

## **Inför regeringens forskningspolitiska proposition - förslag och förväntningar från Sveriges Läkarförbund**

### ***Bakgrund***

Regeringens forskningspolitiska proposition 2016 innehöll en del positiva och framåtsyftande delar såsom förslaget om det slopade utbildningsbidraget och de ökade basanslagen till universiteten. Propositionen innehöll dock få hårda förslag på hur villkoren och karriärvägarna för unga forskare skulle stärkas – flera centrala punkter, så som stipendiefinansieringens framtid samt inrättandet av en eller flera nya meriteringstjänster hänvisades till framtiden. Mycket av det som vi var kritiska till då kommer med andra ord att upprepas i dessa förslag och förväntningar från Läkarförbundet.

### ***Sammanfattning av förslag och förväntningar***

Sveriges läkarförbunds förslag för en långsiktigt hållbar forskningspolitik som möter morgondagens behov av en patientsäker hälso- och sjukvård kan sammanfattas i följande åtta punkter.

- I. Öka förutsättningarna för att delta i forskning på läkarnas grundutbildning.
- II. Särskilda satsningar på yngre forskare.
- III. Förbättra förutsättningarna för att kunna kombinera forskning och kliniskt arbete genom hela yrkeslivet.
- IV. Tydliggör sjukvårdens ansvar för den kliniska forskningen
- V. Förstärk finansieringen av behandlingsforskning och annan patientnära forskning och beakta den patientnära forskningens förutsättningar vid utvärdering och uppföljning av forskningsanslag.
- VI. Ökade resurser till de prövarinitierade kliniska studierna
- VII. Ökade basanslag till universiteten
- VIII. Ökad rörlighet mellan hälso- och sjukvård, akademi, och näringsliv.

### ***Läkarförbundets förslag och förväntningar***

#### **I. Öka förutsättningarna för att delta i forskning på läkarnas grundutbildning**

Forskande läkare utgör med sin kombination av medicinsk, vetenskaplig och klinisk kunskap en viktig pusselbit inom life-science-sektorn i stort och de är centrala för vårdens

långsiktiga utveckling och patientsäkerheten. De utgör en naturlig brygga mellan forskning, undervisning och dagligt sjukvårdsarbete och bidrar till att nya medicinska rön kan omsättas i praktiken. Vi har tyvärr under en lång tid sett en nedåtgående trend gällande andelen disputerade läkare. Sveriges Läkarförbund har mellan 2005 och 2017 följt utvecklingen av andelen forskarutbildade läkare genom data från Statistiska centralbyrån, SCB. Under denna period har andelen forskarutbildade läkare minskat från över 20 procent till knappt 17 procent. Det är av stor vikt för Sveriges framtid som kunskapsnation att vi har många forskarutbildade och det krävs krafttag för att vända den nedåtgående trenden.

Vi tror att detta förändringsarbete måste börja på grundutbildningen, intresset för forskning måste skapas och det måste göras enkelt att forska. Vi anser att en tydligare forskningsanknytning i grundutbildningen är viktigt för att öka den medicinska forskningens återväxt. Genom att läkarstudenter tidigt får komma i kontakt med forskning, och möta forskande läkare som kan utgöra förebilder, ökar chansen att studenterna uppfattar forskning som en realistisk och attraktiv karriär. Parallellt med dessa insatser är det viktigt att ta till vara det forskningsintresse som redan finns hos läkarstudenter. Något som skulle underlätta detta skulle vara att införa koordinatörer på universiteten som kan informera studenterna om forskningsprojekt som pågår samt vilka projekt som behöver hjälp av studenter. Även läkarnas examensarbete är något som ofta föder ett forskningsintresse hos studenterna. Detta kräver dock att det finns engagerade (och helst disputerade) handledare i hälso- och sjukvården, akademi samt näringsliv som har möjlighet att avsätta tid till handledning. Vi anser dock att det är viktigt att de blivande läkarna får erfarenhet av forskning redan i början av grundutbildningen. I den nya examensbeskrivningens mål så tydliggörs att studenterna ska ha sådana färdigheter som fordras för att delta i forsknings- och utvecklingsarbete men vi ser trots detta ett behov av ett tydligare forskningsfokus i grundutbildningen. Vi vill för detta ändamål framhålla vikten av sommarforskaraskolor och ser behov av att ytterligare medel tillförs för detta ändamål.

Vi anser även att det är viktigt att det skapas kombinationsutbildningar där läkarprogrammet kombineras med forskarutbildning eller ledarskapsutbildning. I flera andra länder, i synnerhet i USA och Kanada kan man söka till ett ”MD-PhD program” – som ger en dubbel examen. Att öppna utbildningsplatser som leder till en dubbel examen i Sverige möjliggör att läkarstudenter som har ett forskningsintresse får en strukturerad och målinriktad utbildning. En sådan utbildning hade gett studenterna en grund för att förverkliga sin ambition att utgöra en del av framtidens akademiker och forskare inom medicin. Likaså finns i dessa länder ”MD-MBA program”, där MBA står för ”Master of Business Administration”. I en tid där många av vårdens största utmaningar är affärs- och administrationsproblem, bör vi erbjuda framtida läkare fler utbildningsmöjligheter i ledarskap och företagsekonomi.

Vårt förslag är att när läkarprogrammet kombineras med forskarutbildning ("MD-PhD program") så kan läkarprogrammet utformas på följande sätt:

- 2 år prekliniska studier
- 4 års forskarutbildning
- 4 år då man slutför läkarutbildningen

När läkarprogrammet kombineras med ledarskapsutbildning m.m. ("MD-MBA program") kan det utformas på följande sätt:

- 2 år prekliniska studier
- 2 år grundläggande kurser i ledarskap/företagsekonomi/folkhälsa med fokus på hälso- och sjukvårdssektorn
- 4–5 år då man genomför den kliniska delen av läkarutbildningen och sitt kandidatexamensarbete.

## **II. Särskilda satsningar på yngre forskare**

Det är helt avgörande att unga blivande läkare får upp intresset för forskning tidigt under grundutbildningen men även att de vill satsa på en forskarkarriär när de kommit ut i arbetslivet. För att säkra framtidens forskning bör det därför även finns tillräckligt antal doktorandplatser. I dag finns flera problem gällande antagning som doktorand, karriärmöjligheter och löneutveckling.

Den framtida forskarförsörjningen är "den enskilt viktigaste åtgärden för att främja den kliniska forskningen och skapa goda förutsättningar för att ny kunskap kommer sjukvården till del" (Klinisk forskning – ett lyft för sjukvården, SOU 2009:43). Att främja rekryteringen av nya forskare är en angelägen fråga inom hela högskolesektorn. Den är särskilt viktig inom det medicinska området där nyutbildade har andra karriärvägar att välja och stora pensionsavgångar står för dörren. Tyvärr måste vi konstatera det faktum att behovet av tydligare karriärvägar unisont framförts från berörda aktörer under lång tid, samtidigt som de konkreta resultaten uteblir.

Som ett resultat av de prestationskrav som i dag finns inom forskningen väljer allt fler forskare och forskargrupper bort att anta doktorander för att istället anställa postdoktorer i forskningsprojekt. Detta görs för att forskargruppen snabbare ska kunna prestera vetenskapliga artiklar med mindre arbetsinsats. En annan tänkbar orsak till denna utveckling är att det är svårt för en forskargrupp att få ihop fyra års heltidsfinansiering som krävs för att en doktorand ska kunna antas. Forskningsanslag är sällan på fyra år och det krävs minst 2,5 miljoner i anslag för att säkra en doktorandtjänst.

Goda exempel finns emellertid, genom sammanhållen anställning i form av så kallade forskar-AT (forskar-BT) och forskar-ST. De upplevs som välfungerande och ger innehavaren möjlighet att forska inom ramen för en anställning. Vi anser att denna möjlighet att kombinera forskarutbildning med läkarutbildning är ett framgångsrikt sätt att sänka disputationsåldern för läkare. Vi anser därför att alla regioner ska erbjuda

forskar-ST (och inom alla specialiteter). Vi anser vidare att en av fem utbildningstjänster för ST-läkare bör utgöras av tjänster för forskar-ST samt att dessa bör vara spridda över landet. Förutom detta bör ST-läkare genomföra ett skriftligt vetenskapligt arbete under handledning. För att arbetet ska bli meningsfullt bör det lämpligen ses som en fördjupning av den kompetens som uppnåtts under grundutbildningen. ST-läkare med tidigare relevant vetenskaplig utbildning, till exempel forskarutbildning, är exkluderade från kravet på skriftligt vetenskapligt arbete förutsatt att ST-läkaren uppnått målen i målbeskrivningen.

Ett annat problem som ibland lyfts är att det finns för få platser på vissa viktiga obligatoriska doktorandkurser. Det är därför viktigt att dimensioneringen av doktorandkurserna följer antalet doktorander så att flaskhalsar undviks.

Att främja karriärgångar för yngre forskare bör på ett tydligare sätt än i dag premieras. Läkarförbundet anser att utvärderingsmodeller som ensidigt fokuserar på externa anslag och publikationer/citeringar är konserverande och otillräckliga. Riktigt nyskapande vore att låta antalet inrättade kombinationsanställningar, eller motsvarande initiativ för att säkra möjligheten att bedriva forskning, utbildning och kliniskt arbete (eller motsvarande inom andra verksamheter), bli en av flera parametrar när statsmakterna fördelar anslag till lärosätena. Det ger en tydlig signal om att forskning och utbildning är intimt sammanlänkade och är ett viktigt steg för att öka forskningsanknytningen i grundutbildningen.

Läkarförbundet menar att staten kan göra skillnad genom riktade statliga satsningar på meriteringsanställningar för yngre forskare. Satsningarna kan rikta sig direkt till lärosätena men även kanaliseras via forskningsråden. Läkarförbundet är av uppfattningen att båda möjligheterna måste användas.

Förbundet vill understryka vikten av flexibilitet när det kommer till forskningens andel av det totala anställningsutrymmet. Unga läkare som också vill utvecklas och meritera sig kliniskt kan sällan forska på heltid. Samtidigt är deras medicinska kompetens och kliniska anknytning mycket värdefull i forskningsprojekt. Det är därför viktigt att staten utformar satsningar på ett sådant sätt att de möjliggör parallella karriärer inom klinik och forskning. Det är samtidigt viktigt att undervisningsdelen regleras på ett sätt så att inte dessa personer överhoppas med undervisning.

Ett av de områden där forskningen är extra eftersatt är inom allmänmedicin. Vi anser därför att det är extra viktigt att medel tillförs för att öka forskningen inom ämnet och att öka antalet utbildningstjänster för forskar-ST är ett effektivt sätt att göra detta. Löneutvecklingen för läkare som forskar behöver ses över. Forskningserfarenhet kan förvisso anses som meriterande men det genererar sällan högre lön i den omfattning det borde. Läkare är den enda yrkesgrupp inom Saco som förlorar i livslön på att disputera

enligt en undersökning från Saco. För att fler läkare ska välja en forskarutbildning behöver forskningserfarenhet därför få ett högre meritvärde och generera högre lön än idag, både inom sjukvården, näringslivet och akademien. Lönen under själva forskarutbildningen är ofta lägre än vad läkare kan få om de fortsätter en traditionell klinisk läkarkarriär. Genom att fullfölja en forskarutbildning förskjuts dessutom tidpunkten för ett eventuellt specialistbevis, vilket ytterligare inverkar negativt på löneutvecklingen. Vi hör även anekdoter om att ”Det är mer meriterande att vara schemaläggare än att forska”. Vid varje löneredovisningsförhandling nås vi dessutom av rapporter om att forskning snarare omnämns som något som inte bidrar till verksamheten och således betingar ett lägre lönepåslag. Detta synsätt måste förändras för att vården ska få ett livskraftigt forskningsklimat.

Det bör vidare skapas förutsättningar för ett lärande under hela livet även gällande forskning. Det är därför viktigt att man som läkare ska kunna påbörja en forskarkarriär när som helst under ens läkarkarriär utan att straffas för det ekonomiskt eller karriärmässigt.

### **III. Bättre förutsättningar att kombinera forskning och kliniskt arbete genom hela yrkeslivet**

Det vore synnerligen olyckligt för samhället – och för den enskilde individen – om dagens och framtidens kliniska forskare valde att hoppa av forskarkarriären eller bestämde sig för en helt klinisk bana redan under grundutbildningen. Minskad forskningsaktivitet bland läkare påverkar på sikt också kvaliteten i grund- och forskarutbildningen. Staten har ett övergripande ansvar för hälso- och sjukvårdens framtida kompetensförsörjning men ett stort ansvar måste även läggas på fakulteter och landsting. Staten bör även ta ett större ansvar för att säkra att högkvalitativ klinisk forskning bedrivs även i framtiden. För en fortsatt god hälso- och sjukvård i Sverige måste det finnas möjlighet att kombinera forskning, undervisning och sjukvård på alla nivåer i forskarkarriären.

I dag finns några hundratals läkare med så kallad kombinationsanställning. Dessa personer har möjlighet att inom ramen för sin anställning kombinera forskning och undervisning med klinisk tjänstgöring. Deras sociala trygghet (sjukförsäkring, framtida pensioner med mera) har tagits hänsyn till. Om möjligheterna till forskning inte finns reglerade är det i dag allt för vanligt att patientarbetet tränger undan forskningen. Det är därför särskilt viktigt för de kliniska forskarna att utrymmet för forskning tydliggörs i anställningen. Kombinationsanställningarna är i detta avseende utmärkta, men tyvärr noterar vi att man inrättar färre kombinationsanställningar eller låter bli att återbesätta dem i samband med pensionsavgångar. I dagsläget begränsar även regelverken (högskolelagen och högskoleförordningen) möjligheten för läkare att inneha kombinationsanställningar.

Högskolelagen och högskoleförordningen skulle behöva lättas upp för att fler läkare ska få möjlighet till kombinationsanställningar. I dagsläget behöver en läkare vara både specialistläkare samt professor eller lektor för att vara aktuell för en kombinationsanställning. Vi förordar att kravet på specialistkompetens tas bort, samt kravet på att vara professor eller lektor. Att vara legitimerad läkare samt forskare tycker vi är fullt tillräckligt och skulle öppna dörrarna till kombinationsanställningar för många. Det finns exempel där individer idag innehar två tjänster för att möjliggöra en karriär med både forskning och kliniskt arbete, vilket kan skapa en otrygghet och ge försämrade sociala villkor eftersom exempelvis pensionen kan påverkas negativt av ett sådant arrangemang.

Ett alternativ till en kombinationsanställning är en adjungering med full finansiering. Läkarförbundet bejaktar adjungeringar; vi menar att de är mycket värdefulla för att knyta klinisk kompetens från hälso- och sjukvården till akademien. Risken är dock uppenbar att adjungeringarna kan komma att ersätta tillsvidareanställningar såsom kombinationsanställningar, och därmed minska tillgången på fullfinansierade anställningar. En akademiskt förankrad anställning innebär rimligen också att den anställde har ett större engagemang i och tar större ansvar för både undervisning och forskning.

#### **IV. Tydliggör sjukvårdens ansvar för den kliniska forskningen**

Läkarförbundet menar att regeringen i den kommande forskningspolitiska propositionen måste ta sitt ansvar för att se till att forskningen får en plats i sjukvården. En viktig politisk åtgärd är att förtydliga universitetssjukhusets uppdrag. Forskning och utbildning är särskilt viktiga verksamheter på just universitetssjukhusen och får inte konkurreras ut av sjukvårdsproduktion. I undervisningen ingår såväl handledning av doktorander som av studenters examensarbeten. Det förefaller nödvändigt att dimensionera bemanningen annorlunda på klinikerna så att tid för forskning inryms, utan att patienter och kollegor drabbas negativt. En rimlig följd av ökat forskningsfokus är att det finns forskningsmeriterade personer representerade i universitetssjukhusens ledning. Likaså bör forskningsmeritering vara ett krav för överläkare på universitetssjukhusen. Dessutom måste länken mellan universitet och relevanta primärvårdsenheter stärkas, eftersom de stora sjukdomarna till övervägande del hanteras inom primärvården.

Detta är dock inte ett problem begränsat till universitetssjukhusen. Chefer inom hälso- och sjukvården generellt är i allt minskande grad läkare. Att chefer i minskande grad är läkare påverkar förståelsen för att det finns ett behov av forskning negativt. Vi anser att patientsäkerheten ökar om man har läkare som chefer, de kan kritiskt granska nyheter inom området och bättre avgöra om det är en utveckling som kliniken bör göra eller avvakta. I vissa fall kan det även vara av vikt för chefer i hälso- och sjukvården att knyta till sig läkare med forskningsmeritering för att kunna få stöd i frågor som rör forskning.

## **V. Förstärkt finansiering för patientnära forskning**

Forskningsmedel måste fördelas för att främja en större bredd inom forskningen. Om de principer som gällt för fördelning av rådsmedel även ska gälla för fakultetsmedel och ALF-medel riskerar vi en situation där bara redan välbeforskade områden kan erhålla finansiering. Detta då fördelningskriterierna i princip bara kan uppfyllas av redan etablerade heltidsforskare med uppbyggda nätverk. Det finns även en stor risk att universitetet inte vågar vara långsiktiga och satsa på yngre/mer oprövade forskare och frågeställningar eftersom det tar tid innan sådana satsningar betalar sig i bibliometriska utfall. En sådan utveckling vore mycket olycklig.

Det behövs därför fortsatt riktade satsningar på underbeforskade områden och miljöer där starka forskningsmiljöer av den typ som behövs för att erhålla reguljära externa medel ännu inte kunnat byggas upp. Patientnära forskning som utgår från frågeställningar i den kliniska vardagen är ett område som riskerar att få svårt att konkurrera om forskningsanslag. Utvärderingssystemen måste därför ta tillräcklig hänsyn till den patientnära forskningens förutsättningar och till behovet av kompetensförsörjning för den framtida forskningen. Vi ser även behov av betydligt större satsningar på den kliniska behandlingsforskningen och annan patientnära forskning och hoppas att regeringen ska återkomma till detta snarast.

## **VI. Ökade resurser till de prövarinitierade kliniska studierna**

Antalet kliniska prövningar minskar i Sverige, vilket är en allvarlig utveckling. Sverige behöver fler kliniska studier; både sådana som initieras av läkemedelsföretag och sådana som initieras av enskilda forskare utan annan finansiering än sporadiska forskningsanslag från statliga eller privata forskningsfinansiärer. Av Läkemedelsverkets statistik kring ansökningar om vetenskaplig rådgivning och kliniska prövningar framgår att ungefär 20-30 procent av de kliniska prövningarna är prövarinitierade (det vill säga forskare som inte tillhör kommersiella aktörer, även kallade akademiska prövare). Detta är inte en försumbar andel av antalet kliniska prövningar i Sverige. En anledning till minskningen som framförs är att de kliniskt initierade studierna har mycket svårt att få finansiering.

Idéerna till dessa studier uppstår ofta från frågeställningar i den kliniska vardagen. Forskarna drivs av viljan att utveckla vården, förbättra för patienten och bygga global kunskap. Det är viktigt att dessa forskare inte konkurreras ut av industrifinansierade läkemedelsprövningar. Både de industrisponsrade prövningarna och de prövarinitierade studierna har ett värde och kompletterar varandra. Läkarförbundet menar att det krävs konkreta och verkningsfulla åtgärder av alla inblandade för att vända den nedåtgående trenden gällande kliniska prövningar. Läkarförbundet anser att det behövs mycket mer resurser för denna typ av forskning.

Läkarförbundet vill även uppmärksamma att Läkemedelsverket från den 1 mars 2019 började ta ut ansökningsavgifter även från icke-kommersiella aktörer vid vetenskaplig

rådgivning samt vid ansökningar om klinisk prövning. Läkemedelsverket meddelade samtidigt att undantag kan komma att göras i enskilda fall. Vilka dessa fall är kan inte myndigheten svara på i dagsläget. Vi är mycket oroade över denna förändring av Läkemedelsverkets praxis. Avgiften för rådgivning är 45 000 kronor och avgiften för ansökan om klinisk prövning hos Läkemedelsverket är 50 000 kronor. Detta är en lika hög avgift som läkemedelsföretag måste betala för att ansöka om en klinisk prövning. Detta är inte rimligt.

Dagens forskning i Sverige finansieras till en del genom gåvor och donationer från allmänheten. Läkemedelsverkets förändrade praxis medför att en allt mindre andel av insamlade gåvor och donationer kan användas för vad gåvorna var avsedda till nämligen forskning. Detta riskerar att minska allmänhetens vilja att donera pengar till forskning.

Det finns en stor risk att de forskare som har planerat att ansöka om klinisk prövning (eller vetenskaplig rådgivning) hos Läkemedelsverket nu inte kommer att kunna göra det av ekonomiska skäl eftersom deras finansiering inte täcker denna avgift. Detta riskerar att betyda ett kännbart minskat antal kliniska prövningar i Sverige.

För ungefär ett år sen skrev tre ministrar en gemensam debattartikel om bland annat att regeringen ska ta ett helhetsgrepp om life science samt att det måste bli fler kliniska prövningar i Sverige.

Läkemedelsverkets förändrade praxis riskerar att leda till ett resultat som går stick i stäv med regeringens ambition i en så viktig fråga som kliniska prövningar. Verkets beslut har inte remissbehandlats och det saknas rimlig övergångstid. Verket har dessutom ett uppdrag av regeringen där det ingår att stödja innovation och forskning i framtagande av nya effektiva läkemedel. Regeringen och Läkemedelsverket har med detta beslut försvårat och antagligen minskat antalet kliniska prövningar ytterligare.

Regeringen måste nu, som vi ser det, åtgärda detta skyndsamt och det finns åtminstone två tänkbara lösningar.

- Regeringen påbörjar ett arbete med att förändra lagstiftningen så att akademiska kliniska prövningar fortsatt är avgiftsbefriade och att regeringen finansierar Läkemedelsverkets arbete retroaktivt från 1 mars och fram till dess att lagstiftningen är ändrad så att inte enskilda forskare riskerar att drabbas.
- Om detta inte är möjligt bör regeringen tillföra medel, motsvarande den kostnad som beslutet medför för enskilda forskare, till en statlig forskningsfinansiär, exempelvis Vetenskapsrådet (hädanefter förkortat VR). Medlen ska finnas tillgängliga i en öppen utlysning för enskilda forskare som har använt sig av



Läkemedelsverkets tjänster. Utlysningen bör planeras så att enskilda forskare inte behöver förskottera pengar utan medel ska delas ut kontinuerligt.

## **VII. Ökade basanslag till universiteten**

Det har gjorts många välkomna satsningar på medicinsk forskning de senaste åren, men ett allt för ensidigt fokus på excellens och spets har skett på bekostnad av bredd och återväxt. Vi föreslår därför att de direkta anslagen till universitet och högskolor bör öka för att möjliggöra långsiktiga satsningar och säkra rekryteringen av framtidens forskare. Universiteten måste ha resurser för att kunna utlysa och tillsätta tjänster i öppen konkurrens, framför allt för att yngre forskare ska kunna erbjudas rimliga villkor och få möjlighet att meritiera sig.

Uppgiften att bygga upp starka miljöer och finansiera infrastruktur bör ligga på universiteten snarare än på VR, men då måste också större andel av medlen gå direkt till Universitet och högskolor. VR-medel och andra rådsmedel är mycket viktiga resurser men bör framför allt fördelas till enskilda forskare eller grupper av forskare för forskarinitierade projekt. De mycket kostsamma satsningarna på starka miljöer och rekryteringar av internationella toppforskare kan ifrågasättas då medlen sannolikt gör större nytta fördelade på fler personer.

## **VIII. Ökad rörlighet mellan hälso- och sjukvård, akademi, och näringsliv**

Vi anser även att det måste bli lättare och mer naturligt för läkare att röra sig mellan life-science områdets olika sektorer; hälso- och sjukvård, akademi och näringsliv. För att öka intresset för forskning bör man även under läkarnas grundutbildning uppmuntra till att studenterna genomför examensarbetet kopplat till näringsliv och industri.

### ***Läkarförbundets förslag stämmer i hög grad med Socialstyrelsens rekommendationer***

Läkarförbundet har i detta dokument sammanfattat de förslag och förväntningar som vi har inför regeringens forskningspolitiska proposition. Vi vill även påminna om att våra förslag och förväntningar ligger väl i linje med de rekommendationer som Socialstyrelsen gjorde i rapporten ”Utvärdering av universitetssjukvård - Strukturer och processer” från år 2018.<sup>1</sup> Socialstyrelsen hade fått i uppdrag av regeringen att utvärdera universitetssjukvården i förhållande till avtalet mellan svenska staten och vissa landsting om samarbete om utbildning av läkare, klinisk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården (ALF-avtalet) och rapporten var resultatet av detta arbete. Socialstyrelsen lämnade i rapporten förslag till fortsatt arbete för regionala ledningsorgan och

---

<sup>1</sup> <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2018-3-23.pdf>

universitetssjukvårdsenheter inom områdena klinisk forskning, utbildning av läkare och utveckling av hälso- och sjukvård. När det gällde klinisk forskning så rekommenderade Socialstyrelsen att en FoU-ansvarig som är minst docent utses i ledningen hos universitetssjukvårdsenheter som saknar en sådan. Vidare rekommenderades att det borde finnas en samlad strategi som stödjer utvecklingen från student till docent samt att ledningsorganen överväger en utbyggnad av de kliniska forskarskolorna och inrättande av fler kombinationstjänster vid universitetssjukvårdsenheterna. Vi ser alltså att dessa rekommendationer inte har fått tillräcklig effekt och regeringen därför bör agera.