

Är det den kliniska forskningen tur nu?

Hur många gånger kan man ropa att den kliniska forskningen är i kris utan att göra något åt saken? Inte hur många gånger som helst, med bibehållen trovärdighet. Efter årtal av utredningar och delegationer, symposier och seminarier, inspel och utspel finns högt ställda förväntningar på att den nya forskningspropositionen kommer att innehålla rejäla satsningar på den patientnära forskningen.

»Alarmerande«. »Nedrustningen måste stoppas«. Orden är utbildningsminister Jan Björklunds och kom i en debattartikel förra varen som berörde läget för den kliniska forskningen i Sverige.

Han är förvisso inte den

förste som slår larm – den kliniska forskningens kris har diskuterats sedan 90-talet – men han är ansvarig för en forskningsproposition som läggs i ett skede när frågan debatterats intensivt i flera år, till stor del på regeringens eget initiativ. Det är därför naturligt att det finns stora förväntningar på att den forsknings- och innovationsproposition för perioden 2013–2016 som regeringen presenterar till hösten ska innehålla både pengar och organisatoriska åtgärder för att Sverige ska återta förlorad mark.

Läkarförbundet, som hållit en hög profil i frågan under de

senaste åren, skickade i slutet av förra året in en skrivelse till Utbildningsdepartementet med rad förslag för att stärka den kliniska forskningen.

– Vi tror att det behövs riktade satsningar, till exempel meriteringsanställningar för yngre forskare, en tydlig karriärgång med möjligheter att komma vidare i sitt yrkesliv om man tidigt väljer att bli klinisk forskare och

kombinationsanställningar som gör det möjligt att forska och verka kliniskt parallellt, säger Eva Engström, ordförande i Läkarförbundets utbildnings- och forskningsdelegation.

Läkarförbundet tycker ock-

så att det behövs incitament som stimulerar sjukvårdshuvudmännen till att producera forskning.

– Jag tror att statsmakterna kan vara tydliga med att om sjukhusen prioriterar detta och skapar sådana möjligheter så kan man premieras i form av högre anslag.

En huvudförklaring till den kliniska forskningens trängda sats brukar vara att sjukvårdsproduktionen konkurrerar ut den. Utbildningsministern har talat om att man kanske måste varumärkesskydda begreppet universitetssjukhus – bara om forskningsaktiviteten når upp till vissa nivåer får man använda beteckningen.

Läkarförbundet talar i sin



Eva Engström

Vilka förväntningar har du på den nya forsknings- och

Mats Ulfendahl, huvudsekreterare för ämnesområdet för medicin och hälsa, Vetenskapsrådet



»Det har diskuterats i årtal om behovet att stärka den kliniska forskningen och händer det inget nu tror jag att luften skulle gå ur. Inom ämnesområdet för medicin och hälsa har vi tillsammans med Vinnova jobbat mycket med förslaget till en ny finansiering för klinisk behandlingsforskning, Svensk behandlingsforskning, och det finns en stor förväntan om att det ska hända något nu. Det skulle vara oerhört betydelsefullt för svensk medicinsk och klinisk forskning. Det handlar inte bara om att tillföra pengar, jag tror också att det skulle innebära en professionalisering av den medicinska forskningen.

Sedan tror jag att det finns ett behov av att se över basfinansieringen till lärosätena. Hur ska lärosätena bli miljöer för att bedriva bra forskning framöver? Dagens situation där forskare måste ägna tid åt att söka pengar till lön och lokaler är inte bra. Att tro att det kommer att rasa in nya pengar är inte realistiskt, och då måste man ta diskussionen om vi behöver bli färre forskare.»

Nina Rehnqvist, ordförande SBU, tidigare ordförande i Delegationen för samverkan inom klinisk forskning



»Jag hoppas att det visar sig att man har tagit till sig att medicinsk forskning faktiskt är samhällsekonomiskt lönsam och att man genomför det som vi har talat om i delegationen och

i utredningen om den kliniska forskningen, som att inrätta en behandlingsforskningsfond för att fylla nischen mellan grundforskning och innovation och att satsa på register och databaser.

Jag skulle också vilja se att man skriver in något om att forskning ligger i universitetssjukhusens uppdrag: att man betonar att kvalitetsarbete inte bara består i att inte göra fel utan också i att göra nytt och bättre, och att verksamheter i vården blir uppföljda i sitt uppdrag att bedriva forskning och utveckling.

Jag skulle gärna vilja att man blir tydligare med att man bör se till klinisk relevans när man bedömer forskningsprojekt, och inte bara inomvetenskaplig kvalitet. Det finns med i finansierarnas uppdrag men är svårt att få genomslag för, eftersom det är svårt att värdera.»

Olle Larkö, dekanus vid Sahlgrenska akademien, Göteborg



»Helst skulle jag vilja se mer pengar till fri forskning, det har visat sig fungera bäst. Men om man vill peka ut särskilda områden är den åldrande befolkningen en fråga där vi står inför enorma utmaningar redan om tio år, och som forskningen måste bidra till att lösa.

När det gäller den kliniska forskningen skulle jag vilja se att styrningen av universitetssjukhusen blev mer stringent. Med det forskningsuppdrag man har, och med många ALF-miljoner nedplöjda, bör chefer ha kompetens som stödjer detta. Den som är chef på klinik eller division ska vara minst docentkompetent läkare. Det skulle höja kvaliteten på forskningen genom att man lättare



Sedan den förra forskningspropositionen har det kommit en rad utredningar och rapporter om den kliniska forskningen

skrivelse om att det kan behövas en viss »överbemanning« på universitetssjukhusen för att garantera möjligheterna till forskning. Det för tankarna till sådant nostalgiskt tal man ibland kan höra om den »luft i systemet« som fanns tidigare och som gav utrymme för forskning. Många, inte minst från sjukhushåll, dömer ut tanken som orrealistisk i de slimmade vårdfabriker som sjukhusen har blivit. Schemalagd forskningstid är det enda som fungerar.

– Det handlar inte om att det ska finnas människor på arbetsplatsen som inte har något att göra, förklarar Eva Engström, men det ska finnas tillräcklig bemanning för det uppdrag man har, och forskning hör till universitetssjukhusens uppdrag tillsammans

med den kliniska verksamheten. Om du har en kollega på en klinik som får pengar för forskning som måste tas ut inom en viss tidsperiod, måste den individen kunna gå ut ur det kliniska arbetet för att utnyttja resurserna på bästa sätt. Då måste det finnas någon annan som kan utföra det kliniska arbetet.

Det finns också förväntningar om att propositionen ska ge besked om vad som ska hända med förslaget från Vetenskapsrådet och Vinnova till en ny forskningsfinansiering för klinisk behandlingsforskning som baseras på hälso- och sjukvårdens behov. Utgångspunkten är att Svensk behandlingsforskning, som är

den nya finansierings arbetsnamn, ska finansieras av staten och landstingen gemensamt med målet att kunna fördela 500 miljoner per år.

Konjunkturläget gjorde att ingen av parterna maktade med att frigöra pengar i årets budget, och nu hoppas många på klarteckna i den nya propositionen.

För två år sedan sa regeringen upp det nu gällande ALF-avtalet, och överläggningar pågår med SKL om ett nytt. Formellt sett är det en separat process, men eftersom ALF-avtalet är så centralt för styrningen av den kliniska forskningen är det en allmän bedömning att frågan måste beröras i propositionen. Det

finns en bred konsensus om att uppföljningen av hur pengarna används måste bli bättre. Betydligt känsligare är frågan om bredd eller spets ska prioriteras när medlen ska fördelas. Läkareförbundet förespråkar breddlinjen och vill ha en decentraliserad fördelning, medan det från regeringshåll talas om fördelning i nationell konkurrens.

Något som särskilt oroar Läkareförbundet är de tankar som förts fram om att delta-gande i kliniska provningar ska ge mer anslag från staten.

– Klinisk forskning är så oerhört mycket mer, det handlar om utveckling och innovation, och det är väldigt viktigt att ha en tydlig dialog om vikten och värdet av det, säger Eva Engström.

Michael Löwtrup

»Vi tror att det behövs riktade satsningar.«

innovationspropositionen?

skulle kunna allokera resurser till rätt ställe.

Jag tycker också att innovationssystemet behöver koordineras bättre, det är för rörigt. Som forskare skulle man behöva en enda ingång oavsett vad man har för behov, ungefär som på en akutmottagning.»

Laura Fratiglioni, direktör för Aging Research Center, Karolinska institutet



»Vi hoppas att man tar tillfället att satsa på att stärka äldreforskningen. Tidigare har man haft strategiska insatser kring olika sjukdomar, men man tänker inte på att det största problemet som man har i vården är åldrandet i sig. Det saknas fortfarande mycket kunskap om varför några får fem, sex sjukdomar när de blir

gamla medan andra i samma ålder inte får några alls.

Vi tror att det behövs strategiska insatser inom äldreforskningen, men också att man stödjer nationella multidisciplinära centra. Om man vill lösa de problem som åldersrelaterade sjukdomar innebär för samhället behövs ett brett perspektiv, men det är svårt med den organisation vi har på universiteten där psykologerna finns på ett ställe, sociologer på ett annat, medicinare på ett tredje och så vidare. I många andra länder har man nationella institut för äldreforskning, som inte bara fokuserar på hälsa utan även andra aspekter som teknik, arkitektur m m.«

Birger Wandt, forskningschef vid Universitetssjukhuset, Örebro

»Det har kommit signaler från

utbildningsministern om att ännu mer av forskningsmedlen ska användas till »excellens« och redan starka forskargrupper.

Det oroar mig. Väletablerade forskargrupper ska naturligtvis få anslag till sin forskning, men det är viktigt att det även blir resurser över till nya grupper som kan bli framgångsrika i framtiden. Särskilt som man ser att det ackumuleras pengar på ställen som har många väletablerade forskargrupper, eftersom man inte har kapacitet att använda dem.

Regeringen har uttryckt en stark ambition att stärka den kliniska forskningen. De utredningar som gjorts har pekat på var problemen ligger och man kan hoppas att propositionen nu kan skapa förutsättningar för en mer effektiv resursan-



vändning och kanske tillföra mer öronmärkta medel för klinisk forskning.

När det gäller ALF-medlen har utbildningsministern aviserat att han vill se striktare kontroll av hur pengarna används, och det skulle jag verkligen välkomna.»

Gunilla Westergren-Thorsson, dekanus för medicinska fakulteten, Lunds universitet



»Jag hoppas att man satsar på fri, nyfikenhetsdriven forskning och att man avstår från att försöka styra forskningen med strategiska satsningar. Det är viktigt att vi samverkar, men det måste finnas utrymme för nytänkande. Med för hård styrning mot vissa forskningsområden finns en risk att forskningen

➔ strömlinjeformas och det tror jag är livsfarligt.

Jag skulle vilja se insatser för att stärka den translationala forskningen mellan grundforskning och en god högkvalitativ klinisk forskning. Det är också viktigt att fler läkare bereds tid till forskning. Man måste hitta former för de två organisationerna, universitetet och sjukhusen, att interagera i vardagen. Man skulle kunna skapa program och tjänster som stödjer att läkare kan ägna mer tid åt forskning.

Det behövs stöd till den avancerade infrastrukturen. Teknikparkerna bör profileras till vissa noder och göras tillgänglig för alla. «

Anders Blanck,
vd för LIF, de forskande läkemedelsföretagen



»Den viktigaste processen för den kliniska forskningen på kort sikt är det nya ALF-avtalet, och där förväntar jag mig att det kommer skrivningar i propositionen. Det finns en möjlighet att det blir tydligare prestationskrav för att få ta del av de här miljarderna, något som skulle ha ett väldigt stort signalvärde.

Ett förslag vi har är att inrätta en prestationsbaserad klinisk forskningsmiljard. Till exempel skulle landsting som är duktiga på att attrahera kliniska prövningar kunna belönas genom att få mer pengar till egen forskning. Med tanke på det ekonomiska läget tror jag inte att staten kommer att lägga ut så mycket mer pengar, så möjligen skulle man kunna lägga en del av ALF-medlen på en sådan modell.

Det är också viktigt att det skrivs in i vårdavtalen att universitetssjukhus ska bedriva forskning, det omnämns inte i beställningarna från hälso- och sjukvårdsnämnderna i dag. Detta måste sedan följas upp till exempel genom styrtal som förs in i Öppna jämförelser. « ■

Samtal om utvidgat vårdval

Läkarförbundet för samtal med Sveriges Kommuner och landsting och Socialdepartementet om att utvidga primärvården. ST-läkare och andra läkare ska ges möjlighet att utveckla och pröva nya samarbetsformer mellan allmänläkare, geriatrik och psykiatri.



Svante Pettersson

utveckla nya attraktiva arbetsformer där det finns tillgång till fortbildning, arenor för samarbete och en god arbetsmiljö, säger Svante Pettersson.

– Vårdvalet har gett en bra skjuts i tillgänglighet och service till många patientgrupper inom primärvården. Nu är det viktigt att vårdvalet kan utvecklas så att vården för de mest sjuka äldre får en motsvarande skjuts.

Svante Pettersson förespråkar ett gränsöverskridande arbete.

– Nyckeln till utveckling ligger i att etablera ett nära samspel mellan framför allt primärvård, geriatrik, internmedicin, psykiatri och den kommunala hälso- och sjukvården och där verksamhetsgränserna inte får hindra flödet av insatser, kunskap och kompetens, säger Svante Pettersson.

Nya arbetsformer måste etableras, och befolkningen måste få ett förtroende för att det finns läkare i primärvården som kan ta ett samlat och kvalificerat ansvar och samordna vårdinsatserna när det finns behov av detta, det är Läkarförbundets hållning.

Britt-Inger Kajnäs, arbetslivschef, Sveriges Kommuner och landsting, delar Läkarförbundets uppfattning om behovet av en gemensam satsning på primärvården.

Men varken Svante Pettersson eller Britt-Inger Kajnäs vill lämna några mer konkreta kommentarer till hur arbetet kan komma att läggas upp.

Samtal har inletts mellan Läkarförbundet, Sveriges Kommuner och landsting samt Socialdepartementet om en satsning på primärvården. Bland annat diskuteras ett införande av geriatrik och psykiatri i primärvårdens vårdval.

– Brister i primärvården får negativa effekter både för sjukhusen och för den kommunala sjukvården. Den ofullständiga utvecklingen av primärvården och bristen på allmänläkare ger effektivitetsförluster och arbetsmiljöproblem både i den egna verksamheten och på sjukhus, vårdboenden med mera, säger Svante Pettersson, handläggare på Läkarförbundet.

Diskussionen som nu förs mellan fack, stat och kommun förs mot bakgrund av det generationsskifte som vården står mitt uppe i. Läkarförbundet vill »skapa en vårdstruktur som är robust och kan möta framtidens utmaningar«; i klartext: utöka vårdvalet och utveckla primärvårdsläkarens arbetsinnehåll.

– Att ta en ökad roll i samordningen av vården till de mest sjuka äldre är ett kvalificerat medicinskt arbete. De läkare som håller på att etablera sig i allmänläkaryrket måste få möjlighet att vidare-

Har överenskommelsen bäring på de pengar som regeringen avsatt för de mest sjuka äldre? (se ruta nedan)

– Det kan man väl säga på sitt sätt, men den har en starkare koppling till SKL:s kampanj »Sveriges viktigaste jobb«, säger Svante Pettersson.

Sveriges Kommuner och landsting inledde i höstas en fyraårig kommunikationssatsning som syftar till att »öka kunskapen om – och nyansera bilden av – jobben i sektorn och kommuner och landsting som arbetsgivare«.

Marie Närlid

De mest sjuka äldre i fokus – pengar finns att hämta

Regeringen träffade i december 2011 en överenskommelse med Sveriges Kommuner och landsting (SKL) om ökad samverkan mellan kommun och landsting kring de mest sjuka äldres behov (»Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre 2012«). För 2012 finns drygt 1,1 miljarder kronor att fördela:

- 325 miljoner kronor fördelas till de län som minskar indikatorerna »olämpliga läkemedel, olämpliga läkemedelskombinationer och läkemedel mot psykos i särskilda boenden för äldre« med minst 10 procent i september 2012 jämfört med nivån september 2011 sammanvägt som medelvärde för de tre indikatorerna.

- 325 miljoner kronor fördelas till de län som minskar indikatorerna »undvikbar slutenvård« och »återinläggning inom 30 dagar« på motsvarande sätt (det vill säga med minst 10 procent i september 2012 jämfört med nivån september 2011). ■

Avbryter humanitär hjälp

Läkare utan gränser avbryter verksamhet i fängelser i Misrata i Libyen. Uppdraget var initialt att ge krigsoffer vård. Men allt oftare skickas tortyroffer till vård i pauser mellan förhör. Organisationen har tidigare blivit ombedd att behandla patienter

inne på förhørscentralerna, vilket man vägrat.

– Vår uppgift är att ge vård till krigsoffer och sjuka tillfångatagna. Inte att behandla patienter mellan tortyromgångar, säger generalsekreteraren Christopher Stokes på Läkare utan gränser

internationella hemsida.

Sedan augusti har organisationen behandla cirka 115 personer med tortyrrelaterade skador. Alla fall har rapporterats till de berörda myndigheterna i Misrata.

Läs mer <http://www.msf.org> ■