

BIOLOGISKA LÄKEMEDEL. Färre sjukhusinläggningar och mindre ledkirurgi, men också högre infektionsrisk och ännu oklara effekter på risken för cancer och hjärt-kärlsjukdom. Så summeras tio års erfarenhet av biologiska läkemedel vid årets reumatologkonferens EULAR i Köpenhamn.

TEXT: FREDRIK HEDLUND ILLUSTRATION: HELENA LUNDING

Tio år med biologiska RA-medel: Långtidseffekterna börjar klarna

Det är nu tio år sedan de första biologiska läkemedlen introducerades inom reumatologin. Det var de två TNF-alfa-hämmarna infliximab (Remicade) och etanercept (Enbrel) som kom nästan samtidigt 1999. I ett slag förändrades reumatologin från att ha varit en specialitet med relativt lite att erbjuda sina patienter i form av lindring och bot till att bli det hetaste av det heta. Många spaltkilometer skrevs om de närmast mirakulösa medicinerna som fick reumatiker att efter en kort behandling ta sin säng och gå – patienter vittnade om hur de reste sig från sina rullstolar och kunde leva ett fullt normalt liv igen.

Idag ligger Enbrel och Remicade på plats ett och två på den svenska försäljningslistan, tätt följda av en tredje TNF-alfa-hämmare – ett tredje biologiskt läkemedel – adalimumab (Humira). Till sammans förskrevs dessa tre reumatologiska och biologiska läkemedel förra året för över 1,5 miljarder kronor bara i Sverige – de är de biologiska läkemedlens superstjärnor.

Men håller de vad de lovar, med tio års erfarenhet i klinisk användning?

Vilka är långtidseffekterna och -riskerna?

Det var frågor som försökte besvaras av världens ledande reumatologer vid den årliga

EULAR-konferensen i Köpenhamn i juni i år.

– Jag minns när jag började intressera mig för reumatoid artrit som medicinarstudent. Då kom patienterna in i rullstol och på kryckor. I dag är det ganska ovanligt. Så jag tror verkligen att vi har uppnått något med vår behandling, säger Gerd Rüdiger Burmester, professor i reumatologi vid Charité Universitätsmedizin i Berlin, Tyskland.

Han visar sedan en mängd data, i huvudsak hämtade från den tyska så kallade kärndokumentationen, ett tyskt nationellt reumatologiregister, som visar att förbättringar i patienternas hälsostatus sammanfaller väldigt väl med introduktionen av TNF-alfa-hämmarna.

– Sjukhusinläggningen bland reumatiker har minskat kraftigt från 1995 då nära 15 procent var inlagda till dagens 5 procent, säger Gerd Burmester.

Ett annat tydligt mått är behovet av total ledkirurgi i höft eller knä. Precis som en svensk studie [1] kunde visa redan 2004 kan han redovisa ett minskat behov av ledkirurgi bland Tysklands reumatiker.

– Vi kan se att 1993 genomgick 5–6 procent av reumatikerna totalt ledbyte och 2007 var det 2,6 procent. I princip en minskning med 50 procent, det vill säga samma siff-

ra som visades i den svenska studien, säger han.

Han sammanfattar det tyska forskningsläget kring de biologiska läkemedlens långtidseffekter.

– Generellt kan man säga att det finns klara trender som pekar på att behandling med biologiska läkemedel leder till lägre sjukdomsaktivitet, förbättrad fysisk förmåga, mindre sjukhusinläggningar, färre läkarbesök, mindre sjukfrånvaro, färre ledkirurgier och eventuellt även en lägre mortalitet.

Det sista baserar han på en studie där mortaliteten bland de patienter som behandlats med biologiska läkemedel till och med var lägre än för en normalbefolkning.

– Vi vet ännu inte om detta är en verklig effekt av behandlingen eller en selektionseffekt där dessa patienter har valts ut för att medverka i den kliniska prövningen och är noggrannare övervakade, säger han.

Eftersom reumatiker har en sämre överlevnad jämfört med en normalbefolkning av samma kön och ålder – de har bland annat en klart förhöjd risk att avlida i hjärt-kärlsjukdom – skulle det vara mycket goda nyheter om de nya biologiska läkemedlen även kunde påverka mortaliteten.

Det har kommit vissa signaler som tyder på att be-

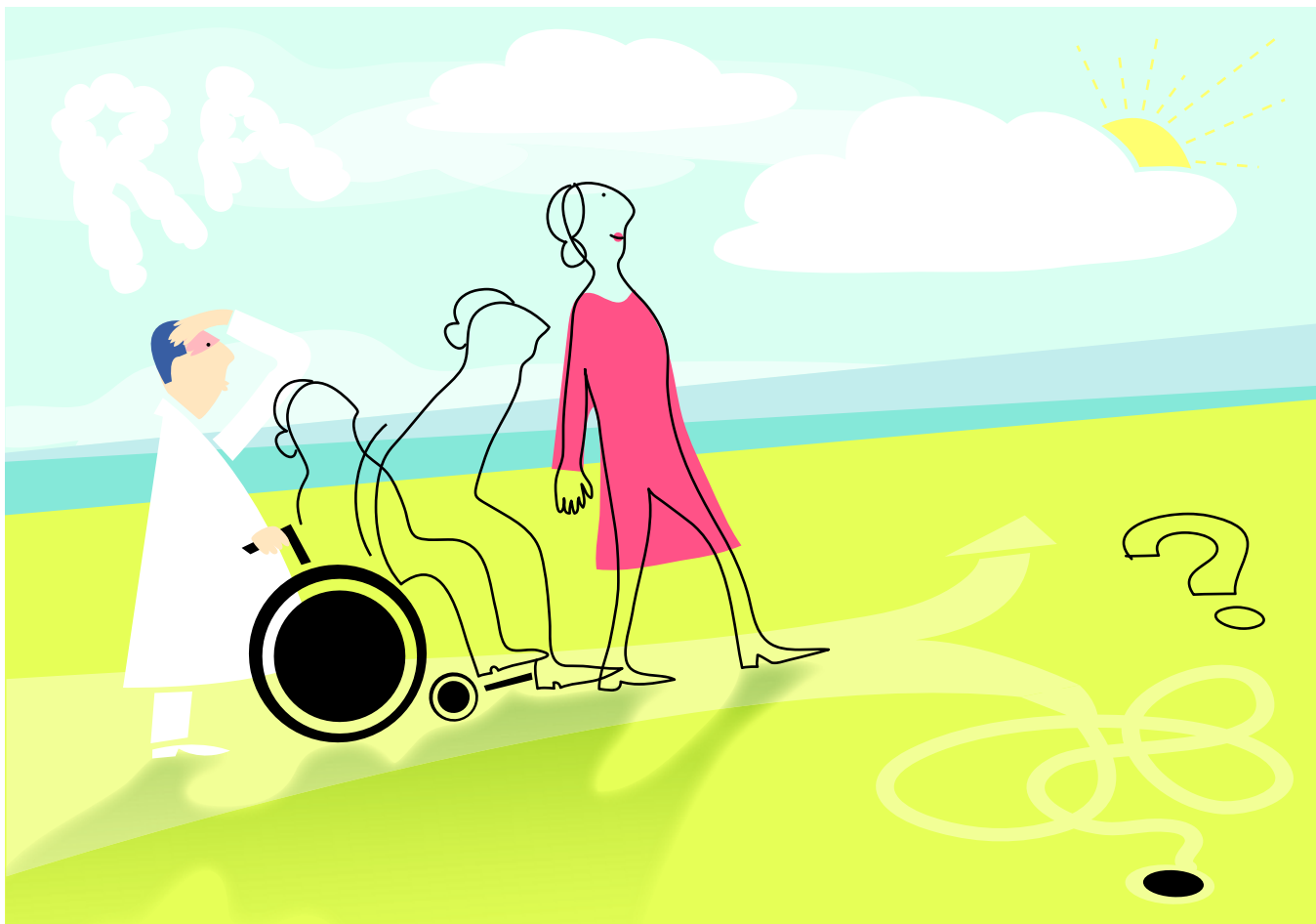
handlingen kan ha sådan effekt, bland annat en svensk studie av Lennart T Jacobson vid Universitetssjukhuset MAS i Malmö som presenterades på riksstämman i höstas [2]. Men Sherine Gabriel, professor i medicin och epidemiologi vid Mayo-kliniken i Minnesota, USA, presenterar statistik som visar att gapet mellan reumatiker och resten av befolkningen snarare har vuxit – inte minskat. Det beror mest på annat än de biologiska läkemedlen.

– Eftersom läkare har blivit bättre på att rädda folk från deras hjärtinfarkter och cancersjukdomar kan vi faktiskt se en ökning av mortalitetsgapet mellan reumatiker och en normalbefolkning där kurvan har sjunkit för normalbefolkningen men förblivit rak för reumatiker, säger hon.

Men hon tänder ändå ett ljus av hopp.

– Fram till 2005 har vi inte kunnat visa att behandlingen har påverkat den sämre överlevnaden hos reumatiker under de senaste 40 åren. Men jag vet att det är intressanta data på gång som kan komma att förändra denna bild, säger hon.

När det gäller långtidsriskerna med de biologiska läkemedlen blir bilden än mer komplex. Sherine Gabriel presenterar en studie som visar



Spaltkilometrar har skrivits om de närmast mirakulösa medicinerna som fått reumatiker att »ta sin säng och gå«. Efter tio år med de biologiska läkemedlen börjar långtidseffekterna sakta klarna, även om mycket fortfarande är okänt, inte minst kring säkerheten.

en 80-procentig skyddseffekt mot akut hjärtinfarkt bland de reumatiker som behandlades med TNF-alfa-hämmare, men samtidigt en annan studie som visar en 60-procentig ökad risk för hjärtsvikt. På samma sätt visar hon att det finns data som pekar åt olika håll när det gäller cancer.

– Det finns bevis för en ökad risk för många olika cancerformer, men också data som pekar på att risken faktiskt kan vara minskad. När det gäller hjärt-kärlsjukdom är bilden komplex på grund av den inflammatoriska grunden för hjärt-kärlsjukdom. Det kan till och med handla om två effekter. En som minskar risken för framtida hjärthändelser genom en minskad inflammation och en annan som ger en ökad risk samtidigt, säger hon.

Den mesta informationen om de biologiska läkemedlens

effekter och bieffekter över tid kommer från olika register eller företagens kliniska studier. Och det är inte tillräckligt, menar Sherine Gabriel.

– Det är svårt att reda ut vad som är vad när det gäller effekterna av biologiska läkemedel. 10–30 procent av reumatikerna behandlas med biologiska läkemedel och det är absolut inga slumpvis valda 10–30 procent utan en selekterad grupp med allvarligare sjukdom. En svårare sjukdom är i sig en riskfaktor för att utveckla en del av de komorbiditeter som vi kan se är vanligare bland dem som behandlas med biologiska läkemedel. Det gör det väldigt svårt att identifiera den verkliga effekten, säger hon.

– För att ta reda på hur det verkligen förhåller sig måste vi konstruera långtidsstudier som har som huvudsyfte att ta reda på långtidssäkerheten

hos dessa medel. Det kommer att vara mycket svårt att få fram dem ur de vanliga studierna, säger hon.

Den åsikten delar Johan Askling, forskare vid Karolinska institutet i Stockholm och en av de ansvariga bakom det svenska ARTIS-registret (Anti-Rheumatic Therapies In Sweden).

– Kliniska studier är relativt dåliga källor till kunskap om biverkningar, säger han.

– Många studier misslyckas med att förklara hur biverkningarna var definierade och rapporterade och det begränsar värdet av dem och metaanalyser byggda på dem, säger han.

Men inte heller de nationella långtidsregistren är optimala källor till information, trots att de följer patienterna på ett noggrant sätt, menar han.

– I ARTIS-registret ser man en snabbt avtagande risk för biverkningar med behandling med biologiska läkemedel. Efter en tid är risken lägre i gruppen som får biologiska läkemedel än i gruppen som inte får det. Men samtidigt har hälften av patienterna som startades på någon biologisk behandling fallit bort på fem år, säger han.

– Det är inte självklart att detta betyder att kusten är klar bara man klarar sina första tre eller sex månader. Det kan också vara så att kärngruppen som behandlas med biologiska läkemedel är mer och mer utarmad på patienter som drabbas av biverkningar, säger Johan Askling.

Precis detta kan ses i det tyska RABBIT-registret (Rheumatoid Arthritis – observation of Biologic Therapy) där det kan redovisas en

BIOLOGISKA LÄKEMEDEL

svag ökning av risken för infektion bland de som inte behandlas med biologiska läkemedel utan med andra antiinflammatoriska läkemedel, så kallade DMARD, från år 1 till år 3. Detta medan de patienter som behandlas med TNF-alfa-hämmare har en högre risk från början som sedan sjunker till lägre nivåer än för övriga år 3.

– Det är mycket mer komplext att analysera ett läkemedels säkerhet än dess effekt. Det finns många biverkningar och många av de viktiga faktorerna förändras över tiden, säger Joachim Listing, läkare vid den epidemiologiska enheten vid Tysklands reumatiska forskningscenter i Berlin.

Han har detaljstuderat vad som händer med patienterna i registret som behandlas med TNF-alfa-hämmare.

Det visar sig att det är en klart högre sannolikhet att de som drabbats av allvarlig infektion under de första sex månaderna hoppar av sin behandling.

– Om man kontrollerar för förändringarna under uppföljningen får man en ungefärligt fördubblad risk för infektioner under det första och andra året och sedan en något lägre risk under det tredje året, säger Joachim Listing.

– Det leder mig till slutsatsen att selektionen över tiden förklarar en stor del av de skillnader som vi ser i registren, säger han.

REFERENSER

1. Kobelt G, et al. TNF inhibitors in the treatment of rheumatoid arthritis in clinical practice: costs and outcomes in a follow up study of patients with RA treated with etanercept or infliximab in southern Sweden. *Annals of the Rheumatic Diseases* 2004;63:4-10.
2. Jacobsson LT, et al. Anti-TNF therapy and risk of death up to 8 years after treatment start. Results from the Swedish biologics register (Ar-tis). Poster nr 12, Reumatologi.

Se även:

Biologiska läkemedel minskar risken för reumatiker att dö. <http://www.lakartidningen.se/07engine.php?articleId=10893>

»Biologiska läkemedel inte farligare än andra«

Biologiska läkemedel ger inte fler biverkningar än andra läkemedel, menar Läkemedelsverket. Detta trots att myndigheterna har tvingats varna för nya och okända biverkningar hos närmare vart fjärde biologiskt läkemedel som godkänts i Europa och USA.

I höstas publicerade en holländsk forskargrupp en studie i JAMA som visade att närmare var fjärde av de 174 biologiska läkemedel som godkänts inom EU och i USA mellan januari 1995 och juni 2007 hade blivit föremål för nya biverkningsvarningar från myndigheterna efter godkännandet [1]. Det handlade främst om brev som varnade för nya biverkningar riktade direkt till hälso- och sjukvårdspersonal och så kallade »black box warnings« i produktinformationen. Inga läkemedel hade då dragits in av säkerhetsskäl.

Nyligen drogs dock det biologiska psoriasismedlet efalizumab (Raptiva) in inom EU, delvis av säkerhetsskäl.

Trots denna alarmerande statistik uppfattas ändå inte biologiska läkemedel som mer riskfyllda än andra läkemedel av det svenska Läkemedelsverket.

– Nej, det kan man inte säga generellt, säger Peter Stjärnkvist, farmacie doktor och utredare inom farmaci och bioteknologi vid Läkemedelsverket.

– Visserligen finns det vissa biologiska läkemedel som antikroppar som ingriper i immunologiska processer där man inte har full kunskap, så på det sättet kan det hända saker som är helt oväntade, som i fallet med TGN1412 i England för några år sedan. Men när det gäller vacciner

kan man ju inte påstå att man förväntar sig mer biverkningar för dem än för andra läkemedel, säger han.

Biologiska läkemedel är egentligen en ganska brokig samling som innefattar allt ifrån gamla vacciner och läkemedel utvunna ur humant blod och plasma till högteknologiska produkter framställda med rekombinant DNA-teknik och monoklonala antikroppar. Biologiska läkemedel måste ha ett naturligt ursprung eller en naturlig tillverkningsmetod, men det innebär inte att alla läkemedel med naturligt ursprung klassas som biologiska. I definitionen anges nämligen att det även måste till »en kombination av fysiologiska, kemiska och biologiska test tillsammans med kontroll över produktionsprocessen för att karaktärisera och bestämma dess kvalitet«.

– Det innebär att vissa läkemedel som har biologiskt ursprung ändå inte är biologiska läkemedel; till exempel kan en del vitaminer, antibiotika och polysackarider ha biologiskt ursprung, men de räknas som så enkla produkter att de inte räknas som biologiska läkemedel, säger Peter Stjärnkvist.

Biologiska läkemedel måste alltså vara så stora och komplicerade molekyler att de inte går att bestämma till fullo med dagens analysmetoder.

– Det räcker inte med att göra en kontroll av slutprodukten utan man måste också ha kontroll över hela tillverkningsprocessen. Processen är en del av produkten, säger Peter Stjärnkvist.

Den juridiska definitionen av biologiska läkemedel som nu används kom till så sent som

2001. Orsaken var en kombination av säkerhetstänkande och ett behov av att undanta de nyare biologiska läkemedlen ifrån den gällande generikalagstiftningen eftersom några produkters patent höll på att gå ut. Det är inte möjligt att göra generika på biologiska läkemedel eftersom de inte går att bestämma till fullo. I stället finns möjligheten att göra så kallade biosimilars (se Läkartidningen nr 23/2009 [2,3], som har ett något annorlunda regelverk.

De nyare biologiska läkemedlen måste godkännas via den så kallade centrala proceduren vid det europeiska läkemedelsverket EMEA.

– Det gäller alla läkemedel som produceras med rekombinant DNA-teknik och alla läkemedel som är monoklonala antikroppar, säger Peter Stjärnkvist.

Att de biologiska läkemedlen i så hög utsträckning förekommit i säkerhetssammanhang efter godkännande förklarar han med att biologiska läkemedel oftare är helt nya läkemedel med en helt ny mekanism. De holländska forskarna konstaterar också att de biologiska läkemedel som var först i sin klass omfattades av säkerhetsvarningar i högre utsträckning än de övriga.

– Som med alla nya läkemedel så vet man inte den fulla säkerhetsprofilen förrän man har haft dem på marknaden ett tag, säger Peter Stjärnkvist.

Förutom detta finns det en risk med alla stora molekyler att de uppfattas som främmande av kroppens immunförsvar.

– Det finns potentiella immunogenicitetsproblem med alla stora molekyler och det är något som skiljer biologiska läkemedel från andra läke-

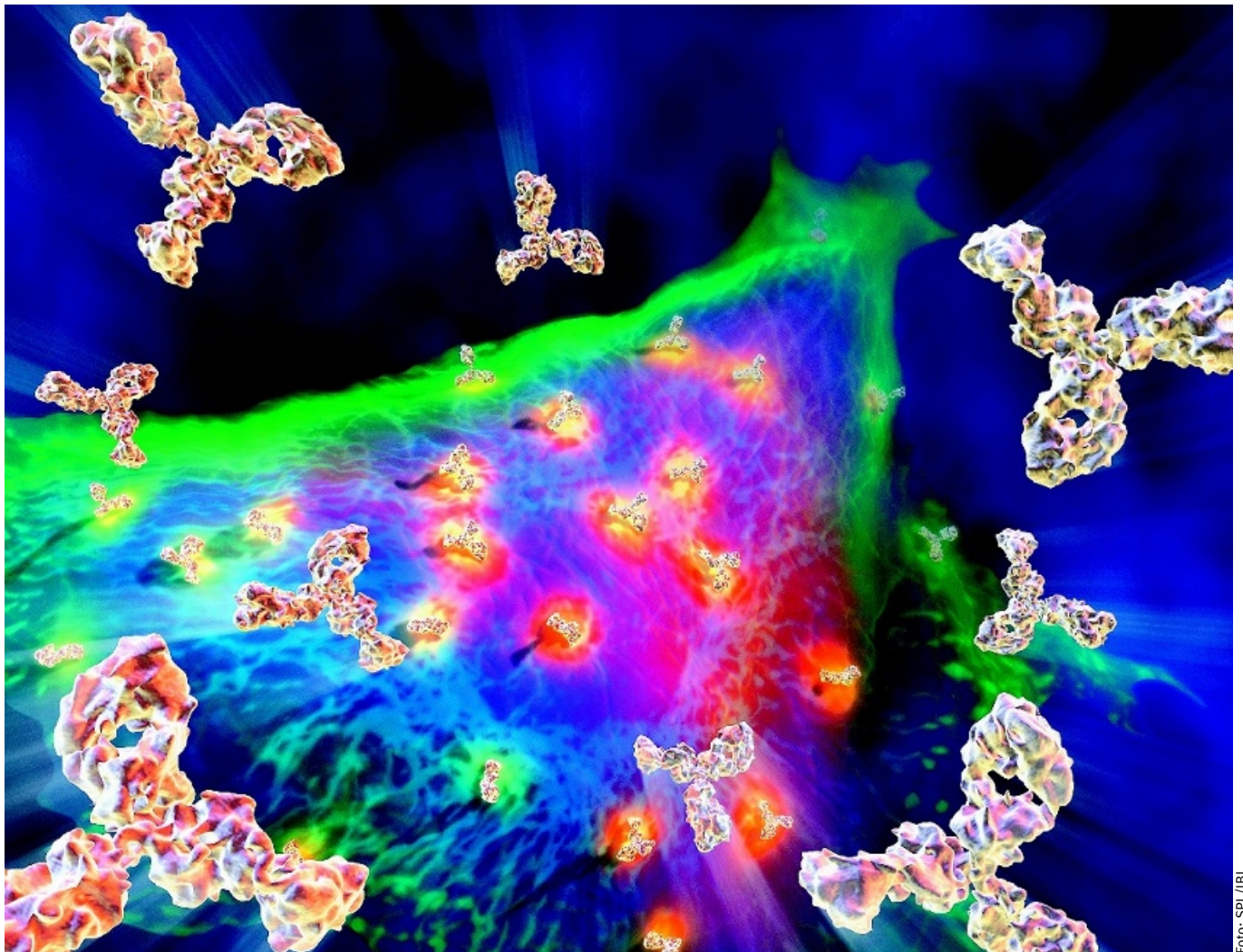


Foto: SPL/IBL

Definitionen av biologiska läkemedel innebär bland annat att det ska handla om stora, komplicerade molekyler, som monoklonala antikroppar. De immunsuppressiva medlen infliximab och adalimumab är till exempel monoklonala antikroppar som binder upp TNF, och därmed hämmar dess aktivitet. Bilden visar en datorsimulerad bild av monoklonala antikroppar på väg att angripa en cancercell.

medel, säger Peter Stjärnkvist.

Nils Feltelius, docent i reumatologi och specialistläkare vid Läkemedelsverkets enhet för läkemedelssäkerhet, menar till och med att de biologiska läkemedlen skulle kunna innebära en lägre risk för biverkningar eftersom de är mer målstyrda än traditionella läkemedel, som kan påverka flera olika organsystem.

– Med den riktade terapi som vi har nu så blockerar man bara TNF eller IL-1 eller liknande molekyler, vilket innebär att man kan få färre biverkningar, men å andra sidan måste dosen anpassas så att man inte får andra biverkningar, säger han.

Han tar som exempel den ökade risken för tuberkulos vid behandling med TNF-alfa-hämmare.

– Men det var en förutsägbart risk med den kännedom man har om verkningsmekanismen hos läkemedlet och TNF-alfas betydelse för att hindra aktivering av tuberkulos, säger han.

Ett osäkerhetsmoment för många av de nya biologiska läkemedlen är dock långtids-effekterna.

– Vi har ju inte kunskap om vad som händer om man under lång tid undertrycker en viktig cytokin. De långsiktiga riskerna är i princip okända, säger Nils Feltelius.

Därför har EMEA ställt

krav på uppföljning efter godkännandet. Nils Feltelius har varit med och byggt upp det svenska reumatikerregistret ARTIS (Anti-Rheumatic Therapies In Sweden), som följer alla svenska reumatiker som får eller har fått behandling med biologiska läkemedel. Det innehåller över 14 000 patienter och över 22 000 behandlingar med biologiska läkemedel.

Och kontrollen från myndigheter och tillverkare över alla behandlingar förbättrar också säkerhetsläget, menar han.

– I och med att vi har byggt upp det här systemet har vi en bättre kontroll. Behandlingarna ges på en enda vårdnivå, vi har ett gemensamt

rapporteringsystem och utbyter erfarenheter vilket alltså minskar risken, säger Nils Feltelius.

REFERENSER

1. Giezen T J, et al. Safety-Related Regulatory Actions for Biologicals Approved in the United States and the European Union. JAMA. 2008;300(16):1887-96.
2. Welin M, et al. Biosimilarprodukter jämförbara med originalpreparaten. Läkartidningen. 2009;106(23):1547-8. <http://www.lakartidningen.se/07engine.php?articleId=12107>
3. Mellstedt H. Biosimilarprodukter – billigare version av biologiska läkemedel. Läkartidningen. 2009;106(23):1563-6. <http://www.lakartidningen.se/engine.php?articleId=12108>



Foto: Anders Nilsson

Lektion i fysiologi på det medicinska universitetet Iuliu Hatieganu i Cluj. Klassens 80 studenter lyssnar uppmärksammat när professor Simita Suau föreläser på engelska. Bara två av läkarstudenterna i salen har inte svenska som modersmål. Övriga 78 är svenskar.

Just nu finns drygt 40 läkarutbildningar på engelska i Östeuropa, både i EU:s nya medlemsländer och i länder som aspirerar på att bli medlemmar på sikt.

Flera av östuniversiteterna har läkarprogram även på franska och tyska.

Också Ryssland har en rad engelskspråkiga medicinprogram, ett flertal svenskar studerar med studiemedel från CSN vid universitet i St Petersburg och Moskva med engelskspråkig utbildning.

(Siffran anger hur många som just nu studerar med studiemedel från CSN vid de olika universiteterna.)

TABELL 1. MEDICINUTBILDNING PÅ ENGELSKA I EU-MEDLEMSLÄNDER

POLEN

Medical Academy, Gdańsk	290
Wrocław Medical University, Wrocław	112
Warszawa Medical Academy, Warszawa	66
Medical Academy, Białystok	56
Pomorska Medical Academy, Szczecin	42
Medical University of Lublin, Lublin	25
Medical Academy Łódź, Łódź	10
Jagiellonian University, Kraków	8
Poznan Medical University, Poznań	8
Silesia University, Katowice	
Collegium Medicum, Bydgoszcz	

UNGERN

Semmelweis University, Budapest	107
Debrecen University, Debrecen	91
Pécs Medical University, Pécs	42
Albert Szent-Györgyi Medical Center, Szeged	26

TJECKIEN

Masaryk University, Brno	27
Charles University, Prag	56
Charles University in Plzeň, Plzeň	15
Charles University in Hradec Kralove	4
Palacky University, Olomouc	

SLOVAKIEN

Jessenius medicinska fakultet, Martin	12
Comenius University, Bratislava	14
Pavol Josef Safarik University, Košice	5

RUMÄNIEN

Iuliu Hatieganu University, Cluj-Napoca	156
University of Oradea, Oradea	10
Carolo Davila University, Bukarest	7
Grigore T Popa University, Iași	7
Victor Babes University, Timișoara	6

Allt fler östuniversitet startar läkarutbildning på engelska

Medicinutbildning på engelska har blivit en lönsam affärsidé för fattiga universitet i det gamla Östeuropa. Vid det här laget finns minst 40 engelskspråkiga utbildningar i öst – och svenska studenter är attraktiva eftersom de får ta med sina studielån utomlands.

Nya EU-länderna Ungern, Polen, Rumänien, Bulgarien, Tjeckien, Slovakien, Lettland, Litauen och Estland – alla har de numera engelskspråkiga läkarprogram.

Bara i Polen erbjuder elva olika universitet nu utbildning på engelska. Senaste tillskottet är Collegium Medicum i Bydgoszcz som till hösten 2009 startar ett program med uttalad inriktning på »citizens of the Nordic countries«.

Också i de länder som förhandlar om medlemskap eller hoppas på ett i framtiden – Serbien, Kroatien, Moldavien och Ukraina – tävlar universiteten om att erbjuda läkarutbildning på engelska. Vid det här laget finns cirka

40 engelskspråkiga utbildningar i Östeuropa – och svenskarna är attraktiva eftersom de får ta med sina studielån utomlands.

Men det är fler än universiteten som försöker tjäna pengar på läkarutbildningarna. En rad rekryteringsföretag kontaktar svenska ungdomar som sökt till läkar- och tandläkarutbildningen i Sverige men inte kommit in – och erbjuder en plats mot betalning. Så hamnade en stor del av Iuliu Hatieganus cirka 200 svenska medicinstudenter i Cluj-Napoca i rumänska Transsylvanien.

– Jag hade sökt i många år, men aldrig kommit in, säger en svenska som förra året fick ett mejl från rekryteringsföretaget Globalstudent strax efter det sedvanligt dystra beskedet om att hon inte platsade på tandläkarutbildningen i Sverige. För 4 500 kronor förmedlades hon en plats i Rumänien. Många andra av de svenska läkar- och tandläkarstuderande i Cluj berättar samma historia. De hade

sökt, fått nej – och kontaktades därefter av ett rekryteringsföretag. Att hitta dem som sökt till utbildningarna i Sverige är lätt.

Uppgifter från Verket för högskolestudier, VHS, är offentliga och bara att begära ut för den som vill ragga i rätt målgrupp.

Förra året var handelsbolaget Plugga medicin i blåsväder sedan ett antal svenska studenter anmält det till Allmänna reklamationsnämnden. Bland annat anklagades Plugga medicin för att ha lagt på flera tusen svenska kronor i månaden på de lägenheter i Cluj-Napoca som bolaget förmedlat till studenterna. Ett ärende som så småningom lades ned.

Plugga medicin startades av två svenskar, Alex Munteanu och Andrei Bunea, som

både studerar medicin i Cluj. Numera drivs företaget enbart av Alex Munteanu.

– Jag hoppade av i oktober 2007, säger Andrei Bunea, som sedan dess startat föreningen MSF Utland för medicinstuderande i utlandet och blivit en förgrundsgestalt i arbetet med att sätta fokus på de många svenskar som läser till läkare utomlands.

I stället står Buneas fru och bror som ansvariga för rekryteringen av studenter i det nya företaget Globalstudent. Konceptet är detsamma som hos Plugga medicin. Studenter som sökt men inte kommit in på utbildningarna till läkare och tandläkare, kontaktas via mejl eller telefon och

erbjuds en plats i Cluj-Napoca.

På VHS bekräftas att Andrei Bunea vid flera tillfällen, och senast 2008, begärt ut listor över samtliga sökande till läkar-, tandläkar- och veterinärutbildningarna.

– Min bror gör ett fantastiskt jobb, säger Andrei Bunea, som i mitten av maj fick besök i Cluj-Napoca av tre representanter från det svenska läkarförbundet.

– Vi är väldigt tacksamma för att Läkarförbundet nu uppmärksammar oss cirka 2 500 svenskar som läser utomlands till läkare.

Till hösten kostar det 6 495 kronor att få en studieplats via familjen Buenas Globalstudent.

Företaget uppger sig också förmedla platser till läkarutbildning i Bukarest och Timisoara samt till engelsk-

»Vi är väldigt tacksamma för att Läkarförbundet nu uppmärksammar oss cirka 2 500 svenskar som läser utomlands till läkare.«

TABELL 2. MEDICINUTBILDNING PÅ ENGELSKA I ICKE EU-MEDLEMSLÄNDER

SERBIEN	
University of Belgrad, Belgrad	12
University of Novi Sad, Novi Sad	1
University of Niš, Niš	1
KROATIEN	
University of Zagreb, Zagreb	9
UKRAINA	
Odessa Medical university, Odessa	1
National Pirogov University, Vinnytsya	1
Kharkiv National Medical University, Kharkiv	1
MOLDAVIEN	
Nicolae Testemitanu Universitetet, Chişinău	
VITRYSSLAND	
Grodno university, Grodno	
GEORGIEN	
Tbilisi State Medical, Tbilisi	1
BULGARIEN	
Medical University Plovdiv, Plovdiv	4
Medical University of Varna, Varna	
University of Sofia, Sofia	
Medical university of Pleven, Pleven	
LETTLAND	
Riga Stradins University, Riga	32
LITAUEN medlem	
Kaunas University of Medicine, Kaunas	6
ESTLAND	
University of Tartu, Tartu (första två åren på eng.)	
University Ovidius, Constanţa,	4
University of Medicine, Târgu Mureş,	4

språkig veterinärutbildning i Cluj.

Också Plugga medicin fortsätter med att mot betalning ordna en plats på Iuliu Hatieganus medicinprogram. Plugga medicin förmedlar även platser till medicinstudier vid ytterligare ett rumänskt universitet, medicinska universitetet i Târgu Mures. Till hösten varierar priserna mellan 5 900 och 14 900 kronor beroende på hur mycket hjälp man vill ha.

Plugga medicin har numera även en tysk och en engelsk avläggare som raggar studenter till Rumänien via en tysk respektive en engelskspråkig hemsida.

Ytterligare en svensk förmedling, Medinro, tar 3 900–6 500 kronor för att förmedla

en plats i Cluj eller Targu Mures. Det allra nyaste svenska rekryteringsföretaget kallar sig EasyEast och garanterar en studieplats i Targu Mures

för mellan 2 000 och 5 500 kronor.

Samtliga förmedlingar utlovar utbildningsplatser trots att universiteten på sina

hemsidor understryker att inget officiellt samarbete finns med några rekryterare.

Ännu en ny nisch för dem som försöker tjäna pengar på det stora intresset för medicinutbildningar är att erbjuda förberedande studier, så kallade premedical courses, som uppges bana väg till olika internationella läkarprogram. Sedan årsskiftet finns företaget Medical Doctors International i Stockholm och anordnar en 16-veckors grundkurs mot en avgift på 36 000 för den som vill vara säker på att klara inträdesprov till medicinstudier, tandläkarstudier eller veterinärstudier i utlandet.

Eva Axelsson
journalist
på Eskilstuna-Kuriren

USA satsar på nya »Med schools«

Västvärldens befolkning blir allt äldre och läkarutbildningen räcker inte till. Sverige är inte det enda land som »utbildar utomlands«. På den engelskspråkiga medicinutbildningen i bulgariska Pleven studerar just nu ett hundratal japaner.

»Många universitet i utvecklingsländer ser studenter från i-världen som en värdefull källa till utländsk valuta« säger Hiroyuki Takagiwa som rekryterar japanska studenter till Plevens universitet i en artikel i den japanska tidningen Asahi Weekly (22/2 2009).

I krisens USA är läkarutbildningarna just nu det enda som expanderar (Associated Press 12/3 2009). Befintliga »Med schools« utökar antalet platser och i ett stort antal stater byggs helt nya skolor. I bilindustrins Michigan med en arbetslöshet på cirka 12 procent finns planer att dubbla antalet Med schools från tre till sex inom de närmsta åren. ■

Massvaccinering stor utmaning för landstingen

Att vaccinera befolkningen mot den nya influensan blir en stor utmaning för landsting och regioner, både rent praktiskt och ekonomiskt. Före den 1 september ska kostnadsfördelningen mellan staten och landstingen vara klar, och SKL ska ha utfärdat riktlinjer för vad det ska kosta den enskilde att vaccinera sig.

I slutet av september ska vaccinet mot den nya influensan A(H1N1) börja levereras till en plats någonstans i Sverige, för transport till lagerutrymmen och vidare ut till landets vårdcentraler och andra lokaler där vaccinering sker. Hur den distributionen ska gå till är inte klart än, inte ens huruvida man ska använda befintliga system eller göra en upphandling. SKL, Sveriges Kommuner och landsting, och Stockholms läns landsting tittar nu på hur logistiken ska lösas.

Men Göran Stiernstedt, chef för avdelningen för vård och omsorg vid SKL, är inte orolig. Vi har två månader på

oss, påpekar han, och distributionen är en mindre utmaning i sammanhanget.

Den stora utmaningen, menar han, blir genomförandet av själva vaccinationen.

Det kommer att behövas både lokaler och mycket folk som vaccinerar.

I Region Skåne skriver man på sin webbplats att Smittskydd Skåne undersöker om pensionerad vårdpersonal och elever med tillräcklig kompetens från vårdutbildningar kan gå in och delta i vaccineringsarbetet.

Någon uppmaning till pensionerade läkare att anmäla sitt intresse för att delta tror dock inte Göran Stiernstedt på.

– En del landsting räknar med att klara det med befintliga resurser, säger han.



Göran Stiernstedt

Samtidigt är det en nackdel att använda befintlig personal. Då prioriteras vaccinationen framför andra uppgifter.

– Men det beror också på om man får hjälp av staten. Det kostar ju att ta in pensionerade läkare.

Göran Stiernstedt tycker att man från landstingssidan bör ta kontakt med såväl företagshälsovård som skolhälsovård.

– Landsting och kommuner bör kanske ta gemensamt ansvar, säger han.

Kontakt med skolhälsovården om vaccinationen har etablerats i åtminstone Stockholms läns landsting, bekräftar Ingegerd Hökeberg, biträdande smittskyddsläkare, SLL.

Samtliga landsting och regioner har beställt vaccin mot influensan, tillräckligt för hela befolkningen.

Vaccineringen kommer enligt SKL att kosta 2–3 miljarder kronor, varav själva vaccinkostnaden står för cirka 1,3 miljarder.

SKL för nu samtal med regeringen om vem som ska betala.

– Vi har aldrig begärt att staten ska stå för allt, säger Göran Stiernstedt.

Men han tycker det är rimligt att regeringen går in med en del.

– Dels är det en statlig myndighet som står för rekommendationen. Dels är vaccinationen av nationellt intresse.

Men han vill inte uppge hur stor del han tycker staten ska stå för.

Målet är, enligt Göran Stiernstedt, att finansieringen ska vara klar senast den 1 september.

Samma datum är nu också deadline för de rekommendationer SKL avser att gå ut med till landstingen vad gäller hur mycket det ska kosta för den enskilde att vaccinera sig, men också till exempel för prioriteringar av vilka som ska vaccineras i första hand. Detta för att få så lika villkor som möjligt för hela landet.

Karin Bergqvist