sar att läkare är den enda grupp som ur ett livslöneperspektiv förlorar på att disputera. Om akademin ska kunna locka till sig fler forskningsintresserade och kompetenta läkare är detta givetvis orimligt.

Som framgår av Tabell I anger 29 procent av de svarande att de inte har någon finansiering utan forskar främst på fritiden eller på jourkomp. Detta tyder på ett mycket starkt forskarintresse men visar samtidigt varför inte fler väljer en forskarkarriär.

En seriös verksamhet kan i längden inte baseras på individers insatser utanför arbetstid. Forskningen måste få plats i den dagliga verksamheten och ske inom ramen för ordinarie arbete.

3. *Förkorta utbildningstiden och inrätta fler forskar-AT- och forskar-ST-block.*

I dag är den forskarutbildade läkarkåren till 80 procent 45 år eller äldre, och medelåldern för de årligen drygt 200 läkare som disputerar är 42 år. Detta måste förändras för att både den enskilde individen och samhället ska få ökad nytta av forskarutbildningen. Att införa fler forskar-AT- och forskar-ST-block är viktigt för att förkorta den totala studietiden för forskarintresserade läkare.

Det är i dag vanligt att läkare som doktorerar utöver forskningsarbetet ägnar sig åt undervisning, anslagsansökande, handledning och examensarbeten m m. Detta visar att det finns potential att effektivisera doktorandutbildningen genom en stärkt fokusering på forskningsarbetet. Det skulle kunna göra doktorandutbildningen attraktivare, minska avhoppen från denna och möjliggöra att doktorandperioden förkortas.

4. *Öka basresurserna och ändra fördelningen av ALF-medel.*

Sylf anser att det finns ett behov av att öka transparensen i hur forskningsmedel tilldelas. De s k ALF-medlen omfattar nära 1,5 miljarder kronor årligen och är därmed den enskilt största finansieringskällan för den kliniska forskningen. Därför är det viktigt att fördelningen av ALF-medlen redovisas offentligt och att det finns en hög transparens i fördelningsprocessen.

Ett problem med ALF-medlen är att anslagen i hög grad fördelas utifrån vad forskaren redan åstadkommit, medan det sällan görs någon bedömning av innovationskraften i projektet. Att köra in i framtiden genom att se i backspegeln är inte alltid framgångsrikt.

5. *Värna sambandet mellan stärkt forskning och bättre sjukvård.*

Det måste till en förändrad syn inom den landstingsdrivna sjukvården så att forskning värdesätts både ekonomiskt och värderingsmässigt samt att nytänkande belönas. Det krävs även en förändrad syn och struktur i landstingen så att kostnaderna för kortsiktig vårdproduktion inte ställs mot kostnaderna för forskning och utveckling.

Detta borde vara en självklarhet för varje organisation som har intresse av att utvecklas bortom nästa resultatprognos. Det som har skett de senaste tio åren är att det kortsiktiga budgetresultatet har fått styra till nackdel för långsiktig effektivitet och forskning.

Med dessa fem förslag till åtgärder vill Sylf lyfta fram drivkrafterna bakom den enskilda läkarens beslut att forska eller avstå från att forska. Om vi tar dessa drivkrafter på allvar och omstrukturerar akademin för att tillgodose dem är vi på god väg att åter sätta Sverige i ledningsposition när det gäller den kliniska forskningen.

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Låt patienten slippa ständiga läkemedelsbyten

En pensionerad apotekare, som disputerat i farmakologi, berättade nyligen att han tog fem olika läkemedel. Han fick olika generika stup i ett och begrep inte hur vanligt folk klarade detta då han själv hade svårigheter att hålla reda på doserna. En dansk undersökning [1] av läkemedelsanvändningen hos patienter äldre än 65 år visade skrämmande siffror. En 72-årig man hade t ex hämtat ut Zocor vid 14 tillfällen och fått 8 byten. I en norsk undersökning [2] uttryckte var tredje patient bekymmer över att byta preparat, och i en svensk studie [3] angav 25 procent av patienterna att de fick sämre effekt. De som bagatelliserar dessa upplevelser, och trumpetar att allt är samma sak, behöver tid för eftertanke.

Att byta *ett* läkemedel kan gå an, men om man som många äldre har 7–8, blir det snårigt även för den klartänkte och dennes anhöriga. För sertralin 50 mg – avsett för patienter med depression, tvångs- och paniksymtom, social fobi – fanns i december 2008 på listan över utbytbara läkemedel 34 produkter med 13 helt olika namn. Vad som serveras beror på månadens pris. Konsekvensen är försämrad följsamhet med dubbelmedicinering eller överhoppade doser. Samhällets kostnad för dålig följsamhet – kasserad medicin, förlängd sjukdom – är okänd.

I bl a Finland och Frankrike får patienten samma läkemedel under receptets hela giltighetstid. I huvudbetänkandet inför omregleringen av apoteksmarknaden [4] konstaterades »... att det vore en fördel om bytesfrekvensen minskade. Effekten torde bli såväl minskade kostnader för samhället som minskade risker för felmedicinering från patientens sida.« Samma uppfattning kom Socialstyrelsen till i en rapport 2004 [5]. I Socialdepartementets publicerade lagförslag till omregleringen har detta kloka konstaterande inte följts upp.

Det är inte bara för patienter som utbyteshysterin är besvärlig. Flera undersökningar [6, 7] av sjuk- och distriktssköterskors arbetssituation har visat på ökad osäkerhet och merarbete. En undersökning visade att ca 1/3 av alla ändringar i vårdens ordinationsunderlag kunde härledas till byte av generika. Risken för felmedicinering är stor om underlaget inte stämmer. Trots politiska honnörsord om ökad patientsäkerhet efter snart sagt alla TV-reportage om aktuella missförhållanden vidtas inte enkla åtgärder.

En behövlig omreglering av apoteksmarknaden är ett tillfälle att förbättra läkemedelsanvändningen. Propositionen om omregleringen bör innefatta att samma utbytespreparat används under receptets giltighetstid. Rätt tillämpad spar utbytesreformen årligen flera miljarder; missriktad blir den ett nollsummespel.

Anders Cronlund
vVd Apotekarsocieteten
anders.cronlund@lakemedelsakademin.se

REFERENSER

1. Wagner Hoffman M, Randløv F. Hvor hyppigt skifter patienter præparat? Farmaci. 2005;(12):25-7.
2. Eilertsen M. Fører generisk substitusjon til feilbruk av legemidler? Norsk Farmaceutisk Tidsskrift. 2008;(10):22-3.
3. Kittel S. Patienter positiva till generika. Pharma Industry. 2008;(4):56-8.
4. SOU 2008:4. p 420.
5. Socialstyrelsen. Patientsäkerhet vid utbyte av läkemedel på apotek. Stockholm: Socialstyrelsen; 2004.

LÄS MER *Fullständig referenslista http://ltarkiv.lakartidningen.se*