

# Uklar diagnose og feil resept

Denne kommentaren til Fagerbergutvalgets innstilling har ståsted i helseforskning. Forfatteren, som leder Nasjonal samarbeidsgruppe for medisinsk og helsefaglig forskning, mener at utvalgets beskrivelse av medisinsk og helsefaglig forskning er upresis, og at utvalget er for negativt til tematisk forskning. Men han finner interessante tanker om hvordan forskerutdanningens kvalitet, gjennomføringsgrad og samfunnsrelevans kan styrkes.



STIG A. SLØRDAHL,  
Dekan, Det medisinske fakultet,  
NTNU  
stig.slordahl@ntnu.no

Fagerbergutvalgets NOU «Et åpnere forskningssystem» har resultert i livlig og kritisk debatt om sammenhengen mellom ressursbruk og resultater i offentlig finansiert forskning. I denne kommentaren vil jeg fokusere på tre momenter som er

## “RHF-kanalen til forskningsfinansiering er altså ikke så ekskluderende som utvalget hevder”

sentrale fra ståstedet mitt som dekan ved Det medisinske fakultet ved NTNU og som leder for Nasjonal samarbeidsgruppe for medisinsk og helsefaglig forskning. For det første er utredningens situasjonsbeskrivelse av helseforskningen upresis, og dermed vil de foreslåtte tiltakene ikke gi de forventede resultat. Videre demonstrerer utvalget en negativ grunnholdning til tematisk fokuserte satsinger og kontrasterer disse til de frie prosjektutlysningene på en måte som er spesielt lite dekkende for medisinsk forskning. I forhold til forskerutdanningen, som er det tredje punktet jeg vil berøre, er jeg mer positiv til enkelte sider ved utvalgets forslag. Mens jeg er usikker på realiteten i forslaget om tilnærmet doubling av antallet stipendiater, har vi allerede positive erfaringer med at økt mobilitet og samarbeid i forskerutdanningen bidrar til å bygge fremtidig nasjonalt forskersamarbeid på tvers av tradisjonelle fagdisipliner.

### Helseforskningsmidlenes tilgjengelighet

De viktigste offentlige finansieringskildene til helseforskningssektoren er ifølge utvalget 660 mill. kr som fordeles gjennom Forskningsrådet, og ca. 2,1 mrd. kr fra Helse- og omsorgsdepartementets (HOD) bevilgning over budsjettene til de regionale helseforetakene (RHF). Av dette beløpet er i underkant 500 mill. kr øremerkede forskningsbevilgninger fra HOD. De øvrige 1,6 mrd. er resultatet av RHF-

RHFene – inklusive universitetssykehuse – og universitetene er representert. I Midt-Norge fordeles også en betydelig del av den øvrige forskningsbevilgningen fra RHF-budsjettet gjennom samarbeidsorganet. Både i Helse Midt-Norge og i Helse Nord er det åpning for søkere som ikke er ansatt i helseforetak, under forutsetning av at de samarbeider med miljø ved et helseforetak. Selv om jeg mener det ville styrke kvaliteten hvis også regionene Helse Vest og Helse Sør-Øst åpner for eksterne søkere, gjelder det allerede for hele landet at aktuelle søkere i stor grad har ansettelsesforhold både i helseforetak og ved de medisinske fakultetene. RHF-kanalen til forskningsfinansiering er altså ikke så ekskluderende som utvalget hevder.

### Regional kontroll bidrar til samfunnsnyttig forskning

Enda viktigere er RHFenes betydelige prioritering av forskning de senere år. De ikke-øremerkede midlene som bevilges fra RHFenes budsjett, kan ikke fritt omdisponeres verken av HOD eller av Kunnskapsdepartementet til et nasjonalt helseforskningsråd. Samtidig er det gjennom Nasjonal samarbeidsgruppe for medisinsk og helsefaglig forskning på frivillig grunnlag etablert nasjonale forskningssatsinger på utvalgte områder. Her skal søknader evalueres via Forskningsrådet, og samarbeidsorganene bidrar med finansiering til prosjekt som får tilslag i egen region. Områder som er vedtatt, er nevrovitene-

enes prioriteringer innenfor rammen som HOD tildeler. Denne siste finansieringskilden har hatt en gledelig vekst i senere år. Utvalget baserer sine konklusjoner på at disse 2,1 mrd. kr bare er tilgjengelige der prosjektleder er ansatt ved et helseforetak. Utvalget mener at tildelingsmåten gir «svært begrensede muligheter for universitets- og instituttmiljøene til å konkurrere om støtte til gode prosjekter», og foreslår at en større del av midlene bør fordeles «gjennom åpne konkurranser i Forskningsrådet, eller gjennom opprettelse av et eget nasjonalt helseforskningsråd».

Dette er en upresis situasjonsbeskrivelse. For det første fordeles de øremerkede 500 mill. kr fra HOD gjennom samarbeidsorganene i hver region, der

## “Langsiktig, forpliktende samarbeid er krevende for tradisjonelt konkurranseorienterte fagmiljø”

skap, hjerte- og karsykdommer og alvorlige psykiske lidelser. Dette viser at vi har et godt samarbeid mellom Forskningsrådet og samarbeidsorganene i de ulike regionene. Jeg mener at den regionale kontrollen over de pasientrettede helseforskningsmidlene, i samarbeid mellom helseforetak og universitetene, nettopp bidrar til å legge til rette for at forskningen oppnår den samfunnsnytt i form av bedre behandling og bedre helse, som utvalget i skuffende liten grad har demonstrert ambisjoner om å vurdere.

### Svart-hvitt om åpne og tematiske utlysninger

Mitt neste ankepunkt er at utredningen formidler en negativ grunnholdning til tematiske satsinger. I gjennomgangen av kjennetegnene for et «velfungerende forskningssystem» beskrives valget mellom «fri forskerinitiert forskning» og «tematisk styrt forskning» som et valg mellom prioritering av kvalitet og relevans. En stor økning av rammene for uprioriterte utlysninger fremstilles som avgjørende for et «åpner forskningssystem» og for bedre ressursutnyttelse. Selv om jeg er opptatt av at det skal være stort rom for søknader utenom tematiske satsinger, og vi arbeider for at den åpne arenaen skal bli større, mener jeg at utvalget presenterer et for svart-hvitt syn på forholdet mellom prioriterte og åpne utlysninger. Innenfor medisins- og helseforskning finnes en rekke eksempler på tematiske storsatsinger som i realiteten fordeler midler til et stort antall frie, forskerinitierte prosjekt. Et ledende eksempel er FUGE-satsingen, som har gitt forskere over hele landet anledning til å arbeide fokusert og langsiktig innenfor et bredt definert tema. Videre har tematiske programmer kanalisert ressurser mot helseproblem som det tidligere har vært lite interesse for. Grunnlagstallene i utredningen som viser en relativ nedgang i frie prosjektmidler, kan også problematiseres. Den halve milliard som går til sentre for fremragende forskning og sentre for forskningsdrevet innovasjon, er ikke regnet med i tallene for fri prosjektstøtte. Dette er utlysninger som ikke setter tematiske begrensninger, og som gir forskerne mulighet til å drive langsiktig oppbygging av solide, internasjonalt konkurransedyktige miljø, med stor aktivitet i forskerutdanningen.

Medisinsk forskning stiller store krav til investeringer. Det er en voksende forståelse blant våre ledende forskere for at alle ikke kan være gode på alt. Vi må bygge «landslag», der ulike norske forsk-



## “Grunnlagstallene i utredningen som viser en relativ nedgang i frie prosjektmidler, kan også problematiseres”

ningsmiljø går sammen om store utstyrsøknader og å realisere felles prosjekt. Langsiktig, forpliktende samarbeid er krevende for tradisjonelt konkurranseorienterte fagmiljø. Utvalgets ønske om å styrke den innenlandske konkurransen mellom enkeltprosjekt vil i liten grad bidra til å fremme slike prosesser.

### Viktig å styrke forskerutdanningen

Forskerutdanningen er det siste punktet jeg vil ta opp her. Utvalgets forslag om en tilnærmet doubling av antallet doktorander har fått kritikk fra mange hold, men jeg er mer opptatt av at utredningen presenterer interessante tanker om hvordan forskerutdanningens kvalitet, gjennomføringsgrad og samfunnsrelevans kan styrkes. Det pekes på behov for mobilitet i forskerutdanningen og på nasjonale, tverrfaglige nettverksforskerskoler som viktige tiltak. Alle de medisinske dekanene gikk i fjor sammen om en tiltaks-

pakke for å styrke samordningen av våre respektive forskerutdanninger. Vi ønsker å tilrettelegge for at stipendiatene skal forflytte seg mellom lærestedene og velge fra fakultetenes samlede forskerkurs-portefølje for å finne kursene som er mest relevante for dem. På samme måte bidrar Nasjonal forskerskole i medisinsk avbildning, som Det medisinske fakultet ved NTNU er vertskap for, ved å tilrettelegge for styrket kvalitet og mobilitet i forskerutdanningen på tvers av faggrensene medisin, teknologifag, naturvitenskap og informatikk. Gjennom økt utveksling og kontakt i forskerutdanningen kan det etableres nye, solide faglige nettverk og fremtidige samarbeidsrelasjoner som kan bidra til realisering av en hel rekke «landslag» for forskning på ulike felt. Dette vil være av stor betydning både for å styrke forskningens samfunnsrelevans og for å skape tverrfaglig sammensatte fagmiljø som kan hevde seg internasjonalt. 📍