

Lättare för klinisk forskare utomlands

Akademisk tid i tjänsten, större anslag och utbildningsprogram med inbyggd forskning gör det lätt att arbeta med klinisk forskning i Storbritannien och USA. Det framkom på torsdagens seminarium om forskningsklimatet utomlands.

– Den enorma supporten man får i USA är en stor skillnad jämfört med Sverige. Attityderna är annorlunda, stödet från kolleger, att lunch- och veckoseminarium om forskning anordnas. Allt man gör uppmuntras. Här är man stolt över sin forskning, sa Christer Svensén, docent vid Karolinska institutet, som forskat vid

University of Texas Medical Branch i Galveston.

Som utländsk forskare blev han erbjuden ett postgraduate fellowship, ett forskningsprogram som innebär en till fem dagar akademisk tid per månad att forska på. Detta finansieras av NIH (National Institutes of Health) som står för de stora anslagen till forskningen. Kliniken står sedan för annan service till den enskilde forskaren, förklarade Svensén:

– Det fanns tillgång till en sjuksköterska och möjlighet att lägga in patienter som behövdes för forskningen. Jag hade all form av support som

om det vore min egen klinik.

I Storbritannien är situationen lika god. Det finns möjlighet att söka stora anslag till klinisk forskning från så kallade »medical charities«.

– Största skillnaden mot Sverige är att du har full kostnadstäckning för din forskning, något som är absolut självklart. Antingen får du alla pengar eller inget alls. Men det är större anslag till färre personer, sa Fredrik Karpe, som forskat vid Oxford University.

Enligt honom är det »realism och hypotesdriven forskning« som premieras, men också elitism. Likt USA finns det utbildningssystem i syfte att utbilda kliniska forskare

genom »clinical training fellowship«, som är fullfinansierade med underläkarlön och tre års forskningsanslag.

För några år sedan tillkom även UK Clinical Research Fund, en stor samorganisation, som bland annat lett till fler kliniska lektorat, utbildningsreformer och den kanske viktigaste åtgärden, enligt Karpe, ett National Institute of Health Research.

– Denna paraplyorganisation för fördelning av forskningsmedel ska premiera patientforskning så att inte riktade pengar blandas med sjukvårdsbudgeten, sa Karpe.

Agneta Borgström

Fokus på unga ska lösa forskarbrist

Nyrekryteringen till svensk medicinsk forskning går trögt. Bygg upp nya forskningsmiljöer, tillsätt mer resurser, uppmärksamma yngre kolleger och gör det möjligt att kombinera klinisk karriär med forskning var lösningar som lyftes fram av läkarfacket, forskare och industrin.

– Vi har stor anledning att se med oro på svensk forskning i framtiden. Vi är väldigt beroende av att nu rekrytera till forskningen, sade Jan Lundberg, forskningschef för Astra-Zeneca, som deltog i en debatt arrangerad av Läkarförbundet under onsdagen.

Ett sätt är att skapa starka forskningsområden, menade Olle Stendahl, ordförande i Svenska Läkaresällskapet.

– Det är lätt att forskning som redan fungerar får pengar, bättre är att satsa på helt nya forskningsmiljöer, framhöll Anders Ekbohm från Läkarförbundet.

Debattörerna var eniga om att forskningen varit dålig på att marknadsföra och locka till sig yngre läkare. Föredömen är viktiga liksom att ge



Från vänster Anders Ekbohm, Läkarförbundet, Olle Stendahl, Läkarsällskapet och Jan Lundberg, Astra-Zeneca.

uppmärksamhet och värde till unga som börjar forska.

Även om många unga tappar forskningsintresset efter disputationen ser Olle Stendahl ändå många kompetenta forskare i landet.

– När det gäller till exempel Wallenbergstiftelsen och Hjärt-Lungfonden sökte man nyligen folk till fem–sex halvtidstjänster. Det var extremt hög kompetens bland 50 av de 200 personer som sökte. Men det gäller att hålla dem intresserade, sa han.

De kan alltid gå till läkemedelsindustrin om de inte får jobb, påpekade Jan Lundberg och drog till sig skratt från publiken.

Men Anders Ekbohm tycker att så få tjänster ger ett dåligt utfall.

– 200 sökande till fyra–fem tjänster, det är ganska tufft. 97 procent gick bort direkt. Jag rekommenderar nästan en trisslott i stället.

Väljer industrin bort Sverige som forskningsland? Nej, svarade Astra-Zeneca, men det finns en risk om det politiska klimatet inte är rätt.

– Det måste finnas ambitioner på en politisk nivå. Det är viktigt att Sverige satsar på nyckelområden, sa Jan Lundberg.

Kanada är, enligt honom, ett land som ser en direkt koppling mellan välfärd och

goda forskningsmiljöer. Stora skatteavdrag utlovas till Astra om de investerar i nya forskningsstationer för att dra till sig forskare.

De tre engagerade diskuterade lokala framgångar som Jönköping, där man satsat stora pengar på klinisk forskning för att locka till sig forskare. Men på universitetssjukhusen, där det borde finnas fler goda exempel, är det på många håll svårare.

Vad krävs? undrade moderatören Hans Hjelmqvist från Läkarförbundet.

– Ett exempel är reumatologen i Göteborg där det finns en stark ledning. Preklinisk och klinisk forskning knyts ihop och man jobbar mot samma mål, sa Stendahl.

Man får inte heller vara »fast i fyrkantiga organisationer med anställningsstopp«, sa Ekbohm och fortsatte:

– Sjukvårdsorganisationen måste vara mer anpasslig till forskningen. Den kliniska läkaren måste också kunna driva två karriärer samtidigt.

Agneta Borgström

Forskningsfusk väckte frågor

Universiteten lägger locket på vid fusk, och kritiskt förhållningssätt saknas inom den medicinska forskningen. Det var några påståenden vid symposiet om forskningsfusk på onsdagen.

Flera fall av uppenbart fusk, bland annat den norska forskaren Jon Sudbøs fabricerade data, se LT nr 28–29/2006, har aktualiserat en debatt om god forskningssed. På Läkarsällskapets symposium »Forskningsfusk – skymningslandet mellan påhittade data, selektiva analyser och mänskligt slarv« diskuterades vems ansvar det är att utreda misstankar. Sedan några år

■ Råd från Anna Rudin för att upprätthålla god forskningssed:

- Kräv att medarbetarna bokför hela forskningsprocessen så att en extern granskare kan följa med: hypotes-rådata-sammanfattningsdata-statistik-bildmanus-tidskrift.
- Se inte besviken ut när medarbetare kommer med »tråkiga resultat« som inte stämmer med hypotesen. Säg alltid något positivt.
- Tillåt aldrig medarbetare att vilseleda inmanus, till exempel genom att utesluta »outliers«.
- Läs kritiskt och tillsammans publicerade artiklar varje vecka och diskutera vad som är god forskningssed.
- Kom ihåg att integritet och ärlighet är forskarkyrkans två viktigaste värden. All snabb karriärutveckling på bekostnad av dem är värdelös.

kan Vetenskapsrådet göra detta, men under förutsättning att arbetsgivaren, universitetet, anmäler.

Att utredningar görs av en oberoende instans, inte av universiteten själva, är något som Gisela Dahlquist, professor i pediatrik och tidigare engagerad i Vetenskapsrådet, har propagerat för och något som hon tror att det finns konsensus för, sa hon.

Mats Hansson, professor i biomedicinsk etik, tyckte däremot att sådant borde skötas av universiteten själva.

– Universiteten måste ta stort ansvar för att driva det här. Jag är lite allergisk mot centrala myndigheter. Universiteten har redan detta ansvar och juridiska sanktioner, men de behöver regler och klara avgränsningar. De skulle klara det, för de är rädda om sitt rykte.

Och i publiken oroade sig Ola Stenqvist, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, för rättssäkerheten när Vetenskapsrådet är både första och sista instans och när det råder en gråzon vad gäller definitionen av oredlighet. Dra in definitionen till den smalast tänkbara för att undvika rättsosäkerhet på grund av falska anklagelser och låt universiteten övervaka kulturen, tyckte han.

Andra stödde Gisela Dahlquists hållning.

– Vi har fått kännedom om flera fall där rektorerna lagt locket på, sa Birgitta Strandvik, Vetenskapsrådets expertgrupp för frågor om oredlighet i forskningen.

Någon annan uttryckte oro

för dem som slår larm om misstänkt fusk. Man borde lyssna mer på dessa »whistleblowers« som ofta blir utmobbad i Sveriges konsensuskultur.

Det kunde professorn i epidemiologi Anders Ekblom, som ledde Sudbø-utredningen, bekräfta. Whistleblowers finns i de flesta fall och de råkar alltid illa ut, sa han.

– Universiteten väljer i samtliga fall strategin att förringa och lägga utredningsinsatser i byrålådan och whistleblowern blir den som gjort en höna av en fjäder.

Och att utreda misstänkt fusk eller oredlighet är tidskrävande och kostsamt, eftersom samarbetsviljan hos den granskade är liten, menade han.

– Var finns resurserna? I alla fall inte inom universiteten, påstod Ekblom.

För att fusk aldrig ska uppstå måste man se till att forskargrupper inte isoleras sig från omvärlden. Detta är institutionernas ansvar, påpekade han.

Ragnar Levi, Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU, uppmanade hela den medicinska forskarkåren till kritiskt tänkande. Från SBU:s horisont har man observerat en kultur som inte har förmågan och som inte heller tillåter kritiskt ifrågasättande av studier.

Att definitionen av fusk måste vara smal när det gäller sanktioner, men bredare när det gäller att upprätthålla god sed och att förebygga fusk eftersom det »långvariga friseran-



LT nr 28–29/2006.

det« är svårare att upptäcka, det verkade dock många vara överens om.

Var gränsen för ohederliga metoder går finns det också olika uppfattningar om. Niels Lynøe, professor i medicinsk etik, gav flera exempel på skillnader i uppfattning mellan unga och seniora forskare.

Adam Taube, Uppsala universitet, levererade en tumregel att använda i tveksamma fall:

– Du får göra hur tusan du vill om du bara talar om hur du gör.

Anna Rudin, forskare vid Göteborgs universitet, delade med sig av sina råd (se ruta).

– Så skulle vi alla jobba mera, kommenterade Gisela Dahlquist.

Tidskrifterna uppmanades också till större ansvar. Forskaren Helena Brisby, Göteborgs universitet, riktade sig till alla referenter.

– När ni sätter kryss i rejection-rutan och misstänker att allt inte står rätt till, kanske man bör göra något mer?

Och Gisela Dahlqvist uppmanade tidskriftsredaktörer att stryka de referenser som baseras på fusk. Felaktiga data citeras i årtal, sa hon.

Elisabet Ohlin

■ Trenden de senaste åren har varit att specialiteter satsat alltmer på sina egna veckor och mindre på riksstämman, vars tanke är tvärvetenskaplig.

– Det har varit en lång period med en sakta nedgång i besökstalen, säger Läkaresäll-

Glädjande inslag trots färre besökande

skaptes VD Mats Bauer, men han kan ännu inte säga exakt hur det såg ut i år.

Han vill dock lyfta fram två exempel på att en ändrad inställning till stämman kan vara på väg. Ortopederna, som

under några år satsat mer på föredrag under sin egen vecka, var i år tillbaka på stämman med ett större program. Och onkologerna hade för första gången förlagt sitt höstmöte till stämman.

Omkring 6 150 personer besökte stämman under torsdagen. Det kan jämföras med motsvarande siffra förra gången stämman hölls i Göteborg, 6 950 personer. Hur många av dessa som är läkare var dock oklart vid denna tidnings pressläggning. ■

»Finkänslighet« krävs när huvudmän tar ansvar för kvalitetsregister

Marianne Olsson, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, varnade för att koppla ekonomi till resultat i kvalitetsregistren. Det får inte bli lönsamt och lockande att förvränga resultaten i registren, underströk hon i ett inlägg om förhållandet mellan huvudmännen och kvalitetsregistren.

Sveriges Kommuner och Landsting har nyligen fattat beslut om att ta huvudansvar för drift, utveckling och finansiering av kvalitetsregistren, se Läkartidningen nr 40/2006.

På ett symposium om kvalitetsregister pratade Marianne Olsson, direktör för verksam-

hetsutveckling vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset, om just relationen mellan huvudmännen och registren.

Marianne Olsson såg både möjligheter och problem i den relationen.

Till de förra räknade hon att huvudmännen kan se till att det finns en långsiktigt hållbar möjlighet att hålla registren, att medicinska resultat sätts i fokus för uppföljning i stället för ensidigt ekonomiska och att kraven på åtgärder, både på professionen och på huvudmännen, ökar när de medicinska resultaten blir synliga.

Men ett problem som kan

uppträda när huvudmännen blir mer involverade är, enligt Marianne Olsson, att det medför en kontroll som kan leda till tappad lust hos de eldsjälarna som ofta byggt upp registren.

– När vi kräver att andra ska finansiera, hur påverkar det engagemanget? undrade hon.

Resultaten kan dessutom feltolkas.

– Det är inte alls självklart att en sjukhusledning och en landstingsledning tolkar samma siffror på samma sätt, sa Marianne Olsson.

Här kan det uppstå krav på att de som byggt upp registren också måste hjälpa till att tolka dem, menade hon. Och

både statistiker och informanter kan behöva kopplas till registren.

Marianne Olssons värsta farhåga var dock att registren börjar användas så att budgetuppdelning knyts till medicinska resultat.

– Vi måste undvika en sådan situation där det blir lönsamt och lockande att förvränga resultaten så att vi inte längre kan lita på innehållet i registren.

Det kräver både finkänslighet och lärande från alla håll, menade Marianne Olsson.

Karin Bergqvist

Hur stimulera läkarstudenter att ägna sig åt forskning?



»Entusiasm för forskning är något som saknas under utbildningen. Mitt brinnande intresse för forskning fick jag under kursen evidensbaserad medicin, som sedan lades ned. Jag vet att många andra i klassen suckade över kursen och bara tio procent kom till föreläsningarna. De flesta har bilden att läkarutbildningen enbart är en yrkesförberedande utbildning.«

■ Studenten Sigrid Carlsson, som går sista terminen på läkarutbildningen i Göteborg, försöker förklara varför så få unga väljer forskningsbanan. Hon satt i publiken under seminariet »Hur stimulerar vi läkarstudenter och läkare i utbildning att ägna sig åt forskning?«.

Agneta Borgström

»Samkör läkemedelsregistret med andra data«

Genom Socialstyrelsens nya läkemedelsregister kan dubbelmedicineringar och feldoseringar utläsas. Men först när data kan samköras med andra register kommer den verkliga nyttan, menade flera deltagare på ett seminarium om registret.

Registret startades den 1 juli 2005 då apoteken började leverera in datauppgifter. 84 procent av alla utskrivna läkemedel ryms i banken enligt Socialstyrelsen. Även om vinsterna med läkemedelsuppföljningar är många finns det redan nu »problem« som lyftes fram, bland annat av moderatorn Måns Rosén, tidigare vid Socialstyrelsen, numera direktör för SBU.

– Registret får bara användas för forskningsstatistik. Därför är det sträng sekretess för registret, som inte får användas för tillsyn.

En synpunkt som hördes ofta under seminariet var be-

hovet att kunna länka data från flera olika register.

– Först när vi kan samköra olika data kan vi bättre se hur säkra, effektiva och kostnads-effektiva olika läkemedel är, sade Helle Kieler från Center for pharmacoepidemiology vid Karolinska institutet.

Även Arne Melander vid Nätverket för läkemedelsepidemiologi hade önskemål om att koppla registret till nationella, lokala och regionala register. Måns Rosén tror att det finns goda möjligheter för samkörning med både nationella register och kvalitetsregister så länge inte personuppgifter berörs.

– Om man vill ha individdata får man gå igenom etisk nämnd. Det beror lite på vad man sagt till patienterna innan man samlat in uppgifterna.

Den kommande patientdatautredningen kommer troligen att rekommendera tillstånd för varje enskild studie.

Agneta Borgström

Delade meningar om ledarskaps-ST

Behöver chefer en egen specialitetsutbildning? Det var en av frågorna vid Läkarförbundets symposium »Läkare – chef – medarbetare«.

Ett 80-tal personer hade sökt sig till salen där Björn Zachrisson, medicinsk chef för Capio Sjukvård Norden, efterfrågade en specialistutbildning i hälso- och sjukvårdsadministration och ledarskap. Läkare lämpar sig för att bli chefer i vården, men de måste komplettera med kunskaper i ekonomisk administration och projektledning, tyckte han.

Han fick stöd av Heidi Stensmyren, Sveriges yngre läkares förening, Sylf.

– Vi i Sylf skissar på en ledarskaps-ST, sa hon.

Lennart Persson, professor i neurokirurgi, som har utrett

aspekter av specialitetsindelningen, tyckte att inte att chefskap lämpar sig som specialitet. Tanken med indelningen är att annonsera den medicinska inriktningen för patienterna, medan chefskapet inte riktar sig till patienterna.

– Jag tror man måste hitta andra vägar. Det vore olyckligt att blanda ihop det, sa han.

Charlotta Levay, ledarskapsforskare vid Uppsala universitet, tyckte inte att det är självklart att läkare blir chefer.

– Vi kanske rör oss mot en utveckling där det blir svårt att rekrytera chefer, sa hon.

Jan Eriksson, sjukhusdirektör på Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg, tyckte inte att chefen måste vara läkare, men att läkare kan vara

chefer om de har »rätt egenskaper och format«.

Lars Nevander, Läkarförbundets centralstyrelse, tyckte att auditoriet och panelen gick som katten kring het gröt och inte tog upp den »oerhörda krisen inom chefskapet«.

– Det är oerhört svårt att rekrytera inom primärvården och mjuka specialiteter som barnpsykiatri och det är här som sjukvården inte fungerar och det är kopplat till att vi inte har läkare som chefer.

Hur ska vi öka attraktiviteten där?

– Genom att öka attraktiviteten i specialiteten som sådan, tyckte Jan Eriksson.

Samtidigt, en bit därifrån, pågick Medicine studerandes förbunds symposium »Från fältskär till pärmbarare – är det självklart att chefen även är läkare?«.

Där tyckte flera att det kunde vara en god idé att delegera vissa ledningsuppgifter relativt tidigt till unga läkare för att öka intresset för chefsuppdrag, snarare än att göra unga läkare till chefer tidigt.

– På undervisningskliniker krävs både klinisk och akademisk kompetens. Hur i all sin dar ska man klara det vid 28 års ålder?

Det frågade sig Kerstin Hagenfeldt, tills nyligen ordförande i Statens beredning för medicinsk utvärdering.

Göran Stiernstedt, biträdande landstingsdirektör i Stockholm, var tveksam till utbildningslinjer för blivande chefer.

– Jag har sett läkare som blivit chefer väldigt tidigt som inte blivit de bästa, sa han.

Elisabet Ohlin

Positiv särbehandling planeras på KI

Med en särskild satsning på lektorat till kvinnor, tjugo tjänster, hoppas Karolinska institutet, KI, snabbare få fler kvinnor bland professorerna.

Det berättade professor Jan Åke Gustafsson, ordförande i KIs strategigrupp för jämställdhet, vid symposiet »Jämställt ledarskap« inför ett 40-tal åhörare på fredagsmorgonen.

Andelen kvinnor bland professorerna på KI är idag 17 procent. Beslutet att örönmärka tjugo lektorstjänster för kvinnor är kontroversiellt, enligt Jan Åke Gustafsson. Men med dagens takt kommer det annars att ta ett halvt sekel innan hälften av professorerna är kvinnor, och så länge kan man inte vänta, menar han.

– Om vi verkligen menar allvar måste vi arbeta med metoder som inte är särskilt rättvisa. Vi måste nå målet 40 procent så fort som möjligt.

Konsulten Lotta Snickare



»Vi måste föra fram kvinnor som inte alltid är lika formellt kompetenta som män«, sa Jan Åke Gustafsson, som kan acceptera lite orättvisa för att uppväga tidigare orättvisa.



Två böcker hade inspirerat Fatimah Dabo att ordna symposiet: Liza Marklunds och Lotta Snickares »Det finns en särskild plats i helvetet för kvinnor som inte hjälper varandra« och »Corporate bullshit« av Lars Melin.

gav exempel från forskarvärlden på hur benägna vi – både män och kvinnor – är att godta ursäkter och förklaringar till bristande jämställdhet och att dessa förklaringar sällan visar sig hålla vid granskning.

– För att göra något åt jämställdheten måste vi avslöja

de här lögnerna, sa hon.

Ett referat av symposiet, som leddes av Fatimah Dabo, Sveriges yngre läkares förening, kommer att finnas på Sylfs webbplats, <<http://www.sylf.se>>.

Elisabet Ohlin

■ **Andel kvinnliga professorer inom medicin 2004 (procent)**

Linköping 21
Umeå 20
Göteborg 20
Karolinska institutet 17
Uppsala 15
Lund 12