

Poängen med patientnära klinisk forskning ska lyftas fram och belysas

En utredning och en delegation har nyligen tillsatts. Kommer det nu, efter många års debatt, larmrapporter och uppmaningar, att hända något när det gäller klinisk forskning? Frilansjournalisten MarieLouise Samuelsson har pratat med utredaren och delegationens ordförande, och reflekterar här över förutsättningarna.

I våras tillsatte regeringen samtidigt och parallellt en utredning och en delegation för att förbättra förutsättningarna för den patientnära, kliniskt inriktade medicinska forskningen.

Utredningen ska analysera behov och villkor samt presentera en åtgärdsplan, med sikte på nästa forskningspolitiska proposition. Utredare är Olle Stendahl, professor i mikrobiologi i Linköping.

Delegationen leds av Nina Rehnqvist, ordförande i SBU, Statens beredning för medicinsk utvärdering. Den ska ägna sig åt vad man skulle kunna kalla marknadsföring, lobbyverksamhet för att »lyfta frågan« och, inte minst, att förbättra samverkan mellan de berörda aktörerna, sjukvården, universiteten och läkemedelsindustrin.

Utredningsarbetet är igångsatt, och i juni hade delegationen sitt första möte, där man bland annat beslutade att arrangera ett antal »riktade konferenser«, där målgrupp och deltagare kan vara exempelvis verksamhetschefer på

universitetssjukhus eller företrädare för primärvården.

Den politiska ambitionen är ett Sverige där läkemedelsindustrin trivs och stannar, till fromma för bytesbalans och sysselsättning.

Läkemedelsindustrin behöver, efter ett antal bakslag, nya säljsuccéer, och forskningsintresserade läkare behöver tjänster och vill ha bättre lön.

Ja, oavsett aktör och grad av ambitioner för nationen eller för själva forskningen, oavsett hur allvarlig kris man anser det vara finns nu högt ställda förväntningar. Sverige borde återta tidigare tätpositioner; många hänvisar till Erlanders tid, då forskningen hade rekordår. Samtidigt siktar man framåt och globalt, drömmen om ett »världsledande« Sverige formuleras gång på gång.

Både utredaren, Olle Stendahl, och ordföranden i delegationen, Nina Rehnqvist, kan sägas vara veteraner, rentav luttrade, men är bågge optimister när det gäller att något verkligen ska hända den här gången.

Konkreta åtgärder kan en nyligen tillsatt utredare inte presentera, men kärnfrågan är att bättre forskning ska och kan åstadkommas.

De två, som kommer att ha regelbunden kontakt, är också eniga om vad som brukar anses svårt att uppnå, nämligen att alla – värden, universiteten och industrin – blir vinnare. Och att en central uppgift är att övertyga aktörerna om detta.

Men det finns också pessimister som befarar att det bara blir ytterligare några utredningsvarv kring välkända problem.

Problem som att antalet forskande läkare minskar, liksom antalet citeringar av vetenskapliga artiklar. Tjänsterna är färre, resurserna



Foto: Anders Norderman

Nina Rehnqvist, ordförande i SBU och ordförande i delegationen som tillsatts av regeringen för att förbättra förutsättningarna för den kliniskt inriktade medicinska forskningen.

krymper, det betalar sig inte längre att forska, varken i pengar eller i status. Vidare har de statliga medlen till all forskning minskat och beroendet av externa anslag och därmed tidsödande ansökningar ökat.

En central fråga är hur det delade huvudmannskapet för forskningen, mellan landsting och stat, fungerar i praktiken.

Enligt gällande avtal som blev färdigt 2003–2004 fördelar staten så kallade ALF-medel (cirka 1,6 miljarder per år) till landstingen. Pengarna är örönmärkta för kliniskt inriktad, patientnära forskning. I och med senaste avtalet fördelas medlen i samverkan mellan respektive universitet och landsting. Nytt från 2003–2004 års avtal är också att andra yrkesgrupper än läkare kan ansöka om forskningsmedel.

Staten förser alltså landstingen med medel och skyldigheten att bedriva klinisk forskning med dessa medel,

men har inte fullt ut och överallt lyckats med att övertyga om poängerna med forskning.

»Vi ska inte stanna vid att drömma om ett nytt Losec ... däremot måste det finnas ordnade strukturer som möjliggör klinisk forskning.«

I praktiken finns för lite tid och för få tjänster för att det ska fungera som önskvärt. Hårt budgetstyrda, vårdproduktionsinriktade landstingsorganisationer förmår i sin tur inte ge sina anställda incitament för forskning.

Går man ner på klinikgolvsnivå tillkommer missnöje, rentav avundsjuka, mot den som är »ledig« för forskning, detta utan att ersättas, vilket belastar schema och kollegor.

Det här är knappast nya synpunkter och insikter. Bland andra har Läkarförbundet, Cancerfonden samt enskilda debattörer regelbundet kommit med rapporter, larm och varningar.

Och regeringens utredare Olle Stendahl ledde som huvudsekreterare i MRF (Medicinska rådet för forskning) redan för snart tio år sedan en annan utredning, vars slut-

LÄS MER om Läkarförbundets nya forskningspolitiska program i LT nr 18/2007. Hela programmet finns på www.slf.se



rapport, 1998, fick titeln »Den kliniska forskningens pris och kris«.

Då, under mitten av 1990-talet, insåg man hur den hårda ekonomiska styrningen av all offentlig verksamhet påverkade klinisk forskning negativt. De nya slimmade organisationerna blev entydigt inriktade på budget och vårdproduktivitet, på att få bort »luft i systemen«. Samtidigt som denna luft enligt många var en del av syret för den kliniska forskningen.

– Förr behövde man inte skapa utrymme för forskning, det fanns naturligt, säger Olle Stendahl.

»Förr behövde man inte skapa utrymme för forskning, det fanns naturligt.«

Olle Stendahl ska

ha slutfört regeringens uppdrag 2009. Men ett delbetänkande ska vara färdigt i tid för att finnas med som underlag för den forskningspolitiska proposition som enligt planerna läggs fram 2008.

Utredningen är inte någon uppfinning av alliansregeringen; den fanns redan, som det heter, i pipeline.

Den förutskickades i senaste forskningspolitiska propositionen. »Forskning för ett bättre liv«, signerad dåvarande utbildningsministern Leif Pagrotsky.

Klinisk forskning skrevs in i strategidokumentet från de så kallade branschsamtalerna i Näringsdepartementets och Thomas Östros' regi.

Men det första konkreta initiativet, att utse en delegation, kom alltså från Näringsdepartementet i våras, signerat Maud Olofsson.

– Vi var i hamn med direktiven sommaren 2006, men så kom valrörelsen emellan, berättar Sofia Medin, opolitisk tjänsteman på Näringsdepartementet.

Vad är då skillnaden, varför blev det av nu, med både utredning och delegation?

– Vi har alltid jobbat tillsammans över departementsgränserna, men nu gör politikererna i högre grad det också, säger Sofia Medin.

Näringsdepartementet, med ansvar för delegationen, har haft en drivande roll. »det är vår uppgift att vara lite mer otåliga, trycka på mera«, som Sofia Medin uttrycker saken.

Det lär ha varit denna otålighet som fick Utbildningsdepartementets tjänstemän att komma till skott med »sin« delegation. Också Socialdepartementet, med politiskt ansvar för vården, finns med, bakom delegationen.

Vad som talar för klinisk forskning just nu skulle, förutom den politiska viljan, också kunna vara att den övertro på forskning i labben som kartläggningen av det humana genomet medförde har klingat av.

Den internationella trenden pekar mot att det är »tillbaka till kliniken« som gäller. Och här finns svenska konkurrensfördelar i form av de offentliga strukturerna, personnummer, stora register. Konkurrensfördelar som ännu inte har utnyttjats maximalt.

Till fördelarna räknas också den där ärorika traditionen från tider då forskning på kliniker initierades av entusiastiska professorer.

I detta »förr« var också ofta överläkare på mindre sjukhus disputerade; i dag är forskning inte alls lika självklart kopplat till karriären, och att vara stafettläkare och schemaläggare betalar sig bättre än att ägna sig åt forskning.

– Medicinstudenter är en ambitiös, nyfiken grupp, men i dag exponeras de inte lika självklart för forskning; i stället betonas annat, som etik och empati, vilket givetvis är viktiga egenskaper för en läkare, men de kan inte ersätta ny kunskap och nyfikenhet. Man måste därför skapa ett system av incitament: den som ägnar sig åt forskning måste få uppskattning, tycka att det är kul och spännande, säger Olle Stendahl.

Det är ett problem att det heter att någon är »ledig« för



Förutsättningarna för den patientnära medicinska forskningen ska förbättras.

forskning, vilket innebär att forskningen olyckligt frikopplas från själva vården.

Diskuterar man incitament gäller det inte bara lön. Dagens läkare är också upptagna av det omtalade livspusslet och inte beredda att, som många i forskningens forna guldålder, offra familjeliv till förmån för forskarkarriär. Att utgå ifrån att forskande doktorer inte behöver hämta på dagis är därför lika orealistiskt som att önska sig en statlig läkemedelsindustri, som fanns på Erlanders tid.

Nina Rehnqvist tillhör dem som varnar för nostalgin:

– Vi ska inte stan-na vid att drömma om ett nytt Losec och ingen vill ha mer luft i systemen, däremot måste det finnas ordnade strukturer som möjliggör klinisk forskning.

När det gäller landstingsorganisationerna finns risken för motsättningar mellan att behandla fler patienter oftare och att låta mer pengar gå till forskning.

Olle Stendahl menar att man faktiskt inte kan tänka så, utan inse att alla, också den dagliga vården, blir vinnare på forskningssatsningar.

Det gäller därför att visa på vinsterna med forskning i konkreta ekonomiska termer, på hur mycket man kan spara om patienter så att säga kan ta sin säng och gå, tack vare ett nytt läkemedel.

Den mest väsentliga anslagsdelen för klinisk forskning är alltså ALF-medlen, och en av Olle Stendahls centrala uppgifter blir att analysera vad man hittills har fått för pengarna.

Att värdera utfall av forskningsfinansiering är ingen exakt vetenskap; citeringar finns med, men för klinisk forskning tillkommer också sådant som vårdkvalitet.

– I Sverige har vi hittills inte gjort top-down-prioritering (att man centralt väljer ut vilka forskningsområden som är viktiga), vi har i stället bottom-up, »ni får söka, vi ger till den som är

bäst«, och personligen tycker jag att bottom-up-modellen är bra, säger Olle Stendahl, som dock inte utesluter behov av ytterligare utvärdering.

»Medicinstudenter är en ambitiös, nyfiken grupp, men i dag exponeras de inte lika självklart för forskning ...«



Olle Stendahl, professor i mikrobiologi, regeringens utredare.

– Både jag och Olle har varit inne på att man skulle kunna ha en central, nationell pott, från vilken alla medel, inklusive ALF-medel, fördelas, säger Nina Rehnqvist.

I diskussion och debatt återkommer frågan om det delade huvudmannskapet, hur de statliga universiteten och de landstingsdrivna sjukhusen tillsammans styr över klinisk forskning. Men den diskussionen finns alltså inte med i regeringsdirektiven. Inget hindrar att utredare, eller för all del delegationen, tar upp detta i egna formuleringar och förslag, men som Nina Rehnqvist uttrycker saken: »Det tumultet vill vi inte ha.«

Olle Stendahl säger att man får välja sina strider och att det för honom som utredare gäller att »ta sig förbi uppdelningstanken«, till förmån för gemensamt ansvar och samsyn.

För regeringen kommer, när det gäller huvudmannskapet, den tvärpolitiska viljan



Både Nina Rehnqvist (bilden) och Olle Stendahl har diskuterat en central, nationell pott, från vilken alla medel, inklusive ALF-medel kunde fördelas.

att främja klinisk forskning i närkontakt med något betydligt mer politiskt brännbart, nämligen statens inflytande kontra landstingens självbestämmande, när det gäller hur sjukvården ska organiseras.

En återkommande referens och förebild i den politiska diskussionen är Storbritannien, där Department of Health årligen förmedlar 650 miljoner pund till klinisk forskning.

Samtidigt väcker det oro och undran att den svenska regeringen inte har infriat löftet om 1 procent av BNP till forskning. En aspekt på eventuell förän-

drat huvudmannskap för universitetssjukhusen blir då om statligt styre verkligen skulle ge så mycket bättre (ekonomiska) förutsättningar än, låt säga, landstingspolitiker som månår om regionen och »sitt« sjukhus rykte och status.

Forskning må ha en global arena, men för politiker kokar frågorna ofrånkomligt också ner till regionalpolitik. Man kan ju jämföra med de positioneringar som utlöstes av Ansvarskommitténs betänkande att upplösa landstingen till förmån för storregioner. Ett förslag som i hög grad handlar om sjukvårdens framtid och behov av specialisering och spetskompetens.

Och även om alla är överens om att något både måste och kommer att hända, till den kliniska forskningens fromma, inser också många att förändringarna kommer att kräva inte bara mer pengar utan också mycket av politiskt mod.

MarieLouise Samuelsson
frilansjournalist

Färre svenskar på dansk läkarutbildning ...

Antalet svenskar antagna till den danska läkarutbildningen inför hösten är långt mindre än förra året. Då antogs 314 svenskar. De utgjorde 27 procent av de antagna. I år antogs 172 svenskar, omkring drygt 15 procent.

Den danska regeringen har länge ansett att de svenska studenterna varit för många. Skillnader i betygssystem och konverteringsregler har gynnat svenskarna. I våras beslutade den danska regeringen om ändrade regler för att jämna ut skillnaderna.

Länderna tar in ungefär lika många läkarstudenter i år, omkring 1 100, trots skillnader i befolkningen. Danmark har 5,4 miljoner invånare.

I Danmark har utbildningsplatserna fördubblats sedan början av 1990-talet, allt för att råda bot på framtida läkarbrist, särskilt specialister (se även LT nr 36/2006).

... och fler danska läkarstudenter till Sverige?

Fler danskar kommer att söka AT och ST i Sverige. Det blir följden av förändringar av de danska motsvarigheterna till AT och ST nästa år, menar de danska läkarstudenternas förening.

För att öka antalet specialister i Danmark har den danska regeringen beslutat att förkorta AT, turnus, från 18 månader till ett år. Fler specialiteter ska ingå i turnus, och alla tjänster kommer inte att innehålla allmänmedicin. Dessutom måste specialistutbildning inledas inom fyra år efter att turnus påbörjats.

Reglerna träder i kraft 2008, och läkarstudenternas förening, Foreningen af Danske Lægestuderende, har protesterat mot förändringarna, som de menar har beslutats utan föregående debatt.

Effekter kommer att drabba inte bara studenterna själva på olika vis, utan också patienterna bland annat genom att de framtida läkarna inte får tillräckligt bred kompetens, enligt föreningen, som också hävdar att de danska yngreläkarna kommer att pressas att söka AT och specialistutbildning i Sverige och Norge i stället.

Föreningen har tagit fram en särskild guide för att underlätta för yngreläkarna att söka AT i Sverige, se www.fadl.dk.

Elisabet Ohlin

Vårdval Stockholm missgynnar utsatta

När Vårdval Stockholm införs i primärvården vid årsskiftet blir ersättningen för vårdgivarna samma för alla, och den enda differentierande faktorn är de listade patienternas ålder. Janina Cettner på Storvretens vårdcentral i Botkyrka hävdar att systemet är orättvist.

– Vi har räknat på hur det kommer att slå i Stockholms län. De som får det sämst är områden med stora socioekonomiska problem.

Det säger Janina Cettner, distriktsläkare på Storvretens vårdcentral i Botkyrka. I Botkyrka har mer än hälften av invånarna utländsk anknypning. Av de 12 000 patienterna i Storvretens upptagningsområde är endast 300 över 75 år.

– 11 000 är mellan 6 och 65 år, den grupp man får lägst er-

sättning för, säger Janina Cettner.

Trots det menar hon att hennes patienter är lika vårdkrävande som en äldre befolkning i ett ekonomiskt mer välmående område.

– Befolkningen här insjuknar till exempel 15–20 år tidigare än den övriga befolkningen i kroniska sjukdomar.

Enligt Janina Cettner kommer Storvretens vårdcentral att förlora fem miljoner per år i det nya systemet.

– Antingen är detta ett sätt att spara pengar på eller så finns absolut inget intresse av att ha en jämlik primärvård i Stockholm.

Idag finns en viss kompen-sation för socioekonomiskt belastade områden, men enligt tjänstemännen i landstinget utgör den endast en tiondel av den totala ersättningen. Det skulle uppvägas av tilläggsersättning vid besök

med tolk i det nya systemet.

– Tolkersättningen är en droppe i havet! Vi har ungefär 300 tolkbesök om året, för dem skulle vi få 400 kronor extra per besök, säger Janina Cettner.

– **Dagens skillnader** mellan ersättningen till vårdcentralerna är en följd av historia och olika förhandlingslösningar vid upphandlingar, säger Anders Olsson, informationsansvarig för Vårdval Stockholm. Idag har vårdgivaren dessutom ett områdesansvar där man får ersättning för alla som bor i området. I Vårdval Stockholm får man betalt enbart för aktivt listade patienter och därutöver per besök.

– Det blir mycket till dem som redan har mycket och lite till dem som har lite, säger Janina Cettner.

Sara Gunnarsdotter