

Forskare skeptiska till ny policy

Karolinska institutet, KI, tar i fortsättningen inte emot forskningsanslag från tobaksindustrin. Läkartidningen har talat med några av KIs forskare som idag får bidrag från Swedish Match via Rådet för medicinsk tobaksforskning.

■ Bengt Jernström, professor i toxikologi, avlönar en doktorand med bidrag från Swedish Match. Han tror att det finns möjligheter att kompensera bortfallet med andra finansieringskällor. Även om han förstår KIs nya policy ser han att den kan bli problematisk.

– KI tar emot pengar från andra företag med produkter som inte alltid är helt förenliga med hälsa, som till exempel alkohol. Eller ta läkemedelsindustrin: tusentals har drabbats av för tidig död på grund av läkemedel!

Hugo Lagercrantz, professor i barnmedicin, håller med.

– Om alla KIs anslag granskas blir det kanske inte så mycket forskning kvar.

Hugo Lagercrantz tycker att bidrag från Rådet för medicinsk tobaksforskning inte går att jämföra med uppdragsforskning som går ut på att visa något som är positivt för företaget.

– Det är ju omoraliskt. Men såna pålagor har jag aldrig fått.

Flera av forskarna tycker att beslutet att inte ta emot pengar från tobaksindustrin för forskning rimmar illa med att KI har en professur som är finansierad med pengar från det numera avskaffade Tobaksmonopolet.

– Om det är ett stort belopp så verkar det okej men inte om det är mindre belopp, säger Peter Arner, professor i endokrinologi.

Peter Arner säger att han nu antingen får lägga ner sitt forskningsprojekt eller hitta någon annan försörjning.

Professor Roland Grafström däremot tror att de nationella råden framöver tar ett större ansvar för tobaksforskningen i Sverige och är inte orolig för sina egna forskningsanslag.

Sara Hedbäck

sara.hedback@lakartidningen.se

Se även debattartiklarna på sidorna 3052–3054 i detta nummer av Läkartidningen.

Specialitetsindelning väcker läkares reaktioner

Reaktioner från läkarhåll, liksom resultatet av utredaren Gudmar Lundqvists senaste möte med referensgruppen, vittnar om behovet av fortsatta diskussioner innan ett slutgiltigt förslag om de medicinska specialiteterna kan presenteras.

■ Enligt den skiss som tidigare presenterats, kommer bland annat företagshälsövård, klinisk fysiologi och smärtbehandling samt ytterligare ett tiotal befintliga specialiteter att upphöra som egna specialiteter (se Läkartidningen nr 21/2002). I stället föreslås vissa sammanslagningar samt två helt nya specialiteter: laboratoriemedicin som ny basspecialitet och barnonkologi. Att lyfta bort klinisk fysiologi som en egen medicinsk specialitet tillhör det förslag som väckt reaktioner, bland annat från Svensk förening för klinisk fysiologi genom ett debattinlägg i Läkartidningen (nr 24/2002).

– Dels kan man diskutera en sammanslagning av klinisk fysiologi och nukleärmedicin, något som föreningen själv anger, dels kan man i ett framtidsperspektiv fundera över om inte en gemensam bildiagnostisk specialitet vore att föredra med hänsyn till närheten mellan nukleärmedicin och radiologi.

– Svensk förening för klinisk fysiologi menar att enklare undersökningar idag utförs av exempelvis kardiologer, medan mer avancerade undersökningar utförs av kliniska fysiologer. Men hur ser det ut i morgon? Och hur ser kardiologerna själva på detta? Bilden är inte entydig.

Mycket att ta hänsyn till

Översynen handlar mycket om att utmana gamla traditioner och föreställa sig hur situationen kan se ut i framtiden.

– Vi måste även fundera över om det ur ett patientperspektiv är bättre med exempelvis en egen specialitet för gynekologisk onkologi, jämfört med att en specialitet i gynekologi samverkar med en specialitet inom onkologin. Det finns liknande överväganden som vi måste göra.

Bland förslagen till nya specialiteter ingår en gemensam laboratoriemedicinsk specialitet; metodologin inom laboratoriemedicinens specialiteter har successivt närmast sig varandra, och i takt med att molekylärbiologisk metodik slår igenom ökar sannolikt detta närmande ytterligare. Dessutom finns idag svårigheter att bemanna laboratoriemedicinen på länssjukhusen, problem som kan bli

ännu större i framtiden, tror Gudmar Lundqvist.

– Ett möjligt framtidsscenario är att det vid länssjukhusen finns en mer generell laboratoriemedicinsk kompetens, som samspelar med universitetssjukhusens spetskompetens.

– Samtidigt kanske den kliniska farmakologin bör lämna laboratoriemedicinen eftersom det inom den specialiteten skett en förskjutning från att tyngdpunkten legat på laboratoriearbete till att idag handla mer om läkemedelskonsultationer.



Foto: SEVIN YLIDZ

Gudmar Lundqvist

Akutmedicin kräver fler diskussioner

Men den nuvarande skissen till uppdelning av specialiteter kommer att förändras under den pågående översynen. Akutmedicin är ett område som ännu inte diskuterats tillräckligt, men som ska diskuteras i höst tillsammans med företrädare för landets akutmottagningar. Rättmedicin, rättspsykiatri och kärllkirurgi är andra exempel.

– När det gäller rättsmedicin och rättspsykiatri vill vi först höra Rättsmedicinalverket innan vi lägger fram ett förslag.

I slutet av oktober lägger arbetsgruppen fram ett slutligt förslag till ny specialitetsindelning.

Peter Örn

peter.orn@lakartidningen.se

» Bara fördelar med specialitet inom akutmedicin«

■ – En specialitet i akutmedicin skulle vara till gagn för arbetsmiljön på akutmottagningarna.

Det säger Stephan Stenmark, tidigare ordförande i Läkarförbundets arbetslivsgrupp. Han tror att akutläkarspecialister skulle öka möjligheten till bättre planerad jourverksamhet, men att akutläkarsystemet kommer att se olika ut på olika sjukhus.

– Det kommer inte att finnas någon copyright på det perfekta systemet. Men jag stödjer den här utvecklingen, för ur ett arbetsmiljöperspektiv, ett återhämtningssperspektiv och ett förtroghetsperspektiv så ser jag bara fördelar! (LT)