

## Klinisk forskning och forskares klinik

Ökad klinisk forskning har efterlysts [1, 2]. Sjukvårdsenheter sägs i alltför hög utsträckning kräva »produktivitet«, och det ges inget utrymme eller tid för forskning i den kliniska miljön. Den formella forskarutbildningen har också en prägel som missgynnar en kliniskt arbetande person, och forskningsexamen ger inte lönemässigt något resultat.

**Villkoren för den kliniska forskningen i Sverige** har Werkö nyligen jämfört med förhållandena i USA och Storbritannien [3]. En nuvarande svensk defaultistisk hållning bör enligt honom bytas mot en positiv syn och andra länder har funnit nya vägar som Sverige bör följa.

Två problem som Werkö inte berör kan formuleras i två påståenden som delvis hänger ihop:

*1. Gränsen mellan klinisk och preklinisk forskning har suddats ut.*

Termen »patientnära klinisk forskning« används ibland för att understryka att klinisk forskning bör bedrivas i omedelbar anslutning till den sjuka. Men har det gått inflation i begreppet klinisk forskning? Är de flesta forskare vid medicinska fakulteter i dag kliniska forskare?

I senaste numret av *Forskning & Medicin* [4] intervjuas FoU-ansvariga vid de medicinska fakulteterna rörande fördelningen av de sk Alf-medlen, medel för projekt som skall vara till klinisk nytta. På flera fakulteter menar man sig inte dra några skarpa gränser mellan preklinisk forskning och klinisk forskning. Även prekliniker – de som arbetar på grundvetenskapliga institutioner – har rätt och möjlighet att söka medel om det görs i samarbete med kliniker.

**Så vem är en klinisk forskare i dag?** Hur långt ifrån patienten, i tid och i rum, kan man vara för att trovärdigt kunna hävda att man genomför klinisk forskning? Om definitionen är vid, kan då inte alla sägas bedriva klinisk forskning på något sätt? Om den biomedicinska grundforskare som arbetar på molekyl- och cellnivå medverkar till att ett nytt läkemedel på sikt tas fram, är vederbörande då klinisk forskare?

*2. Många forskare har i dag en begränsad aktuell klinisk verksamhet.*

En kollega som övergått från stadigvarande forskning till dagligt kliniskt arbete uttryckte sig så här: »Många universitetsforskare är inte informerade

om dagens klinik, det är ofta alltför många år sedan de själva hade en stadigvarande klinisk tjänstgöring.«

**Jag instämmer i påståendet.** Och det är ett problem om den egna kliniken är för tunn. Den forskande läkare som under ett tiotal år avlägsnar sig från patienter för andra uppgifter, får svårigheter att fånga upp och ha förståelse för de uppslag och frågeställningar som den regelbundna kliniken ger.

Att ha klinisk kontakt är en färskvara – det finns ett »bäst före-datum« i denna verksamhet. Blir tiden lång sedan man såg sin sista egna patient riskerar man att tappa sin sakkunskap för relevanta kliniska frågeställningar och hur de forskningsmässigt bäst skall belysas.

**Det är i sjukvården** – utanför universiteten – som de stora patientgrupperna finns. I *Läkartidningens* serie »Klinisk forskning« pekade Åke Thörn på detta förhållande [5]. Han tecknade universitetet och sjukvården som balanserande mot varandra och att de representerar olika perspektiv. Universitetet har sitt fjärrperspektiv med biomedicin, epidemiologi och metod- och teoriutveckling som huvudspår. Sjukvården står för den osorterade populationen i sin livsmiljö med klinisk handläggning och intervention i fokus. I dag, med allt kortare vårdtider på sjukhusen, har kliniken framför

allt flyttat ut i primärvården. Det är där de flesta patientbesöken görs.

**Thörn önskar en större närhet** mellan perspektiven och menar att båda skulle vinna på ett närmande. Mera realistiska mål skulle ernås och kunskap kunde erbjudas för, som han säger, »verkligt existerande patienter«.

Hans artikel med den goda analysen och distinktionen mellan universitet och sjukvård blev dock föga kommenterad.

**Bengt Mattsson**

professor i allmänmedicin,  
Sahlgrenska akademien,  
Göteborgs universitet;  
allmänläkare,  
Kungshöjds vårdcentral, Göteborg  
bengt.mattsson@allmed.gu.se

### REFERENSER

1. "Så kan villkoren förbättras för svensk medicinsk forskning" [intervju med Anders Ekblom]. *Sjukhusläkaren* 6/2004.
2. Arner P. Läkarens roll i medicinsk forskning måste snarast förändras. *Läkartidningen* 2003;100:1062-4.
3. Werkö L. Klinisk forskning viktig framtidsfråga. *Läkartidningen* 2006;103:1193-5.
4. Jämställda ambitioner i regionala Alf-avtal. *Forskning & Medicin* 2006;(1):28-30.
5. Thörn Å. Klinisk forskning trampar vatten mellan universitet och sjukvård. *Läkartidningen* 2004;101:3060-4.

## Fler originalläkemedel och färre »me too«-preparat vore innovativt

I *Läkartidningen* 20/2006 (sidan 1577) kritiserar Anders Lehmann mig för att i ett debattinlägg i *Läkartidningen* 9/2006 inte anse att läkemedelsindustrin skulle vara tillräckligt innovativ.

Problemet är att industrin efter 1980 tagit fram färre originalläkemedel än tidigare, medan antalet likartade läkemedel som inte nämnvärt skiljer sig från de ursprungliga, så kallade me too-preparat, ökat. Samtidigt har industrins vinster ökat kraftigt.

**Jag tycker inte att det är särskilt innovativt** att renframställa en isomer av ett tidigare läkemedel (t ex Teldanex och Losec) eller att byta ut några atomer på en molekyl och sedan lansera det som ett nytt originalpreparat (i dessa fall Telfast

och Nexium). Nya läkemedel bör jämföras med gamla och uppvisa klara fördelar för att kunna registreras. Att bara jämföra med placebo duger inte. Jag tycker i varje fall inte att det är särskilt innovativt.

Alltså: Färre originalläkemedel och fler me too-preparat har kommit ut på marknaden, samtidigt som den totala läkemedelsnotan ökat, och därtill ökat kraftigt.

Jag skulle önska fler originalläkemedel och färre me too-preparat på marknaden. Det vore innovativt!

Anders Jeppsson  
läkare, chefsrådgivare, Ministry of Health,  
Dar-es-Salaam, Tanzania  
anders@hspstz.org