



Bättre hälsa kräver klinisk forskning

– vad kännetecknar de goda exemplen?

Svenska Läkaresällskapets
kommitté för klinisk forskning
och sjukvårdens organisation



200 ÅR AV

VETENSKAP
UTBILDNING
KVALITET

Omslagsbild: Johnérs Bildbyrå
Illustration: Marie Åhfeld
Tryck: Danagårds Grafiska AB, Ödeshög

Svenska Läkaresällskapet, 2007 · ISBN 978-91-977167-9-6
Box 738 · 101 35 Stockholm
www.sls.se · sls@sls.se

Innehåll

Förord 5

Inledning 7

Sammanfattning av intervjuer 9

Åtgärdsförslag 12

Sven-Olof Abrahamsson och Lars Dahlin, Malmö 15

Jan Andersson och Hans-Gustaf Ljunggren, Stockholm 23

Anders Bergström, Lund 27

Emily Bond, Hanna Brauner, Jonas Hydman, Stockholm 33

Tomas Bremell och Hans Carlsten, Göteborg 39

Karin Fälth-Magnusson, Linköping 47

Bengt Gerdin, Uppsala 53

Kennert Lenhoff, Lyckeby 57

Jerzy Leppert, Västerås 63

Erna Möller, Stockholm 69

Tommy Olsson, Umeå 75

Annika Tibell, Stockholm 81

Verksamhetschefers ansvar 85

Referenser 88

Förord

God klinisk forskning utgör en nödvändig förutsättning för medicinsk utveckling. Under den senaste 20-årsperioden har det skett stora strukturella förändringar av den landstingsdrivna sjukvården. Parallellt har den patientnära forskningen fått minskade anslag vilket lett till att den medicinska forskningen i Sverige har förlorat en tidigare framträdande internationell position. Problem och förslag kring den kliniska forskningen har sedan 1998 beskrivits i flera rapporter (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7).

Svenska Läkaresällskapet (SLS) bildade år 2000 *Kommittén för klinisk forskning och sjukvårdens organisation*. Medlemmarna i kommittén är brett inkluderade med kunskaper, förutom från SLS, också från bl a Socialstyrelsen, Läkemedelsindustriföreningen, Sveriges Kommuner och Landsting, Vetenskapsrådet, de medicinska fakulteterna och från yngre forskare.

Kommitténs ambition är att bidra till förbättrade möjligheter att bedriva klinisk forskning. Sedan starten har Kommittén årligen arrangerat symposier på Riksstämman med fokus på olika aspekter kring klinisk forskning.

Kommittén har även givit ut ett flertal skrifter:

- * Kartläggning av sjukvårdshuvudmännens resurser för FoU-verksamheten (8)
- * Kartläggning av antal forskarstuderande och forskarstuderande läkare vid de medicinska fakulteterna (9, 10)
- * Kartläggning av regionala forskarskolor (11)

Rapporten ”Bättre hälsa kräver klinisk forskning – vad kännetecknar de goda exemplen?” är den senaste i denna serie. Huvudsyftet är att illustrera goda exempel på klinisk forskning och vad som krävs för att driva den framåt i en organisationsstruktur fylld av hinder och svårigheter. Rapporten har tagits fram av Kommittén för klinisk forskning och sjukvårdens organisation.

I Kommittén har följande personer ingått: Karin Prellner, Lund, professor, ordförande i kommittén; Peter Aspelin, Stockholm, professor, vice ordförande i Svenska Läkaresällskapet; Peter Friberg, Göteborg, professor, ordförande i Svenska Läkaresällskapets delegation för forskning; Bo Ahrén, Lund, professor, dekanus; Per Andersson, Stockholm, docent; Katarina Le Blanc, Stockholm, forskare; Karin Blomqvist, Stockholm, yngre forskare; Hanna Brauner, Stockholm, yngre forskare; Anders Håkansson, Malmö, professor; Olle Stendahl, Linköping, professor; Ellen Hyttsten, avdelningschef vid Sveriges Kommuner och Landsting och Göran Mellbring,

Socialstyrelsens regionala tillsynsenhet i Göteborg har deltagit i bakgrunds-
diskussionerna men inte i framtagandet av åtgärdsförslagen. Sekreterare:
Margaretha Petrini, Svenska Läkaresällskapet.

Intervjuerna i rapporten har gjorts och bearbetats av medicinjournalist Eva
Nordin. Rapporten har sammanställts och redigerats av Margaretha Petrini
och Agneta Ohlson på Svenska Läkaresällskapet.

Lund i oktober 2007

Karin Prellner
Kommitténs ordförande

Inledning

Medan stora delar av omvärlden satsar på klinisk forskning har villkoren i Sverige försämrats. För fyra år sedan enades EU:s medlemsstater att satsning på forskning och utveckling ska vara tre procent av ländernas bruttonationalprodukt; näringslivet ska satsa två procent och staten finansiera en procent. Ambitionen med satsningen är att stärka Europas forskarposition och att skapa kraftfulla forskningscentra i världsklass. I Sverige lever vi i nuläget inte upp till ambitionen.

Villkoren för klinisk forskning har under de senaste åren debatterats flitigt. Det finns en stark konsensus om att den kliniska forskningen är en grundbult i en välfungerande och framgångsrik hälso- och sjukvård; genom forskning och utveckling kan patienter dra nytta av nya effektiva metoder för diagnostik och behandling.

Sverige har en framgångsrik historia med många goda exempel på hur klinisk forskning har lett fram till nya behandlingsmetoder och nya läkemedel. Behandling av blödarsjuka, dialys för njursjuka och medicinsk användning av ultraljud är bara några exempel. Ett annat exempel är utvecklingen av magsårsmedicinen Losec, där akademi sjukvård och läkemedelsindustri framgångsrikt samverkat.

Sverige fick år 2000 sin åttonde nobelpristagare i medicin. Arvid Carlsson belönades för sin upptäckt av dopamin, en signalsubstans i hjärnan som har stor betydelse för kontrollen av våra rörelser. Hans forskning ledde fram till insikten om att Parkinsons sjukdom orsakas av dopaminbrist i vissa delar av hjärnan, en kunskap som sedan använts i utvecklingen av läkemedlet L-dopa.

Förr bedrevs klinisk forskning huvudsakligen nära patienterna. Tack vare tekniska och metodologiska framgångar finns idag ytterligare möjligheter. Framgångsrik klinisk forskning handlar mycket om hypotesens väg från sjukvården till laboratoriet och nya idéers väg tillbaka till sjukvården och patienterna.

Det finns en positiv inställning hos befolkningen i Sverige till att delta i forskningsprojekt. Vi har dessutom unika befolknings- och kvalitetsregister som gör det möjligt att följa patienter och utvärdera effekten av olika behandlingar över lång tid. Det gör att vi har många konkurrensfördelar när det gäller klinisk forskning. Trots dessa goda förutsättningar har Sverige förlorat sin topposition som framstående klinisk forskarnation. Det finns, förutom de finansiella bristerna, flera skäl. Här är några:

* På bara några år har inställningen till klinisk forskning förändrats. I den alltmer slimmade sjukvårdsorganisationen prioriteras produktion och kostnadseffektivitet framför forskning. Många läkare som forskar upplever att de inte får tid att ägna sig åt den forskning de har fått tid och anslag för.

* Det finns inte ett tillräckligt starkt incitament för forskning; när en läkare genomgår en forskarutbildning innebär det ofta en rejäl löneförlust. Det saknas också tydliga karriärvägar för forskare. Meritvärdet av forskarutbildning har minskat kraftigt.

* Antalet läkare som disputerar vid medicinsk fakultet har sjunkit med 21 procent mellan 2000 och 2006, eller från 277 personer till 212. Forskande läkare behövs för att forskningen ska få en relevant förankring i sjukvården och komma patienterna till del.

Kraftfulla forskningssatsningar måste göras. Det brådskar om Sverige ska kunna matcha de satsningar som görs i andra delar av världen. Svenska Läkaresällskapetets Kommitté för klinisk forskning och sjukvårdens organisation, beslutade 2006 att belysa och påvisa hur man trots hinder och svårigheter kan bedriva högkvalitativ klinisk forskning i Sverige.

I vår skrift har vi valt att lyfta fram goda exempel på hur verksamhetschefer och forskningsledare runt om i landet lyckas skapa möjligheter att driva framgångsrik klinisk forskning. Unga forskare medverkar även i skriften.

Tanken är att skriften ska kunna användas som en inspirerande ”kokbok”, fylld av konkreta exempel på hur man kan övervinna bristfälliga villkor och skapa förutsättningar för kliniskt verksamma läkare att bedriva forskning.

Några av de frågor som riktats till verksamhetscheferna och forskningsledarna är:

- Vilka faktorer har varit viktiga för att lyckas?
- Vilka har hindren varit och hur har man lyckats överbrygga dem?
- Hur har man löst de strukturella- och organisatoriska frågorna?
- Finansieringen?
- Hur slår man vakt om de yngre forskarna?
- Vilka egenskaper är viktiga hos en ansvarig verksamhetschef för att motivera och entusiasmera till god klinisk forskning?
- Vad kan göras för att förbättra villkoren?

Förhoppningen är att läsningen av denna skrift ska inspirera och stimulera så att den kliniska forskningen i Sverige stärks och utvecklas.

Sammanfattning av intervjuerna

Det finns många framstående forskargrupper i Sverige som erövat ett vetenskapligt världsrykte, mycket tack vare det nära samarbetet mellan sjukvården, universiteten och även industrin. Under de senaste decennierna har dock förutsättningarna för att bedriva klinisk forskning kraftigt underminerats. I inledningen redogörs för några av de svårigheter och hinder som ligger i vägen. Jämför man sjukvården med andra kunskapsföretag, avsätts en förvånansvärt liten andel till den kliniska forskningen. Intressant att nämna är att kunskapsföretag som Sony Ericsson eller Astra Zeneca satsar cirka 14 procent av sin totala budget på forskning och utveckling. Att forskningen håller en hög internationell standard kommer att spela en avgörande roll för Sveriges möjligheter att hävda sig i en allt hårdnande internationell konkurrens.

Skriften innehåller tolv intervjuer med verksamhetschefer och forskningsledare runt om i landet som skapat möjligheter att bedriva framgångsrik klinisk forskning samt med unga lovande forskare. En sammanfattning av intervjuerna visar att många högt kvalificerade läkare och forskare kämpar i en verklighet där man tvingas använda en så stor del av sin tid till sjukvårdsproduktion, att det knappt återstår någon tid för forskning och undervisning.

Framgångsrik klinisk forskning, handlar, enligt intervjupersonerna, om: ATT skapa miljöer som fostrar individer att våga tänka fritt, som inte hämmas i sitt kreativa tänkande och som får möjlighet att ställa de ”omöjliga” och ”besvärliga” frågorna.

ATT man satsar på ett ledarskap i sjukvården som prioriterar och slår vakt om forsknings- och utbildningsfrågorna. Flertalet som intervjuats, menar att verksamhetscheferna i sjukvården bör vara disputerade läkare. För att kunna driva utvecklingen framåt krävs starka ledare med en stark bas, dels i forskningen, dels i den kliniska verksamheten i sjukvården. Det krävs också ledare med fingertoppskänsla och förmåga att bygga broar mellan den landstingsdrivna sjukvården och akademien vid universiteten.

ATT förtydliga och stärka universitetssjukhusens uppdrag att bedriva sjukvård, forskning och utbildning. Trots att forskning och utbildning är en minst lika viktig del av uppgiften, försummas den kraftigt idag. Det medicinska verksamhetsinnehållet och kvaliteten, menar flera av de intervjuade, värderas lägre idag, än ekonomisk effektivitet.

ATT i större utsträckning utnyttja forskares kunskap och kompetens i ledningsfunktioner i sjukvården, och i den kliniska verksamheten. Många häv-

dar att sjukvården i dag är ”avakademiserad”, det vill säga att mycket av den forskningskunskap som finns inom de prekliniska institutionerna inom akademien, inte kommer sjukvården och patienterna till del. En annan konsekvens av ”avakademiseringen”, menar flera av de intervjuade, är att man inte längre är lika van att öppet ifrågasätta och tänka kritiskt.

ATT verksamhetscheferna tar hänsyn till forskande läkare i schemalaggeningen, så att de kan kopplas ur den ordinarie verksamheten i sjukvården och få sammanhängande fredad forskningstid.

ATT det finns verksamhetschefer som vågar ta risker och tänja på ”ramarna”, det vill säga att till exempel anställa personal utan att den långsiktiga finansieringen är klar. På så sätt kan utrymme skapas för att kunna erbjuda klinikkens läkare forskartid.

ATT avlasta verksamhetscheferna genom att ge dem bättre stödresurser. Många är idag hårt belastade av tunga administrativa uppdrag som gör det svårt att hålla den kliniska forskningen levande.

ATT det på kliniken finns gemensamma värderingar. För att passa in i klinikens gemenskap är det viktigt att nya medarbetare som rekryteras delar grundläggande värderingar, som till exempel att forskning är viktigt och bör prioriteras.

ATT i större utsträckning uppmuntra och stödja den forskning som bedrivs utanför universitetssjukhusen. Centrumbildningar för klinisk forskning visar att det finns goda möjligheter att starta forsknings- och utvecklingsprojekt i primärvården och länssjukvården. Det finns personal i vardagssjukvården som är villiga att börja forska, om de får rätt stöttning och handledning. Det handlar inte om bristen på pengar, utan om bristen på engagemang, menar en av de intervjuade. Med bra idéer och projektansökningar är det relativt enkelt att få gehör hos politiker och tjänstemän. Behovet av forskning och utveckling i primärvården och länssjukvården är stort. Såväl patienterna som samhället skulle tjäna på en mer evidensbaserad hälso- och sjukvård.

ATT skapa gemensamma arenor för att personer med olika kompetenser och erfarenheter, som exempelvis läkare, biomedicinare, sjuksköterskor, sjukgymnaster, kemister, filosofer ska få möjlighet att träffas och inleda samarbeten. För en framgångsrik klinisk forskning krävs ett nära samarbete mellan den praktiska sjukvården och forskningen på universiteten. Det räcker inte med sjukhus som bedriver patientnära forskning. Det måste också finnas närhet till experimentella laboratorier.

ATT man som chef vågar satsa på forskningsprojekt som kan vara ”osäkra” men potentiellt nyskapande. Nobelprisen kommer sällan från de etablerade forskargrupperna; de stora innovationerna kommer ofta från kreativa individer som fått stöd och möjlighet att testa sina idéer.

ATT förtydliga formuleringen i vissa av de regionala ALF-avtalen, det vill säga de avtal mellan staten och landstingen som reglerar samarbetet kring grundutbildningen av läkare, medicinsk forskning och utvecklingen av hälso- och sjukvården. Det är viktigt att dessa är välskrivna och lever upp till det centrala avtalet.

ATT höja de offentliga forskningsanslagen.

Åtgärdsförslag för att stärka den kliniska forskningen

- FÖRBÄTTRA sjukhusens och verksamhetsområdenas organisation så att det blir möjligt för kliniskt verksamma läkare att forska.
- INRÄTTA ett nationellt system för regelbunden utvärdering och kvalitetssäkring av den kliniska forskningens struktur och utfall (Vetenskapsrådets kommitté för infrastruktur kan vara en möjlig instans för detta).

Exempel på strukturella parametrar som kan utvärderas:

- Verksamhetschefernas utbildning och kompetens
- Stödfunktioner till verksamhetscheferna
- Forskningstidens utnyttjande
- Forskningsmiljön
- Karriärvägar och meriteringsgrunder
- Rekrytering och läkartäthet

* Solid akademisk utbildning och gedigen erfarenhet av forskning och utveckling ska vara ett krav för att erhålla tjänst som verksamhetschef vid ett universitetssjukhus. Verksamhetschefen bör ha kompetens att driva den medicinska utvecklingen och lyfta klinikkens verksamhet på såväl nationell som internationell nivå.

* Tydliggör och stärk verksamhetschefernas ansvar för den kliniska forskningen. Genom att avlasta verksamhetscheferna från tunga och ibland onödiga administrativa uppgifter kan tid frigöras för forsknings- och utvecklingsfrågor.

* Etablera FoU-grupper (forsknings- och utbildningsgrupper) inom verksamhetsområden där sådana saknas. Syftet är att stödja verksamhetschefen med kompetens samt utveckla effektiva system och rutiner för utvärdering och uppföljning av FoU-aktiviteter och bl. a. bevaka att bemanningen dimensioneras så att FoU-verksamheten befrämjas.

* Verksamhetschefen måste freda och respektera den tid som kliniskt verksamma forskare tilldelats för forskning. Bemanningproblem vid kliniken får inte lösas genom att beordra in personal som tilldelats tid för forskning.

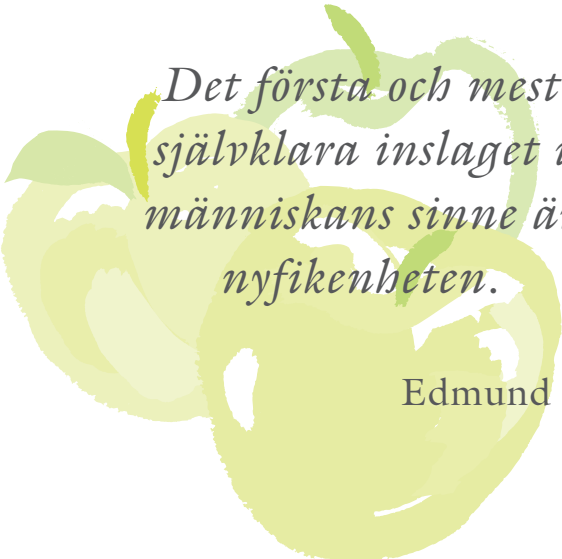
* Verka för en miljö som stimulerar till förtroendefullt samarbete mellan den kliniska verksamheten i sjukvården och den akademiska, experimentella verksamheten på universiteten. Genom att åstadkomma gemensamma mötesplatser ökar förutsättningarna för att forskare och kliniker med olika bakgrunder och kompetenser kan träffas och inleda gemensamma aktiviteter och samarbeten.

* Utveckla karriärvägar för dem som har forskarutbildat sig. Uppvärdera och stärk forskningens meritvärde. Att doktorera måste ses som ett attraktivt val bland unga medicinare och vårdvetare. Vid lönesättning, använd ett system med specifika kriterier som värderar den anställdes utbildning, kompetens och forskningsaktivitet. Avsätt särskilda medel för att den som disputerar eller blir docent får ett substantiellt lönepåslag.

* Uppvärdera och prioritera forskningskompetens vid nyrekryteringar till universitetssjukhusen.

* Inrätta fler läkartjänster vid forskningsaktiva enheter så att ”basbemanningen” inkluderar även det antal kliniska forskare som försörjs via forskningsmedel. Inrätta också fler tjänster som gör det möjligt att kombinera arbete i sjukvården med klinisk forskning och utbildning.

- PLANEN för användandet av Landstingens FoU-medel måste vara väldefinierad och de projekt man satsar på måste konsekvent utvärderas.



*Det första och mest
självlara inslaget i
människans sinne är
nyfikenheten.*

Edmund Burke

*Sven-Olof Abrahamsson,
verksamhetschef och
Lars Dahlin, professor vid
handkirurgiska kliniken
Universitetssjukhuset MAS*



Hur skapar man förutsättningar för att bedriva patientnära klinisk forskning i en sjukvård som alltmer pressas av ekonomiska produktionskrav? Sven-Olof Abrahamsson är verksamhetschef vid handkirurgiska kliniken vid Universitetssjukhuset MAS i Malmö. Här finns en kreativ forskarmiljö där samarbetet mellan sjukvården och akademien får en framträdande plats. "Det handlar om attityder, försvarsarbete och pragmatism", säger han.



Vid handkirurgiska kliniken arbetar sexton handkirurger och tre ortopedier tillsammans med 85 medarbetare för att dygnet runt kunna erbjuda ett kvalificerat omhändertagande. Det är en specialistklinik med inriktning på bland annat handledskirurgi, ledproteser, mikrokirurgi, handmissbildningar, skador på nerver och böjsenor och förlossningsskador.

– En del av mitt uppdrag handlar naturligtvis om att ha en ekonomi i balans, men mitt huvuduppdrag anser jag, är att se till att den handkirurgiska verksamheten fungerar väl och att patienterna får ett optimalt omhändertagande i sjukvården, säger Sven-Olof Abrahamsson.

Han är sedan drygt 20 år specialistläkare i handkirurgi och ortopedi. Han disputerade 1991 på en avhandling om ämnesomsättning och regleringsmekanismer i böjsenor och gjorde sedan sin postdoc vid Harvard Medical School i Boston.

– Därefter har jag under hela 90-talet och fram till idag ägnat mig åt forskning och klinik. Sedan 1997 har jag arbetat som verksamhetschef, säger han.

Den forskning som bedrivs vid handkirurgiska kliniken är inriktad på läkning och rekonstruktion vid olika typer av vävnadsskador och sjukdomar. Tack vare satsningar på ett nära samarbete mellan universitetet och sjukvården har flera viktiga grundläggande forskningsresultat kunnat bli användbara i vardagssjukvården i form av nya vård- och behandlingsmetoder.

–Jag är oerhört mån om att det forskas intensivt och att det finns akademiska företrädare vid kliniken som är engagerade och måna om att knyta ihop sjukvården med universitetet. Det är viktigt för att utveckla en vital klinik, och i slutändan är det ju patienterna som gynnas av att det satsas på forskning, säger Sven-Olof Abrahamsson.

Sedan 1991 bedriver kliniken sin verksamhet i en särskild fastighet, designad och specialutrustad för handkirurgi: på bottenvåningen finns patientmottagningen, ett våningsplan upp har specialläkarna sina arbetsrum, därefter finns en rehabiliteringsavdelning, en vårdavdelning och längst upp operationsenheten. Praktisk sjukvård är intimt integrerad med forskning.

Många av de upptäckter som gjorts i anknytning till handkirurgiska kliniken baseras på grundvetenskaplig forskning om hur biologin fungerar i kroppens nervsystem efter olika typer av nervskador. Utifrån den kunskapen har sedan forskare kunnat förfina de tekniska metoder som krävs för att effektivt kunna reparera nerver i samband med operation.

Ett exempel är en ny metod för att bättre kunna mäta vibrationssinnet i fingertopparna hos patienter; nerver hos exempelvis diabetiker har visat sig vara mer känsliga för nervinklämning jämfört med övrigt friska.

Ett annat exempel är utvecklingen av den så kallade ”känselfhandsken” som används på patienter efter traumatiska nervskador, som till exempel efter olyckor med avslitna händer. Genom att sätta på patienten en specialhandske utrustad med mikrofoner, får hjärnan hjälp att med hörselsinnet ”känna igen” handens fingrar, trots att nervstammarna ännu inte läkt ihop. På så sätt kan man underlätta rehabiliteringen av nervskadade patienter.

Utvecklingen av specialhandsken har besparat såväl patienter som samhället stora kostnader i form av minskade sjukskrivningstider. Men framförallt har många patienter kunnat återvända till sina arbeten och ett normal fungerande liv.

Hur gör man då för att skapa en kreativ forskarmiljö i ett bistert klimat där anslagen till den patientnära forskningen och utrymmet för den fria forskningen kraftigt har minskat?

– Under 90-talet har det skett stora ekonomiska förändringar med hårda produktionskrav på sjukvården, även vid universitetsklinikerna. Det handlar mycket om attityder. Idag är det inte lika självklart att sjukvården stödjer tanken på att det ska bedrivas forskning. Därför behövs det entusiaster som kan slå vakt om idén att det är viktigt med forskning och att den har betydelse. En grundförutsättning, tror jag, är att verksamhetschefen har en forskarbakgrund och är genuint intresserad av forskning, säger Sven-Olof Abrahamsson.

Samtliga läkare vid handkirurgiska kliniken är aktiva forskare. Det är annars inte längre en självklarhet. Statistik från Svenska Läkaresällskapet vi-

sar att intresset för forskning bland unga läkare sjunker. Endast 20 procent av de som påbörjat läkarutbildningen kommer att skriva en avhandling. Många läkare skulle vilja forska, men incitamentet för att göra akademisk karriär är på många håll alltför svagt.

– På vår klinik är det ett krav att vara disputerad för att få en överläkartjänst. Det borde vara ett absolut krav, i alla fall om du ska arbeta vid en universitetsklinik. En disputation är en forskarutbildning som ger kompetens att läsa, bedöma och se relevansen i ett vetenskapligt material, säger Sven-Olof Abrahamsson.

Vid kliniken finns också ett medvetet förhållningssätt vid rekrytering av forskare, menar han. För att kunna skapa ett kreativt forskarklimat krävs skilda bakgrunder för att bygga broar mellan akademien och sjukvården.

– Vid rekrytering har vi en tät dialog med varandra för att försäkra oss om att de forskare vi väljer ska kunna samarbeta väl både i forskningsverksamheten och i det kliniska arbetet. Vi värderar dem ur bägge perspektiven, säger Sven-Olof Abrahamsson.

Vid lönesättning använder han ett system med specifika kriterier som värderar den anställdes utbildningar, kompetens och forskningsaktivitet. Det ska märkas i lönekuvertet om man satsar på forskning.

– Det är också viktigt med spjutspetskompetens oavsett om man som forskare är intresserad av kliniska forskningsfrågor inom mikro- eller reumakirurgi, eller av frågor på en mer preklinisk nivå, säger Sven-Olof Abrahamsson.

Ett stort dilemma är svårigheterna för många läkare att få ut sin tilldelade forskningstid. På grund av att sjukvårdens behov växer, krymper möjligheterna att ostört få sammanhållen tid för att ägna sig åt forskning.

Därför är det av högsta vikt att sjukvården organiseras så att kombinationen klinisk verksamhet och forskning integreras i klinikernas ansvar. Det är viktigt att slå fast att de som har forskningstid inte är tillgängliga för klinisk verksamhet. Man måste försöka lösa detta inom de ramar som finns, säger Sven-Olof Abrahamsson.

I Sverige väljer många unga lovande forskare att avbryta sin forskarkarriär på grund av att möjligheterna till tjänst och fortsatt forskarverksamhet efter disputation är starkt begränsade. Många forskarkarriärer går i stöpet i brist på tjänster, anslag och tid. Vid handkirurgiska kliniken stödjer man disputerade läkare genom att inrätta en rad olika kombinationstjänster som adjungerade lektorer och professorer samt amanuens tjänster. Det skapar möjligheter för en fortsatt forskarkarriär efter disputationen.

– Därutöver har alla specialläkare avsatt en dag i veckan för administrativt arbete på kliniken. Använder man den tiden väl kan man disponera delar av den för forskningsverksamhet, säger Sven-Olof Abrahamsson.

På en stor världskarta i i korridoren där Sven-Olof Abrahamsson och hans kollegor, har sina arbetsrum, sitter ett pärlband av nålar. Varje nål markerar ett forskarutbyte med länder som exempelvis Japan och USA.

– Det är viktigt med såväl internationellt som nationellt samarbete som skapar viktiga nätverk. I Sverige har vi till exempel aktuella samarbetsprojekt utanför Skåne, bland annat i Linköping och Umeå för att driva forskningsfrågor som kräver att vi gemensamt samlar resurser och kompetens, säger Sven-Olof Abrahamsson.

Positiv inställning till forskning är en förutsättning

De ekonomiska förutsättningarna för att driva patientnära forskning, har kraftigt försvårats, menar han. En viktig faktor är glidningen av forskningsmedel från sjukvården över till de prekliniska institutionerna. En annan viktig faktor är den strikta konkurrensutsättningen av anslagen. Det har bland annat lett till en koncentration på spetsforskning och att stora starka forskarmiljöer gynnas framför de mindre och resurssvaga.

– Naturligtvis är konkurrens viktigt, men som situationen nu är, tvingar förhållandena fram ett strategiskt tänkande som försvårar möjligheterna att satsa på till synes ”hopplösa projekt” som med tiden kan visa sig bära frukt. Den här typen av forskning är viktig, vilket vi försöker ta hänsyn till när vi söker anslag. Här gäller det att använda sig av en viss pragmatism, säger Sven-Olof Abrahamsson.

En positiv inställning till forskning måste genomsyra verksamheten, menar Sven-Olof Abrahamsson. Dagliga möten och regelbundna diskussionsträffar över gränserna är en förutsättning för skapa gemensamma målsättningar och att jämka samman olika idéer och tankar.

– Vi har regelbundna internat med våra forskande läkare. Då åker vi iväg cirka två dygn och vid behov diskuterar vi vilka grundvärderingar och mål som är viktiga för klinikens utveckling, säger Sven-Olof Abrahamsson.

Överenskommelser måste följas, även om de kostar mer

I den bästa av världar slipper man som verksamhetschef återkommande krav på besparingar, effektiviseringar, anställningsstopp och ständiga omorganisationer. Men så ser knappast verkligheten ut. Få beställar- och utförarorganisationer tar hänsyn till universitetssjukhusens särprägel. Vid intressekonflikter prioriteras ofta kortsiktiga lösningar. Det professionella ledarskapet försvåras också av detalj- och regelstyrning från politiker och tjänstemän, menar Sven-Olof Abrahamsson.

Han uppskattar att en tredjedel av hans tid handlar om ren försvarsverksamhet. Det ställer höga krav på den som leder verksamheten; flexibilitet och diplomatisk fingertoppskänslighet är två grundförutsättningar.

– Det bästa jobbet jag kan göra för att driva den medicinska utvecklingen framåt på kliniken, är att se till att den får vara intakt och inte splittras eller säljas ut i delar. Det är ett enormt stort arbete, säger Sven-Olof Abrahamsson.

Täta dialoger med sjukhusledning, tjänstemän och politiker ingår i förvarsarbetet.

Det finns i landet, menar han, hårresande exempel på hur verksamhetsöverenskommelser bryts och budgeterade medel för forskning inte får utnyttjas på grund av en ekonomisk obalans i vården mot slutet av året.

– Det är helt oacceptabelt. Jag som chef arbetar för att klinikens produktion, ekonomi och personaltäthet ska vara i balans. Det är ett nödvändigt krav att verksamhetsöverenskommelser följs. Jag har svårt att acceptera att man nedrustar universitetssjukhusen ytterligare. Om politikerna vill att vi ska ligga i frontlinjen så måste det också skapas förutsättningar för det, säger Sven-Olof Abrahamsson.

Vilka egenskaper krävs för att klara de tuffa krav som ställs på en verksamhetschef idag?

– Jag tror att det är viktigt att man har en lång erfarenhet och att man är väl insatt i de frågor som rör kliniken. Det är också viktigt att kunna och förstå de villkor som gäller för den kliniska och experimentella forskningen. Du behöver inte veta bäst, men du behöver kunna ställa relevanta och viktiga frågor, säger Sven-Olof Abrahamsson.

Under de senaste året har ledarskapet inom vården flitigt diskuterats. Anser du att det har betydelse om det är en läkare eller sjuksköterska som är ledare i sjukvården?

– Ledarskapet är självklart av fundamental betydelse för att verksamheten ska fungera. Som verksamhetschef underlättar det om man har kunskap och erfarenhet för att självständigt kunna värdera såväl de medicinska som de forskningsmässiga delarna av verksamheten. Annars hamnar man lätt i en beroendeställning gentemot andra professionella företrädare och kan därför få svårigheter att driva verksamhetens ambitioner och klara de påtryckningar och diskussioner som man hela tiden ställs inför, säger Sven-Olof Abrahamsson.

Om du fick skriva en önskelista för att förbättra förutsättningarna för kliniken och den patientnära forskningen, vad skulle du lista då?

– Först och främst tror jag man måste ändra de ekonomiska styrsystemen och se till att det finns en verklig koppling mellan det vi faktiskt producerar

och de kostnader vi har. I dag är det ett stort glapp. Jag skulle också önska att vi fick disponera ett eventuellt överskott så att vi kan överföra pengar från ett budgetår till ett annat. Vi lever i en föränderlig värld och därför är det angeläget att vi får en långsiktighet i planeringen och att vi kan förlita oss på långsiktiga beslut. Återigen, det behövs också en förändring av attityder. Om vi jämför sjukvården som det kunskapsföretag som det faktiskt är, med företag som exempelvis Sony Ericsson, avsätts en förhållandevis liten kaka till den patientnära forskningen. Här krävs ett nytänkande, säger Sven-Olof Abrahamsson.

Vad tycker du, Lars Dahlin, det krävs av en ledare i sjukvården idag för att överbrygga de klyftor som finns mellan preklinisk forskning och den patientnära kliniska forskningen?

– Verksamhetschefen har en oerhört viktig funktion. I schemaläggning är det till exempel viktigt att hänsyn tas till forskare så att de kan kopplas ur den ordinarie verksamheten och få sammanhängande forskartid. Det har Sven-Olof Abrahamsson förstått. En av hans styrkor är hans breda kunskap från både den experimentella- och den patientnära forskningen, säger Lars Dahlin.

Innebär det att du får den sammanhängande tid du behöver för att ägna dig åt forskning?

– Nja, rent praktiskt fungerar det inte riktigt så. Vi för ständigt diskussioner om hur vi kan lösa denna fråga praktiskt. Eftersom jag är ensam ansvarig för en del av verksamheten vid handkirurgen som handlar om omhändertagandet av barn med vissa typer av handskador, har jag svårt att freda de två dagar i veckan som jag egentligen ska ägna mig åt forskning. Men jag har ändå förstått att vi har det jämförelsevis bra här vid kliniken, säger Lars Dahlin.

Vilka egenskaper krävs av en verksamhetschef tycker du för att värna om den patientnära kliniska forskningen?

– Det krävs stor integritet och vilja att våga tala om översiktiga mål och skapa det ekonomiska utrymme som krävs för att man ska kunna bedriva forskning, säger Lars Dahlin.

Hur väl tycker du att ni lyckas skapa broar mellan preklinisk och klinisk forskning?

– Handkirurgen har ett nära samarbete med Wallenberglaboratoriet där vi tidigare har haft en preklinisk forskare heltidsanställd. Tyvärr har vi inte

längre pengar som räcker till en heltid, men vi försöker få ihop en finansiering som räcker till en halvtidstjänst. Vi har också ett fruktbart samarbete med naturvetenskapliga fakulteten. Allt vi gör på handkirurgen ska vara baserat på vetenskap och det tycker jag genomsyrar verksamheten vid vår klinik, säger Lars Dahlin.

Vilka hinder och svårigheter ser du som de största hoten mot den patientnära kliniska forskningen?

– Det har blivit mycket svårare att få anslag beviljade för att kunna köpa tid för forskning och betala kliniken så att de kan anställa någon. ALF-anslagen har minskat kraftigt och fler ska dela på kakan. Konkurrensen är knivhård. Tidigare kunde jag få anslag från flera olika håll, men så är det inte längre. Nu satsar man istället pengar i huvudsak på stora forskarkonglomerat.

Ett annat hinder som jag ser är den nya specialitetsindelningen med bas-, gren- och tilläggspecialiteter. Den kommer med all säkerhet att försämra situationen för forskande yngre läkare då de ofta måste skaffa sig två specialistutbildningar

Vilka önskemål har du som forskare för framtiden

– Att man i större utsträckning satsar på bredden och på mindre projekt istället för att som idag satsa huvudsakligen på stora projekt. Jag skulle också önska en bättre kommunikation och samarbete mellan preklinisk och klinisk forskning. Nu handlar det mest om en kamp om pengar mellan dessa poler vilket skapar en olycklig misstro, säger Lars Dahlin.



*Ingenting är
mäktigare än en idé
vars tid är inne.*

Victor Hugo

*Jan Andersson, vetenskaplig
chef på Infektionskliniken, och
Hans-Gustaf Ljunggren,
professor i infektionsmedicin,
Karolinska universitets-
sjukhuset*



Centrum för Infektionsmedicin ligger i nära anslutning till infektionsmedicinska kliniken vid Karolinska Universitetssjukhuset. Här arbetar forskare från 18 länder under samma tak med frågor som rör kroniska infektioner. Den omedelbara närheten till patienter, prover och forskningslaboratorium skapar unika förutsättningar för framgångsrik medicinsk forskning.



När Centrum för Infektionsmedicin (CIM) invigdes 2003 inifrändes en mång-årig dröm att utveckla ett modernt forskningscentrum med en bred kunskapsbas på både nationell och internationell grund. Placeringen av centret inom Karolinska Universitetssjukhuset, öppnade stora möjligheter för överföring av kunskap ”från laboratoriebänken till sjuksängen, och tillbaka”.

– Idén var att skapa ett centrum som är inriktat på både experimentell grundforskning och translationell verksamhet, det vill säga det är de kliniska problemen som är utgångspunkten i de experimentella frågeställningarna på labbet. Vi har en unik närhet till patienter, prover, operationer och kliniska problem, säger Hans-Gustaf Ljunggren, professor i infektionsmedicin vid Institutionen för medicin, Huddinge.

När CIM skulle byggas friställdes 800 kvadratmeter på Karolinska Universitetssjukhuset. Lokalerna som var gamla och slitna, renoverades och byggdes om för att passa ett modernt forskningscentrum. I kontakterna med arkitekter framfördes kravet att placera utgången mot sjukhusets långa korridor.

– Det ska vara enkelt att komma hit och när man går ut från centret kliver man rakt ut i en korridor och möter alla som passerar i gröna kläder. Det skapar bra förutsättningar för spännande möten, det är en av våra tankar här på centret, vikten av att ha många kontaktytor. Den fysiska närheten till patienter och olika specialiteter påverkar självklart vad man kan göra, men framförallt påverkar det medarbetarnas attityder och förhållningssätt, säger Hans-Gustaf Ljunggren.

Han blev legitimerad läkare 1992 och genomförde parallellt med medi-

cinstudierna sin forskarutbildning vid Institutionen för tumörbiologi. Han disputerade 1990 på en avhandling om NK-celler, eller naturliga mördarceller. Cellerna (som upptäcktes av professorerna Eva Klein och Rolf Kiessling vid KI) spelar en viktig roll i immunsystemet och utgör en viktig del av kroppens skydd mot bland annat cancer.

– Det är väldigt spännande att vara immunolog i dag. Immunologi berör så många kliniska verksamheter som infektion, tumörbiologi, onkologi, hematologi, transplantationsmedicin, säger Hans- Gustaf Ljunggren.

På bara några år har CIM fått ett både nationellt och internationellt erkännande. Här finns ett 60-tal forskare i ett tiotal forskargrupper verksamma inom basal immunologi, inflammationsforskning och infektionsmedicinsk forskning. Forskningen är fokuserad på kroniska infektioner och cancer, men också på den roll infektioner spelar för uppkomsten av stora folksjukdomar som exempelvis typ 1-diabetes och arterioskleros.

– Det finns både kliniska och epidemiologiska fynd som styrker teorin om att vissa virusinfektioner bidrar till utvecklingen av dessa sjukdomar. En del av vår forskning handlar om att bättre förstå hur en virusinfektion kan leda till att kroppens immunförsvar attackerar kroppsegna celler, säger Jan Andersson, professor i Infektionssjukdomar och vetenskaplig chef för infektionskliniken vid Karolinska Universitetssjukhuset.

Han blev legitimerad läkare 1978. Under medicinstudierna satsade han parallellt på forskning och 1985 disputerade han på en avhandling om Epstein Barr-virus, det virus som orsakar körtelfeber.

– Det var immunologisk forskning som ledde till en hel del spännande kliniska aha-upplevelser, säger Jan Andersson.

Hälften av de vetenskapliga gruppledarna vid CIM är läkare. Det finns också ett nära samarbete mellan flera av forskargrupperna, och med ett 50-tal ledande universitet runt om i världen. Till CIM är även internationellt framstående forskare knutna som vetenskapliga rådgivare. De hjälper till med prioriteringar av projekt, ger konstruktiv kritik och kan också lämna förslag på nya forskningsinriktningar.

CIM blev 2003 utsedd som ett nationellt strategiskt forskningscentrum och finansieras av Stiftelsen för strategisk forskning.

Centret har en mängd samarbeten med många forskningsaktiva kliniker som har hand om unika systematiserade patientmaterial. Det är ingen slump, menar Hans-Gustaf Ljunggren och Jan Andersson, att forskningen vid CIM har sin utgångspunkt i de största specialiteterna på sjukhuset.

– Genom den unika direktkontakt som finns här mellan behandlande personal och laboratoriepersonalen, uppstår bryggor och en omedelbar kunskaps- samt informationsöverföring. Karakteriseringen av patientmaterialen

blir också bättre genom att det finns nära personliga möten och kontakter. Dessutom kan bägge grupperna gemensamt söka forsknings- och utvecklingsmedel för gemensamma mål. Det skapas också goda möjligheter till delade tjänster mellan sjukvård och forskning, säger Jan Andersson. Nyligen uppkom ett enastående tillfälle att snabbt dra fördel av CIMs centrala placering på sjukhuset.

– En av våra doktorander kom förbi med en lever som han hade hämtat från en levertransplantation tidigare under dagen. Inom bara några timmar kunde han sitta på labbet och isolera de celler han behövde inom ramen för sin forskning. Hade centret legat på Campus, på universitetssidan i Solna, hade vi inte haft samma unika möjligheter som vi har här, säger Hans-Gustaf Ljunggren.

– Djurmodeller är nästan alltid konstgjorda och sällan spegelbilder av människans sjukdomar. Färska prover ger ett mycket tydligare resultat, säger Jan Andersson.

Vid centret förvaras också vävnader från patienter med tuberkulos och HIV (Humant Immunbrist Virus). Forskare från hela världen skickar prover till centret för att man ska kunna studera olika aspekter av immunsvaret.

Varje år insjuknar 8 miljoner människor i tuberkulos, av dem är var fjärde person HIV-infekterad.

– Vi kartlägger grundläggande cellulära immunreaktioner och försöker även förstå varför individer med HIV är mer känsliga för tuberkulos. Vi har varit med i utvecklingen av nya vacciner för tuberkulos och HIV. Dessa är vi nu först i världen med att testa. Förhoppningen är att HIV-vaccinet ska leda fram till en ny terapeutisk behandling, säger Jan Andersson.

Vad har varit viktigt för att skapa det ni har skapat och för att driva den medicinska forskningen framåt?

– Redan från början fanns ett starkt stöd från sjukhuschefen som lyssnade på vår idé och sa: gör något nytt, gör det bra och rekrytera professionella medarbetare. Vi fick ett mandat och ett förtroende och så satte vi igång, säger Hans-Gustaf Ljunggren.

I bagaget fanns stor kunskap om såväl grundvetenskaplig som klinisk forskning, samt kring frågor om forskningsfinansiering.

– Genom olika uppdrag genom åren hade jag också en kännedom om var ambitiösa och duktiga svenska forskare befann sig. Jag hade därför en bra överblick när vi skulle rekrytera medarbetare, säger Hans-Gustaf Ljunggren.

Det finns en stor oro idag, menar Hans-Gustaf Ljunggren och Jan Andersson, över att universitetssjukhusen blivit alltmer av produktions-

sjukhus snarare än ett kunskapscentra för forskning och utveckling av sjukvården.

– Jag kan bli bedrövad över att man på universitetssjukhusen inte längre ser det som en självklarhet att cheferna ska ha en vetenskaplig bakgrund, vi behöver vetenskapliga ledare som kan statuera exempel. Är klinikchefen inte vetenskapligt intresserad är förutsättningarna inte stora att skapa en forskningsintresserad klinik. Är inte prefekten forskningsaktiv är förutsättningarna inte stora att kunna rekrytera bra medarbetare. I ägardirektivet till sjukhusstyrelsen borde utveckling och inte produktion stå överst på prioriteringslistan, säger Jan Andersson.

Han menar att divisions- och verksamhetscheferna på universitetssjukhusen ska ha en vetenskaplig bakgrund. Och att det i anställningsavtalen för läkare på universitetssjukhusen tydligt ska framgå att forsknings- och utvecklingsarbete ingår i tjänsten.

Man får inte underskatta den stora betydelse som starka vetenskapliga ledare har. Prägling som fenomen är starkt, menar Hans-Gustaf Ljunggren:

– När man är ute som kandidat kan man se att om överläkaren på en avdelning bär slips, bär också underläkarna slips. Har överläkaren sandaler på sig, har också underläkarna sandaler. Många blir som chefen. Därför är det viktigt att vi får chefer i sjukvården som kan vara goda vetenskapliga förebilder och starka ledare så att den medicinska forskningen kan drivas framåt.

Viktiga nycklar till framgång

- * Mandat och förtroende från ledningen att etablera en dynamisk verksamhet
- * God förmåga att attrahera unga, spännande och entusiastiska medarbetare
- * Strategisk lokalisering: Centrum för Infektionsmedicin ligger centralt i universitetssjukhuset
- * Komplementär kunskap inom olika områden, teoretiskt och metodologiskt
- * God förmåga att knyta nationella och internationella kontakter
- * Modern och attraktiv miljö
- * Avancerade metodologiska plattformar
- * En vilja att komma framåt och producera på internationell toppnivå
- * Att kunna se forskningsuppgiften i nationellt såväl som globalt perspektiv

*Anders Bergström,
verksamhetschef på
Ögonkliniken,
Universitetssjukhuset
i Lund*



När Anders Bergström tog över chefskapet för Ögonkliniken valde han att fortsätta som kirurg på halvtid för att hålla färdigheterna vid liv. Som chef har han också möjlighet att lyfta fram forskningens betydelse för utvecklingen av nya operations- och behandlingsmetoder. Lund är idag världsledande när det gäller experimentell näthinneforskning.

I en intervju i Dagens Industri skulle Ingvar Kamprad lyfta fram tio viktiga faktorer för framgång. Högst på listan satte han skapandet av familjekänsla. Tydliga mål och visioner samt gemensamma värderingar, menade han, är också grunden för en välmående och välfungerande organisation.


Liknande resonemang skulle man kunna använda inom sjukvården. Men ambitionen att värna om personalen och ”skapa familjekänsla” tycks på många håll hamna långt ned på prioriteringslistan.

– När jag som underläkare kom till Ögonkliniken i Lund, blev jag överraskad av den goda stämning som fanns här. Jag var van vid vassa armbågar och hård intern konkurrens. Här var det en mer vänskaplig miljö, man frågade varandra om råd och stöttade varandra på ett sätt som jag inte var van vid. Den stämningen sitter kvar i väggarna och det tror jag är viktigt för att driva kliniken framåt, säger Anders Bergström.

Han är överläkare och sedan drygt sju år verksamhetschef för Ögonkliniken vid Universitetssjukhuset i Lund. Kliniken erbjuder högspecialiserad ögonsjukvård och tar emot patienter från Södra regionen, men också patienter från övriga landet och från Statens Öjenklinik i Danmark.

– Ögonsjukvården är idag en högteknologisk specialitet med stora krav på diagnostik. Här sker sedan flera decennier en snabb utveckling. Gråstarrsoperationerna har radikalt förenklats, förbättrats och effektiviserats, likaså diabetesomhändertagandet och glaskroppsooperationerna. Liknande utveckling pågår när det gäller olika näthinnesjukdomar, säger Anders Bergström.

Det finns ett nära samarbete mellan den praktiska sjukvården och forskningen på universitetet. Två läkare på ögonkliniken leder framgångsrika



*Felet med vår värld är
att de dumma är så säkra
på sin sak och de kloka så
fulla av trivel.*

Bertrand Russel

forskargrupper på Biomedicinskt centrum, universitetets forskningshus.

Vid Ögonkliniken bedrivs sedan 80-talet ingående forskningsstudier kring sjukdomar i näthinnan. Det kan vara sjukdomstillstånd som näthinneavslossning, läkemedelsskada, retinitis pigmentosa (samlingsnamn på ett hundratal ärftliga ögonsjukdomar som drabbar ögats näthinna).

Genom kliniska och experimentella studier försöker forskare kartlägga bakomliggande orsaksmekanismer samt utveckla nya operations- och behandlingsmetoder.

– Man har gjort enstaka försök i världen att transplantera näthinna till patienter, än så länge har vi en bit kvar innan vi kan göra det i Lund. Men utifrån vår experimentella verksamhet på djur kommer vi hela tiden närmare kliniska försök på patienter, säger Anders Bergström.

Lund är idag världsledande när det gäller experimentell näthinneforskning samt utvecklingen och tillämpningen av elektrofysisk diagnostik. Genom bland andra den förre professorn Berndt Ehinger, samt nuvarande professor Sten Andréasson har Lund erövat ett vetenskapligt världsskytte.

Flera fördelar med chefskapet

Egentligen hade Anders Bergström inte strävat efter att bli chef utan trivdes bra i rollen som läkare och klinisk forskare. Han disputerade 1994 på en experimentell avhandling om näthinnetransplantationer på råttor och kaniner.

Anders Bergström tycker att villkoren för forskning är bättre idag än för några år sedan. När han började sin forskarbana gick han ned i lön och ägnade sig åt forskning på obetald tid.

– Det är trots allt bättre nu. Vi fick förhållandevis stora anslag när ALF-systemet infördes och det har varit oerhört betydelsefullt. De flesta läkare här vid kliniken forskar eller har forskat och det finns en stor förståelse på kliniken för att man måste vara borta för forskning, och att det kan ta resurser från kliniken. Ibland behöver vi kompromissa, men vi nekar i princip aldrig någon forskningsledigt. Vi är kanske den klinik som hårdragit detta längst, säger Anders Bergström.

När han fick frågan om att ta över ledarskapet för Ögonkliniken antog han utmaningen och insåg flera fördelar med chefskapet. För att hålla sina färdigheter vid liv har han arbetat nästan halvtid som kliniker med både mottagning och operationer. Det innebär långt fler än 40 timmars arbete i veckan.

– Jag tycker att det är roligt att vara chef, jag får insyn och möjlighet att påverka. Det finns ett gott samarbete med universitetet och en enad syn kring vart vi vill kliniken ska gå. Vi vet vad vi vill. Men det är också slitsamt att jobba så mycket som jag gör. När jag blev chef var det självklart att vi skulle ha en klinisk verksamhet, nu är det nästan tvärtom. Det har blivit mer

papper, fler möten och utredningar. Det är en stor skillnad, säger Anders Bergström.

Till skillnad från många andra verksamhetschefer har han fortfarande en stab knuten till sig som kan avlasta honom i frågor som rör ekonomi och personalärenden. Utan den hade han inte klarat jobbet, menar han.

– Nu vill ledningen flytta staben och lägga den centralt, men det är jag starkt emot. Nu finns dessa personer i närheten av där jag sitter och jag behöver deras kompetens för att kunna fokusera på rätt saker, säger Anders Bergström.

Ledarskapets betydelse för att driva den kliniska forskningen framåt, går inte nog att understryka, menar Anders Bergström. Personligen tycker han att en verksamhetschef bör vara en disputerad läkare. På frågan om en disputerad sjuksköterska skulle klara jobbet lika bra, svarar han:

– En läkare har en djupare medicinsk utbildning och har därmed lättare att förstå medicinens behov och driva utvecklingen framåt. För att komma någonstans på lång sikt krävs en stark bas i forskningen och inom den kliniska medicinska verkligheten. Den basen tror jag är mer komplett om man är läkare. Principiellt tror jag mer på en läkare som verksamhetschef än en sjuksköterska, säger Anders Bergström.

Vilka krav ställs då på en verksamhetschef för att skapa en kreativ och framgångsrik miljö för klinisk forskning?

Lyhördhet, flexibilitet, is i magen och en passion för forskningsfrågor, menar Anders Bergström.

– Det handlar mycket om personkemi, att vara öppen och lyhörd för krav och önskemål både från de anställda på kliniken men också från våra samarbetspartners på universitetet. Det gäller även att ha en forskningschef som är omtyckt som handledare. Det har vi. Sedan försöker jag stötta och hjälpa så mycket jag kan. Kommer man till Ögonkliniken som underläkare finns det goda förutsättningar för forskning, säger Anders Bergström.

Det krävs att man som verksamhetschef är beredd att ta vissa risker; att till exempel anställa personal utan att den långsiktiga finansieringen är klar. Genom att göra det kan man skapa det utrymme som krävs för att kunna erbjuda klinikens läkare forskningstid.

Vid rekryteringar är Anders Bergström mån om att nya medarbetare ska passa in i klinikens gemenskap och dela grundläggande värderingar och visioner. Det finns en slags kollektiv personkemi som kliniken värnar om och som har stor betydelse för det kreativa forskningsklimatet.

Det måste löna sig att forska

Att välja forskning innebär inte några stora ekonomiska vinster. Ur karriärsynpunkt är det högst tveksamt om det lönar sig att forska, menar Anders

Bergström. Vid Ögonkliniken får man som läkare 2 000 kronor extra i lön när man disputerat och ytterligare 2 000 kronor i lönepåslag när man får en docentur.

– Det ersätter ju egentligen inte den löneförlust det innebär att genomgå en forskarutbildning. Därför är det viktigt att vi rekryterar personer som brinner för klinisk forskning och som kan se att det finns andra vinster än de ekonomiska, säger Anders Bergström.

På önskelistan till politiker och tjänstemän skulle han vilja förorda en större satsning på startpengar för lovande kliniska projekt. Idag går de stora forskningsanslagen till stora grupper som redan har visat resultat.

– Sverige skulle vinna på att göra det lättare för forskargrupper att starta ny klinisk forskning, säger Anders Bergström.

Själv längtar han efter mer tid för patienter och för kliniskt arbete.

Efter över sju år som chef ska han nu bestämma sig för om han ska fortsätta som chef eller återgå till en heltid som kliniker.

Samarbete är en framgångsfaktor

Sten Andréasson är överläkare och professor vid Avdelningen för oftalmologi vid Universitetssjukhuset i Lund.

– Vi har en mycket välfungerande klinisk forskning i samarbete med den experimentella forskningen på universitetssidan. Dessutom har vi ett gott samarbete med flera forskningscentra i framförallt Europa och USA. Det finns några grundläggande faktorer som kan förklara framgången, menar han.

Viktiga nycklar till framgång

*** Grunden för verksamheten är en grupp av flera seniora forskare, med olika inriktningar som med ödmjukhet och respekt för varandra skapar en öppen och kreativ miljö**

*** För att engagera kliniska forskare som till exempel ST-läkare, men också grundforskare, måste forskningsprojekten peka på viktiga kliniska problem**

*** Forskargrupper som växer och har viktiga publikationer med hög vetenskaplig kvalitet måste stödjas. Om det senare visar sig att resultaten uteblir är det viktigt att gruppen omstruktureras**

*** Forskningskontakter med andra discipliner inom sjukhuset samt nationellt och internationellt är ett måste för att driva den kliniska forskningen framåt**



*Allting har man tänkt på
förut. Svårigheten är att
tänka på det en gång till.*

Goethe

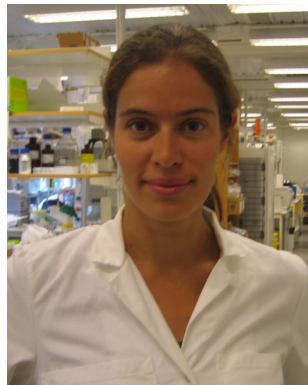
Tre unga forskare vid Karolinska Institutet

Hanna Brauner, Jonas Hydman och Emily Bond har en sak gemensamt. De fastnade tidigt för forskning och drömmer nu om att i framtiden kunna kombinera läkaryrket med forskning. Samtidigt är de osäkra på vilka vägar de ska gå.

Hanna Brauner

Hon är 29 år och har gått läkarlinjen med forskningsinriktning på Karolinska Institutet. Direkt efter läkarexamen valde hon att börja forska vid Institutionen för Mikrobiologi-, Tumör- och Cellbiologi.

Hannas forskningsprojekt handlar om att försöka förstå de bakomliggande mekanismerna till typ 1-diabetes. Det är grundvetenskaplig immunologisk forskning, men med en klinisk koppling till sjukvården. För närvarande har hon ett fyraårigt MD PhD-stipendium, det vill säga ett forskarutbildningsstipendium för unga läkare.



Jonas Hydman

Han är 31 år och har liksom Hanna Brauner gått läkarlinjen med forskningsinriktning på Karolinska Institutet. Han forskar inom området perifera nervskador och gör nu sin forskar-AT på Karolinska Universitetssjukhuset. Jonas forskningsprojekt handlar om nerver som styr muskler; mer specifikt, stämbandsnerven. Det är den nerv som letar sig fram till struphuvudet och som ofta riskerar att bli skadad i samband med halskirurgi. Jonas arbete syftar till att bättre förstå vad som händer med nerven när den skadas och hur man kan påverka den så att den kan fungera igen.



Emily Bond

Hon är 29 år och har gått läkarlinjen i Linköping. Efter AT-tjänstgöring valde hon att börja forska på heltid. Hon har en doktorandtjänst vid Smittskyddsinstitutet i Solna och forskar



inom området HIV-vaccin. Hennes projekt handlar om att utveckla en metod för att bättre kunna utvinna dendritiska celler, en celltyp som är av stor betydelse för vårt immunförsvar. Att kunna isolera renodla och studera dessa celler är en viktig del av vaccinforskningen.

Vad var det som lockade er till forskning?

Hanna

”Jag har alltid varit nyfiken och älskar att lära mig nya saker. Det är så fascinerande att få kasta sig ut i något okänt, ett nytt universum som ju immunologi är. Under läkarlinjen gjorde jag praktik på olika forskningslabbs. Det var jättespännande och jag kände att forskning var något jag verkligen ville hålla på med. Samtidigt blev jag också mer och mer intresserad av själva läkarrollen. Därför känns det bra att befinna sig på ett grundvetenskapligt forskningscentrum som också har samarbeten med sjukvården. Två av mina handledare är läkarutbildade. Båda mina föräldrar är också läkare och forskare och trivs med sina jobb, så jag har säkert inspirerats av dem också i mitt yrkesval.”

Jonas

”När jag var liten tillbringade jag några somrar i Fiskebäckskil på västkusten, och fick chans att få vara med och assistera en marinbiolog som studerade brännmaneter. Tänkte bli biolog först, men sökte och kom in på läkarlinjen, utan att egentligen veta vad det skulle innebära. Jag började och tyckte att det var kul. Jag lockades också av att jag kunde kombinera utbildningen med forskning. Sedan har mitt intresse pendlat, ibland är forskningen mer spännande, ibland lockas jag mer av läkaryrket. Just nu har jag möjlighet att kombinera sjukvård med forskning, vilket är bra tycker jag.

Emily

”Det var min handledare Jan Andersson på Centrum för Infektionsmedicin vid Karolinska Institutet som fick in mig på forskarbanan. Under läkarutbildningen arbetade jag för honom en sommar. Jan är en väldigt entusiastisk och inspirerande person, och för honom framstod det som självklart att forskning är en del av sjukvården och en del av läkaryrket. Jag tog med mig den bilden tillbaka till utbildningen och efter AT-tjänstgöringen sökte jag mig tillbaka till Karolinska Institutet och blev doktorand 2006.

Nu har ni forskat några år, vilka är de viktigaste erfarenheterna?

Hanna

”Det har varit otroligt spännande att ägna sig åt detta, men det har också varit otroligt mycket att lära sig. I början slogs jag också av hur ensamt det kan vara under en dag, men just nu har vi många samarbeten med andra och det är både givande och spännande.

När jag har varit ute och arbetat som läkare märker jag att man har stor nytta av sina forskarkunskaper. Man lär sig att tänka strukturerat och logiskt och jag har fått en bra träning i ett kritiskt förhållningssätt, det märker jag är en fördel när man är ute på kliniken och arbetar.

Jag vill inte välja bort något utan tycker att det är roligt att både vara läkare och forskare. Min förhoppning är att jag blir beviljad en ST-tjänst och att jag får en möjlighet att fortsätta forska efter att jag disputerat”

Jonas

”Det som är roligt med forskning är att det är kreativt. Man har känslan av att vara något på spåret, man bygger hela tiden vidare på sitt eget pussel och får sakta men säkert gedigna kunskaper inom det ämne man håller på med. Men i längden kan det bli ensamt tycker jag, och då kan det vara skönt att få gå till en klinik, att ha en chef och kollegor och att få jobba med patienter. Det finns också fördelar med att som läkare ha en forskarbakgrund, jag tycker att man känner sig mindre lättlurad inför de kliniska problemen man ställs inför. Det är en bra tillgång att kunna plocka fram det vetenskapliga förhållningssättet i knepiga eller stressiga situationer, man står liksom stadigare.”

Emily

”Trots att jag forskar på heltid nu, har jag inte tänkt att göra det i framtiden. När jag nått halvvägs i mitt avhandlingsarbete skulle jag vilja ha en ST-tjänst så att jag kan jobba kliniskt samtidigt som jag blir klar med min avhandling. Jag vill inte vara borta från patienterna för länge, redan nu är det två år sedan jag var på ett sjukhus.

I det vardagliga arbetet på kliniken finns en frustration över allt man inte kan göra så mycket åt, därför vill jag kombinera forskning med arbete i sjukvården. Jag blir mindre frustrerad om jag får vara med och försöka hitta lösningar på viktiga problem. Det är klurigt och kreativt. Sedan är det fantastiskt skönt att få tid att pröva sig fram och tänka efter. I sjukvården är det bråttom och man jobbar ofta under en stark press. När man forskar kan man njuta av att få tid att klura och reflektera. Dessutom är det kul att träffa alla intelligenta och engagerade människor som brinner för forskning”

Hur ser ni på era möjligheter att kombinera forskning med läkaryrket?

Emily

Jag vill gärna tro att det kommer att gå att kombinera läkaryrket med forskning, men när jag arbetade som AT-läkare hade jag som mest 160 övertidstimmar på en månad, en dubbel heltid. Det säger sig självt att en sådan tjänst skulle vara mycket svår att kombinera med forskning. Hur det blir framöver vet jag inte. Jag känner nästan inga forskande läkare. Vid ett tillfälle nämnde jag att jag inom några år skulle vilja söka en forskar- ST. Då

skrattade en äldre kollega och sa det inte skulle gå; man måste vara minst disputerad och helst även gjort sin post-doc innan man ens kan fundera på att söka en tjänst, menade hon. Det klingar illa med alla stora ord om hur viktigt det är att få in kliniskt verksamma läkare i grundforskningen. Jag skulle önska att det fanns mer information om, och bättre tillgång till, kombinationstjänster och att jag kunde få hjälp att etablera kontakter i sjukvården, något jag inte riktigt hinner med när jag forskar på heltid.”

Jonas

”Min förhoppning är att kunna forska och samtidigt arbeta som läkare. Men jag tror att det är tufft att kombinera läkarjobb med en fullskalig akademisk forskarkarriär. Det vore roligt om det gick lätt att sätta idéer i verket; att kunna testa idéer i en labmiljö, och sedan tillämpa de nya kunskaperna i patientarbetet. Jag vet ärligt talat inte riktigt hur det fungerar i praktiken men jag har hört talas om ALF-månader.

Hanna

”Jag tycker att det finns en tydlig karriärväg för läkare, och egentligen också för forskare. Hur det är att i framtiden kombinera forskning med läkaryrket är inte så tydligt, tycker jag.”

Vad utmärker en kreativ forskarmiljö?

Hanna

”Att det finns olika kompetenser som möts på ett jämlikt sätt: läkare, biomedicinare, kemister, filosofer, läkare. Då kan man tillföra kunskaper från olika håll och förväna varandra, det gnistrar till i mötet. Sedan måste det finnas en trygghet som gör att man vågar ställa de dumma frågorna och följa upp de till synes knasiga idéerna”.

Emily

”Det beror nog mest på vilka som ingår i forskar gruppen, hur de arbetar tillsammans, vilka kompetenser de har och vilka andra grupper de samarbetar med, samt hur ledarskapet fungerar. Även hur stora anslag gruppen har. Det kostar ju att omsätta sina idéer i praktik”.

Vad skulle ni vilja förändra i det system som råder idag?

Jonas

”Det skulle vara bra om det inte var en så stor affär att få möjlighet att forska, särskilt på specialistnivå. Folk verkar få kämpa rätt ordentligt för att få ledigt för forskning. Jag skulle också önska att man fick bättre betalt. Som forskar- AT fick jag 23 500 kronor i ingångslön, en lön som jag drygat ut med nattjourer. Annars är idén med forskar-AT genial”.

Hanna

”Jag skulle vilja skapa bättre förutsättningar för forskning i sjukvården, till exempel genom fler tjänster som kombinerar forskning och klinik och att de läkare som är lediga för forskning verkligen får vara det. Jag skulle också önska att det fanns fler nätverk där kliniker och forskare möts, skapar nya samarbeten och delar tekniker och stöttar varandra”.

Emily

”Efter AT-tjänstgöring får man oftast vikariera i flera år tills man får en ST-tjänst. Detta är inte bra för någon, men om man dessutom försöker forska parallellt blir det ännu mer komplicerat. Att kombinera vikariat med en osäker anställningsform och en dålig framförhållning i till exempel schemaläggning, med ett forskningsprojekt måste vara ganska svårt. Det skulle med andra ord underlätta avsevärt om det fanns en bättre tillgång till forskar ST-tjänster”.

Vad skulle ni vilja bidra med som forskare?

Hanna

”Jag tycker att det är fascinerande att vi fortfarande inte vet orsaken till att autoimmuna sjukdomar som exempelvis diabetes och reumatism uppstår. Jag skulle gärna vilja vara med och lösa den gåtan”.

Jonas

”Min ambition är att få träffa en patient som man kan hjälpa utifrån den kunskap som forskningen genererat; att till exempel kunna behandla perifera nervskador så att funktionen återkommer. Det skulle kunna betyda att någon kan använda sin röst igen, tack vare nya kunskaper om hur man reparerar stämbandsnerven”.

Emily

”Det enda man kan göra är ju att jobba på, veta att man gör sitt bästa, och hoppas att det leder fram till att forskningen på ens område förs framåt om så bara ett myrstege. Det är stora frågor vi jobbar med, och man kommer aldrig att hitta några svar på egen hand. Det man får känna stolthet över är att man är involverad i att ställa frågorna, och att man förhoppningsvis kan bidra med något som gör det lättare att någons gång hitta ett svar”.

Vad gör ni om tio år?

Hanna

”Då har jag startat ett kliniskt basvetenskapligt forskningscentrum i större eller mindre skala. Där arbetar människor med olika kompetenser som är knutna både till sjukvård och forskning. Själv är jag specialistläkare och kombinerar läkaryrket med forskning”.

Jonas

”Jag skulle gärna vilja bli öronläkare, förhoppningsvis med ett par pågående forskningsprojekt. Sedan har jag nog specialiserat mig inom något smalt område, jag längtar efter en yrkesstolthet och att få behärska något väldigt bra. Det vore också spännande och önskvärt att vara involverad i ett forskningsprojekt med anknytning till det man gör som läkare. Det vore toppen”.

Emily

”Då är jag förhoppningsvis färdig specialist, infektionsläkare eller pediatriker, och jobbar både som läkare och med forskning samt undervisning. Instämmer med Jonas, jag har förmodligen specialiserat mig ganska snävt för att kunna fördjupa mig ordentligt. Jag tror också att det kan underlätta kombinationen av klinik och forskning om man arbetar inom ett någorlunda smalt fält.”

*Tomas Bremell, verksamhetschef,
och Hans Carlsten, professor,
Reumatologi, Sahlgrenska universitets-
sjukhuset/Sahlgrenska akademien*

Vision: Världsledande reumatologiskt kunskapscenter

Tomas Bremell är verksamhetschef för ett kunskapsområde med en häpnadsväckande utveckling. Från att ha varit en specialitet med lågt anseende är reumatologi idag ett officiellt styrkeområde inom Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Sahlgrenska Akademien. Genom att knyta samman sjukvård med forskning har reumatologi etablerat en modell för hur framgångsrik klinisk forskning kan bedrivas.

För 30 år sedan satsade reumatologin mycket på rehabilitering. I dag arbetar man mindre med rehabilitering och mer med effektiva läkemedel.

I mitten av 80-talet stod 200 patienter vid Reumatologiska kliniken på Sahlgrenska universitetssjukhuset på immundämpande läkemedelsbehandling. Drygt 20 år senare är antalet över 4 000. På en förhållandevis kort tid har människor med reumatiska sjukdomar fått ta del av viktiga framsteg i utvecklingen av nya läkemedelsbehandlingar. Vissa forskare kallar det för ett paradigmskifte.

– Även om det är dyra behandlingar så sparar man också pengar i och med att behovet av arbetsterapi och ortopedi minskar. Dessutom minskar samhällskostnaderna rejält eftersom förtidspensioneringar och sjukskrivningar minskar säger Tomas Bremell, verksamhetschef för reumatologi vid Sahlgrenska universitetssjukhuset

Reumatologiska kliniken vid Sahlgrenska universitetssjukhuset var först ut i Sverige att använda modern anti B-cellsbehandling vid reumatoid artrit. För många patienter med ledgångsreumatism innebar det ett stort genombrott. Ett stort dilemma med de läkemedel som kom i slutet av 90-talet och som riktade sig mot det inflammationsframkallande ämnet TNF, var att cirka en tredjedel av patienterna med reumatoid artrit inte upplevde någon effekt.

Med utvecklingen av nya biologiska läkemedel (som har helt andra verkningmekanismer och som riktar sig mot kroppens B-celler) öppnas nu stora möjligheter att hjälpa de patienter som inte svarat på de terapier som hittills varit tillgängliga.



*Försök igen. Misslyckas igen.
Bli bättre på att misslyckas.*

Samuel Beckett

– Det är en hisnande utveckling som verkligen visar hur viktigt det är integrera kunskap från olika områden, något som i slutänden gagnar patienterna, säger Tomas Bremell.

Forskning ska vara en möjlighet, inte ett tvång

Sedan 1994 leder Tomas Bremell en verksamhet som ansvarar för nästan 8 000 kroniskt sjuka patienter. Varje år tar kliniken emot 3 000 nya remisser, flertalet skickas från olika hälso- och sjukvårdsenheter inom Västra Götaland.

Reumatologiska kliniken har lyckats hålla vårdgarantin med nybesök inom tre månader, och återbesöken sker inom avtalad tid.

– Jag började med reumatologi i slutet av 70-talet. Det var nog en kombination av att jag ville lära mig mer och förstå bakgrunden till svåra reumatiska sjukdomar och att jag uppskattade den nära patientkontakten, säger Tomas Bremell.

Idag arbetar han huvudsakligen med att leda och planera klinikkens verksamhet. Han har också ett stort ansvar att utveckla den reumatologiska forskningen på kliniken.

Tomas Bremell disputerade 1994 på en avhandling om septisk stafylokokartrit, det vill säga när en led infekteras av bakterier (sjukhussjuka). Dödligheten i septisk artrit ligger på 10 procent. För reumatiker som redan har skadade eller förstörda leder är siffran den dubbla; det har därför varit av stort intresse att försöka förhindra ledförstörelse vid septisk artrit.

– Min handledare, professor Andrej Tarkowski, och jag utvecklade en djurmodell som under årens lopp har genererat tiotals avhandlingar, säger Tomas Bremell.

Nyligen presenterade Andrej Tarkowski och medarbetare vid Avdelningen för reumatologi och inflammationsforskning vid Sahlgrenska Akademien, nya strategier för att stoppa inte bara infektionen och inflammationen utan också nedbrytningen av leden.

– Det är bara ett exempel på det nära samarbete som finns. Vi vill besvara kliniska frågeställningar med experimentella, molekylära och kliniska metoder. Och vi ser ingen motsättning mellan olika typer av forskning. En viktig framgångsfaktor är att vi ser klinik och akademi som en gemensam verksamhet, säger Tomas Bremell.

Alla forskande läkare på Reumatologikliniken arbetar med patienter minst 25 procent av tiden. För att skapa utrymme för forskning ligger Tomas Bremell hela tiden steget före i rekrytering av läkare. En expansiv anställningspolitik är en förutsättning för att forskning ska kunna vara en del av klinikkens verksamhet.

– På kort sikt kanske man tappar kompetens i vården genom att det sker

ständiga nyrekryteringar av läkare, men på lång sikt gagnar det patienterna. Vi säger inte att forskning ska vara ett tvång, utan en möjlighet. Och många söker sig hit tack vare det, säger Tomas Bremell.

Lika viktigt som att kliniskt verksamma läkare erbjuds goda möjligheter att bedriva forskning, lika viktigt är det att disputerade läkare inom akademien får möjlighet att arbeta kliniskt inom sjukvården, menar Tomas Bremell.

– Vi har gjort flera viktiga rekryteringar av läkare från länder som Kina, Ryssland, Estland och Litauen. De har gjort sina avhandlingsarbeten på medicinska fakulteten och sedan erbjudits jobb på kliniken. Det har varit en del tuffa administrativa hinder och vi har lagt ned mycket tid på diskussioner med migrationsverket och länsarbetsnämnden. Fyra av våra läkare har vi rekryterat på detta sättet. Att få disputerade läkare till kliniken är oerhört värdefullt, säger Tomas Bremell.

Det krävs ett visst mod av en verksamhetschef att bedriva en expansiv anställningspolitik. Ett exempel: En kvinnlig läkare hade gjort sin AT och disputerat vid Institutionen för mikrobiologi och ville sedan söka sig vidare till infektionskliniken och en tjänst som forskar-ST. Verksamhetschefen upplyste den kvinnliga läkaren om att flera andra stod före i kön till ST-tjänster och att hon fick vänta på sin tur.

– Då blev jag kontaktad av Andrej Tarkowski som rekommenderade henne. Jag skrev på ett anställningskontrakt utan att ha träffat henne och nu är hon snart färdig docent. Vi fick en färdig disputerad läkare vilket vi ser som en stor tillgång, säger Tomas Bremell.

Kontinuerligt förbättringsarbete

Reumatologi vid Sahlgrenska universitetssjukhuset har lika mycket ALF-anslag för forskningsprojekt som kvinnosjukvården, ortopedin eller neurosjukvården, det vill säga cirka 10 miljoner kronor.

Reumatologi har också lika många så kallade 50/50-tjänster (det vill säga hälften av tjänsten innebär forskning, den andra hälften är kliniskt arbete) som kvinnosjukvården, ortopedin och neurosjukvården tillsammans.

– Det är en medveten satsning från vår sida, säger Tomas Bremell. I nära samarbete med Andrej Tarkowski och Hans Carlsten, professor i reumatologi och chef för Avdelningen för reumatologi och inflammationsforskning, för Tomas Bremell kontinuerligt diskussioner om hur den reumatologiska forskningen kan utvecklas och behandlingsinsatserna förbättras.

– Reumatologi som tidigare spelade i gårdsgårdsklasserien, spelar idag i toppen på allsvenskan. En viktig förklaring är att det biologiska kunskapsområdet ökat betydligt. Utvecklingen av dagens moderna behandlingsmetoder startade egentligen som ett samarbete mellan kliniker och grundforskare.

Immunologer, biologer och reumatologer arbetade tillsammans och lade grunden för den kunskapsutveckling vi ser idag, säger Hans Carlsten.

Vid sidan av sitt chefskap inom akademien är han också överläkare och kliniskt verksam. I början på 80-talet specialiserade han sig till reumatolog samtidigt som han arbetade med ett avhandlingsarbete om SLE och hur könshormoner påverkar immunsystemet. Efter disputationen 1990 fortsatte Hans Carlsten att integrera en klinisk karriär med en forskarkarriär. 2002 blev han professor i reumatologi.

– Framgångsrik klinisk forskning handlar om forskningens väg från sjukvården till laboratoriet och tillbaka till sjukvården och patienterna, det som man kallar *translationell forskning*. Det är viktigt att akademins forskningsledare även deltar i kliniken så att unga läkare ser att en professor också kan ta hand om patienter, och inte bara dyker upp på föredrag eller får fina priser internationellt, säger Hans Carlsten.

Avdelningen för reumatologi och inflammationsforskning tillhör är en av fem avdelningar inom Institutionen för medicin.

Sedan januari 2006 är Sahlgrenska Akademien organiserad i sex storinstitutioner. För många forskargrupper är omorganisationen ett viktigt steg mot att närmare knyta den prekliniska och kliniska forskningen till varandra.

– Ska man besvara en klinisk frågeställning så krävs olika angreppssätt och metoder. Patientnära studier är ofta väldigt deskriptiva, man tar prover som analyseras på ett labb, och man ber patienterna besvara olika frågeformulär. Sedan kommer svaren tillbaka i tabellform och statistiska data. Den forskningen är viktig, men för att den ska ligga i frontlinjen krävs också djupare kunskaper i till exempel genetik och molekylärbiologi, säger Hans Carlsten.

Forskningen börjar bli så komplicerad, menar han, att sakkunskap från flera olika håll är helt nödvändig. För att bygga broar och skapa en gemensam syn på klinisk forskning krävs en gemensam arena där man kan träffas för utbyte av kunskap och erfarenheter.

– På vårt laboratorium träffas prekliniker och kliniker dagligen vid fika och lunch. Vi har också organiserade seminarier utöver det rena forskningssamarbetet. Kemister och molekylärbiologer får lika stort utrymme som läkare och sjukgymnaster, säger Hans Carlsten.

Varje vecka träffas även samtliga läkare, både de som forskar och de som enbart är kliniskt verksamma i möten där olika frågor om utbildning och forskning tas upp.

Sedan några år tillbaka inbjuder även Reumatologkliniken varje termin samtliga AT-läkare i regionen till ett heldagsseminarium.

Det senaste mötet handlade om basal immunologi och reumatoid artrit. Då kom 110 av regionens 200 AT-läkare.

– Det är stimulerande både för våra föreläsare, men också för unga läkare som får ta del av spännande och viktig kunskap. Sedan vi började med dessa möten har jag som verksamhetschef inte behövt annonsera efter läkare. Många är väldigt intresserade av vår verksamhet och hör självmant av sig, säger Tomas Bremell.

Kliniken fortbildar även alla reumatologer i landet i immunologi och immunmodulerande behandlingar.

– Vår ambition är att reumatologer ska vara duktiga även i basala frågeställningar, att förstå vad som händer och varför man gör det man gör. Det kommer att återspeglas i behandling och mötet med patienterna säger Tomas Bremell.

Även sekreterare, löneassistenter sjuksköterskor och undersköterskor får möjlighet att göra studiebesök på forskningsavdelningen för att träffa forskare och ta del av i experimentella försök.

– Det ger forskarna ett ansikte och man får en bättre förståelse för varandras arbete, säger Tomas Bremell.

Konstruktivt med konstruktiv kritik

Framgång i klinisk forskning kräver förutom gemensamma arenor, även en öppen attityd, inte minst hos forskningsledarna. Misstag ses inte som ett misslyckande utan som en förutsättning för framgång och ny kunskap.

– Sjukvården är så gott som avakademiserad idag och människor är tyvärr inte längre lika vana att öppet ifrågasätta. Hos oss vill vi att man gör det. Kritik innebär att någon engagerar sig och vill utveckla projektet vidare. Detta synsätt försöker vi anamma, både i kliniken och på labbet. Som forskningsledare måste man också vara beredd att lägga prestige åt sidan. Många är nog rädda att visa och erkänna sina otillräckliga kunskaper och kan i vissa fall vara en hämsko för yngre talanger. Jag är över 50 år och jobbar med biologer och medicinare som är hälften så gamla och som hela tiden uppdaterar mig på ny kunskap. Det ser jag som värdefullt. Vi vill ha en levande debatt med högt i tak, säger Hans Carlsten.

Reumatologiska klinikens vision att vara ett världsledande kunskapscentrum inom reumatologi förutsätter samverkan mellan olika kompetenser och områden.

Tomas Bremell kan ibland tycka att det medicinska innehållet i sjukvården hamnar i skymundan när visioner ska formuleras.

– Patientbemötande, omhändertagande och tillgänglighet är viktigt. Men vad är det sjukvården ska vara tillgänglig till? Det medicinska innehållet måste också konkretiseras, i alla möten vi har med våra patienter försöker vi ha med oss forskningsbiten. Det tror jag är en förutsättning för att utveckla forskning och sjukvård, säger Tomas Bremell.



Sjukvården Reumatologi vid Sahlgrenska universitetssjukhuset

- * 20 specialister
- * 15 ST-läkare
- * 80 sjuksköterskor och undersköterskor
- * 2 avdelningar
- * Omfattande öppenvård
- * 150 anställda
- * Omsättning 180 miljoner kronor

Göteborgs universitet Avdelningen för Reumatologi och Institutionsforskning

- * 4 professorer, 11 docenter, 20-tal doktorander, 12 post-doc, 5 BMA
- * 5 grupper med varsin forskningsledare. Samtliga grupper är ekonomiskt självförsörjande
- * 60-tal forskare med olika bakgrund och nationaliteter: odontologer, biokemister, civilingenjörer, laboratorieassistenter, läkare och sjukgymnaster
- * Omsättning, drygt 30 miljoner kronor

Viktiga nycklar till framgång

- * Medvetna satsningar på att stärka samhörigheten mellan akademien, sjukvården och staben. Gemensamma veckomöten, utbildningsdagar och forskningsprojekt
- * Expansiv anställningspolitik (inom budgetramen): ständig rekrytering av läkare till kliniken för att skapa ett utrymme för forskning för de som redan är anställda
- * Alla läkare som forskar är kliniskt verksamma
- * Samtliga professorer är engagerade i reumatologiska kliniken och ingår (och deltar) i samtliga ledningsgrupper
- * Engagerade, närvarande, lättillgängliga handledare
- * Garanterad målgång. Genom engagerade handledare garanteras doktorander att bli klar med sin avhandling inom 4-5 år
- * Lagt schema ligger: forskande läkare har rätt att vara ostörda och kan inte kallas in i sjukvården på grund av till exempel personalbrist
- * Lön: Under utbildning till specialistläkare kan man efter fem års under-läkartjänst få specialistläkarlön
- * 50/50-tjänster med forskning och kliniskt arbete uppmuntras
- * Verksamhetschefen- lägger sig inte i användningen av LUA-ALF-medel
- * Kreativ forskarmiljö: en ständigt pågående och stimulerande debatt, uppmuntran till kritiskt tänkande, forskningsledare som kan lägga prestige åt sidan

*Karin Fälth
Magnusson,
professor i pediatrik,
Hälsouniversitetet
i Linköping*



Intresset för forskning bland läkare sjunker; ära och framgång räcker inte längre som lockbete. För att värva nästa generation av forskare krävs större satsningar på tjänster som gör det möjligt att kombinera ett familjeliv med patientarbete och forskning på arbetstid. Vid Hälsouniversitetet i Linköping satsar man hårt för att forskning ska vara en del av den kliniska vardagen.

Karin Fälth-Magnusson, professor vid Institutionen för Klinisk och experimentell medicin, är en effektiv kvinna. En kollega brukar skämtsamt säga att hon borde skaffa sig ett par spikskor så att hon blir ännu snabbare i sjukhusets korridorer.

Karin Fälth-Magnusson har en lång och bred yrkeskarriär. Hon blev färdig läkare 1974. Åtta år senare disputerade hon på en avhandling om matöverkänslighet. Därefter har hon bland annat arbetat som barnhälsovårdsöverläkare, forskarasistent, överläkare och klinikchef, verksamhetschef och universitetslektor.

– Jag har alltid varit intresserad av forskning och sett till att kombinera patientarbete med olika forskningsprojekt. Som verksamhetschef hade jag ALF/LUA-medel så att jag en dag i veckan kunde ägna mig helt åt forskning. Jag hade sökaren med mig, men var inte på plats på kliniken, säger Karin Fälth-Magnusson. En av de viktigaste rollerna som verksamhetschef, menar hon, är att uppmuntra sina medarbetare till att tänka själva, ta eget ansvar och bli självgående.

– När jag gav mina medarbetare chansen att ta ansvar och själva lösa vissa problem så löpte arbetet bättre, säger Karin Fälth-Magnusson.

I sex år var hon verksamhetschef. Tillsammans med Avdelningen för pediatrik hämtade Barn- och ungdomskliniken hem nästan dubbelt så mycket ALF-LUA anslag som andra kliniker. Forskning är viktigt. Och det är en attitydfråga, menar Karin Fälth-Magnusson. Av Barn- och ungdomsklinikens 23 specialistläkare är 20 aktiva inom forskningsarbete. Två av sjuksköterskorna är disputerade och en tredje är doktorand.

– Ska du få en tjänst hos oss som överläkare bör du vara disputerad. För att bli verksamhetschef krävs en docentur. Det sitter i väggarerna att man ska ha



*Inget storverk har någonsin
uträttats utan entusiasm.*

Ralph Waldo Emerson

den kompetensen. Forskning ska vara en lika naturlig del av vardagen som sjukvård och undervisning, säger Karin Fälth-Magnusson. När landstinget senast omorganiserades fanns en livlig diskussion om cheferna för de nya centrumbildningarna skulle vara disputerade. Hälsouniversitetet kämpade för frågan men förlorade. Det är synd, menar Karin Fälth-Magnusson.

– Centrumchefer som inte har forskningserfarenhet måste arbeta mycket hårt för att få förtroende och sätta sig in i hela den akademiska världens regelverk.

Redan 1977 tog landstinget i Östergötland samt universitet fram en gemensam plan för att stödja kvalificerad hälso- och sjukvård, forskning och utbildning. Genom satsningar på *specifika strategiområden* som exempelvis prevention av diabetes och forskning kring inflammation, arteroskleros samt ischemisk hjärtsjukdom, har man skapat överenskommelser som syftar till att stödja kliniska och prekliniska samarbeten.

– Det har länge funnits en medveten strävan att få ihop delarna, och det tror jag har varit en av nycklarna till framgång, säger Karin Fälth-Magnusson.

Verksamhetschefens akademiska bakgrund och förhållningssätt är avgörande för att framhäva och stärka den kliniska forskningen. Men klinisk forskning kan inte stå ensamt; det är det tvärvetenskapliga samarbetet som är nyckeln till en kreativ forskarmiljö, menar Karin Fälth-Magnusson.

Det måste finnas ett aktivt och förtroendefullt samarbete mellan ”vård-specialister” och ”laboratoriebänksspecialister” som har en annan kompetens och bakgrund.

– I den kliniska vardagen gäller det att verksamhetschefen, men också hela kollegiet av läkargruppen och andra på kliniken har rätt inställning. Om någon är ledig för forskning kan man tänka, typiskt nu drabbas kliniken igen. Men man kan också tänka, hurra, nu får vi gå på en disputationfest till. Verksamhetschefen i samarbete med ämnesföreträdarna på universitetssidan har ett stort ansvar att skapa en sådan stämning.

Landstingsanställda och universitetsanställda behöver en ömsesidig kunskap och medvetenhet om varandras behov och egenheter, menar Karin Fälth-Magnusson. Att professorer deltar i jourverksamheten, är en sådan symbolhandling av samverkan.

Även i samband med rekryteringar av läkare till Barn- och ungdomskliniken finns representanter från universitetet med.

– Det är en tydlig markering att forskning och undervisning är lika viktigt som sjukvård. Delar man inte den synen kommer man inte att trivas här, säger Karin Fälth-Magnusson.

För att ytterligare understryka betydelsen av samarbete, finns en ömsesidig representation i ledningsgrupperna.

– När man planerar stora förändringar i vården har vi en möjlighet att ge ett brett perspektiv på vilka konsekvenserna blir även för sjukvård, forskning och utbildning.

Förenkla för små forskargrupper att få anslag

Karin Fälth-Magnusson är en av ledamöterna i Forskningsrådet i Sydöstra Sverige, FORSS. Det är en forskningsfond som delar ut 25 miljoner kronor om året till forsknings- och utvecklingsprojekt som har relevans för patientnära problemområden och som bygger på ett samarbete över länsgränserna. Forskare kan söka upp till 300 000 kronor i anslag.

Fonden delar även ut mindre anslag på 50 000 kronor till forskare och FoU-projekt som har potential att utvecklas och på sikt konkurrera om nationella och internationella FoU-medel. Det är ett slags kuvösbidrag för att nybörjare ska kunna komma igång med pilotprojekt och kunna testa nya idéer.

– I dag är det svårt för små grupper och enskilda forskare att få anslag eftersom trenden generellt är att stödja excellens och de mest framgångsrika, ofta i stora grupperingar. Och det är synd. Det är många bra ansökningar som inte får pengar och detta är olyckligt. Man sorterar bort väldigt mycket bra forskning som förr skulle fått stöd, säger Karin Fälth-Magnusson.

Det finns flera risker med det nuvarande systemet, menar hon. Dels att juniora forskare får svårt att visa sin självständighet och att återväxten därmed hämmas, dels att den personliga kommunikationen blir svårare att upprätthålla ju större grupperna är. Karin Fälth-Magnusson skulle önska att åtminstone tio procent att forskningsanslagen kunde gå till start- och nybörjarprojekt.


Förändrad livssyn

Världen förändras. Det gör också synen på arbete. Det finns en ny generation av läkare som inte längre accepterar de villkor som fanns förr. Idag är andelen kvinnliga läkare mycket större och många av dem, men också manliga läkare, vill kunna kombinera ett familjeliv med kliniskt arbete och forskning.

– Det är en helt annan press idag och många vill inte att barnen ska vara på dagis från tidig morgon till sen kväll, och att helger och semestrar ska vikas åt forskningsarbete. Om vi ska kunna locka nästa generation av forskande läkare måste vi kunna erbjuda fler tjänster som gör det möjligt att vara läkare och även forska på arbetstid. Det räcker inte med att det ska vara kul, det måste också vara förenligt med vardagen, säger Karin Fälth-Magnusson.

Viktiga nycklar till framgång

- * Verksamhetschefens akademiska bakgrund och förhållningssätt är avgörande för att framhäva och stärka den kliniska forskningen
- * Forskning är viktigt. Och det är en attitydfråga, forskning ska vara en lika naturlig del av vardagen som sjukvård och undervisning
- * Att uppmuntra medarbetare till att tänka själva, ta eget ansvar och bli självgående
- * Klinisk forskning kan inte stå ensamt; det är det tvärvetenskapliga samarbetet som är nyckeln till en kreativ forskarmiljö
- * Att det finns en ömsesidig representation i ledningsgrupperna. Vid planerade förändringar i vården skapas möjligheter att ge ett brett perspektiv på vilka konsekvenserna blir för sjukvård, forskning och utbildning



*Det finns ingen annan
konflikt än den mellan
kortsiktigt och
långsiktigt tänkande.*

Dalai Lama

Bengt Gerdin, professor i intensiv- och brännskadevård, Akademiska sjukhuset i Uppsala



När Bengt Gerdin tillträdde som verksamhetschef för plastikkirurgiska kliniken vid Akademiska sjukhuset i Uppsala, satte han ihop en "roadshow" för att övertyga sjukhusledningen och politikerna om behovet och betydelsen av forskning och utveckling i hälso- och sjukvården.

Under de senaste åren har chefskapet inom sjukvården genomgått stora förändringar. Förr om åren var det snarare en regel än ett undantag att klinikchefen, eller verksamhetschefen som det idag kallas, hade en gedigen akademisk bakgrund och erfarenheter av grundvetenskaplig forskning vid ett laboratorium. I dag rekryteras chefer till sjukvården från olika verksamheter, många utan erfarenhet av forskning. Det som tidigare ansågs vara en självklarhet, nämligen att verksamhetschefen skulle ansvara för den medicinska kunskapsutvecklingen, har inte längre lika hög prioritet.

– Ett modernt chefsuppdrag tar mycket tid och det är förståeligt att många forskande läkare inte tycker att det går att förena uppdraget med en framgångsrik forskarkarriär, säger Bengt Gerdin, överläkare och professor i intensiv- och brännskadevård vid Institutionen för kirurgiska vetenskaper vid Akademiska sjukhuset i Uppsala.

Nackdelen med den här utvecklingen, menar han, är att mycket av den nya kunskapen som finns på universitetet riskerar att stanna där. I förlängningen innebär det att patienterna inte får ta praktisk del av den kunskap som växer fram inom den så kallade prekliniska forskningen på universitetet.

Efter en lång och gedigen karriär som forskare och kliniker, blev Bengt Gerdin tillfrågad att ta över rollen som verksamhetschef för plastikkirurgiska kliniken 2002. Han hoppade inte jämfota; han såg problemen med chefskapet och tvekade in i det längsta. Till slut bestämde han sig. Han såg det som en ansvarsfråga och en möjlighet att skapa fler broar mellan sjukvården och universitetet.

– Jag ville bygga upp kliniken med en ny generation av unga läkare och forskare, och samtidigt värna om den kunskap som redan fanns. Här såg jag nya möjligheter att skapa en dynamisk struktur där den patientnära kliniska forskningen fick en framträdande plats, säger Bengt Gerdin.

Han refererar till en historia om en professor som vände sig till sin kollega i sjukvården och sa: "Nu har vi löst cancerns gåta på labbet, hur vore det om ni löste det på kliniken?"

– Idag är det väldigt få nya läkare som kommer till kliniken med en preklinisk bakgrund. Tidigare var det vanligt. Det mervärde som forskarutbildningen gav kunde därmed behållas inom sjukvården. Idag går detta mervärde tyvärr förlorat eftersom de flesta forskarstuderande på universitetet inte kommer att bli kliniska läkare, säger Bengt Gerdin.

Det är därför viktigare än någonsin, menar han, att det finns ett nära samarbete mellan verksamhetscheferna i sjukvården och de prekliniska forskarna på universitetet om såväl ekonomiska som vetenskapliga frågor.

– Personligen anser jag att det krävs en vetenskaplig skolning för att se båda sidorna och att hitta arbetssätt som för ihop de bägge delarna. Det gäller också att kunna överbrygga de spänningar som finns mellan de som arbetar kliniskt och de som är verksamma inom preklinisk forskning, säger Bengt Gerdin.

I fyra år stannade han på uppdraget som verksamhetschef, jobbet var både krävande och fyllt av utmaningar. Gapet mellan vad som var medicinskt och ekonomiskt möjligt var stort, en insikt som Bengt Gerdin menar är viktig för en chef. Redan i början av sitt chefskap skapade han en ”road show”, en pedagogisk presentation för beslutsfattare och chefer.

– Man måste stå för en verksamhetsidé snarare än för läkarrollen. Inför divisions- och sjukhusledningen och politikerna handlar det om att vara tydlig med vad verksamheten står för, att lyfta fram viktiga värderingar och vara mån om att klinikens medicinska prioriteringar sammanfaller med dem som togs fram i prioritetsutredningen 1995. För att vara trovärdiga behöver vi kunna visa att vi lever i enlighet med dessa, säger Bengt Gerdin.

En av de viktigaste uppgifterna för en verksamhetschef, menar han, är att ”göra vardagen forskningsbar”, att skapa former och utvärdera det man gör i sjukvården. Mycket av det som görs i dag inom sjukvården har ingen vetenskaplig förankring.

– Det finns oerhört mycket kvar att göra. Och ett av de lättaste sätten att göra vardagen forskningsbar är att låta patienter rutinmässigt ingå i forskningsstudier. Forskning på kliniken behöver inte nödvändigtvis vara preklinisk forskning. För en kliniker är den patientnära forskningen mer närliggande. Den är dessutom en större utmaning eftersom resultaten mer direkt kan påverka vården, säger Bengt Gerdin.

Han ger ett exempel på forskning som fått en stor praktisk betydelse i sjukvården. En av de bästa avhandlingarna i kirurgi från Uppsala, enligt Bengt Gerdin, är skriven av läkaren och kirurgen Lars Påhlman i början av 80-talet.

I sin vardag mötte Lars Pålsson många patienter med ändtarmscancer. Tillsammans med en onkolog inledde han ett forskningsprojekt i syfte att förbättra omhändertagandet och behandlingen av dessa patienter.

– Hans forskning var hans vardag. Resultaten av avhandlingen har haft en

stor betydelse för vården och för många patienter världen över.

I hälso- och sjukvårdslagen (paragraf 26) står att landstingen ska medverka vid finansiering, planering och genomförande av folkhälsovetenskapligt och kliniskt forskningsarbete i hälso- och sjukvården. Trots att uppgiften är reglerad i lag, får man som verksamhetschef kämpa ganska hårt för att skapa förutsättningar för att leva upp till lagen, menar Bengt Gerdin.

– Ett problem är att forskning kräver en ekonomisk långsiktighet och säkerhet. Även ett relativt litet projekt kräver en stabil finansiering under flera år. Det är svårt att få och osäkerheten påverkar hur kliniken vågar anställa läkare, eftersom de ekonomiska ramarna är begränsade.

Bengt Gerdin är kritisk till hur ALF-avtalet är formulerat, det vill säga det avtal mellan staten och landstingen som reglerar samarbetet kring grundutbildningen av läkare, medicinsk forskning och utvecklingen av hälso- och sjukvården.

– Det nya avtalet som skrevs 2007 är en mjälig skrivning. Trots att man visste att det förelåg stora oenigheter om hur det gamla avtalet skulle tolkas, så har man inte ökat tydligheten i det nya. Det saknas en konkret idébild om hur pengarna ska användas och vilka grundläggande värderingar som ska råda i fördelningen av medlen. Utformningen av avtalet bäddar för lokala konflikter, säger Bengt Gerdin.

I varje kortsiktigt tänkande och agerande måste det finnas ett långsiktigt perspektiv. Risken är annars stor att utvecklingen inom sjukvården ensidigt styrs av ekonomiska och produktionstekniska frågor.

Trots att det kan vara svårt att se, finns det ofta ett utvecklingsutrymme inom den offentliga sjukvården.

– Man måste fundera över hur man kan arbeta mer effektivt och vilka strukturförändringar man kan göra för att frigöra tid för forskning.

Bengt Gerdin tar ett exempel; när en av fyra kirurgspecialister på hans tidigare arbetsplats ville skapa tid för forskning, beslutade man sig för att tillsammans lösa problemet. Under en del av arbetsveckan arbetade tre av specialisterna hårdare vilket kompenserade den tid som den fjärde specialistläkaren behövde vara ledig för att kunna ägna sig åt forskning.

– Det finns så många förutfattade meningar och förhållningssätt inom den landstingsdrivna vården som gör att man inte ser möjligheterna, säger Bengt Gerdin.

Som verksamhetschef har man även ett viktigt ansvar för att unga läkare och forskare ska komma in i välfungerande forskningsprojekt. I dag får alltför många unga läkare en dålig vetenskaplig handledning. Det här är ett stort problem, enligt Bengt Gerdin.

– I sjukvården är man noga med att läkare ska få en bra klinisk handledning. Man skulle aldrig drömma om att släppa fram en specialistläkare under ut-

bildning på en kirurgklinik och låta honom eller henne prova sig fram utan bra handledning. Men när det gäller den vetenskapliga handledningen på ett laboratorium är ribban satt väldigt lågt och många får en tafatt forskarutbildning. En verksamhetschef måste säkerställa att de vetenskapliga handledarna gör ett lika bra jobb som de kliniska handledarna, säger Bengt Gerdin.

En verksamhetschef måste också våga ta vissa risker, menar han. För några år sedan påbörjade en ambitiös läkarstuderande ett prekliniskt forskningsprojekt. Trots att han blev erkänt duktig inom laboratorieforskning, ville han egentligen utbilda sig till specialist i kirurgi. Trots att han helt saknade praktisk erfarenhet tvekade inte Bengt Gerdin en sekund att rekrytera honom till kliniken.

– Det vanliga är idag att man först är kirurg och sedan vill börja forska. Här hade vi en person som ville göra tvärtom. Jag såg bara fördelar med att rekrytera honom. Han har fått en gedigen vetenskaplig förankring och fungerar redan nu som forskarhandledare samtidigt som han kompletterar med de kliniska färdigheterna, säger Bengt Gerdin.

Det finns ett talesätt som säger att under ett stort träd finns det en stor skugga. Vissa chefer gillar att stå i centrum och känner sig lätt hotade när yngre förmågor briljerar och tar plats.

– En verksamhetschef måste vara tillräckligt mogen för att släppa fram yngre förmågor och se egen glädje i deras framgångar. Det låter som en självklarhet, men är det inte. En viktig framgångsfaktor handlar just om detta, att som verksamhetschef kunna motivera, entusiasmera och skapa ambitiösa team som vill utveckla hälso- och sjukvården och som brinner för medicinsk forskning, säger Bengt Gerdin.

Viktiga nycklar till framgång

*** Forskning är en vilja och en attitydfråga; verksamhetschefen måste ta ansvar för att klinisk forskning ska få utrymme i den praktiska sjukvården**

*** Framtidens läkarroll förutsätter ett vetenskapligt perspektiv. Det ska finnas en tydlighet från första anställningsdagen att läkare har ett ansvar för utvecklingen av vården på "vetenskaplig grund". Forskning är en del av jobbet**

*** Verksamhetschefen bär ansvar för att skapa möjligheter för läkare att kunna ägna sig åt patientnära forskning eller preklinisk forskning vid ett laboratorium. En förutsättning är stabilitet och trygghet i schemalagningen**

*** "Forskningsledighet" är ett konstlat begrepp, det handlar om att man inom ramen för sitt jobb får tid för forskning och därför har en annan schemalagging än när man arbetar med patienter**

*Kennert Lenhoff
distriktläkare och
tidigare verksamhetschef för
primärvården i Lyckeby och
Jämjö, Blekinge*



Blekinge är ett av Sveriges minsta landsting, men satsar stort på forskning och utveckling inom både primärvården och länssjukvården. Problemet att starta forsknings- och utvecklingsprojekt handlar inte om bristen på pengar utan om bristen på engagemang. Det menar distriktsläkaren Kennert Lenhoff som anser att det forskas för lite i rutinsjukvården.

Han är specialistläkare i allmänmedicin. I 15 år arbetade han som verksamhetschef för två vårdcentraler (Lyckeby-Jämjö) med 110 anställda.

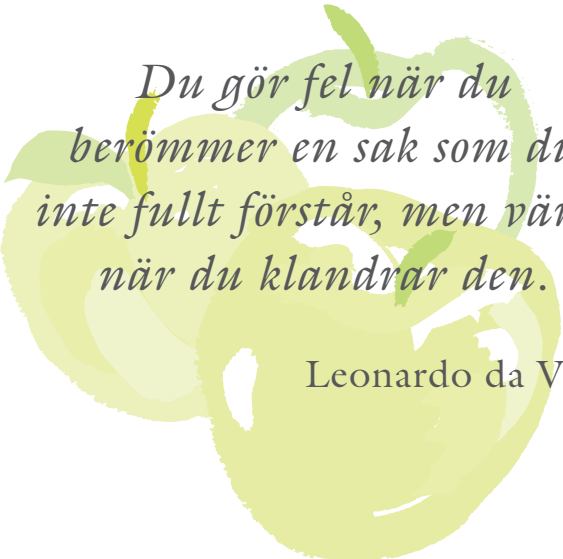
Trots att han i sin egen karriär inte har ägnat sig åt forskning eller doktorerat, och trots att han som chef inte hade några särskilda pengar i budgeten avsatta för forskning och utveckling, har han varit mån om att satsa på det.

– Min övertygelse är att hela arbetsplatsen vinner på att intressera sig för forskning, det blir en kontrast till en annars ganska tung vårdmiljö. Att vara nyfiken och undersöka saker som kan höja vårdkvaliteten ökar arbetsglädjen och motivationen. Det är verkligen min erfarenhet. Dessutom är det viktigt att den vård och behandling vi ger ska vara evidensbaserad, säger Kennert Lenhoff.

Det finns mycket utvecklingsarbete att göra i primärvården och det finns egentligen inga begränsningar, har man bra idéer så finns det pengar att söka, både lokalt i landstinget och regionalt. Och med bra projektansökningar är det inte svårt att få gehör hos politiker och tjänstemän, menar han. Det som kan vara svårt är att entusiasmera personalen att satsa på projekt som kräver engagemang både på arbetstid och på fritiden.

– Det gäller att motivera folk att skriva en projektplan och söka medel så att de officiellt kan få tid avsatt för forskning, risken är annars stor att det blir mycket avundsjuka bland personalen. Mitt jobb som chef har varit att stödja de som forskar och att informera övriga i personalen om att projektet är finansierat externt, utanför budgeten, säger Kennert Lenhoff. Ibland är det dock viktigt att tänja på ramarna, menar han.

– Man måste få fram medel för att frigöra anställda för forskning. Den offici-



*Du gör fel när du
berömmar en sak som du
inte fullt förstår, men värre
när du klandrar den.*

Leonardo da Vinci

ella hållningen är att det finansieras utifrån. Men ibland är det nödvändigt att fuska lite och låta entusiasterna ta en del av klinikens budget, säger han.

Under sin tid som verksamhetschef sattes ett 40-tal olika forsknings-, utvecklings- och kvalitetsprojekt i gång av läkare, sjuksköterskor, arbetsterapeuter, sjukgymnaster och barnmorskor.

Kennert Lenhoff kan utifrån egen erfarenhet se att de olika projekten genom åren lett fram till en bättre verksamhet: bättre palliativ vård, bättre sårvård, bättre allergiprevention, bättre hälsotänkande, bättre MVC- och BVC- mottagning och bättre rehabilitering.

– Av de 40 som drev projekt disputerade fyra, varav två var läkare. Det är tio procent som faktiskt gick vidare och skrev en avhandling. Det löpte många bra projekt parallellt och det skrevs mycket om oss i lokalpressen. Jag upplevde att det fanns en stolthet över den egna vårdcentralen, både bland de anställda och bland patienterna.

Ett bra exempel på hur patientnära klinisk forskning i primärvården kommit patienterna till del, är distriktsläkaren Rut Öiens utvecklingsarbete med patienter som lider av kroniska bensår.

I ett avhandlingsarbete kunde hon visa att Pinch grafting, eller hudtransplantation vid kroniska bensår, kan utföras lika bra som i slutenvården, men billigare i primärvården.

Rut Öien jämförde kostnaderna för pinch grafting i öppen- respektive slutenvård och kunde visa att den var mellan tre till fem gånger lägre när den utfördes i primärvården jämfört med på sjukhus.

Många patienter uppskattade metoden. De kunde dessutom gå hem direkt efter operationen och slapp läggas in på sjukhus.

– Rut Öien driver nu en specifik bensårsmottagning i primärvården. Och hennes projekt är bara ett av många exempel på viktiga arbeten som lett fram till en kvalitetshöjning i rutinsjukvården. Vid ett universitetssjukhus ingår i bilden att man ska forska, men ute i vardagssjukvården är bilden snarare att man inte ska forska. Det handlar mycket om attityder och engagemang, säger Kennert Lenhoff.

Anställda i primärvården som vill engagera sig i forskning erbjuds en kurs i grundläggande forskningsmetodik. Under tre terminer läser deltagarna 10 universitetspoäng teori och genomför under handledning även ett eget vetenskapligt projektarbete som motsvarar ytterligare tio poäng.

– Det har varit populärt hos oss. För dessa kurser kan man också få medel beviljade, säger Kennert Lenhoff.

För att underlätta satsningar på forsknings- och utvecklingsprojekt i primärvården önskar han en större förståelse och flexibilitet hos politiker och tjänstemän.

– Söker man medel i regional nämnd ska tolv kopior av en ansökan lämnas in, det är oerhört omständligt och tar mycket tid och kraft. Det är samma krav på oss i primärvården som på en universitetsklinik som dagligen sysslar med forskningsansökningar. Det borde finnas en större förståelse för att det kan vara svårt att fylla i dessa tunga forskningsformulär. Man kan behöva stöttning i det och få hjälp att komma igång även om alla papper inte är riktigt ifyllda, säger Kennert Lenhoff.

Efter 20 år vid Lyckeby vårdcentral lämnade han 2003 sin tjänst som verksamhetschef och arbetar idag halvtid som distriktsläkare vid Tullgårdens vårdcentral. Den andra halvtiden ägnar han åt ordförandeskapet i landstingets läkemedelskommitté.

– Min erfarenhet är att det finns personal i vardagssjukvården som är villiga att forska och som behöver stöttning. Och min personliga synpunkt är att det forskas alldeles för lite i rutinsjukvården.

Ändå är förutsättningarna och möjligheterna goda. Det menar den nuvarande primärvårdschefen P- O Olsson.

– Det finns ett starkt intresse för forskning och utveckling bland de anställda. Sedan handlar det om att ledningen verkligen skapar de praktiska förutsättningarna så att intresset kan omvandlas till praktisk handling. Nyligen anställde vi en specialistläkare som snart är docent och som sökte sig hit här tack vare vår satsning på forskningsfrågor. Vi har också en specialistläkare under utbildning som går en grundkurs i forskningsmetodik. Av de tio fasta läkare som arbetar hos oss, forskar två. Men vi har liksom tidigare också många andra spännande utvecklingsprojekt som pågår, säger P- O Olsson.

Vad är viktigt för att driva och väcka intresset för forskningsfrågor i primärvården?

– Ofta handlar det om att det finns eldsjälarna i verksamheten. Någon som kan inspirera och visa på vinsterna med att jobba med forskning och utveckling. Sådana eldsjälarna har vi haft och har vi här, säger P-O Olsson.

Landstinget Blekinges FoU-satsningar i primärvården har uppmärksamats nationellt. Projektet ”Sårcentrum Blekinge- tio gånger bättre och tio gånger billigare” har bland 269 deltagare valts ut som en av fyra finalister till Götapriset vid Kvalitetsmässan i Göteborg den 20-22 november.

Viktiga nycklar till framgång

- * En engagerad chef med ett bra kontaktnät och en nära dialog med tjänstemän och politiker
- * Att uppmärksamma och fånga de som är beredda att satsa tid på forsknings- och utvecklingsprojekt
- * Att vara uppmuntrande och stödjande när någon presenterar en idé
- * Det är chefens uppgift att noga förankra FoU-projekten och skapa en förståelse och medvetenhet hos övriga anställda så att avundsjuka och splittring inte uppstår
- * Prioritera det viktigaste, alla möten är inte viktiga
- * Rekrytera vikarier så att tid frigörs för dem som forskar



*De tama fåglarna
har en längtan.
De vilda flyger.*

Elmer Diktonius

Jerzy Leppert
professor i allmän-
medicin samt chef för
Centrum för klinisk
forskning i Västerås



När Jerzy Leppert lanserade visionen att skapa ett framgångsrikt forskningscentrum utanför universitetssjukhusen, möttes han av motstånd. Men genom ett envist sisyfosarbete har han lyckats med det som många tvivlade på; att skapa en framstående och självständig enhet med patientnära forskning i Landstinget Västmanland.

Sedan 1999 leder Jerzy Leppert Centrum för klinisk forskning i Västerås (CKF). Det är en tvärvetenskaplig verksamhet som bedriver forskning på hög internationell nivå och som bygger på ett nära samarbete mellan Landstinget Västmanland och Uppsala universitet.

– Vi har alla fördelar som en institution har, men slipper nackdelarna. Jag skulle vilja påstå att vårt centrum är en framtidsmodell för att utveckla och underlätta för den patientnära forskningen och samtidigt stärka banden mellan universiteten och landstingen, säger Jerzy Leppert, professor i allmänmedicin vid Uppsala universitet.

En undersökning som gjorts av Läkarförbundet visar att andelen disputerade läkare på universitetssjukhusen är 58 procent, jämfört med 16 procent på länssjukhusen. Det visar med all sin tydlighet, menar Jerzy Leppert, att klinisk forskning bör förstärkas på universiteten, men framförallt inom länssjukvården.

– De anställda inom vården måste ha kompetens att utvärdera nya metoder för att diagnos och behandling. Hälso- och sjukvården ska vara evidensbaserad och det målet går inte att uppnå om inte personalen får en vetenskaplig skolning, säger Jerzy Leppert.

Centrumbildningen i Västerås är en av flera i landet. Sedan slutet av 90-talet finns verksamheter även i Dalarna, Gävle och Eskilstuna. Samtliga är knutna till den medicinska och farmaceutiska fakulteten vid Uppsala universitet.

– Många ser inte möjligheterna, men det gjorde Bengt Westermark som var vice rektor vid Uppsala universitet. Han förstod värdet av vår verksamhet och hjälpte oss med en bättre förankring inom fakulteten. Tidigare sortera-

de vi under institutionen för allmänmedicin, men idag har vi en oberoende ställning och är en ”egen institution” lokaliserad utanför universitet, säger Jerzy Leppert.

I dag sker huvuddelen av all medicinsk forskning på universiteten och inom läkemedelsindustrin; man har i Sverige haft en tendens att negligera verksamheter som sker utanför universiteten.

– Man har varit dålig på att uppmärksamma och ta tillvara den stora potential av outnyttjat intellektuellt kapital som finns bland de anställda inom landstingen och som kan bidra till att stärka klinisk forskning i Sverige, säger Jerzy Leppert.

Han är född i Wroclaw i Polen. Han var 25 år och nybliven läkare när han av politiska orsaker lämnade sitt hemland. Under några månader försörjde han sig som diskare i Sverige, fortsatte som underskötare och tog sedan svensk läkarexamen 1973.

– Det var ett bra sätt att lära mig ett nytt språk och hur Sverige fungerar, säger Jerzy Leppert.

Han har arbetat som forskningschef och haft flera tunga administrativa poster inom både allmänmedicin och forskning vid landstinget i Västmanland. Hans forskningsområden är epidemiologi, kardiovaskulära sjukdomar, urologi och allmänmedicin.

Jerzy Leppert disputerade 1989 vid medicinska fakulteten i Uppsala på en avhandling om Raynauds fenomen. En av hans förebilder och mentorer var Gösta Tibblin, en av de första professorerna i allmänmedicin och en framstående hjärt-kärlforskare.

– Han lockade in mig på forskarbanan, det blev en spännande resa från vårdcentralen och patienterna till universitetet och avancerade molekyllärologiska undersökningar, säger Jerzy Leppert.

På några år har han tillsammans med sina kollegor placerat Centrum för klinisk forskning på såväl den nationella som den internationella kartan. Forskningen som bedrivs vid CKF har en stark klinisk inriktning; forskningsprojekten som är knutna till centret härstammar från dagligt patientarbete och omfattar områden som exempelvis Raynauds fenomen, bröstcancer, sömnapné, avvikande beteende hos ungdomar, diabetes och hjärt-kärlsjukdomar och magtarm- och leversjukdomar.

En annan typ av forskning som bedrivs vid centret är så kallad översättningsforskning, det vill säga man överför grundvetenskaplig kunskap från olika universitet till praktiskt kliniskt arbete i vården.

Vid centret som har cirka 15 anställda, finns också en samlad kompetens inom vetenskapsmetodik, biostatistik och epidemiologi.

Forskare verksamma inom olika områden som psykiatri, primärvård, sjukhusvård och tandvård är knutna till centret.

Den vetenskapliga produktionen är hög. Under 2006, hade centret 55 pågående forskningsprojekt. Sedan starten 1999 har centret producerat drygt 240 artiklar i internationellt ansedda vetenskapliga tidskrifter.

– Min vision är att vi ska vara ett framgångsrikt tvärvetenskapligt forskningscentrum, det bästa utanför universitetssjukhusen. Jag vill testa gränser, se hur långt vi kan nå. En utmanande och drivande tanke är att kunna visa att det vi håller på med kan förändra delar av sjukvården, säger Jerzy Leppert.

Centret har vid sidan av Uppsala universitet också ett nationellt samarbete med bland annat Karolinska Institutet, Örebro universitet samt Sahlgrenska Akademien. Internationellt samarbetar centret med Decode genetics i Reykjavik, Universitetet Wroclaw i Polen samt National Institute of Health, NIH, i USA.

– En av våra medarbetare Rickard Sjöberg har varit gästforskare vid NIH. Genom det samarbetet har CKF fått möjlighet att utveckla kompetensen inom det neurogenetiska området med särskilt fokus på psykiska och sociala effekter av stress. Vi har även andra samarbetsprojekt och nu vet man på NIH var Västerås och CKF finns på kartan, det är väldigt roligt, säger Jerzy Leppert.

Forskning är grunden för en väl fungerande sjukvård

Sjukvården är en kunskapsintensiv verksamhet. Även om alla håller med om att den kliniska forskningen är en grundbult i en välfungerande hälso- och sjukvård, satsas jämförelsevis lite pengar på klinisk forskning i Sverige.

Medan Ericsson anslår 14 procent av sin budget till utveckling av mobil telekommunikation, satsar staten och landstingen en krympande andel på medicinsk forskning.

– Inom landstinget Västmanland går cirka 2,5 promille av den totala budgeten till Centrum för klinisk forskning. Det är i sammanhanget inte särskilt mycket pengar med tanke på att det vi sysslar med handlar om insatser som på sikt kan rädda liv, och att höjda standarden inom rutinsjukvården, säger Jerzy Leppert.

Han har jämfört CKF med andra vetenskapliga institutioner och kunnat visa att centret är både produktivt och kostnadseffektivt.

Året 2005 publicerade centret 39 pek (vetenskaplig artikel). Varje pek kostade cirka 400 000 kronor. Vid Uppsala universitet som enligt Vetenskapsrådet var den mest effektiva vetenskapliga enheten i Sverige var kostnaden över en miljon.

Genom att satsa på forskning sparar vi pengar

I samband med regeringsskiftet 2006 blev det majoritetsbyte i landstinget Västmanland. Kritiska röster hördes och politikerna ifrågasatte finansieringen av CKF; var inte centret egentligen en statlig angelägenhet?

– Vi bjöd in politikerna och gjorde en ingående presentation av verksamheten. Genom att satsa på forskning som leder till ny diagnostik och behandling sparar samhället enormt stora kostnader på sikt. Detta synsätt måste framföras på ett pedagogiskt sätt och med goda argument, då kan man få gehör hos politikerna. Efter presentationen fick vi dem med oss och kunde fortsätta vår verksamhet, säger Jerzy Leppert.

En väg att stärka klinisk forskning i Sverige är att skapa fler centrumbildningar utanför universiteten, menar han.

Det ger stora möjligheter att knyta forskningsintresserade läkare som arbetar med patienter utanför universitetssjukhusen till spännande projekt.

– På universitetsklinikerna upplevs ofta att forskning är den enda möjligheten att stanna kvar på kliniken. Det finns en risk att det skapar en slags ”management by fear” attityd. På Centrallasarettet i Västerås säger vi, här får du en möjlighet att forska om du vill. Det ökar chanserna att få in folk som verkligen är motiverade. Lustprincipen är viktig, den vill vi ska genomsyra vår verksamhet, säger Jerzy Leppert.

Varje vecka håller CKF *Öppet hus* för forskningsintresserade. Alla anställda i Landstinget Västmanland har möjlighet att boka ett timplångt möte med seniora forskare och forskarasistenter vid centret för att diskutera tankar kring eventuella forskningsprojekt. Det behövs ingen färdig forskningsplan, det räcker med en idé. Den sökande får sedan hjälp med en bedömning av idéns eller projektets bärighet samt stöd och råd om hur man kan gå vidare. Ibland kommer enskilda läkare, sjuksköterskor, sjukgymnaster, psykologer, ibland kommer en halv vårdavdelning. Under 2006 hölls 59 konsultationer.

– Alla kan forska, det är bara att bestämma sig. Men många vågar inte ta steget på grund av att de tror att de inte kan. Här kan de få berätta och bolla idéer med erfarna forskare och få den hjälp de behöver för att komma vidare. Vårt mål är att ge stöd och handledning i forskningsarbete i en kreativ forskarmiljö. Öppet hus är själva grundbulten i centrets verksamhet, säger Jerzy Leppert.

Det finns många goda exempel på hur intressanta idéer lett fram till spännande forskningsprojekt. Sedan 2005 pågår ett arteriosklerosprojekt som är ett samarbete mellan hjärtkliniken, fysiologkliniken, kärlkirurgiska kliniken och kemlaboratoriet. Det har i tidigare undersökningar visat sig att hjärtinfarktpatienter ofta återinsjuknar i andra åderförkalkningsrelaterade sjukdomar. Hittills har hjärtinfarktvården mest fokuserat på åderförkalkning i kranskärlet och inte ägnat särskilt stor intresse åt att undersöka om det finns förändringar även i andra kärl. En avhandling från 2003 vid CKF visade till exempel att tre fjärdedelar av infarktpatienterna hade diabetes eller nedsatt insulinkänslighet.

– Vi kartlägger nu om det finns en generaliserad åderförkalkning hos patienter som vårdats för hjärtinfarkt. Totalt kommer 1 000 patienter och lika

många kön- och åldersmatchade kontroller att ingå i studien, det är ett exempel på forskningsområde som förhoppningsvis kommer att få en stor praktisk klinisk betydelse, säger Jerzy Leppert.

Det tvärvetenskapliga arbetssättet och den kreativa miljön är nyckelfaktorer för att skapa en framgångsrik forskningsenhet, menar han. Det finns också en tydlighet kring vilka drivkrafterna och förväntningarna är. Personalen måste sedan få frihet under ansvar och känna att den är en viktig medspelare i ett större sammanhang. Mer än hälften av de forskare som disputerar vid centret är läkare. Många av dem skulle sannolikt inte ha disputerat om de inte hade fått centrets stöd och uppbackning, tror Jerzy Leppert.

– Vi försöker även i ett tidigt skede rekrytera bland läkare som ska anställas vid Centrallasarettet i Västerås. Finner vi personal som är motiverade kan vi erbjuda en spännande karriärutveckling.

Det finns en hög ambition vid CKF. Det är viktigt för att motivera och sporra medarbetarna till högkvalitativ forskning, menar Jerzy Leppert.

Han skulle önska att många av dagens politiker hade en större medvetenhet och kunskap om betydelsen av klinisk forskning. Det kortsiktiga stirrandet enbart på ekonomi hindrar en långsiktig utveckling av Sverige som en framträdande forskningsnation.

– Vi fick vår budget beviljad med 4 postdoktorandtjänster som plötsligt drogs in på grund av besparingar. Dessa tjänster är nu vilande och jag bedriver ett febrilt lobbyarbete för att få loss pengarna.

För att skapa den tid som krävs för att leda och vidareutveckla CKF, prioriterar han hårt bland alla kallelser till möten. Jerzy Leppert väljer noga vilka möten han går på.

Centrum för klinisk forskning i Västerås

är organisatoriskt en självständig forskningsenhet lokaliserad till Västerås och knuten till medicinska fakulteten vid Uppsala universitet. Centret sorterar direkt under dekanus vid Uppsala universitet samt landstingsdirektören i landstinget Västmanland.

I styrelsen för centret sitter förutom kanslichefen för medicinska fakulteten i Uppsala, även divisionschefer, landstingsdirektören, forskningsskolade klinikchefer samt framträdande forskare som professor Lars Wallentin och professor Lars Pålman från Uppsala universitet. Verksamheten är till 95 procent finansierad med landstingsmedel, den övriga finansieringen kommer från Uppsala universitet samt externa medel. Den totala budgeten är cirka 16 miljoner kronor.

Genom ett särskilt avtal förlägger Uppsala universitet en del av sin verksamhet som exempelvis grundutbildning, forskning och forskarutbildning till Centrallasarettet i Västerås. Doktorander kan skrivas in vid CKF och examination samt disputation kan ske i Västerås.

Viktiga nycklar till framgång

- * **Väldefinierade mål med verksamheten**
- * **Hitta medarbetare som vill och är motiverade att ägna sig åt forskning**
- * **Klar och tydlig organisation av verksamheten**
- * **En stor frihet för medarbetarna – skapa möjligheter så att de kan forska på det som är viktigt för dem själva. Forskning ska vara roligt**
- * **Satsa på eget ansvar**
- * **Beröm och belöna, trösta vid misslyckande**
- * **Lyssna på medarbetarna, understryk betydelsen av teamarbete**
- * **Viktigt med extern uppmärksamhet – låt forskarna vara stolta över sin verksamhet**
- * **Arbeta enligt de normer som gäller för andra liknande verksamheter. Satsa stort! Sträva efter publicering i ansedda internationella tidskrifter**

Erna Möller, professor i klinisk immunologi, Karolinska institutet

Sverige har fantastiska möjligheter att lyfta den medicinska forskningen till en internationell topplats. Men för att göra det krävs fler satsningar för att väcka unga människors intresse för naturvetenskap och forskning. Det menar Erna Möller, belönad med kunglig medalj för sina insatser inom medicinsk forskning. Sedan några år är hon även verkställande ledamot i Knut och Alice Wallenbergs stiftelse.



På tredje våningen i ett kontorshus på Arsenalsgatan, i hjärtat av Stockholm, ligger ett av Sveriges mest inflytelserika maktcentrum. Här förvaltas 60 miljarder kronor i tillgångar från de tre stora Wallenbergsstiftelserna. De senaste fem åren har stiftelserna delat ut drygt 4,5 miljarder kronor till i huvudsak svensk vetenskaplig forskning. En stor del av pengarna går till olika forskargrupper som behöver medel till forskningsutrustning, mindre delar anslås till stipendier och forskartjänster, samt till naturvetenskapliga, tekniska och biomedicinska forskningsprojekt.

Bakom en dörr med en mässingsskylt med bokstäverna *Thisbe* (ordet är hämtat ur den grekiska mytologin), har Erna Möller sitt kontor. I den långa korridoren passerar Axel, Jakob och Marcus Wallenberg. Erna Möllers kontor flödar av ljus. På väggen hänger en stor vacker tavla av den jämtländske konstnären Anton Genberg. Motivet är sekelskiftets Djurgården.


– Visst är den vacker! Ljuset är otroligt fint, jag är så glad att den hänger här i mitt rum, säger Erna Möller.

Hon har gjort en lång och framgångsrik karriär inom sjukvård, vetenskap och forskning. Hennes kunskaper och erfarenheter har varit efterfrågade, inte bara i Sverige utan även internationellt. För två år sedan belönades hon med medalj av kungen för sina insatser inom medicinsk forskning.

I flera år var hon ledamot i AstraZenecas styrelse, men lämnade sin plats i våras och efterträddes av professor Bo Angelin.

– I december går jag i pension från Karolinska Institutet. Min sista doktorand har disputerat. Men jag kommer att fortsätta som verkställande ledamot i Wallenbergstiftelsen, säger Erna Möller.

I så gott som hela hennes yrkesliv har hon varit chef för ett kliniskt laboratorium (klinisk immunologi). Hon blev legitimerad läkare samtidigt som hon disputerade 1966 vid Karolinska Institutet.



*Fantasi är viktigare än
kunskap. För kunskap är
begränsad till allt vi vet
och kan förstå, medan fantasi omfattar
hela världen, och
allt som någonsin kommer
att vetas och förstås.*

Albert Einstein

Avhandlingen handlade om transplantationer, ett område som hon i huvudsak ägnat sig åt under sin karriär.

– Jag har alltid satt forskning och forskarutbildning främst. På ett kliniskt labb hade man optimala möjligheter att forska, patienterna fanns lätt tillgängliga, likaså doktorander från olika kliniska avdelningar. Hälften av mina doktorander har varit kliniskt verksamma som exempelvis kirurger, reumatologer, dermatologer och njurmedicinare, säger Erna Möller.

Nyligen fick hon frågan hur mycket pengar Wallenbergsstiftelsen delar ut till klinisk forskning. Frågan är svår att besvara, menar hon, eftersom det finns många otydliga definitioner av vad klinisk forskning är. I vissa sammanhang pratar man om den tillämpade nyttoforskningen, till skillnad från den mer grundvetenskapliga och mer sökande forskningen.

– Jag tycker inte att man ska göra den uppdelningen. En forskare ställer en fråga, formulerar en hypotes och testar sedan om det går att besvara frågan. Svaret får ju inte vara givet, då är det ju en utredning man gör, säger Erna Möller.

Förr inriktades klinisk forskning mer direkt på patienten. Men tack vare de tekniska framgångarna finns idag möjligheter att utgå ifrån ett kliniskt problem hos patienten och sedan utreda de grundläggande orsaksmekanismerna på laboratoriet. Det är samarbetet mellan sjukvården och universitetet som skapar förutsättningarna för en framgångsrik klinisk forskning, menar Erna Möller.

Det finns forskare på sjukhusen som jobbar med djurmodeller för att utveckla effektiva behandlingsmetoder för patienter med till exempel multipel skleros eller reumatoid artrit. Och på Karolinska institutets ”prekliniska” campus i Solna arbetar forskare med sjukdomar som malaria och hiv utifrån ett grundvetenskapligt angreppssätt. I en snäv definition skulle de kanske inte betraktas som kliniska forskare, trots att de arbetar för att skapa bättre behandlingsmöjligheter för patienterna.

– Klinisk forskning anser jag utgår ifrån det kliniska problemet. Man pratar om krisen inom klinisk forskning, men vad är klinisk forskning? Jag tycker att det råder en begreppsförvirring i Sverige. Själv har jag arbetat på en avdelning för klinisk immunologi. Mycket av det jag själv har sysslat med har haft sin utgångspunkt i patienterna, men själva forskningen har en grundvetenskaplig inriktning. Är den forskningen klinisk, ja det beror på vem man frågar, säger Erna Möller.

Hon pratar hellre om medicinsk forskning; om att söka, observera, ha kunskap och förmåga att se det oväntade, vare sig man arbetar med patienter eller med experimentella modeller som kan förklara de grundläggande orsaksmekanismerna till en sjukdomsprocess. Bägge delarna behövs för att bilda en helhet.

En kreativ forskningsmiljö är en viktig nyckel till framgångsrik medicinsk forskning. Som professor eller verksamhetschef har man en skyldighet att fånga och stödja de udda begåvningarna, och att skapa spännande samarbeten mellan sjukvården och universitetet, menar Erna Möller.

Som medlem i Nobelförsamlingen har hon kunnat se ett tydligt mönster bland de forskare som fått nobelpriset i medicin; så gott som alla kommer från kreativa forskarmiljöer. Vissa miljöer fostrar individer som vågar tänka fritt, som inte hämmas i sitt kreativa tänkande, som har fått lov att gå sina egna vägar och som har fått möjlighet att ställa de ”omöjliga” frågorna.

– De viktigaste förutsättningarna för att bedriva kvalificerad och konkurrenskraftig medicinsk forskning är att det finns pengar, en fruktbar omgivning och en kreativ miljö. Det måste finnas en öppenhet för samarbete med andra och unga personer behöver tränas i att bli självständiga. Själv uppskattade jag oerhört mycket de ovanliga, originella frågorna från studenter på mina föreläsningar eller från de yngsta doktoranderna, de gjorde att man fick stanna upp och tänka, en slags naiv kreativitet som är otroligt betydelsefull, säger Erna Möller.

För många år sedan träffade hon en 35-årig läkare som specialistutbildade sig till kirurg. En dag klev han in på Erna Möllers forskningslabb och berättade att han mycket hellre vill forska än att fortsätta som kliniker. Han hade varit hos flera forskare i Stockholmsområdet men fått nobben på grund av sin ålder. Många tyckte att han var för gammal att starta en forskarkarriär.

– Men när jag pratade med honom såg jag en udda begåvning. Han fick chansen, disputerade snabbt och fick flera doktorander som idag är professorer. Han heter Olle Olerup och jobbar på avdelningen för klinisk immunologi vid Karolinska Institutet. Han driver också ett företag som omsätter över hundratal miljoner. Han fick en idé och omsatte den i ett företag. Jag tror att många kan se honom som en förebild och inspiratör, säger Erna Möller.

Hon kan hålla med om att många läkare idag som vill forska är eftersatta. Problemen är väl kända, det är brist på forskartjänster och det saknas tid i den slimmade sjukvården, produktion prioriteras högre än forskning.

– Med åren har det skett en glidning, i dag förväntar man sig inte att en chef i sjukvården ska finnas mitt i verksamheten. De är dessutom hårt belastade av administrativa uppdrag som gör det svårt att hålla en aktiv forskning levande. För att kunna möta dessa problem och ändå skapa förutsättningar krävs akademiska företrädare. Som verksamhetschef för en forskande avdelningen är det nödvändigt att ha den skolningen, säger Erna Möller.

Hon anser också att Sverige behöver bli bättre på att stärka intresset för naturvetenskap och på ett bättre sätt visa forskningens möjligheter.

Wallenbergstiftelserna ger pengar till Vetenskapsakademien samt Ingenjörskademin för att stärka unga människors intresse för vetenskap. Dess-

utom ger de pengar till Svenska akademien samt till Vetenskaps- och Vitterhetsakademien. De finansierar även tjänster för unga forskare.

– Vi måste visa på forskningens möjligheter redan på gymnasiet. Intresset för naturvetenskap har minskat och man måste pröva flera vägar för att stärka det, säger Erna Möller.

Knut och Alice Wallenberg stiftelse finansierar till exempel ”The Wallenberg Global Learning network”, ett projekt som vill lyfta fram nya kreativa informationstekniker och utbildningsmetoder för undervisning på lågstadiet upp till gymnasiet. Ett projekt som engagerar många universitet i Sverige.

Erna Möller var med om att starta läkarprogrammet med forskningsinriktning på Karolinska Institutet och hon intervjuade de första kullarna.

– Vi prioriterade dem som tidigt hade visat ett forskningsintresse redan i gymnasiet och som också hade ambitionen att arbeta som läkare. Var man bara intresserad av forskning fick man en lägre prioritet. Vi har flera goda exempel på personer som gått denna inriktning och som idag brinner för forskning och som i grunden styrs av kliniska frågeställningar. Det är bland andra dessa personer som idag hjälper till att driva den medicinska forskningen framåt, säger Erna Möller.

Viktiga nycklar till framgång

- * En kreativ forskningsmiljö med öppenhet, nyfikenhet och en vilja till gränsöverskridande samarbete är en viktig nyckel till framgångsrik medicinsk forskning. Som professor eller verksamhetschef är det viktigt att fånga och stödja de udda begåvningarna
- * Mycket av den medicinska forskningen idag kräver tillgång både till patienter och till laboratorier. Ett gott samarbete mellan sjukvården och universiteten är därför en förutsättning
- * Verksamhetscheferna på universitetssjukhusen bör ha en god akademisk bakgrund och själva ha erfarenhet av medicinsk forskning
- * Mindre och mer hanterbara enheter. Sammanslagningen av till exempel Huddinge sjukhus och Karolinska sjukhuset har medfört så stora avdelningar att verksamhetscheferna inte längre har tid och möjlighet att vara både administrativ chef och forskningsledare
- * ALF-LUA-medel bör hellre satsas på färre personer än fler, för att skapa utrymme för en mer sammanhängande tid för forskning
- * Intresset för naturvetenskap har minskat bland unga. Insatser krävs för att stärka det intresset och att tidigt uppmuntra och locka unga till forskning



*Det krävs ett helt nytt sätt att tänka
för att lösa de problem vi skapat med
det gamla
sättet att tänka.*

Albert Einstein

*Tommy Olsson, professor i
medicin och endokrinologi
vid Norrlands
universitetssjukhus*



För att framgångsrikt driva klinisk forskning krävs en inspirerande ledare med en bra akademisk utbildning i botten. Men det krävs också en slags psykologisk lyhördhet och fingertoppskänsla för individers olikheter och drivkrafter. Forskning är en mental inställning. Det menar Tommy Olsson, professor i medicin och endokrinologi vid Norrlands universitetssjukhus.

På Tommy Olssons arbetsrum hänger en stor tavla som påkallar uppmärksamheten. Den påminner om ett isländskt vulkanlandskap med mäktiga urkrafter som puttrar under ytan.

– Jag tycker mycket om den. Den fick hänga kvar när jag övertog Kjell Asplunds arbetsrum, säger Tommy Olsson.

När Kjell Asplund flyttade till Stockholm 2003 för att ta över som överdirektör och senare generaldirektör för Socialstyrelsen, efterträdde Tommy Olsson honom som enhetschef och blev senare prefekt för Institutionen för folkhälsa och klinisk medicin.

– Det är en jätteinstitution som bland annat rymmer internmedicin, allmänmedicin, epidemiologi och yrkesmedicin. Vi har också biobanken knuten till institutionen, säger Tommy Olsson.

I två år var han prefekt, men tog sedan ett steg åt sidan och är idag ställföreträdande prefekt. Tjänsten som prefekt var administrativt krävande och tog mycket tid från det han brinner mest för: forskning, utbildning och sjukvård. Tre ben som i mycket större utsträckning borde genomsyra den landstingstyrda verksamheten, menar Tommy Olsson.

– Det handlar om mental inställning och ett gemensamt åtagande för att lyfta den kliniska forskningen så att den kommer sjukvården och patienterna till del. Tyvärr har inställningen till forskning förändrats de senaste åren. Det råder ett ensidigt fokus på produktion och vi är idag oerhört kostnads-effektiva, och konsekvensen är att den alltmer slimmade sjukvårdsorganisationen påverkar inställningen, drivkraften och lusten till forskning.

Den luft som tidigare fanns i systemet och som gjorde det möjligt att med kort varsel frigöra tid och utrymme för forskning, finns inte längre.

Det ställs därför mycket hårdare krav på ledarskap och långsiktig planering, menar Tommy Olsson.

Det finns idag många chefer inom sjukvården som inte är utbildade för att kunna ta tillvara de resurser som finns och för att kunna driva högkvalitativ forskning och utveckling. Det märks på många håll, menar Tommy Olsson, som gärna ser ett system där man aktivt rekryterar chefer med akademisk bakgrund och som har fingertoppskänsla och förmåga att bygga broar mellan den landstingsdrivna sjukvården och akademien vid universiteten. Genom ett nära samarbete är det lättare att stimulera vårdpersonalens intresse för forskning och metodik, därigenom ökar också engagemanget för patienterna.

Tommy Olsson har själv en lång och gedigen klinisk erfarenhet. När han disputerade 1990 var han färdig specialläkare i såväl medicin som endokrinologi.

– Som forskningsledare är det viktigt att kunna inspirera andra till forskning och att hålla en hög vetenskaplig nivå. Jag har haft stor nytta av att ha stått med fötterna i två världar, säger Tommy Olsson.

Hans vetenskapliga avhandling handlade om hormonella förändringar i samband med slaganfall. Tommy Olssons forskargrupp kunde tidigt visa att bildningen av stresshormonet kortisol i samband med stroke kan leda till påtagliga störningar av kognitiva funktioner. För många individer innebär de hormonella förändringarna tillsammans med social isolering en klart ökad risk för depressionssjukdomar.

– Trots att vi har stor kunskap om hur man bättre kan hjälpa patienter efter slaganfall är omhändertagandet fortfarande bristfälligt och det råder stora skillnader i strokevården i landet, säger Tommy Olsson.

För få patienter vårdas på särskilda strokeenheter och det ges propplösande behandling inom tre timmar på endast hälften av sjukhusen i landet.

– Genom PO Westers och Kjell Asplunds engagemang startade man tidigt i Umeå en strokeenhet och som i dag står sig väl i olika utvärderingar. Vi har också flera viktiga forskningsprojekt här som handlar om sambandet mellan gener, livsstil och miljö och insjuknande i stroke. Det är ett av många exempel på hur klinisk forskning har betydelse för patienterna, säger Tommy Olsson.

Steket från att vara prefekt till att satsa mer tid på rollen som forskningsledare hänger intimt samman med en stark lust till fördjupning. Ett viktigt forskningsområde handlar om att försöka förstå de grundläggande mekanismerna bakom metabol- och kardiovaskulär sjuklighet. Tommy Olssons forskargrupp har visat att processer i fettväven kan vara nyckeln till många av våra välfärdssjukdomar.

Specifikt jobbar forskargruppen bland annat med att försöka förstå hur stresshormonet kortisol verkar på vävnadsnivå. Man har funnit att övervik-

tiga personer kan ha en ökad bildning av kortisol i fettvävnaden. Mot bakgrund av denna kunskap har många läkemedelsföretag satsat på att utveckla läkemedel som kan bromsa bildningen av kortisol i fettväven. Syftet är att förebygga utvecklingen av fetma.

Tommy Olssons drivkraft är nyfikenhet, en vilja att förstå de djupare sammanhängen, att utforska nya vägar och vara en förebild och inspirationskälla till de yngre forskarna.

– Det långsiktiga målet är naturligtvis att utveckla och förbättra behandlingsmetoder för patienterna, säger Tommy Olsson.

För att kunna driva klinisk forskning framåt krävs en ledare med en egen plattform och en bra akademisk utbildning i botten, menar han. Men det krävs också en slags psykologisk lyhördhet för individers olikheter och drivkrafter. Tommy Olsson har gått olika ledarskapsutbildningar samt en mentorskapsutbildning som gav honom möjligheter att formulera tankar och visioner på ett kraftfullt sätt.

– Jag fick ett bollplank och formulerade saker som jag tidigare kanske tänkt men inte konkretiserat. Det var en nyttig erfarenhet. Sedan tror jag att man som forskningsledare måste vara flexibel. Det som många glömmet är betydelsen av att se och ta tillvara de individuella behoven. Människor är olika och kan gå åt olika håll. Det är lätt att kommunikationen låser sig när man inte förstår varandras utgångspunkter. Då är det bra att vara nyfiken, säger Tommy Olsson.

Kunskap om beteenden och psykologiska mekanismer är viktig för att skapa en trygg miljö med stor öppenhet för förändring, förnyelse och interaktion, menar han.

Vissa doktorander vill ha tydliga ramar med kortsiktiga mål och ett nära samarbete med sin forskningsledare, andra vill ha större svängrum och blir hämmade i sin kreativitet om de blir styrda för hårt.

Ett annat nyckelord är prestigelöshet; att som forskningsledare kunna ta ett kliv åt sidan och släppa fram yngre förmågor så att de får chansen att utvecklas och mogna i ett tillåtande och kreativt klimat.

– Vi har en hög medvetenhet när det gäller att stötta yngre forskare, de har i princip företräde. Genom ALF-anslag och extra medel ur universitetsfonder kan vi tilldela yngre forskare betydligt mer resurser än vad man får från en genomsnittlig ansökan, säger Tommy Olsson.

Han anser att det är viktigt att också motivera yngre forskare att förkovra sig utomlands efter disputationen. Det ger en god vetenskaplig skolning och höjer forskarens meritvärde.

– Det är oerhört viktigt att man får den skolningen för att kunna gå vidare och bli en bra forskare, säger Tommy Olsson.

Men vägen genom det svenska forskarutbildningssystemet är snårig och många kliniska forskare har svårt att försörja sig. De senaste åren har tillgången på post doc- tjänster sakta strypts. Åtstramningar, besparingar och omorganisationer har på många håll inneburit att tidigare definierade forskarassistenttjänster bakats in i totalbudgeten. Vid universitetssjukhusen har många kliniska assistenttjänster dragits in och forskare tvingas förlita sig bland annat på stipendier som inte ger någon social trygghet.

– Att hitta tjänster är naturligtvis en svår ekvation, men i Umeå har det tack och lov fungerat bra. Vi hade till exempel under en period fyra kliniska assistenttjänster på medicin där 50 procent av lönen kom från universitetet. Tre av dessa forskare har utbildat sig vidare vid utländska forskningsenheter, och samtliga är självständiga och drivande forskare. Den här typen av tjänster som innebär 50 procent klinik och 50 procent forskning, är väldigt bra. Det ger en möjlighet till långsiktig planering och framförhållning, säger Tommy Olsson.

Även tillgången på ST-forskartjänster är god, menar han:

– Det går att få in en fot på vikariat och sedan få en tjänst. Landstinget och universitetet kan tillsammans utgå ifrån en rambudget för att besluta om att inrätta forskartjänster lokalt. Det handlar om prioriteringar, säger Tommy Olsson.

Hur gör man då som forskningsledare. Måste man inte vara beredd att gå utanför ramarna för att kringgå alla byråkratiska och administrativa hinder som bromsar utvecklingen av den kliniska forskningen.

Jo, man behöver ibland ha is i magen och ta chanserna när de dyker upp, menar Tommy Olsson.

Formellt kan man inte anställa en doktorand om det inte finns fyra års finansiell täckning. Men om en lovande och kompetent forskare har vägarna förbi, måste man som forskningsledare eller chef för en enhet vara drivande och acceptera ett visst risktagande, anser han.

– Man måste våga tillsätta tjänster även om man inte har full täckning. Är projektet övertygande så får man utdelning på sikt, det är jag helt övertygad om. Det är dessutom en kraftig generationsväxling på gång och vi behöver rekrytera nya yngre förmågor som kan ta vid, säger Tommy Olsson.

Det behövs också en högre kompetens bland politiker och tjänstemän när det gäller fördelningen av resurser till klinisk forskning. Pengar finns, menar han, men inom landstinget används inte resurserna alltid optimalt.

– Det är inte alltid de mest kompetenta som avgör vart pengarna ska gå. Det här är ett problem främst inom landstinget, inom universitetet är kvalitetsgranskningen hårdare. I dag satsas det pengar på forskning som egentligen inte håller. Skulle man prioritera annorlunda skulle man kunna optimera resurserna bättre, säger Tommy Olsson.

Viktiga nycklar till framgång

- * Ett gott samarbete mellan universitet och landsting
- * En optimal användning av ALF-medel
- * Utbildning av forskningsledare
- * Vidareutbildning av disputerade forskare
- * Ökat meritvärde för forskarutbildning vid anställning inom landstinget
- * Ökad medvetenhet och kunskap bland politiker och ledare inom landstingsorganisationerna om värdet av klinisk forskning

Vetenskapligt genombrott som Tommy Olsson gärna skulle vilja se i sin forskargrupp

En ökad förståelse för grunderna till individuell känslighet i utvecklingen av fetma och fetmarelaterade sjukdomar.

Kunskapen kan ge en grund för generella och individuella råd för att minska riskerna för ett fortsatt epidemisk utveckling av fetma i befolkningen.



*Ett föredöme är bättre
än tusen argument.*

William Gladstone

*Annika Tibell,
verksamhetschef,
Transplantationskirurgiska
kliniken, Karolinska
Universitetssjukhuset*



Transplantationskirurgen har de senaste 20 åren tagit flera stora språng. Genom utvecklingen av nya läkemedel och behandlingsmetoder kan långt fler patienter transplanteras och överleva. Från att ha varit en pionjärverksamhet är transplantationer idag en del av den etablerade sjukvården. Utan ett nära samarbete mellan kliniker i sjukvården och prekliniker på universiteten, hade framgångarna inte varit möjliga.

Annika Tibell är överläkare och var mitt i en forskarkarriär inom transplantationskirurgi när hon 2001 blev tillfrågad om hon ville söka tjänsten som verksamhetschef för transplantationskirurgiska kliniken vid Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge.

– Jag hade nog inte sökt om jag inte blivit uppmanad. Men jag är glad att jag gjorde det, som verksamhetschef får man en inblick och kan påverka saker. Nu när jag blivit mer van som chef har jag också möjlighet att organisera min tid så att jag får plats för både administration och forskning, säger Annika Tibell.

Hon är chef för en jämförelsevis liten klinik med 18 vårdplatser vars verksamhet förutsätter ett nära samarbete med andra sjukvårdskliniker och specialitetsområden. Transplantationskliniken ingår i ett nätverk av specialister inom exempelvis immunologi, anesthesiologi, nefrologi, hepatologi, pediatrik, diabetologi, radiologi och patologi.

Vid sidan av den patientnära verksamheten arbetar kliniken också med forsknings- och utvecklingsarbete. Tillsammans med Bo-Göran Ericzon, professor i transplantationskirurgi och enhetschef vid Institutionen för klinisk vetenskap, intervention och teknik, leder Annika Tibell en forskningsintensiv verksamhet med en både snabb och gynnsam utveckling.

Huvudlinjerna i forskningen handlar om: transplantation av ö- och leverceller, monitorering av levertransplantat, transplantation av patienter med preformerade antikroppar, kliniska läkemedelsstudier samt barntransplantationer.

– Ett kliniskt viktigt forskningsprojekt som vi bedriver är transplantation över blodgruppsbarriärerna. Det är en helt ny svensk metod som utvecklats tack vare ny bioteknologi, säger Annika Tibell.

I utredningar av potentiella levande givare, går det i 30 procent av fallen inte att transplantera på grund av att blodgrupperna inte stämmer. Detta drabbar framförallt de som har blodgrupp noll, eftersom de endast kan ta emot vävnad från andra med samma blodgrupp. Den nya metoden syftar till att möjliggöra levande givartransplantationer i mycket större omfattning än tidigare.

Inom ö-transplantationsområdet har kliniken ett långvarigt samarbete med Akademiska sjukhuset i Uppsala. Ett av projekten har syftat till att förbättra behandlingen av svårt sjuka diabetespatienter. Ett stort steg togs 2005. Då lyckades forskarlaget för första gången i Sverige isolera insulinproducerande celler hos en sjuårig flicka som tvingats operera bort sin bukspottkörtel. Genom att återtransplantera de Langerhanska cellerna, fick flickan tillbaka en del av sina insulinproducerande celler. Cirka 300 patienter världen över har hittills behandlats med denna typ av transplantation, så kallad autolog ö-cellstransplantation (celler tas från samma patient).

De förbättrade resultaten de senaste decennierna beror bland annat på helt nya läkemedel som förebygger avstöttningsreaktioner, men också på förbättrade metoder och möjligheter att behandla och fastställa olika typer av infektioner.

De stora utmaningarna den närmaste framtiden, menar Annika Tibell, är att förbättra långtidsöverlevnaden, minska komplikationerna av immunhämmande läkemedelsbehandling, och att förbättra rehabiliteringen.

En annan stor utmaning är att förbättra tillgången på lämpliga organ till människor vars liv hänger på en skör tråd. Även om det finns en positiv attityd till att donera och ta emot organ råder det fortfarande en stor brist på organ; ungefär var femte person som köar för hjärta och lungor dör under väntetiden. När det gäller barn och ungdomar, kan det vara ännu svårare att hitta ett organ av lämplig storlek.

Även om många fler än tidigare känner till Socialstyrelsens donationsregister (66 procent i den senaste undersökningen, jämfört med 38 procent år 2001), återstår fortfarande en hel del informationsarbete.

– Vi önskar att alla som är positiva gjorde sin vilja att donera känd. Dessutom finns det fortfarande en okunskap bland de som inte vill donera. Många tror att det är för gamla eller sjuka, men det är ofta fel. Även den som går i dialys kan donera en frisk lever. Det viktigaste är att göra sin vilja känd och sedan låta läkare bedöma vilka organ som är lämpliga för transplantation, säger Annika Tibell.

Hon disputerade 1994 på en avhandling om cyklosporin, ett av de första läkemedlen som väsentligt kunde minska risken avstötning efter transplantation.

Annika Tibells stora forskarintresse idag är donationsfrågor, ö-cells- och xenotransplantation, det vill säga transplantation av organ mellan djur och människa. En verksamhet som de senaste åren har haft svårt att få forsk-

ningsanslag, dels på grund av att den trängdes undan av den expanderande stamcellsforskningen, dels på grund av farhågor för retrovirus.

– Nu finns det ett nyvaknat intresse och satsningar görs återigen på xeno-forskning. Internationellt har stora framsteg gjorts de senaste åren, framförallt vad gäller transplantation av ö-celler från gris, säger Annika Tibell.

Som verksamhetschef har hon varit mån om att värna om ett engagemang för forsknings- och utvecklingsfrågor. Vid rekryteringar är det ett sådant intresse som premieras.

– Man kan ha resurser och rätt miljö, men har man fel människor i verksamheten kan man inte skapa de rätta förutsättningarna. Nu hävdar inte jag dogmatiskt att man endast ska ha forskare anställda på universitetsklinikerna, även på ett universitetssjukhus ska patienten vara i centrum och vi behöver också personer som är mer kliniskt inriktade. Men det är viktigt att dessa personer har en förståelse för forskning och att de är utvecklingsinriktade, säger Annika Tibell.

En viktig framgångsfaktor i medicinsk forskning är att det finns tillräckligt med personal, både i sjukvården och på labben som kan vara brobyggare och förbindelse-länkar mellan klinik och preklinisk.

– Vi behöver både forskningssjuksköterskor och laboratorieassistenter som är bärare av metoder. De är jätteviktiga, men tyvärr har det blivit allt svårare att försörja dessa personer och det är ett hinder för kliniker att bedriva translationell forskning, säger Annika Tibell.

Hon anser att verksamhetschefen på ett universitetssjukhus bör ha en egen FoU-kompetens (forskning och utveckling). Det är en viktig förutsättning, menar hon, i tider då man kanske mer än någonsin behöver slå vakt om forsknings- och utvecklingsfrågorna. Men också för att knyta ett nära samarbete med företrädare på universitetssidan.

– Bo-Göran Ericzon och jag försöker fungera som parhästar. Vi ses i princip dagligen och vi har en gemensam syn på hur vi vill driva utvecklingen framåt, säger Annika Tibell.

Transplantationskirurgi är en verksamhet som är svår att planera; plötsligt är ett organ på väg och då krävs en flexibilitet hos de anställda. Att jobba med denna typ av verksamhet kräver ett engagemang som inte upphör vid arbetsdagens slut, menar Annika Tibell.

– Transplantationskirurgen griper in i en människas liv, man måste prata med sin familj innan man tar det här jobbet. Det passar inte alla. Innan vi erbjuder ST-block har vi följt personerna en längre tid för att vara säkra på att vi får medarbetare som är beredda att ställa upp för varandra och som har ett stort engagemang för de olika delarna av vår verksamhet, säger Annika Tibell.

Hon ställer sig tveksam till personalenkäter som ställer frågan om man tänker på sina patienter när man är ledig. Vilket är det ideala svaret, undrar Annika Tibell?

– Det är klart att man är engagerad i de patienter som är nytransplanterade, även en lördag då man är ledig från jobbet. Skulle jag vara patient skulle jag vilja ha en läkare som var det.

Annika Tibell upplever inte att det finns så stora svårigheter på kliniken att frigöra tid för forskning. Det är en planerings- och attitydfråga, menar hon.

– I det akuta skedet kan det hända någon enstaka gång att vi kallar in någon som är forskningsledig, men det finns i gruppen en stor förståelse och flexibilitet som gör det möjligt för våra forskare att vara ALF-lediga.

Ett stort problem, som hon ser det, är de minskade anslagen till medicinsk forskning, ”en deprimerande utveckling”, tycker hon.

I en alltmer slimmad vårdorganisation har det också på bara några år blivit svårare att leva upp till de uppdrag som ett universitetssjukhus har, att bedriva forskning, utbildning och sjukvård.

– Man måste förstå att ska vi ha det här uppdraget, så kostar det. Det går inte att rakt av förhålla sig till en vårdorganisation som om den vore en företagsorganisation. Vi sysslar inte med tillverkningsindustri. Jag önskar att det fanns en större tydlighet och förståelse för samtliga delar i vårt uppdrag, säger Annika Tibell.

Viktiga nycklar till framgång

- * Engagerade verksamhetschefer och medarbetare
- * Entusiasmerande handledare som för fram en ny forskargeneration
- * Tillräckligt stora och väldefinierade patientmaterial
- * Rimliga basresurser i form av pengar, tid och stödpersonal

Verksamhetschefers ansvar

Ledningen av hälso- och sjukvården regleras enligt 28-30 §§ Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) (HSL). Ledningen skall vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främjar kostnadseffektivitet. Det skall finnas någon som svarar för verksamheten (verksamhetschef). Denne behöver inte själv ha någon specificerad medicinsk kompetens. Om verksamhetschefen saknar tillräcklig kompetens för specifika eller allmänna medicinska frågor får vederbörande uppdra åt sådana befattningshavare inom verksamheten som har tillräcklig kompetens och erfarenhet att fullgöra enskilda ledningsuppgifter.

I förordning (1996:933) om verksamhetschef inom hälso- och sjukvården finns ansvaret för vissa uppgifter specificerade. Ingen av dessa berör specifikt klinisk forskning.

Verksamhetschefens arbetsuppgifter är vidare utvecklade i Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 1997:8) om verksamhetschef inom hälso- och sjukvård. Där framgår bland annat att verksamhetschefen representerar vårdgivaren (inom landstingen ansvarig nämnd). Verksamhetschefens ansvar framgår dels av de bestämmelser som reglerar verksamheten, dels av vad som överenskommits mellan denne och vårdgivaren. Vårdgivaren bestämmer vilka befogenheter, rättigheter och skyldigheter, samt vilket ansvar, inklusive resultatansvar, utöver det författningsreglerade ansvaret, respektive verksamhetschef skall ha. Verksamhetschefen har det samlade ledningsansvaret och detta kan inte överlåtas till annan befattningshavare. Om vissa ledningsuppgifter enligt HSL överlåts bör uppdragets omfattning och eventuella inskränkningar anges. Den som tilldelats en viss ledningsuppgift bär själv ansvaret för att det med uppgiften förenade syftet uppnås. Verksamhetschefen har dock ansvar för sitt beslut att uppdra åt annan att fullgöra viss ledningsuppgift och skall dessutom bevaka att denna uppgift fullgörs på ett tillfredsställande sätt. Begreppet klinisk forskning berörs inte i författningen. Eftersom verksamhetschefen har det samlade ansvaret för den kliniska verksamheten innefattas också ett ansvar för klinisk forskning.

I 26 b § HSL regleras vårdgivarnas ansvar för forskning. Landstingen och kommunerna skall medverka vid finansiering, planering och genomförande av kliniskt forskningsarbete på hälso- och sjukvårdens område samt av folkhälsovetenskapligt forskningsarbete. Landstingen och kommunerna skall i dessa frågor, i den omfattning som behövs, samverka med varandra samt med berörda universitet och högskolor. Eftersom verksamhetschefens ansvar för klinisk forskning inte finns reglerad i författning är det vårdgiva-

rens uppgift att fastställa ett uppdrag. I den mån verksamhetschefen saknar kompetens för klinisk forskning bör ansvaret i denna del överlätas.

Förfrågan angående verksamhetschefernas uppdrag och ansvar för klinisk forskningsverksamhet har utgått till universitetssjukhusen. Av svaren framgår att formulerade uppdrag är under utarbetning. Man har också utvecklat, eller utvecklar, en organisation för samordning av FoU-verksamheten mellan universitetet och vårdgivaren. Närmare beskrivning av olika organisationsmodeller finns på annan plats.

Det finns i Sverige inte någon vetenskaplig studie som belyser omfattningen av patientskador på nationell nivå. En sådan undersökning pågår i Socialstyrelsens regi och den planeras att publiceras under våren 2008. Olika registerdata finns men dessa ger inte någon enhetlig bild. Till exempel visar Socialstyrelsens register över diagnoser i sluten vård att nära 26 000 patienter skadades i samband med vård på svenska sjukhus under år 2003. Det finns ett antal internationella studier av vårdskador inom akutsjukvård (för översikt – se Synnöve Ödegård: *Säker vård – patientskador, rapportering och prevention*. NHV-rapport 2006:1. DrPH-avhandling). Till exempel visar en dansk studie från 1998 att andelen patienter som drabbades av en ”oavsiktlig händelse” var 9 procent. Dessa beräknades få en förlängd vårdtid med i genomsnitt 7 dagar. I Danmark beräknas att 10 procent av hälso- och sjukvårdens ekonomiska resurser går till behandling av patientskador och deras konsekvenser. Upp mot 50 procent av inträffade vårdskador bedöms vara undvikbara.

Enligt Socialstyrelsens föreskrift om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:12) skall verksamhetschefen inom ramen för vårdgivarens ledningssystem ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt skall bedrivas. Bland områden som omfattas kan noteras rutiner för införande av nya metoder för diagnostik, vård och behandling, hur fastställda metoder skall tillämpas och vilka åtgärder som vidtas när tillämpningen av metoderna behöver förändras. Vidare skall rutiner finnas för riskhantering respektive regelbunden uppföljning av verksamhetens resultat. Ett utvecklat systematiskt kvalitets- och säkerhetsarbete innebär rimligen att antalet vårdskador kan reduceras. Det är uppenbart att ett genomförande av detta arbete kräver tillgång till kunskap och erfarenheter av klinisk forskningsmetodik. En minskning av antalet vårdskador innebär med stor sannolikhet att väsentliga vårdresurser kan frigöras.

Klinisk forskning och kunskaper om klinisk forskningsmetodik är således ur bred synpunkt väsentlig för sjukvårdens utveckling beträffande medicinskt innehåll, kvalitet, säkerhet, ändamålsenlighet och kostnadseffektivitet. För

den kliniska forskningens utveckling och samordning mellan vårdgivare och universitet/högskola krävs en tydlig organisation med angivna ansvarsförhållanden och befogenheter.

Göteborg den 20 oktober 2007

Göran Mellbring
Medicinalråd
Socialstyrelsens regionala tillsynsenhet i Göteborg

Referenslista

1. Medicinska forskningsrådet. Den kliniska forskningens kris och pris Stockholm: Medicinska forskningsrådet, 1998 (MFR-rapport 5)
2. Sveriges läkarförbund. Den medicinska forskningens villkor. Ett policyprogram från Sveriges läkarförbund. Stockholm: Sveriges läkarförbund 1998.
3. Cancerfonden. Cancerfondens utredning angående kliniska behandlingsstudier. Stockholm: Cancerfonden, 1999.
4. Vetenskapsrådet. Svensk medicinsk forskning – finansiering och konkurrenskraft. En analys av resurs- och produktionsutvecklingen under åren 1993-2001. Stockholm: Vetenskapsrådet, 2004.
5. Universitetsklinikernas framtid: Villkoren för unga forskade läkare måste förbättras. Läkartidningen nr 46, 103:3637-3638, 2006
6. Medicinska forskningsrådet. Den kliniska forskningens chans till renässans. Stockholm: Medicinska forskningsrådet, 2000.
7. Sveriges läkarförbund. Åtgärder för forskningens villkor – ett handlingsprogram. Stockholm: Sveriges läkarförbund, 2000.
8. Kommittén för klinisk forsknings och sjukvårdens organisation. Kartläggning av sjukvårdshuvudmännens resurser för FoU-verksamheten. Stockholm: Svenska Läkaresällskapet, 2001.
9. Kommittén för klinisk forskning och sjukvårdens organisation. Kartläggning av antal forskarstuderande och forskarstuderande läkare vid de medicinska fakulteterna. Stockholm: Svenska Läkaresällskapet, 2002
10. Ras av antalet disputerade läkare. Sjukhusläkaren nr 2, s. 14-19, 2006
11. Kommittén för klinisk forskning och sjukvårdens organisation. Kartläggning av regionala forskarskolor. Stockholm: