

Läkarens roll i medicinsk forskning måste snarast förändras

Sverige har stolta traditioner att försvara när det gäller patientnära forskning. Tyvärr försämras förutsättningarna för denna verksamhet kontinuerligt. Om vi vill förbättra eller åtminstone bibehålla vår nuvarande position krävs snabba och kraftfulla åtgärder – antingen en betydande resursförstärkning eller en koncentration av befintliga resurser. Om vi fortsätter den utstakade vägen är risken uppenbar för ytterligare försämring och, slutligen, att svensk patientnära forskning helt marginaliseras internationellt sett.

PETER ARNER

professor, överläkare, styrelsemedlem i Vetenskapsrådet-Medicin; institutionen för medicin, CME M63, Huddinge Universitetssjukhus
(peter.arners@medhs.ki.se)

■ Läkarens möjligheter att forska ter sig successivt allt mer kringkurna. De flesta förändringar som idag sker verkar snarare försämrade än förbättrade läget. Ett tydligt exempel på detta är innehållet i debattartikeln av Klareskog och medarbetare om Socialstyrelsens nya förslag till kliniska specialiteter och dess konsekvenser för den patientnära forskningen [1].

När man som jag närmar sig 60-årsåldern och har fått ett visst perspektiv på patientnära forskning (som jag har hållit på med i mer än 30 år) kan man inte undgå att notera de drastiska försämringarna. På 1970-talet var Sverige i toposition i många patientnära forskningsområden. Tempot på universitetssjukhusen var inte så högt, så man kunde som jag genomföra kliniskt experimentellt laboratoriearbete samtidigt med patientvården.

Ekonomi var god. På mitt sjukhus, Huddinge sjukhus, fanns det ingen skillnad mellan budget för sjukvård och budget för forskning, så det var ingen brist på finansiella medel för driften. Dessutom hade institutionen gott om fasta laboratorieassistenttjänster för oss kliniker att utnyttja. Under lång tid disputerade så gott som alla läkare som började på vår medicinklinik. Dagens situation ter sig helt annorlunda.

Försämrade resurser

Det finansiella läget är mycket sämre. I detta avseende är den patientnära forskningen inte sämre lottad än annan biomedicinsk forskning. Snart är det dock risk för att en ämnesspecifik försämring

inträffar i och med att nuvarande ALF-avtal förändras.

Starka krafter inom universiteten verkar för att dessa medel ej längre ska öronmärkas för patientnära forskning. Även annan typ av »kliniskt relevant« forskning skall finansieras från dessa källor.

Tveksamt meritvärde

Ändamålet med disputation inom den patientnära forskningen har förändrats. Förut skrev man en avhandling utan att tänka så mycket på forskarutbildningen. Avhandlingen hade ett meritvärde i karriären som klinisk läkare, t ex för överläkartjänst i landsorten. Meritvärdet idag är betydligt mer tveksamt. Inte ens på ett universitetssjukhus som Huddinge sjukhus behöver man vara disputerad för att bli klinikchef.

Tonvikten på avhandlingen har ändrats från många vetenskapliga publikationer till lång forskningsutbildning. Om man utbildar sig till något, så borde det ju finnas lämpliga tjänster att söka. Faktum är att det inte finns några forskartjänster för nydisputerade läkare att söka på universitetsklinikerna – inte på Huddinge sjukhus i varje fall. Den forskande läkaren får i bästa fall hålla till godo med några ALF-månader per år, men detta gäller bara till år 2004. Sedan kanske även dessa försvinner.

Vetenskapsrådet utlyser varje år ett fåtal halvtidstjänster för patientnära forskare och strömånader för dem som går från preklinisk till klinik. Detta täcker inte på något sätt behovet sett i relation till det antal läkare som genomgått forskarutbildning per år.

Sjukvården prioriteras

Jag har märkt en attitydförändring gentemot de läkare som håller på med patientnära forskning i takt med att trycket på sjukvården ökar. Den forskande läkaren behövs allt mer i den kliniska vardagen, och klinikcheferna har allt svårare att avstå från deras tid till förmån för forskning.

Man talar allmänt, åtminstone på ett sjukhus, om att man är *ledig* för forskning. Uttrycket »forskningsledig« är absurt och kan inte tolkas på annat sätt än att forskning anses som någon form av fritidsverksamhet för läkare. Detta är kanske det viktigaste problemet för den patientnära forskaren – att forskningsverksamheten inte värderas lika högt som det renodlade sjukvårdsarbetet av kolleger och övriga som är verksamma inom sjukvården.

Man talar allmänt, åtminstone på ett sjukhus, om att man är *ledig* för forskning. Uttrycket »forskningsledig« är absurt och kan inte tolkas på annat sätt än att forskning anses som någon form av fritidsverksamhet för läkare. Detta är kanske det viktigaste problemet för den patientnära forskaren – att forskningsverksamheten inte värderas lika högt som det renodlade sjukvårdsarbetet av kolleger och övriga som är verksamma inom sjukvården.

Karriären försenas

I vissa fall kan forskning bli ett rent hinder i karriären, åtminstone om tidsaspekten avses. Forskningen får inte räknas in (eller i bästa fall bara till liten del) i tiden för specialistutbildning. Låt oss säga att man vill forska halvtid och arbeta med sjukvård halvtid, vilket är en optimal fördelning enligt min uppfattning.

I sådana fall tar det kanske upp till tio år i stället för fem för en ung läkare att få specialistkompetens och därmed en specialitlön – detta trots att läkarens forskning sker på patienter eller rör patientnära problem. Hur många nyexaminerade läkare lockas till att arbeta på detta sätt?

Ökande ointresse för forskning

Allt färre som börjar läkarutbildningen vill ägna sig åt forskning. Kanske beror det på de negativa faktorerna uppräknade ovan. Denna nedgång är dock ingenting som är unikt för Sverige utan en internationell trend [2].

Det är troligen så att vi i Sverige har varit bortskämda med att läkare forskade, på grund av att vi tidigare haft ett flexibelt avhandlingssystem och till rätt nyligen ett uthärdligt sjukvårdstryck. I och med forskarutbildningsreformen och den numera hårt pressade kliniska vardagen har korthuset rasat samman, och den snabba försämringen har blivit så uppenbar.

Läkare som rekryteras till vårt universitetssjukhus idag säger ofta att de endast vill ägna sig åt sjukvårdsarbete. En sådan inställning var mycket ovanlig förr. De som idag börjar läkarutbildningen är i mycket mindre utsträckning än tidigare intresserade av medicinsk forskning. De flesta medicinska avhandlingar utförs idag av sådana som har annan utbildning än till läkare.

ANNONS

ANNONS



Foto: Ulf Sjörohn

Patientnära forskning har inte samma status inom biomedicinsk forskning som tidigare, skriver artikel-författaren.

Patientnära forskning har inte samma status inom biomedicinsk forskning som tidigare. Förr fanns det tidskrifter med mycket hög s k impaktfaktor (genomslagskraft) som specialiserade sig på avancerad patientnära forskning, till exempel *Journal of Clinical Investigation* och *Nature Medicine*. För några år sedan ändrade dessa tidskrifter inriktning och accepterar numera så gott som enbart artiklar om forskning på olika djurmodeller.

Andra topptidskrifter som *New England Journal of Medicine* och *Lancet* inriktar sig fortfarande på patientnära forskning, men de har begränsat sin intressesfär betydligt till att prioritera epidemiologi och olika former av stora kliniska prövningar. Dessa områden representerar en mindre del av den patientnära forskningen.

Oklara gränser

Begreppet klinisk forskning har ändrat karaktär de senaste åren, till nackdel för oss läkare. Förr menade nog de flesta att klinisk forskning var samma sak som forskning på människor, medan experimentell forskning skedde på djur. I och med de stora teknologiska framstegen har gränserna suddats ut, och idag har i stort sett all biomedicinsk forskning en klinisk relevans.

Detta innebär att de flesta biomedicinska forskare som ej är läkare kan hävda att de ägnar sig åt klinisk forskning. Så den till synes unisona önskan inom det medicinska forskningsetablissemangent att satsa mer på klinisk forskning innebär tyvärr inte att man självklart vill stimulera den patientnära forskningen.

Koncentrera resurserna!

Jag är pessimistisk när det gäller möjligheterna att kraftigt öka resurserna för

den patientnära forskningen. Detta krävs nämligen om vi ska bibehålla hög forskarutbildningstakt, skapa adekvat mängd tjänster för färdigutbildade patientnära forskare och förbättra synen och möjligheterna avseende den patientnära forskarens roll inom sjukvården. Ett alternativ, som bör diskuteras, är att koncentrera nuvarande resurser och ta fasta på följande möjligheter:

- De nyexaminerade läkare som är forskarintresserade skall i första hand endast erbjudas en licentiatexamen. Att i 30-årsåldern (som man ofta är efter läkarexamen) samtidigt påbörja en utbildning som forskare ledande till doktorsexamen (4 år på heltid) och en utbildning som specialist (5 år eller mer på heltid) ter sig ej realistiskt. Ovanpå detta kommer kanske familjebildning.

Det är betydligt mer verklighetsnära att endast satsa på lic-examen som komplement till specialistutbildningen. Jag tror att de flesta läkare som är kliniskt verksamma och forskningsintresserade klarar sig med en lic-examen för att kunna sköta sjukvård och forskning parallellt. Avancerade undersökningar kan de utföra i samarbete med andra biomedicinska forskare.

Detta förutsätter dock att meritvärdet för lic-examen kraftigt höjs, t ex att det ingår som krav för att få överläkartjänst vid universitetssjukhus och är förenat med betydelsefull löneförhöjning.

- Fortfarande behövs naturligtvis fullt forskarutbildade läkare inom den patientnära forskningen. Dessa bör dock börja sin forskarutbildning samtidigt som de börjar läkarutbildningen, dvs i 20-årsåldern när det oftast inte är aktuellt med familjebildning.

Man måste på ett betydligt mer di-

stinkt sätt än nu skapa en speciell utbildningslinje för läkare/forskare vid universiteten. De som avslutar en sådan linje skall erbjudas forskarinriktade specialistutbildningstjänster (t ex forskar-ST) på universitetssjukhusen där forskning och sjukvård skall ske samtidigt och på lika villkor.

När forskningen/specialistutbildningen är klar skall man erbjudas speciella forskningsinriktade överläkartjänster eller motsvarande. Det kanske räcker att på varje universitetsort utbilda cirka tio sådana välutbildade och forskande läkare per år för att upprätthålla spetskompetens inom den patientnära forskningen.

Referenser

1. Klareskog L, Efendic S, Brismar K, Hamsten A. Socialstyrelsens förslag till nya specialiteter motverkar sjukvårdens kunskapsutveckling. *Läkartidningen* 2003;100:631.
2. Hirsch J. An Association for patient-oriented research is born. *J Intern Med* 1999;246:519.