

SYLF:s policydokument för forskning

Syfte

SYLF:s policydokument sammanställer föreningens ståndpunkter och åsikter inom specifika områden. Syftet är att underlätta för lokalavdelningar och nya styrelsemedlemmar att sätta sig in i föreningens hållning, att göra den mer väldefinierad och sammanhållen utåt, samt att erbjuda underlag för argumentation. Dokumenten fastställs av styrelsen och uppdateras årligen för att vara aktuella och relevanta. Nya policydokument förankras med lokalavdelningarna, under representantskapet och genom internremissförfaranden.

Inledning

Klinisk forskning inverkar direkt på människors hälsa och välbefinnande, och behövs för att få en kunskapsskapande svensk hälso- och sjukvård som utvecklas. Framgångsrik klinisk forskning kräver långsiktighet och god återväxt av forskande läkare.

Sverige har eftersatt området och behöver satsa för att återta en internationell topplacering. Det kräver resurser, men framför allt måste det framstå som attraktivt för den enskilda läkaren att forskarutbilda sig och välja en forskarkarriär. Syftet med denna policy är att formulera de viktigaste målen för att komma dit.

Bakgrund

Klinisk forskning är sådan som förutsätter vårdens strukturer och resurser, och som har som mål att lösa ett ohälsoproblem eller att identifiera faktorer som leder till ökad hälsa. Den är nödvändig för att hälso- och sjukvården nu och i framtiden ska kunna hantera nya utmaningar effektivt – som fetma, diabetes och en åldrande befolkning.

Ökad vetenskaplig medvetenhet höjer vårdkvaliteten. Det är också en förutsättning för en sjukvård som inte bara är kunskapsbaserad utan också skapar ny evidens, och där nya rön snabbt omsätts i klinisk behandling. Bred klinisk forskning med hög standard ger samtidigt vetenskaplig förankring till hälso- och sjukvårdsutbildningarna, vilket i sin tur stärker återväxten av nya forskare.

Om Sverige tar aktiv del i utveckling och utvärdering kan patienter här få del av nya läkemedel och behandlingsmetoder tidigt, och våra förutsättningar blir en del av det som beaktas vid fortsatt utveckling. Ett samarbetsklimat mellan sjukvård, akademi och industri som främjar klinisk forskning och attraherar stora studier ger även arbetstillfällen.

Att just läkare forskar är viktigt eftersom de är den yrkesgrupp som kan vara delaktig hela vägen från biokemisk teori till klinisk praxis. De skapar kunskapsöverförande kontaktytor mellan forskning och praktisk vård och mellan sjukvård, akademi och industri; forskningen får patientkontakt och inblick i aktuella frågeställningar, och nya evidensbaserade behandlingsmetoder kan sättas snabbare i tillämpning.

Klinisk forskning i Sverige

Läget för den kliniska forskningen i Sverige har kartlagts i utredningar och framträder också i SYLF:s egna undersökningar av underläkares attityder.

Andelen forskarutbildade läkare har krympt, vilket hotar den svenska kliniska forskningens internationella konkurrenskraft. Satsningen på klinisk forskning har ökat något sedan 2007, men från en mycket låg nivå: för varje skattekrona som läggs på vård läggs bara två öre på att kunna ge bättre prevention och behandlingar i framtiden. Fakulteternas åtaganden i form av undervisning och forskarutbildning har ökat avsevärt mer än fakultetsanslagen, och flertalet genomförda forskningssatsningar har inriktats på spetsforskning. På 20 år har Sverige gått från tredje till sjätte plats i rankningen av antal citerade publikationer inom klinisk forskning; Även om Sverige är en stark nation inom fältet har vi stagnerat eller tappat mark medan andra länder har stärkt sina positioner.

År 2012 disputerade 239 läkare, och fram till 2023 kommer cirka 250 disputerade läkare att uppnå pensionsålder varje år. Av den forskarutbildade läkarkåren är 80 procent äldre än 45 år, med 42 som medelålder för disputation. En klar majoritet av de disputerade läkarna tar sin anställning inom landstinget, och slutar i stor utsträckning forska sedan de kommit tillbaka in i sjukvården. De nydisputerade läkare som behövs för att ersätta pensionsavgångar ger alltså i stor utsträckning upp sin forskningskarriär direkt efter disputation. Därför är det extra viktigt att finansiera forskande läkare som befinner sig tidigt i karriären.

Andelen disputerande läkare vid medicinska fakulteter har minskat stadigt sedan 90-talets början, både i förhållande till totala antalet läkare och till övriga disputerande vid de medicinska fakulteterna. Andelen läkare bland nydisputerade medicine doktorer minskade från 62 till 26 procent mellan 1990 och 2006, medan antalet utfärdade läkarlegitimationer ökade 88 procent och antalet legitimerade verksamma läkare ökade från 25 000 till 31 000.

En motvikt till den dystra bilden är Sveriges unika möjligheter för klinisk forskning: stabil offentligt finansierad sjukvård, patienter villiga att delta i studier, samt väletablerade register och biobanker. I kombination med en välutbildad läkarkår ger det en idealisk bas.

Yngre läkare och forskning

SYLF:s AT- och ST-enkäter visar att många yngre läkare saknar praktiska och ekonomiska förutsättningar att på allvar satsa på forskning. Trots intresse väljer underläkare bort forskning till förmån för klinisk karriär.

2015 uppgav 20 procent av ST-läkare och 15 procent av AT-läkare att de forskar, att jämföra med 33 respektive 12 procent 2010. Män forskar avsevärt mer än kvinnor (22 respektive 15 procent). Utlandsutbildade läkare forskar mindre, i synnerhet från utanför EU/EES (9 procent), trots att andelen som någon gång forskat är lika stor som bland svenskt utbildade.

Bara 17 procent av icke-forskande underläkare och 4 procent av de som slutar anger ointresse som huvudorsak, och av icke-forskande anger 33 procent att de är intresserade

men inte hittat rätt förutsättningar. Möjlighet att forska inom ramen för en anställning, bättre löneutveckling under forskningstiden samt bättre handledning anges som de tre viktigaste faktorerna för att ta steget (82, 35 och 31 procent, respektive). Av forskande underläkare hade bara 49 procent forskar-AT, forskar-ST eller en tjänst finansierad av universitetet, medan 25 procent helt saknade finansiering och hänvisades till att forska på fritiden (2015). ST-läkare som avbrutit forskarstudier har angett dålig handledning, oro för att halka efter i klinisk karriär och dålig arbetsmiljö som huvudorsak (31, 25 respektive 21 procent, 2010).

SYLF:s policy

Att skapa incitament och förutsättningar för yngre läkare att forska är avgörande för återväxten och en förutsättning för att svensk klinisk forskning ska kunna blomstra.

Både anställningsförhållandena och arbetsmiljön för forskande läkare måste förbättras. En framgångsrik forskarkarriär kan rimligen inte baseras på individers insatser utanför arbetstid. Forskningen måste få en tydlig plats i den dagliga verksamheten och ske inom ramen för läkarnas ordinarie anställningar. Otydliga förutsättningar kring rekrytering och tjänster kan också bidra till ett strukturellt missgynnande av grupper av underläkare.

Även läkare inom forskningsområden som inte traditionellt kallats kliniska bör omfattas av samma villkor; att läkare forskar och undervisar inom prekliniska basvetenskaper och medicinsk pedagogik är viktigt för läkarutbildningens kvalitet, och forskning inom ämnesområden som medicinsk etik, organisation och vårdprioriteringar är viktigt för vårdkvaliteten i ett större perspektiv.

Fem mål för incitament och förutsättningar:

De viktigaste målen för att fler läkare ska välja att forskarutbilda sig och satsa på en fortsatt forskningsanknuten karriär är dessa:

- Forskning bör som norm bedrivas inom ramen för en anställning.
- Det bör finnas tydliga karriärvägar för forskande läkare.
- Forskningens meritvärde bör öka, och löneutvecklingen förbättras.
- Basanslagen till de medicinska fakulteterna bör stärkas. ALF-medel bör nyttjas för att främja bred klinisk forskning.
- Sambandet mellan klinisk forskning och bättre sjukvård bör vägleda alla beslut som rör respektive område.

1. Forskning inom ramen för anställning

Möjligheten att forska inom ramen för en anställning är den viktigaste åtgärden för att underläkare faktiskt ska välja en forskarkarriär, enligt SYLF:s ST-enkäter. Möjligheten att kombinera forskning med klinisk verksamhet har varit en anledning till Sveriges traditionellt starka position inom klinisk forskning.

Den kliniska vardagen präglas idag av slimmad organisation och stora krav på effektivitet i sjukvårdsproduktionen. Ordinarie läkartjänster innehåller generellt ingen avsatt tid för forskning. För att rekrytera och behålla kliniska forskare måste tjänstestrukturerna förbättras. Förutom att tillsätta och finansiera tjänsteutrymmen för forskande läkare krävs ökad bemanning, så att forskande läkare under perioder kan frigöras från klinisk tjänstgöring.

SYLF anser att det ska finnas forskningstjänster som gör det möjligt att kombinera klinisk verksamhet med forskning på deltid – inom ramen för ordinarie klinisk tjänst eller genom reglerad kombinationsanställning. Särskilda medel bör avsättas, för att skapa ekonomiskt och praktiskt utrymme – och det är viktigt att tjänsterna tillsätts öppet och transparent. Forskningstjänster såsom forskar-ST och forskar-AT är sådana kombinationstjänster. Det bör utlysas fler kombinationstjänster i dessa former eftersom efterfrågan är mycket högre än utbudet. Det bör noteras att om dessa förlänger ST och AT, bör lönen även återspegla denna akademiska kompetenshöjning.

2. Tydliga karriärvägar för forskande läkare

Den höga disputationsåldern bör sänkas – då får både den enskilde läkaren och samhället större nytta av forskarutbildningen.

Universitetens regelverk och krav är primärt anpassade för doktorander som utför forskarutbildning på heltid – till exempel tidskraven för doktorsexamen på motsvarande fyra års heltidsstudier. Det försvårar för den som vill forskarutbilda sig parallellt med sin kliniska utbildning. Regelverken bör anpassas för forskarutbildning på deltid, och tidskraven ersättas med en primärt relevant målstyrd forskarutbildning.

Många forskande underläkare slutar när deras universitetsfinansierade tjänster upphör. Läkare som väljer att forskarutbilda sig tidigt bör ges möjlighet att fortsätta sin akademiska bana parallellt med klinisk vidareutbildning och karriär. Fler forskar-AT- och forskar-ST-block som kan fungera både som rekryteringstjänster och karriärväg för forskande läkare under klinisk vidareutbildning är en viktig åtgärd, liksom att finansiera unga forskares faktiska forskning – inte bara deras tjänster.

3. Bättre meritvärde och löneutveckling

Forskningens meritvärde är i dag alltför lågt inom hälso- och sjukvården; i ST-enkäten 2010 menade tre fjärdedelar av forskande ST-läkare att forskningen gjorde dem till bättre kliniker, och 85 procent drog nytta av den i klinisk vardag. Den kompetens en forskarutbildning ger bör synliggöras, liksom det mervärde forskarutbildade läkare kan ge till klinisk verksamhet. Vetenskaplig kompetens bör också meriteras vid såväl tjänstetillsättning som lönesättning.

Det är avgörande att forskande läkare inte missgynnas lönemässigt. Läkare är den enda yrkesgrupp som förlorar på att disputera ur ett livslöneperspektiv. Vid den tidpunkt då legitimation respektive specialistkompetens skulle ha uppnåtts om man inte forskat, bör forskande AT- och ST-läkare erhålla motsvarande lön.

4. Stärkta basanslag och ALF-medel

Den medicinska forskningens ekonomiska utrymme har krympt, speciellt inom områden som inte prioriterats för särskilda satsningar, och mycket få projekt finansieras fullt. Det är därför ytterst viktigt att upprätthålla en stabil statlig finansiering för långsiktigt välfungerande forskning, som garanterar god infrastruktur och tjänsteutrymmen. Universiteten bör få utrymme att använda basanslagen till fri forskning istället för att de genom utvärderingssystem binds upp i kortsiktiga säkra satsningar.

Tillsammans med regionala FoU-medel är ALF-medlen den kliniska forskningens viktigaste finansieringskälla, omfattande 2,5 miljarder kronor 2020. Från 2016 fördelas de med ett fastslaget grundbelopp per landsting samt en omfördelningsbar del enligt en kvalitetsvärdering. Modellen bygger på bibliometriska data, men från 2019 infördes en mer komplex metodologi liknande Vetenskapsrådets anslagsfördelning. Detta är olyckligt: likriktade utvärderingssystem riskerar att likrikta fördelningen av medel, och gynna säkra kort framför oprövade forskare och mindre väl beforskade områden.

Det är viktigt att medelstildelningen är konkurrensutsatt, men system som delar ut anslag baserat på renommé och meriter riskerar att cementera gamla strukturer och missgynna yngre forskare utanför etablerade grupper.

5. Vägledande samband vid beslut

Välintegrerad klinisk forskning av hög kvalitet ger erkänt bättre sjukvård, och sjukvårdens huvudmän har lagstadgat uppdrag att medverka vid finansiering, planering och genomförande av kliniskt forskningsarbete. I organisationen hanteras dock forskning ofta skilt från hälso- och sjukvård; forskningen reduceras till en FoU-fråga, och behovet av långsiktighet utmanas av ett hårt ekonomistyrkt system med kortsiktiga perspektiv.

Samtidigt måste den kliniska forskningen premiera nytänkande och kreativitet för att utvecklas och attrahera förmågor. Den måste kunna bedrivas där majoriteten av patienterna finns – ute på länssjukhusen och inom primärvården. Nära samarbeten mellan universitetskliniker, läns- och länsdelssjukhus samt primärvården kan tillvarata större patientflöden och ge effektiv korsbefruktnings mellan kliniska miljön och preklinisk forskning. Preklinisk forskning ska inte vara mindre meriterande än klinisk forskning vid ansökan om kombinationstjänster såsom forskar-ST och forskar-AT.

Hela hälso- och sjukvårdsorganisationen liksom den politiska nivån bör omvärdera sin syn på forskning och inte ställa den mot vårdproduktion. Politiker och huvudmän måste låta sambandet mellan klinisk forskning och förbättrad vård vara vägledande i hela beslutskedjan.

Skapad 2008-10

Senast reviderad 2021-01-13

Fastställd 2021-01-15