

WHO-kartläggning visar stora skillnader i hälsa mellan EU och östra Europa

I EUs sydöstra grannskap finns tolv länder som är eller kan utgöra tänkbara ansökarländer. WHO:s Europakontor har kartlagt de stora hälsoskillnaderna mellan dessa länder och EUs medlemsländer. Förändringsarbetet måste förstärkas för att förhindra att asymmetrin ökar än mer.



Foto: IBL

Turberkulossanatorium i Bujnask i den ryska delrepubliken Dagestan (juli 2000).

I Europa har samhällstjänsters kostnadseffektivitet alltmer prioriterats i det socialpolitiska reformarbetet under det senaste årtiondet. Ur samhällspolitisk synvinkel handlar det framför allt om hur hälsopolitiska reformer skall leda till förbättrad folkhälsa och hur hälsopolitiska infrastrukturer skall medverka i folkhälsoarbetet. De reformstrategier som utvecklats fokuserar på övervakning av befolkningens hälsa, identifiering av hälsobehov, utveckling av hälsofrämjande åtgärder, uppföljning och utvärdering. I tiden ligger ett behov av avgränsning för att säkerställa politisk acceptans baserad på kostnadseffektivitet och hälsovinster.

I Europa finns två internationella huvudaktörer inom folkhälsoarbetet, WHO, Världshälsoorganisationen, och EU, Europeiska unionen, med något olika hälsopolitisk inriktning. I »EU-Europa« har man, framför allt av ekonomiska skäl, haft bättre möjligheter och resurser för fortsatt hälsopolitiskt utvecklingsarbete än i övriga Europa.

I WHO:s Världshälsoodeklaration anges riktlinjer för globalt hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete. Med detta som bas tog WHO:s regionalkontor i Köpenhamn 1999 fram ett policydokument

»Hälsa 21 – hälsa för alla på 2000-talet«. Den fortsatta ekonomiska och sociopolitiska utvecklingen i Europa visade dock på svårigheter för många medlemsländer i det då »nya Europa« att optimalt prioritera hälso- och sjukvård; »hälsoklyftan« ökade mellan och inom länder. Att därför jämföra graden av måluppfyllelse med hjälp av tidigare utarbetade mål och indikatorer uppfattades som både orättvist och missvisande.

En översyn av WHO:s hälsopolitik i Europa var därför nödvändig. Ett nytt policydokument, »2005 Update«, togs fram och har accepterats av WHO:s 52 medlemsstater i Europa. I »2005 Update« finns således inga preciserade mål utan i stället diskuteras en önskvärd, praktisk inriktning för det fortsatta hälsopolitiska arbetet.

Sedan 1993 är också folkhälsoarbetet

ett samordningsområde inom EU. EUs folkhälsoprogram är mera problemorienterat och inriktat på sjukdomsförebyggande åtgärder på individnivå medan WHO:s »2005 Update« mera inriktas mot strukturella, socialpolitiskt hälsofrämjande åtgärder.

EUs folkhälsoprogram för åren 2003–2008 avser att främja fysisk och psykisk hälsa inom unionen genom förbättrad information och kunskap om hälsa, och snabba åtgärder vid hälsorisker. Hälsokonsekvensanalyser bör föregå beslut inom EUs alla politikområden.

EUs program riktas framför allt mot de största sjukdomsbördorna: elakartade tumörer, hjärt-kärlsjukdomar, andningsorganens sjukdomar, neuropsykiatriska sjukdomstillstånd och oavsiktliga skador. För närvarande omfattar EUs folkhälsopolitiska program 25 av Europas länder, »EU 25«.

EUs geografiska gränser har utvidgats alltmer i och med att EU sedan den 1 maj 2004 har 25 medlemmar. Följande tolv länder är nu grannar med »EU 25«, nämligen Bulgarien, Kroatien, Makedonien, Rumänien och Turkiet, som alla är kandidatländer, och dessutom Albanien, Bosnien-Herzegovina, Moldavien, Ryssland, Serbien-Montenegro, Ukraina och Vitryssland, som kan utgöra tänkbara ansökarländer.

Det är om folkhälsan i just dessa tolv grannländer som WHO:s Europakontor har sammanställt resultatet av tio frågor och givit ut en (för att vara WHO!) ovanligt trevlig, lättläst och praktisk pocketbok, »10 health questions about the new EU neighbours«. Varje land presenteras först kortfattat och överskådligt: storlek, befolkning, religion, språk, HDI (human development index), arbetslöshet och BNP/capita; och i förkommande fall görs jämförelser med länder inom EU.

Sedan kommer de mera preciserade tio frågorna om hälso- och sjukvårdssystem. Där frågas det om – och svaras på –



P OWE PETERSSON
med dr, Uddevalla
p.owe.petersson@comhem.se

demografiska förhållanden, sjukdoms-
börda, hälso- och sjukdomsrisiker, vem
som gör vad och hur, personella och eko-
nomiska resurser, vem som betalar för
vad, reformer och vad man lärt av dessa,
och slutligen om – och i så fall – hur
WHO har medverkat. Att på detta sätt få
en aktuell bild av hälsosituationen i t ex
Ryssland, presenterad på 22 pocketsi-
dor, är verkligen bra!

Inom de områden som frågorna om-
fattar är basfakta numera relativt lätt
tillgängliga i olika databaser. Så det
verkligt intressanta och värdefulla blir
därför de jämförelser som görs mellan
det aktuella »12«-landet i förhållande
till »EU 15« (dvs EUs länder före den
1 maj 2004), »EU 10« (alltså de då nya
medlemsstaterna) och slutligen det nu-
varande »EU 25«.

Och då framträder »hälsoklyftorna«; de
finns redan mellan »EU 15«-och »EU
10«-länderna, men blir allt större mel-
lan »EU 25«-länder och de här aktuella
»tolv grannländerna«! BNP/capita, som
vanligen samvarierar med väsentliga
hälsoindikatorer, belyser detta. För de
mer ursprungliga länderna, alltså i »EU
15«, är BNP/capita 22 750 euro, i nuva-
rande »EU 25« 20 400 euro, och för de
senast tillkomna länderna, »EU 10«,
5 530 euro! För elva av de tolv av EUs
grannländer motsvarar BNP/capita om-
kring 10 procent (2–12 procent; Kroati-
en 25 procent) av »EU 25«, alltså så lågt
som omkring 2 500 euro, och självklart
blir avståndet till »EU 15« ännu större.
Att detta rent generellt avspeglar sig i en
yngre befolkning med kortare medel-
livslängd, högre överdödlighet i de van-
ligaste folksjukdomarna, lägre HDI och
större arbetslöshet är inte förvånande.

Det är viktigt att hälsoklyftor och asym-
metriska förhållanden inom hälso- och
sjukvården blir allsidigt presenterade
och belysta. Denna »hälsopocket« gör
inte anspråk på att ge svar på allt, men
den ger en utmärkt lättläst och snabb in-
formation om hälso- och sjukvårdsför-
hållanden i länder som kan komma att
beröras av EUs fortsatta utvidgning.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållan-
den: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. The Health for All policy framework for the WHO
European Region: 2005 update. (European
Health for All Series; No. 7) Copenhagen: WHO
Regional Office for Europe; 2006.
2. 10 health questions about the new EU neigh-
bours. Copenhagen: WHO Regional Office for
Europe; 2006.

Professor Gillberg och hans medarbetare måste få upprättelse

De kammarrättsdomar som i februari
2003 gav två privatpersoner rätten att
läsa extremt integritetskänsliga forsk-
ningsjournaler innehållande data från
mångårig forskning utförd av professor
Christopher Gillberg och hans grupp i
Göteborg kan komma att få synnerligen
allvarliga konsekvenser för svensk pati-
entnära forskning. Kammarrättsdomar-
na har av formella skäl inte kunnat över-
klagas och Regeringsrätten har vägrat
prövningstillstånd.

Felaktiga uppgifter i framställan om att
få tillgång till journalmaterialet vilseför-
de enligt vår mening Kammarrätten,
som antog att begäran var ett led i veten-
skaplig forskning. Professorn i medi-
cinsk rätt Elisabeth Rynning har i en
analys av kammarrättsdomarna visat att
en annan av Sekretesslagens paragrafer
borde ha tillämpats och att materialet
då ej hade kunnat lämnas ut (Förvalt-
ningsrättslig tidskrift nr 4, 2005, sidor-
na 459-86).

Forskningsjournalerna förstördes i
maj 2004, i vad vi vill beteckna som nöd-
vårn, av tre medarbetare till professor
Christopher Gillberg dagarna innan de
ovillkorligen, enligt domstolsbeslutet,
skulle utlämnas till de två privatperso-
nerna. Professor Gillbergs medarbetare
har nyligen av tingsrätten i Göteborg
dömts till villkorlig dom och dagsböter.

Christopher Gillberg skulle, om han
medverkat till utlämning av journaler-
na, ha frångått djupt förankrade etiska
läkarregler. Jurister hävdar att Gillberg
givit alltför långt gående löften till del-
tagarna i studierna. Det är beklagligt att
domstolväsendet inte tar till sig uppgif-
ten att precis den typ av löften som
Christopher Gillberg givit deltagarna
har varje etisk kommitté sedan många
år krävt att kliniska forskare i vårt land
skall ge sina studiedeltagare. Utfästel-
serna innebär att ingen utanför forskar-
gruppen kan få ta del av de uppgifter
deltagare lämnar inom ramen för forsk-
ningsprojektet.

Gillberg kunde således inte ha handlat
annorlunda, och hans situation blev helt
omöjlig. Han hade först anmodats av
universitetets etiska kommitté att avge
stränga sekretesslöften för att få genom-
föra forskningsprojektet. Därefter åla-
des han av universitetet att bryta dessa
sekretesslöften under hot om anmälan
till Statens ansvarsnämnd. När han vid-

höll sin läkaretiska hållning att skydda
patientsekretessen, och vägrade med-
verka till utlämning av journalerna,
dömdes han slutligen av tingsrätt och
hovrätt för tjänstefel.

Mängder av forskande läkare fyller i dag
i etikprövningsnämndens formulär där
en fråga avser på vilket sätt forsknings-
personernas rätt till integritet garante-
ras när materialet publiceras. En vanlig
följdfråga från etikprövningsnämnder-
na är också hur sekretessfrågan bevakas.
Mot bakgrund av de beskrivna kammar-
rättsdomarna hamnar vi, som forskande
läkare, nu i en omöjlig situation.

I Sverige finns idag uppenbarligen
inte längre någon sekretess för deltaga-
re i forskningsprojekt. Den läkare som
hävdar det döms enligt svensk domstol
för tjänstefel. Detta måste forskande
läkare, de etiska kommittéerna, och de
lärosäten och sjukhus vid vilka forsk-
ningen bedrivs uppmärksamma. Vi kan
inte längre lova att de data som deltaga-
re i forskningsprojekt lämnar om sig
själva, sina barn eller andra släktingar
förblir sekretesskyddade.

Vilka efterverkningar kommer domarna
att få för forskning inom medicinska och
psykiatriska verksamheter i Sverige? Vi
ställer frågan till Vetenskapsrådet och
etikprövningsnämnderna. Sekretess-
skyddet för individer som frivilligt med-
verkar i klinisk medicinsk forskning
måste förstärkas och de felaktiga kam-
marrättsdomarna rivas upp för att möj-
liggöra fortsatt framgångsrik forskning i
Sverige.

Världsläkarförbundets Helsingfors-
deklaration uttalar strikta etiska regler
för medicinsk forskning, och klargör
utan reservation att inget lands lagar får
åsidosätta dessa principer. Sveriges
rättsystem måste anpassas till dessa in-
ternationella regler. Christopher Gill-
berg och hans medarbetare måste få
upprättelse.

Elisabeth Fernell
överläkare, barnneurologi och rehabilitering,
Astrid Lindgrens Barnsjukhus, Stockholm
elisabeth.fernell@karolinska.se

Mats Johnson
överläkare, barnneuropsykiatri,
Drottning Silvias Barn-
Ungdomssjukhus, Göteborg
mats.k.johnson@vgregion.se