

*»In hospitals, diseases stay, people come and go ...
In general practice, people stay, diseases come and go ...« (Iona Heath, General Practitioner, London).*

kvalitetsförbättringar både ur sjukvårdens och ur patienternas perspektiv. Som exempel kan nämnas Jönköping, som kunnat minska väntetiderna för utskrivningsbesked till primärvården; Helsingborg, där läkarna på kliniskt fysiologiska avdelningen erbjudit familjeläkarna en »heta linjen« för frågor; samt Linköping, där man skapade rutiner för att sjukhusets akutmottagning skulle kunna nå ansvarig familjeläkare för information om akut inkomna patienter.

Fler familjeläkarkonsulter behövs

Familje-/allmänläkarkonsulternas arbete är en elegant lösning på många samverkansproblem som vårdprogram inte förmår hantera. Familjemedicinska institutet anser att familje-/allmänläkarkonsultverksamheten bidrar till att hålla ihop den totala hälso- och sjukvården och stödjer verksamheten, bland annat genom att underhålla de nationella och nordiska nätverken för familje-/allmänläkarkonsulter. Konsulterna behöver emellertid bli fler. I dagsläget saknas andra incitament än eget engagemang för de familjeläkare som är villiga och kompetenta att åta sig ett konsultuppdrag. Våra huvudmän uppmanas därför att avsätta särskilda medel för denna viktiga samverkansfunktion, såväl för egna anställda läkare som vid beställning av hälso- och sjukvård.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referens

1. Pritchard P. Shared care. The future imperative. London: The Nuffield Provincial Hospitals Trust; 1995.
2. Olesen F, Jensen PB, Grinsted P, Henriksen JS. General practitioners as advisers and coordinators in hospitals. *Quality in Health Care* 1998;7:42-7.
3. Eliasson G, Strandberg EL. Bättre kontakt mellan primär- och sjukhusvård. *Nord Med* 1998;113:272-4.

Ett etiskt dilemma:

Farmakogenetiskt test kan ge oönskad information

De farmakogenetiska landvinningarna ska utnyttjas med respekt för patientens integritet och för att ge bästa möjliga beslutsunderlag inför behandling, men med ödmjukhet inför att läkaren, trots allt, har begränsad kunskap om sambandet mellan normal variation, sjukdom och arv.

ULF KRISTOFFERSSON
docent, överläkare, genetiska kliniken,
Universitetssjukhuset, Lund
Ulf.Kristoffersson@klingen.lu.se

TORE NILSTUN
professor, avdelningen för medicinsk
etik, Lunds universitet
Tore.Nilstun@medetik.lu.se

■ I Läkartidningen 8/2003 skriver Folke Sjöqvist en medicinsk kommentar, »Gentest finslipar läkemedelsdosering« [1], i anslutning till en artikel av Lisa Kurland och medarbetare, »Farmakogenetik – genvägen till skraddarsydd anti-hypertensiv terapi« [2]. Sjöqvist påpekar att ett paradigmskifte är på väg och att man redan nu kan ha glädje av att känna patientens läkemedelsmetabola fenotyper och genotyp men att sådan kunskap också kan ge upphov till informationsproblem.

Under flera år har läkemedelsforskarna intresserat sig för renin-angiotensinsystemet som angreppspunkt för hypertoni-behandling, och då speciellt den polymorfism med en exonsplicing-variant som finns i genen för angiotensin convertering enzyme (ACE). De flesta studier har dock inte visat på någon större specificitet för ett specifikt läkemedel för denna polymorfism.

Läkemedelssvar vid hypertoni

Lisa Kurland redogör för att hennes forskargrupp visat att läkemedlet irbesartan har en signifikant bättre effekt på patienter med en specifik genotyp »II« i ACE-genen än för de som är heterozygota eller homozygota för den andra varianten »ID«, respektive »DD«. Detta är ett intressant samband som kan göra det möjligt att genom en genetisk undersökning förutse en patients läkemedelssvar vid hypertoni-behandling, vilket ger en förbättrad möjlighet till läkemedelsstyrning.

I en artikel i *Nature* 1998 [3] visar Montgomery och medarbetare att sam-

ma polymorfism predikerar för förmågan att öka sin fysiska kapacitet. Författarna hade gjort observationen att II-allelen var överrepresenterad hos bergsklättrare som hade klättrat på mycket höga höjder. I ett uppföljande experiment fick ett antal unga män under 10 veckor genomföra ett specifikt träningsprogram varefter armstyrkan mättes. De som hade »II«-genotypen hade signifikant förbättrat sin fysiska prestationsförmåga, medan de med »ID«- eller »DD«-genotyperna inte hade förändrat sin. Ett stort antal studier har också visat att elitidrottsmän i kraftsporter är signifikant överrepresenterade med »II«-genotypen [4].

Hur ska patienten informeras?

Om ACE-polymorfismen kommer att utnyttjas i klinisk praxis väcker detta frågan om hur läkaren skall informera sin patient innan den terapistyrande genetiska undersökningen genomförs. Skall läkaren informera om vilka andra egenskaper som undersökningen avslöjar eller inte nämna det? Har vårdgivare rätt att inte informera om denna bikunskap, eller ska de ge patienten en möjlighet att

Låt oss dock inte blunda för det faktum att det kan finnas allvarliga psykosociala biverkningar och risk för medicinsk diskriminering av en farmakogenetisk undersökning.

välja om han eller hon vill ha kunskap om andra eventuella associationer som den genetiska undersökningen avslöjat?

I detta fall är bifyndet sannolikt av mindre betydelse för patienten. När man väl kommit dithän att blodtrycksmedicinering övervägs, är kanske vetenskapen om varför man aldrig blivit en kraftkarl eller kraftkvinna av mindre betydelse; men vad sker om denna polymorfism [visar] att några av dessa olika genotyper också är associerade med en viss typ av personlighet?

Lisa Kurland redogör i sin artikel även för undersökningar de gjort som visar att variationen av 74 specifika polymorfismer i 25 blodtryckskontrollerande gener kan förutsäga 50 procent av blodtryckssvaret. Även detta är viktiga resultat som i framtiden kan ha stor betydelse för val av behandling.

Läkemedelsanvändningen

Bättre möjligheter att styra rätt behandling i rätt dos till rätt patient har en mycket stor potential för att minska läkemedelskostnader och biverkningar. Men vilka andra genetiskt påverkade egenskaper styrs genom de studerade 74 polymorfismerna? Vad kan läkaren förvänta sig att få för bikunskap efter det att patienten fått en hypertonibehandlingsprofil kartlagd? Det kan inte uteslutas att det finns andra egenskaper som är kopplade till enskilda eller grupper av dessa polymorfismer, men om vilka läkaren ännu inte har kunskap. Det finns en stor möjlighet att denna typ av utredningar kommer att leda till att nya grupper av patienter identifieras, sådana som inte kommer att kunna åtnjuta de medicinska framstegen, de s k new orphans, dvs de med genotyper som inte passar med de nya läkemedlen.

Patientens frågor ska få ärliga svar

Om patienten efterfrågar viss kunskap bör han eller hon få ett ärligt svar. Kravet på ärlighet gäller även när vårdgivaren inte har något entydigt svar att lämna. Långt svårare blir ställningstagandet om patienten inte frågar. Grundregeln är dock att patienten bör informeras om förhållanden som är av betydelse för honom eller henne – i första hand information om nuvarande eller framtida risker, där det redan nu finns möjlighet till relevanta åtgärder.

Detta innebär enligt vår mening att patienten inte kan hållas okunnig om eventuella andra medicinska eller livsstilrelaterade associationer till de använda genetiska markörerna.

De behandlingsstyrande farmakogenetiska utredningarna är här för att stanna. En oro för skadliga bieffekter i form av oönskad genetisk kunskap om den en-

skilde patientens genom får inte stoppa utvecklingen av för patienten viktiga urvalsinstrument för att få bättre och mera anpassad behandling. Låt oss dock inte av denna anledning blunda för det faktum att det kan finnas allvarliga psykosociala biverkningar och risk för medicinsk diskriminering av en farmakogenetisk undersökning.

De farmakogenetiska landvinningarna ska utnyttjas med respekt för patientens integritet och för att ge bästa möjliga beslutsunderlag inför behandling, men med ödmjukhet inför att läkaren, trots allt, har begränsad kunskap om sambandet mellan normal variation, sjukdom och arv.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Alternativ medicin:

Metodgranskning, inte legitimation!

En seriös diskussion om alternativ medicin kan inte kretsa kring önskemål om utövarnas legala status. Det är arbetsmetodernas värde som måste stå i fokus.

JÖRGEN MALMQUIST
med dr, frilansskribent, Höllviken
jorgen.malmquist@mailbox.swipnet.se

■ Motzi Eklöf diskuterar i ett tidskriftsreferat (Läkartidningen 23/2003, sidan 2043) bl a legitimering av utövare av alternativ medicin och framstår som förespråkare för fortsatt utveckling i den riktningen. Hon skriver vilseledande att »flera« av de i dag 17 legitimerade yrkesgrupperna i Sverige tidigare har tillhört alternativmedicinen, »t ex« kiropraktorer och naprapater. Det är i verkligheten endast kiropraktorer och naprapater som tidigare tillhörde alternativmedicinen (och de som inte har legitimation hör dit än i dag).

Regelrätt prövning är basen

I Eklöfs formal-legala framställning nämns metodprövning bara i förbigående; allt annat i den USA-dominerade texten gäller utövarna: certifiering, behörighet och legitimation. Vad som saknas är följande grundbult: resultaten av regelrätt prövning ska vara basen för medicinens ställningstagande till varje metod, vare sig metoden kommit fram inom alternativmedicinen eller inte.

Om regelrätta prövningar av en viss

Referenser

1. Sjökvist F. Gentest finslipar läkemedelsdoseringen. Läkartidningen 2003;100, 592-593.
2. Kurland L, Lind L, Lithell H, Syvänen A-C, Melhus H. Farmakogenetik – genvägen till skräddarsydd antihypertensiv terapi. Läkartidningen 2003;100,600-603.
3. Montgomery H E, Marshall R, Hemmingsway H, Myerson S, Clarkson P, Dollery C, Hayward M, et al. Human gene for physical performance. Nature 1998;393,221-222.
4. Scanavini D, Bernardi F, Castoldi E, Conconi E, Mazzoni G. Increased frequency of the homozygous II ACE genotype in Italian Olympic endurance athletes. Eur J Hum Genet 2002;576-577.

alternativmedicinsk metod visar gynnsamma relationer mellan effekter, säkerhet och kostnader, och metoden därmed får en positiv bedömning av klinisk expertis, finns det anledning för legitimerad sjukvårdspersonal att använda den på de prövade indikationerna.

Inget skäl planera för legitimering

Detta kräver inget beslut från tillsynsmyndighet eller sjukvårdshuvudman (såvida inte metoden är mycket resurskrävande eller medför någon risk som kräver särskild bedömning). Att en sådan metod tas upp inom den egentliga sjukvården utgör inget skäl för statsmakterna att överväga planering för framtida legitimering av dess alternativmedicinska utövare. •

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.