

Bevilgningene til klinisk medisinsk forskning styres av kriterier som ikke er optimale

Klinisk medisinsk forskning – fra galt til verre?

Medisinsk forskning er blitt mye diskutert de siste årene etter at forskerne selv begynte å skrive om lave bevilgninger, manglende rekruttering og vanskelige arbeidsforhold (1, 2). Intensjonene i Forskningsmeldingen i 2000 var god, med varsel om et krafttak for norsk forskning; medisin skulle være et prioritert område (3). Hva er så status to år etter? Norges forskningsråd har gjennomført en evaluering av norsk biomedisinsk forskning, etablert toppforskningsprogrammet og tildelt et fåtall sentre betydelige midler for forskning på basale sykdomsmekanismer. Det er opprettet ett medisinsk senter for fremragende forskning.

Det er positivt at man på denne måten vil styrke de gode miljøene. Men har egentlig utviklingen så langt vært til det bedre? For medisinsk forskning generelt, og spesielt den kliniske delen, er forholdene heller blitt verre. Dagens evalueringssystem favoriserer i høy grad de store basalfagene på bekostning av de kliniske, som dermed får vansker med bevilgninger.

Forskningsartiklers kvalitet blir stadig oftere vurdert på grunnlag av «impact factor» til det tidsskrift de publiseres i. Denne faktoren er utregnet på basis av hvor mange ganger en gjennomsnittsartikkel i tidsskriftet blir sitert de første to årene. Tidsskrift innen de «store» fagene får dermed en høyere «impact factor» enn tidsskrift i de «små» fagene. Når forskningsbevilgninger og ansettelser i akademiske stillinger etter hvert baseres på denne faktoren, er det grunn til å gå denne ordningen kritisk etter i sømmene.

En av dem som først reiste kritikk mot systemet med «impact factor» var Per Seglen (4). Stadig flere spør nå hvorfor et privat kanadisk selskap, ISI, på denne måten skal kunne dominere og prege utviklingen i biomedisinsk forskning. Det er ikke uten grunn at sjefredaktøren i *Acta Paediatrica* nylig uttalte at dette systemet er en katastrofe for mange ikke-amerikanske tidsskrifter (5). På samme måte er det en katastrofe for klinisk forskning, særlig for de «små» fagene. Det er grunn til å være urolig hvis Norges forskningsråd og andre som evaluerer forskning, i økende grad bruker systemet med *impact factor*.

Forskningsmyndighetene i Norge valgte å satse alt på én hest da bare ett senter for fremragende forskning ble etablert innen medisin. Dette er dristig, ikke minst med tanke på hvor vanskelig det er å vurdere forskningskvalitet. For medisinsk forskning kan vurderes ut fra andre kriterier. Det medisinske forskningsrådet i Sverige har nylig publisert en oversikt med en rangering av klinisk medisin (6). Her har man brukt en relativ *impact factor* og sett på sitering i forhold til folketallet i landet forskningen er utført og sammenliknet hvert fagfelt for seg. Da blir bildet for norsk klinisk medisin et helt annet enn det man ellers kan få inntrykk av. Av de 29 klinisk-medisinske områdene som ble evaluert, ligger USA på topp på åtte, og norsk forskning kommer blant de fem beste på sju: allmennmedisin, dermatologi, folkehelsevitenskap, klinisk immunologi, øre-nesehals-sykdommer, ortopedisk kirurgi/idrettsmedisin og pediatri, med de to siste områdene helt oppe på andre plass.

Norge hevder seg altså svært godt på flere kliniske områder, men tilfeldige og mangelfulle kriterier for vurdering av forskningen gjør det vanskelig å opprettholde nivået. Det burde være en oppgave for Norges forskningsråd å finne ut hvordan man fortsatt kan styrke disse solide miljøene. I dag opplever norske medisinske forskere

i forskningsfronten internasjonalt å bli avspist med smuler fra det offentlige når det gjelder forskningsstøtte. Denne politikken er demoraliserende, nedverdiggende og ødeleggende. I stedet for å ha ett senter for fremragende medisinsk forskning ville det kanskje være mer fruktbart å satse noe mindre midler på 10–15 gode miljøer og så sett hvilke som hadde utviklingspotensial? Over tid kunne man spisset det til 4–5 grupper i tillegg til noe mindre bevilgninger til et titall andre.

Forskningsmidler er en livsviktig ressurs for samfunnet. Forskningsbevilgningene må økes, men man må også satse maksimalt på å finne ut hvilke forskningsmiljøer som er av høy klasse. I fremtiden må man kanskje vurdere forskernes personlige «impact factor» i relasjon til den enkeltes fagfelt. Et system for reell ekstern faglig vurdering (peer review) må tas i bruk, helst med utenlandske eksperter for hvert fagfelt. Systemet som brukes i dag, fører til at man kan bomme med tanke på hvem som bør få bevilgninger eller ikke. Det er dyrt å være fattig, også på dette området.

Klinisk medisinsk forskning er truet av manglende bevilgninger, men er også truet fordi bevilgningene styres av kriterier som ikke er optimale. Hvis det er riktig at ledende krefter i Norges forskningsråd mener at det ikke er grunn til å satse på norsk medisinsk forskning (7), representerer dette en nasjonal tragedie. Det krever betydelig innsikt og kunnskap å etablere forskningsbasert behandling. Uten leger med forskningsbakgrunn vil de kliniske fagene fort forvitte. Det er en kontinuerlig prosess å avgjøre hvilken behandling som er forskningsbasert eller ikke. Det er ikke uten videre gitt hvilken behandling som er den beste. Uten et levende forskningsmiljø i et fag tapes evnen til å gjøre et optimalt valg.

Medisinsk forskning skal bidra til å gi pasientene et bedre helsetilbud. Forskningens mål er å hjelpe mennesker, ikke å få frem nobelprisvinnere, slik man har fått høre i enkelte sammenhenger. Spørsmålet må stilles om norsk medisinsk forskning styres ut fra gale holdninger. Hvis så er tilfellet, må det gripes inn før klinisk forskning blir helt strupt. En ny debatt om klinisk medisinsk forskning i Norge er derfor nødvendig.

Ola Didrik Saugstad
o.d.saugstad@klinmed.uio.no
Pediatrik forskningsinstitutt
Universitetet i Oslo
Rikshospitalet
0027 Oslo

Ola Didrik Saugstad (f. 1947) er professor og leder av Pediatrik forskningsinstitutt. Han er president for den europeiske perinatalmedisinske forening og sjefredaktør i Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine.

Litteratur

1. Saugstad OD. Helsevesenet – barmhjertighetens hus? Aftenposten 24.10.1989.
2. Brandtzæg P. Universitetets oppgaver i helsevesenet (I og II). Aftenposten (morgenutgave) 15.3. og 16.3.1990.
3. St.meld. nr. 39 (1998–99). Forskning ved et tidsskille.
4. Seglen P. Why the impact factor of journals should not be used for evaluating research. *BMJ* 1997; 314: 498–502.
5. Zetterstrom R. Bibliometric data: a disaster for many non-american biomedical journals. *Acta Paediatr* 2002; 91: 1020–4.
6. Stendahl O, Nilsson. Svensk medicinsk forskning tappar mark. *Vårdens kvalitet hotas. MFR informerar* 1999; 3: 10–3.
7. Brandtzæg P. Bedre helse uten eliteforskning? Aftenposten (morgenutgave) 23.9.2002.