

Bilaga II

Medicinsk, särskilt klinisk, forskning var länge en av Sveriges paradgrenar. Var fjärde läkare disputerade. Av dessa fortsatte tillräckligt många att bedriva egen självständig forskning för att bilda en stor rekryteringspool ur vilken exceptionellt framgångsrika forskargrupper kunde uppstå och till och med nå Nobelprisklass.

Detta arv håller idag snabbt på att skingras. Andelen läkare som disputerar har minskat och små och medelstora forskargrupper upplöses. Meritvärdet för att disputerar är idag obefintligt, liksom meritvärdet att handleda.

Denna ökning av statliga medel till medicinsk forskning vi sett på senare år har inte kommit den kliniska forskningen tillgodo. De nya medlen har tilldelats ”strategiska nätverk” av toppforskare inom på förhand definerade områden (där klinisk forskning inte är ett). Vanlig klinisk forskning är oglamorös och den kliniskt aktive har få mindre möjligheter att bygga strategiska nätverk. De kliniskt verksamma som driver forskning gör det trots motstånd och vanligen med minimala resurser.

Om Sveriges anseende som medicinsk forskningsnation inte helt skall ruineras måste spelreglerna för kliniska forskare ändras radikalt. Klinisk forskning är mycket lönsam, inte bara för skattebetalarna som får ökad hälsa och livslängd, utan också för sjukvården själv. Forskarutbildad personal är tränade i kritiskt tänkande, metodisk analys, informationssökning och skriftlig och muntlig framställning. De är därmed sannolikt ofta effektivare även i vården. Vi tror att den höga andelen forskarutbildad personal inom svensk sjukvård varit en faktor som möjliggjort den stora effektivitetshöjningen inom vården de senaste decennierna.

Utredningen har identifierat ett flertal svagheter i dagens system och föreslagit en rad åtgärder. Vår syn på dessa åtgärder återges nedan. Vi vill också påpeka det centrala i att se över hur anslagen till medicinsk (inklusive klinisk) forskning fördelas i stort och har därför lagt till en rad förslag under den punkten.

Åtgärder för att öka antalet forskarutbildade

Forskarutbildningen roll har försvagats för läkare, men stärkts för BMA och sjuksköterskor. För att få en klinisk forskning av god kvalitet krävs att en stor andel av all vårdpersonal forskarutbildas. Detta kräver att dagens negativa trend bryts – meritvärdet för den som disputerar, liksom incitamentet för den som handleder, måste höjas.

Förslag:

- Alla AT-block vid universitetssjukhus skall tilldelas dem som bedriver forskarstudier eller disputerat. Meritvärderingen skall utföras av forskare
- Alla ST-block vid universitetssjukhus skall innefatta forskarutbildning (eller aktiv forskning för redan disputerade).
- BMA-, sjuksköterske-, sjukgymnastutbildningar m.f. vårdutbildningar bör tillföras statliga medel för att ge alla lärare forskningsmöjligheter

- Antalet kombinationstjänster (klinisk + forskning/utbildning) måste öka. Detta gäller inte bara tjänster för läkare, utan även BMA, sjuksköterskor och sjukgymnaster, som idag ofta inte får någon utdelning av sin forskarutbildning
- Forskare som handleder doktorander till disputation gör detta på bekostnad av sina egna forskningsmedel och skall kompenseras för detta
- Disputation, liksom egen aktiv forskning, skall åter bli en merit vid tjänstetillsättning. Kravet på disputation bör eftersträvas för alla överläkartjänster, liksom alla tjänster vid universitetssjukhus

Universitetssjukhusens organisation

Vid universitetssjukhus är utbildning och forskning prioriterade uppgifter som skall fungera parallellt med vården. Utredningen föreslår en bolagsmodell för universitetssjukhusen för att garantera att universitetet får samma inflytande som landstinget. Vi anser oss inte kompetenta att bedöma vilken förvaltningsform som passar bäst för universitetssjukhusen, men anser att följande krav bör gälla för en inrättning som kallas "universitetssjukhus":

- Forskarsamhället skall representeras på alla ledningsnivåer
- Disputation skall eftersträvas för alla medicinskt överordnade tjänster, liksom för cheftjänster
- Forskningsmedel, såsom ALF och FoU skall fördelas i enlighet med forskarsamhällets etablerade principer, nämligen öppna utlysningar, fri konkurrens och "peer-review"-granskning
- I alla styrdokument skall framgå att forskning och utbildning är en verksamhet med samma rätt till respekt som vård

Effektivare fördelning av forskningsmedel till medicinsk (inklusive klinisk) forskning

Ingen forskning kan bedrivas utan forskningsmedel. Att driva en mindre forskargrupp kostar idag flera miljoner kronor per år. Anslagen från exempelvis VR är blygsamma även till ledande forskargrupper och medicinska forskare tillbringar idag mer tid än några andra med att söka anslag – c:a 25% av tiden.

ALF-medlen är idag den utan jämförelse viktigaste resursen för klinisk forskning. Utan ALF hade den svenska kliniska forskningen idag varit i stort sett utplånad. De senaste decennierna har utdelningen av ALF-medel blivit mer professionell vid de flesta lärosäten, man tillämpar peer-review och öppna ansökningar. Endast i Lund har man dock uppnått målet att ALF-medlen i sin helhet är konkurrensutsatta och tillfaller forskarna. På andra orter håller sjukvården inne en större eller mindre del av de statliga medlen och ser dessa som "sina egna pengar" som de skall fatta beslut om. Det kan inte nog betonas att endast forskarna själva kan bedöma den bästa användningen av forskningsmedel.

Samtidigt finns mycket stora resurser – i samma storleksordning som ALF – i landstingens FoU-budget. Dessa bör fördelas på motsvarande sätt med ansökningsförfarande som ALF.

Förslag:

- Öka tilldelningen till forskningsrådet så att anslagen kan höjas till dokumenterat framgångsrika forskargrupper och öka beviljningsandelen från dagens låga nivå.
- Tillse att alla landsting har en process för tilldelning av ALF som är forskardriven och kännetecknas av transparens, fri konkurrens och peer-reviewbedömning. ALF-medlen bör i sin helhet tilldelas forskardrivna projekt
- Strama upp tilldelningen av FoU inom landstingen. Tillse att medlen utlyses i konkurrens och att bedömningen sköts enligt vedertagen praxis i forskarsamhället

En fond för behandlingsforskning

Klinisk behandlingsforskning är mycket dyr. Utredningen föreslår en särskild fond för forskardriven behandlingsforskning, utan styrning från läkemedelsindustrin. Vi är positiva till att medel tillförs, men anser att detta sköts bäst inom VR:s ram. Enklast är att inrätta en särskild prioriteringskommitté för behandlingsforskning för behandling av sådana ansökningar.

Vi tror också att ett betydande resurstillskott till behandlingsforskning skulle kunna tillföras om landstingens FoU användes på ett bättre sätt. Om 15% av landstingens FoU tilldelades forskardrivna studier av behandlingseffekter, sökta i konkurrens och utvärderade av forskare, skulle resurser kunna tillföras och stärka behandlingsforskningen.

Vi tror inte på nyttan av särskilda samarbetsorgan för klinisk behandlingsforskning som skall hålla register över befintlig forskning och forskare. All erfarenhet säger att sådana register snabbt blir inaktuella och att det är alltför resurskrävande att hålla dem i stånd.

Vi anser inte heller att SBU, patientorganisationer, m.fl. skall identifiera viktiga områden för behandlingsforskning. All erfarenhet säger att all god forskning måste initieras av forskarna själva och det är omöjligt att förutse vilken forskning som kommer att ha stor betydelse innan man sett resultatet av denna forskning.

Satsning på infrastruktur

Det är centralt att stärka finansieringen av biobanker, register och bakteriella stamsamlingar som byggts upp av "eldsjälar" och som överlever genom ett under, utan centrala medel. För drift av dessa är önskvärt att alla bidrar och att tillgången är bred. För detta krävs centrala medel.

Slutord

Sammanfattningsvis har utredningen identifierat flera viktiga svagheter i dagens system och pekat på några viktiga åtgärder, framför allt att identifiera universitetssjukhusens särart och stärka forskningens meritvärde. Samtidigt menar vi att man missat att påpeka vikten av bredd och forskarstyrning för en effektiv forskning. Svensk medicinsk forskning erhöll sin storhet genom en mångfald av små forskargrupper och en mycket hög andel av medicinstudenter och kliniskt verksamma läkare som disputerade. Detta låg både i deras och deras handledares intresse, då alla högre tjänster i första hand tilldelades disputerade läkare och då handledning var en stark merit. Att åter öka andelen disputerade läkare och att premiera att även andra vårdkategorier, exempelvis BMA och sjuksköterskor, disputerar är centralt. Dessutom måste en förhållandevis stor andel kunna starta en egen forskargrupp och fortsätta driva forskning 5-10 år efter

disputation. Precis som inom sporten och näringslivet är det den breda basen som är förutsättningen för att få fram topparna.

Agnes Wold genom FMMS styrelse