

# Låt forskningserfarenhet ånyo vara en merit för högre tjänst vid universitetssjukhus!

■ Vikten av att stärka den kliniska forskningen är de senaste åren omvittnad. Så poängteras betydelsen av att locka unga, kliniskt verksamma läkare till forskning av Olle Stendahl nyligen i Läkartidningen [1]. Flera goda förslag till stimulans läggs fram. I den allmänna diskussionen saknar jag en väg till lösning som består i att disputation/docentur åter görs till en viktig merit för överordnad tjänst vid universitetssjukhus.



Foto: Göran Olofsson/GU

Om disputation krävs för avancemang kan fler lockas till klinisk forskning, hävdar författaren.

det saknas i dag. Följaktligen frågar sig många varför man ska forska om man ändå gör god karriär vid en universitetssjukhus. Är inte det grundproblemet?

Jag begriper inte hur vi har hamnat där vi är i dag. Utvecklingen är uppenbarligen ett »systemfel«, varför varken enskilda verksamhetschefer eller kolleger knappast kan kritiseras. Problemet ligger på en annan nivå. Görs disputation nödvändig för avancemang kommer man säkerligen i högre grad att ägna sig åt

forskning. Det bör leda till att den kliniska forskningen breddas och stimuleras. Den tid för forskning som vi ofta får höra saknas lär uppstå.

**Naturligtvis bedrivs** den bästa forskningen av den uppriktigt intresserade. Verkligheten har visat att det inte räcker. Intresserad och motiverad kan man även bli om man upptäcker hur roligt och stimulerande forsknings- och utvecklingsarbete ofta är. Vetenskaplig meritering får sedan inte ersätta god klinisk

kompetens. Det ska komma som en ytterligare och utslagsgivande kvalifikation.

**Är det egentligen inte ganska enkelt?** Varför inte återgå till det tidigare systemet som placerade oss högt upp i den kliniska forskningen? Strama upp karriärgången vid universitetssjukhusen och låt även forskningserfarenhet utgöra en viktig merit, även om startsträckan från där vi har hamnat i dag är lång.

**Hans Jacobsson**

professor och överläkare, Radiologi och nuklearmedicin, Karolinska universitetssjukhuset, Solna  
hans.jacobsson@karolinska.se

**REFERENS**

1. Stendahl O. Klinisk forskning måste locka unga. Universitet och sjukvård kan tillsammans visa forskningens möjligheter. Läkartidningen. 2009;106:3066.

## Klinisk forskning får inte framstå som ett nödvändigt ont

■ Såsom nybliven läkare och doktorand läste jag med intresse Olle Stendahls medicinska kommentar i LT 46/2009 (sidan 3066) om klinisk forskning. Stendahl framhåller vikten av att mer aktivt skapa ett tidigt engagemang bland unga läkare kring forskning. Han tar även upp problemet med att forskningen kan ses som »ett hinder i karriären«.

**Jag håller till fullo med** om detta men vill även reflektera över när forskningen snarare ses som ett *krav* i karriären. Som läkarkandidat fick jag av kliniker inte sällan höra att disputation huvudsakligen var bra för att kunna bli överläkare. Att forskarutbild-

ningen skulle ge ett »körkort« för forskning var det, till synes, inte tal om.

Detta tankesätt är mänskligt i en pressad och konkurrensutsatt klinisk vardag. Men hur många långvariga forskare leder det till? Risken är att man hoppar på ett projekt på kliniken enbart för att plocka den åtråvärda avhandlingsskalpen. Detta lär i sin tur innebära att färre utvecklar intresset att fortsätta upp till docent eller vidare.

**Den kliniska forskningen** kan väl knappast bli särskilt engagerad, eller för den delen långvarig, om den framstår som ett nödvändigt ont. Att tidigt ge insikt kring forskningens möjligheter och sti-

mulans, såsom föreslaget av Stendahl och andra, är troligen vägen till att skapa ett grundläggande engagemang.

Kombinerade forsknings- och kliniktjänster kommer sedan att krävas för fortsatt utveckling. Om forskningen är så värdefull som vi anser den vara så måste den också få ta tid. Avsatt tid, och kontinuerlig diskussion om det vi kan åstadkomma med klinisk forskning, framstår som en nyckel till varaktiga engagemang.

**Karin Sundström**

leg läkare, doktorand, institutionen för medicinsk epidemiologi och biostatistik, Karolinska institutet, Stockholm  
karin.sundstrom@ki.se

### Mer debatt på webben

*Nedanstående inlägg finns att läsa på [lakartidningen.se/debatt](http://lakartidningen.se/debatt)*

**Alltid napp – vad gör man då?**

Ur inlägget:  
»Jag har arbetat en del med asylsökande under senare år. De som jag träffar är framför allt från afrikanska kontinenten, Främre Asien eller Balkan. Många skyddar sig av tradition medvetet från sol. Om man har mörk hudfärg krävs betydligt mer exponering för sol för att bilda vitamin D än om man har ljus hy. Detta måste ordnas på sommarhalvåret när solen står tillräckligt högt i Sverige. — Hur gör ni som arbetar i invandratäta områden? Kollar ni? Behandlar? Vad finns för erfarenhet av resultat av behandling?«

Anders Windling

SLUTREPLIK 1 OM SCREENING FÖR RISKABLA ALKOHOLVANOR:

## Större oenighet än det verkar?

■ I sin replik »Screening kan stjälpas mer än den hjälper« till vår kommentar »Screena och ge individuellt stöd – och glöm inte kvinnorna och sjuksköterskorna!« (båda i Läkartidningen 50–51/2009, sidorna 3441-2) skriver Hedberg m fl:

»Många patienter i primärvården utan missbruk eller beroende söker för symtom som kan vara alkoholrelaterade – exempelvis högt blodtryck, sömnsvårigheter, ångest depression, magbesvär, hjärtklappning, värk, trött-

het etc. Här räcker det att förklara sambandet för patienten, samt, om det är adekvat, föreslå patienten att halvera eller minska alkoholkonsumtionen för att se om symtomet förändras till det bättre.«

**Det tycker vi är en bra** beskrivning av ett screeningförfarande som vi kan förorda. Här är vi alltså överens. Vi är eniga om att råden till patienten bör individualiseras, och för att kunna göra det måste man fråga om och kunna värdera alkoholvanorna.

Troligen identifieras fler riskbrukare i dessa riskgrupper om ett standardiserat screeninginstrument används; frågan är hur detta ska göras utan att skapa irritation eller resurskrävande rutiner.

**Det finns dock en mycket** omfattande praktisk och vetenskaplig erfarenhet av screening av alkohol i primärvården i Sverige och utomlands, som till övervägande del är mycket positiv. Detta gäller också screening utförd av sjuksköterskor. Däremot visar stu-

dier att den kliniska blicken är suddig och missar många riskbrukare.

**Sven Andréasson**

docent, avdelningschef, Statens folhälsoinstitut, Östersund  
Sven.Andreasson@fhi.se

**Anders Romelsjö**

professor, specialist i allmänmedicin och socialmedicin, institutionen för folkhälsovetenskap, Karolinska institutet  
Anders.Romelsjo@ki.se

SLUTREPLIK 2:

## Det vi kritiserar är den standardiserade tillämpningen

■ Andréasson och Romelsjö slirar i resonemanget! Med screening avses medicinska undersökningar av individer i en population för att diagnostisera en sjukdom utan att individerna i populationen uppvisar några symtom på sjukdomen. Alltså gör man det på alla utan urskiljning och utan att »fråga om lov«.

**Det är just tillämpningen** av ett standardiserat alkoholscreeningsinstrument som vi ifrågasätter; det kan störa

**»... det kan störa läkare-patientrelationen och dessutom minska benägenheten att ta upp alkoholfrågan i fortsättningen.«**

läkare-patientrelationen och dessutom minska benägenheten att ta upp alkoholfrågan i fortsättningen. Det visar erfarenheten från riskbruksverkstäderna och nu den aktuella uppföljningen av 131 allmänläkare.

Att däremot ta upp alkohol hos patienter med symtom

som kan vara alkoholrelaterade är något helt annat. Då finns både ett medicinskt och ett moraliskt imperativ att föra alkohol på tal.

Det är problematiskt att Andréasson och Romelsjö inte uppmärksammar denna skillnad!

**Charlotte Hedberg**

familjeläkare, Kvartersakuten Surbrunnsgatan; pedagogisk adjunkt, Centrum för allmänmedicin, Karolinska institutet, Stockholm

**Ingemar Engström**

överläkare, professor, Psykiatriskt forskningscentrum, Örebro

**Renée Vickhoff**

distriktsläkare, Kärråkra vårdcentral, Eslöv

**Niels Lynøe**

specialist i allmänmedicin, professor, Centrum för hälso- och sjukvårdsetik, Karolinska institutet, Stockholm  
niels.lynoe@ki.se

## Fick svar från socialministern om privatläkarna

■ Angående vårdval i Stockholms läns landsting.

I brev till landstingsledningen har jag redovisat konsekvensen av ett genomförande av vårdvalsreformen enligt landstingets intentioner. Dessa är väsentligt mer rigorösa än de i Region Skåne.

**Omfattningen** av verksamheten är cirka 115 läkare med specialitet i allmänmedicin och cirka 320 000 besök årligen samt övriga specialist-

läkare med omkring hälften av dessa siffror. Dessa patienter har gjort ett aktivt val att inte gå till vårdcentral utan går till privatläkare.

Konsekvenserna blir förödande för patienterna då privatläkarna tvingas upphöra med sin verksamhet.

**Mot den bakgrunden tillskrev** jag socialministern för att få ett besked om hur regeringen ser på denna fråga och fick ett uttömmande och klarläggande

svar, ur vilket jag citerar valda delar.

»Min utgångspunkt som socialminister är att förbättra tillgängligheten för patienter till hälso- och sjukvården. Jag vill värna patienternas intresse och kontinuiteten i att kunna vända sig till den mottagning man känner sedan tidigare. Hälso- och sjukvården ska vara tillgänglig och av hög kvalitet, vilket en mångfald av vårdgivare bidrar till. Regeringen har där-

för möjliggjort ersättningsetableringar enligt lagen (1993:1651). Regeringens avsikt är att mindre, privata läkarmottagningar ska kunna finnas kvar även om läkaren byts ut. Vårdval handlar om att sätta patienten i centrum, genom att vårdens resurser följer patientens val«.

**Maud Moller Skogby**

med dr, leg läkare, Stockholm  
grevture@telia.com