

Europas första forskningscentrum för genusmedicin startar vid KI

Skillnader i kvinnors och mäns sjukdomspanorama kartläggs

Äntligen – Karin Schenck-Gustafsson har nått i mål! Hon är initiativtagare till – och koordinatör för – det nyinrättade Centrum för genusmedicin som nu i mars drar igång sin verksamhet vid Karolinska institutet.

Här ska man studera hur könsskillnader i såväl normala fysiologiska som patofysiologiska funktioner inverkar på kvinnors och mäns hälsa och sjukdom (dvs sjukdomar som inte bara är relaterade till reproduktiva organ).

II Karin Schenck-Gustafsson är docent och överläkare vid kardiologiska kliniken vid Karolinska sjukhuset i Stockholm. I flera år har hon jobbat för att få detta centrum till stånd.

Forskningsspektrumet är multidisciplinärt och brett – från basal cell- och molekylnivå till psykiatri och beteendevetenskap.

Utgångspunkten är just att kartlägga biologiska mekanismer som gör att vissa sjukdomar bara drabbar kvinnor eller män.

Målet är att, med insikt om könsskillnader, på sikt ge möjligheter till såväl bättre förebyggande hälsovård som mer riktad diagnostik och terapi.

Konkreta frågeställningar är t ex: Varför drabbar den autoimmuna sjukdomen SLE (systemisk lupus erythematosus) nästan uteslutande kvinnor? Och varför insjuknar så många av dessa kvinnor också i hjärtinfarkt?

Och: Varför drabbar osteoporos i större utsträckning kvinnor? Varför är ätstörningar så mycket vanligare bland kvinnor? Vilken roll för hälsa och sjukdom spelar skillnaderna mellan den kvinnliga och manliga hjärnan? Varför har HIV-smittade män högre virusladdning och smittsamhet än kvinnor?

Internationella forskarkontakter

Et cetera ... »Det finns många fascinerande frågor«, konstaterar Karin Schenck-Gustafsson som under flera år i sin kardiologiska forskning även haft ett genusmedicinskt perspektiv, bl a har hon uppmärksammat särskilda riskfaktorer för koronarsjukdom hos kvinnor. Hon har idag många forskarkontakter inom området, såväl nationellt som internationellt.

Centrum för genusmedicin är ett vir-

Nu i mars startar Centrum för genusmedicin vid Karolinska institutet – ett virtuellt forskningscentrum som ska arbeta med nätverk av forskare från olika discipliner. Karin Schenck-Gustafsson leder verksamheten.

tuellt forskningscentrum som ska arbeta tillsammans med nätverk av forskare – också utanför landets gränser. Någon europeisk motsvarighet finns inte, Karin Schenck-Gustafsson arbetar nu med en EU-ansökan för att få stöd för ett forskningssamarbete inom Europa. Hon siktar också på att knyta kontakter med amerikanska forskare för mer formaliserad samverkan. På sikt finns också planer på att knyta klinisk patientverksamhet till centrumet.

Under några år har hon, tillsammans med en projektgrupp och med finansiellt stöd från Karolinska sjukhuset i Stockholm, arbetat med att ta fram förslag och förankra idén.

Det tog ordentlig fart då hon för ett och ett halvt år sedan presenterade idén för Harriet Wallberg-Henriksson (då dekanus vid styrelsen för forskning på Karolinska institutet, idag huvudsekreterare för ämnesområdet medicin på Vetenskapsrådet).

Styrelsen för forskning, som har det övergripande ansvaret för centrumbildningar vid institutet, beslöt så under förra året att inrätta ett centrum för genusmedicin.

FOTO: JAN HÅKANSSON

En styrelse för genusmedicin utsågs, där sex personer ska fungera som rådgivare och inspiratörer. Styrelsens ordförande är Zsuzsanna Wiesenfeld-Hallin (professor vid avdelningen för klinisk neurofysiologi, Huddinge sjukhus).

Förutom tjänsten som koordinatör på halvtid under sex år (kan liknas vid en VD-tjänst och där Karin Schenck-Gustafsson nyligen utsågs bland åtta sökanden) är ytterligare två tjänster inrättade: en »spjutspetsforskartjänst« i genusmedicin (under sex år) och en forskarsistenttjänst inom kardiologi (fyra år). Dessa befattningar tillsätts under våren.

Centrumet finansieras med stöd från Wallenberg-stiftelsen (ett anslag på fyra miljoner kronor), försäkringsbolaget Afa (tre miljoner per år under tre års tid) och Karolinska institutet (kostnaden för de tre tjänsterna).

Medel till respektive forskningsprojekt planerar man att söka i sedvanliga ansökningsansökningar, berättar Karin Schenck-Gustafsson och poängterar att den vetenskapliga kvaliteten ska hålla toppklass.

Själv är hon kardiolog. Och det är just den kvinnliga hjärtpatienten som stått modell för en växande internationell insikt om behovet av könsperspektiv inom såväl biomedicinsk forskning som vården. USA är föregångslandet.

Koronarspasm upptäcktes ej

Hennes intresse för området väcktes i slutet av 1980-talet. Hon förundrades då över att kvinnliga hjärtpatienter ofta uppvisade normala resultat vid koronarangiografi, trots svår symtomatologi och ofta även ischemitecken i form av t ex ST-sänkning vid arbetsprov.

När den normala koronarangiografien uppdagades behandlades kvinnorna som simulanter och skickades hem utan åtgärd eller läkemedel, berättar Karin Schenck-Gustafsson och tillägger: »Idag vet vi att de sannolikt hade syndrom X eller koronarspasm.«

– Då insåg jag att kvinnors bröstsmärta är annorlunda männens, att den gängse utredningsgången inte stämmer.

I samma veva, då i slutet av 1980-talet, upptäckte hon också ett nyväckt genusmedicinskt intresse i USA.

– NIH, National Institutes of Health, hade fått en kvinnlig chef, Bernadine Healy, som också var kardiolog. Hon hade börjat nysta i de stora hjärt-kärl-

och läkemedelsstudierna och funnit att dessa nästan uteslutande baserades på manliga patienter eller försökspersoner.

Dvs, mannen blev norm för t ex nya utrednings- och behandlingsrutiner.

– Hon startade då en kampanj. Hon engagerade politiker, bland annat var hon god vän med George Bush (den äldre), och samarbetade nära den amerikanska läkemedelsmyndigheten FDA, Food and Drug Administration. I början av 1990-talet drev hon fram en rekommendation från FDA om att hjärt-kärlstudier ska omfatta en så stor andel kvinnor att resultaten kan bearbetas statistiskt för båda könen.

Senare följdes detta av en rekommendation att även inkludera friska kvinnor, inte bara män, i läkemedelsstudiernas tidiga faser.

Amerikanska förebilder

– Anledningen till att man inte ville pröva nya läkemedel på friska kvinnor var naturligtvis oron för eventuell graviditet och fosterskador. Läkemedelsföretag i USA är rädda för att bli stämnda på stora skadeståndssummor. Det är juristerna som styr. Idag är andelen kvinnor större, men ändå ganska liten.

Så skapades också de amerikanska forskningscentrumen för genusmedicin »Women's Health Center of Excellence« (ordet »excellence« anger att de stöds av NIH) – förebilder för Karin Schenck-Gustafsson. Här har hon etablerat kontakter, och hon har sett verksamheten på nära håll under en studieresa förra året.

– Där bedriver de genusforskning utifrån ett biomedicinskt perspektiv. Precis som vi ska göra.

Själv ska hon nu fortsätta sin kardiovaskulära, genusmedicinska forskning. Aktuella frågor är t ex: Varför skiljer sig sjukdomsförloppet vid hjärtinfarkt mel-

lan kvinnor och män? Varför är det nästan bara kvinnor som drabbas av atrium-septumdefekt (ASD), mitralisstenos, tidig diastolisk dysfunktion? Varför ser vänsterkammarhypertrofi vid hypertoni och aortastenosen olika ut hos kvinnor och män?

– Det finns massor med sådana könsbaserade frågeställningar, bara inom kardiologin.

Hon ska också knyta än fler kontakter inom andra specialiteter. Hon har bl a redan ett projekt igång med psykiatrer vid S:t Görans sjukhus i Stockholm, det s k Saltsjöbadenprojektet, där de studerar det faktum att koronarsjuka kvinnor i större utsträckning än män har depression/panikångest, både före och efter det kardiovaskulära insjuknandet. Serotoninsystemet står i fokus för studien.

Inom reumatologin finns problematiken att kvinnor i större utsträckning än män drabbas av reumatiska sjukdomar. Kopplingen till kardiologin är uppenbar.

– Det reumatiker dör av är hjärt-kärlsjukdom.

Varför vet man inte riktigt.

– Det finns teorier om att inflammatoriska och autoimmuna markörer ökar risken. Det spekuleras i att reumatikers höga halter av akutfasprotein och »celladhesionsmolekyler«, CAM, inverkar i uppkomsten av hjärtinfarkt.

Så är det detta stora, omtvistade område – hormoner och hjärt-kärlsjukdom hos kvinnor. Att östrogensubstitution motverkar osteoporosutveckling är idag okontroversiellt. Men om östrogen också skyddar mot hjärt-kärlsjukdom, det återstår ännu att bevisa. Stora internationella studier pågår.

SBU kommer under maj månad med nya riktlinjer för östrogensubstitution. Karin Schenck-Gustafsson har deltagit i arbetet.

– Det finns ingen anledning att sätta

ut pågående östrogenbehandling hos kvinnor som drabbas av hjärtinfarkt, inget tyder på att östrogen inverkar negativt i sjukdomsförloppet. Men det finns inget dokumenterat stöd ännu för att östrogen förhindrar nya infarkter. Inte heller finns något stöd för att ge östrogen till friska kvinnor för att förhindra hjärt-kärlsjukdom.

Koordinator för SERM-studie

En vidareutveckling av östrogen är de s k SERM-preparaten (selektiv östrogenreceptormodulator).

– De liknar östrogen, men har inga negativa effekter på bröstvävnad och livmoderslemhinna. Det finns tecken på att det preparat som är registrerat, raloxifen, till och med kan förhindra insjuknande i bröstcancer. Men det måste säkerställas i studier som pågår.

Preparatets effekt på hjärt-kärlsjukdom studeras nu i en undersökning där 10 000 koronarsjuka kvinnor från 26 länder ingår. Resultaten kommer om några år, berättar Karin Schenck-Gustafsson som är internationell koordinator för den studien.

Forskningen inom detta område har tagit fart efter Jan-Åke Gustafssons upptäckt nyligen av ytterligare en östrogenreceptor, beta-2-receptorn.

– Det är möjligt att östrogens och SERMs effekt på hjärta och kärl, som ju är visad djurexperimentellt, medieras via just den receptorn.

Jo – spektrumet vid Centrum för genusmedicin blir brett. Endokrinologi, gynekologi, reumatologi, psykiatri, neurovetenskap, osv. Karin Schenck-Gustafsson har en nyckelroll. Och hon är tveklöst positiv.

– Det här ska bli väldigt roligt.

Birgit Wilhelmson

birgit.wilhelmson@lakartidningen.se

Framtidens läkare fortsätter att diskutera

II Projektet Framtidens läkare är framgångsrikt och ska fortsätta. Den slutsatsen drar projektledaren Edel Karlsson Håål, förhandlingschef på Läkarförbundet, efter att projektet utvärderats.

– Jag blev väldigt glad när jag läste utvärderingen. Den är ett kvitto på att vi gjort ett bra arbete, säger hon.

Framtidens läkare startade 1997 som ett forum för reflektion kring läkarrollen och arbetssituationen. Utgångspunkten var en försvagad läkarroll.

Arbetet har bestått i diskussionsgrupper. 4 000 läkare har deltagit. Vilka frågor som diskuterats har rapporterats av identifierat till förbundet för att ge sig-

naler om vad som upplevs som viktigt och aktuellt.

Konsulten Karina Eskilsson har utvärderat projektet genom djupintervjuer med 25 deltagare. Att sjuksköterskorna har övertagit en del av läkarnas makt, att lönen har försämrats och att man upplever att man kommit i kläm mellan politiker, patienter och administration är exempel på missnöje som framkommit i djupintervjuerna.

– Många är kritiska till sin arbetssituation, men ingen av dem jag talat med är kritisk till det här projektet. En del tycker att det är det bästa som förbundet gjort.

Hon konstaterar att det finns ett stort

behov av att prata och en ovana att ställa krav på att trivas på arbetet. Målet har varit att stärka läkarnas självbild och kåranda genom att fokusera på det som trots allt är positivt och fråga sig hur man som individ kan påverka sin situation.

– Kan man påverka sitt dagliga arbete har man kommit en bit på vägen även för att ändra läkarkårens situation, säger Karina Eskilsson.

Projektiden löper ut vid årsskiftet. Beslut om det ska fortsätta, nu som »process«, tas vid förbundsfullmäktige i maj.

Elisabet Ohlin

elisabet.ohlin@lakartidningen.se