

Svensk klinisk forskning kan bli bättre

I dag tas flera initiativ för att förbättra situationen för den kliniska forskningen. Vad vi nu väntar på är en reell satsning på en fond för forskarinitierad behandlingsforskning för att utveckla en kunskapsbaserad och högkvalitativ hälso- och sjukvård.

Vi kan se tillbaka på en fantastisk utveckling för medicinsk forskning under efterkrigstiden. Antibiotika, nya vacciner, organtransplantation, kranskärlskirurgi, ledplastik, nya behandlingsmetoder mot psykiatriska sjukdomar, reumatoid artrit, magsår, ateroskleros och cancer är bara några exempel på framsteg som påverkat den moderna medicinen. Sverige har haft en framträdande roll i denna utveckling.

Vad karakteriserade denna exceptionella framgångssaga? Under denna tid fanns en nära koppling mellan grundläggande laborativ forskning, patientstudier och högspecialiserad vård vid våra universitetssjukhus. De flesta upptäckterna gjordes vid världens främsta universitetssjukhus som Massachusetts General Hospital, Mayo-kliniken och Johns Hopkins, där de starka forskningsmiljöerna alltid utgjort en integrerad del av vården.

I dag står vi inför nya utmaningar. Hälso- och sjukdomspanoramat har ändrat karaktär. En större andel av befolkningen i hög ålder innebär ökade utgifter för hälso- och sjukvård. Ändrade levnadsvillkor innebär en ökning av livsstilsrelaterade sjukdomar. Detta ställer allt större och

annorlunda krav på sjukvårdens resurser. Trots att värdet av forskning och utveckling är uppenbart både för sjukvården och för samhället i stort har den kliniska forskningen marginaliserats i en alltmer ansträngd landstingsekonomi där lokala och regionala sår-intressen styr utvecklingen.

Svensk klinisk forskning har inte längre samma ledande position som för 20 år sedan, trots att vi satsar mest pengar per invånare inom EU på medicinsk forskning. Många industriländer brottas med samma problem och har vidtagit olika åtgärder för att förbättra den kliniska forskningens kvalitet. Det är i ljuset av denna utveckling som det nu föreslås specifika åtgärder för att stärka den kliniska forskningen och säkerställa dess genomslag i en bättre vård [1-3].

Hur mäter man då utveckling och nytta med forskning? Inomvetenskaplig kvalitet och framgång är inte alltid samma sak som relevant och nyttig forskning ur ett vårdperspektiv. Inomvetenskaplig kvalitet kan mätas med bibliometri, framför allt för jämförelse mellan universitet och mellan länder över tid.

Trots att vi fortfarande producerar mycket forskning är dess genomslag inte lika tydligt som tidigare. Danmark och Nederländerna är i dag på stark framfarsmarsch, liksom Kina, Indien och Brasilien. Samtidigt är jämförelsen svår att göra. Forskningens karaktär och utveckling varierar mellan olika områden, och framgångsrik forskning sker ofta i nationella och internationella samarbeten.

Den medicinska relevansen och nyttoaspekten är ännu svårare att bedöma. Ofta tar det lång tid för ny kunskap att få fotfäste i vården, och långsiktighet och uthållighet är inget som karakteriserar dagens vård- eller forsknings-

politik. Alla är dock överens om att ny kunskap ger bättre vård och samhällseliga vinster, vare sig man gör hälsoekonomiska analyser eller mäter behandlingsresultat och ökat välbefinnande. Flera aktuella studier visar att samhällsvinsterna är stora [4].

Problemet i dag är inte att vi ställer fel frågor eller slösar resurser på oviktiga problem, vilket Åke Thörn hävdar i LT 16-17/2011 (sidorna 904-5). De största resurserna läggs på forskning inom våra stora sjukdomsområden som cancer, hjärt-kärlsjukdomar, infektioner, neurodegenerativa sjukdomar och diabetes. Problemet är inte heller att det görs för mycket bra forskning inom dessa viktiga områden.

Problemet är att forskningsutrymmet saknas i vården och att resurserna sprids för tunt och inte räcker hela vägen till patienten. För att detta ska fungera behövs inte bara mer pengar. Vad som också behövs är tydligare prioritering av befintliga resurser och bättre implementering av ny kunskap i vården. För detta krävs gemensamma åtgärder från landsting och universitet.

Dagens problem inom den kliniska forskningen är som sagt inte nya, men de har förstärkts sedan Medicinska forskningsrådets rapport publicerades för drygt tio år sedan [6]. Andelen forskarutbildade och forskande läkare har minskat, utrymmet för forskning i vården har minskat, och antalet kliniska provningar, både forskarinitierade och industrisponsrade, har på grund av ökade kostnader minskat i Sverige.

Utredningen om den kliniska forskningen [1, 2] pekar på dessa problem inte bara uti-



Foto: Colourbox

Problem: bristen på forskningsutrymme i vården.

från bibliometriska analyser, utan genom en grundlig analys av rekryteringsläget, utbildningsnivån och finansieringssituationen. Huvudbudskapet är att ge forskningen en tydligare plats inom grund- och specialistutbildningen, skapa karriärtjänster för forskning i vården, prioritera den bästa forskningen också vid fördelning av ALF-resurserna (statens ersättning till landstingen för forskning), inrätta en fond för klinisk behandlingsforskning och bilda universitetsmedicinska centra (UMC) där universitet och universitetssjukvård samverkar för en mer kunskaps- och forskningsbaserad vård.

I dag tas flera initiativ för att förbättra situationen. Kliniska forskartjänster inrättas, ALF-avtalet följs upp och omförhandlas, kvalitetsregister och biobanker förstärks och görs mera tillgängliga för forskning, och samverkan ökar igen mellan akademi och sjukvården. Vad vi nu väntar på är också en reell satsning på en fond för forskarinitierad behandlingsforskning för att utveckla en kunskapsbaserad och högkvalitativ hälso- och sjukvård.

■ **Potentiella bindningar eller jävsförhållanden:** Inga uppgivna.

REFERENSER

1. Världsklass! Åtgärdsplan för den kliniska forskningen. Delbetänkande av Utredningen av den kliniska forskningen. SOU 2008:7.
2. Klinisk forskning – Ett lyft för sjukvården. Slutbetänkande av Utredningen av den kliniska forskningen. SOU 2009:43.
3. Clinical research in Finland and Sweden. Publications of the Academy of Finland 5/2009.
4. Medical research: assessing the benefits to society. A report by the UK Evaluation Forum, supported by the Academy of Medical Sciences, Medical Research Council and Wellcome Trust. London; 2006.
5. Den kliniska forskningens kris och pris. Stockholm: Medicinska forskningsrådet; 1998. MFR-rapport nr 5 1998.



OLLE STENDAHL
professor i medicinsk mikrobiologi, Hälsouniversitetet, Linköpings universitet; utredare av den kliniska forskningen 2007–2009
olle.stendahl@liu.se

Dimridåer om Pandemrix-biverkningar

Upptäckten att man genom vaccination kan förhindra människor att insjukna i vissa infektionssjukdomar är ett av de viktigaste medicinska framstegen någonsin. Vaccination är dock inte helt riskfri, vilket den genomförda massvaccinationen mot svininfluensa tydligt visar. Tyvärr är den information om biverkningarna som Socialstyrelsen för fram i massmedierna inte korrekt. Totalt har i Sverige mer än 3 200 fall av biverkningar av Pandemrix anmälts, varav drygt 80 avser narkolepsi; den första anmälan om narkolepsi kom för mer än ett år sedan.

I SVT:s program »Agenda« den 3 april uppmärksammades narkolepsibiverkningarna under medverkan av Maria Larsson, tidigare folkhälsominister, samt Anders Tegnell från Socialstyrelsen. Man sade där att narkolepsi som biverkning till Pandemrix förekom »i vårt land och i Finland men inte i uppenbarligen något annat land«. Detta är direkt felaktigt. Förutom drygt 60 rapporter i Finland har narkolepsi som biverkning av Pandemrix rapporterats i Tjeckien, Irland, Norge, USA och Frankrike. Fler länder är att vänta på grund av eftersläpningen i rapporteringen.

Varför tonar man ned biverkningarna? En inte helt orimlig gissning är att Socialstyrelsen i samverkan med andra aktörer så här i efterhand vill rättfärdiga det drastiska beslutet att massvaccinera hela befolkningen. Själva beslutet var en logisk följd av det »förköpsavtal« som Sverige hade tecknat med läkemedelsföretaget Glaxo-Smith Kline. Enligt detta avtal förband sig företaget att tillverka vaccin för den svenska befolkningen när WHO proklamerade pandemi, och när WHO väl hade tagit detta beslut var det naturligt att se



Drabbade familjer väntar på att träffa socialminister Göran Hägglund på Socialdepartementet den 29 mars 2011. Läkemedelsverket presenterade resultat från en svensk registerstudie, den första delen i en utredning om samband mellan Pandemrix och narkolepsi.

till att det vaccin man förbundit sig att köpa också kom till användning.

Skyddade då vaccinationen mot influensan och dess följder? Det visade sig tidigt att

H1N1-viruset orsakade en ganska lindrig influensa. De länder (de allra flesta) som inte vaccinerade på samma sätt som i Sverige synes inte ha drabbats av fler allvarliga influensafall. Samtidigt är

det givetvis lätt att vara efterklok. Det är därför svårt att kritisera Socialstyrelsen för beslutet att rekommendera massvaccination.

En korrekt information till allmänheten är viktigt för förtroendet för myndigheterna. Faran är att den nuvarande desinformationen leder till en obefogad rädsla hos allmänheten för andra vaccinationer där biverkningsriskerna är bättre kända och mindre. Det är givetvis mycket angeläget att man fortsätter att vaccinera mot tex mässling och andra barnsjukdomar.

Curt Peterson
professor i klinisk farmakologi,
Hälsouniversitetet, Linköping
curt.peterson@liu.se

replik:

Problemen har inte tonats ned

Socialstyrelsen och andra myndigheter har ingen ambition att tona ned eller ge felaktig information om biverkningarna av vaccinet Pandemrix. Läkemedelsverket har ända sedan vaccinationerna satte igång öppet redovisat biverkningarna på sin webbplats. Enligt Läkemedelsverkets avslutande redovisning hade cirka 6,1 miljoner doser använts i Sverige fram till den 16 april 2010, och cirka 4 380 biverkningar hade rapporterats.

När »Agenda« sändes hade bara Sverige och Finland publicerat studier som visade ett möjligt samband mellan vaccinet och narkolepsi. Europeiska läkemedelsmyndigheten (EMA) har därefter meddelat att studier pågår i fler länder, men att inga länder rapporterat fler fall än förväntat. Island och Nederländerna hade rapporterat en viss ökning utan någon koppling till vaccinet. Sedan dess har Frank-

rike visat preliminära data med en ökning av antalet fall kopplat till vaccinet.

Socialstyrelsen följer de studier som pågår och har också följt Läkemedelsverkets uppmaning att rekommendera landstingen att inte ge Pandemrix till barn. Det finns ett möjligt samband mellan vaccinet och narkolepsi, men både den finska och den svenska studien visar att det varit ytterligare någon faktor som påverkat insjuknandet i narkolepsi och som behöver identifieras.

Beslutet att vaccinera hela befolkningen var inte en följd av det optionsavtal som slutits med vaccintillverkaren, utan byggde på den strategi som utarbetats efter flera års arbete i Sverige och internationellt med att planera för hanteringen av en pandemi.

A/H1N1 har gjort att unga vuxna fått en allvarligare sjukdom än under vanliga influensaår. Inte så många som

man trodde i början, men allvarligt nog bland personer som mycket sällan blir svårt sjuka i infektionssjukdomar. Sjukdomen har också orsakat stor belastning på sjukvården – inte minst intensivvården. Flera länder som inte vaccinerade i samma omfattning som Sverige har fått en mycket allvarligare säsong nu i vintnas.

För Socialstyrelsen är det oerhört viktigt att upprätthålla en hög trovärdighet för de vacciner som dagligen räddar många liv i hela världen, och som mycket riktigt påpekas av Curt Peterson är vaccin ett av de viktigaste medicinska framstegen. En epidemi av mässling som pågår just nu i Europa med dödsfall bland barn i flera länder visar tydligt vad en minskad användning av vaccin kan leda till.

Anders Tegnell
avdelningschef,
Socialstyrelsen

Mer debatt på Lakartidningen.se

I LT 12/2011 skrev ST-läkarna Henrik Engblom och Magnus Hansson att klinisk fysiologi snarast bör återfå sin status som egen basspecialitet. Här publicerar vi utdrag ur ett instämmande inlägg, som i sin helhet finns att läsa på Lakartidningen.se/debatt. red

Gör de två fysiologiska specialiteterna till en basspecialitet

Inför den översyn av medicinska specialiteter som Socialstyrelsen ska genomföra under 2011 har två kliniska fysiologer under utbildning i Lund uttryckt sin oro för utvecklingen av klinisk fysiologi i svensk sjukvård i *Lakartidningen* [1], och i en ledare lämnas synpunkter på den kommande översynen av specialiteter [2].

Man kan gott förstå de unga läkarnas, med intresse för klinisk fysiologi, oro inför framtiden. De redogör klart och tyd-

ligt för den nuvarande specialistindelningens konsekvenser för kommande specialisters ytliga kompetens till följd av en sammanhållen utbildning inom basspecialiteten »bild- och funktionsmedicin« med klinisk fysiologi som grenspecialitet. Denna ordning är ett resultat av två enmansutredningar som båda avslöjar bristande kännedom om eller intresse för den kliniskt fysiologiska diagnostiken. —

Som pensionerad klinisk fysiolog har jag med förvåning tagit del av de två utredningar som så totalt missat den kliniska fysiologins roll i svensk sjukvård och medicinsk forskning. Man får förmoda att utredarna styrts av en förväntan att funktionsmedicin, genom den tekniska utvecklingen, på ett naturligt vis skulle smälta samman med annan bildbaserad diagnostik. —

Vid den översyn av specialiteterna som Socialstyrelsen nu ämnar göra under 2011 finns all anledning att ifrågasätta den nuvarande sammanslagningen av radiologi, klinisk fysiologi och nuklearmedicin.

I Sverige finns nu 31 basspecialiteter. Inom gruppen neurospecialiteter finns fyra basspecialiteter, ingen grenspecialitet. Intressant nog är klinisk neurofysiologi en basspecialitet. Man kan fråga sig vad som motiverar att klinisk neurofysiologi med 58 specialister, enligt gamla ordningen, men inte klinisk fysiologi, med mer än tre gånger så många specialister, 197 (*Läkarkakta* 2010), är basspecialitet. Även en lekman torde inse att neurofysiologi teoretiskt sett är en del av fysiologin. Borde inte dessa medicinska områden ha en hel del gemensamt? —

Med en tillbakablick på 40

års verksamhet inom klinisk fysiologi och med hänvisning till de gemensamma nämnare som finns för de två fysiologiska specialiteterna är det min övertygelse att en gemensam basspecialitet omfattande klinisk fysiologi, klinisk neurofysiologi och nuklearmedicin skulle leda till förbättrad fysiologisk (funktionsmedicinsk) diagnostik genom samordning av resurser, befruktande kompetensutbyte, utbildning i logiska steg och förbättrad rekrytering. Det är min uppfattning att detta skulle vara ett exempel på den »pragmatism« som Stensmyren och Hjelmqvist för Läkarförbundets del efterlyser i den kommande översynen.

Anders Melcher
docent i klinisk fysiologi,
fd överläkare och klinikchef,
Stocksund
Anders.Melcher@ki.se

Långtidsbehandling med antipsykotika:

Ny forskning stärker uppgifter om ökad risk för hjärnatrofi

■ I LT 42/2009 (sidan 2704) påtalade jag att aktuell forskning visat att antipsykotisk medicinering kunde ha hjärn-skadande effekter. Mussie Msghina och Benny Liberg replikerade med att bagatellisera forskningsfyndens relevans för patientbehandlingen (LT 47/2009, sidan 3183). Socialstyrelsen har inte heller visat sig intresserad av att föra frågan vidare.

Detta är tendenser som oroar – psykiatrins tendens till sen självkritik vid möjliga behandlingsskador är tyvärr ett återkommande fenomen.

Emellertid har den studie

som Nancy Andreasen hänvisade till i sin alarmerande intervju i New York Times i september 2008 i dagarna publicerats i en av världens högst rankade psykiatriska tidskrifter [1]. Enligt uppgift har det varit betydande problem med att få den accepterad eftersom innehållet är starkt kontroversiellt.

Forskargruppen har följt 211 patienter med schizofreni-diagnos i medeltal 7,2 år med upprepade MR-undersökningar av hjärnan. En signifikant progressiv minskning av hjärnans volym konstaterades under denna period oberoende av om typiska eller atypiska antipsykotika använts. Att schizofreni i sig kan innebära en substansförlust i hjärnan är känt sedan tidigare. Denna studie visar att antipsykotisk behandling är korrelerad med ytterligare substansförlust. Sjukdomens svårighetsgrad, liksom alkohol- och drogkonsumtion, var i mindre grad eller inte alls korrelerade med vävnadsreduktionen jämfört med mängden antipsykotika.

Författarna sammanfattar att dessa fynd tillsammans med de experimentella djurstudierna (som refererades i

min artikel från 2009) visar att antipsykotisk medicinering förmodligen har en skadande effekt på den neuronala vävnaden – vid sidan om de kliniskt nyttiga effekterna. Skadan uppträder i de dosintervall och medicintyper som allmänt används och är proportionell till längden och mängden av medicinintaget.

En redaktionell kommentar i samma tidskriftsnummer [2] prövar alternativa förklaringar till fynden. Sammanfattningen blir att vi starkare måste belysa för- och nackdelar av medicineringen liksom pröva icke-farmakologiska metoder.

Det finns fortfarande på sina håll en primitiv filosofi om fördelarna med höga doser liksom om multiterapi. Bortsett från denna rena okunnighet är det av avgörande betydelse att vi finner nya vägar att använda antipsykotika mer optimalt. Det är exempelvis i många fall av psykos helt möjligt att starta behandlingen utan neuroleptika för att sedan vid behov arbeta med låga doser i nära samarbete med patienten.

Genom en lyhörd läkemedelsbehandling får psykiatrin ett förbättrat förtroende både från patienten och från anhö-

riga. Det finns nu än mer anledning att ta patienternas välkända motstånd mot antipsykosmedicinering på stort allvar.

Johan Cullberg

gästprofessor i psykiatri, Ersta Sköndals högskola, Stockholm
j.cullberg@swipnet.se

REFERENSER

1. Ho BC, Andreasen N, Ziebell S, Pierson R, Magnotta V. Long-term antipsychotic treatment and brain volumes: a longitudinal study of first-episode schizophrenia. Arch Gen Psychiatry. 2011;68:128-37.
2. Lewis DA. Antipsychotic medications and brain volume: do we have cause for concern? Arch Gen Psychiatry. 2011;68:126-7.

I de vuxnas värld

■ Den ovanligt unga medarbetaren på bilden bakom Britt Wallström (receptionist) och Inger Nilsson (leg sjuksköterska) heter Gabriella Josefsson och är 14 år. När bilden togs hade Gabriella just, som final på sin praovecka hos oss, med koldioxidlasern skurit bort en rejäl vårta, typ papillomatös keratos, från ryggen på en tacksam patient. Vårtan fick Gabriella med sig i formalin, för att kunna visa upp den för sin lärare och sina klasskamrater hemma i Täby, och för pappa Stefan och mamma Bodil. Mormor Ejda har redan sett den.

Under praotiden spelade

Gabriella och jag teater i operationsrummet. När jag bad nästa patient stiga in spredde hon och torkade rent operationsbordet, även om bordet redan var rent. Har man vit rock och något för sig, då undrar ingen. Och faktiskt, flera patienter såg så rart på Gabriella och önskade henne lycka till när de gick.



Foto: Leo Hassler

»Jag rekommenderar praoelever till alla mottagningar!« skriver Leo Hassler i inlägget. Från vänster ses Britt Wallström, receptionist, Gabriella Josefsson, praoelev, och Inger Nilsson, sjuksköterska.

Arbetsdagen började redan kl 07.00 för Gabriella. Då fick hon vara med Britt och Inger för att ställa allt i ordning för mina första patienter, som var inbokade 07.30. Sedan gick hela dagen i ett enda fläng.

Märkvärdigt vad mycket jag och mina patienter hade att berätta för en ung flicka som kan lyssna. Här, i de vux-

nas värld, fick hon uppleva hur intressant, roligt och tacksamt det är att vara doktor.

Jag rekommenderar praoelever till alla mottagningar!

Leo Hassler

privatläkare, Luleå
leo.hassler@
doktorerna-hassler.se