



# Klinisk forskning

– blir den bättre nu?

Rapport från temadag  
arrangerad av  
Svenska Läkaresällskapet och Sveriges läkarförbund

Rapport från temadag den 29 april 2009  
arrangerad av Svenska Läkaresällskapet och Sveriges läkarförbund

Text: Eva Nordin, medicinjournalist

ISSN: 0349-1722, band 118, häfte 2, 2009

# Innehåll

Inledning.....	5
<b>Hans Hjelmqvist</b> , Ordförande i Läkarförbundets Utbildnings- och Forskningsdelegation	
<b>Karin Prellner</b> , Ordförande i Läkaresällskapets kommitté för klinisk forskning	
Klinisk forskning – ett lyft för sjukvården.....	7
<b>Olle Stendahl</b> , Regeringens utredare av klinisk medicinsk forskning	
Vetenskapsrådets syn på handlingsplanen för klinisk forskning.....	11
<b>Håkan Billig</b> , Huvudsekreterare vid ämnesrådet för medicin, Vetenskapsrådet	
Hur identifiera och prioritera den bästa forskningen?.....	13
<b>Håkan Billig</b> , Huvudsekreterare vid ämnesrådet för medicin, Vetenskapsrådet	
Hur identifiera och prioritera den bästa forskningen?.....	17
<b>Karl Obrant</b> , Forskningschef vid Universitetssjukhuset i Lund	
Hur skapa en kreativ forskningsmiljö?.....	21
<b>Arvid Carlsson</b> , Nobelpristagare i medicin 2000	
Forskningsbokslut.....	23
<b>Hannie Lundgren</b> , Forskningschef, Region Skåne	
Ska universitetskliniker ledas av forskande kliniskt aktiva läkare?.....	25
<b>Li Felländer-Tsai</b> , Chef för Simulatorcentrum vid Karolinska universitetssjukhuset Stockholm	
Ska universitetskliniker ledas av forskande aktiva läkare?.....	29
<b>Bent Christensen</b> , Sjukhuschef vid Universitetssjukhuset i Lund	
Medverkande.....	31

## PROGRAM FÖR TEMADAGEN på SLS den 29 april 2009

# Klinisk forskning – blir den bättre nu?

- 10.00-10.10      Välkommen  
**Peter Aspelin** och **Hans Hjelmqvist**
- Moderator: Peter Aspelin*
- 10.10-10.45      Klinisk forskning – ett lyft för sjukvården  
**Olle Stendahl**
- 10.45-11.00      Vetenskapsrådets syn på handlingsplanen för klinisk forskning  
**Håkan Billig**
- 11.00-11.30      Hur identifiera och prioritera den bästa forskningen?  
**Håkan Billig** och **Karl Obrant**
- Moderator: Karin Prellner*
- 11.30-12.30      Hur går vi vidare i praktiken?  
**Håkan Billig, Anna Engström-Laurent, Sofia Norberg,  
Karl Obrant, Olle Stendahl** och **Göran Stiernstedt**
- Moderator: Hans Hjelmqvist*
- 13.30              Inledning  
**Peter Aspelin**
- 13.30-14.00      Hur skapa en kreativ forskningsmiljö?  
**Arvid Carlsson**
- 14.00-14.15      Forskningsbokslut  
**Hannie Lundgren**
- 14.15-14.45      Ska universitetskliniker ledas av forskande kliniskt aktiva läkare?  
**Bent Christensen** och **Li Felländer-Tsai**
- Moderator: Hans Hjelmqvist*
- 15.00-16.00      Kreativ forskningsmiljö, karriärvägar, ledning  
**Peter Aspelin, Arvid Carlsson, Bent Christensen,  
Li Felländer-Tsai** och **Hannie Lundgren**

# Inledning

Genom framgångsrik klinisk forskning erhålls ny kunskap och utvecklas nya behandlingsformer. Klinisk forskning har därigenom starkt bidragit till såväl bättre som säkrare behandlingsformer, vilket medfört att allt fler sjukdomar kan behandlas.

Klinisk forskning är därför en mycket angelägen fråga för både Svenska Läkaresällskapet och Sveriges läkarförbund.

De senaste åren har stora organisationsförändringar inom sjukvården samt förändringar inom universitetsvärlden och forskarsamhället medfört att frågan om klinisk forskning hamnat i fokus. Detta har inte minst manifesterats med professor Olle Stendahls statliga utredningar, delbetänkandet "Världsklass – Åtgärdsplan för den kliniska forskningen", SOU 2008:7 samt slutbetänkandet "Klinisk forskning – ett lyft för sjukvården", SOU 2009:43.

Med ovanstående som utgångspunkt ville vi med vår temadag den 29 april "Klinisk forskning – blir den bättre nu?" få en bred diskussion i denna mycket viktiga fråga inför Olle Stendahls slutbetänkande den 5 maj 2009.

Som framgår av programmet spände dagen över allt ifrån en presentation av utredningen till olika aktörers syn på klinisk forskning, i avsikt att ge en bred översyn över olika viktiga aspekter för klinisk forskning.

Genom att dokumentera denna dag i bokform vill vi ge information om vad som avhandlades under temadagen samt bidra till en fortsatt diskussion i denna för sjukvårdens framtida utveckling utomordentligt viktiga fråga.

För

Sveriges läkarförbund

Utbildnings- och Forskningsdelegation

Hans Hjelmqvist

Svenska Läkaresällskapet

Kommittén för Klinisk forskning

Karin Prellner

# Klinisk forskning

Ett lyft  
för sjukvården

Slutbetänkande av Utredningen  
av den kliniska forskningen

  
STATENS OFFENTLIGA  
UTREDNINGAR  
SOU 2009:43

# Klinisk forskning – ett lyft för sjukvården

Olle Stendahl

I juni 1982 publicerade de forskande läkarna Barry Marshall och Robin Warren en vetenskaplig artikel i prestigefyllda Lancet. Studien visade att patienter med magsår och gastrit var infekterade med bakterien *helicobacter pylori*. Studien väckte stor uppståndelse eftersom de nya rönen gick stick i stäv mot rådande kunskap som sa att magsår orsakas av stress, dålig diet och ärftliga faktorer.

Trots tufft motstånd från ett dogmatiskt medicinskt etablissemang strävade Barry Marshall och Robin Warren vidare och lyckades med tiden övertyga såväl kollegor som läkemedelsindustri.

Nästan elva år efter upptäckten, 1993, blev antibiotikabehandling standard i Sverige och ett år senare i USA. Tolv år senare, fick Barry Marshall och Robin Warren nobelpriset i medicin 2005.

”Deras samarbete är ett lysande exempel på hur framgångsrik klinisk forskning uppstår. En tydlig framgångsnyckel är ett bra samspel mellan den patientnära sjukvården och en god forskningsmiljö”, säger Olle Stendahl, professor i mikrobiologi vid Linköpings universitet.

I många år har han arbetat med forskningspolitiska frågor och 2007 fick han av regeringen uppdraget att utreda hur klinisk forskning i Sverige kan stärkas. Utredningen ”Klinisk forskning – ett lyft för sjukvården” är en inventering av den kliniska forskningens behov och villkor samt förslag till åtgärder.

En viktig slutsats är att investeringar i forskning lönar sig. Det visar bland annat en amerikansk studie (”exceptional returns”) som undersökt effekten av investeringar i forskningskapital. Enligt studien fick till exempel USA tillbaka 20 gånger av satsade forskningspengar, jämförande siffra för Australien var åtta gånger. En senare studie från Storbritannien och Wellcome Trust visar en 39-procentig återbäring per år.

”Det visar med all tydlighet att forskning lönar sig. Men medicinsk forskning är ett långsiktigt åtagande som kostar”, säger Olle Stendahl.

Illustrerande exempel är:

- \* Det tar i genomsnitt 24 år från upptäckt till högciterad interventionsstudie.
- \* Det tar i medeltal 7 år från klinisk prövning till ett läkemedel.
- \* Det kostar cirka två miljoner kronor att publicera en vetenskaplig artikel.

## Det krävs en attitydförändring

Finansieringen av klinisk forskning uppgår till cirka fem miljarder kronor. I den tidiga fasen av forskningsprocessen är finansieringen jämförelsevis god, men i den senare fasen är det mycket svårare att hitta finansiering.

”Den basala forskningen fungerar bra och har fått ökade resurser. Men den stora utmaningen är att se till att nya forskningsresultat får genomslag i hälso- och sjukvården, det krävs att hela den här forskningskedjan fungerar. Ska vi ha vård måste vi ha bra forskning och det måste hänga ihop och för att lyckas fordras en attitydförändring”.

I många länder är forskningsfrågor högt prioriterade på den politiska dagordningen. I USA har nyligen Barack Obama anslagit 10 miljarder dollar till NIH (National Institute of Health) de närmaste två åren; det innebär en 30-procentig ökning av forskningsresurserna. I Norden lyfter statsministrarna forskningsfrågorna högt på agendan, medan politiker i Sverige knappt diskuterar forskningsfrågor offentligt.

”På Tage Erlanders tid var det en självklarhet att som statsminister driva forskningsfrågor, det har det inte varit under de senaste statsministrarnas mandatperioder. Nu kom nyligen Globaliseringsrådet med sin rapport där man i och för sig talar om kunskap och forskning som avgörande för ett lands utveckling, men vi behöver ett tydligare politiskt fokus på forskningsfrågorna”, säger Olle Stendahl.

Ett välkänt problem i Sverige är att den prekliniska forskningen som bedrivs vid universitetsfakulteterna lever för långt ifrån den kliniska patientnära forskningen. För att minska gapet och skapa en sammanhängande forskningskedja, etableras i dag nya modeller för translationell medicin och forskning. Det vill säga forskning som utgår från patienternas sjukdomar och som genomförs på laboratoriet för att sedan återföras till patienterna som ny eller förbättrad behandling och diagnostik.

### Medicinsk forskning är ett långsiktigt åtagande som kostar

- **Kunskapsöverföringen och implementering tar lång tid**
  - 24 år från upptäckt till hög citerad interventionsstudie (Science sept 2008)
  - 7 år från klinisk prövning till läkemedel (Wellcome Trust 2008)
  - En vetenskaplig publikation kostar c:a 2 miljoner

Uppbyggd av: Högskoleläraresnämnden i Uppsala och Uppsala  
1991 för sig till ägarens namn



Det nya sjukhuset vid Karolinska utgår i sin organisation från stora temaområden som stimulerar till translationell forskning.

”Vi kommer att få se en utveckling där vården organiseras i större områden som Hjärtkärl, Cancer och Infektion/Inflammation, snarare än att man har tiotals olika specialiteter med underavdelningar i subspecialiteter som var och en lever sitt liv. Det finns en pågående utveckling mot translationell medicin. Det visar inte minst tidskriften Science som nyligen startat en nyttgåva med fokus på translationell medicin”, säger Olle Stendahl.

## För smal spetsforskning

Sverige har goda förutsättningar och många fördelar för att bedriva klinisk forskning. Vi har en god sjukvård, unika register och biobanker, en god samverkan mellan läkemedelsindustrin

## Finansiering av klinisk forskning - totalt 5 miljarder



Utredning av den kliniska forskningens behöv, ett svar  
LTH i samråd med sjukvården

STATENS OFFENTLIGA  
UTREDNINGAR

och universiteten, en lång forskningstradition och ett stort patientförtroende. Trots detta har Sverige tappat mark när vi jämför oss med de vassaste forskarna i världen, menar Olle Stendahl.

Grundproblemen handlar i korthet om att det råder en bristande samverkan mellan universiteten och sjukvården, vi har problem med att implementera forskningsresultat i sjukvården, det finns en kortsiktighet i beslut och finansie-

ring och det råder en svag rekrytering av forskande läkare. "Det måste också löna sig att forska".

Om man tittar på länder som är framgångsrika finns några gemensamma framgångsfaktorer, enligt Olle Stendahl.

Det finns en nationell strategi och en tydlig prioritering av forskning, länderna har en bättre implementering av forskningsresultat i sjukvården, de satsar mer på translationell forskning och det finns ett tydligare system för utvärdering och prioritering.

"I Sverige har vi haft en tendens att sprida våra resurser för tunt. Det innebär att vi har en för smal spetsforskning. Vi måste därför identifiera starka forskningsmiljöer och ge dem mer pengar. I Danmark till exempel prioriterar man de forskare som man bedömer vara bäst, i Sverige har vi haft en syn att alla är lika bra och bör ha samma chanser.

Så vad är då gjort för att stärka Sverige som forskarnation?

I oktober 2008 presenterade regeringen forskningspropositionen "Ett lyft för forskning och innovation" (2008/09:50). Den tar på flera punkter hänsyn till Olle Stendahls utredning, och föreslår en ökning av forskningsanslagen med fem miljarder kronor under åren 2009 till 2012. I korthet vill regeringen höja de direkta anslagen till universitet och högskolor och att fördelningen av direkta anslag sker utifrån kvalitet. Man vill också göra satsningar på forskningsområden av strategisk betydelse. Medel avsätts för att skapa en tydligare forskningsinfrastruktur. Man vill även införa en ny modell för ett bättre fungerande innovationssystem för att stimulera en kommersialisering av forskningsresultat.

## Universitetsmedicinska centra

I början av maj i år lämnade Olle Stendahl sitt slutbetänkande för utredningen av den kliniska forskningen. Ett av huvudförslagen i betänkandet handlar om att skapa universitetsmedicinska centra, UMC.

Förslaget syftar till att universitetssjukhusen och universiteten ska arbeta mer integrerat. I dag har universitetssjukhusen tre stora uppgifter; vård, utbildning och forskning. Flera utredningar och studier har visat att universitetssjukhusen inte längre klarar av samtliga tre uppgifter; fokus idag ligger på produktion av sjukvård och mindre på utveckling och forskning. Genom att skapa en ny modell för samstyrning där staten och landstingen tar ett

gemensamt ledningsansvar tror Olle Stendahl att man uppnår en bättre integrering mellan vård, forskning och utbildning. I dag har universitetssjukhusen två huvudmän, landstinget som ansvarar för vården och de statliga universiteten som ansvarar för forskning och utbildning.

”Jag föreslår i första hand att UMC drivs i bolagsform eftersom det är en modell som bäst tydliggör struktur- och ledningsansvaret. Men det viktigaste är inte vilken form man väljer, det viktigaste är att man hittar en modell för en gemensam ledningsstruktur och att UMC etableras”.

Olle Stendahl föreslår också att en fond för klinisk behandlingsforskning byggs upp med en årlig finansiering på 500 miljoner kronor per år. Fonden föreslås vara samfinansierad där staten bidrar med hälften och övriga finansiärer som Vinnova och landstingen samt stiftelser bidrar med den andra hälften. För att underlätta ett samarbete och ett genomförande av kliniska behandlingsstudier föreslås även att en nationell samarbetsorganisation bildas för akademisk medicinsk behandlingsforskning, SAMS.

”Lars Wallentin har på uppdrag av Delegationen för klinisk forskning fått i uppgift att förankra den här modellen. SAMS ska utgöra ett centrum för nätverk av sjukvårdskliniker, kliniska forsknings- och provningscentra och universitet. Organisationen ska ledas av en styrelse bestående av forskare från samtliga universitetssjukhus”.

Utredningen föreslår även att grund- och specialistutbildningen för läkare ska ha en starkare forskningsanknytning och att fler tjänster där forskning och kliniskt arbete kan kombineras på ett bättre sätt än idag, skapas.

”Det måste finnas ett tydligare incitament till att forska. Jag hoppas nu att man ställer sig bakom utredningen och att landstingen och staten på ett tydligt sätt vill medverka till bildandet av UMC. Det skulle vara ett stort steg framåt”.

# Vetenskapsrådets syn på handlingsplanen för klinisk forskning

Håkan Billig

*"If you believe research is expensive – try disease"*

*Mary Lasker 1901-1994*

**Sverige har stora möjligheter och goda förutsättningar att vara en framstående forskarnation. Vi är ett av världens mest produktiva länder och tillsammans med Norge investerar vi mest i medicinsk forskning per capita. Trots det har Sverige förlorat sin topposition som klinisk forskarnation. Tidsbrist på universitetssjukhusen samt attityd- och rekryteringsproblem är några av bakgrundsförklaringarna.**

Sverige har som forskarnation ett gott anseende i världen. Som ett resultat av kliniska prövningar leder vi ligan över flest publikationer i världen per capita. Vi har en bra infrastruktur och en god kommunikation i forskningssystemet. Världen ser oss som oerhört framstående. Men om man tittar på vilka länder som publicerar de mest citerade studierna inom biomedicin och klinisk forskning, har Sverige halkat ned från en fjärde till en åttonde plats, respektive från en tredje till en sjätte plats. Om man tittar på vårt grannland Danmark har de klättrat upp från en tolfte till en fjärde plats respektive från en tionde till en fjärde plats.

Tillsammans med Finlands Akademi har det svenska Vetenskapsrådet utvärderat klinisk forskning vid elva medicinska fakulteter i de bägge länderna. Fokus var på strukturer och förutsättningar och inte på enskilda forskargrupper. Syftet med undersökningen var att titta närmare på hur fakulteter och universitetssjukhus fungerar i ett konkurrensläge och varför Sverige och Finland inte längre är med bland de främsta forskarnationerna.

I en SWOT-analys – styrkor, svagheter, möjligheter och hot, redovisas ländernas styrkor. Länderna har ungefär samma förutsättningar och lika stora möjligheter till framstående forskning, visar analysen. Problemen eller hindren handlar om bristen på tid att forska, svårigheter att rekrytera seniora och juniora forskare, att resurserna till klinisk forskning

har minskat och att det finns en nedslående attityd till forskning bland studenter på grundutbildningsnivå; de prioriterar inte forskning och forskarutbildning.

”Sammanfattande rekommendationer är att länderna ser över karriäracykeln för svenska forskare. Medelåldern är hög bland forskare; tiden för utbildning är lång och det är bara en kort tid av karriären som ägnas åt forskning”, säger Håkan Billig, huvudsekreterare för ämnesområdet medicin vid Vetenskapsrådet.

### Svag finansiering för behandlingsforskning

I en färsk rapport från ESF (European Science Foundation) och dess vetenskapliga kommitté för medicin, EMRC (European Medical Research Councils), redovisas två viktiga hinder för svensk klinisk forskning. ESF är en organisation som vill främja europeiskt samarbete inom grundforskning och arbeta med frågor som är av strategisk betydelse för europeisk forskningspolitik.

”Det finns framförallt två saker som är mycket tydliga i den rapporten. I Sverige finns ingen bra finansieringsmodell för behandlingsforskning. Forskare som vill göra kliniska prövningar som inte är sponsrade av läkemedelsföretagen, har ingenstans att vända sig. Den andra delen handlar om en målsättning att förändra den europeiska lagstiftningen kring kliniska prövningar. I dag delas prövningarna in i olika faser och regelverket är starkt anpassat till läkemedelsindustrins villkor. Om man som forskare vill göra en mindre studie på ett redan registrerat läkemedel och testa det för en ny indikation, måste man gå igenom samma omständliga och tidskrävande process som vid tester för ett helt nytt läkemedel. Detta är både tids- och kostnadskrävande”, säger Håkan Billig.

I oktober 2008 presenterade regeringen forskningspropositionen ”Ett lyft för forskning och innovation” (2008/09:50). I handlingsplanen föreslås en ekonomisk satsning på främst 7 av 24 strategiska områden inom medicin. Satsningar på universitet som får de strategiska områdena, utvärderingen av ansökningarna lämnades till regeringen 15 juni, ska även omfatta planer för klinisk forskning och infrastruktur. I propositionen föreslås även en årlig utvärdering av ALF-medlen.

### ALF-avtalet sägs upp

”I samband med att Olle Stendahl presenterade sin utredning i början av maj meddelade högskole- och forskningsminister Lars Lejonborg att han kommer att säga upp ALF-avtalet. Det är klart att det finns en stor oro hos landstingen som inte vet om resurserna till forskning ska konkurrensutsättas eller styras på annat sätt. Klart är att landstingens inflytande kommer att minska. Nu kommer inte förändringarna att ske över en natt eftersom uppsägningstiden är fem år”, säger Håkan Billig.

”Exemplen från Danmark och Storbritannien visar att om sjukvården, akademien och finansierarna delar mål och tillsammans bestämmer sig så blir det en förändring. Förutsättningarna att göra detta även i Sverige är goda, men det måste göras nu”.

# Hur identifiera och prioritera den bästa forskningen?

Håkan Billig

*"Find the best of men, give them what equipment you can afford, and leave them alone."*

*Ernst H. Starling till det brittiska forskningsrådet 1924*

**Tjugofem procent av alla vetenskapliga artiklar inom klinisk medicin citeras inte av andra än forskarna själva. Det är oetiskt att bedriva dålig forskning som slukar resurser. För att identifiera och prioritera den bästa forskningen används "peer review" systemet. Trots brister är modellen den minst dåliga, menar Håkan Billig.**

## Vem bestämmer vad som ska beforskas?

Forskare i Sverige har fri problemformuleringsrätt. Det står i Högskolelagen: "Forskaren har frihet att själv välja vad som skall beforskas och hur resultatet skall presenteras".

Nu föreslås att denna rättighet även ska ingå i grundlagen. Förutom forskare avgör även finansörer som Cancerfonden och Hjärt-Lungfonden vad som ska beforskas.

Regeringen tar ut riktningen för vilka satsningar som ska göras inom exempelvis psykiatri. Och i hälso- och sjukvårdslagen, paragraf 26 b, står att landstingen och kommunerna ska medverka vid finansiering, planering och genomförande av kliniskt forskningsarbete.

Forskningen styrs även av forskningspropositioner. Den senaste presenterades i oktober 2008: "Ett lyft för forskning och innovation". Regeringen har identifierat 24 områden där särskilda satsningar ska göras, sju av dessa är inom medicin.

Även landstingen har inflytande över forskningen genom fördelningen av statliga ALF-medel.

I många länder i Europa har också patientorganisationerna ett stort inflytande. The Wellcome Trust som är den största privata fonden för biomedicinsk forskning i Storbritannien, har ett nära samarbete med patientorganisationerna.

”Reumatikerförbundet till exempel, sitter med vid beslut som rör utlysning av stipendier och tjänster. Även om patientorganisationen inte direkt är med och bedömer forskningskvalitet, så kan den vara tungan på vågen i bedömningen och valet mellan två tunga forskningsprojekt. Även det brittiska medicinska forskningsrådet har en tät och nära dialog med patientorganisationerna. Sverige bör bli mer uppmärksam på den utveckling som pågår i Europa och nu när våra svenska patientorganisationer börjar bli mer professionella, är det både viktigt och dags att bjuda upp dem till dans. Med professionalisering menar jag att patientorganisationerna anställer lobbyister och forskare som kan företräda dem”.

### ”Peer Review” – det minst dåliga systemet

Hur ska man då identifiera och prioritera den bästa forskningen? En genomgång av antalet vetenskapliga artiklar som inte citeras av andra (än forskarna själva) visar att cirka 25 procent av publikationerna inom klinisk medicin ”inte används”. Vid exempelvis Linköpings universitet var andelen artiklar som inte citerades cirka 32 procent, jämförande siffra för universitetet i Lund var 28 procent och vid Karolinska Institutet cirka 24 procent. Vad dessa skillnader beror på är inte analyserad. Men det kan finnas flera skäl, menar Håkan Billig; artikeln kan till exempel vara av dålig kvalitet, ha litet nyhetsvärde eller upprepa redan känd kunskap.

”Det är oetiskt att bedriva dålig forskning eftersom det tar resurser från annan forskning. Av de som citeras kan en mindre del användas som beslutsunderlag för myndigheter som exempelvis SBU (Statens Beredning för medicinsk Utvärdering)”, säger Håkan Billig.

Att identifiera bra forskning görs utifrån peer review och retrospektivt med statistiska analyser. Vid bedömningar tittar man också på nyttan och applicerbarheten, både ur ett patient- och ur ett samhälls- och hälsoekonomiskt perspektiv. Även årsredovisningar och forskningsbokslut används för att identifiera bra forskning. Men det är viktigt att komma ihåg, menar Håkan Billig, att retrospektiva bedömningar ofta används prospektivt.

”Det är en nödvändighet att göra det prospektivt med bästa möjliga träffsäkerhet. Och den minst dåliga metoden som står till buds är peer review.

Bristerna i systemet handlar om att peer review tenderar att prioritera det förutsägbara och de forskare som redan tidigare har presterat bra resultat, peer review-paneler är ofta dåliga på multidisciplinär forskning och samarbeten (där ofta stora genombrott sker). Det finns också en risk för jäv och att avståndet mellan bedömare och de som ska bli bedömda blir för stort.

Förslag som framförts till Vetenskapsrådet att införa strukturerade ”site visits” för att ytterligare höja kvaliteten på bedömningarna, har tidigare prövats, menar Håkan Billig: ”När vi nu senast tillsammans med finska akademien utvärderade klinisk forskning i Finland och Sverige, använde vi oss av site visits. Däremot skulle det vara alltför praktiskt och kostnadsmässigt krävande att besöka varje forskargrupp som ansöker om medel. Vi stödjer cirka 1 000 forskargrupper och när denna fråga om strukturerade site visits har diskuterats, har de medicinska fakulteterna ställt sig avvisande; även om det är informativt är det alldeles för resurskrävande”.

## Större utrymme för riskabla forskningsprojekt

Något som saknas i det svenska forskningsfinansieringssystemet är utrymme för ett större risktagande, menar Håkan Billig.

Det är idag svårt att få bidrag för högriskprojekt. När forskare vill testa en originell idé och tänka på tvärs mot det traditionella och invanda, är möjligheterna till finansiering starkt begränsade. Även om de flesta, såväl forskare som finansiärer, skulle skriva under på att vetenskaplig verksamhet är beroende av förnyelse och nydanande forskning, är kortsiktigheten i finansieringssystemet hämmande för den typen av forskning som är alltför "våghalsig". För att inte hamna utanför systemet måste duktiga forskare visa resultat även inom kommande år. För att öka utrymme för att kunna genomföra "riskabla" forskningsprojekt, vill Vetenskapsrådet hitta nya former för "risk" finansiering. Längre anslagsperioder och en annan typ av bedömning än den som ryms inom det traditionella peer review-systemet, skulle vara en viktig väg för att främja ett ökat risktagande. Att ge erkänt duktiga forskare anslag utan att det ställs höga krav på redovisning och resultat, är ett annat viktigt instrument.

Vetenskapsrådet följer noggrant olika finansieringsmodeller som nu prövas av exempelvis National Institutes of Health, National Science Foundation och Medical Research Council.

"Den viktigaste riskminimeringen är att ge forskarna finansierade tjänster. Inom medicinområdet finns det många forskare som har heltidstjänst vid ett universitet utan att tjänsten är fullt finansierad. Om du själv måste skrapa ihop pengar för att försörja dig och dina doktorander ökar det knappast din benägenhet att ta strategiska risker.

# Hur identifiera och prioritera den bästa forskningen

Karl Obrant

*"Ingen av mina tre främsta upptäckter förekom någonsin i någon enda forskningsansökan eller något forskningsprogram!"*

*Sir Harold Kroto, Nobelpristagare i kemi 1996*

**Karl Obrant är forskningschef vid Universitetssjukhuset i Lund och starkt kritisk till dagens peer review-system. Prioriteringen, menar han, sker för långt från forskarna och görs ofta av experter utan ämneskompetens. Ett av hans förslag är att etablera strukturerade "site visits" för att höja bedömningskvaliteten på forskningsansökningarna.**

Sedan början av 90-talet har vi så kallade SPUR-inspektioner i Sverige. Syftet är att granska, stärka och höja kvaliteten i ST-utbildningen för läkare. Bakom inspektionerna står Sveriges läkarförbund och Svenska Läkaresällskapets stiftelse för utbildningskvalitet. På liknande sätt vill Karl Obrant skapa en nationell modell för bedömning och prioritering av forskningsansökningar.

"Dagens system bygger endast på en envägskommunikation. Man gör inga besök hos de forskargrupper som ska bedömas och man ställer inga motfrågor. För att göra ett riktigt bra bedömningsarbete vore det värdefullt att se hur forskningsmiljön ser ut och fråga berörda forskare hur mycket anslag som finns i gruppen totalt, vilka nyckelpersonerna är och hur forskningen skulle påverkas om de fick mer respektive mindre resurser". I dag görs reaktiva i stället för proaktiva bedömningar. Om det fanns en nära dialog med forskare skulle fokus mer kunna ligga på framtid", säger Karl Obrant.

## "Salamiproduktioner"

En annan viktig fråga är att närmare granska publikationer med långa listor på namngivna författare; vilken roll har berörda forskare haft i det aktuella arbetet? Karl Obrant menar att det finns exempel på publikationer med över 50 namngivna författare. Det tillhör dock ovanligheterna. Mer vanligt är att vetenskapliga publikationer bär cirka tio namn på olika forskare.

"Forskningen har självklart utvecklats och idag krävs många fler kompetenser för att skriva vetenskapliga artiklar jämfört med för några årtionden sedan. Men på något vis har det blivit viktigare att prestera publikationer än resultat och det är djupt olyckligt".

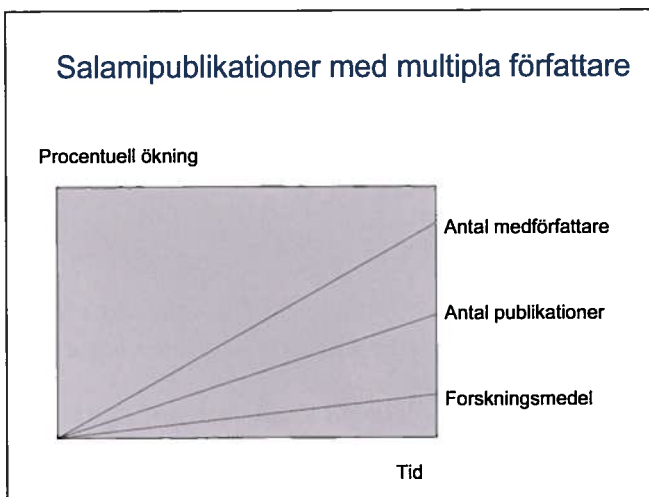
Systemet, menar Karl Obrant, leder fram till "kvartalsforskning" och "salamiproduktioner", två symboliska begrepp som Karl Obrant använder för att beskriva rådande trend; för att kunna hänga med i den hårda konkurrensen om forskningsmedel tvingas forskare producera artiklar i strid ström.

"Man delar upp sitt material i många mindre artiklar, precis som med

salami skär man i så tunna skivor att innehållet inte blir för starkt. Med det menar jag att publikationerna riskerar att förlora i innehåll och djup".

Karl Obrant menar dessutom att de experter som idag ska bedöma forskningsansökningar sällan arbetar inom samma område och därmed saknar kvalificerad ämneskompetens. Det är svårt att bedöma nyhetsvärdet inom ett område där man själv som bedömare inte är verksam. Konsekvensen blir, menar han, att forskningskompetens tunnans ut och att bedömningarna blir alltför allmänt hållna.

"Jag som ortoped och osteoporosforskare kan inte bedöma nyhetsvärdet i en allmänkirurgisk forskningsansökan. En duktig forskare kan skriva sin ansökan som om det vore sensationella nyheter, är man inte verksam inom samma område kan det vara ytterst svårt att bedöma nyhetsvärdet".



"När det gäller stora strategiska satsningar på starka forskningsmiljöer, så är det viktigt att komma ihåg att inget av de senaste decenniernas viktiga forskningsgenombrott skett i en sådan miljö"

*Världsklass! Åtgärdsplan för den kliniska forskningen  
Statens offentliga utredningar  
SOU 2008:7*

## Nya sätt att stävja jäv

Det finns sätt att gå runt den jävssituation som kan uppstå om experter verksamma inom samma ämnesområden som de forskare de ska bedöma, står bakom prioriteringarna. Karl Obrant menar att förslaget med "site visits" är en modell som mycket väl kan hantera en sådan problematik.

"Vi kan till exempel vända oss till experter i Norden som besöker de svenska forskargrupperna. Istället för att skygga för jävsproblematiken borde vi istället lära oss att hantera den. Om alla är medvetna om jäv och om man är öppen med redovisningarna så ser jag inga problem med att använda experter med ämneskompetens vid prioriteringar och bedömningar av forskning".

Karl Obrant skulle också önska att forskare fick mer lugn och ro att koncentrera sig på forskning framför att ständigt söka nya forskningsmedel. I dag tvingas professorer och lektorer att ständigt jaga pengar för att först och främst täcka sin egen lön, därefter medarbetares löner och även hitta medel för material och apparatur.

"Jag har kollegor som publicerat 100 vetenskapliga artiklar på tre år, det blir över 30 artiklar om året. Det har blivit fabriksproduktioner och det tror inte jag är bra för Sverige. Jag skulle önska att man satsade på fullfinansierade tjänster så att forskare och forskningsledare kunde få ro att koncentrera sig på genombrottsforskning, och mindre på att jaga medel".

Karl Obrant ställer sig också kritisk till Vetenskapsrådets strategi att låta alla nya medel gå till redan befintliga forskargrupper; istället för att öka antalet forskargrupper, ökar man de befintliga anslagens storlek.

"Att fokusera för mycket på dagens spetsforskning gynnar inte Sverige på sikt. Det måste finnas medel även för udda forskare med nya annorlunda idéer. Jag är absolut för bevarad konkurrens om forskningsmedel, men jag vill bevara ett decentraliserat system. Därigenom tillförsäkrar man att de som ska prioritera forskningsansökningar får bättre kännedom om forskare och forskargrupper och hur de fungerar. I ett sådant system tror jag att vi lättare kan fånga de mer udda och mer nytänkande forskarna".

# Hur skapa en kreativ forskningsmiljö?

Arvid Carlsson

**Det svenska forskningssystemet präglas av för många piskor och för få morötter. Om Sverige ska hävda sig som framstående forskarnation måste det bli attraktivt att forska och statusen höjas, menar nobelpristagaren Arvid Carlsson.**

När Arvid Carlsson fick Nobelpriset i medicin år 2000, var han den åttonde svenska pristagaren genom historien. Han 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 att Parkinsons sjukdom orsakas av dopaminbrist i vissa delar av hjärnan, en kunskap som sedan använts i utvecklingen av läkemedlet L-dopa.

För Arvid Carlsson finns två viktiga perspektiv att ta hänsyn till för att skapa kreativa forskningsmiljöer: ett vertikalt och ett horisontellt perspektiv.

”Det vertikala perspektivet handlar om inspirerande och uppmuntrande chefer och mentorer. När jag som ung forskare kom till farmakologen leddes jag in i olika forskningsprojekt av professorn på institutionen. Han satte ramarna men gick inte ned på detaljnivå utan lät oss unga forskare få stor frihet att lära oss hantverket och lösa svåra problem på egen hand. Han var både inspirerande och uppmuntrande och var inte snål med beröm. Jag kommer aldrig att glömma när han tidigt sa till mig: ”Du kommer att gå långt”. Att få uppmuntran och beröm är så viktigt. Det stärker självkänslan, motivationen och viljan att kämpa även när det tar emot.”

## Kreativ forskarmiljö

Arvid Carlsson lämnade Lund för en tid och blev 1955 gästforskare vid National Institutes of Health. Där fick han arbeta med toppforskare som låg i forskningsfronten. Vid den tiden hade man gjort en stor upptäckt, nämligen att en substans för behandling av psykoser vid schizofreni verkade på serotonin.

Forskarmiljön uppmuntrade till kreativitet och det var i den miljön som Arvid Carlsson lade grunden för sitt fortsatta forskningsarbete kring dopamin. Med sig tillbaka till Lund hade han en idé om att substansen som hade testats i USA eventuellt kunde fungera även på

noradrenalin. Av en slump snubblade Arvid Carlssons forskargrupp över signalsubstansen dopamin (tidigare hade man ansett att dopamin endast var ett förstadium till adrenalin och noradrenalin. Nu fann forskarna överraskande att dopamin var en självständig signalsubstans).

”Om man jämför med dagens situation var tillgången till stöd och resurser fantastisk, till min forskargrupp kunde jag knyta två kemiingenjörer och en laboratorieassistent. Hur många forskare i tidig karriär får tillgång till den resursen nuförtiden? Idag ställer universitetet höga krav på förvaltningsavgifter och hyror och systemet präglas mer av piskor än morötter. Det tycks inte vara lika roligt som förr att vara forskare idag”, säger Arvid Carlsson.

Det horisontella perspektivet handlar om att samarbeta över disciplingränserna.

### Utvecklat flera läkemedel

Tillsammans med den världsberömda histologen Nils-Åke Hillarp och läkemedelskemisten Hans Corodi har Arvid Carlsson haft flera stimulerande samarbeten som resulterat i utvecklingen av en rad viktiga läkemedel, som betablockeraren Seloken, astmamedicinen Bricanyl och de senaste generationerna av antidepressiva och antipsykotiska mediciner.

”Vid farmakologiska institutionen vid Göteborgs universitet hade vi flera spännande samarbeten med kliniker och forskare från helt andra områden som till exempel psykiatri och geriatrik. Det skapade många goda chanser”, säger Arvid Carlsson.

I dag präglas forskarmiljöerna av bristen på pengar.

”Det måste bli mer attraktivt i Sverige att välja medicinsk forskning; det finns inga riktigt bra modeller för unga forskare. I stället sneglar man på näringslivet och lockas av höga löner och bättre karriärmöjligheter. Att skapa fler morötter och färre piskor och höja forskningens status är en ödesfråga som behöver tas på allvar om Sverige ska kunna hävda sig som framstående forskarnation”.

# Forskningsbokslut

*Landstingen vill bli ännu bättre som forskningsplattform. Forskningsbokslutet är ett konkret verktyg för hur man kan följa upp och utvärdera klinisk forskning*

## Hannie Lundgren

**Hur ser den kliniska forskningen ut i landstingen och hur görs prioriteringarna? Det vill Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, ta reda på genom en webbaserad enkät med frågor som rör bland annat struktur, ledning och uppföljning. Nästa vår kommer det första forskningsbokslutet för landstingen att presenteras.**


Hannie Lundgren är forskningschef i Region Skåne. På uppdrag av SKL är hon även ansvarig för ett utvecklingsarbete som handlar om att skapa användbara och meningsfulla former för redovisning och uppföljning av den kliniska forskning som bedrivs i landstingen. I ett så kallat "forskningsbokslut" kommer resultaten att pre-

senteras på SKLs hemsida. Tanken är att man ska kunna göra öppna jämförelser på såväl kliniknivå som på landstings- och nationell nivå. Forskningsbokslutet, eller forskningsrapporten, kan jämföras vid ett kvalitetsregister för landstingens kliniska forskning.

"Syftet är att utveckla ett bättre underlag för styrning och ledning av den kliniska forskningen i landstingen. Så småningom kommer man att kunna se vad som fungerar bra respektive mindre bra och även få användbara verktyg för att stärka och höja kvaliteten på den forskning som bedrivs", säger Hannie Lundgren.

### Forskningsenkät testas

Den webbaserade enkäten bygger på totalt 63 parametrar eller frågor utifrån fyra områden:



### Syfte och mål för ett forskningsbokslut

- Visa vad som faktiskt görs
- Ett underlag för styrning och ledning

### Varför?

- Underlag för hur vi bör prioritera framöver
- Utveckla ett sätt att redovisa resultaten
- Landstingen vill bli ännu bättre som forskningsplattform

\* **Struktur:** Vilken akademisk kompetens finns, vilka resurser och tillgängliga projektmedel har kliniken till sitt förfogande, hur ser stödfunktionerna ut?

\* **Ledning och styrning:** Hur ser det akademiska arbetssättet ut? Vilken samverkan finns mellan akademien och sjukvården? Finns forskning med i uppdraget till enhetens verksamhetschef?

\* **Uppföljning och tillämpning:** Vilken vetenskaplig produktion finns? Har den egna kliniska forskningen under året resulterat i förbättrade behandlingsresultat för patienterna?

\* **Kommunikation:** Har enheten en kommunikationsstrategi för att nationellt och internationellt sprida resultaten av den kliniska forskningen?

Under våren och sommaren 2009 testades enkäten i en första pilotomgång; 15 av 63 frågor har valts ut och de handlar främst om vad som eventuellt kan ha förändrats i den vardagsnära sjukvården som ett resultat av nya forskningsrön. Cirka 80 kliniker runt om i Sverige medverkar i den första pilotomgången.

Efter synpunkter och återkoppling från de medverkande klinikerna kommer en slutversion av enkäten att presenteras under senare delen av hösten. Under våren 2010 kommer därefter ett första nationellt forskningsbokslut att presenteras.

”Det blir ett underlag för hur vi bör prioritera framöver. Landstingen vill bli ännu bättre som forskningsplattform och forskningsbokslutet är ett konkret verktyg för hur man kan följa upp och utvärdera klinisk forskning. Styrkan med projektet är att det utgår från de enskilda verksamheterna. Visionen med projektet är att vi ska uppmuntra enheterna att arbeta mer strukturerat. En trend har varit att forskning och klinik delar på sig, vi vill att de ska flätas samman igen och att det ska bli naturligt att arbeta med forskning och utveckling i landstingen. Dessutom är det ett värdefullt underlag för att visa att forskning är viktigt och lönar sig”.



## Det fortsatta arbetet

- En webbaserad pilotenkät testas under maj – juni
- Förankring i diverse olika sammanhang under resterande år
- Slutversion av enkäten under hösten
- Arbete med presentation av resultat under höst – vinter
- Slutrapport utformad som en praktisk handbok att användas i arbetet med landstingens forskningsbokslut hösten 2009
- ”Skarpt läge” under våren 2010 att ta fram ett första nationellt forskningsbokslut för landstingen

# Skall universitetskliniker ledas av forskande kliniskt aktiva läkare?

Li Felländer-Tsai

*"Price is what you pay. Value is what you get"*  
Warren Buffet

**På bara några år har villkoren för klinisk forskning förändrats. Ensidiga ekonomiska perspektiv har blivit vägledande i rekryteringen av chefer, och i en alltmer slimmad sjukvårdsorganisation prioriteras produktion och kostnadseffektivitet framför forskning och utbildning.**

**Om Sverige ska vara en ledande forskarnation krävs chefer med bred kunskap och erfarenhet av både ledarskap och utveckling.**

Li Felländer-Tsai, är professor i ortopedi vid Karolinska Institutet och chef för Simulatorcentrum vid Karolinska universitetssjukhuset. Sedan invigningen 2002 har tusentals studenter från hela Sverige utbildat sig vid centret som har flera simulatorer inom tithålskirurgi. Här finns även avancerade naturtrogna patientsimulatorer på vilken studenter och yrkesverksamma kan träna sina färdigheter i lagarbete och höja sin kompetens.

"Det är ett bra exempel på hur sjukvårdspersonal kan höja patientsäkerheten genom att först öva på simulatorer innan de går in i en operationssal och utför ingrepp på patienter. Simulatorerna är ett exempel på en fantastisk medicinteknisk utveckling som föregåtts av en nära samverkan mellan forskning och sjukvård", säger Li Felländer-Tsai.

## Lord Ara Darzi

Om Sverige ska kunna få till stånd en liknande utveckling inom sjukvården krävs ett starkare fokus på ett ledarskap som inte bara prioriterar att hålla budget utan också slår vakt om forsknings- och utbildningsfrågorna, menar hon.

"Vi behöver starka chefer som är vana vid att kritiskt granska och ifrågasätta och som är

beredda att ompröva beslut och ställningstaganden. Tempot idag är högt och attityden är att vi ska göra mer och mer och jobba fortare och fortare, men istället kanske vi ska fokusera på att jobba smartare och göra andra prioriteringar för att få plats med det viktigaste, nämligen att göra rätt från början för att undvika spill och svinn. Det rimmar även väl med dagens fokusering på så kallad "lean production", säger Li Felländer-Tsai.

Hon är själv ett gott exempel på ledare med en fot i den akademiska världen och den andra i sjukvården. Hon har fått flera priser för sitt ledarskap; 1998 fick hon Internationella Juniorhandelskammarens pris: "The outstanding young persons of the world" i kategorin akademiskt ledarskap. Hon har också fått Karolinska Institutets pedagogiska pris 2001.

Själv har Li Felländer-Tsai den brittiska kirurgen, Lord Ara Darzi som förebild och inspirationskälla.

Lord Ara Darzi är av armeniskt ursprung och studerade till läkare på Irland. Sedan 1996 innehar han en professur i kirurgi och är bland annat medlem i the Royal College of Surgeons of England. Han blev adlad 2002 av drottningen och några år senare utsågs han till hälsominister och ledamot av "house of the lords" i Storbritannien.

Li Felländer-Tsai bjöd in Ara Darzi som gästföreläsare 2004 i samband med Karolinska Institutets State of the Art-konferens i pedagogik.

"Han är det mest briljanta och framstående exemplet på läkare, forskare och administratör som arbetat med att reformera hela det engelska sjukvårdssystemet. Samtidigt som han är minister, är han en lysande forskare som inte släppt den kliniska kontakten. Han är definitivt en förebild för sjukvården".

För att lyckas driva utvecklingen framåt krävs starka ledare med en 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. Trots att forskning och utbildning är två viktiga uppdrag för universitetssjukhusen, försummas de kraftigt idag.

### Ledarskap "in vivo"

I en artikel i den vetenskapliga tidskriften *Journal of Clinical Investigation* lyfter cancerforskaren David G Nathan fram flera framgångsnycklar i klinisk translationell forskning. Det krävs, menar han: kliniskt fokus, god samverkan mellan forskning och sjukvård, mod, kritisk analysförmåga, stöttande och omsorgsfulla mentorer, patientfokus och en stödjande familj i bakgrunden.

"Utän goda ledare stagnerar utvecklingen. Men ledarskap kan utövas på många olika sätt, till exempel "in vitro" i ett provrör, det vill säga att man stänger in sig på sitt kontor eller lever långt ifrån verksamheten på golvet, och har liten aning om hur verkligheten ser ut. Eller "in silico", det syftar egentligen på internetåldern där datateknik används för att utöva ledarskapet. Så finns också ett ledarskap som bygger på "in vivo", det vill säga det verkliga ledarskapet i det verkliga livet", säger Li Felländer-Tsai.

Sitter man i ledningsfunktioner är det viktigt att inte förlora verklighetsperspektivet och låta medarbetare ta emot ett administrativt nedfall utifrån ett "topdown-perspektiv".

Li Felländer-Tsai har på eget initiativ tittat på ledarskapet utifrån en pilotstudie med en SWOT-analys som bygger på intervjuer hon har gjort med olika specialister verksamma

inom universitetssjukvården. Hon jämförde styrkor, svagheter, möjligheter och hot mellan chefer som är kliniskt verksamma och aktiva inom forskning och utbildning, respektive chefer utan denna verksamhet. Analysen visar i korthet att ett gott ledarskap fordrar långsiktighet. "Chefer med en strimma aktiv klinisk verksamhet har då en styrka för att bibehålla ett kritiskt tänkande". Styrkorna och möjligheterna är flera, menar Li Felländer-Tsai: Rekryteringsunderlaget är större, verklighetsförankringen bibehålls, intresset för chefs- och ledarskap ökar bland läkare, det finns en större trovärdighet gentemot medarbetarna, trovärdigheten blir starkare och kommunikationen underlättas då man spelar på samma planhalva och i samma lag.

Sammanfattningsvis, menar hon, handlar ledarskap om autenticitet och trovärdighet. Fokus måste ligga på ledarskapet som ur ett långsiktigt perspektiv underlättas av en kvarvarande strimma kliniskt arbete, forskning och utbildning.

# Ska universitetskliniker ledas av forskande aktiva läkare?

Bent Christensen

**För att klara framtidens utmaningar krävs bättre styrning och ledarskap. Bent Christensen, sjukhuschef vid Universitetssjukhuset i Lund, menar att kommande års utmaningar och krav på verksamhetsutveckling gör det ohållbart att samtidigt arbeta som chef och forskningsaktiv läkare.**

Att vara verksamhetschef vid ett universitetssjukhus idag innebär att man ansvarar för ett 30-tal olika uppgifter. "Kraven på dagens chefer i vården är högre eller lika höga som i näringslivet", säger Bent Christensen.

Han delar inte professor Li Felländer-Tsais uppfattning att framtidens ledare dels ska ha en bas i forskning, dels i den kliniska verksamheten i sjukvården. Det synsättet behöver moderniseras, menar Bent Christensen.

Att vara specialistläkare och överläkare ställer stora krav på inhämtande av kunskap och ett aktivt deltagande i utbildning, forskning och utveckling; att förena det uppdraget med ett komplext chefsuppdrag som ställer höga krav på verksamhetsutveckling och ekonomistyrning, är inte längre möjligt, anser han.

"Inom universitetssjukvården har vi tidigare accepterat att det varit fullt möjligt för en och samma person att hantera båda dessa jobb samtidigt. Men att vara verksamhetschef på ett stort universitetssjukhus med ansvar för cirka 200 medarbetare inom ett stort antal olika specialtområden och en budget på cirka 150 till 250 miljoner, kräver en heltidssatsning på ledarskapet", säger Bent Christensen.

"Som chef ansvarar man för kvalitet, kostnad och leverans: i rätt tid och på rätt plats och ställe".

## Gedigen chefsutbildning krävs av sjukvårdens ledare

Ett av de stora problemen i svensk sjukvård i dag är bristen på tid och att resurser inte används på bästa sätt, menar han.

”Sjukvårdens stora svaghet är ofta ledningsfunktionerna. Det går inte att klara ett chefsuppdrag på några dagar i veckan, ledning är en disciplin som behöver tas på samma allvar som att utbilda sig till en duktig specialist. Ledarskap är inte heller något man blir efter en framgångsrik karriär som läkare, utan något man kvalificerar sig för”.

Bent Christensen ser gärna att framtidens chefer i sjukvården är läkare som har erfarenhet av forskning och klinisk verksamhet, och som dessutom har en gedigen chefsutbildning.

Utmaningen för framtidens verksamhetschefer, menar han, är att skapa de rätta ramarna och villkoren för dem som i vardagen arbetar med vård, forskning och utbildning.

# Medverkande

Peter Aspelin

Ordförande i Svenska Läkaresällskapet

Håkan Billig

Huvudsekreterare vid Ämnesrådet för medicin, Vetenskapsrådet

Arvid Carlsson

Nobelpristagare i medicin 2000

Bent Christensen

Sjukhuschef vid Universitetssjukhuset i Lund

Anna Engström-Laurent

Institutionen för folkhälsa och klinisk medicin, Universitetssjukhuset i Umeå

Li Felländer-Tsai

Chef för Simulatorcentrum vid Karolinska universitetssjukhuset Stockholm

Hans Hjelmqvist

Ordförande i Läkarförbundets Utbildnings- och Forskningsdelegation

Hannie Lundgren

Forskningschef, Region Skåne

Sofia Norberg

Näringsdepartementets representant

Karl Obrant

Forskningschef vid Universitetssjukhuset i Lund

Karin Prellner

Ordförande i Svenska Läkaresällskapets kommitté för klinisk forskning och sjukvårdens organisation

Olle Stendahl

Regeringens utredare av klinisk medicinsk forskning

Göran Stiernstedt

Chef för vård och omsorg, Sveriges kommuner och landsting

Genom framgångsrik klinisk forskning får vi ny kunskap och utvecklar vi nya behandlingsformer. Klinisk forskning bidrar starkt till såväl bättre som säkrare behandlingsformer och att allt fler sjukdomar kan behandlas; klinisk forskning är därför en mycket angelägen fråga för både Svenska Läkaresällskapet och Sveriges läkarförbund.

De senaste åren har stora organisationsförändringar i sjukvården samt förändringar i universitetsvärlden och forskarsamhället medfört att frågan hamnat i fokus.

Inför slutbetänkandet i maj 2009 av professor Olle Stendahls statliga utredningar i frågan arrangerade Läkaresällskapet och Läkarförbundet en gemensam temadag om klinisk forskning. Genom att dokumentera dagen vill vi bidra till en fortsatt diskussion i denna för sjukvårdens framtida utveckling utomordentligt viktiga fråga.



**Svenska  
Läkaresällskapet**

Svenska Läkaresällskapet  
Box 738  
101 35 Stockholm  
08-440 88 60  
[www.sls.se](http://www.sls.se)



**Sveriges  
läkarförbund**

*Den medicinska professionens organisation*

Sveriges läkarförbund  
Box 5610  
114 86 Stockholm  
08-790 33 00  
[www.slf.se](http://www.slf.se)