

# Klinisk forskning förutsätter forskande läkare

Många unga läkare vill forska men avstår ändå från forskarbanan. Sveriges yngre läkares förening Sylf har kartlagt orsakerna och föreslår fem åtgärder för att underlätta rekryteringen av fler läkare till den kliniska forskningen. Det handlar om lön och meritvärde men också om forskningens organisation och finansiering m m.

debatten om hur Sverige ska återta en internationell topplacering inom den kliniska forskningen glöms alltför ofta den enskilda individen bort. Det är oerhört viktigt att regeringens mål om att 1 procent av BNP investeras i forskning uppfylls, men samtidigt måste vi fråga oss vad som gör att en så stor del av de forskarintresserade läkarna avstår från att välja en akademisk karriär.

Enligt regeringens utredning om den kliniska forskningen har antalet individer med läkarexamen som för första gången är aktiva inom medicinsk fakultet minskat från 305 till 205 mellan 1996 och 2006. För att akademiska lyckas attrahera fler läkare krävs att den kliniska forskningen blir attraktiv för de yngre läkarna.

**Sylfs ST-enkät 2008**, som besvarades av över 2 000 yngre läkare, visar att nästan hälften av de ST-läkare som inte forskar har intresse av att forska. Detta är en utmärkt

förutsättning för att Sverige ska lyckas återta en topplacering inom den kliniska forskningen.

De tre viktigaste faktorerna som skulle göra att de forskarintresserade läkarna faktiskt skulle välja en forskarkarriär är »möjlighet att forska inom ramen för en anställning« (angavs av 82 procent), »bättre löneutveckling under tiden jag forskar« (angavs av 35 procent) samt »bättre handledning än som ges i dag« (angavs av 31 procent).

De som lämnat forskarstudierna har angett att »min sociala situation gjorde det omöjligt för mig att fortsätta forska« som den viktigaste orsaken till avhopp. Om villkoren förblir oförändrade finns det en överhängande risk att kompetenta, forskarintresserade läkare väljer andra länder att forska i eller helt avstår från en akademisk karriär.

**Mot denna bakgrund** har Sylf antagit en forskningspolicy för den kliniska forskningen med följande fem åtgärdsförslag:

1. *Förbättra möjligheten att forska inom ramen för en anställning.*

Den kliniska vardagen för läkare präglas i dag av stora krav på kortsiktig effektivitet i sjukvårdsproduktionen, och

det finns i regel för lite tid avsatt för forskning inom ramen för själva tjänstgöringen. Som Tabell I visar är det enbart en av fem doktorander som har angett att de finansierat sin forskning genom en anställning som doktorand.

Det är tydligt att den vanligaste finansieringen är via stipendier/bidrag, vilket är en finansieringsform som är mycket osäker. Ett stipendium är ett bidrag av gåvokarakter utan krav på motprestation och ska därför inte uppfattas som lön eller ersättning för arbete.

**Eftersom stipendier är skattefria och utan sociala avgifter, ersätts stipendiaten vid sjukdom enbart med garantivån från Försäkringskassan.** Många av läkarna är i en tid av livet när de bildar familj, men om de forskar på stipendier eller bidrag omfattas de inte av den trygghet som en anställning ger vid föräldradighet.

Grundprincipen för att forska inom ramen för en anställning är att man uppbär läkarlön även under pågående forskning. Detta är något att eftersträva, då det utöver omedelbara ekonomiska för-

delar även ger långsiktig ekonomisk trygghet eftersom lönen är pensions- och sjukförsäkringsgrundande.

Det innebär också att läkaren kan forska under normal arbetstid, vilket har uppenbara positiva effekter på privatlivet. Ur ett individ- och samhällsperspektiv vore det önskvärt att betydligt fler finansieras på detta sätt, då det attraherar fler läkare att forska.

**»Många av läkarna är i en tid av livet när de bildar familj, men om de forskar på stipendier eller bidrag omfattas de inte av den trygghet som en anställning ger vid föräldradighet.«**

**Kombinationen** forskning och klinisk verksamhet har varit en av an-

ledningarna till att Sverige traditionellt har haft en stark position inom den kliniska forskningen. Denna koppling är även central för att forskningen snabbt ska få praktisk nytta i sjukvårdsorganisationerna.

Att öka investeringarna för att förbättra tjänstestrukturen för forskande läkare är en kärnfråga för att rekrytera och behålla kliniska forskare.

2. *Anpassa löneutvecklingen och öka meritvärdet.*

Studien »Att doktorera eller inte doktorera? – det är frågan!« (2003) från Sveriges universitetslärarförening vi-

**TABELL I. »Hur finansierar/finansierade du din forskning?«**

	Totalt	Kvinna	Man
Antal	590	322	268
Andel	100 %	55 %	45 %
Genom stipendier/bidrag	44 %	45 %	42 %
Inom ramen för en anställning	29 %	28 %	31 %
Inte alls – jag forskar mestadels på min fritid eller jourkomp	29 %	31 %	27 %
Anställning som doktorand	20 %	18 %	23 %
Annan finansieringsform	17 %	16 %	18 %



**HEIDI STENSMYREN**  
ordförande i Sylf  
heidi.stensmyren@sylf.se



**JOEL HELLSTRAND**  
utredningssekreterare  
joel.hellstrand@sylf.se

sar att läkare är den enda grupp som ur ett livslöneperspektiv förlorar på att disputera. Om akademien ska kunna locka till sig fler forskningsintresserade och kompetenta läkare är detta givetvis orimligt.

Som framgår av Tabell I anger 29 procent av de svarande att de inte har någon finansiering utan forskarfrämst på fritiden eller på jourkomp. Detta tyder på ett mycket starkt forskarintresse men visar samtidigt varför inte fler väljer en forskarkarriär.

En seriös verksamhet kan i längden inte baseras på individens insatser utanför arbetstid. Forskningen måste få plats i den dagliga verksamheten och ske inom ramen för ordinarie arbete.

### 3. Förkorta utbildningstiden och inrätta fler forskar-AT- och forskar-ST-block.

I dag är den forskarutbildade läkarkåren till 80 procent 45 år eller äldre, och medelåldern för de årligen drygt 200 läkare som disputerar är 42 år. Detta måste förändras för att både den enskilde individen och samhället ska få ökad nytta av forskarutbildningen. Att införa fler forskar-AT- och forskar-ST-block är viktigt för att förkorta den totala studietiden för forskarintresserade läkare.

Det är i dag vanligt att läkare som doktorerar utöver forskningsarbetet ägnar sig åt undervisning, anslagsansökande, handledning och examensarbeten m m. Detta visar att det finns potential att effektivisera doktorandutbildningen genom en stärkt fokusering på forskningsarbetet. Det skulle kunna göra doktorandutbildningen attraktivare, minska avhoppet från denna och möjliggöra att doktorandperioden förkortas.

### 4. Öka basresurserna och ändra fördelningen av ALF-medel.

Sylf anser att det finns ett be-

hov av att öka transparensen i hur forskningsmedel tilldelas. De s k ALF-medlen omfattar nära 1,5 miljarder kronor årligen och är därmed den enskilt största finansieringskällan för den kliniska forskningen. Därför är det viktigt att fördelningen av ALF-medlen redovisas offentligt och att det finns en hög transparens i fördelningsprocessen.

Ett problem med ALF-medlen är att anslagen i hög grad fördelas utifrån vad forskaren redan åstadkommit, medan det sällan görs någon bedömning av innovationskraften i projektet. Att köra in i framtiden genom att se i backspeglarna är inte alltid framgångsrikt.

### 5. Värna sambandet mellan stärkt forskning och bättre sjukvård.

Det måste till en förändrad syn inom den landstingsdrivna sjukvården så att forskning värdesätts både ekonomiskt och värderingsmässigt samt att nytänkande belönas. Det krävs även en förändrad syn och struktur i landstingen så att kostnaderna för kortsiktig vårdproduktion inte ställs mot kostnaderna för forskning och utveckling.

Detta borde vara en självklarhet för varje organisation som har intresse av att utvecklas bortom nästa resultatprognos. Det som har skett de senaste tio åren är att det kortsiktiga budgetresultatet har fått styra till nackdel för långsiktig effektivitet och forskning.

**Med dessa fem förslag till åtgärder vill Sylf lyfta fram drivkrafterna bakom den enskilda läkarens beslut att forska eller avstå från att forska. Om vi tar dessa drivkrafter på allvar och omstrukturerar akademien för att tillgodose dem är vi på god väg att åter sätta Sverige i ledningsposition när det gäller den kliniska forskningen.**

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

## Låt patienten slippa ständiga läkemedelsbyten

■ En pensionerad apotekare, som disputerat i farmakologi, berättade nyligen att han tog fem olika läkemedel. Han fick olika generiska stup i ett och begrep inte hur vanligt folk klarade detta då han själv hade svårigheter att hålla reda på doserna. En dansk undersökning [1] av läkemedelsanvändningen hos patienter äldre än 65 år visade skrämmande siffror. En 72-årig man hade t ex hämtat ut Zocor vid 14 tillfällen och fått 8 byten. I en norsk undersökning [2] uttryckte var tredje patient bekymmer över att byta preparat, och i en svensk studie [3] angav 25 procent av patienterna att de fick sämre effekt. De som bagatelliserar dessa upplevelser, och trumpetar att allt är samma sak, behöver tid för eftertanke.

**Att byta ett läkemedel** kan gå an, men om man som många äldre har 7–8, blir det snarigt även för den klartänkta och dennes anhöriga. För sertralinn 50 mg – avsett för patienter med depression, tvångs- och paniksymtom, social fobi – fanns i december 2008 på listan över utbytbara läkemedel 34 produkter med 13 helt olika namn. Vad som serveras beror på månadens pris. Konsekvensen är försämrad följsamhet med dubbelmedicinering eller överhoppade doser. Samhällets kostnad för dålig följsamhet – kasserad medicin, förlängd sjukdom – är ökad.

**I bl a Finland och Frankrike** får patienten samma läkemedel under receptets hela giltighetstid. I huvudbetänkandet inför omregleringen av apoteksmarknaden [4] konstaterades »... att det vore en fördel om bytesfrekvensen minskade. Effekten torde bli såväl minskade kostnader för samhället som minskade risker för felmedicinering från patientens sida.« Samma uppfattning kom Socialstyrelsen till i

en rapport 2004 [5]. I Socialdepartementets publicerade lagförslag till omregleringen har detta kloka konstaterande inte följts upp.

**Det är inte bara för patienter** som utbyteshysterin är besvärlig. Flera undersökningar [6, 7] av sjuk- och distriktsköterskors arbetssituation har visat på ökad osäkerhet och merarbete. En undersökning visade att ca 1/3 av alla ändringar i vårdens ordinationsunderlag kunde härledas till byte av generika. Risken för felmedicinering är stor om underlaget inte stämmer. Trots politiska honnörsord om ökad patientsäkerhet efter snart sagt alla TV-reportage om aktuella missförhållanden vidtas inte enkla åtgärder.

**En behövlig omreglering** av apoteksmarknaden är ett tillfälle att förbättra läkemedelsanvändningen. Propositionen om omregleringen bör innefatta att samma utbytespreparat används under receptets giltighetstid. Rätt tillämpad spar utbytesreformen årligen flera miljarder; missriktad blir den ett nollsummespel.

**Anders Cronlund**

vVd Apotekarsocieteten  
anders.cronlund@lakemedelsakademien.se

#### REFERENSER

- Wagner Hoffman M, Randløv F. Hvor hyppigt skifter patienter præparat? *Farmaci*. 2005;(12):25-7.
- Eilertsen M. Fører generisk substitusjon til feilbruk av legemidler? *Norsk Farmaceutisk Tidsskrift*. 2008;(10):22-3.
- Kittel S. Patienter positiva till generika. *Pharma Industry*. 2008;(4):56-8.
- SOU 2008:4, p 420.
- Socialstyrelsen. Patientsäkerhet vid utbyte av läkemedel på apotek. Stockholm: Socialstyrelsen; 2004.

**LÄS MER** Fullständig referenslista <http://tarkiv.lakartidningen.se>