

Dersom, hvis, så fremt, i fall – presisjonsmedisinens muligheter

Erik Sveberg Dietrichs

Din medicin: veien til persontilpasset medicin

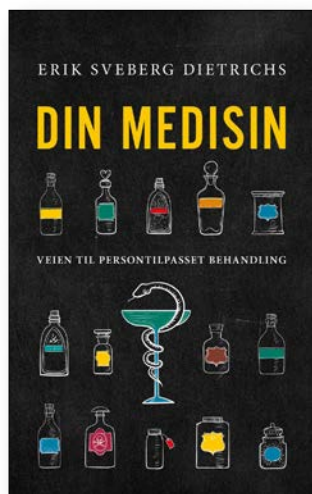
Oslo: Bonnier, 2025

203 s.

ISBN 978-82-347-2292-9

Michael 2025; 22: 276–277.

doi: 10.5617/michael.12625



«Det er viktigere å vite hvilken pasient som har sykdommen, enn hvilken sykdom pasienten har.» Dette utsagnet er tilskrevet William Osler (1849–1919), men er sannsynligvis langt eldre (1). I mellomtiden har vi utarbeidet veiledere og retningslinjer for standardisert sykdomsbehandling, basert på gjennomsnittspasienter. Med pasienttilpasset behandling, også kalt presisjonsmedisin (2), er situasjonen snudd rundt. Nå har egenskaper hos enkeltpasienter igjen blitt en hovedsak. I dag handler det om «å identifisere biologiske særtrekk hos individer som grunnlag for forebyggende eller behandlingsrettede tiltak» (3).

Erik Dietrichs, som er klinisk farmakolog, har påtatt seg å forklare folk flest hva dette innebærer og hva konsekvensene er. Oppgaven er krevende. Det er vanskelig å kombinere enkle nøkkelhullanalogier for genetiske tester for legemiddelreseptorer og heismetaforer for transportmekanismer på cellenivå med utsagn som at «mutasjoner i genet PCSK9, som koder for et enzym som også heter PCSK9, var knyttet til utvikling av familiær hyperkolesterolemi» (s. 142).

I tillegg til utfordringene med å forklare komplisert genetikk på en enkel måte, kommer avgrensningen mellom presisjonsmedisin og tradisjonell

diagnostikk og behandling. Å beskrive valget mellom diabetesbehandling, antihypertensiva, kolesterolsenkende legemidler og røykeslutt som «person-tilpasset hjertemedisin» (s. 143), utvider begrepet til det meningsløse. På den annen side må det handle om mer enn genetiske variasjoners betydning for legemiddelbehandling. Selv med dagens standardisering, er nesten all medisinsk behandling allerede persontilpasset.

Det er flott at enklere behandling og færre bivirkninger presenteres som like viktig som bedre effekt i individualiseringen. Eksempelet med klopazins mulige hematologiske bivirkninger er godt (s. 63 ff).

For å følge utviklingen har forfatteren gjort «historiske dypdykk» i hvert kapittel. Medisinsk historie er både spennende og viktig, men trepanasjoner i urtiden, oppfinnelsen av EKG i 1903 og oppdagelsen av penicillin i 1928 ligger for langt unna presisjonsmedisin til at det oppfattes som relevant for bokens hovedtema.

Min viktigste innvending er likevel mangelen på forankring i dagens norske helsetjeneste. Undertittelen på boken er riktignok *Veien til persontilpasset medisin*, men fremtiden dominerer for mye over nåtiden. «Finner vi bedre behandling, vil det gi bedre livskvalitet for svært mange» (s. 78). «I fremtiden kan det bli vanlig [...]» (s. 106). «Finner vi presisjonsdiagnostiske verktøy [...] vil det gjøre tidlig persontilpasset behandling mulig» (s. 144). «Genetiske forskjeller kan [...] ha mye å si for effekten av legemiddelbehandling, og er grunnen til at den bør tilpasses til akkurat deg» (s. 52). Leseren lurer nok på om denne tilpasningen virkelig skjer – eventuelt hvorfor ikke.

Litteratur

1. Quote Origin: It Is Quite As Important To Know What Kind of a Patient the Disease Has Got As To Know What Kind of a Disease the Patient Has Got. *Quote Investigator* 20.7.2019. <https://quoteinvestigator.com/2019/07/20/patient/#e1dc822d-a522-4ebb-87fa-349900b13fd6> (13.5.2025).
2. Faiz KW. Persontilpasset medisin eller presisjonsmedisin? *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2020; 140. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.19.0645>
3. Helse- og omsorgsdepartementet. *Nasjonal strategi for persontilpasset medisin 2023–2030*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/c0ab0380265445e58508c36e51e5561b/nolpdfs/strategi-for-persontilpasset-medisin.pdf> (15.5.2025).

Magne Nylenna
magne@nylenna.no

Magne Nylenna er professor emeritus i samfunnsmedisin ved Universitetet i Oslo og redaktør av Michael.