



Tora Aasland  
Kunnskapsdepartementet

Deres ref.:

Vår ref.: 08/5817

Dato: 15.12.2008

## **Innspill til Forskningsmelding 2009**

Vi viser til invitasjon om å komme med innspill til Forskningsmeldingen 2009 på Kunnskapsdepartementets hjemmesider. Det legges opp til tilbakemeldinger på fritt grunnlag, men med fokus på viktige tverrgående stikkord som kvalitet, mål og resultater i forskningspolitikken, samt internasjonalisering.

Legeforeningen vil understreke at medisin og helsefaglig forskning må være et prioritert satsningsområde for regjeringen. Kvaliteten på helsetjenester henger nøye sammen med medisinsk forskning. Det må derfor tas et løft i forskning for å få bedre samsvar mellom helsetjenesters store andel av BNP og forskning som helsetjenesten bygg er på.

Norge står overfor store helseutfordringer både hjemme og globalt. En aldrende norsk befolkning med sammensatte lidelser vil kreve ressurser til medisinsk og helsefaglig forskning for å fremskaffe nye og bedre behandlingsformer både innen allmennmedisin og spesialisthelsetjenesten. Majoriteten av helseproblemene i befolkningen behandles i primærhelsetjenesten. Legeforeningen ønsker videre å understreke at Norges engasjement innenfor global medisinsk og helsefaglig forskning må videreføres og styrkes. Dette er en uttrykt prioritert i St.meld. nr. 20 (2004-2005) "Vilje til forskning", og noe vi oppfordrer regjeringen til å prioritere. Omtrent 90 % av medisinsk forskning gjøres på behovene til ca.10 % av verdens befolkning. Viktige sykdommer som rammer fattige i utviklingsland nedprioriteres internasjonalt. Dette bør adresseres.

### Rekruttere og beholde leger i medisinsk forskning

Riktig og god behandling krever medisinsk forskning som er integrert med klinisk virksomhet. Akademisk medisin er selve grunnlaget for legers yrkesutøvelse. Forskerleger er med på å prioritere forskningsområder som er viktig for faget, og man trenger forskningskompetente professorer for å sikre en forskningsbasert undervisning. En økt satsning på medisinsk forskning forutsetter at forskning utgjør en mulig *karrierevei* for leger. Det må derfor sørges for at det er en balanse mellom rekruttering og karrieremuligheter.

Den prosentvise andelen leger som tok en medisinsk doktorgrad i perioden 1997 til 2004 sank ifht andre profesjoner. Det stabiliserte seg deretter, med en liten tendens til oppgang i 2007 (Nifu step doktorgradsregister). Legeforeningen mener andelen leger med doktorgrad har stabilisert seg på et for lavt nivå. Etablerte forskere med legebakgrunn går over i andre stillinger som ikke gir mulighet for fortsatt forskning. Dette betyr at når over 50 % av leger i





professor I stillinger går av med pensjon innen 5-6 år, er det usikkert om det vil finnes nok kvalifiserte søkere. Dette får alvorlige konsekvenser for veilederfunksjon, forskerutdanning og oppbygging av forskningsmiljøer.

Legeforeningen mener det må settes i verk tiltak som gjør utdanningen av legeforskere kvalitativt bra og lett tilgjengelig. Forskerlinjestudentene må gis gode betingelser for å avslutte doktorgrad etter endt studium og forskerskolene må prioriteres. Det bør legges tilrette for et dobbeltløp der man kan oppnå både spesialitet og Phd i løpet av en definert tidsperiode. Det må også legges tilrette for en bedre overgang fra Phd til professorat. I dag utgjør dette et "hull i karrierestigen". Legeforeningen mener det må satses på delte stillinger (50/50 forskerlege-stillinger) der leger med Phd kan kombinere forskning med klinisk arbeid. Vi oppfordrer Kunnskapsdepartementet til å samhandle med Helse- og omsorgsdepartementet for å få til øremerkete stillinger til dette formål.

Legeforeningen mener også at det må opprettes fleksible professorater i kombinasjon med kliniske stillinger. Med en stillingsandel for professor som er tilpasset behovet, kan man oppnå to viktige målsetninger. For det første vil en fleksibel stillingsandel gjøre det lettere å kombinere forskning med klinikk. Det er i dag vanskelig for *professor II* som har 20 % stillingsandel å få nok tid til forskning. For det andre vil et mer fleksibelt professorat gjøre det enklere for en *professor I* å bruke mer enn 20 % av tiden på klinisk arbeid. Vi foreslår således å ta vekk begrepene *professor I* og *professor II* og isteden ha bare professor med fleksibel stillingsbrøk. Avlønning av leger i akademiske stillinger har ligget vesentlig lavere enn for lønnsutviklingen for kliniske stillinger. Fleksible professorater vil gjøre det enklere å ha en overordnet felles lønnspolitikk. Dette kan gjøre det enklere å besette professor I stillingene i medisinsk forskning. Generelt må lønnsforholdene for leger i vitenskaplige stillinger være konkurransedyktige med lønn i kliniske stillinger. Forskning må gi god uttelling ved spesialisasjonsøknader og søknader til fast stilling.

Dersom man ikke utfører nødvendige tiltak vil man få problemer med rekruttering til professorater og mellomstillinger som krever medisinsk profesjonsbakgrunn. Manglende rekruttering av leger til forskning vil igjen svekke den akademiske medisinen, medisinsk undervisning og kvaliteten på pasientrettet virksomhet.

#### God infrastruktur

Medisinsk forskning trenger en sterkere investering i gode infrastrukturer. Dette vil øke kvaliteten på forskningen, styrke samarbeidet og gjøre forskningsmiljøene attraktive. God infrastruktur vil dessuten være ressursbesparende. Legeforeningen mener det spesielt bør investeres i forskningsressurser som pasientregistre, biobanker, kompetansesenter for klinisk forskning og kjernefasiliteter (teknologi plattformer), samt bildedannende teknologier.

I denne henseende er det viktig å støtte Forskningsrådets infrastrukturmelding (Verktøy for forskning, Nasjonal strategi for forskningsinfrastruktur (2008 – 2017). Universitet, helseforetak og eksterne finansieringskilder må følge opp tiltakene foreslått i "veikartet". Meldingen er viktig ikke bare for medisinsk forskning, men også for en rekke sentrale satsinger i norsk forskning.

Det er viktig å understreke at den strukturelle satsingen på grunnforskning med vekt på realfag også omfatter store deler av medisinsk forskning. Det finnes flere tverrfaglige samarbeidsområder, og medisinsk forskning rekrutterer mange realfagskandidater, særlig til basalfagforskningen. For medisinsk forskning er det derfor viktig at det er fortsatt fokus på





## DEN NORSKE LEGEFORENING

høy kvalitet i grunnforskningen innenfor realfagene.

Forskningsledelse er et linjeansvar i helseforetakene. Legeforeningen mener det bør iverksettes tiltak som bedrer kvaliteten på forskningsledelse og forskningsveiledning, og har satt i gang en pilot på kurs i forskningsveiledning og forskningsledelse i samarbeid med Helse Sør-Øst og Universitetet i Oslo.

### Medisinsk forskning krever bred samhandling og gode nettverk

Medisinsk forskning foregår i primærhelsetjenesten, på de allmennt medisinske forskningsenhetene, spesialisthelsetjenesten, høyskolene, universitetene, og ved fritt stående institutter og andre medisinske forskningsaktører (som f.eks. legemiddelindustrien). Dette krever et økt fokus på organisering og samhandling. Legeforeningen støtter derfor regjeringens fokus på samhandling. Moderne forskning krever fleksible strukturer som fremmer samhandling på tvers av eksisterende institusjons- og fagmiljøgrenser. Forskere bør ha tilhørighet til gode forskningsmiljøer og forskernettverk.

### Forskning er en viktig investering

I økonomiske nedgangstider er det viktig å investere i forskning. For å kunne overholde den lovpålagte oppgaven det er å drive medisinsk forskning, må det sikres tilstrekkelig finansiering. Den medisinske teknologiske utvikling skjer i et raskt tempo, med stadig nye behandlingstilbud. Norsk medisinsk forskning bør ligge i front i den teknologiske utviklingen og holde tritt med internasjonale forskning.

Legeforeningen har tidligere arbeidet for at en fast andel (mellom 5-10 %) av finansieringen av helsetjenesten skal gå til forskning. Midlene til forskning må fremkomme i egne budsjetter, og den aktivitetsbaserte finansieringen må understøtte satsning på forskning. Dersom finansiering av forskning ikke spesifikt prioriteres i budsjettene vil medisinsk forskning fort bli en salderingspost i en trang økonomi.

Videre må både universitetene og Forskningsrådet styrkes for å bidra til at norsk medisinsk forskning hevder seg bedre internasjonalt. De må få tilstrekkelige rammebetingelser til å fornye egen kompetanse og til å prioritere forskning og utdanning. Pågående nedskjæringer på de medisinske fakultetene må derfor reverseres. Basisbevilgningen til de allmennt medisinske forskningsenhetene må økes (minimum 20 mill. kr i 2009). Videre må det etableres ordninger for kliniske studier som ikke er finansiert av Legemiddelindustrien. 100 millioner til eget fond for slike studier som Helsedirektoratet foreslår, støttes av Legeforeningen.

Med vennlig hilsen  
Den norske legeforening

Terje Vigen  
Generalsekretær

Torunn Janbu  
President