

RIKSSTÄMMAN 2007

»Klinisk forskning bör inte privatiseras«

Klinisk forskning mår inte bra av privatisering och »gallerior«. Det ansåg många i panelen vid onsdagens symposium med företrädare för bland andra Karolinska institutet och Capio.

Privatiseringar ställer till problem för den patientnära forskningen, enligt Läkarförbundets Anders Ekbohm, professor vid Karolinska institutet, KI. Klinisk forskning behöver kontroll över patientflödena. Med nya huvudmän blir det svårt, sa han vid onsdagens symposium »Kan klinisk forskning privatiseras?«

– Och vi upplever att politikererna inte riktigt förstår när vi diskuterar »galleriaproblem«.

Den kliniska forskningen behöver långsiktiga villkor, en kritisk massa av patienter, tid, och inte minst intresse för klinisk forskning hos ledningen.

– Vi är lite rädda att det inte står främst i verksamhetschefernas befattningsbeskrivningar.

Privatisering leder också till tävling på skilda villkor.

– Vi ser också problem i samband med avknoppning i öppenvården. Det finns anledning att tro att dessa aspekter inte tagits upp, sa Anders Ekbohm.

Ylva Johansson (s):

– Jag tycker vi ska ha entreprenörer också i sjukvården, men man ska vara försiktigare ju högre upp man kommer i specialiserings- och komplexitetsgrad.

Privata aktörer skapar nya problem, bland annat för forskningen. Det handlar om skilda tidsperspektiv på grund av avtal, bristande kontinuitet när samarbetspartner byts ut, svårigheter att skapa gemensamma tjänster mellan universitet och klinik, skillnader i drivkrafter som kan vara mer eller mindre inriktade på

produktion respektive forskning. Dessutom är insynen mindre hos de privata. Att inte problemen beskrevs i startlagspropositionen var »slarvigt och oansvarigt«, tyckte Ylva Johansson. Universitetssjukhusen ska inte privatiseras och »vårdgallerior« vore en omöjlighet, menar hon.

Ylva Johansson hoppades att Olle Stendahl i sin utredning av den kliniska forskningen beaktar frågorna.

– Vi kommer att fundera på

det här. Personligen är jag mycket tveksam till privatisering av universitetssjukhusen och deras närmaste allierade, sa Olle Stendahl, som satt i publiken.

Också Gunnar Németh, VD Capio S:t Görans sjukhus, är tveksam till privatisering av klinisk forskning, även om privata vårdgivare kan ha stora patientmaterial som är utmärkta för klinisk forskning. Men klinisk forskning förlångsammare vårdprocessen och kräver tid för uppföljning.

– Jag tror aldrig man kan motivera privata vårdgivare att bedriva seriös klinisk forskning.

Därför kommer den privata delen alltid att vara ett komplement till den publika vården i Sverige och Europa, menade han. Ansvarsfördelningen mellan klinik

och preklinik och mellan offentligt och privat måste säkras och ersättningsmodellerna måste anpassas bättre till vård med forskning, som är dyrare.

– Jag är själv tveksam till om privata aktörer ska driva universitetssjukhus, åtmin-

»Jag tror aldrig man kan motivera privata vårdgivare att bedriva seriös klinisk forskning.«



En statlig stiftelse borde samstyra Karolinska institutet och universitetssjukhuset, tyckte KIs prorektor Hans Forsberg, som också var kritisk till att det »visat sig omöjligt« att få med FoU-frågor i avtalen med privata vårdcentraler. Fr v Jan Ström, Läkemedelsindustriföreningen, Gunnar Németh, Hans Forssberg, Ylva Johansson och Anders Ekbohm.

stone i Skandinavien, sa Gunnar Németh.

Hans Forssberg, KIs prorektor:

– Att Astra fortfarande finns kvar i Sverige beror på att vi kan erbjuda den sömlösa medicinska forskningen mellan molekylärbiologin och kliniken. Om vi ska ha kvar någon näring i Sverige, med globaliseringen, är detta ett framtidsområde. Men elitforskningen är konkurrensutsatt och vi kan inte erbjuda

Horisontspaningar utmanar sjukvården i

Terapeutiska antikroppar, kromosomanalyser, molekylär avbildning är något vi kan vänta oss i framtiden, enligt symposiet Horisontspaning.

I dag finns 25 läkemedel med terapeutiska antikroppar mot cancer och autoimmuna sjukdomar. Men flera hundra är under utveckling, bland annat mot Alzheimer och infektioner, berättade Hakon Leffler, professor i klinisk immunologi, Lund.

– Den basala forskningen har gett en uppsjö av molekyler att göra antikroppar mot.

»En liten revolution«, menade han, som innebär utmaningar. Indikationsglidningar blir viktiga att följa upp. Läkemedlen är väldigt dyra. De kan också ge oväntade reaktioner, som den som drabbades sex patienter i London 2006.

Jan Wahlström, professor i klinisk genetik, Göteborg, talade om kromosomanalyser som i framtiden kommer att

användas allt mer kliniskt. Han hänvisade också till Ulf Kristoffersson, chef för genetiska kliniken, Lund, som på onsdagens allmänna möte frågade: Hur förhåller vi oss till gennyheter? Och hur anpassar sig sjukvården?

Det finns redan sajter som erbjuder genetiska test av benägenhet att drabbas av olika sjukdomar. Det väcker frågor som: Hur är det att bära på anlag? Ska jag undersöka? Berätta? Men hur skapas resur-

ser för vård och genetisk vägledning? Läkare och sjuksköterskor är dåligt utbildade i klinisk genetik och specialisterna få, enligt Kristoffersson.

Två tredjedelar av de sjukdomar vi drabbas av har ärftliga faktorer och 5 procent av dem som drabbas av folksjukdom gör det på grund av ärftlig faktor.

– Jag vill hävda att ärftliga sjukdomar är ett folkhälso- problem som vi inte hanterar på det viset, sa Kristoffersson.



Foto: Urban Orzolek

Radiologer vill välja själva

Ska remittenten eller röntgenläkaren välja metod? Den frågan ställdes vid ett välbesökt symposium på torsdagen.

Datortomografi, som har särskilt hög stråldos, används i alltför stor utsträckning, visar en kartläggning av remisser som gjorts av en grupp läkare på Strålskyddsinstitutets uppdrag. Var femte undersökning kunde ifrågasättas. Det berättade Bengt Isberg, en av radiologerna som deltagit i granskningen. Rapporten publiceras av SSI nästa år.

Bo Lindberg, radiolog, Hudinge, redogjorde för hur man tar reda på aktuell evidens på nätet vad gällde metodval, ett val som helst bör göras av en radiolog, ansåg han.

Peter Aspelin, professor i diagnostisk radiologi, höll med och föreslog:

– Vi vill ha anamnes, frågeställning och remiss och sedan väljer radiologen metod magnetröntgen, ultraljud eller datortomografi osv.

Detta blir dessutom praktiskt nödvändigt när kunskapsexpllosionen inom röntgen gör att utbildning, imaging, kommer att användas för såväl diagnos, som behandling som uppföljning av behandling, menade han. Man kommer till exempel kunna se om man valt rätt cy-

tostatika. Imaging måste därför i framtiden samarbeta med klinikerna och organisationen kommer att styra radiologin. Det blir en uppdelning av radiologin i organ, klinik och så metod, menade han.

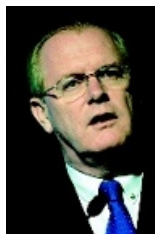


Foto: Urban Orzolek

»Vi är ingen servicedisciplin«, sa Peter Aspelin, professor i radiologi.

– Den gamla patologkonferensen kommer att ersättas av en radiologkonferens, självklart med patologer med, spådde han.

Och det är redan i dag svårt för remittenten att veta vilken metod som är rätt. Även som radiologiprofessor vet inte jag bästa metod för alla individer. Vi måste i alla fall alltid ha rätten att ändra felaktiga metodval, sa Aspelin.

Bengt Isberg höll inte med.

– Jag tycker inte det här är ett så stort problem. Det är bra om det finns ett delat ansvar. Annars skulle inte remittenten känna ansvar, sa han.

– Delat ansvar är lysande, men om metoden är fel måste radiologen ha frihet att välja. Remissen är inte en faktura.

Ingen kan säga »du ska«, om någon trodde det. Vi är en specialitet som andra, sa Aspelin.

Anders Sjöholm, endokrinolog i publiken, ansåg att radiologerna borde vara mindre blyga.

– I andra specialiteter brukar vi kalla samman till möte och tala om hur vi vill ha det, sa Sjöholm.

– Röntgenronder ska fylla den funktionen på sjukhusen men svårigheten är att nå öppenvården. Allmänläkarna har inte tid att komma, sa Aspelin.

Elisabet Ohlin



Anders Sjöholm, endokrinolog, tyckte att radiologerna borde sprida sina intressanta data och vara tydligare med hur de vill ha det.

Foto: Urban Orzolek

tillräckligt bra villkor i Sverige. Det är helt omöjligt att rekrytera de bästa hit. Det går utför hela tiden.

– Om man splittrar upp sjukvården går det ännu fortare utför. Det krävs en samstyrning av universitet och universitetssjukvården, det har även McKinsey kommit fram till.

Han nämnde Johns Hopkins och Leiden som exempel på samstyrning.

– Jag tror man kan göra universitetet till en stiftelse och i den kan man driva universitetssjukhuset, eller som i Norge, förstatliga det hela. Men på KI diskuterar vi mycket Johns Hopkins-modellen.

Stiftelsen skulle vara statligt ägd, enligt Forssberg.

Elisabet Ohlin

framtiden

I framtiden kan vi ha vårt eget genom på ett chip i plånboken, påstod han och tillade: Men vad ska undersökas och varför, vad är friskt, vad är avvikande och vem bestämmer?

Botande behandling mot Alzheimer bör komma snart, spådde Lars-Olof Wahlund, professor i geriatrik, Stockholm. Modernare diagnostikmetoder finns redan, men problemet är att de inte är implementerade i rutinsjukvår-



Foto: Urban Orzolek

Nya diagnostikmetoder på urinet väntas för prostatacancer, enligt Jan Erik Johansson, professor i urologi.

den, sa han.

Peter Aspelin, professor i diagnostisk radiologi, talade om den nya bild- och funk-

tionsmedicinen och tredimensionella röntgenbilder som kan ersätta bland annat traditionell koronar-kärls-radiografi.

– Utan att gå in i patienten kan man resa omkring i patienten.

Molekylär diagnostik kan kombineras med avbildning och till exempel en tumörs genomtryck kan visa sig på bilden.

– Imaging går från organ-till cell- till genomnivå. Men hur säkra är testerna och hur

ändrar det behandling och outcome för patienterna?

– Vansinnigt spännande, men billigt blir det väl inte, kommenterade moderatören Måns Rosén, SBU, och uttryckte oro för prioriteringsfrågorna.

Utvecklingen ställer krav på etiska diskussioner, sjukvårdsorganisation och prövning av kostnad/nyttan vid införande av ny teknik, var andra synpunkter.

Elisabet Ohlin