

Prioritering av ALF-medel gynnsamt för kliniska forskare

DICK KILLANDER, professor emeritus, Lunds universitet; f d överläkare, onkologiska kliniken, Skånes universitetssjukhus, Lund

ELSA WARKANDER, ekonomischef, medicinska fakulteten, Lunds universitet

HANNIE LUNDGREN, forskningschef, Region Skåne

THOMAS MCNEIL, professor emeritus, psykiatrisk epidemiologi, Skånes universitetssjukhus, Lund

BENGT JEPPSSON, f d vicedekan, medicinska fakulteten, Lunds universitet; professor, kirurgiska kliniken, Skånes universitetssjukhus, Malmö
Bengt.Jeppsson@med.lu.se

Avtal om läkarutbildning och forskning (ALF) reglerar den ersättning från staten till hälso- och sjukvården som ska täcka de merkostnader som läkarnas grundutbildning och forskning medför. Medlen avser endast grundutbildning och forskning som universitetet prioriterat. Det första avtalet undertecknades 1989. Avtalet har sedan förnyats, och det senaste undertecknades i juni 2003. Nuvarande avtal är uppsagt och förberedelser för ett nytt pågår.

Olika landsting och regioner har hanterat ALF-medel för forskning på olika sätt. Parterna i Skåne bestämde tidigt att man ville prioritera den bästa forskningen. Därför skulle alla forskningsmedel konkurrensutsättas. Bortsett från en mindre del medel som avsatts för infrastruktur till universitetssjukhusen i Malmö och Lund (ca 8 procent) fördelas alla forskningsmedel efter prioritering i en prioriteringskommitté med 12 ledamöter. Sex medlemmar utgörs av forskare verksamma inom medicinska fakulteten eller Region Skåne, och sex kommer från andra lärosäten. Alla medlemmar är erfarna forskare och har deltagit i prioritering i andra sammanhang (Vetenskapsrådet, Cancerfonden m fl, <http://www.med.lu.se/ALF>).

Prioriteringen följer samma riktlinjer som används bl a av Vetenskapsrådet med bedömning av frågeställning, metodik/material och genomförbarhet (A–C) i en sjugradig skala. Utöver detta bedöms ett fjärde kriterium (D), patientnytta.

Patientnytta definieras som forskning som tydligt syftar till hälsofrämjande och preventiva insatser, förbättrad diagnostik, framgångsrik behandling och vård, ökat välbefinnande för människan och/eller optimering av samhällets resurser. Patientnytta poängsätts på en skala 0–7 och utifrån följande tre överväganden: klinisk förankring, plan för implementering och resultatens generaliserbarhet.

Bedömningsprocessen och ledamöternas interbedömarreliabilitet i prioriteringen har analyserats återkommande, vilket är ett ovanligt inslag i prioritering av forskningsmedel. Ledamöternas enighet i oberoende poängsättning har i alla kriterier sammanlagt legat på en »acceptabel« nivå. Den genomsnittliga interbedömarcoeffcienten (parvisa korrelationer mellan bedömare) låg år 2000 på +0,780, 2003 på +0,709, 2006 på +0,637 och år 2008 på +0,591. Graden av enighet har sjunkit i takt med att allt mer fokus lagts på projektens kliniska relevans. Ledamöterna har varit mest eniga om de sökandes kompetens (kri-

»Genomgången visar också att manliga forskare varit mer gynnade av att få ALF-medel för yngre forskare än kvinnliga.«

terium C, med en genomsnittskorrelation på +0,618 år 2006 och +0,570 år 2008). Minst eniga har de varit om projektens kliniska tillämpning (kriterium D, med en genomsnittskorrelation på +0,313 år 2006 och +0,300 år 2008). Analyserna visar på bedömningsprocessens reliabilitet och på möjligheten att identifiera eventuella bedömningsmoment som behöver förbättras, och utvärdera effekten av förbättringsåtgärderna.

De första årens prioriteringar visade att det var svårt för yngre forskare att hävda sig i konkurrensen. Därför inrättades ALF-medel för yngre kliniska forskare och forskningsutrymme för ST-läkare.

Medel till yngre forskare ger mottagaren möjlighet att forska på heltid 3–6 månader per år under tre år, och anslaget kan förlängas två gånger. Tildelningen är personlig och kan användas för forskningsvistelse utomlands.

ST-forskningsutrymmet innebär att man forskar inom sin anställning som ST-läkare. Den som tilldelats ST-forskningsutrymme ska forska 3–6 månader per kalenderår. ST-utrymmet tilldelas initialt för tre år, därefter kan det förlängas ytterligare en period under förutsättning att den forskarstuderande enligt den medicinska fakultetens regelverk genomgått, och godkänts vid ett sk mittseminarium. Den andra perioden omfattar normalt 1–3 år. ST-tjänsten förlängs i förhållande till uttagen forskningstid, och efter fem år görs en lönerevision för att kompensera eventuellt lönebortfall med anledning av förlängningen. Bedömningen sker på samma sätt som beskrivits ovan.

Vi har gjort en retrospektiv genomgång av ansökningar från 1999 och 2008, och jämfört med utfallet vid den senaste ansökan år 2012 (som gäller perioden 2012–2014), avseende antal ansökningar, kvalitetsbedömning, beviljandegrad, anslagsinnehavarens tjänsteställning, genus, typ av forskning och forskningsområde. De första årens ansökningar har bearbetats manuellt medan ansökningarna från 2012 är lagrade elektroniskt, vilket ger större möjlighet för detaljanalys.

RESULTAT

Beviljandegraden har sannolikt ökat tack vare högre kvalitet, utbildningsinsatser (kliniska forskarskolor) och möjlighet att få hjälp av seniora professorer med utformningen av ansökan (Tabell I). Det lokala ALF-avtalet betonar betydelsen av att ge manliga och kvinnliga forskare samma förutsättningar för forskning. Andelen ansökningar med kvinnor som huvudsökande har sakta ökat från 14 till 20 respektive 30 procent (Tabell II). Beviljandegraden har varit låg, under 10–15 procent, med ett litet trendbrott 2011 då 30 procent beviljades. Delar

SAMMANFATTAT

Medicinska fakulteten i Lund och Region Skåne var först med att konkurrensutsätta ALF-medel.

Bedömningsprocessen har kvalitetsbedömts parallellt, och förändringar under en tio-årsperiod har studerats.

Kvalitet har genomgående ökat under en tio-årsperiod och andelen beviljade medel har ökat från 52 till 66 procent.

Beviljandegraden för kvinnliga forskare har ökat något under

perioden men är lägre än för män. **Kvinnliga bedömare ger lägre** poäng åt kvinnliga sökande.

Särskild utlysning för yngre forskare har gynnat den akademiska utvecklingen och inte påverkat den kliniska utvecklingen negativt.

Beviljandeandelen för forskare utan läkarexamen samt läkare inom laborativa verksamheter har ökat lite mer än för läkare med direkt patientansvar.

man in ansökningarna efter akademisk grad är beviljandeprocenten lika hög för professorer oberoende av kön. Det finns inte heller någon skillnad mellan docenter, men bland forskare med enbart doktorsgrad är beviljandegraden under 15 procent för kvinnor.

Om man jämför hur manliga respektive kvinnliga medlemmar i prioriteringskommittén bedömer ansökningar från respektive kön finner man att kvinnliga bedömare ger kvinnliga sökande lägre poäng (Tabell III). Manliga bedömare ger en viss fördel till manliga sökande. Trots att skillnaderna är relativt små förefaller det som om manliga sökande prioriteras både av manliga och kvinnliga bedömare. Liknande resultat har observerats i bedömningar av ansökningar till Vetenskapsrådet (Kvinnors och mäns framgång med projektansökningar inom medicin. Rapport 2009:4, <http://www.vr.se/publicerat>). Orsakerna är inte lätta att förklara.

Varje godkänd ansökan kompletteras med en budget, där det tydligt ska anges hur man avser att fördela kostnader och ersättning för bortfallen arbetstid. 30–36 procent av medel gick till hyror och 60–64 procent till drift och till att ersätta Region Skåne för merkostnader. Fördelningen har varit oförändrad genom åren.

Majoriteten av de sökande är läkare, men andra forskare med anspråk på sjukvårdens resurser har rätt att söka medel. I tabell IV har de sökande delats upp på läkare, icke-läkare (medicinare utan läkarlegitimation, grundforskare, naturvetare och biologer) och vårdforskare.

Alla forskare konkurrerar om forskningsmedel på lika villkor. Det är därför intressant att analysera utfall i relation till klinisk profession. Därmed studeras graden av patientrelaterat arbete med utgångspunkt i att patientnära forskning ska prioriteras enligt det lokala samverkansavtalet. De sökande som är läkare har därför delats in i två grupper; läkare med direkt patientansvar och läkare utan patientansvar. I den senare gruppen finns läkare inom laboratoriemedicin, röntgen, klinisk fysiologi, radiofysik. Kategoriseringen är inte absolut, och dessutom består flera projekt av olika delar. Indelningen baseras på huvudinriktningen för projektet. Beviljandegraden till läkare är hög, i synnerhet för de läkare som inte har direkt patientansvar. Beviljandegraden för grundforskare minskade år 2011. En enkel förklaring kan vara att fakulteten ändrat anslagsmodell för forskare utan behov av sjukvårdsresurser, vilket innebär att de kan få medel från fakulteten utan ansökan.

Satsning på yngre forskare

Efter de första ansökningarna på 1990-talet visade det sig att yngre forskare hade svårt att hävda sig i konkurrensen. Medlen tillföll i hög grad erfarna forskare med tillgång till medel. Genom det lokala ALF-avtalet gjordes en riktad satsning på yngre kliniska forskare. Ansökningar om dessa anslag kvalitetsutvärderades av lokalt sakkunniga och av den medicinska fakulteten. Region Skåne har även noga följt utvecklingen för mottagarna av de första anslagen till yngre forskare. 65 forskare beviljades anslag 1997–1999. Av dessa arbetade 51 (78 procent) inom Skånes universitetssjukvård år 2008 (Tabell V).

Högre akademisk tjänst avser disputation, docentur, lektorstjänst eller professor, och högre klinisk tjänst avser specialistläkar- eller överläkartjänst. Av 12 kvinnliga forskare som disputerade 1997–1999 fick fyra docentur och två blev professorer. Av fyra docenter blev endast en adjungerad professor, övriga stannade på docentnivå. Genomgången visar också att manliga forskare varit mer gynnade av att få ALF-medel för yngre forskare än kvinnliga.

Särskilda satsningar

Det lokala ALF-avtalet och det gemensamma ansvarstagandet för processen har gjort att vi har kunnat identifiera områden som är eftersatta ur forskningssynpunkt och kan bli utgångs-

TABELL I. Utveckling och fördelning av ALF-medel uttryckt i miljoner kronor (ökning i procent).

Budget	1999	2008	2012
Grundutbildning	45	72 (60)	88 (22)
Forskning	179	199 (12)	227 (14)
Projekt	159	164 (4)	191 (16)
Yngre	20	35 (75)	36 (2)
Infrastruktur	32	30	30
Övrigt + reserv	47	67	63
Total	303	368 (21) ^a	408 (10)

^aKostnadsprisindex + 16 procent.

TABELL II. Beviljandegrad (procent).

	1999	2008	2012
Antal sökande	269	263	299
Beviljandegrad	52	66	65

TABELL III. Kvinnliga (4) och manliga (8) bedömares medelpoäng för kvinnliga och manliga sökande (poäng A–D 2008).

Bedömare	Medelpoäng		Poäng (A–D), kvot manliga/kvinnliga sökande
	Manliga sökande	Kvinnliga sökande	
Kvinna 1	18,96	17,16	1,104
Kvinna 2	20,51	18,70	1,096
Kvinna 3	19,75	18,03	1,095
Kvinna 4	16,68	15,64	1,066
Genomsnittskvot			1,090
Man 1	19,34	17,69	1,093
Man 2	16,63	15,38	1,081
Man 3	17,13	15,85	1,080
Man 4	17,17	16,02	1,071
Man 5	15,10	14,15	1,067
Man 6	16,61	16,00	1,038
Man 7	17,78	18,16	0,979
Man 8	16,28	16,69	0,975
Genomsnittskvot			1,048

TABELL IV. Antal sökande åren 1999, 2008 och 2012 (procent beviljade).

Sökandes bakgrund	1999	2008	2012
Läkare med patientansvar	199 (48)	146 (63)	165 (48)
Läkare utan patientansvar	70 (65)	54 (72)	58 (84)
Grundforskare	6 (10)	52 (82)	66 (50)
Vårdforskare	0	11 (55)	18 (55)

TABELL V. ALF-medel för yngre forskare. Resultat efter 10 år (2008).

Mottagare 1997–1999	Högre akademisk titel 2008	Högre klinisk befattning 2008
Kvinnor 16	7 (44 %)	13 (81 %)
Män 49	34 (69 %)	42 (86 %)

TABELL VI. Fördelning av ALF-medel 2012 på olika projekt (procent beviljade).

Kartläggning	Patofysiologi	Behandling	Vårdforskning
101 (33)	139 (47)	48 (16)	13 (4)

punkt för speciella satsningar och stimulansåtgärder (Figur 1).

Ur sjukvårdssynpunkt är det bekymmersamt att vissa områden är klart underrepresenterade. Psykiatri och folkhälsa är två sådana områden. Det är också förvånande att antalet ansökningar inom hjärta-kärl och inflammation minskar, och att beviljandegraden inom hjärta-kärl är lägre än inom många andra områden. Dessa förändringar är sannolikt inte signifikanta. En önskan är att forskningsaktiviteterna ska ha

»Det låga antalet ansökningar från kvinnliga forskare är ett problem som måste lösas ...«

större överensstämmelse med stora patientgrupper och utmaningar inom sjukvården.

Denna analys har tjänat som underlag för gemensamma satsningar av medicinska fakulteten och Region Skåne. Sedan 2008 har det gjorts särskilda rekryterings-satsningar och skapats kliniska forskningsplattformar inom psykiatri och allmänmedicin. Det lokala avtalet ger oss möjlighet att göra sådana satsningar utan att ge avkall på prioritering och kvalitet.

Typer av forskningsprojekt

När man analyserar samtliga beviljade ALF-anlag ser man tydliga mönster. Vi har därför delat in projekten i fyra kategorier: kartläggning, patofysiologi, behandling och vårdforskning. Kartlägningsstudier innefattar all genetisk karakteristik, epidemiologiska studier och uppföljningsstudier utan intervention. Denna typ av forskning skulle kunna utgöra bas för framtida intervention. Studier av patofysiologi är experimentella eller kliniska studier som försöker beskriva och förklara en sjukdomsprocess. Behandlingsstudier omfattar alla studier där någon form av intervention görs, vanligen läkemedel, operationer eller radiologisk behandling, medan vårdforskning oftast innefattar kvalitativa studier av vårdprocesser utan intervention (Tabell VI). Antalet interventionsstudier är litet och liknande karakteristik av studier 1999 visar nästan identisk fördelning av kategorier.

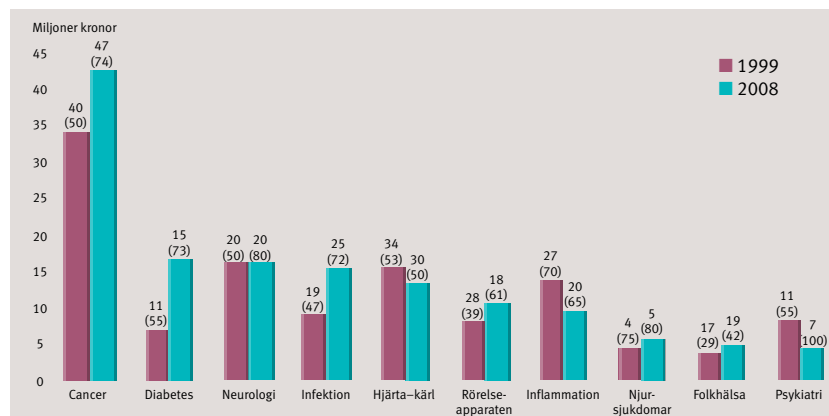
DISKUSSION

Region Skåne och medicinska fakulteten i Lund var först i landet med att konkurransutsätta ALF-medel för forskning. Skälet var att försöka stimulera god forskning och inte bara fördela medel till forskare utan närmare kontroll och uppföljning. Detta har lett till en kvalitetshöjning, enligt de externa bedömare i prioriteringskommittén, där flera sakkunniga har följt bedömningen under mer än tio år. Detta är dock en subjektiv uppfattning som är svår att belägga. ALF-medlens storlek har också ökat under perioden, vilket kan bidra till kvalitetshöjningen. Tilldelade forskningsmedel är viktiga för den regionala utvecklingen av sjukvården och för att se till att högkvalitativ forskning bedrivs inom så många kliniska områden som möjligt. Av denna anledning har man velat ha en relativt hög beviljandegrad.

Det är mycket viktigt att forskare och huvudmän har förtroende för bedömningsprocessen. Därför har vi valt att ha externa bedömare från andra landsting och universitet. Vi har dock kvar hälften av ledamöterna från medicinska fakulteten och Region Skåne, eftersom det krävs kännedom om alla olika forskarkonstellationer så att dubbelfinansiering av projekt minimeras.

En expert har hela tiden bedömt processen enligt objektiva kriterier för intern bedömning, korrelation, spridning mm. Detta är ett viktigt moment för att öka trovärdigheten. Vi önskar att fler anslagsgivare gjorde samma sak. Intressant i sammanhanget är skillnader i hur manliga och kvinnliga bedömare

»Huvuddelen av de beviljade ansökningarna går till kliniskt verksamma läkare, där läkare utan direkt patientansvar tycks ha en fördel.«



Figur 1. Antal ansökningar och procent beviljade anslag (inom parentes) inom olika sjukvårdsområden åren 1999 respektive 2008.

bedömer ansökningar. Detta behöver ytterligare belysas och kanske få konsekvenser för val av bedömare.

Redovisning och uppföljning av tilldelning är viktig. Fördelning mellan hyra och drift har legat konstant under åren. Hyreskostnader har trots två nybyggen av forskningscentra inte överstigit den nivå som satts gemensamt.

Huvuddelen av de beviljade ansökningarna går till kliniskt verksamma läkare, där läkare utan direkt patientansvar tycks ha en fördel. Detta förhållande behöver analyseras djupare. En tänkbar orsak är att verksamhet inom laborativa ämnen är lättare att tidsreglera och därmed underlättar forskningsplanering. Kriteriet patientnytta är viktigt att ha med som bedömningsgrund för att klassificera klinisk forskning, även om bedömningskriterierna behöver förfinas ytterligare.

Det låga antalet ansökningar från kvinnliga forskare är ett problem som måste lösas. Inrättande av forskarskolor och hjälp av seniora fakultetsmedlemmar med att formulera ansökningar är två vägar, men andra måste också sökas. Inom gruppen erfarna forskare (professorer och lektorer) finns ingen könsskillnad vad gäller beviljandegraden, men gruppen är alltför liten.

Det lokala ALF-avtalet har gett oss möjlighet att avsätta särskilda medel för yngre forskare (dvs direkt efter disputation). Detta har varit mycket gynnsamt för mottagarnas akademiska karriär utan att bromsa deras kliniska karriär. Det lokala avtalet har också möjliggjort för oss att göra gemensamma satsningar inom områden som saknar framgångsrik forskning.

Målet för ALF-medlen är att förbättra hälso- och sjukvården. Det åstadkoms bland annat genom att testa interventioner på alla nivåer. Här går utvecklingen mycket långsamt, och de flesta projekt berör fortfarande mycket som kan karaktäriseras som beskrivande. Interventioner på olika nivåer måste bli fler, men hämmas inte minst av ett snårigt och komplicerat regelverk. Risken att inte få publicerbara resultat är stor, och undergräver möjligheten till framtida anslagstilldelning.

Den process för fördelning av ALF-medel som vi använt i över tio år är väl genomarbetad, trovärdig och har hjälpt till att premiera högkvalitativ forskning, vilket inte minst framgångar för Lundaforskare i nationell konkurrens visat. Vidare har vi skapat ett väldigt gott samarbete som väver samman Region Skåne och den medicinska fakulteten på ett långsiktigt och förtroendefullt sätt.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

LÄS MER Engelsk sammanfattning Läkartidningen.se

KOMMENTERA denna artikel på Läkartidningen.se