
Noreg ikkje lenger i den medisinske eliteserien?

REDAKSJONELT

OLAV HELGE FØRDE

Olav Helge Førde (f. 1946) er professor i helsetenesteforskning ved Universitetet i Tromsø. Han var leiar av områdestyret for Medisin og helse i Norges forskningsråd 1993 – 6.

Institutt for samfunnsmedisin

Universitetet i Tromsø

9037 Tromsø

Ei alarmerande melding frå Norges forskningsråd i NRK Dagsnytt, om at vi held på å bli ein medisinsk B-nasjon, sjokkerte nasjonen for nokre veker sidan. Bakgrunnen var den sørgjelege statistikken som viser at Sverige investerer tre gonger så mykje og Danmark dobbelt så mykje per innbyggjar i medisinsk forskning som det vi gjer her til lands. Svak forskingsinnsats gjev dårlegare legar og dårlegare pasientbehandling, uttala direktør Geir Stene-Larsen. Same dag lova vår nye helseminister Tore Tønne auka innsats til medisinsk forskning, og Aftenposten gav utspelet frå Stene-Larsen full støtte på leiarplass dagen etter (1).

Det har vore slege alarm om tilhøva i norsk medisinsk forskning tidlegare, utan at det har gjort synderleg inntrykk. Truleg var det stempelet B-nasjon og spådomen om dårlegare pasientbehandling som denne gongen viste seg slagkraftig. Men avkledd retorikken er det all grunn til å sjå nærare på samanhengen mellom vår nasjonale medisinske forskning og kvaliteten av helsetenestene, og kva mekanismar samanhengen verkar gjennom. Diverre eksisterer det lite eller ingen relevant dokumentasjon å stø seg på og knapt nok teoriar for den som ønskjer å gå djupare inn i feltet.

Av det mest relevante tilfanget av publikasjonar innan klinisk medisin produserte dei norske forskingsmiljøa berre 0,8 % i perioden 1981 – 96 (2). Kunnskapen og kunnskapsproduksjonen er internasjonal. Som premissgrunnlag for pasientbehandling, er vår eiga nasjonale kliniske forskning altså av liten tyding. Den eventuelle positive effekten av eiga forskning må difor ha andre kanalar.

Legeforeninga sitt utval for medisinsk forskning slår fast at: ”Uten forskerutdanning vil man ikke selv kritisk kunne vurdere annen forskning” (3). Denne sanninga er velbrukt og sjølvsagt ikkje utan innhald, men truleg treng den substansiering og oppdatering.

For det første er det neppe all slags forskarutdanning som gjev kompetanse til å vurdere dei vitenskaplege premissane for klinisk verksemd. I programnotatet for "Anvendt klinisk forskning" (4) blir det presisert at slik kompetanse først og fremst blir øvd opp gjennom klinisk, pasientnær forskning. Vi nærmar oss då truleg sanninga, men det står også att å spørje om kor langt ein kan komme med å bygge opp kritisk kompetanse gjennom teoretisk metodeopplæring, utan at ein nødvendigvis gjennomfører eiga forskning.

Dernest må vi få informasjonsflaumen med i biletet. Skal vi være ærlege, må vi vedgå at for dei aller fleste medisinske utøvarar er det uråd å halde seg oppdatert ved eiga lesing av litteratur. Ein er heilt avhengig av at status blir vurdert og syntetisert i oversiktsartiklar, teknologivurderingar eller gjennom Cochrane-rørsla. Men også for å kunne forstå og vurdere sekundærforskning krevst det metodekompetanse.

Vegen frå forskning til praksis er ofte lang og vanskeleg (5), såframt den ikkje blir påskunda av kommersielle interesser (6). Men då går det til gjengjeld til tider altfor fort og slett ikkje alltid i tråd med "kunnskapsbasert medisin". I det heile er det eit tankekors at det aller meste av pasientnær klinisk forskning, som skal gje premissane til pasientbehandlinga, blir gjennomført i regi av produsentar. Legemiddelindustrien nytta om lag 400 millionar kroner til klinisk forskning i Noreg i 1997 (7). Det er meir enn dobbelt så mykje som heile budsjettet til Området Medisin og helse, og programmet for produsentuavhengig anvendt klinisk forskning på 6 – 8 millionar blir småatteri. Det er eit tankekors at det mindre enn nokon gong er tilfeldig kva som blir sanningar i og premissar for klinisk verksemd.

Barrierane mellom forskning og god praksis er mange, til dømes organisasjon, økonomi, kommersielle interesser og pasientforventningar. I litteraturen er det knapt mogeleg å finne at mangelen på eiga forskning er ei slik barriere. Men fagleg kultur er nemnt, og den bør vere prega av velintegreerte, kritiske, akademiske haldningar. Når norsk medisinsk forskning ser ut til å hamne i attlekse, er det eit faresignal som det er all grunn til å ta på alvor.

Vi er i ferd med å bli ein B-nasjon med omsyn til medisinsk forskning, og det vil ta tid å få snudd den negative trenden. Ei trøyst er det at alle gode krefter, Stortinget, Kirke, utdannings- og forskningsdepartementet, Forskningsrådet og Legeforeninga no har sett alvoret. Når no vår nye helseminister også har sett lyset, er det von.

LITTERATUR

1. En medisinsk B-nasjon – vi? Aftenposten (morgenutgave) 11.4.2000.
2. Olsen TB. Norsk forskning i internasjonale tidsskrifter. Oslo: Norsk institutt for studier av forskning og utdanning (NIFU), 1998.
3. Røttingen J-A, Thorsby P, Seem C, Gautvik KM. Status for norsk medisinsk forskning. Oslo: Den norske lægeforening, 1998.
4. Anvendt klinisk forskning. Programnotat. Oslo: Norges forskningsråd, 1997.
5. Lisa AB, Grilli R, Grimshaw JM, Harvey E, Oxman AD, Thomson MA. Getting research findings into practice. Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. BMJ 1998; 317: 465 – 8.

6. Carlsson P. Sprids medicinska metoder för snabbt eller för långsamt? Det krevs mer en kunskap för att endra praxis. Läkartidningen 1999; 96: 3142 – 3.
7. Nøkkeltall for medisinsk og helsefaglig forskning. Oslo: Norges forskningsråd, 2000.

Publisert: 10. mai 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 5. september 2026.