

# Overlægeforeningens forskningsrapport



April 2019

# Resultat af Overlægeforeningens spørgeskemaundersøgelse 2018 om forskning blandt landets overlæger

*BM Fischer, B Møller-Madsen, AN Sørensen, K Birch Petersen, PK Jensen, F Biering-Sørensen*

## Baggrund

I en tid med stigende fokus på klinisk "produktivitet", indførelse af nye it-systemer og hyppige sparerunder har mange kolleger udtrykt bekymring for mængden og kvaliteten af den kliniske forskning. Det er de færreste, der åbent vil stille sig frem og mene at forskning ikke er vigtigt, men mange oplever, at forskningen ikke reelt prioriteres i hverdagen. Ønskes indførelse af nye behandlinger, samt udvikling af nye områder i klinikken, må og skal forskningen prioriteres på ledelsesniveau, nationalt og lokalt, i forhold til tildeling af tid og ressourcer. Overlæger spiller en nøglerolle i forhold til planlægning, initiering og gennemførelse af klinisk forskning samt for implementering af nye forskningsresultater til gavn for patienterne. Overlægerens arbejdsbetingelser har ændret sig betydeligt de seneste år, hvilket har resulteret i markant reduceret tid til forskning. Med udgangspunkt i en spørgeskemaundersøgelse udført i efteråret 2018 forsøger denne artikel at belyse og perspektivere dette spørgsmål.

## Faktaboks 1

### Definition af klinisk forskning

Med klinisk forskning forstås forskning udført med udgangspunkt i kliniske problemstillinger og patienter, prøver og/eller data fra patienter. I denstoredanske.dk defineres klinisk forskning som følger: Den praktisk orienterede del af den sundhedsvidenskabelige forskning, som bl.a. omhandler beskrivelse af patienternes sygdomsbilleder og sygdomsforløb, vurdering af diagnostiske metoder og gennemprøvning af forskellige former for behandling. Udøverne af klinisk forskning er bl.a. praktisk arbejdende læger (klinikere), dvs. videnskabeligt interesserede hospitalslæger og alment praktiserende læger, tandlæger og psykologer.

## Metode

Overlægeforeningens arbejdsgruppe om forskning udfærdigede på baggrund af en SWOT analyse et spørgeskema med i alt 45 spørgsmål. Udover baggrundsoplysninger om deltagende overlæger blev der spurgt ind til forskningsaktivitet, forskningsledelse (forskningsansvarlig overlæge), administrativ støtte, økonomi og opbakning til forskning fra ledelse og kolleger, forskningsrelateret efteruddannelse samt ønsker til fremtiden. Spørgeskemaet blev udsendt elektronisk til alle Overlægeforeningens medlemmer (sygehusansatte i Danmark) 13. september 2018, med rykker afsendt 20. september og afsluttet 24. september. Foreløbige resultater blev fremlagt og diskuteret på Overlægeforeningens repræsentantskabsmøde 5. oktober 2018.

## Resultater

I alt 1885 overlæger besvarede det udsendte spørgeskema (svarprocent 29%). Femten måtte efterfølgende udgå da de enten ikke var ansat i Danmark eller var privatansatte.

### Repræsentativitet

Blandt de 1870 overlæger der besvarede spørgeskemaet var 44,7 % kvinder. Kvinderne udgør 41,4 % af overlægerne i Danmark ( $p < 0,05$ ). Gennemsnitsalderen for respondenterne var 56 år.

Tabel 1 viser fordelingen af respondenter på stillingskategori. Knap 70% har været ansat i nuværende afdeling i 5 år eller mere. I alt oplyste 52 % at have en akademisk grad udover cand.med. (69,1% PhD, 30,8% dr.med. og 12,4% anden grad). Tilsvarende var universitetshospitalerne (Aalborg, Aarhus, Odense, Sjælland, og de to største i Region Hovedstaden (Region H, Herlev-Gentofte og Rigshospitalet) hyppigere repræsenteret (53,5%) end blandt overlæger i Danmark generelt (47,5%) ( $p < 0,05$ ). Overlæger fra Region H var overrepræsenterede i undersøgelsen (42,7% mod 38,8 % på landsplan,  $p < 0,05$ ) og tilsvarende var Region Sjælland underrepræsenteret (11,0% mod 12,7%,  $p < 0,05$ ). Tabel 2 viser fordelingen på specialer. Kirurgiske overlæger var overrepræsenteret ift. de parakliniske fag blandt besvarelserne.

Selvrapporteret stillingskategori	Fordeling i % af undersøgelsens deltagere (N=1870)		Fordeling i % af alle overlæger (N=6583)
Ledende Overlæge	6,8		6,0
Specialeansvarlig overlæge	14,1*		5,3*
Overlæge	52,3	79,0*	88,7*
Uddannelsesansvarlig overlæge	8,2		
Forskningsansvarlig overlæge	7,0		
Koordinerende overlæge (Region Midt)	1,2		
Andet	9,9		

\* $p < 0,05$

Tabel 1: Fordelingen af overlæger på stillingskategori. I opgørelserne i det følgende vil de 3 første stillingskategorier blive anvendt, med kategorien "Overlæge" inkluderende de sidste 5 kategorier.

Speciale	Fordeling i % af undersøgelsens deltagere (N=1870)	Fordeling i % af alle overlæger (N=6321*)
Medicin	48,2	48,2
Kirurgi	31,2**	28,1**
Psykiatri	8,7	8,6
Paraklinik	12,0**	15,1**

\*Mindre end antal overlæger angivet i Tabel 1 da der ikke findes oplysninger om speciale på alle overlæger registreret i Overlægeforeningen

\*\*p<0,05

*Tabel 2: Fordeling på specialer - 44 speciale-angivelser er grupperet i nedenstående fire grupper, hvor medicin inkluderer anæstesi, som udgør 11,3% af alle besvarelser.*

### Forskningsaktivitet

Blandt de 1870 respondenter angav 52%, at forskning foregår som en del af deres kliniske arbejde og 29% forsker primært i deres fritid. Af de adspurgte overlæger ønskede 68% at prioritere forskning som en del af deres fremtidige kliniske arbejde, og 89% af disse ønskede, at tid til forskning skal udgøre en fast andel af arbejdstiden.

Næsten 90% af de forskningsaktive overlæger er involveret i 2 eller flere projekter, og 18% er involveret i flere end 10 projekter. Blandt respondenterne har 60% publiceret en eller flere artikler i 2017, ca. 20% har publiceret 5 eller flere i 2017.

Blandt de aktive forskere har 46% dedikeret tid til forskning. Heraf har 45% halvtid eller mere til forskning, mens ca. 45% af de adspurgte har 30% eller mindre af en arbejdsuge.

Blandt de aktive forskere, som ikke har dedikeret tid afsat, oplever 71%, at de sjældent eller næsten aldrig kan finde tid til forskningsrelateret arbejde inden for en almindelig arbejdsuge.

Af de forskningsaktive overlæger bruger 38% i gennemsnit 1-5 timer/uge udover almindelige arbejdstid, 22% bruger 5-10 timer og 24% bruger over 10 timer/uge udover almindelig arbejdstid til forskning.

### Forskelle mellem regioner og specialer

På landsplan er forskning en del af det daglige arbejde for ca. halvdelen af de deltagende overlæger. Dette dækker over relativt små forskelle mellem Region H, som har den højeste andel (56%), Syddanmark, Midt og Nord (hhv. 51%, 54% og 53%), mens Region Sjælland skiller sig ud med 37% (p<0,001). Andelen af forskningsaktive overlæger er markant højere på de nævnte universitetshospitaler (63%) sammenlignet med overlæger ansat ved de andre hospitaler (40%, p<0,0001). Samme mønster ses blandt de overlæger, der ikke har afsat arbejdstid til forskning: 29% forsker i deres fritid, spændende fra 22% i Region Sjælland til 36% i Region Nord. Er man ansat ved et af de anførte universitetshospitaler forsker 44% i deres fritid mod 19% blandt ansatte ved de øvrige hospitaler (p<0,0001).

Antallet af projekter den enkelte overlæge er involveret i varierer kun beskedent mellem regionerne, dog er 25% af de forskningsaktive i Region Nord involveret i mere end 10 projekter (n=80) mod 18% på landsplan. Antallet af angivne publikationer per overlæge i 2017 (gennemsnit) var 3,6 på landsplan; 4,4 i Region H; 3,7 i Region Midt; 3,1 i Region Syddanmark; 2,9 i Region Nord og 2,0 i Region Sjælland.

På landsplan har 46% af de forskningsaktive overlæger afsat dedikeret tid til forskning. Denne andel er ens, uanset om man er ansat ved et universitetshospital eller andet (begge 46%  $p=0,9$ ). Forskellene regionerne imellem spænder fra 41% i Region Nord til 54% i Region Sjælland. I Region Midt har 45% af de forskningsaktive dedikeret tid til forskning, 46% i Region Syd og i Region H.

Blandt alle deltagende overlæger har 52% en akademisk titel udover cand.med (ca. 2/3 Ph.d. og 1/3 dr.med.). Dette gælder hhv. 40 og 41% af overlægerne i Region Sjælland og Region Nord, 49% i region Syddanmark og hhv. 55% og 57% i Region Midt og Region H. Der er en klar forskel i andelen af overlæger med supplerende akademisk grad der er forskningsaktive sammenlignet med overlæger uden (ca. 70% mod 33%,  $p<0,0001$ ). Hhv. 30% og 21% af overlægerne med Ph.d. eller dr.med. har ikke forskning som en del af deres arbejde.

Andelen af forskningsaktive overlæger er på samme niveau blandt de kirurgiske (54%) og medicinske (53%) specialer, men marginalt højere blandt overlæger ansat i parakliniske specialer (59%,  $p=0,1$ ) og markant lavere i psykiatrien (29%,  $p<0,001$ ). Henholdsvis 42, 48 og 41% af de forskningsaktive overlæger inden for de kirurgiske, medicinske og parakliniske specialer har dedikeret tid til forskning. I psykiatrien gælder dette 68% af de forskningsaktive overlæger. I psykiatrien vælger 10% af overlægerne at forske i deres fritid mod ca. 1/3 af overlægerne i de øvrige specialer. Hovedparten af overlægerne i parakliniske, medicinske og kirurgiske specialer ønsker at forskning skal være en del af deres fremtidige kliniske arbejde (68%-70%), hvorimod dette kun gælder 51% af de psykiatriske overlæger.

### **Forskningsansvarlig overlæge**

Knap 69% af overlægerne angiver at være ansat på en afdeling med en forskningsansvarlig overlæge (65% i Region H, 68% i Region Sjælland, 70% i Region Midt og Nord og 76% i Region Syddanmark) – 6% svarede 'ved ikke'. På afdelinger uden forskningsansvarlig overlæge skyldes dette manglende økonomi blandt 20% og manglende ønske eller kandidat til stillingen blandt hhv. 11% og 12%. De resterende 57% har svaret "andet", hvilket typisk dækker over, at afdelingen er lille eller har en professor til at varetage denne rolle. Af de adspurgte var 132 (7%) selv forskningsansvarlige overlæger. Blandt disse havde 45% halvdelen af deres arbejdstid dedikeret til forskning, 28% havde 20-40% af deres arbejdstid til forskning.

### **Opbakning til forskning**

Blandt de forskningsaktive overlæger svarede 50%, at ledelsen støtter forskningen i høj eller meget høj grad, hvorimod kun 6% slet ikke støtter op om forskning. Tilsvarende er der anerkendelse og støtte i høj eller meget høj grad fra 50% af overlægekollegerne og blandt 48% af medarbejdere fra andre faggrupper. Der er lidt mere støtte fra overlægekolleger på universitetshospitalerne (52% versus 46%), hvilket muligvis afspejler at der er en øget forskningsaktivitet på disse hospitaler. Ellers er de to hospitals typer meget ens på de nævnte parametre.

	RegionH N=799	Midt N=357	Nord N=152	Sjælland N=206	Syd N=356
Sekretærbistand	11%	16%	18%	10%	18%
Bibliotekarstøtte	21%	59%	74%	42%	49%
Forskning på budget	13%	12%	11%	9%	13%
	RegionH N=448	Midt N=191	Nord N=80	Sjælland N=76	Syd N=182
Ledelsens opbakning	55%	43%	46%	50%	48%
Overlægekollegers opbakning	54%	51%	44%	44%	46%
Administrativ støtte	40%	43%	51%	53%	56%

*Tabel 3: Opbakning fra ledelse, overlægekolleger, samt administrativ støtte, sekretærbistand, biblioteksstøtte og om forskning er på afdelingens budget fordelt på region. Spørgsmål om ledelsesmæssig og administrativ opbakning kun stillet til forskningsaktive overlæger.*

Administrativ støtte blev givet svarende til behovet blandt 45% af de adspurgte. Blot 14% har fået sekretærbistand knyttet til forskningsopgaverne og kun 40% kunne få bibliotekarstøtte. Den væsentligste årsag hertil er manglende økonomi, og det er da også kun 12% af de adspurgte der anfører at deres afdeling har forskning som en fast del af afdelingens budget. Generelt er der meget store regionale forskelle på især administrativ støtte og bibliotekarhjælp.

### **Forskningsrelateret uddannelse**

27% af de adspurgte forskningsaktive overlæger har fået tilbud om en forskningsrelateret uddannelse. Den hyppigst angivne årsag til manglende forskningsrelaterede uddannelsestilbud var manglende økonomi (50%) efterfulgt af manglende interesse (25%). I forbindelse med deltagelse i forskningsrelevante kurser eller kongresser modtog 45% økonomisk støtte fra afdelingen og 59% blev støttet med tjenestefrihed. En fjerdedel havde et uindfriet ønske om kongres deltagelse i 2017.

Det ses af Tabel 4, at årsagen til fravær af forskningsrelateret uddannelse væsentligst skyldes manglende økonomi både på universitetshospitaler (afgrænset ovenfor) og andre hospitaler. Dog er manglende interesse lidt mere fremtrædende på et ikke universitetshospital sammenlignet med et universitetshospital (30% versus 20%). Desuden bemærkes, at universitetshospitaler er mere tilbøjelige til at støtte kongres deltagelse både økonomisk og med tjenestefrihed. Det fremgår også af Tabel 4, at Region Nord og Syd har væsentlig flere overlæger, som modtager forskningsrelateret uddannelse end i de øvrige regioner. Desuden bemærkes, at Region Sjælland støtter kongresdeltagelse væsentligt mindre end de øvrige regioner. Denne region har også den største andel af overlæger med et uindfriet ønske om kongresdeltagelse i 2017.

	Universitets hospital*	Andre hospitaller	Region H	Region Midt	Region Nord	Region Sjælland	Region Syd
	N=1000	N=870	N=799	N=357	N=152	N=206	N=356
Mulighed for forskningsrelateret efteruddannelse - Ja	20%	14%	16%	12%	26%	14%	24%
Årsager til manglende tilbud:							
• Manglende økonomi	56%	44%	53%	57%	50%	42%	40%
• Manglende interesse	20%	30%	23%	19%	30%	29%	32%
Kongresdeltagelse økonomisk støtte	51%	38%	46%	42%	49%	34%	50%
Kongresdeltagelse tjenestefrihed	69%	23%	62%	61%	57%	44%	59%
Uindfriet ønske om kongres i 2017	26%	23%	26%	24%	14%	32%	21%

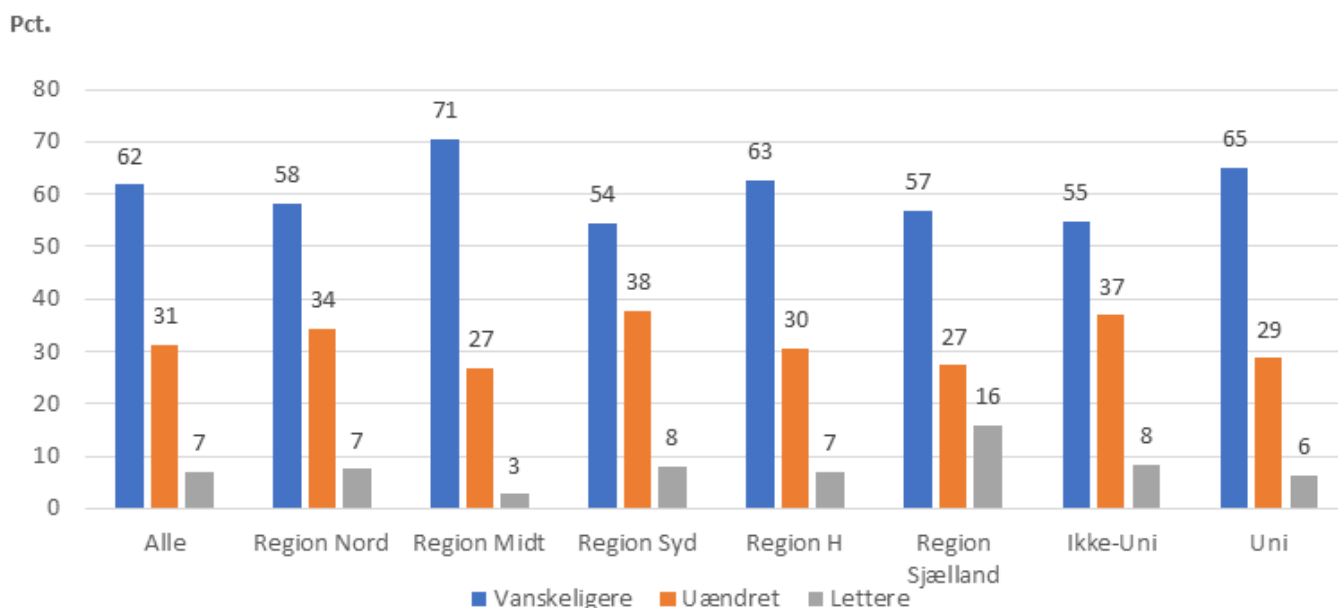
*Tabel 4. Forskningsrelaterede uddannelsesstilbud og kongresdeltagelse fordelt universitetshospitaler og andre hospitaler samt på region. Universitetshospitalerne er afgrænset til Aalborg, Aarhus, Odense, Sjælland, og de to største i Region H (Herlev-Gentofte og Rigshospitalet)*

### Udfordringer

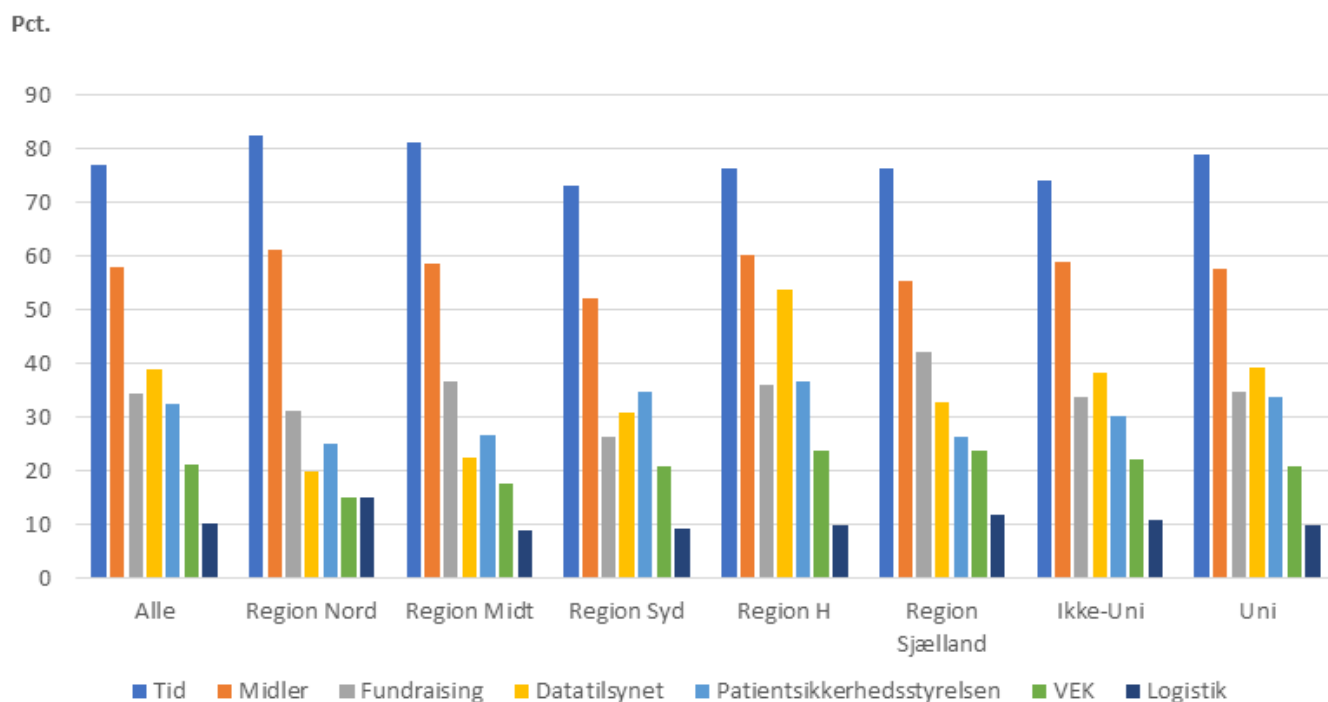
Blandt de overlæger der forsker som en del af deres arbejde, og som har været ansat i samme afdeling i mere end 5 år (n=738), oplever 62%, at det er blevet vanskeligere at få tid til forskningsrelaterede opgaver inden for arbejdstiden, sammenlignet med for 5 år siden og 31% at dette er uændret (Figur 1). Manglende tid er da også den hyppigste begrundelse for ikke at forske (59%). Svarene tyder endvidere på at det især er på Universitetshospitalerne, samt i Region Midt og Region H dette mærkes tydeligst, hvorimod Region Sjælland skiller sig positivt ud med 16% der synes det er blevet lettere, der er dog her tale om en relativ lille gruppe (N=44).

Blandt de største udfordringer i at initiere og gennemføre klinisk forskning blev følgende årsager nævnt med de hyppigste først: tid, midler, fundraising og datatilsyn, Styrelsen for Patientsikkerhed samt Videnskabs Etisk komite. Dette mønster er ensartet i alle regioner (Figur 2), dog volder Datatilsynet tilsyneladende særlig store vanskeligheder i Region H. De dele af den kliniske forskning der alle steder volder færrest problemer, er patienternes villighed til at deltage i klinisk forskning (2%), samarbejde med andre afdelinger (6%) og samarbejdet internt i egen afdeling (9%). Generelt angives, at udfordringerne, især de bureaukratiske og lovgivningsrelaterede, er blevet større i løbet af de seneste 5 år.





Figur 1: Fordeling af svar blandt alle deltagere ansat ved samme afdeling i mindst 5 år på spørgsmålet: "Hvor let er det at få tid til forskningsrelaterede opgaver indenfor arbejdstiden sammenlignet med for 5 år siden?" Antal svar: Alle=738, Region Nord=67, Region Midt=146, Region Syd=149, RegionH=332, Region Sjælland=44, Ikke-universitetshospital=239, Universitetshospital=499 (Afgøranset til universitetshospitalerne Aalborg, Aarhus, Odense, Sjælland, og de 2 største i RegionH (Herlev-Gentofte og Rigshospitalet)).



Figur 2: Fordeling af svar (%) blandt alle forskningsaktive overlæger, samt fordelt på region og hospitalstype (for antal i undergrupper jf. Tabel 4), på spørgsmålet: "Hvad oplever du som de største udfordringer i at initiere og gennemføre klinisk forskning?" (muligt at angive flere svar). Antal svar: Alle=977, Region Nord=80, Region Midt=191, Region Syd=182, RegionH=448, Region Sjælland=76, Ikke-universitetshospital=347, Universitetshospital=630 (Afgøranset til universitetshospitalerne Aalborg, Aarhus, Odense, Sjælland, og de 2 største i RegionH (Herlev-Gentofte og Rigshospitalet)).



### Opsummering af resultater

- 69% ønsker at forske og heraf ønsker 89% at forskning skal være en fast del arbejdstiden.
- Andelen af forskningsaktive overlæger i psykiatrien er signifikant lavere end i øvrige specialer.
- 22% af de forskningsaktive overlæger har adgang til sekretærbistand.
- 12% angiver at forskning figurerer på afdelingens budget.
- Region Sjælland støtter kongresdeltagelse væsentligt mindre end de øvrige regioner.
- Manglende tid er den hyppigste begrundelse for ikke at forske.
- Udfordringerne, især de bureaukratiske og lovgivningsrelaterede, er blevet større i løbet af de seneste 5 år.

### Diskussion

Denne undersøgelse bekræfter, at et flertal af de danske overlæger gerne vil forske: Over halvdelen er forskningsaktive enten som en del af deres kliniske arbejde, i fritiden eller hyppigst begge dele. Næsten 70% af de overlæger der deltog i denne undersøgelse angiver, at de ønsker, at forskning skal være en del af deres fremtidige arbejde. Mange oplever dog, på trods af (moralsk?) opbakning fra leder og kolleger, at det er blevet tiltagende svært at få tid til dette arbejde, samt at de administrative og økonomiske barrierer er blevet højere. Det store antal deltagere, der tog sig tid til at bidrage med yderligere kommentarer til vilkårene for klinisk forskning (>500 kommentarer) vidner om, at det er noget, der ligger mange overlæger stærkt på sinde. Af kommentarernes art fremgår det, at mange er dybt frustrerede, fx illustreret i følgende citat:

*"Som professor har jeg væsentligt bedre forskningsvilkår end mine kolleger, men jeg er meget bekymret for, at vi er så pressede i klinikken, at forskningen bliver kvalt. For mig at se bør vi både arbejde for patienten i dag og den patient, der kommer i morgen, men lige nu er det stort set kun dagen i dag, man tænker på. Det er en farlig udvikling. Forskning er også med til holde arbejdsglæden ved lige, og jeg oplever, at udbrændthed er et lurende problem hos kollegerne".*

Det er sandsynligt, at primært overlæger der udfører eller har udført forskning har valgt at bidrage til denne undersøgelse. En overrepræsentation af overlæger ansat ved Universitetshospitaler kunne bekræfte dette, men repræsentativiteten på alder, køn, specialer og region afspejler nogenlunde baggrunds-populationen. Godt halvdelen af de deltagende overlæger havde en grad udover cand.med., typisk ph.d. eller dr.med. Der findes desværre ingen tal for denne fordeling blandt overlæger generelt, men da anslået 25-30% af nye læger laver Ph.d. er den samlede andel blandt overlæger formentlig lavere end 50%. Denne undersøgelse kaster endvidere lidt lys over den tilbagevendende diskussion om mulig overproduktion af lægelige-ph.d.'ere: Langt hovedparten af de forskningsaktive overlæger (75%) havde en Ph.d. og/eller dr.med.-grad.

En del kommentarer berørte også spørgsmålet om alle overlæger nødvendigvis skal forske, her vil naturligt være, og skal være, individuelle forskelle i evner og præferencer. Men forskning indgår som en del af de 7 lægeroller, og kendskab til forskningsmetodik og en vilje og mulighed for at bidrage til forskning og implementering af resultaterne vel bør vel forventes af alle overlæger.

En række forskelle mellem regioner og specialer falder i øjnene. Inden for det psykiatriske speciale er det kun 30% af overlægerne, der er involveret i forskning. Blandt disse har 68% dedikeret tid hertil. For de øvrige specialer gælder det, at 41-48 pct. af de forskningsaktive overlæger har dedikeret tid til forskning. Hvor ca. 1/3 af overlægerne i de øvrige specialer bruger fritiden til forskning, har kun 10% af de psykiatriske overlæger lyst eller overskud hertil. Det er ikke fordi, at psykiatriske overlæger ikke vil forskningen. Halvdelen ønsker, at forskning skal være en del af deres fremtidige arbejde. Følgende to citater fra en af undersøgelsens mange kommentarer illustrerer, hvor stor frustrationen er blandt nogle psykiatriske overlæger:

*" 15 år med freudiansk psykiatri og derefter 15 år med socialromantisk psykiatri har rensset psykiatrien for 'akademikere'. Afdelingerne er blanke, hvad angår akademisk adfærd. Forskning betragtes som en fjende, der tager tiden fra driften".*

"Det er i hospitalspsykiatrien, hvor jeg har arbejdet, helt urealistisk for en klinisk overlæge på fuld tid at forske. Normeringen er alt for lav. Forskningen prioriteres kun i målsætninger og ikke i praksis. Jeg ønsker ikke at forske mere, da det fører til utilfredsstillende klinisk tid eller mangel på liv ved siden af arbejdet".

På regionalt niveau falder især resultaterne fra Region Sjælland i øjnene. Region Sjælland er i proces med at etablere nyt universitetshospital og det fremgår, at her er man endnu ikke helt i mål. Overlæger i Region Sjælland har, sammenlignet med øvrige regioner, sjældnere en akademisk grad, publicerer mindre, er involveret i færre projekter og har vanskeligere ved at få økonomisk støtte og fri til forskningsrelevante kurser og kongresser. Samtidig er Region Sjælland den region, hvor flest af de forskningsaktive overlæger har dedikeret tid til forskning. Det er dog også den Region med det laveste antal deltagere i denne undersøgelse (N=206).

Er disse resultater af interesse for andre end overlægerne? Det mener vi i høj grad de er: Det stigende pres på den kliniske forskning og de regionale forskelle medfører en stigende ulighed i patienternes mulighed for at deltage i forskningsprojekter og blive tilbudt den bedste forskningsbaserede diagnostik og behandling. I forbindelse med en fusion af to afdelinger i Region Sjælland (Fertilitetsklinikken, Sjællands Universitetshospital) viste en nylig spørgeskemaundersøgelse blandt 200 patienter, at det vigtigste for patienterne var, at behandlingen var baseret på nyeste forskningsresultater. Dette var langt vigtigere end f.eks. afstanden til sygehuset fra bopæl og job. Som det også fremgår af nærværende undersøgelse, er det ikke patienternes lyst til at deltage i forskning der bremser, men alene muligheden for overhovedet at igangsætte og gennemføre kliniske forskningsprojekter.

Der har for længe været en manglende vilje eller forståelse for at klinisk forskning er en forudsætning for

*" Vi er en struktur der er afhængig af viden - men vi sætter ikke ressourcer af til at pleje den viden og ikke ressourcer af til at forske i hvordan vi kan gøre tingene bedre. Og endnu mere - vi sætter ikke tid af i hverdagen til det".*

en effektiv evidensbaseret klinisk produktion på et højt fagligt niveau. Forskning opfattes primært som en udgift og ofte som direkte hindrende for den effektive produktion. En årsag til dette kunne være, at forskning sjældent figurerer eksplicit på afdelingernes budgetter. Kun 12% af de deltagende overlæger havde kendskab til, at forskning var en selvstændig del af afdelingens budget. Udgangspunktet for at ændre denne holdning er anerkendelsen af, at høj kvalitet i klinisk produktion er baseret på tilsvarende klinisk forskning. Dette medfører selvsagt, at klinisk forskning skal på budgetterne, ikke som et mål for besparelse, men for at prioritere og synliggøre denne vigtige del af sundhedsvæsnets raison d'être. Det er for længst erkendt i lande, vi gerne vil sammenlignes med så som f.eks. USA og England. I 2006 etablerede man i England National Institute for Health Research som tildeles en fast del af National Health Service budget til klinisk forskning. Formålet med dette var bl.a. at sikre, at klinisk forskning indgår i alle aspekter af patientbehandlingen, samt

at alle patienter sikres mulighed for deltagelse i forskningsprojekter og adgang til den nyeste viden. Hvorfor ikke forestille sig en lignende struktur og dedikation i det fremtidige danske sygehushæsen? Aktuelt anvendes ca. 0,6 mia. kr. til sundhedsforskning samlet set og heraf går ca. 10% til kliniske forsøg, en andel der i øvrigt har været faldende i de seneste år<sup>1,2</sup>.

Klinisk forskning kommer ikke kun patienterne til gavn, men kan have en gavnlig økonomisk effekt på hele samfundet. I 2017 evaluerede Australian Clinical Trials Alliance, på vegne af National Health and Medical Research Council, den sundhedsmæssige og økonomiske konsekvens af 25 forskerinitierede kliniske forsøg fra 3 nationale forskningsnetværk udført i perioden 2004-2014<sup>3</sup>. Man fandt her en cost-benefit ratio på næsten 6:1; for hver dollar investeret i disse forsøg fik man 5,8 dollar retur. Man estimerede endvidere, at hvis man implementerede resultaterne af alle 25 forsøg i 65% af den relevante australske befolkning ville man på ét år have en brutto gevinst på 2 mia. dollars, heraf 30% alene fra besparelser i sundhedsydelser. Dette beløb på ca. 580 mio. dollars var endvidere nok til at finansiere de samlede udgifter for de 3 nationale forskningsnetværk i en 10-årig periode. En lignende dansk undersøgelse har set på den økonomiske betydning af industrifinansierede kliniske forsøg (175 forsøg iværksat i 2015) og fandt at hvert forsøg i gennemsnit gav et positivt bidrag til BNP på 900.000 kr. og til de offentlige budgetter på 1,2 mio. kr.<sup>4</sup> Derudover var der en række indirekte fordele som i første omgang primært kom de deltagende afdelinger til gavn (ny viden, hurtig implementering af nye behandlinger, ny forskning). Endelig konkluderede forfatterne at tilliden mellem sponsor (firmaet) og de udførende læger var afgørende for valg af forsøgssted. Klinisk forskning kan således ses som en god investering på mange niveauer, snarere end en besværlig udgift.

## Konklusion

Den kliniske forskning er under pres i det danske sundhedsvæsen. Denne undersøgelse dokumenterer, at overlægers muligheder for at initiere og deltage i klinisk forskning er blevet vanskeligere gennem de seneste 5 år. Dette skyldes især mangel på tid i en presset klinisk hverdag. Udfordringer med tiltagende bureaukrati og faldende mulighed for finansiering er tidligere debatteret i Ugeskriftet og bekræftes af nærværende undersøgelse. Der er behov for at styrke den danske kliniske forskning for at sikre danske patienter let og lige adgang til den nyeste diagnostik og behandling.

---

1 Rygård, S.L., M.N. Kjær, and A. Perner, Statens investering i kliniske forsøg. Ugeskrift for Læger, 2018. 180(16).

2 Bundgaard, B., Forsker og Forbryder. Ugeskrift for læger, 2018. 180(16).

3 Australian Clinical Trials Alliance. Economic evaluation of investigatorinitiated clinical trials conducted by networks, in ACSQHC. 2017, Australian Clinical Trials Alliance: Sydney.

4 Jervelund, C., S. Brønø, and A.R. Kirk, The value of clinical trials in Denmark. 2017, Copenhagen Economics: Copenhagen.