

Förbättrad interaktion kan överbrygga klyftan mellan akademi och klinik

I inlägget diskuteras den kliniska forskningens kris utifrån intervjuer med ett 40-tal forskare och kliniker i Malmö och Lund. Perspektivet är kulturella faktorerens betydelse för kommunikationssvårigheterna. För att lösa motsättningarna mellan akademi och klinik behövs inte bara nya integrerade strukturer för klinisk och experimentell samverkan utan också en kraftigt förbättrad interaktion mellan kliniska och experimentella forskare, anser Tom Smith.

TOM SMITH

forskare vid Judge Institute for Management Studies vid universitetet i Cambridge samt vid Nuffield Trust, London (översättning och bearbetning:

Mats Benner; Mats.Benner@fpi.lu.se)

■ För bara tjugo år sedan ansågs universitetssjukhuset vara den plats där samtiden mötte framtiden inom sjukvården [1]. Den kliniska forskningen var själva uttrycket för detta möte. Utifrån den utvecklades nya tjänster, och ny kunskap togs fram, grundat i ett ömsesidigt lärande mellan forskning och praktik.

Men när det nu gått över två decennier kan vi konstatera att akademi och klinik befinner sig långt ifrån varandra och att klyftan hela tiden växer. Enkelt uttryckt: universitetet koncentrerar sig numera på framtiden, medan sjukvården försöker hantera samtidens problem. Vad är det då som har hänt? Och kan klyftan överbryggas?

Intervjuer med forskare och kliniker

Artikeln och diskussionen bygger på intervjuer med ett fyrtiotal forskare och kliniker i Malmö och Lund. Denna beskrivning av den kliniska forskningens kris och framtida möjligheter är naturligtvis inte enbart giltig för förhållandena vid två universitetssjukhus, utan har ett generellt intresse. Olika arbetsuppgifter har glidit isär, något som blivit uppenbart nu när intresset för att knyta ihop dem igen har ökat.

När frågan ställs om hur den kliniska forskningen ska kunna få ny kraft igen, pekar såväl kliniker som laboratorieforskare på allvaret i den uppkomna situationen. Den kulturella fragmenteringen mellan klinik och laboratorium har gått för långt. Lösningen av problemen skulle i så fall vara ett utökat utbyte mellan kliniker och forskare i en omstöpt organisation. Frivillighet och mötesplatser är en mer framkomlig väg än centralstyrda modeller för samverkan.

Den kliniska forskningen väcker starka känslor. Många menar att det är »därifrån resultaten kommer«, men oroar sig för vad de upplever som en institutionell diskriminering där »medel bara anvisas till den prekliniska forskningen«.

Förklaringar till nedgången

Den kliniska forskningens nedgång har många och komplexa förklaringar, och det är inte möjligt att erbjuda en entydig orsakskedja. Ett antal faktorer återkom i intervjuerna

- *Minskade möjligheter att bedriva klinisk forskning vid universitetssjukhusen:* De stegrade kraven på att producera sjukvård är det allt överordnade målet vilket blockerar möjligheterna att bedriva kliniska forskningsprojekt. Varken tid eller resurser räcker.
- *Ingen kommunikation mellan universitet och klinik:* Inställningen till den kliniska forskningen skiljer sig åt mellan universitet och sjukvård. Universitetet vill huvudsakligen stödja forskning som valts ut på grundval av vetenskapliga bedömningar, medan sjukvården helst ser att forskningen inriktas mot kvalitetshöjningar inom sjukvården.
- *Kliniker har svårt att få ALF-medel:* reformeringen av ALF-systemet har fått blandade konsekvenser. Positiva effekter är att systemet blivit mer genomskinligt och att den vetenskapliga bedömningen blivit tydligare. Men det har också blivit allt svårare för kliniskt baserade forskare att finansiera sin forskning. Detta har skapat ökade spänningar mellan preklinisk och klinisk forskning. Grupper med en uttalad preklinisk inriktning har betydligt lättare att få ALF-finansiering än mer renodlade kliniska forskare, vilket många anser urholkar ALF-systemet.
- *Den kliniska forskningen är på väg ut ur kliniken:* ALF-medlen används

inte alltid för forskning som kan gagna den kliniska verksamheten, menar många. Istället har en ny typ av kliniskt relaterad forskning vuxit fram, som bedrivs utanför kliniken och som flyttar från det traditionella kliniska sammanhanget till speciella laboratoriemiljöer. Många uttrycker oro för en utveckling där kliniken försvinner från den kliniska forskningen, och där forskningen inte längre bedrivs i anslutning till patienter och kliniska situationer.

- *Det finns för litet daglig kontakt mellan kliniker och laboratorieforskare:* Fastän det finns områden där kliniker och forskare arbetar nära tillsammans är förbindelserna mellan verksamheterna sällan särskilt intensiva. En del experimentella forskare menar att kliniker saknar intresse för forskning – att de inte ställer några frågor – medan kliniker menar att forskarna saknar intresse för kliniska problem.
- *Det finns kulturella skillnader mellan de vetenskapliga samfundet:* Det finns betydande kulturskillnader mellan klinisk och experimentell forskning. En del skillnader beskrivs som fiendlighet mellan företrädare för olika områden, andra som fördomar mellan grupperna. Prekliniker uppfattar inte de kliniska forskarna som »riktiga forskare«. De kulturella skillnaderna grundar sig i strukturella olikheter: laboratorieforskarna har ofta liten eller ingen klinisk erfarenhet medan läkarna påstås sakna insikt i den laborativa verksamheten.

Kreativ konfrontation

Dessa spänningar ska varken överdrivas eller underskattas. Spänningar uppkommer alltid när olika verksamheter är relaterade; förhållandet mellan universitet

Universitetet koncentrerar sig på framtiden, medan sjukvården försöker hantera samtidens problem.

och sjukvård är inget undantag. Strukturella dissonanser uppstår och förvärras av missförstånd och misstänksamhet mellan olika grupper. Utmaningen är att skapa en kreativ konfrontation mellan områdena. De flesta inser att skillnaderna kan hanteras och att ett ökat samarbete mellan klinik och laboratorium är nödvändig. Frågan är bara hur detta ska åstadkommas.

För en hållbar forskningsorganisation

Det råder enighet bland de intervjuade om värdet av att vidmakthålla universitetssjukhusens form. »De [politikerna och sjukhusledningarna] måste bestämma sig för vilken sorts organisation de vill ha. De inser hur viktiga vård, förebyggande verksamhet och förbättringar är; vad de behöver göra nu är att fundera på hur de ska organisera verksamheten för att åstadkomma detta.«

Kulturella aspekter är väldigt viktiga för både kliniker och forskare när de beskriver vad de uppfattar som kärnan i universitetssjukhusen som organisation. Denna kärna beskrivs som en miljö av »ifrågasättande«. »Vi måste fråga oss om vi gör ett bra eller dåligt arbete. På så sätt kan vi identifiera forskningsfrågor.« Det betyder att forskningen blir en integrerad del av vardagssysslorna. »Detta måste vägleda sjuksköterskor lika väl som läkare. Det måste finnas en integrerad mentalitet från toppen av verksamheten. Allt handlar om kultur.«

Partnerskap mellan universitet och klinik

Det finns två, sinsemellan relaterade, föreställningar om hur samspelet mellan klinik och laboratorium kan förbättras. Den första är att utöka möjligheterna att bedriva forskning i kliniska miljöer. Den andra är att skapa plattformar för samverkan mellan grupper och mellan individer.

Forskningen vid universitetssjukhusen

Hur kan forskningen vid universitetssjukhusen utvecklas? Några generella tendenser kan urskiljas. Medel bör öronmärkas för småskaliga, kliniskt inriktade forskningsprojekt. Tid måste avsättas för forskning för alla kliniskt verksamma. För att undvika fragmentering kan denna forskningstid samlas ihop inom kliniska forskargrupper med lämpliga möjligheter för handledning. Resurser måste avsättas för att kunna utveckla en kader av forskare med klinisk inriktning.

En annan möjlighet som framhålls är att skapa organisatoriska strukturer för samverkan mellan olika avdelningar och institutioner för att knyta samman klinisk och experimentell forskning. Detta ses från många håll, särskilt från fakulteter, sjukhusledningar och forsknings-

finansierare, som ett sätt att skapa interaktiva miljöer där möjligheter till intellektuella möten erbjuds.

En sådan mer strukturell ansats får dock ett visst mothugg inom den kliniska verksamheten. Den kan inte skapa förutsättningar för mer genuint samarbete, utan stannar på en organisatorisk nivå. Sådana organisationer tenderar, menar man, att bli för stela och fångar inte in komplexiteten och föränderligheten i forskningen. En person som intervjuades ritade upp en mängd linjer i en enda röra och sade: »Detta är den sorts organisationsstruktur vi behöver.«

En gränsöverskridande, interaktiv miljö

I dagsläget, med den ökade tids- och kostnadspressen inom sjukvården och forskningens ökande specialisering, är det en övermänsklig uppgift att lägga ansvaret för integrationen på enstaka individer. En fråga som restes i diskussionerna var om formella strukturer för samverkan borde skapas. Det svar som framkom var ett intressant »ja och nej«.

Samverkan är nödvändig, men kan inte ledas eller drivas fram. Ska man korsa gränser mellan akademi och klinik kan man inte dirigera fram en sådan trafik: den måste uppmuntras och stödjas. Barriären mellan klinik och laboratorium är inte huvudsakligen strukturell utan kulturell, skulle man kunna hävda.

Man talar olika språk, har olika ideal, tidshorisonter och belöningsssystem, och strävar efter olika mål.

För att lösa dessa motsättningar och olikheter räcker det inte med att skapa nya strukturer. En ny organisationskultur måste byggas upp och vidmakthållas.

Slutord

Detta är naturligtvis inte hela sanningen om uppdelningen mellan klinisk verksamhet och den medicinska forskningen. Det utgör *ett* perspektiv och *en* förklaringsmodell som utgår från kulturella faktorerets betydelse för kommunikationssvårigheterna. Det räcker inte – även om detta också är en viktig komponent – med att bygga upp integrerade strukturer för klinisk och experimentell samverkan.

Det krävs också en kraftigt förbättrad interaktion mellan kliniskt verksamma och experimentella forskare. Kan dessa bägge element kombineras finns förutsättningarna för en hållbar kommunikation över disciplin- och organisationsgränser, till gagn för vetenskapen, sjukvården och samhället som helhet. •

Referens

1. Dainton F. Reflections on the universities and the NHS (mimeo), 1981.

Korrespondens

Redaktör: Jan Lind, tel: 08-790 34 84, fax: 08-14 57 04, jan.lind@lakartidningen.se

Okunskap eller bedrägligt beteende vid rekvisition av journalkopior?

■ Nyligen anlände ett brev från ett försäkringsbolag innehållande en begäran om journalkopior för försäkringsmedicinsk bedömning. Av brevet framgick att bolaget för journalkopior ej betalade något för de första nio sidorna och ett mindre belopp därutöver. Man hänvisade till avgiftsförordningen för allmänna handlingar (1992:191). Bolaget meddelade vidare att man ej tog emot postförsäkring samt att man förväntade sig en snabb handläggning av ärendet.

Privatmottagningen ingen myndighet

Jag fick nu anledning att för bolaget förklara följande:

1. Journalhandlingar hos privatläkare är ej allmänna handlingar utan läkarens egendom.
2. En privatläkarmottagning är ej någon myndighet.

3. Om bolaget önskade erhålla journalkopior fick det vänligen betala en skälig ersättning för journalhantering, kopieringskostnader, porto m m.

Med anledning av det inträffade föreslår jag privatpraktiserande läkare som får liknande rekvisitioner av journalkopior att hantera situationen på ovan angivet sätt.

Jan Byström

privaturolog och jur kand, Stockholm
janby@spray.se