

## Missad chans att upplysa om saltets roll

Wulf Becker ger en trevlig översikt av den nyligen publicerade NNR (Nordic Nutrition Recommendations 2004) [1], men lyckas med konststycket att inte nämna ordet »salt« en enda gång. Ordet »natrium« nämns en gång i en uppräknings av faktorer som kan vara skadliga för hälsan.

### 15 sidor om salt i NNR

NNR innehåller dock inte mindre än 15 utmärkta sidor om salt som tillsammans ger en skrämmande bild av översaltade livsmedels farlighet för hjärta-kärl och stroke. Halverat dagligt saltintag i befolkningen från idag alldeles för höga 10–12 gram per capita (nationell och internationell rekommendation är faktiskt högst 5–6 gram per dag) anges kunna reducera morbiditet och mortalitet med betydande procentsatser, upp mot 30–40 procent!

Hur mycket lidande som kunde sparas befolkningen, liksom den ekonomiska vinsten för folkhushållet, med kontroll av översaltade livsmedel inses lätt.

Saltet i Sverige har dessutom stor aktualitet eftersom Livsmedelsverket just i år inkluderat salt i den nya nyckelhålmärkningen. Det var synd att Becker



*Saltkristaller. Översaltade livsmedels farlighet för hjärta-kärl och stroke framhålls i näringsrekommendationerna.*

missade en chans att propagera för nyckelhålmärkningen, som är ett stort steg i rätt riktning mot ett minskat saltintag i befolkningen.

**Mattias Aurell**

*professor emeritus, Göteborgs universitet  
mattias.aurell@medic.gu.se*

### Referens

1. Becker, W. Nya nordiska näringsrekommendationer 2004. Läkartidningen 2005;102:2757–62.

## Replik:

## Diskussion pågår med branschen om sänkt salthalt i fler livsmedelsprodukter

Mattias Aurell påpekar i en kommentar till artikeln om de nya nordiska näringsrekommendationerna (NNR) [1] att rekommendationer om salt inte nämns specifikt. Det är glädjande att Aurell finner artikeln i övrigt läsvärd. Avsikten med min artikel var att kortfattat redogöra för innehållet i NNR med tyngdpunkt på nyheter och förändringar som införts sedan den tredje upplagan från 1996.

### Rekommenderat intag

Att inte salt tas upp specifikt kan uppfattas som ett förbiseende, vilket inte är avsiktligt. Rekommendationen om en begränsning av intaget av natrium (som koksalt) kvarstår i stort sett oförändrad sedan 1996. Populationsmålet är en minskning av intaget till 6 gram salt per dag för kvinnor och 7 gram per dag för män, motsvarande 2,3 respektive 2,8 g/d natrium. En ytterligare sänkning till 5–6 g salt per dag kan ge ytterligare fördelar [1, 2].

Aurell nämner att salt numera ingår

som ett av kriterierna för nyckelhålmärkning av vissa produktgrupper.

### Diskuterar med livsmedelsbranschen

Livsmedelsverket har vidare inlett diskussioner med livsmedelsbranschen om förutsättningarna för att sänka salthalten i olika produktkategorier, även de som inte omfattas av nyckelhålmärkningen. Syftet är att åstadkomma en successiv sänkning av salthalten i en rad produkter för att så småningom kunna uppnå rekommendationerna.

**Wulf Becker**

*professor, nutritionist,  
avdelningen för information och nutrition,  
Livsmedelsverket, Uppsala  
wulf.becker@slv.se*

### Referenser

1. Becker W. Nya nordiska näringsrekommendationer 2004. Läkartidningen 2005;102:2757–62.
2. Svenska näringsrekommendationer 2005. [http://www.slv.se/templates/SLV\\_Page.aspx?id=12361](http://www.slv.se/templates/SLV_Page.aspx?id=12361)

## Ingen »förflyttning« – barnläkaren kapabel att själv fatta sina beslut

I Läkartidningen 44/2005 (sidan 3247) tar Gösta Alfvén upp den viktiga frågan om resurstilldelning i underprivilegierade områden. Han hävdar att barnen i Norra Botkyrka får sämre vård i och med sammanslagningen av Huddinge sjukhus och Karolinska sjukhuset genom att »dåligt ledarskap« skulle ha flyttat kompetent personal från segregerat invandrarområde till tjänst i privilegierad norrort. Den nya maktstrukturen skulle ha skapat förutsättningarna för detta.

### Ett skevt påstående

Segregationen är förvisso ett problem i Sverige och det kan säkerligen vara så att resursfördelning mellan resurssvaga och välbeställda miljöer många gånger bör och kan kritiseras. Men att hävda i detta specifika fall att det är ett uttryck för organisation, maktstruktur och ledarskap blir mycket skevt.

Han förvränger sanningen när han hävdar att verksamhetschefen bestämde om förflyttning eller utövade påtryckningar och lockade med högre lön. Barnläkaren i fråga sökte en annan typ av tjänst och är fullt förmögen att fatta egna beslut om sitt professionella liv utifrån helt andra överväganden än de Gösta Alfvén tillskriver henne. Och de skälen behöver inte dryftas offentligt. Det kan kommuniceras kollegialt och i den krets som är berörd.

**Gunnel Bågenholm**

*t f barnhälsovårdsöverläkare,  
Stockholm  
gunnel.bagenholm@karolinska.se*

\*

Se även inlägg på sidan 3486.



### LT Debatt

Skriv kort så publicerar vi ditt inlägg snabbare!  
Bidrag till LT Debatt bör inte vara längre än 800 ord (ca 5 700 tecken).

### LT Korrespondens

Skriv kort så kan vi publicera ditt inlägg snabbare! Bidrag till LT Korrespondens bör inte vara längre än 400 ord (ca 2 700 tecken).

## »Inget socker tillsatt, då måste det ju vara bra«

|| Arla, JO-bolaget, Skånemejerier och Brämhults har på grund av vikande juiceförsäljning börjat med märkningen »Inget socker tillsatt–100 procent juice« på sina förpackningar (God morgonjuice, JO, Tropicana, Bravo och Brämhults juice).

En undersökning som jag själv gjorde utanför en stormarknad i Skövde visade att 26 av 30 slumpvis utvalda personer trodde att juice med märkningen »inget socker tillsatt« har ett minskat sockernehåll. Några trodde att juicen var sockerfri. Men sammansättningen av juicen är densamma nu som förut. Det tillsätts inte socker nu och det gjorde det inte förut heller.

Juice innehåller druvsocker, fruktsocker och rörsocker från fruktråvaran. Sockerhalten är ca 9 procent, dvs densamma som i sockrad saft och läsk.

### Riskpatienter kan falla för märkningen

När konsumenter nu tycks tro att det blivit mindre socker i juice (de flesta läser inte siffrorna i näringsdeklarationen, visade ovan nämnda undersökning också) kommer väl juiceförsäljningen att öka.

Efter 15 år som dietist i primärvården



FOTO: JAN LIND

Ta bort den nya »inget socker tillsatt«-märkningen, men behåll den fina upplysningen om juicens sockernehåll i näringsdeklarationen, uppmanar skribenten.

ser jag risken att det är just de personer som mår fysiskt bättre av att undvika sockerrika drycker, personer med diabetes, personer med för mycket blodfett i ådrorna och personer med fetma, som riskerar att falla för märkningen »inget socker tillsatt«.

Det är mycket väl dokumenterat att en förhöjd blodsockernivå under längre tid ökar risken för synskador, försämrad njurfunktion, skador på nerver, hjärtin-

farkt och stroke. Cirka 350 000 människor i Sverige har fått diagnosen diabetes. Man tror att lika många människor har diabetes utan veta om det.

### Osockrad juice lika kaloririk som starköl

Osockrad juice är lika kaloririk som starköl (100 kcal per glas à 2 deciliter) och en mycket bra dryck för personer (utan diabetes) som vill öka i vikt. Vi dietister lägger varje dag ner tid på att informera våra patienter om reglerna för hur livsmedel märks. En av mina diabetespatienter utbrast: »Men den måste ju vara bra, det står ju på paketet att det inte är socker i den!«

Förra veckan träffade jag en redan hårt stokedrabbad patient, som börjat dricka Bravojuice (med 9 procent socker, 180 g socker per förpackning) och slutat med Lättdryck (6,5 procent socker) sedan han fått besked om att han har diabetes.

Företrädare för juicetillverkarna sade sig, när jag ringde i augusti, vara villiga att kontakta Diabetesförbundet och informera om den nya märkningen i deras tidskrift. Det har ännu inte inträffat. Många diabetiker i primärvården träffar aldrig någon dietist, eftersom det på många orter inte finns någon.

Jag hoppas att juiceföretagen tar bort den nya »inget socker tillsatt«-märkningen på juicepaketen, men behåller sin fina upplysning om juicens sockernehåll i näringsdeklarationen. Som det är nu verkar Arla, JO-bolaget, Skånemejerier och Brämhults inte väja för risken att ta hem vinster på kroniskt sjuka människors bekostnad.

**Ylva Gefvert**

dietist,

Billagens och Norrmalms  
vårdcentraler, Skövde  
ylva.gefvert@vgregion.se

ANNONS

## Etiskt godkännande i efterhand av Gillbergs undersökning?

»Gillbergaffären« utlöste långdragna diskussioner kring sekretess, offentlighetsprincipen och rättsskipning, som alstrat så mycket förvirring i själva sakfrågan att nu även en gammal och meriterad hedersman som C G Gottfries har bevakats att försvara lagbrott, domstolstrots och dokumentförstörelse (Läkartidningen 34/21005, sidorna 2326-7). Hur fel allt kan bli när en diskussion emotionaliseras till faktablindhet, visar den återkommande förvåningen över att svenska domstolar upprätthåller svenska lagar. Detta är just vad de är till för.

### Undertecknade

Låt mig då först friska upp Gottfries' minne. Han har, i sin roll som ordförande för en etisk nämnd vid Göteborgs universitet (GU), så sent som i maj 1988 – alltså i efterskott – godkänt ett steg i Gillbergs långtidsstudie på ADHD-barn: en ansökan om undersökningen i 16-års åldern 1986/87, undertecknad retroaktivt

### Replik:

## Kammarrätten borde inte ha prövat etiska nämndens beslut

Dr med Michael G Koch har fått uppfattningen att mitt inlägg i Gillbergärendet är emotionellt betingat. Förmodligen antar han att jag vill försvara kollegan Christopher Gillberg och att jag i denna min ambition blir faktablind.

Jag känner inte Christopher Gillberg närmare och under den nu fleråriga diskussionen om hans forskning har jag bara träffat honom vid ett tillfälle. Nej, skälet till mitt inlägg i Läkartidningen var inte de oförrätter Christopher Gillberg utsatts för, utan att jag tycker att ansvarsområdet mellan forskningsetisk nämnd och rättsväsendet är oklart, vilket stör mig både intellektuellt och emotionellt.

Jag utgår ifrån att forskningsetisk nämnd har godkänt professor Gillbergs forskning, inte minst eftersom jag själv som ordförande undertecknat en av de ansökningar som inlämnats. Dr Kochs kommentarer om andra handlingar i ärendet från GUs arkiv som saknas lämnar jag utan kommentar.

### Etiska frågor inom medicinsk forskning

Syftet med mitt inlägg var att från mitt perspektiv som formats sedan 1960-talet beskriva hur man sett på etiska frågor inom medicinsk forskning och mot denna bakgrund ge aspekter på Gillbergärendet. Låt mig göra en mycket kort sammanfattning.

På grund av att forskare »utnyttjade«

**Tabell 1.** Ansökan och godkännandebeslut för Gillbergs långtidsstudie enligt GUs administrative chef.

Undersökningen vid 6-årsåldern (1977/78):	Ansökan och beslut finns
-- -- 10-års -- -- (1980/81):	Ansökan och beslut saknas
-- -- 13-års -- -- (1983/84):	Ansökan och beslut finns (Gottfries 84 03 09)
-- -- 16-års -- -- (1986/87):	Ansökan och beslut inom föreskriven tid saknas (se ovan)
-- -- 22-års -- -- (1992/93):	Ansökan och beslut saknas

den 31 maj 1988. Ansökan och godkännandebeslut skall dock vara klara före undersökningens början och, då en offentlig handling, inlämnade till GUs arkiv. Läget där är dock (enligt GUs administrative chef) som framgår av Tabell 1.

Handlingarna för 1980 torde nog finnas någonstans och förseningen av godkännandet 1988 må ha sin förklaring. Men handlingarna för 1992 års uppföljning borde nog ha kommit fram idag, 13 år senare. Det torde alltså vara klokt att inte göra något stort nummer av procedurer som inte tycks ha tagits riktigt på allvar heller. Man är rådlös på arkivet och säger sig »fortsätta söka«.

Gottfries har i många år varit ordförande i ett etiskt råd, vars beslut inte kunde överklagas. Av detta härleder han att domstolar inte har med dessa att göra. Inte heller en körskolelärares, en tennisdomares eller Idol 2005-juryens beslut går att överklaga. Om alla dessa – såsom Gottfries – av detta skulle härleda att de står över lagen så är detta givetvis en grav villfarelse.

**Michael G Koch**

med dr, regementsläkare, epidemiolog,  
Karlsborg  
mgkoch@home.se

patienter i forskning tillkom Helsingforsdeklarationen 1964. Det visade sig dock ganska snart att denna deklaration, trots dess höga ambitioner, var otillräcklig. Alltjämt försökte forskare utnyttja patienter även om forskarna inte direkt bröt mot deklarationens paragrafter.

Man valde då att vid lärosätena tillsätta etiska nämnder med uppgift att pröva forskning på människa. Dessa nämnder bestod till en början av några enstaka forskare vid det egna lärosätet. Det visade sig ganska snart att dessa nämnder inte kraftfullt kunde försvara patienternas intressen, kanske av kollegiala skäl. Genom att öka antalet medlemmar i nämnderna, inte minst med lekmän, antog man att förutsättningarna ökade för en objektiv etisk bedömning.

### Nämndernas uppgift

Etikprövningsnämndens uppgift var att vid varje forskningsprojekt avgöra om forskningen inte bara följde rättsliga principer och Helsingforsdeklarationens paragrafer utan även de etiska normer som inte kan preciseras i lagtext men som finns i samhället. Exempel på frågeställningar som nämnderna hade att avgöra var om det fanns en rimlig proportion mellan det lidande en patient utsattes för och de vinster som var möjliga för patienten.

Sekretess blev också en viktig fråga för nämnderna. Nämndernas medlem-

mar måste i dessa frågor göra en känslomässig bedömning om etiska krav kunde anses tillfredsställda. Man var helt enig om att dessa frågor i många fall låg vid sidan om de etiska normer som Helsingforsdeklarationen kunde »täcka in«. Detta är inte detsamma som att sätta sig över lagen som Koch tycks mena.

### Central etisk nämnd?

Min uppfattning är alltjämt att etiska nämnders beslut, om dessa är förenliga med Sveriges Rikes Lag och Helsingforsdeklarationens paragrafer, inte kan överprövas av rättslig instans. Möjligen borde man inrätta en central etisk nämnd i Sverige för att göra det möjligt att överpröva lokala nämnders beslut.

Denna min inställning innebär att Kammarrätten inte borde ha tagit upp till prövning det av etiska nämnden tidigare fattade beslutet angående sekretess i Gillbergärendet. Ärendet hörde inte till dess bord.

Att jag sedan tycker att det beslut Kammarrätten fattade var felaktigt är en annan historia. Jag har stor respekt för svenska domstolar, dr Koch, och jag tror att de är duktiga på att upprätthålla våra lagar, men även solen har fläckar.

**Carl-Gerhard Gottfries**

professor emeritus, institutionen för klinisk  
neurovetenskap, Göteborgs universitet  
cggottfries@telia.com



## Läkarrekrytering utomlands – en personlig betraktelse

II Det var i slutet av 1990-talet som problemet med läkarförsörjningen i Kalmar läns landsting blev akut, särskilt inom primärvården, omtalar landstingets personaldirektör Håkan Petersson i Läkartidningen 42/2005 (sidan 3011).

### Rekrytering från Polen

Han blickade då söderut och påbörjade en rekrytering av läkare från Polen. Till dags dato har snart 300 läkare och tandläkare kommit till Sverige från Polen på detta sätt. Landstinget driver rekryteringen genom Kalmena Rek AB, som man äger till hälften tillsammans med Affärsutveckling i Polen AB, helägt av ENA Group. Kalmena opererar i Polen genom det helägda dotterbolaget Medena Rek Polska.

### Vad kan man göra på hemmaplan?

Innan man rekryterar läkare utomlands måste man se vad man kan göra på hemmaplan. Vad gjorde Håkan Peterssons landsting? När mitt vikariat som distriktsläkare i Mörbylånga på Öland gick ut 1998 kunde landstingets primärvård erbjuda mig ett vikariat i Hultsfred, 16 mil norröver.

Det sades då att en uppsjö av nästan färdiga ST-läkare inom allmänmedicin befann sig i »pipeline«, färdiga att placeras ut i länet, och att man därför inte kunde erbjuda arbete på närmare håll. Trots det blev alltså situationen akut med brist på allmänläkare.

Jag var då bofast i Mörbylånga och specialistkompetent inom allmänmedicin sedan 1982, men var tydligen ingen arbetskraft att värna om. I Kronoberg kunde man erbjuda fast tjänst på närma-

re håll än i Hultsfred, så jag lämnade landstinget i Kalmar och så småningom även Öland.

Planeringen i Kalmar läns landsting måste ha varit usel. Visionerna gällde tydligen inte de egna läkarna i landstinget. Man misslyckades kapitalt med den egna planeringen och med att skapa goda villkor för allmänläkarna på hemmaplan. Detta skulle man lagt krut på istället för att se förbi problemen och bilda bolag och dotterbolag för läkarimport. Man skulle grävt där man stod. Kalmar var inte unikt; flera andra landsting hakade på och köpte in läkare från Kalmena Rek AB.

### Planera för säkerställd rekrytering

Det är på tiden att de landsting som menar att primärvården är basen i hälso-

och sjukvården börjar planera så att nyblivna läkare väljer allmänläkarbanan i tillräckligt stor utsträckning. Det sker inte smidigast med rekrytering utomlands. De polska läkarna hade säkert uppskattat om de i sitt hemland erbjudits vettiga arbetsvillkor; ingen skugga ska falla över dem.

Den stora frågan är hur den egna nationen sörjer för att det finns en egen god läkarbemanning. Därmed inte sagt att utländska läkare inte har en roll att fylla i Sverige; i landet finns t ex många flyktingar (ofta arbetslösa) med läkarutbildning, och det kommer alltid läkare hit av andra skäl, utan att ha blivit rekryterade.

**Lars Linnersten**

specialist i allmänmedicin, Lund  
lars.linnersten@skane.se

### Replik:

## Rekryteringen i Polen ett komplement som blivit en stor tillgång för vår sjukvård

II Landstinget i Kalmar län har liksom flertalet av övriga landsting under flera år haft svårigheter att rekrytera läkare inom vissa specialiteter men också till vissa geografiska områden. Ett komplement till den ordinarie rekryteringen har då varit att rekrytera utomlands till dessa områden.

Vårt landsting valde att koncentrera sig på Polen, mycket beroende på att vår region har en lång tradition av att samarbeta med Polen och de baltiska länderna, inte minst politiskt.

Jag uppfattar att vår verksamhet i Polen upplevs som seriös både från berörda landsting och från polskt håll. Dessutom har jag fått åtskilliga bevis på att de polska läkarna är en stor tillgång för vår sjukvård.

När det gäller Lars Linnerstens egen erfarenhet av vårt landsting finner jag ingen anledning att kommentera detta.

**Håkan Petersson**

personaldirektör, Landstinget i Kalmar län  
HakanP@LTKALMAR.SE

## Inget samband med sammanslagningen

II »Sämre för barnen i Norra Botkyrka efter sammanslagningen av Huddinge och KS«. Gösta Alfvén, barnläkare i Hallunda skriver i Läkartidningen 44/2005 (sidan 3247) under ovanstående rubrik. I inlägget redovisas inte några fakta som visar att just sammanslagningen mellan HS och KS medfört denna påstådda försämring.

I själva verket har en barnläkare sökt en utannonserad tjänst inom barnhälsovården – en tjänst som blivit vakant då tidigare innehavare flyttat till annan ort. Ingenting har något samband med sammanslagningen. Alfvéns resonemang bygger sålunda på en serie påståenden som saknar grund. Förändringen skedde också först sedan vikarie tillsatts.

Gösta Alfvén ger också läsaren in-

trycket att det i norra Stockholm inte finns underprivilegierade områden – i norra Stockholm ligger Tensta, Husby, Rinkeby med flera liknande områden som de i norra Botkyrka.

Den i Alfvéns inlägg anonyma verksamhetschefen är lika angelägen om att det finns barnsjukvård både i de södra och norra förorterna och givetvis i lika hög grad i dessa områden som i andra områden.

**Gunilla Hedlin**

verksamhetschef,

Barnmedicin 2, Barndivisionen  
Karolinska Universitetssjukhuset  
gunilla.hedlin@karolinska.se

\*

Se även inlägg på sidan 3483.



### LT Debatt

Skriv kort så publicerar vi ditt inlägg snabbare!  
Bidrag till LT Debatt bör inte vara längre än 800 ord (ca 5 700 tecken).

### LT Korrespondens

Skriv kort så kan vi publicera ditt inlägg snabbare! Bidrag till LT Korrespondens bör inte vara längre än 400 ord (ca 2 700 tecken).