

Slutbetänkandet »Klinisk forskning – ett lyft för sjukvården«:

Positiva reaktioner på Stendahls förslag

Förra veckan presenterade regeringens utredare Olle Stendahl sitt recept för hur landet ska återfå sin förloerade tättposition inom den kliniska forskningen. Det viktigaste förslaget, att slå samman fakulteter och universitetssjukhus, möter överlag positiva reaktioner.

Som Läkartidningen tidigare berättat (LT 12/2009, sidan 838) är ett av förslagen i Olle Stendahls utredning att slå samman de medicinska fakulteterna med universitetssjukhusen och skapa sex universitetsmedicinska centrum, med samlat ansvar för sjukvård, forskning och utbildning. Förebilden kommer från Storbritannien och Nederländerna, där liknande modeller haft en gynnsam effekt på forskningen.

Bakgrunden är att den kliniska forskningen trängts undan från universitetssjukhusen, som alltmer kommit att fungera som sista linjens sjukhus inom regionvården.

– Ju mer pressad sjukhusens ekonomi är, desto mer tenderar sjukvårdens behov komma först, medan tiden för forskning blir mindre, säger Olle Stendahl.

Utredningen föreslår också en samarbetsgrupp för akademisk medicinsk behandlingsforskning som bland annat ska underlätta samordningen vid rekrytering av patienter så att studierna när »kritisk massa«.

– Sverige är för litet för att varje ställe ska göra sina egna suboptimala studier.

Enligt Olle Stendahl är det framför allt i de senare delarna av implementerings-



Läkartidningen nr 12/2009.

kedjan som finansiering saknas i dag, och han föreslår därför att det skapas en fond för oberoende klinisk behandlingsforskning, alltså forskning som utgår från forskarnas intresse och sjukvårdens behov snarare än från industriella överväganden. Hälften av de totala medlen på 500 miljoner kronor per år ska slussas över från forskningsråd, stiftelser, universitet och landsting, medan den andra hälften är tänkt att skjutas till av staten.

Tillsammans med de 500 miljoner som Olle Stendahl vill ska gå till att stärka den kliniska forskningen vid de universitetsmedicinska centrumen hamnar notan för att genomföra utredningens förslag på 750 miljoner kronor.

Är det realistiskt att tro att detta ska bli verklighet när de offentliga finanserna ser ut som de gör i dag?

– De 500 miljonerna till universitetsmedicinska centrum ska utgå först när de nått fullt sving och det kommer att ta några år. Men annars menar jag att vi inte kan sitta och vänta på att konjunkturen vänder när det handlar

om satsningar som vi vet behövs på sikt.

Hur är dina förslag förenliga med de olika valfrihetsreformer som genomförs i vården?

– Det finns absolut en risk att forskning kommer på undantag genom den fria etableringsätten och

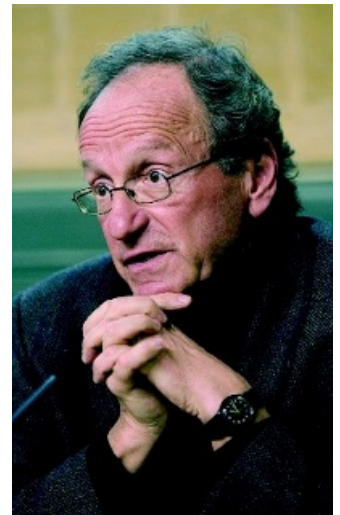
vårdvalsreformen. Det är väldigt viktigt att landstingen när de handlar upp vården säkrar tillgången till patientmaterial och information och möjligheten till forskning, säger Olle Stendahl.

Hans Hjelmqvist, ordförande i Läkarförbundets utbildnings- och forskningsdelegation, är positiv till idén med universitetsmedicinska centrum.

– Man måste försöka få universiteten och universitetssjukhusen att dra mer åt samma håll. De tidigare försöken har inte lyckats. Nu föreslår utredningen att universitet och landsting bildar ett gemensamt bolag, vilket låter som en intressant form att diskutera.

Han är också nöjd med att utredningen lyft frågan om rekrytering och meritering, något som Läkarförbundet drevit länge. Utredningen vill ha fler kombinerade tjänster som gör att disputerade vårdanställda kan forska och vara kliniskt verksamma paral-

»Sverige är för litet för att varje ställe ska göra sina egna suboptimala studier.«



Olle Stendahl – regeringens utredare. Foto: Ida Eklund/Scanpix

lellt. Det föreslås också att forskningserfarenhet ges ett tydligt meritvärde vid rekryteringen av chefer och ledare.

Hans Hjelmqvist skulle dock gärna ha sett att man varit tydligare med att det måste finnas en bred bas i den kliniska forskningen.

– Man kan inte koncentrera alla resurser till spetsforskningen. Det måste finnas en bas, som naturligtvis ska vara kvalitetsgranskad, som spetsen kan rekryteras från.

När det gäller tanken på att skapa universitetsmedicinska centrum har det kommit försiktigt positiva signaler från såväl Sveriges Kommuner och Landsting som enskilda sjukhus och universitet. Frågan är vad socialminister Göran Hägglund tänker om förslaget att slå samman fakulteterna och universitetssjukhusen?

– Utredaren har kommit med en rad intressanta lösningar på ett problem som alla som är verksamma på området är medvetna om. Nu ska det här förslaget ut på remiss, men jag tror att huvudragen kommer att bli regeringens linje, kommenterade socialministern när utredningen presenterades.

Michael Lövtrup
michael.lovtrup@lakartidningen.se

DLFs fullmäktigemöte Kortare arbetstid engagerade

Ove Andersson är ny ordförande i Distriktsläkarföreningen (DLF). Han efterträder Maria Dalemar, som blir biträdande sjukhusdirektör vid Södra Älvsborgs sjukhus i Borås (se LT nr 6/2009).

Några större överraskningar bjöd distriktsläkarnas fullmäktigemöte i fredags inte på, mer än att den inbjudna gästtalararen i år inte hämtats från regeringen. Ylva Johansson, riksdagsledamot (S) och vice ordförande i socialutskottet, redogjorde för socialdemokraternas kommande sjukvårdspolitiska program, där utmaningen identifierats vara hur man i framtiden ska kunna finansiera en god allmän och lika sjukvård utifrån behov. »Tillgänglighet« är

inte hälso- och sjukvårdens kärnproblem, däremot måste samhället ha solidariteten med de äldre generationerna, var några av budskapen till allmänläkarna från oppositionens talesman i sjukvårdsfrågor.

Samtidigt som allmänläkarna kan väntas spela en strategisk roll även i oppositionens scenarier för framtida hälso- och sjukvård, visade årsmötet att möjlighet till förkortad arbetstid är en fråga som engagerar distriktsläkare. Fullmäktige avtog dock en motion från DLF Västmanland om att försöka förändra kollektivavtalen så att arbetsgivare blir skyldiga att erbjuda läkare över 63 år alternativa arbetsuppgifter med bibehå-

len lön. Ett sådant krav ansågs utsiktslöst då det står i motsats till arbetsgivarens skyldighet att leda och fördela arbetet utifrån verksamhetens behov. DLF Västmanland motionerade även om arbetsrelaterad psykosocial ohälsa, och efterlyste från DLF en enkät i frågan under kommande verksamhetsår. En arbetsmiljöenkät ligger dock redan i Läkarförbundets pipeline.

Vad gäller vårdval fick Sydvästra Skåne gehör för att man i DLF och förbundets kommande vårdvalsundersökningar bevakar frågan om huruvida styrning av pengar till de mest vårdkrävande samtidigt kan ge medlemmarna en bättre arbetsmiljö.

Marie Närlid

Fel arter används när läkemedels miljöeffekter bedöms

Vattenloppor och alger används ofta när man ska bedöma miljörisiker med läkemedel. Men det är fel arter för ändamålet, enligt en avhandling av Lina Gunnarsson, institutionen för neurovetenskap och fysiologi, Göteborgs universitet.



Vattenloppa – helt fel. Hellre groda eller fisk.

Fiskar och grodor har fler målomolekyler som liknar människans och därmed högre risk att påverkas av läkemedelsrester. Miljörisikbedömningar med nya läkemedel borde därför i stället göras på fiskar och grodor.

Hittills har man hittat rester av 150 olika läkemedel i miljön. Kunskaperna om hur de påverkar djur och växter är dock begränsade. ■

Klen effekt av att mäta blodsocker hos typ 2-diabetiker

Personer med typ 2-diabetes som inte behandlas med insulin har begränsad nytta av att själva mäta sitt blodsocker med teststickor, enligt SBU, Statens beredning för medicinsk utvärdering.

SBU har sammanställt sju studier där denna fråga studerats, omfattande totalt 2 207 patienter med typ 2-diabetes. Patienter som löpande gjorde egna blodsockerkontroller jämfördes med patienter som inte kontrollerade sitt blodsocker.

– Det resultat man åstadkom i termer av sänkning av HbA_{1c} var bara 0,26 procentenheter hos de typ 2-diabetiker som mätte sitt blodsocker. Sammanfattningsvis kan man säga att det inte föreligger någon tydlig patientnytta med att göra regelbundna mätningar, säger Bo Freyschuss, specialistläkare i endokrinologi och projektledare vid SBU.

Resultatet var inte oväntat, menar Bo Freyschuss.

– Man styr ju inte sitt blod-

socker lika direkt med tabletter som med insulin, så resultatet var i linje med vad jag hade förväntat mig, säger han.

I dag beräknas kostnaden för blodsockerstickor uppgå till i storleksordningen 600 miljoner kronor per år. Majoriteten av dessa används dock av insulinbehandlade patienter. Om man använder stickorna mer restriktivt för icke insulinbehandlade skulle ändå ordentliga besparingar kunna göras, beräknar SBU, upp mot 50–90 miljoner kronor per år.

Det finns dock tillfällen då det kan vara motiverat att använda teststickor, enligt SBU. Typ 2-diabetiker som drabbas av symtomgivande hypoglykemi, särskilt om de också har peroral läkemedelsbehandling, kan ha nytta av att göra kontroller av sitt blodsocker. Stickorna kan även vara motiverade att använda i pedagogiskt syfte, om diabetesbehandlingen ändras eller vid akut sjukdom.

Anders Hansen

Den nya influensan A/H1N1:

Beredskapen fortsatt hög

Den nya influensan har i stort sett överallt uppträtt som en vanlig influensa. Det påpekade Annika Linde, statsepidemiolog vid Smittskyddsinstitutet, när de tre myndigheterna Socialstyrelsen, Smittskyddsinstitutet och Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) i fredags höll sin tredje presskonferens om den nya influensan A/H1N1.

– Också spridningen ligger i nivå med vanlig säsongsinfluensa, sa Annika Linde.

Det scenario som Annika Linde nu ser som troligt införlösten är också att det inte blir värre än en vanlig influensasäsong.

Ett annat scenario är att

den nya influensan helt dör ut, men man kan inte heller utesluta att viruset muterar till en allvarligare form, även om inga tecken tyder på det.

Rubriken för presskonferensen var en retorisk fråga, »Är faran över?«, som myndighetsrepresentanterna dock samstämmigt svarade nej på.

Vaksamheten och beredskapen hos svenska myndigheter är fortsatt hög, var budskapet de ville förmedla.

Två dagar tidigare hade Smittskyddsinstitutet bekräftat det första, och hittills enda, svenska fallet av den nya influensan, det tidigare sannolika fallet i Stockholmstrakten.

Smittskyddsinstitutet

skickar nu avdödat virus från det bekräftade fallet till de laboratorier ute i landet som vill testa sin analysutrustning.

På presskonferensen konstaterades också att det inte hamstrats mycket antivirala medel på grund av den nya influensan.

Under förrförra veckan skrevs visserligen ut lika mycket antivirala medel som under ett normalt halvår, men det är ändå inte särskilt mycket eftersom användningen vanligtvis är så låg. Redan veckan efter hade förskrivningen minskat.

Socialstyrelsen vände sig förra veckan till regeringen med en formell begäran om att få den nya influensan

A/H1N1 klassad som anmälningspliktig och allmänfarlig sjukdom enligt smittskyddslagen.

Fortfarande är det inte klarlagt vad som orsakat dödsfallen i samband med influensan i Mexiko.

Karin Bergqvist

LÄS MER Mer om den nya influensan A/H1N1 på www.lakartidningen.se

- Hypoteser om viruset
- »Skriv inte ut för hamstring eller för säkerhets skull«
- Nya influensan planeras bli anmälningspliktig
- WHO: Alla länder bör aktivera sina beredskapsplaner
- PCR-teknik och Internet möjliggör snabb analys
- Ökad risk för pandemi – ännu inga fall i Sverige
- Delade meningar om Sveriges pandemiberedskap
- Smittskyddsinstitutet intensifierar influensaövervakningen

Nya dyrare läkemedel nedprioriteras i nya diabetesriktlinjer

De nya nationella diabetesriktlinjerna, som presenterades av Socialstyrelsen i en preliminär version den 7 maj, är de första diabetesriktlinjer som innehåller prioriteringar.

Intensivbehandling för att nå en stabilare blodglukosnivå ges hög prioritet. Hög prioritet får också multidisciplinära team för att behandla patienter med svåra fotproblem. Där emot prioriteras nya dyra läkemedel ned.

Flera nya dyrare diabetesläkemedel kommit sedan de förra riktlinjerna publicerades.

– I vår granskning av studier och genom hälsoekonomiska beräkningar har vi inte kunnat se att de är effektivare än de äldre läkemedlen. Därför har vi separerat dem tydligt i våra prioriteringar, säger Mats Eliasson, docent och överläkare som har varit prioriteringsordförande i arbetet med riktlinjerna, i ett pressmeddelande.

Om läkemedel sägs i sammanfattningen följande:

»En patient med typ 2-diabetes bör i första hand få met-

formin och om målen för glukosnivån inte uppnås med enbart metformin bör patienten få tillägg antingen av sulfonureider eller insulin, eller båda.

Nya och dyrare läkemedel som inkretinläkemedel, glitazoner, akarbos och meglitinider bör diabetesvården ge först i tredje hand eller vid intolerans för något av de ovan nämnda.

Långverkande insulinanaloger bör diabetesvården ge först sedan NPH-insulin eller tvåfasinsulin (snabb- och medellångverkande) har prövats och patienten drabbats av hypoglykemier.

Behandling med insulinpump är en etablerad behandlingsform sedan mer än 20 år och används av mer än 5 000 patienter med typ 1-diabetes. Insulinpump bör följande patienter få pröva: »patienter med typ 1-diabetes som har kraftigt svängande blodglukosnivå och återkommande allvarliga hypoglykemier eller otillräcklig målluppfyllelse trots flerdosbehandling.« **EO**