

Inter Medicos
18, 57-57, 1975

112,

Medisinsk forskning: Balansen mellom mål og styring

Peter F. Hjort

Medisinsk forskning utføres av mennesker, betales av mennesker og skal tjene menneskene. Derfor er det naturlig at det er uenighet om mål og styring, fordi det er ulike syn på de verdier og interesser som skal ivaretas. Som i andre forhold mellom mennesker er denne uenighet prinsipielt uløselig, nettopp fordi den ikke angår prinsipper, men vanskelige avveininger av kryssende hensyn. Målet er derfor ikke å hamre med prinsipper, men å finne en rimelig balanse. En slik balanse er ikke objektiv, og den er avhengig av sted og tid og en rekke skiftende forhold og faktorer. Det gjør at forskningspolitikken må tilpasses til situasjonen. Sier jeg at den må være skiftende, gir det inntrykk av en prinsipløs værhanne. Sier jeg at den må være dynamisk, gir det inntrykk av en klok og fast ledelse.

Derfor sier jeg at forskningspolitikken skal være dynamisk, men fremfor alt må den bygges på en forstandig avveining av en lang rekke kryssende interesser og hensyn. Denne avveining forutsetter en grunnleggende forskningsideologi, og jeg tror den kan formuleres enkelt: forskningen skal tjene menneskene.

I denne artikkelen forsøker jeg å belyse noen forhold som jeg tror er viktige i debatten om medisinsk forskning.

Hvorfor forske?

Motivene for medisinsk forskning er mange. La oss først se på de tre vanligste, og jeg har ordnet dem etter den interesse som skal tjenes.

Den første interessen er *medisinen*: en forsker for å utvide, fordype og forbedre medisinsk kunnskap. En spør ikke etter umiddelbar nytte, bare etter sannhet, og en søker grunnleggende kunnskap om lovmessigheten i naturen, om menneskenes natur og om samfunnets virkemåte. Det er lett å vise at denne forskning samlet har fått avgjørende betydning, fordi den har bygget fundamentet under moderne medisin. Men det ligger i sakens natur at det enkelte forskningsprosjekt beskjefter seg med en meget liten og ofte fjern del av denne store tankebygning. Det kan derfor være vanskelig å se den praktiske betydning av et spesielt prosjekt, selv om det trekkes opp fantasifulle perspektiver i den årlige søknad om støtte til

prosjektet. Det er lett å gjøre narr av enkelte prosjekter som irrelevante, men det er også lett å gi eksempler på at tilsynelatende irrelevant forskning uventet viste seg å få avgjørende praktisk betydning.

Grunnforskningen har en annen viktig side som jeg også vil peke på. Den bygger på lange vitenskapelige tradisjoner, og den foregår i et internasjonalt miljø som er meget kritisk. Det gjør at den som regel holder høy kvalitet og tjener som en faglig standard i det medisinske miljø. I mine øyne er det ingen tvil om at grunnforskningen må fortsette, men det er ikke lett å avgjøre hvor omfattende den bør være.

Den andre interessen er *menneskene*: en forsker for å forbedre menneskenes kår, dels ved å forebygge sykdom og dels ved å forbedre diagnose og behandling. Denne forskning er rettet mot praktiske mål, og den skal gi resultater som kan brukes i praktisk medisin. Den angriper problemer vi vet er viktige her og nå. Derfor er det lett å argumentere for denne anvendte forskning, men det har alltid vist seg at det er vanskelig å bygge den opp. Det skyldes mange ting. Den er som regel meget arbeidskrevende, metodikken er ofte usikker, og den har lavere status. I praksis ender de unge derfor ofte med å velge grunnforskningen, og klinisk forskning vis ofte i en laboratoriepreget retning som ligger nær grunnforskningen.

Den tredje interessen er *forskeren selv*. Han forsker av mange grunner, men ingen er blinde for at forskningen er en sikker vei til egen fremgang. Bør det fortsatt være slik? Det fins argumenter *for*: forskningen lærer en systematisk og utholdende arbeid, den gir kritisk sans, den trener opp evnen til klar problemstilling og presentasjon. Dette er verdifulle egenskaper i medisinen, men det er også argumenter *mot*: forskningen krever konsentrasjon og dermed ensidighet, den har lett for å innnevne ens perspektiver og interesser, den produserer eksperter og ikke samfunnsmennesker. Mange har argumentert for at det egentlig burde vært to veier i medisinen. Den ene skulle være mer snever og vitenskapelig, den andre bred og klinisk. I dag er forskningen et viktig avansementskriterium for nesten alle stillinger, og det er neppe riktig.

Tre hovedområder

Medisinen og medisinsk forskning kan deles opp på mange måter. Jeg tror Universitetet i Tromsø har valgt en god inndeling i tre hovedområder: biologisk medisin, klinisk medisin og samfunnsmedisin (7).

Biologisk medisin dekker de prekliniske fag, og forskningen her faller stort sett sammen med grunnforskningen. Den har tradisjoner, prestisje og kvalitet. Rekrutteringen er god. Det har vært nødvendig å bygge opp forholdsvis store forskergrupper konsentrert om spesielle områder. Disse gruppene er produktive og holder høy kvalitet, fordi den enkelte forsker arbeider i et kritisk miljø med god innsikt i hans egen problemstilling. Vanskeligheten har vært å knytte forbindelse mellom disse forskergruppene og den praktiske medisin.

Klinisk medisin omfatter de fag og spesialiteter som dekkes av sykehusmedisinen. Det har skjedd en kraftig ekspansjon av den praktiske virksomhet og av det tekniske apparat som virksomheten bygger på. Rekrut-

teringen til området er meget god. Klinisk forskning utgjør omtrent 25 % av den samlede medisinske forskning (2), men den er ofte sterkt laboratoriepreget og har hatt en tendens til å nærme seg grunnforskningen. Mange klinikere i overordnet stilling har fått sin vitenskapelige trening i biologisk medisin. Det har vært vanskelig for klinisk forskning å finne sin egen identitet og ta opp problemer med direkte betydning for egen virksomhet. Det har heller ikke skjedd noen spredning utenfor de aller største sykehusene. Vi har derfor liten vitenskapelig kunnskap om sikkerhet, effektivitet og økonomi i diagnose og behandling innenfor vår egen helsetjeneste. Innenfor denne store rammen er det uskarp overgang mellom forskning og løpende kontroll og utredning. Etter mitt skjønn er det behov for en betydelig økning av praktisk klinisk forskning. For eksempel har vi meget liten kunnskap om de 40 000 nordmenn som dør hvert år og den service de får. En engelsk undersøkelse av alvorlig sykdom og død avslørte vesentlige mangler ved helsetjenesten (1), og vi har ikke tilsvarende informasjon fra vårt eget land.

Samfunnsmedisinen er det yngste området. Den omfatter fag som ennå ikke har noen naturlig tilhørighet til hverandre: almenmedisin, psykiatri, sosialmedisin, klinisk epidemiologi og statistikk. Hele dette området mangler felles ideologi, og noen av fagene har svake forskningstradisjoner. Rekrutteringen er meget vanskelig for flere av fagene. Hittil har god vilje ikke vært tilstrekkelig til å bygge opp et livskraftig fagområde som kan konkurrere med de andre to. Forskningen har nok av problemer, men metodikken er vanskelig, og problemene berører ofte «bløte verdier» og alminnelige politiske problemer. Et godt eksempel er den store undersøkelsen av eldreomsorgen i Hedmark fylke (6). Det er umulig å gjøre slik forskning tilsynelatende objektiv og verdinøytral. Til gjengjeld kan forskeren ofte glede seg over et sterkt personlig engasjement og over at forskningen skaper interesse, strid og praktiske resultater. Knappt noen annen oppgave innenfor norsk medisinsk forskningspolitikk er så viktig som å bygge opp et bredt, godt og kritisk samfunnsmedisinsk forskningsmiljø. I dag utgjør dette forskningsområdet knapt 10 % av den samlede forskningsinnsats (2), og det er altfor lite. Etter mitt skjønn er det her ekspansjonen bør komme i de nærmeste år. For å oppnå dette på et område med dårlig rekruttering, burde en oppmuntre yngre folk med forskningserfaring fra andre områder til å engasjere seg her.

Forebyggende medisin hører inn under det samfunnsmedisinske område, men jeg nevner den allikevel for seg selv, for å understreke dens betydning. Knappt noe annet område er så forsømt. Helsetjenesten er i virkeligheten en ren syketjeneste, og forebyggende medisin lever på minnene fra den store kampen mot infeksjonssykdommene. Vi savner et gjennomtenkt forebyggende arbeid mot de store sivilisasjonssykdommene som utgjør hovedtyngden av medisinen i dag. Dette arbeid krever forskning rettet mot sykdommenes årsaksforhold. Men fremfor alt kreves en praktisk forskning som søker svar på hvorledes en kan påvirke et uheldig mønster for liv, arbeid, fritid, ernæring og vaner. Hittil har en valgt en lettvent vei i form av masseundersøkelser («screening, check-ups») som antakelig har forholdsvis liten verdi. Den tunge vei går gjennom påvirkning av

befolkning til et sunnere levesett: «prevention is not something you get, it is something you do» (3). Dette arbeid må baseres på en forskning vi ennå ikke har tatt opp for alvor.

Enda ett forskningsområde hører med til samfunnsmedisinen, nemlig den såkalte helsetjenesteforskning («health services reseach»). Dette er et nytt område som arbeider med innsats og utbytte i helsetjenesten. Det blir aldri nok helsetjeneste, og behov og forventninger øker stadig raskere. Det må bygges opp en forskning som dels arbeider på et klinisk nivå med de enkelte sykdommene og dels forsøker å vurdere helsetjenesten som helhet: hvilke ressurser kan en regne med, hvordan bør de fordeles, hvilke oppgaver er viktigst, hvor får befolkningen mest igjen for innsatsen? Med 75 000 helsearbeidere og 10 milliarder helsekroner blir slike spørsmål stadig viktigere. Det er politikerne som foretar de store prioriteringer for helsetjenesten, men det er helsetjenestens egen oppgave å legge frem det materiale prioriteringen skal bygge på. Dette krever forskning, og denne forskning må bygges opp innenfor helsetjenesten selv, ikke som et utenforstående kontrollorgan.

Hederlig argumentasjon for forskningen

Forskningen må selges på to plan, til dem som skal gjøre arbeidet og til dem som skal betale for det. Det er en tendens til å overselge forskningen begge steder. Dette er en tendens forskningen deler med mange andre områder i samfunnet, men forskerne burde være mer kritiske enn andre, nettopp fordi de er forskere.

Forskningen har vært en avgjørende faktor i den utvikling både medisinen og samfunnet har gått igjennom. Denne utvikling har forbedret menneskenes kår, men den har også skapt nye problemer. Innenfor helsetjenesten trodde optimistene, for eksempel Lord Beveridge som skapte National Health Service i England, at behovet for helsetjeneste ville gå ned etter hvert som den ble mer effektiv (3). Erfaringene har vist det motsatte. For eksempel har norsk helsetjeneste tredoblet sitt mannskap de siste 30 år, og allikevel ropes det stadig høyere om krisen i helsetjenesten. Pessimistene hevder at denne veldige ekspansjon har gitt små resultater; for eksempel har levesteikene for 50-årige menn i vårt land økt med bare 1,3 år (fra 74 til 75,3 år) i dette århundre (5). De argumenterer for at forskningen bare øker problemene og hevder at vi burde legge mer omtanke i å utnytte den kunnskap vi har. Det siste er viktig, men jeg hører allikevel til dem som tror at forskningen bør fortsette og spille en avgjørende rolle i medisinen og at vi bør øke forskningsinnsatsen.

Skal vi beholde vår troverdighet, må vi imidlertid legge større vekt på hva slags forskning vi driver. Jeg tror vi bør beholde grunnforskningen omtrent som den er og bruke veksten til anvendt forskning, særlig innenfor det samfunnsmedisinske fagområdet.

Vi bør også argumentere så hederlig som mulig, og jeg vil advare mot to argumenter som jeg ofte synes er falske.

Det første forekommer ofte. Det viser til forskningens store betydning i kampen mot infeksjonssykdommene og antyder at fortsatt forskning vil

gi tilsvarende resultater på andre områder. Alminnelig fremgang i levekår og hygiene spilte antakelig langt større rolle enn medisinsk forskning for seieren over infeksjonssykdommene. Og dessuten skal det godt gjøres å kopiere bedriftene med poliovaksine og penicillin for de store sivilisasjonssykdommenes vedkommende.

Det andre argumentet brukes oftest bare som en antydning, men med god virkning. Det består i at en antyder bred klinisk anvendelse av et grunnforsknings-prosjekt, til tross for at slik anvendelse i beste fall ligger langt inn i fremtiden.

Vi skal forske, men vi bør argumentere så ærlig at vi i det minste tror det selv, og vi bør også gjøre oss klart hva forskningen *ikke* kan hjelpe menneskene med. De store problemer mellom menneskene gjelder områder Goethe kalte «unerforschliche»: liv, samliv, lykke og politikk, for å nevne noen. Hvis vi er dyktige, kan vi kanskje forske oss til mindre blærekatarr, men ikke til mer lykke.

Forskningen som påvirkning

Disse tankene fører over til en annen side ved forskningen, nemlig forskningens rolle for det en naivt kunne kalle oppdragelsen til helsetjeneste.

Forskning er en utpreget intellektuell aktivitet. Den arbeider med data, og mange forskere føler at deres data er objektive og nøytrale. Den oppdrar til nøyaktighet, grundighet og skepsis, og alt dette er sunne «harde verdier» for en god helsetjeneste. Men alle vet at medisinen har en annen side av «bløte verdier»: medfølelse, barmhjertighet, menneskelighet og varme. Det er nytteløst å diskutere hvilken side som er viktigst, for begge er nødvendige. Det er allikevel ingen tvil om at de harde verdier har større tyngde og prestisje, og forskningen bidrar til det.

De som angriper medisinen utenfra hevder ofte at hele det intellektuelle og tekniske apparat har gjort legene kalde. En disiplinert forstand bør imidlertid ikke være noen hindring for et varmt sinn, og jeg tror ikke moderne medisin er blitt kaldere. Like fullt ser jeg en fare i slagsiden mot de «harde verdier». For meg er dette et viktig argument for å styrke samfunnsmedisinsk forskning, fordi den vil øke interessen for menneskenes situasjon i medisinen og fungere som en motvekt mot utforskningen av stadig mindre deler av mennesket. Legg merke til at jeg ikke argumenterer mot elektronmikroskopi, men for at samfunnsmedisinsk forskning bør økes i omfang og styrkes i kvalitet. Det er balansen i forskningen som opptar meg. Oppnår en det, vil forskningens oppdragende og påvirkende funksjon bli sunnere og riktigere.

Styring av forskningen

Jeg har forsøkt å få frem at medisinsk forskning er full av spenninger, motsetninger og kryssende interesser. Det er naturlig at det er slik, og målet bør ikke være å ta spenningene bort, men å skape en bedre balanse enn vi har i dag. Dette krever en mer bevisst styring av forskningen.

Før jeg går videre, må jeg presisere at det er lett å styre forskningen

i hjel. Jeg må derfor understreke at det er viktige sider ved forskningen som ikke skal styres. Den enkelte forsker og forskergruppe må få frihet til å forfølge sine egne ideer og prosjekter som de selv vil. Innblanding fra utenforstående vil lett ødelegge forskningen og ta gløden fra de enkelte forskere. Resultatene blir dårlige, ideene blir borte, og miljøet blir sterilt. Forskning krever arbeidsfred og indre selvstyre innenfor forskergruppen.

Det som skal styres er derfor ikke selve forskningsarbeidet, men bevilgningene til dette arbeid, med andre ord om arbeidet skal drives eller ikke. Jeg tror styring gjennom bevilgninger er den eneste form for styring som kan aksepteres, men også den reiser problemer.

I mange år har styringen vært negativ og bestått i at svake prosjekter er droppet til fordel for sterkere. Initiativet har ligget hos forskerne selv. Dette har skapt kvalitativt god forskning, spesielt innenfor grunnforskningen. Men det har ført til en skjev balanse. Viktige områder har blitt liggende brakk, fordi kvalitet nødvendigvis har tallet mer enn relevans. Det har også vært en tendens for store forskergrupper til å vokse seg større. I de senere år er det kommet inn et sterkere element av positiv styring, det vil si at en har følt sterkere ansvar for helheten, har søkt å hjelpe frem svake områder og har tatt initiativ til å starte nye forskningsområder. En slik styringspolitikk har tradisjoner i England, men er nå blitt sterkere her hjemme også. Jeg tror dette er et viktig skritt i retning av bedre balanse i forskningen.

Men en slik politikk reiser selvfølgelig nye problemer, og særlig spørsmålet om hvem som skal styre forskningen. Igjen støter vi på balanseproblemet. Det er gode argumenter for at forskerne selv bør styre forskningen, for de kjenner både forskningen og forskerne og vet hvor det gror og hvor grenene er blitt tørre. Men dette blir lett til en bukk-havresekk styring, og en slik organisasjon risikerer som alle store organisasjoner å bli konservativ. Forskere, som andre spesialister, har lett for å være opptatt av sine egne saker og overse de store samfunnsproblemer som omgir dem. Dette fører til en tendens til å prioritere det som er i gang og lukke øynene for det nye som mangler. Dette er viktig, for etter mitt skjønn er det ikke den forskning som er i gang som skaper problemer. Det store problemet er den forskning som ikke kommer i gang, spesielt på nye områder. Ofte dreier det seg om viktige anvendte forskningsprosjekter på det samfunnsmedisinske område hvor rekrutteringen er dårlig, metodikken lite utviklet og miljøet svakt. Alt dette er argumenter for å bringe folk utenfor forskningen, også legfolk, inn i styringen. Dette er på ingen måte problemfritt, for det er skremmende eksempler på katastrofale følger av politisk styring av forskningen (4). Jeg tror allikevel at legfolk bør delta i forskningspolitiske avgjørelser, ikke for å bringe forskningen inn i bestemte baner, men for å fremme samfunnets interesser. Det vanskelige er å finne den rette balanse i en slik styring. Forskerne bør fortsatt ha sin frihet, men de bør i sterkere grad utsettes for påvirkning fra det samfunn de skal tjene.

Skal jeg sammenfatte mitt syn i én setning, må den formes slik: større innflytelse til et medisinsk forskningsråd og et mindretall av legfolk inn i forskningsrådet.

Flink eller klok?

Jeg har diskutert noen av forskningens problemer, slik jeg ser dem. Det er ikke blitt plass til en fullstendig oversikt, og viktige problemer er utelatt, for eksempel hele komplekset av etiske problemer i medisinsk forskning. Det samlende element i mine betraktninger er behovet for balanse i forskningen, både i forskningsarbeidet, i forskningspolitikken og i den enkelte forskers perspektiver. Det er intet nytt i dette, men debatten og problemene tar stadig nye retninger. Pasientene behøver nå sjelden å velge mellom flinke leger og kloke koner, men balanseproblemene blir vi aldri kvitt, så lenge menneskenes skjebne — for å sitere Bertrand Russell — avhenger av «a race between human skill as to means and human folly as to ends». Forskningen er en viktig del av dette kappløpet.

Referanser:

1. Cartwright, A., Hockey, L. & Anderson, J. L.: Life before death. Routledge & Kegan Paul, London 1973, 300 s.
2. Hjort, F. P. & Skoie, H.: Medical education, care and research in Norway, pp. 153—165 in Medical Research Systems in Europe (Ciba Foundation Symposium 21, N.S.), Elsevier, Amsterdam 1973, 335 s.
3. Illich, I.: Medical nemesis. The expropriation of health. Calder & Boyars, London 1975, 183 s.
4. Medvedev, Z.: The rise and fall of T. D. Lysenko. Columbia University Press, New York 1969, 284 s.
5. Norges offisielle statistikk: Statistisk Årbok 1974.
6. Nygård, L.: Alders- og sykehjem — ideal og virkelighet. En undersøkelse av alders-institusjoner i Hedmark fylke. Norsk Gerontologisk Institutt. Rapport nr. 1 — 1974, 150 s.
7. Universitetet i Tromsø: Medisinsk studieplan. Universitetsforlaget, Tromsø 1971, 124 s.