

# Hur ska forskningen få plats i sjukvården?

EN SAMMANFATTNING FRÅN SEMINARIET FORSKNINGENS

PLATS I SJUKVÅRDEN DEN 6 FEBRUARI 2012.

ARRANGÖRER: SVERIGES LÄKARFÖRBUND, LIF OCH FORSKA!SVERIGE



Gruppdiskussion med bland andra Martin Ingvar, Peter Honeth, Karl Obrant och initiativtagaren Emma Spak.



Peter Honeth och Karin Johansson.



Marie Beckman Suurküla, Gunnar Németh och moderatorn Per Gunnar Holmgren.

# Hur ska forskningen få plats i sjukvården?

## En sammanfattning

Under måndagen den 6 februari samlade Sveriges läkarförbund, LIF och Forska!Sverige ett fyrtiotal inbjudna gäster till ett samtal om den kliniska forskningens plats i den svenska sjukvården. Bland de inbjudna fanns både Peter Honeth, statssekreterare på Utbildningsdepartementet, och Karin Johansson, statssekreterare på Socialdepartementet. Eftermiddagen inleddes med att statssekreterarna, tillsammans med Anna Nilsson Vindefjärd, generalsekreterare Forska!Sverige, Anders Blanck, vd LIF, och Eva Engström, ordförande i Läkarförbundets Utbildnings- och forskningsdelegation, beskrev hur de ser på den kliniska forskningens status och framtid i Sverige.

Efter den inledande problem- och visionsbeskrivningen inleddes en knapp timmes intensivt grupparbete. Grupperna fick i uppgift att först genomföra en SWOT-analys av den kliniska forskningens framtid i sjukvården och sedan fokusera på åtgärder under rubriken "Vad kan statsmakterna göra?" Ambitionen var att vaska fram ett antal goda förslag som statssekreterarna kan ta med sig då arbetet med den kommande forsknings- och innovationspropositionen slutförs i Regeringskansliet.

Många grupper var eniga om problembeskrivningen även om åtgärdsförslagen delvis varierade. Behovet av en gemensam målbild, där staten, universiteten, landstingen och industrin har en gemensam idé om hur klinisk forskning ska bedrivas framhölls av många. För att uppnå det behövs kontinuerlig samverkan, t.ex. i en permanent Forskningsberedning. Behovet av att beställa forskning, dvs. att tydligt inkludera det i sjukvårdsuppdraget till universitetssjukhusen framhölls också, liksom behovet att ersätta och premiera forskningsproduktion och inte bara vårdproduktion. Att forskning inte enbart utgör en kostnad, utan också är en absolut nödvändig investering och genererar intäkter var alla eniga om. Forskning är en kollektiv nytthet som utgör fundamentet för framtidens sjukvård. Problemet för de enskilda klinikerna är dock att kostnaden och vinsten inte alltid hamnar på samma klinik, under samma budgetår eller ens hos samma huvudman. Här har staten en viktig uppgift, både ekonomiskt och pedagogiskt, för att främja ett forskningsvänligt klimat i hela sjukvården. Att legitimera omedelbara kostnader med framtida/långsiktiga vinster är emellertid en utmaning även för politiker konstaterades det lakoniskt.

Att universitetssjukhusen spelar en nyckelroll för både utbildning och forskning var de flesta ense om. Men eftersom patienterna befinner sig på dessa sjukhus allt kortare tid måste forskningen följa med patienterna ut i den övriga sjukvården. Fler forskande chefer efterlystes, eftersom dessa förstår och kan freda forskningen ute på klinikerna. En rad andra förslag om allt från skattelättnader för patent och nationella prioriteringar, till förändringar i meriteringssystem och forskning i primärvården framfördes också.

I den avslutande paneldebatten deltog Peter Honeth och Karin Johansson tillsammans med Jan Andersson, prorektor KI, Gunnar Németh, vice ordförande Capio, Marie Beckman Suurküla, regeringens utredare av patologin och f.d. sjukhusdirektör Akademiska sjukhuset,

samt Kerstin Sjöberg, SKL, bl.a. ansvarig för ALF-förhandlingarna. Även här bidrog de initierade åhörarna med såväl frågor och påståenden som konkreta förslag. Några löften eller utfästelser inför den kommande propositionen lämnades inte, mer än att *life science* generellt är ett prioriterat område. Panelen enades dock om att det var viktigt att se över samarbetsformerna för att nå en gemensam målbild för den kliniska forskningen och att forskning måste beställas och belönas om den ska komma till stånd i sjukvården.



Initierade och engagerade deltagare i seminariet.

## Åtgärdsförslag i sammanfattning

Under den knappa timme som avsatts för gruppdiskussioner placerades deltagarna i sex mindre grupper. I varje grupp fanns representanter från akademien, sjukvården och läkemedelsindustrin. Uppdraget var att först göra en SWOT-analys över den kliniska forskningens situation och därför mejsla fram åtgärdsförslag. Då deltagarna återsamlades presenterade alla grupper sina åtgärdsförslag. De kommenterades sedan av den efterföljande panelen.

Åtgärdsförslagen skulle vara sådana att de i huvudsak låg inom statsmakternas direkta mandat. Statsmakternas handlingsutrymme är dock begränsat, vilket mycket riktigt påpekades. En stor del av ansvaret vilar på andra aktörer, framför allt landsting/regioner och medicinska fakulteter. Statsmakterna har dock ett övergripande ansvar för att främja förutsättningarna för klinisk forskning i Sverige. Syftet med seminariet var specifikt att ge konkreta uppslag till statsmakterna inför höstens forsknings- och innovationspolitiska proposition.

Nedan sammanfattar vi tematiskt de olika åtgärdsförslagen från grupperna samt centrala förslag från den efterföljande diskussionen. Vi lyfter också de särskilda åtgärder som ligger inom statsmakternas härad.

### ***Behovet av en gemensam målbild och vision***

Stor samstämmighet rådde om en av de allra viktigaste förutsättningarna: **samtliga inblandade aktörer måste dela samma målbild och vision** för svensk klinisk forskning. Det gäller såväl vilka betingelser som ska råda som hur vi ska åstadkomma nödvändiga förändringar.

En viktig utgångspunkt är att "alla" – det vill säga såväl stat och landsting som beslutsfattare, industrin, avnämare och forskarna själva – ser **medicinsk forskning som en investering**. Medicinsk forskning är en omistlig del av sjukvårdens framtida utveckling men ger oftast vinst på längre sikt. Forskningens långsiktiga karaktär är ett problem i ett politiskt styrt system, som dessutom kännetecknas av årliga budgetprocesser. Forskningen finns ofta med enbart som en utgiftspost, men deltagarna på seminariet ansåg att den borde finnas med även som intäktspost för de "vinster" för verksamheten som forskningen genererar. Hälso- och sjukvården är en kunskapsorganisation vars enda långsiktiga utvecklingsmöjlighet är att värna förutsättningarna för forskning.

Det är uppenbart att landstingen inte kan bedriva sjukvård utan staten; den kliniska forskningen och utbildningen är integrerade delar av hälso- och sjukvården. Det kan emellertid vara svårt att på förhand avgöra var sjukvården och forskningen får beröringspunkter. De vinster forskningen genererar hamnar inte nödvändigtvis i landstinget där forskningen utförs, eller ens i landstingen. Vinsten kan i stället hamna i staten eller kommunerna och det krävs ett gemensamt arbete för att hantera det. Statsmakterna har ett tydligt ansvar för att driva detta gemensamma arbete. Staten är den enda aktör som kan kompensera för att en investering i A ger vinst i C och kan främja investeringar som har

bäring på alla sektorer. Staten besitter dessutom lagstiftningsförmågan inom alla sektorer och kan därigenom få till stånd solida och sektorsövergripande avtal.

Arbetet med en gemensam målbild och vision måste inledas med att **definiera** vilka som är **intressenterna och vad de ska bidra med**. Alla har sin plats, sin funktion och sitt uppdrag. Det behövs dock en koordinerande funktion och här kan statsmakterna ta ett politiskt initiativ genom att initiera en sådan för sig själv eller någon annan part. Ett sådant slags forskningsberedning som samlar stat, landsting och läkemedelsindustri behövs för en effektiv målbildshandling. Staten bör tillhandahålla arenan för detta samarbete och också ange mål och ambitionsnivå, dock inte i motsatsställning till landstingen/regionerna.

Forskning är **inte bara forskningsresultat utan även kritiskt tänkande** och det får man av forskarutbildningen. Forskningen måste komma in tidigt i hälso- och sjukvårdspersonalens utbildning.

Preventionstanken i universitetssjukvården måste ges en tydligare roll. En tankeövning för alla inblandade parter vore att börja tala **mer** om **hälsa** och **mindre** om **sjukvård**. Vad skulle hända om ersättningssystemet var sådant att vårdgivarna fick betalt när patienten var frisk, för hur många dagar man inte hade problem med stroke, hjärt- och kärlsjukdom? Vad skulle hända om man införde ett slags vårdpeng för högspecialiserad vård, det vill säga lade makten i patientens händer?

## **Vad kan staten göra?**

*Driva arbetet med att hitta en gemensam målbild för den kliniska forskningen*

*Definiera intressenterna och deras bidrag*

*Definiera och driva statens roll som koordinator/samordnare för inblandade aktörer*

*Främja preventionstanken i universitetssjukvården*

## **Beställ forskning – ersätt forskning**

En av seminariets huvudfrågor var att stat och landsting på ett helt annat sätt än i dag måste bli **kompetenta beställare av forskning**. I dag är så inte fallet; huvudmännen ges i uppdrag att producera sjukvård och mäts sedan på just detta. Forskning måste beställas, mätas, följas upp och ersättas. Utan en förändring i den riktningen blir det svårt att höja forskningens status i hälso- och sjukvård. Forskning måste på ett tydligt sätt ingå i budgetutrymme, i redovisning och i planering, som en integrerad del i den övriga verksamheten. Statsmakterna har ett ansvar att ställa krav och bidra till att förändra förutsättningarna. Hur mäter man det som beställs? Hur följer man upp? Hur ser man till att resultaten sprids till brukarna?

Staten kan kunskapsstyra genom **nationella riktlinjer och ersättningssystem**. Nationella riktlinjer kan reta tävlingsnerven och ersättningssystem har potential att snabba på utvecklingen mot en tydligare roll för forskningen i hälso- och sjukvården. Det går också att knyta an till de prestationsbaserade ersättningar som redan finns, såsom kömiljarden. Avgörande blir att hitta rätt incitamentsstruktur, med tanke på att vi i dag har en statlig forskningspolitik men en regional hälso- och sjukvårdspolitik. Den nationella

cancerstrategin lyftes fram som ett gott exempel på hur regionaliseringsproblematiken kan mötas. Här har man hittat ett ovanligt pragmatiskt sätt att utmana regionaliseringen, och tänka på ett ”AB Sverige” i stället för oberoende, regionala enheter.

Statsmakterna behöver sätta mål för landstingens verksamhet som inbegriper forskning och koppla ersättning till målen. De landsting som når uppsatta mål bör få mer resurser till sitt förfogande. I dag faller värdet av utbildning och forskning helt utanför ersättningsystem, eftersom de senare baseras på antal utförda åtgärder.

Det framfördes på seminariet att det behövs **mer mångdimensionella mått i verksamhetsuppföljningen**. Det är alltför enkelt att enbart se till de ekonomiska värdena, men en grundläggande förutsättning, mer svåråtgångad förvisso, för en kunskapsintensiv organisation är verksamhetens och personalens utveckling. Forskningen bidrar, utöver personlig utveckling för den enskilde forskaren, till kunskapsutveckling och specialistkunskaper som gagnar hela verksamheten. Forskarutbildningen främjar också flera generiska kompetenser, såsom kritiskt tänkande, som har direkt bäring på verksamhetsutveckling.

### **Vad kan staten göra?**

*Ställa krav på att forskning beställs, mäts och ersätts*

*Utforma ersättningsystem som väger in och premierar utförd forskning*

### **Organisatoriska aspekter på klinisk forskning**

Även om det något optimistiskt framfördes önskemål om ett ekonomiskt tillskott på 12 till 15 miljarder kronor, så fanns ett tydligt fokus i diskussionen på de **organisatoriska problem** den kliniska forskningen brottas med. Det är inte givet att mer pengar löser alla problem. Mottagarstrukturen måste också visa att den är redo att omsätta pengar i utförd forskning.

**Ledarskapet** är naturligtvis **en avgörande fråga**. På alla nivåer inom hälso- och sjukvården sjunger man forskningens lov, men det är ändå alltför vanligt att forskning sedan inte utförs för att förutsättningar i form av tid och pengar inte ges. Ett exempel som gavs var att man genom ett effektivt kvalitetsarbete kan använda de pengar som finns i systemet på ett annat sätt. Det är vanligt att räkna med att kostnaden för kvalitetsbrister och att personalen inte arbetar effektivt, på grund av till exempel ineffektiv journalhantering, är cirka 20 procent av personalbudgeten. Med en budget på 100 000 000 kronor och effektivitetsbrister som rättades till skulle alltså 20 000 000 kronor frigöras och kunna användas till exempelvis forskning. Med ett sådant resonemang kan arbetet med kvalitetsbrister kopplas till forskningsarbetet och bli en del av forskningsstrategin. En verksamhetschef har ett ansvar för att bedriva ett bra kvalitetsarbete, men behöver då få sanktionerat uppifrån att använda pengarna för forskning om effektivitetsbrister rättas till. Resonemanget illustrerar tydligt att det går att åstadkomma förändring med starka och tydliga ledningsbeslut.

Det rådde delade meningar om huruvida förändringar kan genomföras inom ramen för befintlig organisation. Vissa röster höjdes för att helt reformera organisationen eftersom dagens klinikstruktur inte främjar translationell forskning; en mer **tematisk organisation** efterlystes. Andra menade att förändringar går att genomföra inom befintlig klinikstruktur och att det är **snabbheten i förändringstakten** som måste vara den drivande faktorn, liksom att det finns **en part som tar ansvar**. Oavsett vilken ingång man väljer torde det vara uppenbart att de organisatoriska aspekterna är en knäckfråga.

Statsmakterna har en påtaglig möjlighet att **sätta förutsättningarna för hur universitetssjukhusen ska drivas** genom att definiera universitetssjukhusens uppdrag. För en akademiskt förankrad hälso- och sjukvård är en uppdelning på en tredjedel forskning, en tredjedel utbildning och en tredjedel sjukvård befogad. Landstingen/regionerna kan därefter tillfrågas om de vill driva sin verksamhet under de givna förutsättningarna och de som accepterar får kalla sig universitetssjukhus. En väg att gå är att "värdesäkra" universitetssjukvården (jfr. diskussion om ackreditering av universitetssjukhusen) genom att enbart de enheter som uppfyller ställda krav får kalla sig universitetssjukvård. Ett sätt att validera forskningsdelen är att utgå från den tid som avsatts för forskning, samt ta hänsyn till vetenskaplig produktion i form av nya doktorer, docenter, lektorer, professorer samt antalet publikationer, kliniska prövningar och patent med mera. Det aktuella landstingets vårdinsats – läkemedelsanvändningen inkluderad – kan valideras av ett akademiskt ledarskap, det vill säga ett ledarskap som inkluderar såväl akademiskt meriterade (minst docentkompetenta) verksamhetschefer som en ledningsgrupp med god akademisk förankring. I konkreta termer kan validering innebära att en grupp bestående av sjukhusets mest kunniga kliniska forskare utvärderar varje klinik på metoder och utkomst. Exempel på tänkbara mätvärden skulle kunna vara antalet vårdade, antalet patienter på specialistmottagningarna, antal utomlänspatienter som vårdats, samt tid till implementering av nya läkemedel, terapier och tekniker.

## **Vad kan staten göra?**

*Ta initiativ till nödvändiga organisatoriska förändringar – visa handlingskraft*

*Sätta ramarna för hur universitetssjukhusens verksamhet ska drivas – definiera uppdraget*

*Införa ackreditering av universitetssjukhus*

## **Attityder och meriter – vem ska forska?**

**Forskning förutsätter forskare.** Enskilda individer måste vilja väja forskarbanan och också få möjlighet att forska. För detta krävs både attitydförändring och en annan meritvärdering än den som råder i dag. Detta är inga nyheter utan en väl etablerad verklighet. För att gå från ord till handling krävs å ena sidan **personliga incitament** – vilket handlar både om pengar och karriärmöjligheter – och å andra sidan **organisatoriska förändringar** som ger utrymme för forskning i sjukvårdsorganisationen. Även forskningens roll i utbildningen måste förtydligas; redan tidigt i utbildningen måste studenterna möta aktiva forskare och kunna se att forskning är en tydlig karriärväg. Ett tecken på att de personliga incitamenten är för låga är att även den så kallade

fritidsforskningen, vars existensberättigande kan ifrågasättas om den ersätter den inom anställningen finansierade forskningen, minskar.

I flera olika sammanhang lyftes vikten av ett **gediget och kraftfullt attitydarbete**. Trots en generellt positiv inställning till forskning inom dagens hälso- och sjukvård kommer forskningen ofta till korta. Attitydarbetet måste bedrivas på flera plan. Deltagarna på seminariet lyfte behovet av chefer med egen forskningserfarenhet, och gärna också egen aktiv forskning, för att försäkra sig om att värdet av forskning erkänns fullt ut. I dagens system byts de ut mot ”produktionschefer”. Utan egen forskningserfarenhet kan det vara svårt att prioritera forskningens ofta mer långsiktiga mål framför kortsiktiga mål som budget och akuta händelser. Vikten av förståelse för forskningen och forskande chefer är en fråga som sjukvårdshuvudmännen äger. Statsmakterna kan dock driva på utvecklingen och medverka i attitydarbetet genom att lyfta forskningens roll på universitetssjukhusen.

Att vi har forskare som forskar är givetvis avgörande. Men vi behöver också **diskutera var forskningen** bedrivs i större utsträckning än vi gör i dag. Patientbilden har förändrats i så motto att en stor del av patienterna inte längre behandlas på universitetssjukhus utan i primärvården och rentav i hemmet. Den kliniska forskningen måste därmed också bedrivas på andra ställen än det traditionella universitetssjukhuset, till exempel inom primärvården och hos de privata aktörerna. I gruppdiskussionerna framkom att de senare många gånger är bättre än landstingen på att slå mynt av forskningen och att de dessutom har ett bättre samarbete med läkemedelsindustrin. Vidare lyftes patientorganisationerna fram som aktörer som behöver få en tydligare roll i forskningsplaneringen. Återigen understryks alltså att det behövs ett gemensamt forum för alla aktörer med intressen i den kliniska forskningen.

Statsmakterna har en tydlig roll i att vända utvecklingen genom att vara drivande i diskussionen och använda den **akademiska meriteringen som ett plus**. Genom **riktade satsningar** kan karriärfrämjande anställningar införas, och genom **styrmekanismer** kan sjukvårdshuvudmännen och de medicinska fakulteterna lockas att inrätta akademiska anställningar som främjar forskning och utbildning. **Kombinationsanställningarna** kommenterades särskilt som ett gott exempel på en anställning inom ramen för en förutsägbar karriärväg. Flera av seminariedeltagarna menade dock att de i dag har för stort fokus på undervisning.

Vad beträffar forskning utanför sjukhusen så kan staten, liksom i utgångspunkterna inför förhandlingarna om ett nytt ALF-avtal, understryka att **forskning och utbildning** måste finnas **med i beställningen** när landstingen upphandlar vård från såväl egna enheter som privata vårdgivare.

## Vad kan staten göra?

*Främja personliga incitament och organisatoriska förändringar som lockar forskare att vilja forska*

*Driva ett attitydarbete som värdesätter forskningens betydelse*

*Samla inblandade aktörer och diskutera konsekvenser av förändrad patientbild, samt initiera förslag till konstruktiva sätt att hantera detta faktum*



## ***Forskningens frihet***

Gång på gång framfördes under seminariet att staten behöver ta initiativet och driva på förändringstakten med tydliga riktlinjer och ramar. I andra änden av spektrumet betonades forskningens oantastliga frihet. Några deltagare påpekade att samhället och forskningsfinansiärerna har legitima skäl att efterfråga forskning på angelägna områden och rikta medel till dessa. Andra värjde sig mot den form av statlig styrning som alltför detaljerat pekar ut vissa specifika områden som ska prioriteras särskilt. Forskare har, som en del av den akademiska friheten, privilegiet att ställa de specifika forskningsfrågorna inom ett område och också att utforma studierna så att de ger svar på frågorna. Det är i den verksamhetsnära praktiken som idéer om vad som är mest angeläget att beforska uppstår. Utifrån devisen ”styra lagom – lyda lagom” måste å ena sidan statsmakterna vara en samlande kraft, samt förse hälso- och sjukvården med tydligt forskningsuppdrag och riktlinjer för hur verksamheten ska bedrivas, och å andra sidan lärosätena förhålla sig kallsinniga till alltför stor detaljstyrning. De måste värna forskarnas integritet och kompetens att avgöra vad som utifrån ett akademiskt och verksamhetsnära perspektiv är mest angeläget att studera.

### **Vad kan staten göra?**

*Respektera den akademiska friheten och inte detaljstyra vad som beforskas*

## ***Universitetssjukhus – universitetssjukvård***

Universitetssjukhusens ställning och verksamhetsinriktning diskuterades flitigt under dagen. Röster höjdes för behovet av att ackreditera universitetssjukhus men samtidigt framfördes också att ackreditering är ett svårt begrepp som kan leda till avgränsningsproblem.

Tydligt var dock att många åhörare vill att **universitetssjukhusen får ett tydligt forskningsuppdrag**. Universitetssjukhusen ska forska, utbilda och bedriva sjukvård och det ska få kosta mer i tid och pengar att bedriva verksamhet på ett universitetssjukhus (jfr. diskussionen ovan om organisatoriska förändringar och förutsättningarna för att driva universitetssjukhus).

Bortsett från själva uppdraget, diskuterades också om vi rentav ska lämna begreppet universitetssjukhus till förmån för begreppet universitetssjukvård. **Patientbilden har förändrats** i och med att en stor del av patienterna inte längre behandlas på universitetssjukhus utan i primärvården och rentav i hemmet. Den **kliniska forskningen** måste därmed också bedrivas **på andra ställen än** det traditionella **universitetssjukhuset**.

### **Vad kan staten göra?**

*Förtydliga universitetssjukhusens uppdrag*

*Universitetssjukhus – universitetssjukvård? Drifts- och organisationsfrågor måste diskuteras och beslut måste fattas*

Återigen ligger statsmakternas ansvar och påverkansutrymme i tydliga riktlinjer och krav, samt i att åstadkomma konsensus och en gemensam färdriktning. Genom en principiell utgångspunkt motsvarande den statsmakterna har presenterat vad gäller det nya ALF-avtalet, där sjukvårdshuvudmännens vilja att underlätta kliniska prövningar kan vara en indikator i fördelningen av ALF-medel, kan statsmakterna styra genom ersättningssystemen. En sådan styrning får dock inte leda till ett ensidigt fokus på den typen av klinisk forskning, och därmed att intresset för andra viktiga studier minskar. Det finns en uppenbar risk för ett sådant beteende och det måste man ta hänsyn till när systemen utformas.

Ansvar för prövningarnas genomförande är dock delat. Läkemedelsbolagen har ansvar för att prövningarna faktiskt blir utförda i hälso- och sjukvården, men de ska inte behöva betala för att få tillträde till verksamheten och patienterna. Där måste sjukvårdshuvudmännen ta sitt ansvar.

Även vad gäller de kliniska prövningarna finns ett inslag av **nödvärdigt attitydarbete**. Hälso- och sjukvården måste visa att den är intresserad av nya behandlingsmetoder och angelägen om att forskning och utprovning av nya läkemedel kommer till stånd i dess verksamhet.

## **Vad kan staten göra?**

*Ställa krav på att läkemedelsprövningar ingår i beställningen till utförarna*

*Tillsammans med andra aktörer utforma en incitamentsstruktur som främjar intresset för läkemedelsutveckling inom hälso- och sjukvården*

## **Lagändringar och ekonomiska incitament**

När gruppdiskussionerna redovisades framhävde flera grupper behovet av **lagändringar som undanröjer de hinder** som kliniska forskare i dag möter och som är en hämsko för de konkurrensfördelar vi har i Sverige, med bland annat patienter som är villiga att medverka i kliniska studier. Ett exempel rör forskning på medvetlösa patienter. Seminariedeltagarna underströk behovet av snabba förändringar.

En annan fråga som lyftes var förändringar som underlättar för forskare att komma åt data för forskningsändamål. Sedan seminariet har staten med ett tilläggsdirektiv till en pågående utredning initierat en utredning som tangerar detta önskemål.

Från åhörarhall framfördes att det behövs **skatteincitament för att främja den kliniska forskningen** och dess innovationspotential. England nämndes som ett exempel på land som valt att sänka beskattningen på inkomster från patent. Mer långsiktigt riskkapital för forskning och innovativa lösningar behövs och här skulle pensionsfonder kunna vara en potentiell finansör.

## **Vad kan staten göra?**

*Utnyttja lagstiftningsförmågan på alla sektorer, arbeta för solida och sektorsövergripande avtal samt främja investeringar som har bäring på alla sektorer*

## **Vad kan staten göra – i sammanfattning**

*Driva arbetet med att hitta en gemensam målbild för den kliniska forskningen*

*Definiera intressenterna och deras bidrag*

*Definiera och driva statens roll som koordinator/samordnare för inblandade aktörer*

*Främja preventionstanken i universitetssjukvården*

*Ställa krav på att forskning beställs, mäts och ersätts*

*Utforma ersättningssystem som väger in och premierar utförd forskning*

*Ta initiativ till nödvändiga organisatoriska förändringar – visa handlingskraft*

*Sätta ramarna för hur universitetssjukhusens verksamhet ska drivas – definiera uppdraget*

*Införa ackreditering av universitetssjukhus*

*Främja personliga incitament och organisatoriska förändringar som lockar forskare att vilja forska*

*Driva ett attitydarbete som värdesätter forskningens betydelse*

*Samla inblandade aktörer och diskutera konsekvenser av förändrad patientbild, samt initiera förslag till konstruktiva sätt att hantera detta faktum*

*Respektera den akademiska friheten och inte detaljstyra vad som beforskas*

*Förtydliga universitetssjukhusens uppdrag*

*Universitetssjukhus – universitetssjukvård? Drifts- och organisationsfrågor måste diskuteras och beslut måste fattas*

*Ställa krav på att läkemedelsprövningar ingår i beställningen till utförarna*

*Tillsammans med andra aktörer utforma en incitamentsstruktur som främjar intresset för läkemedelsutveckling inom hälso- och sjukvården*

*Utnyttja lagstiftningsförmågan på alla sektorer, arbeta för solida och sektorsövergripande avtal samt främja investeringar som har bäring på alla sektorer*

# Hur ska forskningen få plats i sjukvården?

SVERIGES LÄKARFÖRBUND, LIF OCH FORSKA!SVERIGE HAR NÖJET ATT BJUDA IN DIG TILL ETT SAMTAL OM FORSKNINGENS PLATS I DEN SVENSKA SJUKVÅRDEN.

**Varför?** Vi är oroadе över den kliniska forskningens framtid i Sverige.

**Hur?** Samtal – med fokus på problemlösning och möjliga åtgärder – mellan berörda parter i politiken, sjukvården, industrin och akademien. Samtalet leds av Per Gunnar Holmgren, tidigare chefredaktör Dagens Medicin.

## Program:

- 13.00 **Diagnos: Vilka problem lider den kliniska forskningen av? Hur kan vi lindra och bota?**  
Peter Honeth, statssekreterare Utbildningsdepartementet, Karin Johansson, statssekreterare Socialdepartementet, Eva Engström, ordförande Läkarförbundets Utbildnings- och forskningsdelegation, Anders Blanck, vd LIF, och Anna Nilsson Vindefjärd, generalsekreterare Forska!Sverige, beskriver kort hur de ser på den kliniska forskningens status.
- 13.30 **Workshop: Klinisk forskning i sjukvården.**  
SWOT-analys i mindre grupper. Grupperna enas om åtgärdsförslag.  
Kaffe serveras under tiden.
- 14.30 **Sammanfattning av gruppdiskussioner.**
- 14.45 **Paneldebatt: Vad kan vi tillsammans åstadkomma inom rimlig tid?**  
Peter Honeth, statssekreterare Utbildningsdepartementet, Karin Johansson, statssekreterare Socialdepartementet, Jan Andersson, prorektor KI, Gunnar Németh, vice styrelseordförande Capio, Marie Beckman Suurküla, regeringens utredare av den svenska patologin och tidigare sjukhusdirektör Akademiska sjukhuset, och Kerstin Sjöberg, handläggare och ansvarig för ALF-förhandlingarna, SKL.

## TID

Måndag 6 februari  
klockan 13.00–16.00.

## PLATS

Sveriges läkarförbund,  
Villagatan 5,  
Stockholm,  
Klubbvåningen 1 tr.

## KONTAKT

Maria Lindholm,  
maria.lindholm@slf.se  
eller 08-790 34 44.

VARMT VÄLKOMMEN!

## Hur ska forskningen få plats i sjukvården?

Den 6 februari 2012

### Deltagarlista

Jan Andersson	Karolinska institutet
Jan Bagge	Reumatikerförbundet
Marie Beckman Suurküla	Regeringens utredare av den svenska patologin
Håkan Billig	Svenska Läkaresällskapet
Anders Blanck	LIF
Johan Brun	Pfizer
Thomas Brännström	Läkarförbundet
Eva Engström	Läkarförbundet
Björn Hellström	Celgene
Hans Hjelmqvist	UEMS, European Union of Medical Specialists
Per Gunnar Holmgren	Moderator
Peter Honeth	Utbildningsdepartementet
Martin Ingvar	Karolinska institutet
Kåre H Jansson	Läkarförbundet
Karin Johansson	Socialdepartementet
Eva Lindgren	Novartis
Maria Lindholm	Läkarförbundet
Jack Lysholm	Västerbottens läns landsting
Anders Lönnberg	Forskningsberedningen, SLL
Kristina Magnusson-Borg	Boehringer-Ingelheim
Katrin Moeschlin	MSD
Karin Mossler	Socialdepartementet
Nina Nelson	Östergötlands läns landsting
Gunnar Németh	Capio
Anna Nilsson Vindefjärd	Forska!Sverige
Karl Obrant	Skånes universitetssjukhus
Lennart Philipson	Örebro läns landsting

Nina Rehnqvist	Statens beredning för medicinsk utvärdering
Rein Seensalu	SOBI
Kerstin Sjöberg	SKL
Emma Spak	SYLF, Sveriges Yngre Läkares Förening
Jan Ström	LIF
Mikael Sörberg	Orion Pharma
Ann-Christin Tauberman	LoveOne Consulting
Ursula Tengelin	Senior Advisor
Marie Wedin	Läkarförbundet
Adina Welander	SYLF, Sveriges Yngre Läkares Förening
Torsten Wiesel	Forska!Sverige
Håkan Wittgren	Läkarförbundet
Malin Wreder	Läkarförbundet
Maria Wästfelt	Utbildningsdepartementet
Claes Ånstrand	LoveOne Consulting



Adress: Mäster Samuelsgatan 60, 9 tr, 112 11 Stockholm  
Telefon: 0703-883596  
E-post: [anna@forskasverige.se](mailto:anna@forskasverige.se)  
[www.forskasverige.se](http://www.forskasverige.se)



Adress: Box 17608, 118 92 Stockholm  
Telefon: 08-462 37 00  
E-post: [info@lif.se](mailto:info@lif.se)  
[www.lif.se](http://www.lif.se)



Adress: Box 5610, 114 86 Stockholm  
Telefon: 08-790 33 00  
E-post: [info@slf.se](mailto:info@slf.se)  
[www.lakarforbundet.se](http://www.lakarforbundet.se)