

dan från födelsen, i en i övrigt i stort sett likvärdig levnadsmiljö, samt att man som utfallsvariabler har både symptom och påvisad sensibilisering. Verkligheten ligger sålunda långt från den ideala testsituationen.

Bröstmjölakens skyddande effekt är sannolikt starkast under den första månaden samt avtar därefter successivt. I dag är studiesituationen vanligen den att barnen får bröstmjolk till 3–4 månaders ålder, och i den mån bröstmjölken inte räcker ger man komjölsbaserad ersättning eller hydrolysat som tillägg. Därför kan man vända på Björksténs resonemang och säga att trots de svagheter och utspädnings effekter som de flesta studier har, ser man en viss skyddseffekt av bröstmjolk. Jag tror inte heller att allergibenägna familjer delar Björksténs bagatelliserande inställning till den måttliga eksemskyddande effekten av bröstmjolk, då bröstmjolk för de flesta är lättillgänglig, billig och praktisk.

I den aktuella litteraturgenomgången drar författarna slutsatsen att komjölshydrolysat har lika god skyddseffekt som bröstmjolk. Det bör vara trösterikt för de mödrar i allergifamiljer som av olika skäl inte kan amma.

Björkstén avfärdar resultaten av en experimentell studie, i vilken man visade att pHF men inte eHF undertryckte produktionen av IgE- och IgG-antikroppar mot betalaktoglobulin, med motiveringen att studien gjordes av producenten av preparatet och att studien inte har upprepats av oberoende forskare. Det är korrekt, och jag skulle inte ha kommenterat den om inte våra finska kollegor funnit resultat som pekar i samma riktning [2].

Björkstén blandar i sin kommentar ihop författarnas och mina synpunkter, t ex i hans andra mening där jag sägs anse att partiella och extensiva komjölshydrolysat är likvärdiga. Mina egna synpunkter framgår av det avslutande stycket.

Tony Foucard
docent, f d överläkare i pediatrik,
Akademiska barnsjukhuset, Uppsala
tony.foucard@kbh.uu.se

REFERENSER

1. Hays T, Wood RA. A systematic review of the role of hydrolyzed infant formulas in allergy prevention. Arch Pediatr Adolesc Med 2005;159:810-6.
2. Vaarala O, Saukkonen T, Savilahti E, Kiemola T, Åkerblom HK. Development of immune response to cow's milk proteins in infants receiving cow's milk hydrolyzed formula. J Allergy Clin Immunol 1998;96:917-23.

Överdriven förenkling av djuretik

Vi känner oss av Gunilla Bolinders essä »Män – och kvinnor – är djur« i Läkartidningen 6/2006 (sidorna 393-4) mån- de att fortsätta diskussionen. Det förs i samhället idag en viktig debatt kring forsknings- och djuretik, och det är av betydelse att även läkare och forskare tar aktiv del i den. För att göra detta krävs dock att man försöker analysera och förstå även de ståndpunkter man själv inte delar.

Princetonprofessorn Peter Singer är en av vår tids mest betydande moralfilosofer, men hans namn har blivit symbol för en debatt som ofta läser sig i extrempositioner. Vi önskar att Läkartidningens läsare inte av okunskap ska hamna i den fällan. Det Singer gjort är att ifrågasätta om vi människor har rätt att utsätta andra varelser för smärta och lidande endast därför att de tillhör en annan art.

Hans svar är nej: Vi bör behandla alla individer så att vi så långt som möjligt kan tillgodose deras intressen. Det handlar inte om att ge andra djur »mänskliga rättigheter«, en vanlig förvanskning av Singers resonemang, utan att man bör se till de intressen som individer av andra arter faktiskt har. Alla levande varelser, menar Singer, har ett grundläggande intresse av överlevnad och undvikande av smärta.

Vi vill påpeka att den moralfilosofi han utgår från – preferensutilitarismen – inte kategoriskt tar avstånd från vetenskapliga djurförsök. Poängen är att nyttan av forskningen måste vägas mot djurens lidande och död. En utgångspunkt som i sig knappast kan beskyllas för extremism eller enkelt låter sig viftas bort som »naturlig«.

Bolinder hävdar att varje art »måste äga en egoistisk drift att växa sig stark för sin egen överlevnad« och exemplifierar



Foto: IBL

Regler för djurhållning står inte i motsats till satsningar på vård av äldre.

rar sedan med bladlöss, ogräs och bakterier. Är detta argument verkligen hållbart, eller ens relevant? För de komplicerade etiska dilemman vi ställs inför idag kan knappast bladlöss eller ogräs sägas vara goda förebilder.

Vår art har, som Bolinder påpekar, en unik förmåga till moraliskt tänkande och agerande. Låt oss då använda den förmågan och skapa förutsättningar för en fortsatt forskning och utveckling som också sker på ett etiskt försvarbart sätt. Moral är inte ett nollsummespel där ökade rättigheter för den ene måste leda till försämringar för den andre.

Det finns alltså ingen anledning att, som Bolinder verkar vilja göra, ställa regler för djurhållning mot satsningar på vård av äldre. Vi har möjlighet till båda.

Joar Guterstam
Manne Sjöstrand

läkarstudenter T 11, Karolinska Institutet
joar.guterstam.440@student.ki.se

Replik:

Djuretik lättare än att hjälpa farmor

Jag har på intet sätt ifrågasatt det etiskt riktiga i god djurhållning eller ens berört forskning på djur. Jag delar även uppfattningen att människan inte kan ta sig rätten att orsaka lidande hos djur.

Däremot upplever jag hur mycket lättare det tycks vara att ta moralisk ställning i djuretiska frågor, än att i praktisk handling t ex ta hand om sin egen farmor på långvården.

Min reflexion inskränkte sig till den-

na vardagsmoral, dvs att vi ofta blundar för lidande och smärta hos vår egen art. Att varje art har en egoistisk överlevnadsdrift vidhåller jag fortfarande, men människan bär på ett särskilt ansvar att hantera den.

Gunilla Bolinder
med dr, överläkare, FoUU-ledningen,
Karolinska Universitetssjukhuset Solna
Gunilla.Bolinder@karolinska.se

Diskussionen om WHO's hälsodefinition inte ny

I Läkartidningen 5/2006 (sidan 271) skriver Carl-Johan Göthe om att WHO's nuvarande definition av hälsa är ett otillfredsställande och ibland direkt missledande verktyg. Därför menar Göthe att den bör avskaffas och ersättas av en hälsodefinition med polariteterna frisk-sjuk respektive en välbefinnande-definition med polariteterna må bra-må dåligt, eller åtminstone bör frågan lyftas upp på WHO-nivå för diskussion.

Funderingarna kring WHO's hälsodefinition från 1948 är kloka, men har också till stor del diskuterats tidigare på just WHO-nivå. I boken »Hälsa och hälsofrämjande – en litteraturstudie« av Medin och Alexanderson beskrivs på ett ingående men strukturerat sätt hur diskussionen gått sedan 1948. I definitionen från 1948 beskrevs hälsa som ett tillstånd, medan WHO i Ottawadeklarationen 1986, och senare i Sundsvallsdeklarationen 1991, reviderade hälsobegreppet så att hälsa ses som en process.

Beräffande distinktionen mellan häl-

sa och välbefinnande är Medins och Alexandersons bedömning att det inte finns någon tydlig sådan i WHO's ovan nämnda arbeten, även om det ges flera förslag till begreppens inbördes relation i boken.

Vidare beskrivs i boken ett genomgången eller pågående paradigmskifte. Utvecklingen har gått från att se hälsa och sjukdom som polariteter till att betrakta de två som två olika dimensioner som går att jämföra endast i begränsad utsträckning. Detta paradigmskifte är sannolikt pågående i så måtto att den etablerade forskningen redan ändrat uppfattning, medan många lekmän fortfarande dröjer kvar i de mer åldrade idékonstruktionerna.

Diskussionen är angelägen, och det finns förstas anledning att föra den vidare då vi idag, som Göthe påpekar, ser nya former av ohälsa som litegrann »ställer till det«, om hälso- och sjukvårdens



verksamhet planeras och omformas med hjälp av en inadekvat begreppsapparatur.

Ännu en förtjänst hos boken »Hälsa och hälsofrämjande«, som gör den mycket läsvärd, är att den också enligt titeln går igenom begreppet hälsofrämjande.

Det är väl inte många som undgått att notera vart och vartannat sjukhus idag kallar sig »hälsofrämjande« utan att medarbetare i verksamheten riktigt vet vad det innebär. Beträffande flertalet sjukhus uppfattar jag att denna benämning mest är tom, innehållslös reklam för den egna verksamheten. Emellertid finns alltså en gedigen teori även bakom detta koncept. Efter mera inhämtning av teoretisk kunskap ser jag fram emot en fruktbar diskussion i vilken begreppens mening är lika stor som deras attraktion i sjukvårdssammanhang.

Mikael Ludvigsson

AT-läkare, Linköping
mikael.ludvigsson@lio.se

Manlig omskärelse skyddar mot HIV

I LT 5/2006 (sidan 281) finns ett referat av ett kort referat i Nature Medicine av en ledare i PLoS Medicine som handlar om den första randomiserade studien som undersökt om manlig omskärelse skyddar mot HIV-infektion. Studien är publicerad i samma nummer av PLoS Medicine [1], tillsammans med tre kommentarer.

Studien omfattade 3 274 män i åldern 18–24 år i ett fattigt område utanför Johannesburg, Sydafrika. Männen randomiserades till att omskäras antingen vid studiens början eller vid dess slut 21 månader senare. Bortfallet var i båda grupperna mindre än 10 procent. Efter i medeltal 18 månaders uppföljning visade en interimanalys 20 fall av HIV-infektion i den omskurna gruppen och 49 fall i den ungefär lika stora kontrollgruppen, vilket ger en relativ risk (RR) på 0,40 och ett skydd (1-RR) på 60 procent (95 procent konfidensintervall: 32–76 procent). Kommittén för datasäkerhet ansåg då att det var oetiskt att fortsätta studien som därför avbröts, och männen i kontrollgruppen erbjöds omskärelse.

De sex granskare av manuskriptet

(»peer reviewers«) som PLoS Medicine anlitate var eniga om att studien skulle publiceras, och det snabbt. Med insändare i januarinumret 2006 har PLoS Medicine publicerat sammanlagt 16 kommentarer (»post publication peer review«). PLoS Medicine är en elektronisk »open access journal« varför alla som är anslutna till Internet kan ta del av studien och diskussionen.

Kommentarerna lyckas inte rubba mitt förtroende för studien. De etiska problemen var noga genomtänkta av forskarna och två etiska kommittéer. »Intention to treat«-upplägget kan ha medfört att omskärelsens skyddseffekt underskattats.

Studien handlar om omskärelse av unga män. Ingen författare förespråkar »världens äldsta och mest kontroversiella operation«: omskärelse av nyfödda eller små pojkar.

Om man hade ett vaccin med 60 procent skyddseffekt mot malaria, skulle man då tveka att använda det med motiveringen att då struntar folk i att använda sina DDT-impregnerade myggnät? Förhoppningsvis inte. Ekologiska studier och observationsstudier tyder på att omskärelse ger ett partiellt skydd mot

HIV-infektion [2]. Nu visar en experimentell studie samma sak. Den bör följas upp under längre tid, och inkludera studier av HIV-spridning till kvinnor och kompletteras med resultaten från två likartade, randomiserade studier som pågår i andra delar av Afrika.

Men bästa tillgängliga evidens (»best available evidence«) säger nu att manlig omskärelse ger ett partiellt skydd mot HIV-infektion, och i Sydafrika kommer man använda denna kunskap i kampen mot aids. Helt riktigt, tycker jag.

Inge Axelsson

barnläkare, Östersunds sjukhus och
Mittuniversitetet (Campus Östersund)
inge.axelsson@miun.se

REFERENSER

1. Auvert B, Taljaard D, Lagarde E, Sobngwi-Tambekou J, Sitta R, Puren A. Randomized, controlled intervention trial of male circumcision for reduction of HIV infection risk: the ANRS 1265 Trial. 1: PLoS Med 2005;2:e298. Epub 2005 Oct 25. <http://medicine.plosjournals.org>
2. Siegfried N, Muller M, Volmink J, Deeks J, Egger M, Low N, et al. Male circumcision for prevention of heterosexual acquisition of HIV in men. Cochrane Database Syst Rev 2003;(3):CD003362.