i distrikt? Favner prosjektene distriktsmedisinsk praksis og helsetjeneste? Har prosjektene relevans for distriktsmedisin?

Det vil under forklares hvordan disse underproblemstillingene besvares i denne undersøkelsen.

Hva slags publisering og formidling innen forskning og fagutvikling har prosjektet bidratt til?

I undersøkelsen skilles det på om resultater av prosjektene fremmer forskning eller fagutvikling på denne måten:

Publisering og formidling innen forskning omfatter avlagte doktorgrader, publiserte artikler, rapporter og presentasjon på kongress.

Fagutvikling regnes i denne undersøkelsen som prosjekter som har bidratt til å etablere retningslinjer, prosedyrer og brukerhåndbok, undervisningsmateriell, kurs, nettsider, apper, masteroppgaver og andre oppgaver basert på definisjonen av fagutvikling som angitt under «Forkortelser og definisjoner».

Andre resultater som ikke faller naturlig innenfor disse kategoriene, er kategorisert som «Annet», som angitt under avsnittet «2.1.1 Variabler» og vil derfor ikke regnes som forskning eller fagutvikling.

Foregår prosjektene i distrikt?

Statistisk sentralbyrås sentralitetsindeks ble benyttet for å undersøke om tildelte prosjekter foregår i distriktskommuner slik det er definert under «Forkortelser og definisjoner».

Favner prosjektene distriktsmedisinsk praksis og helsetjenester

Distriktsmedisinsk praksis og helsetjeneste ble i denne undersøkelsen forstått som tjenester og tilbud i primærhelsetjenesten som er tilpasset/rettet mot distrikt. Det vil si at prosjekter med tilsagn som har en tematikk som anses å være spesielt rettet mot, eller er aktuelt for helsetjeneste og -tilbud i distrikt favner distriktsmedisinsk praksis og helsetjeneste i primærhelsetjenesten. Prosjekttittel ble brukt for å si noe om prosjektene faller under denne definisjonen eller ikke (ja/nei). Bakgrunnen for denne tolkningen var basert på tilegnet kunnskap vedrørende distriktsmedisin.

Har prosjektene relevans for distriktsmedisin?

Siden alle prosjektkategoriene (2.1.1 Variabler), og dermed alle prosjektene, kan være interessant for distriktsmedisin, undersøkes det derfor videre om prosjektene har relevans for distriktsmedisin. I denne undersøkelsen har prosjekter *relevans for distriktsmedisin* dersom

1. prosjektet har søker med distriktstilhørighet (sentralitetsindeks 5-6)
OG
2. prosjektet forstås som å være tilpasset eller spesielt rettet mot primærhelsetjeneste og/eller helsetilbud i distrikt, eller anses å kunne gi kunnskap/faglig utvikling som anses som nyttig for distrikt (ja/nei)

2 Materiale og metode

2.1 Data

Undersøkelsen er en retrospektiv deskriptiv kvantitativ analyse av aktiviteten til Programmet i perioden 2003-2023. Søknader til Programmet før 2003 og etter 2023 er ekskludert fra undersøkelsen.

Datamaterialet er prosjektdokumenter for Programmet fra perioden 2003-2023.

Datamaterialet fikk jeg tilgang til fra NSDMs prosjektøkonom via OneDrive. Materialet for perioden som undersøkes var delt inn i to ulike perioder i OneDrive; en eldre arkivmappe for perioden 2003-2015 organisert av en tidligere prosjektøkonom, og en nyere mappe for perioden 2015-2024 organisert av nåværende prosjektøkonom. Den nyeste mappen fikk jeg først tilgang til og den inneholdt søknader til Programmet, møtereferat fra møter i Programstyret, tilsagns- og avslagsbrev og fremdrifts- og sluttrapporter. I tillegg inneholdt mappen en Excel-fil med en grov oversikt over tildelinger fra Programmet i perioden 2003-2023 med variablene «År», «Navn», «Beløp» og «Totalbeløp». Denne Excel-filen ble brukt som utgangspunkt for å etablere et datasett som inkluderte alle søknadene til Programmet. Søknader som hadde fått avslag, ble senere inkludert i dette datasettet.

Jeg fikk på et senere tidspunkt tilgang til arkivmappen som inneholdt dokumenter fra 2003-2015. Mappen inneholdt søknader, tilsagn og avslag, fremdrifts- og sluttrapporter. Her var det

stor variasjon i innholdet i søknadene sammenlignet med mappen for 2015-2024. Noen søknader var scannet inn og av dårligere kvalitet. I perioden 2003-2007 var det ikke brukt et standardisert søknadsskjema som søkere fylte ut. Det er derfor mangler i enkelte av variablene i denne tidsperioden, f.eks. alder og antall år i primærmedisinsk virksomhet. For variabler der det manglet informasjon, ble det angitt som «Ikke oppført» i datasettet.

Jeg fikk tilsendt en oversikt over prosjekter som ikke var fullført fra 2015-2023 fra prosjektøkonomen i NSDM. For søknader fra 2003-2014 var det vanskeligere å finne informasjon om prosjekter som ikke var fullført, men ved gjennomgang av dokumentmapper i arkivmappen ble de prosjektene som var beskrevet som avbrutt/ikke fullført registrert i datasettet.

Dersom det var mangler i mottatte søknadsskjemaer gikk jeg videre inn i møterefelat for å hente ut de relevante variablene.

Det ble gjort søk på Legelisten.no og Google hvis kjønn på søker var usikkert.

Dersom innvilget beløp i møterefelat eller tilsagnsbrev ikke stemte overens med prosjektøkonomens oversikt i Excel, ble beløp oppgitt av prosjektøkonom brukt.

For å finne ut hva de tildelte prosjektmidlene har resultert i, ble sluttrapporter og prosjektmapper gjennomgått. I prosjektmappene og/eller sluttrapportene hadde søker linket til, eller vedlagt publiserte artikler, doktorgradsavhandlinger, og plakat/presentasjon på kongress. For prosjekter som var fullført, men som ikke hadde vist til resultater i sluttrapport/prosjektmappe, ble «Prosjekter i programmet» (27) under NSDMs nettside benyttet.

Datamaterialet ble gjennomgått og overført til et datasett i tekstformat i et Excel-ark.

Materialet ble ved hjelp av et kodeskjema kodet til tall i et nytt datasett som senere ble gjort om til en tabell i Excel for analyse.

2.1.1 Variabler

Variablene som var interessante for problemstillingen ble inkludert i undersøkelsen. Innholdet i Mal for søknadsskjema (Vedlegg 1) ble brukt som utgangspunkt for etablering av variablene. Variabler ble manuelt registrert i Excel. Variablene som ble brukt til analyse var:

«Tilsagn/avslag», «År», «Søkers tall-ID», «Beløp innvilget», «Kjønn», «Alder», «Sentralitet», «Yrke», «Prosjektets tall-ID», «Prosjektkategori», «Veileders tall-ID», «Antall år i primærmedisinsk virksomhet», «Resultater av prosjekt», «Prosjektets varighet», «Fullført/ikke fullført».

«Tilsagn/avslag» skiller mellom søknader som fikk tilsagn og søknader som fikk avslag av Programmet. «År» inkluderte året søknadene var mottatt i Programmet. «Beløp innvilget» er beløpet prosjektet fikk tilsagn for. Søkers alder ble angitt under variabelen «Alder». «Sentralitet» er søkers oppgitte kommunetilhørighet angitt som sentralitetsklasse 1-6 basert på SSBs sentralitetsindeks. Søkers «Yrke» inkluderte hovedstillingen til søker og ble kategorisert i sju ulike kategorier. I tilfeller der flere stillinger ble oppgitt, ble hovedstilling benyttet. Under stillingskategorien «Annet» inngår følgende oppgitte hovedstillinger: prosjektleder, fysioterapeut, selvstendig næringsdrivende/daglig leder, konsulent, avdelingsleder, virksomhetsleder, kommunalsjef for helse og omsorg, og kommunepsykolog.

For «Prosjektkategori» ble det etablert tematiske kategorier for prosjekter. Prosjekter som innebar akuttmedisin utenfor sykehus og legevaktsmedisin ble kategorisert som «Legevaktsmedisin/prehospital akuttmedisin». Prosjekter som var direkte knyttet til et fastlegekontor eller spesielt rettet mot allmennmedisin, ble kategorisert innenfor «Allmennmedisin». Prosjektkategorien «Utdanning/fagutvikling» inkluderte prosjekter på medisnutdanning, etterutdanning av helsesekretærer, veiledningsgrupper, turnuslegeordningen (LIS1), fagutvikling og opplæring. Prosjekter hvor prosjektittelen kunne avsløre å omhandle helsetjeneste, institusjon og behandling utenfor fastlegekontor, ble kategorisert som «Helsetjeneste». Søknader som ikke inneholdt en prosjektittel, ble angitt som «Ukjent». Prosjektkategorien «Annet» omfavner prosjektittler som ikke passet inn i de andre kategoriene.

Variabelen «Antall år i primærmedisinsk virksomhet» angir hvor mange år søkeren har jobbet i primærmedisinsk virksomhet. I søknadsskjemaet til Programmet etter 2007, er antall år i primærmedisinsk virksomhet et eget felt for utfylling.

«Resultater av prosjekter» ble kategorisert til «Ph.d.» for doktorgradsavhandlinger som har blitt til fra prosjektet, «Antall artikler» for publiserte vitenskapelige artikler, «Antall rapporter», «Antall presentasjoner på kongress/konferanse», «Antall

formidling/kommunikasjon», «Antall fagutvikling» og «Annet».

«Formidling/kommunikasjon» er resultater i form av kronikker, debattinnlegg, intervjuer og innspill publisert i medier, tidsskrift eller annet. «Antall fagutvikling» inkluderer etablerte retningslinjer, prosedyrer og brukerhåndbok, undervisningsmateriell, kurs, nettsider, apper, masteroppgaver og andre oppgaver. Andre resultater av prosjekter som er kategorisert under «Annet» er mottatt «Løvetannsprisen» og publikasjon i bok.

«Prosjektets varighet» ble registrert basert på NSDMs oversikt på nettsiden deres (17). Alle variabler ble kodet i henhold til et kodeskjema.

2.2 Analyser

Analysene består av deskriptiv statistikk, med frekvenstabeller, gjennomsnitt, variasjonsbredde og presentasjon av fordelingen av de relevante variablene. Alle analyser har blitt utført i Excel ved bruk av pivottabeller.

3 Resultater

3.1 Beskrivelse av søknader til Programmet

Totalt antall søknader til Programmet var 262. Noen søkte sammen, og det var derfor flere antall søkere totalt (279) enn mottatte søknader til Programmet (262). Flere søkte til Programmet mer enn én gang i perioden. Antall *unike* søkere (176) var derfor færre enn antall søkere totalt. Det var totalt 103 unike veiledere fordelt på 262 søknader.

Gjennomsnittlig antall søknader per år var 12. Maksimalt antall søknader var 25, minimum antall søknader var 7 (Figur 1).

Av alle unike søkere var det en jevn fordeling av menn og kvinner (Tabell 1).

32 % av søkerne hadde ikke oppgitt alder i søknaden, men av de som hadde oppgitt alder var det flest mellom 31 og 40 år ved første søknadstidspunkt etter 2003 (Figur 2).

Dersom vi sammenligner første tiår i perioden med andre tiår, ses det betydelig større forskjeller. I perioden 2003-2013 var det 37 kvinnelige (35 %) og 68 mannlige (65 %) søkere

til Programmet sammenlignet med 46 kvinnelige (65 %) og 25 mannlige (35 %) søkere i 2014-2023.

Variabelen «Antall år i primærmedisinsk virksomhet» indikerer om søkerne har primærmedisinsk erfaring og hvor lang erfaring søkerne har ved oppstart på prosjektet (Figur 3). Det er 84 søkere som ikke har oppgitt antall år, men av de som har oppgitt har flest (31 søkere) 1-5 års erfaring.

Blant totalt antall unike søkere (176) var det 21 % som hadde kommunetilhørighet med sentralitetsklasse 5 og 20 % med sentralitetsklasse 6 (Tabell 2). 23 % hadde kommunetilhørighet med sentralitetsklasse 3 og 19 % med sentralitetsklasse 4. 8 % hadde kommunetilhørighet med sentralitetsklasse 1 og 2 og 9 % av søkerne hadde ikke oppgitt kommunetilhørighet i søknadsskjemaet.

Det var 82 ulike kommuner representert for søkere til Programmet. Tromsø var kommunen som flest søkere (46) hadde oppgitt tilhørighet til, og av disse fikk 29 tilsagn. Andre søkere har kommunetilhørighet til Alta, Vestvågøy, Bardu, Bodø, Hammerfest, Harstad, Hemsedal, Karasjok, Førde, Hattfjelldal, Trysil, Steigen, Narvik, Tana, Ål med mer.

42 (24 %) av søkerne var fastleger og 36 (20 %) av søkerne var kommuneleger ved første søknad til Programmet etter 2003 (Tabell 3). 43 (24 %) hadde ikke oppgitt hovedstilling i søknadsskjemaet. 26 søkere (15 %) oppga at de var student, forsker eller hadde en stilling ved et universitet. Sykepleiere og helsesekretærer utgjorde henholdsvis 5 % og 1 % av søkerne. Resterende hadde hovedstilling innenfor «Annet» (9 %) eller LIS1/ALIS/Lege i spesialisthelsetjenesten (2 %).

3.2 Beskrivelse av søknader som har fått tilsagn

174 søknader med totalt 113 unike søkere fikk tilsagn. Minimum antall tilsagn per år var 3 og maksimalt var 14 (Tabell 4). Gjennomsnittlig antall tilsagn per år var 8.

Blant unike søkere som har fått tilsagn på sine søknader var det 28 søkere (25 %) med tilhørighet til kommuner i sentralitetsklasse 5 og 26 søkere (23 %) med tilhørighet til kommuner i sentralitetsklasse 6 (Tabell 5). 57 søkere (50 %) hadde tilhørighet til kommuner i

sentralitetsklasse 1-4. Resterende 2 % hadde ikke oppgitt kommunetilhørighet i søknadsskjemaet.

Blant søkere som fikk tilsagn var det en jevn fordeling mellom kvinner og menn (Tabell 1) og flertallet var under 40 år.

I perioden 2003-2023 har Programmets 174 prosjektsøknader fått tilsagn til totalt 16 191 535,- (Tabell 4). Gjennomsnittlig beløp per prosjekt var 119 937,- og gjennomsnittlig beløp totalt per år var 771 025,-. Det høyeste totale beløpet tildelt per prosjekt i perioden var 716 000,-. Det var totalt tre prosjekter som fikk tildelt beløp over 500 000,-. Det laveste tildelte beløpet var til et prosjekt på totalt 4200,-.

3.3 Beskrivelse av prosjektene

3.3.1 Prosjektkategorier

Av 262 søknader til Programmet var det flest søknader i kategorien «Allmenntilleggsmedisin» med 94 søknader (36 %) etterfulgt av prosjekter i kategorien «Helsetjeneste» med 66 søknader (25 %) (Tabell 6 og Figur 4). 41 søknader (16 %) kunne kategoriseres innenfor «Legevaktsmedisin/prehospital akuttmedisin», 23 søknader (9 %) innenfor «Utdanning/fagutvikling» og fem søknader (1 %) innenfor «Psykiatri». 31 søknader (12 %) passet ikke under de nevnte prosjektkategoriene og er kategorisert som «Annet». Det var tre søknader (1 %) det ikke var mulig å kategorisere.

Av 174 tilsagn var fordelingen av prosjektkategorier (Tabell 7) jevn mellom «Allmenntilleggsmedisin» med 54 søkere og «Helsetjeneste» med 53 søkere. Det var tre prosjekter (2%) kategorisert innenfor «Psykiatri». 16 av søknadene som fikk tilsagn (9 %) ble kategorisert innenfor «Utdanning/fagutvikling» og 32 (18 %) innenfor «Legevaktsmedisin/prehospital akuttmedisin». «Annet» utgjorde 17 søknader (10 %) av alle søknader som fikk tilsagn.

3.3.2 Eksempler på prosjekter

Av 174 prosjektsøknader som fikk tilsagn var det totalt 139 unike prosjekter. De 139 prosjektene hadde et bredt spenn av tematikk. Et prosjekt som fikk tilsagn fra Programmet; «Ledelse i primærmedisinsk virksomhet» ble kategorisert innenfor «Allmenntilleggsmedisin».

Prosjektet resulterte i publisering av flere artikler og til slutt en doktorgradsavhandling på dette temaet. Programmet har også gitt tilsagn til flere prosjekter innenfor «Fagutvikling», eksempelvis «*Implementering av sår- og stomiteam i Alta*» som bidro til etablering av et slikt team i kommunen. Et prosjekt med søkelys på «*Trening av lokale akuttmedisinske team*» ble kategorisert i «Legevaktsmedisin/prehospital akuttmedisin» og resulterte i en internkontrollperm («Fagutvikling»). Andre prosjekter har eksempelvis blitt kategorisert i «Allmenntilleggsmedisin» og har både ført til nasjonalfaglige retningslinjer («Fagutvikling») i tillegg til publiserte artikler. Et av prosjektene innenfor «Psykiatri» som fikk tilsagn var «Mestring hos ALIS-leger ved henvendelse av pasienter med psykiske helseplager». Dette prosjektet pågår fremdeles og har derfor ikke resultater å vise til enda.

3.3.3 Prosjektene varighet og fullføringsgrad

Varighet på prosjektene varierte fra omkring ett år til maksimalt 13 år. 51 (49 %) av prosjektene hadde en varighet på 1-2 år (Tabell 8). 11 (11 %) av prosjektene hadde en varighet på over 5 år.

Av 174 søknader som fikk tilsagn, var det 159 (91 %) som ble fullført.

3.4 Hva har prosjektene som har fått tilsagn fra Programmet ført til?

I denne delen vil underproblemstillingene i «2.2 Forskning og fagutvikling» besvares.

3.4.1 Hva slags publisering og formidling har prosjektene bidratt til?

Av tildelte midler har det vist resultater i form av 12 doktorgrader, 97 publiserte vitenskapelige artikler, 17 rapporter og 29 presentasjoner på kongresser og konferanser (Figur 5). Til sammen utgjør dette 155 antall publikasjoner definert som «forskning». Det har også gitt 27 antall resultater for «fagutvikling» i form av etablerte retningslinjer, prosedyrer og brukerhåndbok, undervisningsmaterie, kurs, nettsider, apper, mastergradsoppgaver, andre innleverte oppgaver på universitetsnivå. Prosjektene har resultert i formidling i form av kronikker, debattinnlegg, intervjuer og innspill publisert i andre medier.

3.4.2 Foregår prosjektene i distrikt?

Av totalt 135 ulike prosjekter for perioden, var det 70 (52 %) som hadde søkere med distriktstilhørighet (sentralitetsklasse 5 og 6).

3.4.3 Favner prosjektene distriktsmedisinsk praksis og helsetjeneste?

125 av 135 prosjekter favner distriktsmedisinsk praksis og helsetjeneste slik det er definert i «2.2 Forskning og fagutvikling». De resterende 10 prosjektene hadde prosjekttitler som favnet bredere og favnet derfor ikke under denne definisjonen.

3.4.4 Har prosjektene relevans for distriktsmedisin?

Blant 70 prosjekter som hadde søker med distriktstilhørighet var det 68 (97 %) som favnet distriktsmedisinsk praksis og helsetjeneste. Blant alle prosjektene (135) utgjør prosjekter som har relevans for distriktsmedisin 50 %.

4 Diskusjon

Flest søkere var mellom 31 og 40 år og hadde 1-5 års erfaring innen primærmedisinsk virksomhet ved første søknad til Programmet etter 2003. Det var flest prosjektsøknader innenfor «Allmennmedisin» og «Helsetjeneste» og færrest innen «Psykiatri». 48 % av tilsagnene for perioden 2003-2023 har gått til søkere tilknyttet distriktskommuner. Når vi så på prosjekter, har 52 % av prosjektene søkere med distriktstilhørighet. Programmidlene har bidratt til 155 antall resultater innenfor forskning og 27 antall resultater for fagutvikling.

4.1 Søkernes kjønn, alder og arbeidserfaring

Kjønnsfordelingen har i perioden hatt et skifte fra en overvekt av mannlige søkere (65 %) i perioden 2003-2013 til en overvekt av kvinnelige søker (65 %) mellom 2014 og 2023. Det kan forklares av at det er økende andel (over 70 %) kvinnelige medisinstudenter (28) og en økende trend av kvinnelige fastleger (29).

Dersom vi ser resultatet på antall år i primærmedisinsk virksomhet sammen med alder på søker, kan det antyde at det er tidlig i karrieren søkere er mest ivrig på forskning og fagutvikling i distrikt. Det kan stilles spørsmål til om årsaken er at det er en større andel i den aldersgruppen som kjenner til Programmet og derfor representerer en større andel av søkerne, eller om det er motivasjonen for forskning og fagutvikling som kan forklare det. Resultatene alene kan ikke si noe om disse påstandene stemmer. Mange av søkerne (32 %) hadde ikke oppgitt alder i søknaden og enda flere (48 %) hadde ikke oppgitt antall år i primærmedisinsk virksomhet i søknadsskjemaet. Det er derfor mulig at fordelingen ville sett noe annerledes ut

dersom vi hadde hatt disse tallene for alle søkerne. Andelen som hadde oppgitt denne informasjonen, 67 % for alder og 52 % for antall år i primærmedisinsk virksomhet, gir likevel et bilde på fordelingen.

4.2 Søkertall til Programmet

Av Figur 1 ser vi at antall søknader til Programmet varierer, men etter 2019 har kurven flata ut, med et stabilt antall søknader på 10. I denne perioden opptok koronapandemien generelt sett tid og ressurser i befolkningen, og det ble mindre tid til forskning (30). Dette kan ha bidratt til en lavere søkning til Programmet etter 2019. Gjennomsnittlig antall søknader per år var 12 søknader for hele perioden, så det er lavere enn gjennomsnittet, men ikke det laveste søkertallet Programmet har hatt. En mulig årsak til variasjonen i tallene ellers er hvor mange aktuelle søkere som får med seg utlysningen. Programmet utlyser midler to ganger i året og har flere plattformer for å nå ut til søkere. NSDMs nettside har en ryddig oversikt over Programmet og dets søknadsmuligheter (18). Lesere har også mulighet til å motta nyhetsbrev fra NSDM der det er grunn til å tro at utlysning av Programmets midler også sendes ut. De har også en Facebook-side der de deler nyheter og forskning innen distriktsmedisin. Det blir interessant å se om tallene for søknader øker framover.

4.3 Har Programmet bidratt til å fremme forskning og fagutvikling i distrikt?

Programmets «såkornmidler» har bidratt til at prosjekter kommer i gang og kan, med videre finansiering fra andre ordninger, til slutt resultere i for eksempel en doktorgrad. Denne undersøkelsen har vist at Programmets «såkornsmidler» har ført til 12 doktorgrader. Til tross for at Programmet ikke kan finansiere et stort prosjekt, viser dette verdien midlene kan ha. For mindre prosjekter kan Programmet bidra med hele eller deler av finansieringen. Flere søkere kan ha behov for å redusere sin stilling som f.eks. fastlege for å ha en forskningsstilling i tillegg for at ikke arbeidsbelastningen skal bli for stor. Programmidlene kan bidra til å muliggjøre forskning ved siden av sin stilling som helsepersonell. 97 vitenskapelige artikler har blitt publisert på bakgrunn av prosjektene som har fått tildelt midler. Å få en vitenskapelig artikkel publisert står høyt hos forskere (31), både for å dele forskningsfunnene og for karriereutvikling. Programmets midler bidrar til dette sammen med vitenskapelig veiledning.

Programmets midler har bidratt til å fremme forskning og fagutvikling som favner distriktsmedisinsk praksis og helsetjeneste. Resultatene viser at en stor andel (93 %) av Programmets prosjekter anses som å favne distriktsmedisinsk praksis og helsetjeneste. Prosjektene som får tilsagn, er med andre ord i tilpasset helsetjeneste og/eller helsetilbud i distriktene. Det er andre utfordringer i distrikt enn i byer og forskning og fagutvikling tilpasset distriktsmedisinsk praksis og helsetjeneste er viktig for å yte en best mulig helsetjeneste lokalt (9). De siste andelene av prosjektene (7 %), hadde prosjekttitler der det var tydelig tematikk som favnet distriktsmedisinsk praksis og helsetjenester.

Færre enn halvparten av prosjektene som fikk tilsagn anses som å ha relevans for distriktsmedisinsk forskning og fagutvikling i denne undersøkelsen. Definisjon av relevans i undersøkelsen (ref. «2.2 Forskning og fagutvikling») var helt avhengig av at prosjektsøkere hadde distriktstilhørighet for å bli inkludert i definisjonen, og siden halvparten av søkere som har fått tilsagn ikke hadde distriktstilhørighet, viste resultatene derfor en lavere grad av relevans (50 %) enn det som kunne forventes. Når vi kun så på søkere som hadde distriktstilhørighet, hadde likevel de aller fleste (93 %) prosjektene relevans for distriktsmedisinsk praksis og helsetjenester. Definisjonen var nok noe streng når vi ser på prosjektene som faller utenfor denne definisjonen, da de fleste prosjektene likevel har tematikk som kan være relevante eller knyttet til distriktsmedisin.

Programmet har selv listet opp spørsmål for å vurdere prosjektenes relevans for distriktsmedisin:

«Hvordan kan prosjektet bidra til økt kunnskap om helsetilstand og helsetjenester i distriktene?»

Hvordan kan prosjektet bidra til økt kunnskap om forhold som fremmer vs. hemmer stabilitet og rekruttering blant leger og helsepersonell i distriktene?»

Hvordan kan prosjektet bidra til faglig utvikling og samarbeid i den lokale helsetjenesten?»

Hvordan kan prosjektet bidra til økt kunnskap om forhold som fremmer vs. hemmer samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten?» (18)

Spørsmålene gir et innblikk i hva Programrådet legger i sin vurdering av prosjektets relevans for distriktsmedisin. Prosjektene som i denne undersøkelsen har vært vurdert til å ikke ha

relevans for distriktsmedisin, har Programrådet vurdert som relevante basert på blant annet disse spørsmålene, og prosjektene har derfor fått tilsagn. Det er grunn til å tro at prosjektene utenfor definisjonen av distrikt likevel kan være relevante for distriktsmedisin.

Formålet til Programmet har endret seg i perioden som var undersøkt, noe som kan forklare hvorfor mange uten distriktstilhørighet har fått tilsagn for sine prosjekter. Frem til 2006 var Programmets formål sentrert til Nord-Norge. Formålet i 2005 ble beskrevet slik: *«Formålet med Programmet er å bidra til rekruttering og stabilisering av dekingen av allmennleger til nordnorske distriktskommuner. (...) Alle aktiviteter som kan ha stabiliserende eller rekrutterende effekt på leger i Nord-Norge, må kvalitetsvurderes av fondsstyret, men kravet til støtteverdige aktiviteter/prosjekt bør være pragmatisk.»* (Vedlegg 2). Undersøkelsen har tatt utgangspunkt i formålet slik det er definert i 2023. Selv om distriktstilhørighet fortsatt ikke er et absolutt krav for tildeling, er det fremhevet som viktig. Basert på funnene ser det ut til at distriktstilhørighet ikke var en del av formålet fra 2003-2005, og At tildelingskravene var mindre strenge. Det kan tenkes at f.eks. Tromsø med sentralitetsklasse 3, fikk tilsagn tidligere år på grunn av et annet formål med Programmet.

Sentralitetsindeksen har også vært endret ved flere anledninger i perioden som er undersøkt. Sentralitetsklasser har vært endret fra å ha fire klasser frem til 2017 til seks klasser (5), og det har vært en endring i hvordan sentralitet er definert (5, 6). Dette kan ha påvirket kategoriseringen av kommunetilhørighet ut fra sentralitetsklassene. Eldre kommuner har blitt sammenslått og har kanskje en annen sentralitetsindeks i 2023 enn året søker sendte søknad til Programmet. Sentralitetsindeks før 2017 er ikke funnet.

Distriktskommune er i denne undersøkelsen definert som kommuner med sentralitetsklasse 5 og 6 (1). Distriktskommune kan også defineres som kommuner med sentralitetsklasse 4, 5 og 6 (32). Denne måten å definere distrikt på ville inkludert flere søkere i analysen for distriktstilhørighet og dermed ville også flere prosjekter hatt relevans for distriktsmedisin for denne undersøkelsen. Det er ikke kjent om NSDMs måte å definere distrikt på har endret seg i perioden, men dette kan ha betydning for resultatene.

Mer enn gøy på landet?

I den tidligere evalueringen «Gøy på landet? (...)» (26) konkluderes det med at Programmet har satt distriktmedisin på kartet og at det har vært *gøy på landet* for de som allerede var interesserte innenfor denne retningen. Våre funn kan tyde på at det har skjedd en utvikling innenfor interessen rundt distriktmedisin ved at det er flere nyutdannede med liten erfaring innen primærmedisinsk virksomhet som søker til Programmet. Det er også mange unike søkere (176), som viser at det ikke bare er en liten gruppe innenfor miljøet som søker og har interesse innenfor distriktmedisin. Siden forrige evaluering har det blitt etablert et Nasjonalt senter for distriktmedisin (NSDM) i Tromsø, noe Bliksvær & Olsen (26) trekker frem som en realistisk plan etter sin vurdering i 2003.

4.4 Videre forskning / fremtidsperspektiver

Det er en svært liten andel (1 %) av Programmets prosjekter som setter søkelys på psykiatri. Rus er heller ikke på agendaen for tematikken til prosjektene. Statistisk sentralbyrå viser at det er en større andel som sliter med psykiske plager enn tidligere (33) og det er en relativt stor andel (12 %) som oppsøker fastlegen sin for psykiske helseplager i Norge (34). En norsk kohortstudie fra 2023 viser også at det har vært en betydelig økning i andelen ungdom og unge voksne som oppsøkte fastlegen sin for psykiske plager (35). Studien trekker frem viktigheten av fastlegens rolle for en ungdomsbefolkning med økende psykiske plager (35). Samtidig som flere har behov for psykisk helsehjelp, kuttes det i psykiatri-sektoren (36, 37). Programmet kan med fordel bidra til å belyse denne tematikken ved å spesifikt utlyse midler til flere prosjekter som retter søkelys mot psykiatri.

For videre undersøkelse av Programmet bør det først og fremst defineres hvordan rekruttering og stabilisering skal måles for å vurdere Programmets formål om å fremme rekruttering og stabilisering av helsepersonell i distrikt. Metoder som for eksempel spørreskjema og/eller intervju av prosjektsøkere kan gi innblikk i motivasjonen for å drive med forskning og fagutvikling, og derav søknad til Programmet, og å sette søkelys på om søkere selv eller deres prosjekt bidrar til måloppnåelse av dette formålet til Programmet. Formålet om å bidra til økt stabilisering og rekruttering kan med fordel bli undersøkt i f.eks. fremtidige masteroppgaver der kvalitativ metode kan være egnet for å gi et mer helhetlig bilde av Programmets måloppnåelse.

Undersøkelsen viser at det er flest kommuneleger og fastleger som søker til Programmet. Programmets formål inkluderer allmennleger og helsepersonell som målgruppe og det er påpekt under «Kriterier for vurdering av prosjektsøknader» at *«helsepersonell som ikke er leger kan søke, fortrinnsvis i samarbeid med en primærlege»* (18). Fastlegenes arbeidsmengde øker samtidig som at fastlegemangel er et kjent problem (38). Helsepersonellet som skal forske er gjerne avhengig av å være noe fraværende fra sitt yrke for å ha tid til å drive med forskning. Forskere innen helsetjenesteforskning behøver ikke ha medisinsk bakgrunn og det kan produseres vel så relevant og viktig kunnskap av verdi for forskning og fagutvikling i distrikt med en tverrfaglig sammensetning av annet helsepersonell og fagfolk.

Programmets mal for sluttrapport kan med fordel inkludere et punkt for prosjektets oppstartsdato for en tydeligere oversikt over varighet på prosjekter og eventuelle videre undersøkelser rundt dette.

4.5 Svakheter og styrker ved undersøkelsen

Det er flere begrensninger ved denne undersøkelsen. Kommune oppgitt i søknadsskjemaet (vedlegg 1) ble brukt som standard for kommunetilhørighet. Ved etableringen av datasettet kan det gi feilaktige opplysninger om søkerens faktiske kommunetilhørighet, fordi oppgitt bokommune kan ha avviket fra søkerens yrkeskommune eller prosjektkommune. Det kan ha medført at søkere som har distriktstilhørighet blir plassert i en sentralitetsklasse som er lavere, altså mer sentral, enn det som er reelt. Standarden for innsamling av variabler ved bruk av søknadsskjema ble valgt fordi jeg først fikk tilgang til mappen med dokumenter fra 2015-2024 og disse søknadene hadde en mal for søknadsskjema som variabler kunne hentes fra (Vedlegg 1).

For etableringen av datasettet har det vært benyttet ulike kilder i form av tilgang til to ulike OneDrive-mapper. Det var også noen avvikende funn mellom kildene. Eksempelvis var det enkelte tildelte beløp i møtereferat som ikke samsvarte med prosjektøkonomens oversikt.

Søknadsskjemaene til Programmet var annerledes i perioden 2003-2007 enn i perioden 2008-2023. Fra 2008 var søknadsskjemaene mer utfyllende og det var stort sett benyttet en standardisert mal for søknadsskjema (Vedlegg 1). Det var derfor mangelfulle variabler fra 2003-2007.

Det var ikke datert oppstart og avslutning av prosjektene i dokumentene. Dette kompliserte muligheten til å lage en egen oversikt over prosjektenes varighet.

Fordi prosjekter kan få midler flere ganger, er det flere søknader til samme prosjekt. Ved gjennomgang av søknadsdokumenter er det enkelte søknader til prosjekter som har lignende navn og det kan være registrert feil i datasettet grunnet at undertegnede ikke kjenner innholdet i prosjektene.

Det kan være feil i datasettet og påfølgende analyser fordi variabler er manuelt registrert av undertegnede som ikke har forskningsbakgrunn fra tidligere.

En svakhet med oppgaven er også definisjonen av relevans for distriktsmedisin. Prosjektkategoriene belyser tematikk som anses som relevante for distriktsmedisin og kunne vært en del av denne definisjonen.

Begge veiledere jobber i NSDM der en har fått tildelt midler fra Programmet. Dette kan være en «conflict of interest» med denne undersøkelsen.

Styrker ved undersøkelsen er at datainnsamlingen er utført av én person, noe som reduserer risiko for informasjonsbias. Undersøkelsen er gjort av Programmets aktivitet over en periode på 21 år sammenlignet med evalueringen i 2003 der Programmet bare hadde eksistert i fire år (26). Dette gir et åpenbart større datagrunnlag for analyse.

Programmet er blitt undersøkt på ett av to formål, noe som kan bidra med nyttig kunnskap til NSDMs Programmet i fremtiden.

5 Konklusjon

Prosjekter som har fått Programmidler bidrar til relevant forskning og fagutvikling, men halvparten av prosjektene har søkere fra kommuner i sentralitetsindeks 5-6. Det var flest søknader innenfor allmennt medisinske- og legevaktsmedisinske tema, mens det var færrest søknader innenfor psykiatri. Det gjenstår å undersøke hvorvidt Programmet påvirker rekruttering og stabilisering i distrikt. Fremtidige undersøkelser av Programmet bør kartlegge hvordan slike midler påvirker rekruttering og stabilisering i distrikt, samt kvalitative undersøkelser av erfaringene til mottakerne av Programmidlene.

Referanseliste

1. Meld. St. 5 (2019-2020) - Melding til Stortinget [nettdokument]. Regjeringen.no: Kommunal- og distriktsdepartementet. Det kongelige kommunal- og moderniseringsdepartement. 2020 [18.mai 2024]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-5-20192020/id2674349/?ch=3>
2. Hem E, Kirkevold M, Friis S, Vaglum P. Innføring i klinisk forskning og fagutvikling. 1 ed. Oslo: Universitetsforlaget; 2021.
3. Lackner EJ. : *forskning* i Store norske leksikon på snl.no [sitert 23.07.24]. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/forskning>
4. Oversikt over pivottabeller og pivotdiagrammer Microsoft support: Microsoft; [30.05.24]. Tilgjengelig fra: <https://support.microsoft.com/nb-no/office/oversikt-over-pivottabeller-og-pivotdiagrammer-527c8fa3-02c0-445a-a2db-7794676bce96>
5. Høydahl E. Standard for sentralitet [nettdokument]. Statistisk sentralbyrå: SSB; 2020 [oppdatert 20.01.18, sitert 18.15.24]. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/klasse/klassifikasjoner/128>
6. Høydahl E. Sentralitetsindeksen - oppdatering med 2020-2024-kommuner [nettdokument]. Statistisk sentralbyrå; 2020 [sitert 09.04 2024]. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/befolkning/folketall/artikler/sentralitetsindeksen>
7. Costa H, Sprout E, Teng S, McDaniel M, Hunt J, Boudreau D, et al. Rural Area education.nationalgeographic.org: National Geographic [oppdatert 19.10.23, sitert 24.07.24]. Tilgjengelig fra: <https://education.nationalgeographic.org/resource/rural-area/>
8. Murphy P, Burge F, Wong ST. Measurement and rural primary health care: a scoping review. *Rural and Remote Health*. 2019;19:4911. Doi: 10.22605/RRH4911
9. Abelsen B, Strasser R, Heaney D, Berggren P, Sigurðsson S, Brandstorp H, et al. Plan, recruit, retain: a framework for local healthcare organizations to achieve a stable remote rural workforce. *Hum Resour Health*. 2020 Sep 3;18(1):63 [sitert 9.mai 2024]. Doi: 10.1186/s12960-020-00502-x
10. Helsebiblioteket. [Internett]. helsebiblioteket.no [oppdatert 17.09.21, sitert 30.07.24]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no>
11. Abelsen B, Brandstorp H. RECRUIT & RETAIN - MAKING IT WORK. [rapport] 2019. Tilgjengelig fra: <https://www.nsdm.no/wp-content/uploads/2019/01/NSDM-rapport-Recruit-Retain-Making-it-Work-Den-norske-case-studien.pdf>
12. WHO. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: Global Policy Recommendations. Geneva: World Health Organization; 2010. 2010 [25.05.24]. Tilgjengelig fra: <https://www.who.int/publications/i/item/increasing-access-to-health-workers-in-remote-and-rural-areas-through-improved-retention>
13. Samuel A, Cervero RM, Durning SJ, Maggio LA. Effect of Continuing Professional Development on Health Professionals' Performance and Patient Outcomes: A Scoping Review of Knowledge Syntheses. *Acad Med*. 2021 Jun 1;96(6):913-23. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000003899>
14. World Federation for Medical Education (WFME). Continuing professional development of medical doctors. WFME global standards for quality improvement. 2015 [sitert 31.07.24]. Tilgjengelig fra: https://wfme.org/wp-content/uploads/2015/01/CPD_2015_v2.pdf
15. Grusauskas H, Vainiomaki P, Politi E, Silva Nd. WONCA Global Standards for Continuing Professional Development (CPD) for Family Doctors: WONCA; 2016 [31.07.24].

Tilgjengelig fra:

<https://www.globalfamilydoctor.com/site/DefaultSite/filesystem/documents/Groups/Education/WONCA%20CPD%20Standards%202016.pdf>

16. Birden H. The researcher development program: how to extend the involvement of Australian general practitioners in research? *Rural and Remote Health* 2007;7: 776.

Tilgjengelig fra: <https://doi.org/10.22605/RRH776>

17. NSDM. Program for distriktsmedisinsk forskning og fagutvikling (Programmet) [nettdokument]. nsdm.no [sitert 18.05.24]. Tilgjengelig fra: <https://www.nsdm.no/program-for-distriktsmedisinsk-forskning-og-fagutvikling/>

18. NSDM. Statutter [nettdokument]. nsdm.no 2023 [sitert 18.05.24]. Tilgjengelig fra: <https://www.nsdm.no/statutter/>

19. allmennmedisin N-Nff. Allmennmedisinsk forskningsutvalg (AFU) [nettdokument]. Legeforeningen.no [sitert 28.05.2024]. Tilgjengelig fra:

<https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-forening-for-allmennmedisin/Styrets-arbeid/underutvalg/Forskningsutvalget/>

20. Nilsen L. Har delt ut 221 millioner til 121 forskere innen allmennmedisin Den norske legeforening2024 [oppdatert 19.05.24, sitert 30.05.24]. Tilgjengelig fra:

<https://www.legeforeningen.no/om-oss/fond-og-legater/allmennmedisinsk-forskningsfond/forskningsnytt/har-delt-ut-221-millioner-til-121-forskere-innen-allmennmedisin/>

21. Mørland H, Sundar T. Norsam-fond for fagutvikling ved Norsk samfunnsmedisinsk forening: Den norske legeforening; 2023 [oppdatert 19.04.23]. Tilgjengelig fra:

<https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/Norsk-samfunnsmedisinsk-forening/norsam-fond/>

22. NSDM. Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) / Boaittobealmediislinna našunála guovddáš [nettdokument]. nsdm.no; 2024 [sitert 18.05.24 18.05.24]. Tilgjengelig fra:

https://www.nsdm.no/om_nsdm/

23. NSDM. Programrådet [internett]. [18.05.24]. Tilgjengelig fra:

<https://www.nsdm.no/programradet/>

24. NSDM. Søk midler til forskning og fagutvikling. 2019 [oppdatert 16.08.19, sitert 18.05.24]. Tilgjengelig fra: <https://www.nsdm.no/sok-midler-til-forskning-og-fagutvikling/>

25. NSDM. I distriktene må man selv ta tak og lage sitt eget lag. [nettdokument]. nsdm.no 2019 [sitert 06.05.24]. Tilgjengelig fra: <https://www.nsdm.no/3962-2/>

26. Bliksvær T, Olsen T. Gøy på landet? Evaluering av en strategisk satsning for å stabilisere legesituasjonen i nordnorske distriktkommuner. Arbeidsnotat nr. 1015/03. ISSN-nr.: 0804-1873. nordlandsforskning.no 2003 Oktober 2023. Contract No.: Arbeidsnotat nr. 1015/2003. Tilgjengelig fra: <https://docplayer.me/5388622-Evaluering-av-en-strategisk-satsning-for-a-stabilisere-legesituasjonen-i.html>

27. NSDM. Prosjekter i Programmet [Internett]. NSDM; 2022 [sitert 06.07.24]. Tilgjengelig fra: <https://www.nsdm.no/prosjekter-i-programmet/>

28. NTB, Onsøyen OG. Kjønnsgapet blant studiesøkere økte: Over 70 prosent kvinner som får studere medisin. *Dagens medisin*. 2022. Tilgjengelig fra:

<https://www.dagensmedisin.no/jobb-og-utdanning-utdanning/kjonngapet-blant-studiesokere-okte-over-70-prosent-kvinner-som-far-studere-medisin/119152>

29. Telle K, Abelsen B, Elvestad LA, Grønvold NT, Iversen T, Rashidi K, et al. Gjennomgang av allmennlegetjenesten. Ekspertutvalgets rapport. regjeringen.no; 2023.

Tilgjengelig fra:

https://www.regjeringen.no/contentassets/092e9ca0af5e49f39b55c6aded2cf18d/230418_ekspertutvalgets_rapport_allmennlegetjenesten.pdf

30. Ramberg I, Wendt K. Forskerhverdag under koronapandemien. Arbeidsnotat 2023:9. nifu.no; 2023. Tilgjengelig fra: <https://nifu.brage.unit.no/nifu-xmlui/bitstream/handle/11250/3069589/NIFUarbeidsnotat2023-9.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

31. Kristiansen N. Det har blitt 50 prosent mer forskning på sju år. Drukner de viktige funnene? [internett]. forskning.no2023 [oppdatert 23.11.23, sitert 08.08.24]. Tilgjengelig fra: <https://www.forskning.no/forskningsmetode-om-forskning/det-har-blitt-50-prosent-mer-forskning-pa-sju-ar-drukner-de-viktige-funnene/2281883>

32. Regionale utviklingstrekk 2023. Regjeringen.no: Kommunal- og distriktsdepartementet; 2023. [sitert 18.mai 2024]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/regionale-utviklingstrekk-2023/id2995607/?ch=2>

33. Statistisk sentralbyrå. Helseforhold, levekårsundersøkelsen. 04432: Symptomer på helseproblemer og medisinbruk, etter kjønn og alder (prosent) 1998 - 2019 [database]. Oslo: Statistisk sentralbyrå 2020 [oppdatert 04.07.20, sitert 06.08.24]. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/statbank/table/04432/>

34. Statistisk sentralbyrå. Allmennlegetjenesten. ssb.no; 2024. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/statistikk/allmennlegetjenesten>

35. Wahlberg K, Pape K, Austad B, Vie GÅ. Use of general practitioner services among youth and young adults in Norway from 2006 to 2021. Scandinavian Journal of Primary Health Care. 2023;41(4):505-15. <https://doi.org/10.1080/02813432.2023.2280045>

36. Baldersheim N. Frykter flere kutt i døgnplasser [internett]. 2024 [oppdatert 03.03.24, sitert 07.08.24]. Tilgjengelig fra: <https://mentaltperspektiv.no/aktuelt/frykter-nye-kutt-i-dognplasser-for-rus/>

37. Undheim I, Hjetland GB. - Det er helt absurd [internett]. NRK; 2022 [oppdatert 03.11.22, sitert 07.08.24]. Tilgjengelig fra: <https://www.nrk.no/norge/varslar-om-kraftige-kutt-i-psykiatrien-i-oslo-1.16156436>

38. Theie MG, Lind LH, Haugland LM, Skogli E. Fastlegeordningen i krise - hva sier tallene. 2018. [sitert 26.05.24]. Tilgjengelig fra: <https://www.legeforeningen.no/contentassets/ced23ddcb76b48d388f4c5eb09566054/fastlegeordningen-i-krise-hva-sier-tallene-endelig-rapport.pdf>

Vedlegg 1 Mal for søknadsskjema 2016



NSDM

Søknadsskjema

Programmet for forskning og fagutvikling i distriktmedisin
 NSDM
 ISM
 9037 TROMSØ

Om søkeren

Navn		Alder	
		Antall år i primærmedisinsk virksomhet	
Adresse		Stilling	
E-mail	Tlf	Fax	
Tidligere forskningserfaring og evt. publikasjon			

Om prosjektet

Tittel
Veileder
Institutt (tilhørighet)

Hva søkes det om: (fullstendig finansieringsplan for prosjektet må framgå av prosjektbeskrivelsen)			
	Lønn/stipend		
	Driftsmidler		

Tidligere søkt støtte til prosjektet fra NSDM:		Utfall	
	Ja		Avslag
	Nei	Innvilget	Støtnadsbeløp

Søkt støtte fra andre institusjoner	Hvis ja, hvor og når	Støtnadsbeløp
Ja		

Nei	
-----	--



NSDM

Sammendrag (max 250 ord)

Prosjektbeskrivelse (max 6 sider) vedlegges. For forskningsprosjekter skal prosjektbeskrivelsen inneholde:

- bakgrunn/spørsmålsstilling
- metode/frangangsmåte
- bearbeiding av data/erfaringer
- tidsplan
- budsjett og søknadsbeløp
- plan for formidling/erfaringsoverføring
- kort begrunnelse for prosjektets relevans for stabilisering/rekruttering av lokalt helsepersonell og/eller distriktmedisinsk forskning/fagutvikling
- signert veiledererklæring legges ved søknaden
- en CV legges ved søknaden

En mindre bundet framstilling er akseptabel for å beskrive fagutviklingsprosjekter.

Dato	Underskrift
------	-------------

Søknadsskjema kan sendes elektronisk til: programmet@nsdm.uit.no

Vedlegg 2 Beskrivelse av Programmet utsendt 15.02.2005

"Program for allmennmedisinsk fagutvikling og forskning i Nord-Norge"

Bakgrunn

Det har de siste 50 årene vært et tverrpolitisk og overordnet mål å tilby distriktene den samme helsetjeneste som byene og tettstedene. I perioder med sterk sentralisering har også legene flyttet fra utkantene og til sentrale strøk

Universitetet i Tromsø har en klar forpliktelse overfor landsdelen i denne sammenheng. Undervisning av medisinerstudentene er helt avhengig av en velfungerende primærhelsetjeneste. Universitetet bør bl.a. derfor ha en strategi for å møte problemene med legetjenesten i distriktene.

Faglig isolasjon blir ofte nevnt i forbindelse med flukten av leger fra distrikts-Norge. Universitetet i Tromsø bør spille en aktiv rolle i å redusere en slik isolasjonsfølelse, særlig overfor de legene som tar på seg undervisningsoppgaver for Universitetet.

Som et stimuleringsiltak for primærhelsetjenesten i Nord-Norge bevilget Helsedepartementet gjennom Sosial og Helsedirektoratet til et "Program for allmennmedisinsk fagutvikling og forskning i Nord-Norge". Dette fondet bestyres nå av Nasjonalt senter for distriktsmedisin. Gjennom denne type virksomhet er det mulig for Universitetets vitenskaplig ansatte i samarbeid med helsetjenesten i vår helseregion å drive fagutvikling og forskning på flere nivå. Et slikt "Program for allmennmedisinsk fagutvikling og forskning i Nord-Norge" er en mulighet til å skape komparative fortrinn ved å jobbe som primærlege i Nord-Norge.

Formål

Formålet med Programmet er å bidra til rekruttering og stabilisering av dekkningen av allmennleger til nordnorske distriktskommuner. Fondets suksesskriterier bør derfor sees i denne sammenheng. Det vil si at enhver søknad om prosjektmidler fra fondet også må kunne konkretisere at tildelingen vil ha betydning for rekruttering til allmennlegestilling, eventuelt utsette eller hindre en oppsigelse.

Et slikt fond bør raskt kunne finansiere en aktivitet/et prosjekt som Programstyret mener kan virke stabiliserende på legedekningen i kommunen. Alle aktiviteter som kan ha stabiliserende eller rekrutterende effekt på leger i Nord-Norge, må kvalitetsvurderes av fondsstyret, men kravet til støtteverdige aktiviteter/prosjekt bør være pragmatisk.

Det er viktig å se alle de aktiviteter som har som hovedmålsetting å rekruttere og stabilisere leger til nordnorsk primærhelsetjeneste i sammenheng. Fondet må gi rom for fagutvikling, stimulering av forskningsaktiviteter for alle primærleger som er eller vil bli knyttet til landsdelen.

Organisering

Programmet skal ha et styre på seks medlemmer, med en representant fra hver av de tre Fylkeslegene og tre representanter fra Det medisinske fakultet ved Universitetet i Tromsø. En av Universitetets representanter fungerer som leder. Administrasjonen av Programmet legges til Institutt for samfunnsmedisin.

Sosial og Helsedirektoratet er invitert til å inneha observatørstatus i styre.

Styret møtes fast to ganger i året for tildeling av prosjektmidler. Programmets styreleder har fullmakt til å tildele mindre prosjektmidler som kan ha betydning for rekruttering og stabilisering og som det haster å få avgjort.

Budsjett

Skal Programmet kunne brukes fleksibelt og som en trinnvis finansiering av små utredninger som kan utvikles etter hvert til større prosjekter, må det ha en viss størrelse. Programmet dekker alle utgifter i forbindelse med prosjektet, både lønn, drift og mindre utstyr.

For å oppnå den ønskede rekrutterende effekten, er det viktig at prosjekter som fyller kvalitetskravene og suksesskriteriene, kan forvente tildeling av midler.

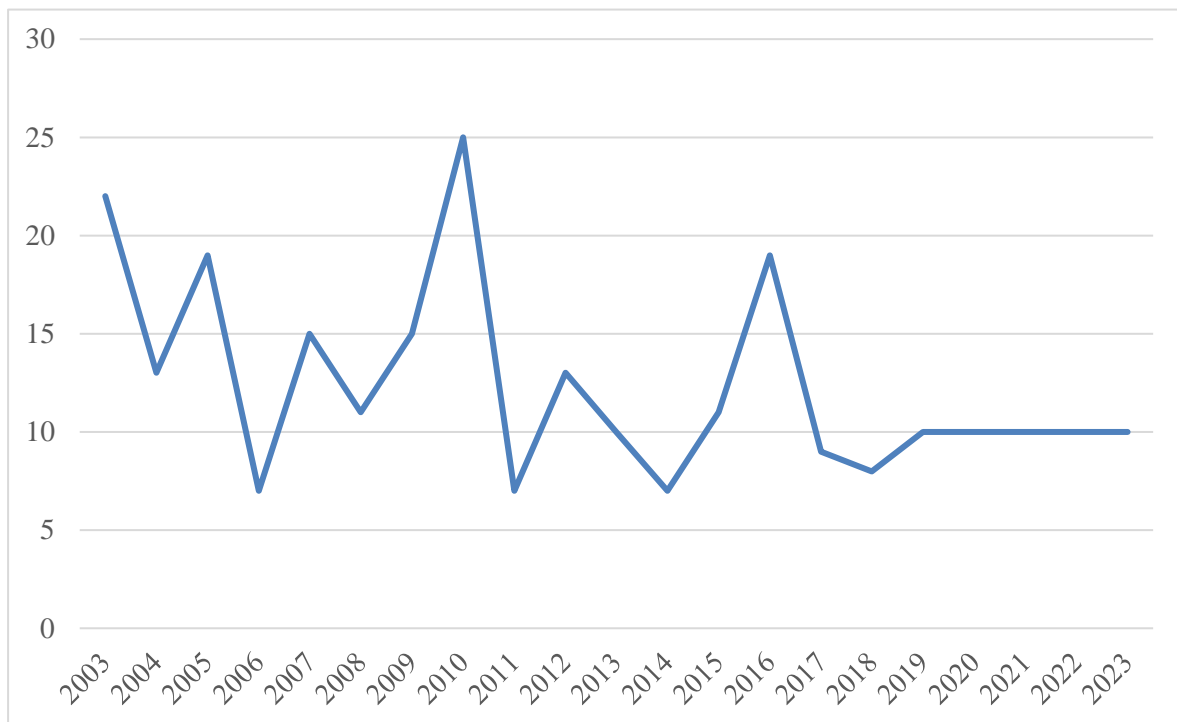
Tidsplan

Programmet ble etablert 1999. Det sendes ut informasjon til alle legene i landsdelen hvert halvår. Prosjekter som tildeles midler må sende inn regnskap og progresjonsrapporter/ferdig rapporter årlig.

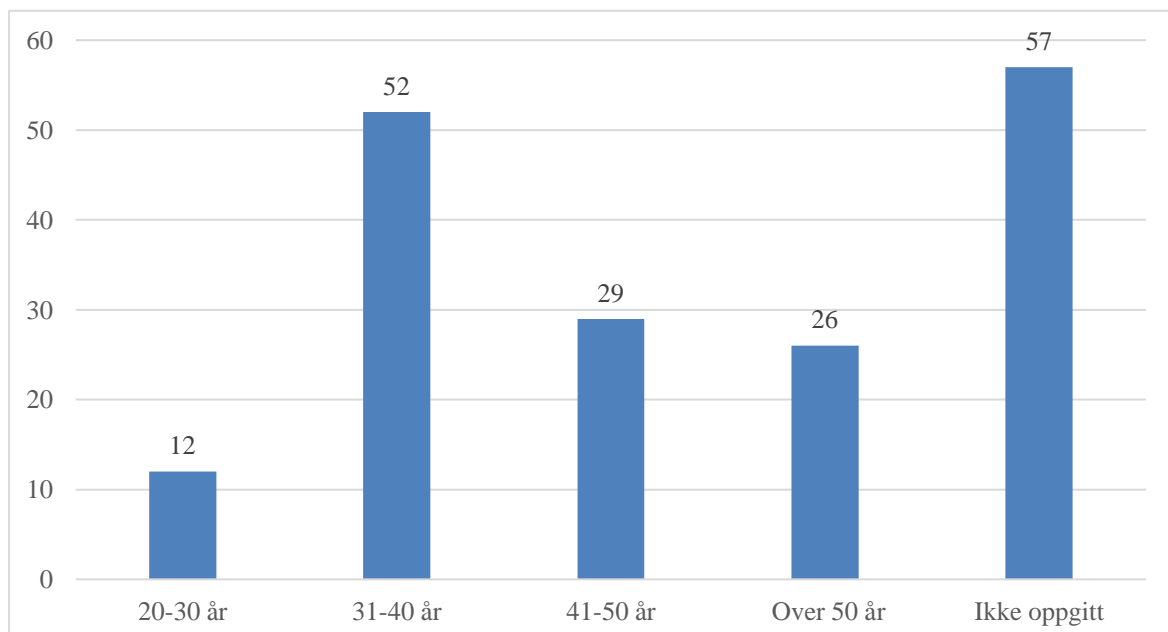
Siden oppstarten i 1999 er det gitt støtte til mer enn 50 prosjekt med en total ramme på mer enn 5.000.000 kroner

Figurer

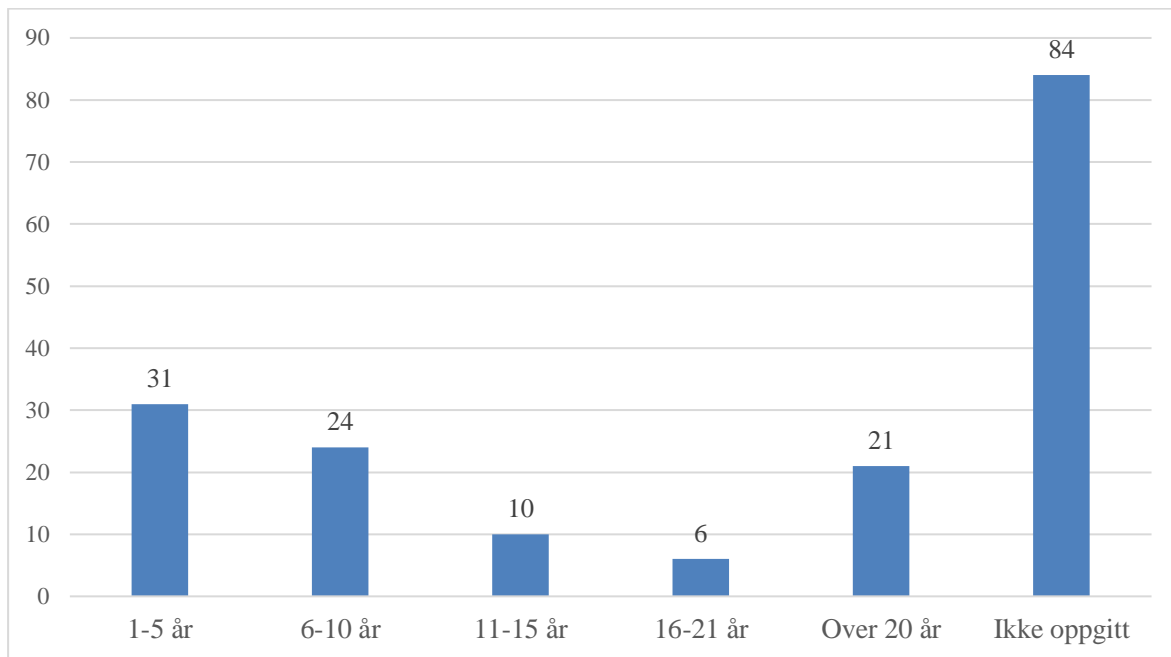
Figur 1 Fordeling av antall mottatte søknader til Programmet.



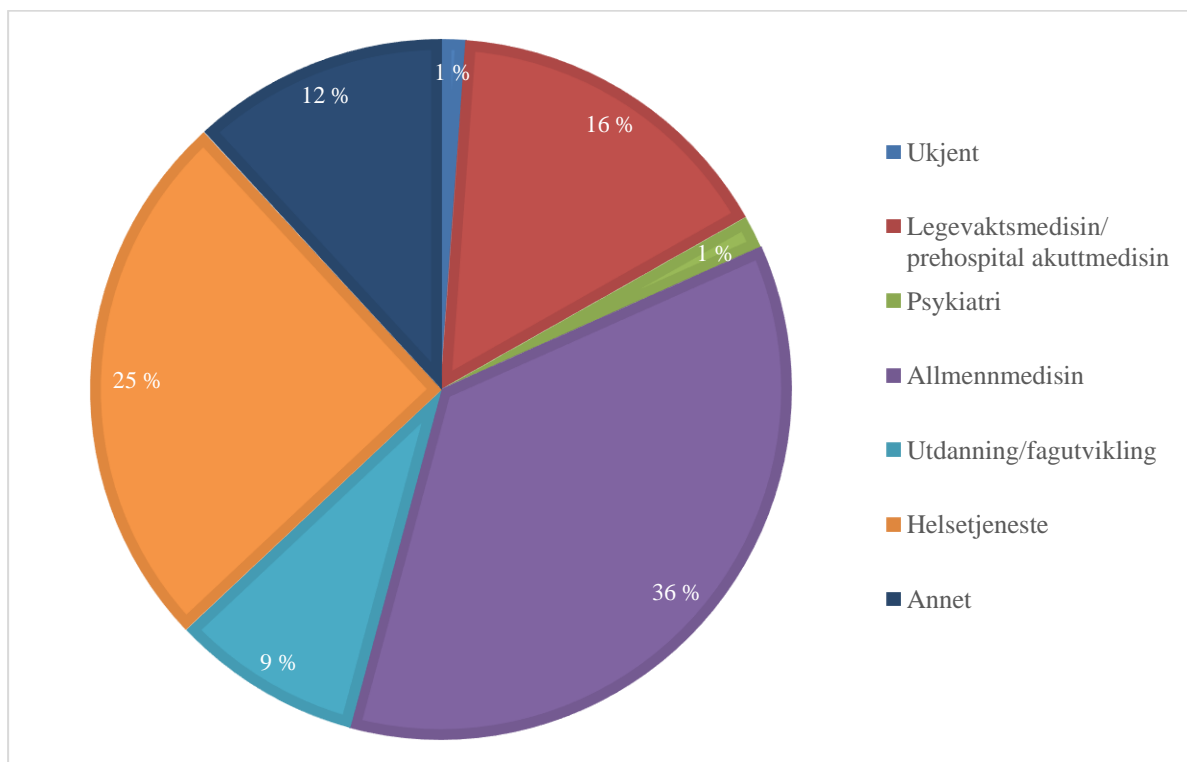
Figur 2 Fordeling av alder hos alle førstegangssøkere til Programmet.



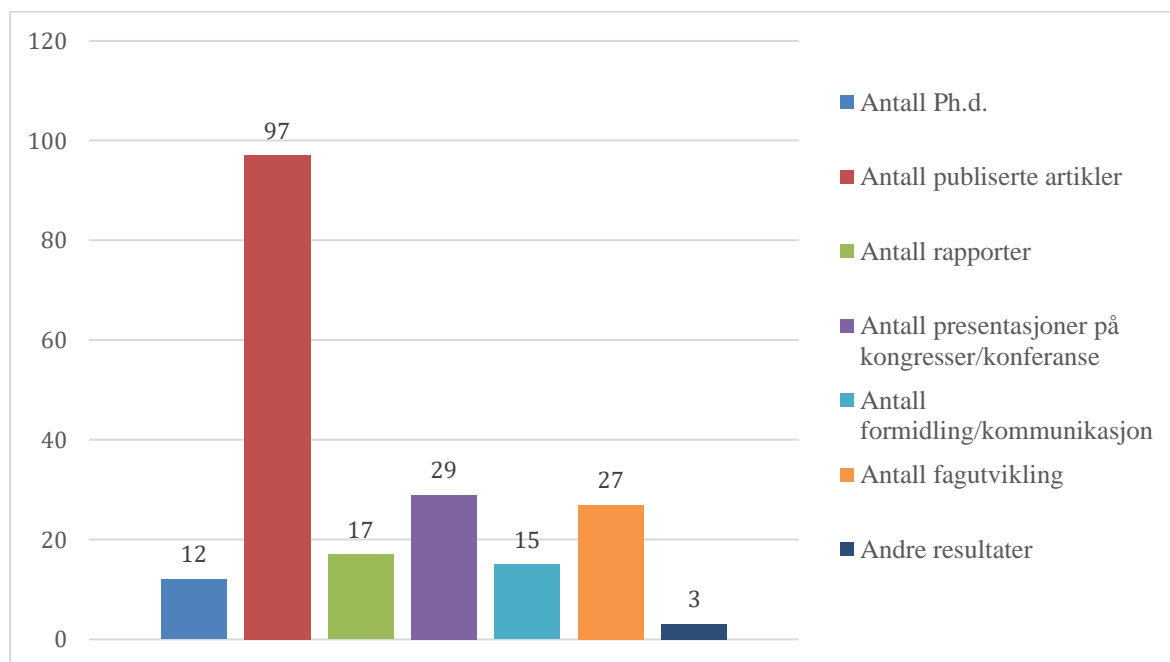
Figur 3 Fordeling av antall år i primærmedisinsk virksomhet ved første søknad etter 2003.



Figur 4 Prosentvis fordeling av prosjektkategorier på prosjektsøknader.



Figur 5 Totalt antall vitenskapelige arbeid fra prosjekter med tilsagn fra Programmet.



Tabeller

Tabell 1 Fordeling av kvinner og menn blant alle søkere og blant søkere som har fått tilsagn.

Kjønn	Antall blant alle søkere	Prosentvis fordeling av alle unike søkere	Antall blant søkere som har fått tilsagn	Prosentvis fordeling av søkere som har fått tilsagn
Kvinner	83	47 %	52	46 %
Menn	93	53 %	61	54 %
Totalt	176	100 %	113	100%

Tabell 2 Fordeling av sentralitetsklasser blant alle søkere til Programmet.

Sentralitetsindeks 1-6	Antall unike søkere	Prosentandel unike søkere
1	3	2 %
2	11	6 %
3	41	23 %
4	34	19 %
5	37	21 %
6	35	20 %
Ikke oppgitt	15	9 %
Totalt	176	100 %

Tabell 3 Fordeling av søkerens hovedstilling første gang de søker til Programmet etter 2003.

Hovedstilling	Antall	Prosentvis fordeling
Kommunelege	36	20 %
Fastlege	42	24 %
LIS1/ALIS/Lege i spesialisthelsetjenesten	3	2 %
Sykepleier	8	5 %
Helsesekretær	2	1 %
Student/forsker/utdanningsstilling	26	15 %
Annet	16	9 %
Ikke oppgitt	43	24 %
Totalt	176	100 %

Tabell 4 Antall prosjektsøknader med tilsagn, beløp tildelt og gjennomsnittlig beløp tildelt per år fordelt på antall prosjekter som har fått tilsagn.

År	Antall prosjekt per år	Totalt tildelt per år	Gjennomsnittlig beløp tildelt prosjekter per år
2003	14	1 155 286	88 868
2004	11	1 222 984	111 180
2005	12	731 000	60 917
2006	6	526 350	87 725
2007	11	1 141 130	103 739
2008	6	541 000	90 167
2009	10	1 185 000	118 500
2010	12	1 036 000	86 333
2011	5	399 000	79 800
2012	10	586 000	58 600
2013	6	431 500	71 917
2014	3	347 000	115 667
2015	8	694 595	86 824
2016	13	1 200 000	92 308
2017	5	307 000	61 400
2018	7	688 600	98 371
2019	8	989 000	123 625
2020	5	626 990	125 398
2021	6	518 700	86 450
2022	8	1 176 000	147 000
2023	8	688 400	86 050
Totalt	174	16 191 535	
Gjennomsnitt	8	771 025	93 593

Tabell 5 Fordeling av sentralitetsklasser blant søkere som har fått tilsagn.

Sentralitetsindeks 1-6	Antall fordelt på sentralitetsklasse	Prosentandel fordelt på sentralitetsklasse
1	1	1 %
2	7	6 %
3	24	21 %
4	25	22 %
5	28	25 %
6	26	23 %
Ikke oppgitt	2	2 %
Totalt	113	100 %

Tabell 6 Fordeling av prosjektkategorier på totalt antall prosjektsøknader (tilsagn og avslag).

Prosjektkategori	Antall av prosjektkategori
Ukjent	3
Legevaktsmedisin/prehospital akuttmedisin	41
Psykatri	5
Allmennmedisin	94
Utdanning/fagutvikling	23
Helsetjeneste	66
Annet	30
Totalt	262

Tabell 7 Fordeling av prosjektkategorier på prosjekter som har fått tilsagn.

Prosjektkategori	Antall av prosjektkategori
Ukjent	0
Legevaktsmedisin/prehospital akuttmedisin	32
Psykatri	3
Allmennmedisin	54
Utdanning/fagutvikling	16
Helsetjeneste	53
Annet	16
Totalt	174

Tabell 8 Prosjektenes varighet i antall år.

Prosjektets varighet i antall år	Antall prosjekter med angitt varighet	Prosentvis fordeling
1	28	27 %
2	23	22 %
3	13	13 %
4	19	18 %
5	10	10 %
6	2	2 %
7	3	3 %
8	2	2 %
9	2	2 %
13	2	2 %
Totalt	104¹	100 %

¹ Antall prosjekter er færre enn antall tilsagn grunnet flere tilsagn per prosjekt.

