

intervju. Från årsskiftet har Vetenskapsrådets ämnesråd för medicin ett breddat uppdrag, där även delar av den kliniska forskningen ingår. Att riva ner den mentala barriären mellan preklinisk och klinisk forskning tycker nye huvudsekreteraren Mats Ulfendahl är viktigt. Han har dock varken fått en ordentlig definition av det nya uppdraget eller mer pengar.

text: michael lövtrup foto: peter nordahl



Han vill **riva** **barriärerna** mellan preklinisk och klinisk forskning

Svensk medicinsk forskning har stolta traditioner. Vi räknar in hela åtta Nobelpristagare i medicin eller fysiologi, fler än inom någon annan kategori. Men konkurrensen blir allt hårdare. I dag är det främst de amerikanska universiteten som inte bara Sverige utan hela Europa tycks ha svårt att matcha när det gäller att frambringa den allra yppersta forskningen. Nu står även folkrika länder som Kina och Indien redo att ta upp kampen med ambitiö-

sa BNP-mål för forskningen. Så man kan undra hur länge det dröjer innan vi får vi ett nionde medicinpris.

Mats Ulfendahl tror att det bedrivs medicinsk forskning i landet i dag som håller Nobelprisklass. Han påminner om att det inte är länge sedan Arvid Carlsson fick sitt pris.

– Frågan är om vi kommer ha sådan forskning om 20 år. Där är jag lite mer orolig. Att vi har resurserna i form av forskningsmedel och intellektuell kapacitet råder det inget tvivel om. Det man kan

fråga sig är om vi har ett akademiskt system som gynnar den kreativitet som behövs. Det är lite av min käpphäst att forskare i dag inte har den grundtrygghet som krävs för att tänka fritt. I dag gäller det att få in pengar, inte bara för ditt forskningsprojekt, utan till din lön, för att du ska ha någonstans att sitta och för att betala de personer som finns i din grupp.

Vad tycker du att man borde göra åt det?

– Min högst personliga åsikt är att lärosätena måste

bygga upp en bättre infrastruktur för forskarna i form av basala trygghetsfaktorer som lön, en plats att arbeta på och grundläggande kringresurser.

Det låter som en tillbakagång till hur det var tidigare.

– Med risk för att verka konservativ, ja, i viss mån är det det. Det fanns mer utrymme för det »akademiska« – att diskutera, att gå på seminarier, att läsa och undervisa. I dag fokuserar alla helt på sitt eget område. De bäst kvalificerade forskarna undervisar



Mats Ulfendahl

Befattning: Huvudsekreterare för ämnesrådet för medicin och hälsa vid Vetenskapsrådet och professor i experimentell audiologi och otologi vid Karolinska institutet.

Ålder: 51 år.

Familj: Fru och två döttrar.

Fritidsintressen: Jag brukar bli imponerad när jag läser intervjuer med vd:ar för stora börsbolag. När de får frågan räknar de upp både golf och skidåkning och segling. Jag undrar hur de hinner. Merparten av min lediga tid ägnar jag åt familjen och åt att bygga och snickra på sommarstället.

Varför sökte du tjänsten?

Vi höll i ämnesrådet på med en debattartikel om hur vi ville att det nya ämnesrådet skulle utvecklas. Då jag insåg att frågan är väldigt intressant och har en tydlig koppling till hur jag själv tycker att akademien och den kliniska forskningen ska utvecklas, beslutade jag att söka.

Det bästa argumentet för att vi ska satsa mer pengar på medicinsk forskning ...

... till politiker:

Det är deras förbannade skyldighet att det finns den bästa möjliga vården, och hälsovård utan forskning fungerar inte. Sedan lönar det sig rent krasst ekonomiskt. Inte under innevarande mandatperiod eller nästa, men på sikt.

... till allmänheten:

Förr eller senare blir vi alla sjuka, och vill man ha den bästa vården så grundläggs den bästa sjukvården i forskning, och därför måste den stödjas. ■

till exempel väldigt lite, det är de mer juniora som gör det.

Här kan man också reflektera över resultatet från Läkartidningens enkätundersökning tidigare i år (LT 4/10), där det framgick att det är vanligt med uppblåsta författarlistor i medicinska forskningsartiklar, med namn som enligt regelverket inte borde vara med.

Har forskarna för hög press på sig att prestera?

– Jag tror att pressen inom medicin är väldigt hög. För

att vidmakthålla sin grupp måste man producera mycket, och det ska gå fort. Jag tror att det är rätt att det finns en press att prestera, men jag tror att vi mäter prestationen på fel sätt. Att publicera är inte allt, det finns andra aspekter: den akademiska delen, populärvetenskapligt skrivande, studenter som du fostrar så att de blir goda forskare.

I samband med att Mats Ulfendahl tillträdde som huvudsekreterare vid årsskiftet

bytte det ämnesråd han basar för namn från »ämnesrådet för medicin« till »ämnesrådet för medicin och hälsa«. Samtidigt reviderades regeringens instruktion, så att man numera inte bara ska stödja grundforskning inom medicinområdet utan även »tillämpad« forskning.

– Av tradition har Vetenskapsrådets fokus legat på den grundläggande forskningen. Nu blir det en breddning över till de andra delarna i kedjan. Inte så att vi kommer att börja finansiera

»Det är lite av min käpphäst att forskare i dag inte har den grundtrygghet som krävs för att tänka fritt.«



stora patientstudier, men forskning som ligger närmare kliniska frågeställningar ska ha ett större utrymme. Jag tror att det kommer att ge mycket större möjligheter att ta ett samlat grepp och föra över kunskap och frågeställningar från den ena till den andra sidan, säger Mats Ulfendahl.

Uppdragsförändringen var en del i regeringens forskningsproposition och något som Vetenskapsrådet verkat för. I botten ligger en vilja att komma bort från den traditionella uppdelningen mellan preklinisk och klinisk forskning, som enligt Mats Ulfendahl lett till en olycklig polarisering, trots att det rör sig om sidor av samma mynt.

– Det vi har varit mest rädda för ur en vetenskaplig synvinkel är att man skulle skapa separata forskningsråd för grundforskning och klinisk forskning. Det skulle leda till att man tappar väldigt mycket av möjligheterna att vidmakthålla kompetens och kvalitet och kopplingen mellan de två. Meningen är ju att grundforskningen på sikt ska leda till något som tillämpas, även om det tar 10–20 år.

Utöver att det är vidare än tidigare är det dock mycket som fortfarande är oklart kring vad det nya uppdraget innebär. Inom ämnesrådet pågår ett arbete med att definiera och avgränsa det nya uppdraget.

– Ett problem som vi upplever, men kanske inte statmakterna, är att vi fått ett vidgat uppdrag utan större budget. Ska vi göra allt inom hälsa blir det väldigt mycket. Vi måste på något sätt begränsa det nya mandatet så vi även fortsättningsvis kan stödja den medicinska grundforskningen, och det är en process som vi precis inlett.

En händelse som ser ut som en tanke är att breddningen av uppdraget, och tillägget av ordet »hälsa«, kommer i en tid av allt större förväntningar från politiskt håll på att



Mats Ulfendahl om nya Karolinska sjukhuset:

»Ja, där får man en labbdel och en sjukvårdsdel, och det är klart att kommunikationen går att lösa, men det blir en utmaning.«

ter och biobanker, inte håller den klass den borde kunna hålla. Under mandatperioden har såväl en utredning och en delegation presenterat recept på hur forskningen ska lyftas. Sedan dess har inte mycket hänt.

Man har diskuterat problemen inom klinisk forskning i ett decennium. Varför händer så lite?

– Det ligger en del på resurssidan. Det sägs att det behövs 500 miljoner om året till en behandlingsforskningsfond. Men om det ska göras inom givna ramar måste annat nedprioriteras, och om det är något vi har svårt för i Sverige är det att nedprioritera, säger Mats Ulfendahl som dock inte lyfter fram resursfrågan som det främsta skälet till att svensk klinisk forskning tappar mark.

– Jag har varit verksam på forskningslabb på sjukhus under 13 år, och min fru är också läkare, och vad jag ser är att det inte finns tillstymmelse till tid eller incitament för yngre och även seniora kliniker att ägna sig åt forskning. En viktig del är att sjukvårdssystemet inte är uppbyggt för att det ska vara lönande för individen att forska – vare sig finansiellt eller intellektuellt – utan all fokus ligger på produktion. Inte förrän vi får ett system där forskningsintresserade kliniker har möjlighet att forska kommer vi att få ett uppsving.

Hur ska man uppnå det?

– Jag tror att huvudmannen måste bestämma sig för att detta är en sak som beta-

forskningen ska fixa tillväxt och jobb och lösa allehanda samhällsproblem – kort sagt vara »nyttig«. Det gäller inte minst medicinområdet, där det gjorts en rad försök att skatta det samhällsekonomiska utfallet på varje satsad krona.

Finns det en risk att pressen ökar på att forskningen ska leverera konkreta resultat i form av nya behandlingar, och att utrymme för grundforskning i motsvarande grad minskar?

– Det är en mycket viktig fråga. Det är en internationell trend att man lyfter fram nyttoaspekten väldigt mycket inom medicinsk forskning. Fördelen är att det kan få forskare att fundera över vad forskningen kan leda till, vilket kanske kan öppna för nya samarbeten och att man mer aktivt ser till att ens resultat

förs vidare. Samtidigt slår en hårt driven nyttoaspekt hårt mot grundforskningen, som sällan har en tydlig avnämning. För en klinisk undersökning är det lättare, där kan man i bästa fall direkt peka på något som hänt för patienterna.

När det gäller den kliniska forskningen har Vetenskapsrådet hittills främst fungerat som forskningspolitisk remissinstans. Nu, med det vidgade mandatet, blir man på ett mer konkret sätt en spelare på planen med makt att påverka förutsättningarna.

Med det följer även risken att kritiserar för att man inte gör detta på rätt sätt. För är det något det råder närmast total enighet om är det att svensk klinisk forskning, givet våra goda förutsättningar i fråga om exempelvis regis-

lar sig eller så måste man byta huvudman.

Därmed är man inne på en av huvudteserna i Olle Stendahls utredning om den kliniska forskningen: att det dubbla huvudmannaskapet – lärosätet för forskningen, landstinget för vården – gör att forskningen hamnar på undantag. Olle Stendahls lösning är att man slår samman universitetssjukhusen och fakulteterna till universitetsmedicinska centrum.

– Det vore ett steg i rätt riktning. Men det måste kombineras med ett mycket tydligare uppdrag till huvudmannen att det ska bedrivas forskning, ett uppdrag som kan följas upp. Annars kan vi hålla på och ändra hur mycket vi vill.

Borde alla klinikchefer på universitetssjukhusen vara disputerade?

– De borde ha erfarenhet av att forska, tveklöst. Det gör det mycket lättare att förstå vad forskning är och hur den ska utvecklas, säger Mats Ulfendahl, som menar att krav på akademisk meritring för högre tjänster är viktigt även ur incitamentssynpunkt.

– Varför ska du som yngre kliniker forska och disputerar om den meriten sedan inget är värd, utan din kollega som inte valde att forska får överläkars tjänster som du missar för att du varit borta några år?

Huruvida klinikchefer på universitetssjukhusen inte bara bör ha erfarenhet av forskning, utan dessutom – som var brukligt förr – vara aktiva forskare, är dock en annan fråga, menar han.

– Man ska ha klart för sig att forskning inte är något man kan göra en halv dag i veckan – det kräver ett engagemang – och jag är inte säker på att det alltid går att kombinera med att vara klinikchef. Vissa klarar det, det beror på individen och på vilken klinik det handlar om, men det vore farligt med ett krav.

Att däremot ifrågasätta att man kombinerar chefskap

med forskning, som en del sjukhusdirektörer gör, är han tveksam till.

– En sådan regel sänder ett väldigt negativt budskap, inte minst till yngre kliniker som kanske funderar på att välja forskarbanan.

I debatten om den kliniska forskningen talas det mycket om att stärka den så kallade innovationskedjan, från grundläggande explorativ forskning via klinisk forskning och kliniska prövningar till uppföljningsstudier. Delvis handlar det om att vissa länkar är för klena rent finansiellt; i det ljuset ska exempelvis Olle Stendahls förslag om en fond för klinisk behandlingsforskning ses. Men det handlar även om att kunskapsöverföringen måste effektiviseras.

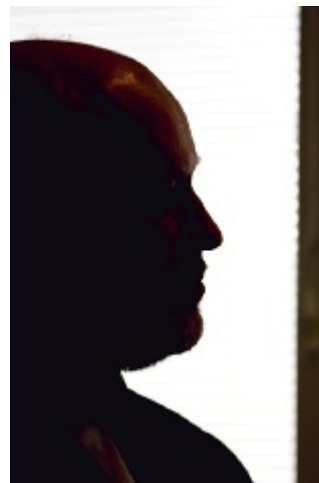
– Jag tror att det finns mycket att göra när det gäller att få till en bättre interaktion mellan de olika nivåerna. Det behöver inte handla om att fynd ska leda direkt till nya behandlingar utan också att man kan använda varandras metoder och frågeställningar, säger Mats Ulfendahl och lyfter fram den fysiska närheten som en viktig faktor.

– Här i Stockholm har vi separerat labb och kliniker, även om avstånden är korta. I USA har jag sett exempel på att forskningslabb är insprängda i sjukhusmiljön, och det tror jag gör att kommunikationen och dialogen underlättas.

Det verkar man inte ha tänkt på när man ritade nya Karolinska sjukhuset.

– Ja, där får man en labbdel och en sjukvårdsdel, och det är klart att kommunikationen går att lösa, men det blir en utmaning.

På frågan om vad Vetenskapsrådet kan göra för att stimulera den kliniska forskningen nämner Mats Ulfendahl de forskartjänster på halvtid som myndigheten bekostar. Under sex år får kliniker som arbetar kvar i sin kli-



»Ett problem som vi upplever, men kanske inte statsmakterna, är att vi fått ett vidgat uppdrag utan större budget.«

niska miljö halva lönen betald för att kunna ägna sig åt forskning.

Det är dock inte bara som finansiär som Vetenskapsrådet har en roll att spela, menar han.

– En väldigt viktig del av vår arbete är att lyfta och driva frågor i debatten, och där kan vi ännu mer betona att om vi vill få ut mer av de medel vi satsar på klinisk forskning krävs förändringar i systemet på både den kliniska och den akademiska sidan.

Vetenskapsrådet har också fått i uppgift av regeringen att tillsammans med Vinnova vidareutveckla och implementera en del av de förslag som fördes fram av delegationen för samverkan inom den kliniska forskningen under Nina Rehnqvist, som handlar om att skapa strukturer för att gynna samverkan mellan näringsliv, akademi och hälso- och sjukvård. En fråga man tittar på är hur den nämnda behandlingsforskningsfonden skulle kunna fungera.

Det för den kliniska forskningen så viktiga ALF-avtalet ska förhandlas om, sedan det

nuvarande sagts upp av regeringen i december. Från regeringens sida har man sagt att man vill att åtminstone delar av ALF-medlen ska fördelas i nationell konkurrens. Läkareförbundets uppfattning är att ALF-medlen även i framtiden ska fördelas regionalt.

Frågan är känslig, konstaterar Mats Ulfendahl, som för egen del dock anser att den kliniska forskningen skulle må bra av mer konkurrens, där den bästa forskningen får mer stöd än den näst bästa.

– Det talar för någon form av nationell jämförelse, där man ändå beaktar de regionala synpunkterna.

Den regionala synpunkten brukar vara att om man har en regional pott stimulerar det landstingen att själva gå in med egna pengar, oftast lika mycket som ALF-medlen, och att det över huvud taget främjar huvudmannens engagemang, som du ju själv konstaterat är nödvändigt.

– Ja, det är jätteviktigt och något man inte får släppa. Att i dagsläget flytta x miljarder från landstingen till en statlig enhet skulle vara skadligt och farligt. Däremot tror jag att man måste se till att man oavsett nivå konkurrensutsätter medlen mycket tydligare.

Den överordnade frågan, viktigare än på vilken nivå medlen fördelas, är enligt Mats Ulfendahl att man får ut den bästa forskningen. Här är jämförbarheten mellan landstingen central. Vetenskapsrådet har på regeringens uppdrag skisserat på en nationell modell för utvärdering av den ALF-finansierade forskningen.

– Vetenskapsrådet satsar en miljard på medicinsk forskning. Landstingen satsar tre gånger så mycket, om man räknar ihop ALF- och regionala FoU-medel, men alla har olika modeller. Vi måste hitta ett sätt att se var det fungerar bra och var det fungerar mindre bra, för att kunna implementera det som fungerar bättre. ■