

Så kan vi få fler forskande psykiatrer

Allt färre psykiatrer ägnar sig åt forskning, vilket på sikt kommer att få konsekvenser för den psykiatriska vårdens kvalitet. Förändrade arbetsvillkor, mindre byråkratisk forskningsprocess och bättre koppling mellan akademi och klinik är några sätt att komma till rätta med problemet.

Jerzy Leppert skrev i Läkartidningen 44/2007 (sidan 3262) om det ökande problemet med att intressera läkare att ägna sig åt forskning. Att problemet internationellt tydligen är ganska vanligt är en klen tröst.

När det gäller min egen specialitet är det mitt bestämda intryck att antalet forskande psykiatrer har minskat dramatiskt under senare år. Däremot har antalet forskare inom psykiatrifältet ökat som en konsekvens av akademiseringen av sjuksköterskeutbildningen och socionomutbildningen. En första fråga är naturligtvis om antalet psykiatrer och blivande psykiatrer som ägnar sig åt forskning faktiskt har minskat. Låt oss, tills någon redovisar fakta som motsäger detta, anta att det faktiskt förhåller sig så. Vad innebär i så fall detta?

En konsekvens, som redan är tydlig, är att det kommer att bli svårt att rekrytera professorer och lektorer till de akademiska tjänsterna. Det kommer i sin tur att återverka på undervisningen och på det långsiktiga forskningsengagemanget. Bristen på handle-

dare leder till att forskningsaktiviteten minskar. De praktiskt verksamma psykiatrerna kommer med tiden att sakna egen forskningserfarenhet, vilket inte gynnar kvaliteten på den psykiatriska vården.

Vi har numera krav på oss att det vi gör ska vara evidensbaserat, och evidens bygger i första hand på kvalificerad forskning. Utan egen forskningserfarenhet kommer man ha svårt att värdera andras forskningsresultat. Därmed kan man också vara känslig för påverkan från grupper som av olika skäl driver frågor på ekonomiska eller ideologiska grunder. Det är naturligtvis också en uppenbar risk att patientnära klinisk forskning hamnar i strykclass.

Det finns alltså en lång rad goda skäl att reflektera över det bristande forskningsintresset hos såväl unga och medelålders som blivande psykiatrer.

Vilka är då hindren för (yngre) läkare att intressera sig för forskning? Incitamenten är viktiga. Hittills har nog det viktigaste incitamentet varit nyfikenhet och ett behov av att öka kunskapen inom ett område som handlar om ett stort lidande, ofta livslångt och med svåra sociala konsekvenser hos en stor grupp människor. Ett annat har va-

rit den status som en akademisk position har gett – det har varit fint att vara professor och docent.

De ekonomiska incitamenten har väl aldrig varit särskilt stora vad gäller klinisk forskning och akademisk karriär. Däremot har nog den akademiska friheten kunnat locka en del – friheten att ägna sig åt det man är intresserad av och ett stort mått av rörelsefrihet när det gäller att lägga upp sitt arbete.

Nu är det väl snarast så att man till och med kan tjäna mera som icke-akademiker. Man försenas i sin karriär om man ska ägna sig åt forskning och förlorar snarast ekonomiskt på det. Akademiska positioner har heller inte längre samma höga status som de haft (en konsekvens av en målmedveten politik att eliminera eliterna), och den akademiska friheten har också begränsats! Kvar finns ändå nyfikenheten, men det räcker nog inte.

Forskningsprocessen har blivit krångligare. Man ska passera flera nålsögon för att få ägna sig åt forskning. För att bli antagen som forskarstuderande ska man numera först ägna sig åt en hel del pappersarbete. Sedan ska man genomgå ett antal kurser av större och mindre betydelse för den egna forskningen. Den forskningsetiska prövningen har blivit allt märkvärdigare och mera omfattande och kostsam.

Sammantaget har forskningen kommit att omgärdas av allt högre staket (förvisso i en ambition att förbättra forskningens kvalitet, göra den mera »etisk« och underlätta tillvaron för forskarstuderande genom att tillförsäkra dem framför allt ekonomis-

ka garantier, men också andra »rättigheter«).

En annan viktig faktor är de förändrade arbetsvillkoren för läkare. Dagens läkare får ju inte arbeta mer än 40 timmar i veckan plus möjligen ytterligare några veckotimmar. Man blir mer och mer upp-bunden av kurser, utbildningar och handledning under sin specialistutbildning. För psykiatrerna tillkommer en mycket omfattande psykioterapiutbildning som krav för att bli specialist.

Dessutom har synen på ar-

»Professorn/docenten/lektorn möter i praktiken den kliniska problematiken i mindre omfattning än tidigare. Inte underligt då att det inte blir särskilt mycket klinisk forskning!«

betet förändrats så att arbetet inte längre får vara alltför centralt i den unge läkarens liv. Andra värden, kanske framför allt önskan och kraven att finnas till hands för barn och partner, gör att bortovaron från arbetet på grund av personliga förhållanden, som vård av sjukt barn och barnledighet, liksom de nya arbets-tidsreglerna, gör att den faktiskt arbetade tiden är betydligt kortare än tidigare. Att ägna en del av sin fritid åt forskning blir alltmer historia.

Sammantaget blir utrymmet för att ägna sig åt forskning under specialistutbildningstiden i det närmaste obefintligt. Försöken att till-s skapa forsknings-AT- och



LARS JACOBSSON
professor, Umeå
lars.jacobsson@
psychiat.umu.se

forsknings-ST-tjänster är vällovliga men innebär i praktiken att specialistutbildningstiden förlängs med oftast flera år. Detta återverkar negativt på lönesättning och framtida karriärmöjligheter.

Ytterligare en viktig faktor är – enligt min mening – att gapet mellan akademi och klinik blivit allt större. Tidigare generationer av professorer och lärare var engagerade i det praktiskt kliniska arbetet på ett mycket tydligt sätt. Oftast var de klinikchefer och självklart engagerade i kliniskens vardagsproblem. Professorn och docenten hade ansvar för en avdelning och hade dessutom öppenvårdspatienter.

Detta är numera ovanligt – professorn/lektorn deltar marginellt i det kliniska arbetet och möter inte kontinuerligt underläkare och andra specialister kring vardagliga kliniska problem. Man sitter inte längre dagligen tillsammans och funderar över varför vissa psykiska fenomen uppstår, varför behandlingen inte fungerar som man vill eller varför man över huvud taget inte har någon effektiv behandling. Professorn/docenten/lektorn möter i praktiken den kliniska problematiken i mindre omfattning än tidigare. Inte underligt då att det inte blir särskilt mycket klinisk forskning!

Till detta har bidragit den dramatiska minskningen av antalet vårdplatser och ett ökat tempo i den kliniska vardagen. Det finns inte längre utrymme för observation och eftertanke i patientarbetet, som tidigare. Därtill kommer ambitionen att professionalisera chefskapet – det är inte längre viktigt att chefen vet så mycket om den verksamhet han/hon ska leda.

Nå, vad kan då göras för att förändra situationen? Den förändrade arbets- och livssituationen har kommit för att stanna. Det gäller då att på olika sätt försöka underlätta och

stimulera forskningsintresset genom att åstadkomma en arbetssituation som lockar läkaren att ägna sig åt forskning.

Det borde vara möjligt att förenkla byråkratin som omger forskningsprocessen. Är det verkligen nödvändigt med de allt mera komplicerade reglerna för antagning till forskarutbildning och ekonomiska garantier för hela forskarutbildningstiden? Det borde vara möjligt att vara mera flexibel när det gäller personer som vill ägna sig åt forskning och som faktiskt är beredda att själva stå för delar av kostnaderna genom att exempelvis förlänga sina arbetsdagar och använda helger och semestrar. Det finns faktiskt fortfarande sådana personer, och de borde väl uppmuntras till detta.

Men framför allt borde alla AT- och ST-tjänster på universitetsklinikerna vara kombinerade med forskningsutrymme. Man borde också se över innehållet i specialistutbildningen och samordna moment av forskarutbildningskaraktär i den obligatoriska psykioterapiutbildningen liksom andra handledningsmoment så att dessa kan räknas in i forskarutbildningen.

Etikprövningsprocessen

»äger« vi tyvärr inte längre inom akademien. Den har blivit alltmer komplicerad, pretentiös och kostsam. Särskilt i början av en forskarkarriär kan det vara svårt att få tag i de medel som behövs. Det är lätt för de resursstarka eliterna inom forskarsamhället att säga att några tusenlappar hit och dit inte spelar någon roll, men i ett klimat där forskningsresurserna alltmer koncentreras är det svårt för nybörjarna. Dessutom blir tröskeln väldigt hög då forskningsetikprövningen i hög grad har blivit en prövning av forskningens kvalitet och utformning – dvs långt utöver den specifika etikprövningen. Etikprövningsnämnderna har numera synpunkter på det mesta i forskningsprotokollet. Fakulteterna borde kunna ställa upp med resurser för att

hjälpa forskarna att klara av detta nålsöga så att de inte är utlämnade till den juridiskt etiska byråkratin.

Forskningsfinansieringen är en annan viktig fråga. Tendensen under senare år är att resurser fördelas enligt principen »Till den som har, åt honom skall varda givet«. Forskningsråd och numera även ALF-resurser ska gå till stora projekt av »spjutspetskaraktär«. Vem vet vad som är spjutspetsforskning? Hur ofta har inte forskningsinsatser av betydelse skett i det tysta i miljöer som inte haft »spjutspetsstatus«. Nobelprisens historia är lärorik i detta avseende. Alltså bör det fortfarande vara möjligt att få medel för små projekt på ett tidigt stadium i forskarkarriären. ALF-resurserna borde heller inte centraliseras utan få ligga kvar ute på klinikerna.

Det trots allt viktigaste vore att koppla akademien och kliniken närmare varandra igen. Någon av professorerna på en klinik borde också vara klinikchef med en biträdande klinikchef/verksamhetschef vid sin sida för att hantera personalfrågor och mera rent administrativa frågor. Längre tillbaka var det självklart så på universitetskliniker. I detta avseende har nog läkarkåren själv svikit sitt uppdrag genom att alltför lättvindigt lämna ifrån sig ledningsuppdraget.

Akademin har också bidragit genom att prioritera forskningsmeriter före andra meriter som ledarskap och klinisk överblick. Den gamla tanken om professorn som ämnesföreträdare är ju mer eller mindre död, vilket jag tror är en av de viktigaste anledningarna till den kliniska forskningens kris.

Professorer borde alltså re-

kryteras inte bara med hänsyn till forskningskvalifikation, utan lika mycket utifrån erfarenhet av undervisning och ledarskap och klinisk bredd. Jag tror de flesta av oss känner till professorer som kanske inte varit världsledande forskare men som i stället skapat ett klimat för forskning på sina enheter som fått betydelse långt utöver den enskilda forskningsinsatsen. Kanske borde man pröva att till skapa professorer som är tydligt markerade som ämnesföreträdare och som kräver en bred kompetens som forskare och kliniker och administratör. Denne professor borde också vara klinikchef/verksamhetschef.

Forskningsprocessen, alltså utifrån antagning till disputation har alltså, enligt min mening, blivit alltmera reglerad och byråkratisk och snarast kontraproduktiv. Vem vill längre ta på sig att handleda doktorander när processen blivit så komplicerad? Fakulteternas forskningsutbildningsnämnder gör sitt bästa för att försvåra och fördröja disputationer genom alltmera omfattande kontrollsystem, och Karolinska institutet leder detta anlopp mot den kliniska forskningen genom att utveckla ett alltmer detaljerat regelsystem med ofta återkommande kontrollstationer.

Det är svårt att värja sig för en känsla av att detta egentligen är ett uttryck för en djup misstro mot handledarnas kompetens, omdöme och övild. Hur ska man annars förstå det alltmera komplicerade regelverket? Och som handledare är man hela tiden i underläge gentemot nämndernas beslut. Vem vågar protestera?

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

»... att koppla akademien och kliniken närmare varandra igen. Någon av professorerna på en klinik borde också vara klinikchef ...«