

studerade. Detta för att underlätta evidensbaserad och säker vård som gör nytta samt för att undvika att patientgruppen utsätts för fara i ordinarie vård. En rigid forskningsetisk tillämpning av autonomiprincipen kan komma i konflikt med de etiska principerna att göra gott (beneficiensprincipen), att undvika att göra ont (non-maleficiensprincipen) samt rättvisepprincipen.

Det finns i etikprovningshänseende likheter mellan de svårast sjuka äldre och till exempel akut medvetlösa patienter. I bägge fallen är det nödvändigt med studier för att nå kunskap som kan motverka att patienterna utsätts för risker i vardagsvård, och i bägge fallen kan gruppen av patienter gagnas av studier. Det är därtill vanligen svårt att finna anhöriga att samråda med i akutskedet då snabba beslut är avgörande.

En viktig skillnad är dock att de svårt sjuka äldre patienterna mycket ofta återkommer till sjukhuset med samma indexdiagnoser, exempelvis hjärtinfarkt [8]. Detta borde innebära att de som individer skulle kunna dra nytta av forskningsresultat från studier där de ingått som forskningspersoner. Det senare är relevant från etikprovningssynvinkel. Etikprovningsslagen säger:

»Forskning avseende en forskningsperson som sägs i 20 § får utföras om ... 2. forskningen kan förväntas leda till direkt nytta för forskningspersonen«.

Det är bra att regeringen riktar fokus på de svårast sjuka äldre. Det är också lovande att såväl Svenska Läkaresällskapet som Läkarförbundet engagerat sig i frågan och att en läkare utsetts till äldresamordnare. Att fokus hittills mest riktats på strukturer för samverkan och organisation må vara naturligt. Om vården av de svårast sjuka äldre ska kunna bedrivas enligt vetenskap och beprövad erfarenhet måste det dock finnas en rimlig evidensgrund. Det räcker inte med tillkomsten av en vårdlots – lotsen måste ha sjökort att navigera efter.

Jag vill rikta följande fråga till Centrala etikprovningssnämnden: Tillåter nuvarande etikprovningsslag att en randomiserad kontrollerad studie utförs på äldre akut sjuka patienter som inte kan ge informerat samtycke och när anhöriga att samråda med saknas i akutskedet? Ett »ja« skulle innebära en stark maning till professionen att ta ansvar för sådan forskning. Ett »nej« skulle innebära att det i praktiken råder förbud mot kvalifi-

cerad forskning rörande en stor andel av de patientgrupper i samhället som är i störst behov av forskning.

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

REFERENSER

1. Hansson MG. Hinder för forskning innebär ökade risker för patienterna. *Läkartidningen*. 2011;108:452-3.
5. Löftrup M. CEPN: »Etiklagen omöjliggör viktig forskning«. *Läkartidningen*. 2011;108(24-25):1294.
8. Ekerstad N, Swahn E, Janzon M, Alfredsson J, Löfmark R, Lindenberg M, et al. Frailty is independently associated with short-term outcomes for elderly patients with non-ST-elevation myocardial infarction (NSTEMI). *Circulation*. Under publ 2011.
11. Alexander KP, Newby LK, Cannon CP, Armstrong PW, Gibler WB, Rich MW, et al. Acute coronary care in the elderly, part I: Non-ST-segment-elevation acute coronary syndromes: a scientific statement for healthcare professionals from the American Heart Association Council on Clinical Cardiology: in collaboration with the Society of Geriatric Cardiology. *Circulation*. 2007;115:2549-69.
16. Världsläkarförbundets Helsingforsdeklaration. Etiska principer för medicinsk forskning som omfattar människor. *Läkartidningen*. 2002;99:1214-6.

Läs mer Fullständig referenslista
Läkartidningen.se

apropå! Redovisning av intressekonflikter i forskning

Databas för jäv – enkel och öppen för alla!

Deklarationer av jäv och intressekonflikter är något som alla experter som anlitas av myndigheter måste redovisa [1]. Detsamma gäller författare till vetenskapliga artiklar i internationella tidskrifter där man får klargöra potentiella bindningar [2]. Styrelseledamöter i specialistföreningar får ofta rapportera ägande och industrikontakter. Föreläsare på vetenskapliga kongresser, symposier och seminarier ombeds deklarerar jävsförhållanden, till exempel inkomster och anslag från sponsorer. Det finns således redan en stor mängd information om jäv, men inte enkelt samlad och öppet tillgänglig.

Vårt förslag är att Socialstyrelsen, eller annan myndighet, samlar jävs- och intres-

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden:

☒ Ja
☐ Nej

Samlas i databas?

sedeklarationer i en öppen databas, lätt tillgänglig på Internet.

Länk till en sådan databas skulle smidigt kunna användas av dagstidningar som publicerar medicinska nyheter eller debatt. Även *Läkartidningen* skulle få en högre kvalitet på sina jävsredovisningar för författare, samtidigt som utrymme i papperstidskriften kunde sparas.

Läkemedelsboken har i dag ingen öppen redovisning av författarnas eventuella jäv. Nationella diabetesregistret har efterhand redovisat jäv för deltagare i utdatagrupper,

men sådant saknas fortfarande för ledande personer i många andra kvalitetsregister. Läkemedelsindustriförbundet har utvecklat en öppen redovisning i en så kallad samarbetsdatabas [3].

Vi föreslår att det gemensamma formuläret som redan används av myndigheterna [4] utnyttjas och att registreringen tills vidare är frivillig för författare och experter. Den enskilde kan vara ansvarig för uppdatering av deklarationen som bör omfatta de senaste fem åren och vara rimligt detaljerad vad gäller ägande, forskningsanslag och ersättningar för undervisning och konsultarvoden.

Vi representerar två olika perspektiv: dels den av myndigheter anlitate expertens/

forskarens, dels allmänläkarens, vilka utgör en viktig målgrupp för riktlinjer och behandlingsrekommendationer. Vi tror att vårt förslag skulle förenkla för alla inblandade parter, även för experten som ofta blir tillfrågad om jäv, samt öka den svenska transparensen till internationell standard [5].

Peter M Nilsson
professor i klinisk kardiologisk forskning, Lunds universitet
Peter.Nilsson@med.lu.se

Peter Olsson
specialist i allmänmedicin,
Jokkmokks vårdcentral
peter_olsson@hotmail.com

Läs mer Referenslistan publiceras på Läkartidningen.se.