



SYLF:s politik

# Forskning

## SYLF tycker

### Åtgärder för den enskilde läkaren

1. Forskning bör bedrivas inom ramen för en anställning.
2. Tydliga karriärvägar för forskande läkare.
  - Inrätta fler MD/PhD-program för att främja läkarstudenter som forskar
  - Forskar-AT, forskar-BT/ST ska finnas i alla regioner. Ett rimligt mål är att var femte ST ska vara en forskar-ST.
  - Skapa post doc-anställningar som kombinerar forskning och kliniskt arbete som en fortsatt karriärväg efter disputation.
3. Forskning ska löna sig.
  - Forskningserfarenhet och forskningsaktivitet ska vara meriterande vid anställning, lönesättning och lönerevision.
  - Forskarutbildning ska likställas en klinisk karriär och generera lön i nivå med specialistlön efter 5 års tjänstgöring.

### Åtgärder för att stärka medicinsk forskning på regional och nationell nivå

1. Ökade basanslag till universiteten och ändrad fördelning av ALF-medel.
2. Stärkt samband mellan forskning och högkvalitativ sjukvård.
  - Tydliggör statens/regionernas forskningsansvar.
  - Forskning måste bedrivas inom hela sjukvårdsorganisationen.
  - Verksamhetschefer i hälso- och sjukvården måste få i uppdrag att värna om både forskning och sjukvård.

## Inledning

Klinisk forskning inverkar direkt på människors hälsa och välbefinnande och är en förutsättning för evidensbaserad och kunskapsstyrd hälso- och sjukvård. Sverige har halkat efter på området och behöver satsa för att återta en internationell topplacering vad gäller klinisk forskning<sup>1</sup>. Det kräver resurser men framför allt måste forskarutbildning framstå som en självklar och attraktiv karriärväg för den enskilda läkaren. Framgångsrik forskning kräver långsiktiga satsningar både inom universiteten och hälso- och sjukvården för att åstadkomma en god återväxt av forskande läkare.

Syftet med detta dokument är att formulera de viktigaste målen för att komma dit. Om ovan nämnda förslag infrias kommer fler yngre läkare att kunna satsa på en forskarutbildning och stanna i en forskarkarriär vilket är nödvändigt för att vända den negativa utvecklingen.

## Varför är klinisk forskning viktig?

Forskning är nödvändig för att hälso- och sjukvården nu och i framtiden ska kunna hantera alla de utmaningar vi står inför, däribland hjärt- och kärlsjukdomar, cancer, epidemier, fetma, diabetes och en åldrande befolkning. Ökad vetenskaplig medvetenhet hos alla personalkategorier inom hälso- och sjukvården höjer vårdkvaliteten. Därtill är det en förutsättning för en sjukvård som inte bara är kunskapsbaserad utan också skapar ny evidens, och där nya rön snabbt kan omsättas i klinisk praktik. 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 av nya metoder kan patienter här få ta del av nya läkemedel och behandlingar tidigt. Ett samarbetsklimat mellan sjukvård, akademi och industri som främjar klinisk forskning och attraherar stora studier ger även arbetstillfällen.

## Varför ska läkare forska?

Att just läkare forska är viktigt eftersom de är den yrkesgrupp som kan vara delaktig hela vägen från biokemisk teori till klinisk praxis. De skapar kontaktytor mellan forskning och klinisk verksamhet som stimulerar forskningen och samarbetet mellan sjukvård, akademi och industri – forskningen får patientkontakt med inblick i aktuella frågeställningar samtidigt som nya evidensbaserade behandlingsmetoder snabbt kan komma den kliniska verksamheten till nytta.

## Klinisk forskning i Sverige

Sedan början av 1990-talet har flera utredningar uppmärksammat olika hinder rörande den medicinska forskningen i Sverige. Bland annat har det framkommit minskad global konkurrenskraft, minskat antal citeringar och sjunkande andel forskarutbildade läkare<sup>2, 3</sup>. I Lägesrapporten Forska! Sverige (2023) framgår att de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna 2021 uppgick till 11 procent av BNP. Samtidigt gick endast 0,17 procent av BNP till medicinsk forskning och utveckling som kan förbättra hälsan, vilket innebär en nedgång jämfört med år 2020 då de statliga anslagen var 0,18 procent av BNP. Till år 2023 beräknas anslagen till FoU inom medicin och hälsovetenskap gå ner ytterligare till 0,15 procent som andel av BNP. De totala investeringarna i forskning och utveckling minskade från 3,9 till 3,4 procent av BNP mellan år 2001 och år 2021<sup>4</sup>.

I en rapport från Svenska Läkaresällskapet 2022 redovisas statistik rörande forskarutbildade läkare i vården. Den visar att andelen disputerade läkare (40–69 år) minskade mellan 2005–2019. Samtidigt sjönk ALF-anslaget per disputerad läkare under samma period. Snittåldern för disputation var 41,7 år och har legat på samma nivå de senaste åren<sup>5</sup>. Data från Nationella vårdkompetensrådet visar samtidigt att det tar allt längre tid från läkarexamen till läkarlegitimation, totalt ökade tiden med 5,5 månader till 36 månader för de som fick sin legitimation 2018 jämfört med 2008<sup>6</sup>. En ytterligare fördröjning på grund av bristen på utbildningstjänster riskerar att också inverka negativt på yngre läkares möjlighet till forskning.

I Svenska Läkaresällskapets rapport framkommer också en oroväckande minskning av antalet docenter och professorer<sup>5</sup>. Det stämmer överens med en SOU-rapport som visade att merparten av nydisputerade läkare (73 %) arbetade inom dåvarande landstingen ett år efter examen medan endast 2 % var anställda inom universitetet<sup>7</sup>. Detta riskerar att försvåra utbildningen av nya forskare och även studenter i framtiden. I en rapport från Vetenskapsrådet 2023 framkom att var femte professor för tillfället endast var bihandledare vilket ytterligare bidrar till bristen på handledare för forskarstudier.

Sverige har i själva verket unika möjligheter för klinisk forskning: en stabil offentligt finansierad sjukvård, patienter som är villiga att delta i studier samt väletablerade register och biobanker. I kombination med en välutbildad läkarkår ger det idealiska grundförutsättningar, men då krävs att forskare faktiskt kan få ut sin forskningstid och att yngre läkare lockas till forskningen genom trygga anställningar som inte innebär en personlig ekonomisk förlust.

## Yngre läkare och forskning

I SYLF:s och SLF:s egna undersökningar framkommer att läkare är intresserade av att forska<sup>8</sup>. Tyvärr finns det många hinder i form av dåliga förutsättningar för forskande läkare och inga eller negativa ekonomiska incitament för att bedriva forskning. Många underläkare väljer därför bort forskning till förmån för klinisk karriär. Enligt SYLF:s ST-enkät 2008 var de tre viktigaste faktorerna som skulle få ST-läkare utan forskningserfarenhet att välja en forskarkarriär "möjlighet att forska inom ramen för en anställning" (82 %), "bättre löneutveckling under tiden jag forskar" (35 %) samt "bättre handledning än som ges idag" (31 %). I ST-enkäten från 2015 hade andelen ST-läkare som forskade sjunkit till 20 % från 33 % i motsvarande undersökning 2010.

I en utvärdering av kliniska forskartjänster, bland annat forskar-AT och forskar-ST, från Stockholm mellan åren 2006–2019 framkom att 86 % av deltagarna bedömde betydelsen av programmet för deras egna forskningskarriär som hög eller mycket hög<sup>9</sup>. För 64 % hade forskningen sedan deltagande i programmet implementerats i klinisk praktik och bidragit till nya riktlinjer, diagnostik eller behandling. För cirka en fjärdedel hade forskningen resulterat i idéer som lett till samarbete med industri för produktutveckling, patentansökan eller annan innovationsutveckling.

Framför allt var tidigare deltagare fortsatt till 95 % kliniskt aktiva och till 96 % aktiva inom forskning, vilket visar på hur framgångsrikt dessa tjänster kan stötta och möjliggöra kombinerat arbete som läkare och forskare.

En av de viktigaste förutsättningarna för att kunna ägna sig åt klinisk forskning är möjligheten att avsätta tid till att forska parallellt med sin kliniska praktik. I läkarförbundets Forskningsrapport 2022 framgår att över en tredjedel av forskande läkare bedriver forskningen på sin fritid. Endast 12 % av doktoranderna forskar inom ramen för en doktorandtjänst.<sup>8</sup> Att börja forska innan man är formellt antagen till en forskarutbildning är vanligare inom medicin än andra vetenskapliga områden, enligt rapporten Skuggdoktorander låg den siffran på 34 % år 2016<sup>10,11</sup>.

Läkare är den enda yrkesgrupp som ur ett livslöneperspektiv förlorar på att disputera, enligt rapporter från både Sveriges universitetsläraresförbund (SULF) 2003 och Saco 2011<sup>12</sup>. Lönen under forskarutbildningen är ofta lägre än för en traditionell klinisk läkarkarriär. Genom att fullfölja en forskarutbildning förskjuts dessutom tidpunkten för ett eventuellt specialistbevis, vilket ytterligare inverkar negativt på löneutvecklingen.

## ALF-medel

ALF (avtal om läkarutbildning och forskning) är ett avtal som är upprättat mellan den svenska staten och sju regioner som samarbetar kring utbildning av läkare, klinisk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården. Som en utvärdering av ALF genomfördes en enkätundersökning 2022 för att kartlägga den kliniska forskningens förutsättningar i Sverige<sup>2</sup>. Ett stort antal kliniska forskare och forskarstudenter besvarade enkäten och i slutrapporten kompletterades analysen med fokusgruppintervjuer. Svaren visade att sjukvårdshuvudmännen, enligt forskare och forskarstuderande, i högre grad än idag måste säkerställa forskningstid, resurser och incitament för klinisk forskning. Forskningskulturen inom hälso- och sjukvården upplevdes som svag och klinisk forskning värdesattes inte i verksamheterna. Det saknades tydliga incitament för att utbilda sig till och verka som klinisk forskare. Nästan 30 % av de kliniska forskarna hade ingen avsatt tid till forskning alls. Det var främst juniora forskare som inte hade någon forskningstid. Professorer och i viss mån docenter har forskning inkluderat i sin tjänst i varierande grad. ALF-medel underlättade för att få ut forskningstid men utvärderingen visade att ALF-medel i öppna utlysningar i högre utsträckning går till professorer, som redan har forskningstid som en del av sin anställning och därmed har lättare att söka externa medel än mer juniora forskare och forskarstudenter.

## SYLF tycker

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 inte rimligen baseras på individers insatser utanför arbetstid. Forskningen måste få en tydlig plats i den dagliga verksamheten och ske inom ramen för läkarnas ordinarie anställningar.

Även läkare inom forskningsområden som inte traditionellt betraktats som 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.

## 1. Forskning inom ramen för en anställning

Möjligheten att forska inom ramen för en anställning är enligt SYLF:s ST-enkäter den enskilt viktigaste åtgärden för att underläkare ska välja en forskarkarriär. 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 en 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-AT, forskar-BT och forskar-ST är sådana kombinationstjänster. Det bör utlysas fler kombinationstjänster i dessa former eftersom efterfrågan är mycket högre än utbudet. Det bör noteras att om sådana tjänster förlänger AT eller BT/ST bör lönen återspegla den akademiska kompetenshöjningen och säkerställa att forskande läkare inte tappar i livslön.

## 2. Tydliga karriärvägar för forskande läkare

Den höga disputationens åldern bör sänkas – då får både den enskilde läkaren och samhället större nytta av forskarutbildningen. Det borde också bli lättare att stärka samarbetet mellan industri och lärosäten där man till exempel bör kunna inkludera patent som delarbeten i sin doktorandutbildning.

Universitetens regelverk och krav är primärt anpassade för doktorander som utför forskarutbildning på heltid, exempelvis tidskravet 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 målstyrd forskarutbildning. Unga forskande läkare slutar när deras universitetsfinansierade tjänster upphör. Fler mellanstegstjänster bör tillsättas som kombinerar klinisk tjänst med forskning för yngre läkare, såsom lektorat.

## 3. Forskning ska löna sig!

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 % drog nytta av den i sin kliniska vardag. Den kompetens som en forskarutbildning ger bör synliggöras, liksom det mervärde forskarutbildade läkare kan ge till den kliniska verksamheten. 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 ur ett livslöneperspektiv förlorar på att disputerat. Vid den tidpunkt då legitimation respektive specialistkompetens skulle ha uppnåtts om man inte forskat bör forskande AT- och ST-läkare erhålla motsvarande lön.

## 4. Ökade 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 tjänstetrymmen. Universitetet 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. Sedan 2016 fördelas de med ett fastslaget grundbelopp per landsting samt en omfördelningsbar del enligt en kvalitetsvärdering. Modellen bygger på bibliometriska data, men 2019 infördes en mer komplex metodologi liknande Vetenskapsrådets anslagsfördelning. Detta är olyckligt: likriktade utvärderingssystem riskerar att likrikta fördelningen av medel och gynna etablerade professorer framför oprövade forskare och mindre väl beforskade områden. Det är viktigt att medelstilldelningen 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. Stärkt samband mellan forskning och sjukvård

Målsättningen med all medicinsk forskning är att den i förlängningen ska ge människor bättre hälsa med ökad livskvalitet och minskade samhällskostnader som följd. Sjukvårdens huvudmän har idag ett lagstadgat uppdrag att medverka vid finansiering, planering och genomförande av kliniskt forskningsarbete. I organisationerna hanteras dock ofta forskning skilt från hälso- och sjukvård; forskningen reduceras till en FoU-fråga och behovet av långsiktighet utmanas av ett hårt ekonomistyrkt system med kortsiktiga perspektiv.

Den medicinska forskningen i Sverige kan inte vara beroende av enskilda individers inneboende drivkrafter att påbörja och bibehålla en forskarkarriär. Sjukvårdsorganisationerna måste bli bättre på att prioritera och värdesätta klinisk forskning så att inte yngre läkare behöver välja mellan forskning eller kliniskt arbete. Ledningen inom hälso- och sjukvården måste ändra rådande strukturer, på alla nivåer, för att främja och stödja medicinsk forskning. För detta krävs att den akademiska aspekten behöver finnas med på alla beslutsnivåer i sjukvårdens organisation. En välfungerande forskarutbildning med såväl spets som bredd i den medicinska forskningen inom akademi, region, kommunal vård, primärvård och industri är avgörande för evidensbaserade verksamheter av högsta kvalitet. Det är också viktigt att främja forskningssamarbeten utanför den egna organisationen, såväl på nationell som internationell nivå.

Hela hälso- och sjukvårdsorganisationen liksom det politiska styret bör omvärdera sin syn på forskning som en förutsättning för en högkvalitativ sjukvård som Sverige inte har råd att bortprioritera genom att ställa den mot vårdproduktion. Politiker och huvudmän måste låta sambandet mellan klinisk forskning och vårdens utveckling vara vägledande i hela beslutskedjan.

Skapad 2008-10

Senast reviderad 2024-03-13

Fastställd 2024-03-18

1. Mikaela A, Emil G, Kristoffer L, Catharina P, Vera S. Maj 2022. Excellens eller korpulens? Forskningspolitiska prioriteringar för den kommande mandatperioden. Svenskt Näringsliv.
2. Maria B, Johan F, Linnea WÖ. 2023. De kliniska forskarnas förutsättningar i Sverige. Vetenskapsrådet.
3. Forska! Sverige för hälsa och välbefinnande. Maj 2015.
4. Forska! Sverige för hälsa och välbefinnande. September 2023.
5. Kåre J. 2022. Fakta om medicinsk och hälsovetenskaplig forskning - en statistiksammanställning. Svenska Läkaresällskapetets nämnd.
6. Cajsa K. 2021. Statistikbaserade flödesbeskrivningar för yrkesgruppen läkare. Nationella vårdkompetensrådet.
7. Världsklass! Åtgärdsplan för den kliniska forskningen. 2008. Stockholm: SOU 2008:7.
8. Livija G, Therese W. 2022. Forskande läkares villkor - forskningsenkät från läkarförbundet 2021. Sveriges läkarförbundet.
9. Stenfors T, Blum ER, Palmgren PJ. Juni 2021. Utvärdering av kliniska forskartjänster och forskar-at. Karolinska Institutet.
10. Braunerhielm C. 2021. Skuggdoktorander och rättsäkerhet vid antagning till utbildning på forskarnivå. UKÄ Universitetskanslerämbetet.
11. Gröjer A, Wikström Öbrand I, Elenäs J, Gillström P, Palestro J, Dryler H. 2016. Doktorandspegeln - en enkät om doktorandernas studiesituation.
12. Thomas L. 2011. Lönsamma studier? Livslönerapport 2011. sacco.