

vänder eller efterfrågar gentest kan det bero på att dessa test är så få och att de gäller ovanliga och små sjukdomar, att de med andra ord inte är kostnadseffektiva. Men i en inte alltför avlägsen framtid kommer säkert kostnadseffektiva test för ärftliga sjukdomar som drabbar stora grupper att utvecklas. Vad kommer bolagen att göra då?

Det genetiska arvet är inte något man förtjänat. Man väljer inte själv sina föräldrar. Man kan heller inte göra något åt sitt arv. Detta motiverar den solidariska försäkringstanken. Det är för min del de negativa konsekvenserna av att underminera den solidariska grundtanken bakom försäkringar som är avgörande mot bakgrund av den vikt jag fäster vid tidigare diskuterade värden och principer som integritet, autonomi, att inte skada osv.

Mina slutsatser innebär naturligtvis att jag till en viss gräns är beredd att acceptera att den som har lägre risk – och därmed är gynnad i vissa avseenden – i solidaritetens namn får bidra till att något subventionera kostnaderna för den som har högre risk (och därmed är missgynnad i dessa avseenden).

Balanseras de olika intressen och värden som står emot varandra väl i den holländska lösning som Sandberg [16] förordar? Det beror på hur de inblandade principerna och värdena tolkas och rangordnas. Sandberg tonar något ner betydelsen av respekt för privatliv i detta sammanhang. Den som inte gör det kan mycket väl komma till en annan konklusion. Därför är det angeläget att det blir en offentlig debatt i dessa frågor.

Varför inte analysera de holländska och norska erfarenheterna och utnyttja dem i den svenska debatten och som underlag för politiska beslut?

## Litteratur

1. Karlsson Y. Medicinsk kontrovers på Läkaresällskapet: Kan gendiagnostik leda till diskriminering? Oro hos genetiker, ointresse hos försäkringsbolag. *Läkartidningen* 1992; 89: 3933-4.
2. Brunius G, Englund A, Hermerén G, Holmberg B, Högberg J, Pettersson U et al. Att spåra sjukdomsanlag. Prediktiv gentestning. Stockholm: Statens medicinskt-etiska råd, 1995 (Etiska vägmarken 7).
3. Brunius G, Englund A, Hermerén G, Holmberg B, Högberg J, Pettersson U et al. Genetik, arbetsliv och etik. Stockholm: Arbetslivsinstitutet, 1995.
4. Hansson MG, red. Genetisk insyn. Rapport från en konferens. Stockholm: Medicinska forskningsrådet, 1994.
5. Murray T. Genetics and the moral mission of health insurance. *Hastings Center Report* 1992; 22: 12-7.
6. Murray T. Genetics and just health care. A genome task force report. *Kennedy Institute of Ethics Journal*. 1993; 3: 327-31.
7. Kass NE. Insurance for the insurers. The use of genetic tests. *Hastings Center Report* 1992; 22: 6-11.

8. Biotechnology related to human beings. Oslo: Norwegian Ministry of Health and Social Affairs, 1993.
9. Heredity, science and society. The Hague: The Health Council of the Netherlands. 1989: 131-41.
10. Genetic Screening: ethical issues. London: Nuffield Council on Bioethics. 1993:65-74.
11. Gevers S. Use of genetic data, employment and insurance. *Bioethics* 1993; 7: 126.
12. Rigter H, ed. The social consequences of genetic testing. The Hague: Netherlands Scientific Council for Government Policy, 1990.
13. Perman, E. Gendiagnostik framtida försäkringskrav? Ifrågasatt prognostiskt redskap. *Läkartidningen* 1996; 93: 155-7.
14. Lindblom A, Nordenskjöld M. Ingen skall straffas för sina anlag. Genetisk information bör skyddas i lag. *Läkartidningen* 1996; 93: 908-10.
15. Clifford, KA, Iuculano RP. AIDS and insurance: The rationale for AIDS-related testing. *Harvard Law Review* 1987; 100:1806-24.
16. Sandberg P. Genetic information and life insurance: A proposal for an ethical european policy. *Soc Sci Med* 1995; 40:1549-59.
17. Harper PS. Insurance and genetic testing. *Lancet* 1993; 341: 225.
18. Hermerén G. Kunskapens pris. Stockholm: HSFR/Swedish Science Press, 1986

## KORTKLIPP



### Förenklade kontrollrutiner för gravida med låg risk

I mödrahjälsövården för lågriskkvinnan behövs ingen rutinmässig medverkan av obstetriker, och antalet planerade besök kan minskas. Det är huvudresultaten av två stora brittiska multicenterstudier.

Båda undersökningarna var randomiserade och kontrollerade, och båda vände sig till lågriskkvinnor. Ingen angav hur stor andel av alla gravida kvinnor som kunde inkluderas.

I sydöstra London studerades 2 794 gravida kvinnor. Hälften lottades till traditionell vård med 13 planerade besök, och hälften till modern vård med sju besök för förstföderskorna och sex för omföderskorna (interventionsgruppen). Dock blev skillnaden i medelantalet besök betydligt mindre än planerat, med 10,8 i den förstnämnda och 8,6 i den sistnämnda gruppen.

I Skottland studerades 1 765 kvinnor. Hälften fick mödravård ledd av allmänpraktiker och barnmorska (interventionsgruppen) och hälften fick den vanliga obstetrikarledda, delade vården, där också allmänpraktiker och barnmorska deltog.

I båda studierna var det medicinska graviditetsresultatet lika gott i interventionsgruppen som i kontrollgruppen. Från denna synpunkt kan man således minska antalet planerade besök och ta bort obstetrikarmedverkan i rutinmödravården för lågriskkvinnor.

I båda studierna förbättrades kontinuiteten för kvinnorna i interventionsgruppen; i Londonstudien genomgick de färre ultraljudsundersökningar, och i den skotska studien hade de färre inducerade förlösnings.

Medan kvinnorna i Skottland var lika nöjda med båda typerna av vård, så var kvinnorna i London missnöjda med det reducerade antalet rutinbesök. Där uttryckte kvinnorna i interventionsgruppen mer oro för sitt barn, både före och efter förlösnings.

De engelska författarna är försiktiga i sina slutsatser och menar att en minskning av antalet mödravårdsbesök kan leda till en minskad psykosocial effektivitet. Dock skulle kanske kvinnorna vara mindre missnöjda med ett litet antal besök om detta vore rutin.

De skotska författarna är mera säkra på sin sak. Rutinbesök hos obstetriker behövs inte för kvinnor med låg risk för graviditetskomplikationer.

*BMJ* 1996; 312: 524-5, 546-59.