

REPLIK:

Pengar löser inte allt – men klinisk behandlingsforskning kräver ett tydligt ekonomiskt stöd

Dagens framgångsrika sjukvård bygger i första hand på gårdagens forskning. Om vi vill påverka och förbättra morgondagens sjukvård, krävs att vi förbättrar och stödjer dagens medicinska forskning.

Utredningens analys visade att den kliniska forskningen brottas med flera problem som påverkar kvaliteten och möjligheterna att implementera ny kunskap i vården. Även om Sverige fortfarande är en framgångsrik forskningsnation har vi halkat efter de senaste åren. Bibliometriska studier visar att flera jämförbara länder som Kanada, Danmark, Norge, Nederländerna och Schweiz ökat betydligt mer än Sverige, framför allt om man ser till högciterade tidskrifter. Jag hoppas att också Åke Thörn tycker att det finns utrymme för förbättring, även om vissa ämnen som reumatologi och neurologi haft en mycket stark utveckling under senare år.

Det räcker nu inte att vara bibliometriskt topprankad och ha framstående forskare. Forskning är dyr, varje medicinsk publicering kostar i genomsnitt 1–2 miljoner. Därför måste forskningen också ge avtryck i en bättre vård och ekonomisk tillväxt. Även om metodproblemen är stora finns flera hälsoekonomiska studier som visar på tydliga vinster. Den senaste större studien från England [2] visar att inom hjärt-kärlområdet har forskningen gett en



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

39-procentig »vinst« per år. Liknande siffror sågs inom det psykiatriska området. En annan »hotbild« är bristen på betydelsefulla kliniska behandlingsstudier. Antalet kliniska studier minskar, och många tidigare studier håller alltför låg kvalitet för att kunna användas i vården. Det finns utrymme för förbättringar för såväl industrisponsrade som forskarinitierade studier.

Om man nu tror att den kliniska forskningen kan och bör förbättras, vilka är åtgärderna? Åke Thörn ifrågasätter om det behövs mer pengar och en bättre organisation. Jag håller med om att mer pengar inte löser problemet. Viktigt är att de omfattande resurser vi har används på ett bättre sätt. Utredningen förslår flera åtgärder, framför allt en tydligare utvärdering och prioritering av statens ALF-medel och landstingens FOU-medel. Vetenskapsrådet (VR), SBU och Sveriges Kommuner och landsting har nu utvecklat instrument för hur dessa medel kan användas på ett effektivare sätt. Dessutom krävs ett tydligt ekonomiskt stöd för klinisk behandlingsforskning. VR och VINNOVA har på regeringens uppdrag arbetat fram ett förslag på hur stat och landsting gemensamt kan stödja denna forskning.

För att förbättra och samordna utbildning, forskning och sjukvård krävs bättre samverkan mellan landsting och akademi. Ett sammanhållet universitetsmedicinskt centrum med en gemensam ledning skulle underlätta denna samverkan. Den organisatoriska formen är mindre viktig. Med bolagsformen ville jag i första hand peka på hur ett tydligt, gemensamt ledarskap och an-

svar för utbildning, forskning och sjukvård skulle kunna se ut. Det är inte fråga om mindre insyn, utan om att man tar ansvar för alla tre uppdragen. Forskningsminister Jan Björklund framhåller i sin artikel på DN-debatt den 24 maj att dessa åtgärder är nödvändiga för att stärka den kliniska forskningen och kvaliteten i vården. Dagens framgångsrika sjukvård bygger i första hand på gårdagens forskning. Om vi vill påverka och förbättra

morgondagens sjukvård, krävs att vi förbättrar och stödjer dagens medicinska forskning.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Clinical research in Finland and Sweden. Publications of the Academy of Finland 5/2009.
2. 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.

Hiprex till heders igen?

■ En intressant studie av Karin Jonsson och medarbetare om kvarkateter hos äldre behöver breddas och fördjupas (LT 15/2011, sidorna 868-70). Kvarkatetern utgör en främmande kropp. Bakterier vandrar uppströms i slem-lagret mellan kateter och slemhinna upp i blåsan. Resultatet blir kronisk bakterieuri. Behandling med antibiotika leder bara till resistens. Metenaminhippurat (Hiprex) är ett gammalt antiseptikum utan resistensutveckling. Behandling av kateterbärare med Hiprex halverade antalet förtida kateterbyten i en prospektiv, randomiserad och dubbelblindad studie (P < 0,001). Studien [1] var liten med 15 patienter i behandlingsgruppen, 15 patienter i kontrollgruppen, behandlingstid fem månader, dosering av Hiprex pulver 1 gram tre gånger dagligen. Vätskeintaget var standardiserat till 1800 ml/dygn. Det generösa vätskeintaget är ett särdrag i studien. Ökad vätsketillförsel har i sig en spolningseffekt och minskar risken för stopp i katetern. Nu har vi ökande problem

med resistent bakterier. Min arbetshypotes är att en klok användning av vätska och Hiprex skulle kunna minska användningen av antibiotika hos kateterbärare. På motsvarande vis tror jag också att vätska och Hiprex skulle kunna minska användningen av antibiotika vid okomplicerad men recidiverande nedre urinvägsinfektion hos kvinnor. Om en sådan kvinna får bedriva egenvård med vätska och Hiprex i 3–4 dagar, så skulle jag tro att många infektioner läker ut utan antibiotika. Vad jag föreslår är alltså intermittent egenbehandling vid besvär, inte långtidsbehandling.

Bo Norberg
docent, medicinkliniken,
Norrlands Universitetssjukhus,
Umeå;
bo.norberg@vll.se
www.rondellen.net

REFERENS

1. Norberg A, Norberg B, Parkhede U, Gippert H, Lundbeck K. Randomized double-blind study of prophylactic methenamine hippurate treatment of patients with indwelling catheters. Eur J Clin Pharmacol. 1980;18:497-500.