



FOTO: GÖRAN BILLESÖN

talspartner. Därmed ökar kvaliteten på studierna.

En annan fördel är att läkarna som är knutna till BCRC – för närvarande runt fem – ingår i ett nätverk där studier kan diskuteras. Kollegerna kan hoppa in och hjälpa varandra om tiden skulle tryta, och han upplever att man på BCRC är lyhörd för hur forskningen praktiskt ska genomföras. Forskningssköterskor kan komma till kliniken, läkarna till BCRC, och

Prövningarna på BCRC innebär en del resttid för både läkare och patienter.

man kan välja hur många patienter man vill ta ansvar för och så vidare.

– Det gör att läkare som är intresserade av forskning, men pressade i vardagen och skräms av ansvaret för en prövning, nu kan prova att delta i en studie. Det är dessutom en förhandlingsfördel i förhållande till läkemedelsbolagen eftersom vi säkrare kan fylla patientkvoterna.

Bör inte använda komptid för prövningar

När Ulf Rosenqvist på sin ledighet forskar går ersättningen till honom och BCRC. Görs studierna på medicinkliniken fördelas pengarna mellan honom, övrig personal, kliniken och BCRC. Med BCRC tycker han att fördelningen blivit tydligare än när han själv tagit på sig ansvaret.

Men hans klinikchef i Motala, Per Ahlström, menar att Ulf Rosenqvist inte bör använda komptid för läkemedelsprövningar på BCRC eftersom han då riskerar att bryta mot arbetstidslagen. Per Ahlström tycker också att läkare, oavsett om de forskar på sin fritid eller på arbetstid, i grunden bör låta pengarna gå till kliniken för att de ska kunna användas för forsknings- och utbildningsändamål.

– Vår affärsidé är att bedriva sjukvård och medicinskt utvecklingsarbete. Då tycker jag inte att man kan ta den idén och gå till en konkurrent och sälja samma produkt, säger han, och lägger till att hans klinik inte har något större behov av BCRC eftersom man har lång erfarenhet av kliniska prövningar och kontraktsskrivning.

Efter interna diskussioner på sjukhuset om hur man ska förhålla sig till BCRC, tonar han dock ner motsättning-

en mellan kliniken och BCRCs intressen. Genomför kliniken och BCRC olika typer av studier behöver det inte leda till problem, anser han.

I motsats till medicinkliniken i Motala har andra klinikledningar infört tvång om att alla studier som läkare gör ska gå genom BCRC. Eller att BCRC åtminstone ska bedöma kontrakten som skrivs med läkemedelsbolagen. För universitetskliniker innebär det också en ekonomisk fördel att BCRC och inte universitetet förvaltar överskottet av studierna på forskningskonton.

»Onödiga bindningar med företag undviks«

Ska ett landsting syssla med läkemedelsprövningar i bolagsform? Och sälja en produkt som delvis kan klassas som reklam? Och kommer verksamheten att påverka uppgiften att bedriva sjukvård?

II Professor Björn Beermann på Läke- medelsverket tror att BCRC kan gagna sjukvården och forskning, både lokalt och i Sverige.

– Studierna har ett visst utbildningsvärde. Det handlar både om behandling och forskningsmetodik, säger han.

Han tror också att BCRC kan påverka läkares relation till industrin.

– Många prövningar bedrivs av läkemedelsföretagen, som har tät kontakt med läkare under studierna, som inte säl- lan avslutas med en exklusiv konferensresa. På det här sättet går kontakterna genom en landstingsorganisation, vilket inte leder till onödig bindning till enskilda företag.

Prövningar flyttas till Östeuropa

Kliniska prövningar har länge varit en stark svensk forskningsgren. Men höga kostnader för att ta fram nya läkemedel har gjort att fler prövningar förläggs till bland annat Baltikum och Östeuropa, där lönerna är lägre. Siffror från Läke- medelsverket visar att antalet kliniska prövningar har minskat i Sverige sedan slutet av nittioalet, även om antalet engagerade kliniker blivit större. Trenden oroar många i branschen, och 1998 publicerade Medicinska forskningsrådet utredningen »Den kliniska forskningens kris och pris« (MFR-Rapport 5, 1998), som rekommenderar inrättandet av »centers of excellence« för att underlätta och stimulera den kliniska forskningen.

Vid universitetssjukhusen i Uppsala,

– Läkemedelsprövningarna drar tungt på resurser och personal inne på klinikerna, och vissa klinikledningar har upptäckt att den del som tillkommit kliniken inte varit helt kostnadstäckande när enskilda läkare gjort studier. BCRC är bättre på att skriva kontrakt och säger ofta nej om priset för en studie inte är rätt, säger Folke Sjöberg, professor i brännskador vid Universitetssjukhuset i Linköping och ansvarig för fas I- och II-studier på BCRC.

Björn Ramel

Lund och Stockholm har man de senaste åren också startat enheter som arbetar med kliniska prövningar. Syftet är dock i första hand inte att genomföra studier för läkemedelsindustrin, utan att hjälpa de egna läkarna att genomföra studier som de önskar, berättar Paul Hjemdahl, professor i klinisk farmakologi och ledare för Centrum för klinisk prövning och behandlingsforskning (KPC) på Karolinska sjukhuset.

– Det behövs en effektivare organisation kring kliniska prövningar i Sverige, och det kommer säkert att bildas fler organisationer som BCRC på längre sikt, säger han.

– Är verksamheten seriös, som den ser ut att vara, kan en sådan organisation vara en bra idé som alla kan vinna på.

Landstingsförbundet positivt

Paul Hjemdahl reserverar sig dock för den del av BCRC som kallas Kunskapsbryggan, vars innehåll han inte riktigt är klar över.

Även på Landstingsförbundet, LF, förhåller man sig skeptisk till denna del.

– Det är huvudmannens uppgift att följa upp hur medicinerna fungerar, säger Ellen Hyttsten, direktör för hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen på LF.

Flera landsting samordnar idag sina läkemedelsprövningar. Och generellt är LF positivt till BCRC eftersom det kan dra in fler prövningar till landet. Även om antalet prövningar skulle växa, tror man inte att väntetiderna inom vården kommer öka.

– Prövningarna får naturligtvis inte ta överhanden, men det är upp till den lokala arbetsledningen att bedöma, säger Ellen Hyttsten.

Björn Ramel