

Europa överens om att gå den smala vägen

Under WHO:s ministerkonferens i Istanbul den 15–17 november slutförde och antog de 53 regeringsföreträdarna inom WHO:s Europaregion en »European Charter on Counteracting Obesity« [1], med visionen att stoppa ökningen av fetma, speciellt bland barn och unga, inom de närmaste 4–5 åren och att vända trenden till 2015.

Mer än 1 miljon människor dör årligen inom regionen av fetmarelaterade sjukdomar såsom hjärt-kärlsjukdomar, cancer och diabetes, och varje år blir 300 000 fler barn feta. Människor med lägre utbildning och inkomst är betydligt mer drabbade, och utvecklingen bidrar därför till social ojämlikhet i hälsa.

Det har bevisligen blivit för svårt för många människor att leva hälsosamt och att hålla kroppsvikten stabil. Kostnaderna för fetma och fetmarelaterade sjukdomar utgör upp till 6 procent av ländernas sjukvårdskostnader, och ökar varje år, vilket är ett hinder för ekonomisk och social utveckling. Oroade av denna utveckling beslutade länderna gemensamt under ledning av WHO:s Europakontor att sätta denna fråga högt på den politiska dagordningen och att skriva ett ramverk för åtgärder, som nu alltså är klart.

I **ministerdeklarationen** noteras att till grund för denna utveckling ligger en förändrad samhällsmiljö avseende sociala, ekonomiska, kulturella och fysiska förhållanden. Lösningen ligger därför i tvärssektoriella insatser. Sektorer som speciellt lyfts fram är handel, jordbruk, transport och stadsplanering. Betydelsen av att bilda partnerskap med andra intressenter från industri, handel, intresseorganisationer, medier och professionella nätverk lyfts fram, men det betonas samtidigt att arbetet bör ske under ledning av hälsosektorn och på basis av överenskomna folkhälsomål.

Åtgärder på internationell nivå behövs, därför att flera av fetmans bestämningsfaktorer är transnationella, såsom marknadsföring och försäljning av energitäta och näringsfattiga produkter och livsmedelsmärkningen. Det är ytterligare en styrka att organisationer såsom FAO, Unicef, Världsbanken, Europeiska rådet, ILO, OECD och EU har ställt sig bakom dokumentet.

I **texten slås fast** att det inte längre är acceptabelt att lägga hela ansvaret för



Foto: Liselotte Schäfer Elinder

Hagia Sofia, Istanbul. Bysantinsk arkitekturs centrala verk, uppfördes 532–37 som huvudkyrka under kejsar Justinianus, konverterades till moské efter den turkiska erövringen av Konstantinopel 1453 och profaniserades till museum 1934 (Nationalencyklopedin).

övervikt på individen, och att stigmatisering av personer med fetma måste

undvikas. För att skydda svaga grupper och säkerställa bestående resultat föreslås att alla till buds stående styrmedel används i en mix anpassad för varje enskilt lands behov. Detta inkluderar reglering, lagstiftning, ekonomiska styrmedel, hälsokommunikation, forskning samt verktyg som hälsokonsekvensbedömningar av politiska beslut och effektiva uppföljningssystem. Hälso- och sjukvårdens roll är att förebygga att överviktiga personer utvecklar fetma. Riskindivider ska identifieras och erbjudas rådgivning och behandling, medan vårdpersonal ska fortbildas.

Från Sverige deltog en delegation med folkhälsominister Maria Larsson i spetsen. I sitt tal till församlingen [2] betonade hon vikten av WHO:s ledarskap i frågan och betydelsen av tvärssektoriellt samarbete. Viktiga områden som lyftes fram av folkhälsoministern var barnhälsovården, skolan, fysisk aktivitet och byggd miljö samt äldre. Hon var kritisk till marknadsföringen av ohälsosam mat riktad till barn.

WHO kommer att stödja länderna i utvecklingsarbetet i form av en konkret europeisk handlingsplan under 2007. Stor vikt kommer att läggas vid utveckling av ett paneuropeiskt system för övervakning och uppföljning av indika-

■ FAKTA. Utdrag ur European Charter on Counteracting Obesity

Declared on 17 November 2006 that, »Visible progress, especially relating to children and adolescents, should be achievable in most countries in the next four to five years, and it should be possible to reverse the trend by 2015 at the latest.«

It spells out clearly what European states will need to achieve:

- High level political will and commitment to develop health promoting policies in all relevant ministries and agencies
- Consideration of impact on public health when making economic policy and other relevant decisions; for example, on trade, agriculture, transport, and urban planning
- Collaboration among ministries and agencies, led by health ministries
- Support for local authorities in creating opportunities for healthy lifestyles and diets; for example, in schools
- Linkage of actions against obesity to strategies for sustainable development

and for reducing non-communicable (chronic) diseases

- Balance between individuals' responsibility for their own health and the social responsibility of governments and societies
- Regional coordination of policy measures so that market pressures will not shift the sale of energy dense foods and drinks from states with strict regulation or legislation to those with less regulation
- Protection of children and adolescents from commercial exploitation that leads to obesity
- Easier ways for people to make healthy choices, particularly those on low incomes
- Policy tools range from legislation to public/private partnerships, with particular importance attached to regulatory measures.
- »Win win« solutions for the private sector, so that companies promoting healthier lifestyles gain market advantage

torer för fetma. WHO kommer att presentera uppföljningsrapporter vart tredje år, den första år 2010.

EU-kommissionen, som också var representerad med hälsokommissionär Markos Kyprianou i spetsen, driver för närvarande en så kallad plattform eller »public/private partnerships« med den kommersiella sektorn, reklambranschen och frivilligorganisationer. Plattformens medlemmar åtar sig frivilligt att genomföra insatser för att förbättra matvanor och öka fysisk aktivitet bland befolkningen i Europa. Man betonade dock från kommissionens sida att plattformen inte är att betrakta som ett alternativ till reglering och lagstiftning, snarare som ett komplement. En stor svaghet i arbetet är dock att man inte har satt några mål eller tidsramar för arbetet.

EU-kommissionen arbetar för närvarande på en europeisk strategi mot fetma som ska presenteras våren 2007. Ett område som kan bli aktuellt för lagstiftning är marknadsföringen av ohälsosam mat och dryck till barn. I Sverige råder förbud mot TV-reklam riktad till barn under 12 år, vilket ständigt undergrävs av utlandsbaserade TV-kanaler som sänder i Sverige. Detta visar på behovet av internationella överenskommelser.

Sammanfningsvis var Istanbulkonferensen en viktig kraftsamling som kan få stor betydelse för hälsoutvecklingen i hela Europaregionen. Att bromsa fetman kommer att kräva politisk handlingskraft och investeringar. Europa skulle kunna ge en viktig signal till övriga världen om att det är möjligt att förebygga fetma och kroniska sjukdomar relaterade till ohälsosamma matvanor och fysisk inaktivitet. Denna signal skulle inte minst vara av stor betydelse för fattigare länder där fetma och kroniska sjukdomar ökar i oroande snabb takt men där tillgången till hälso- och sjukvård är starkt begränsad.

Liselotte Schäfer Elinder
docent, Centrum för folkhälsa,
Stockholms läns landsting;
rådgivare till WHO
liselotte.schafer-elinder@sl.se

REFERENSER

1. http://www.euro.who.int/Document/NUT/Obesity_Charter_E.pdf
2. <http://www.regeringen.se/sb/d/1595>

Kan verkligen en veckas kortisonbehandling minska risken för kolektomi vid ulcerös kolit?

I Läkartidningen 41/2006 (sidan 3098) presenteras ett ansvarsärende (HSAN 2384/05) om en 19-årig kvinna med en nydebuterad ulcerös kolit, där kortison sattes in en vecka för sent och man till slut tvingades göra en kolektomi.

Gastroenterologen fick en erinran för att patienten förlorade sin tarm. Är detta beslut verkligen baserat på evidens? Vet vi att en veckas tidigare insatt kortisonbehandling verkligen skulle rädda tarmen? Vi vet att ca 30 procent av alla med en ulcerös kolit blir kolektomerade; majoriteten av dessa patienter vid ett akut skov. Vi vet också att detta är vanligast vid den första fulminanta attacken.

Visserligen kan man med modern medicinsk behandling ibland skjuta upp kolektomin. Där man lyckas undvika en kolektomi med modern aggressiv behandling brukar emellertid de flesta bli kolektomerade inom ett år i alla fall.

Att gastroenterologen har arbetat försumligt genom att inte undersöka pati-

enten och göra en ordentlig utredning när patienten sökte första gången kan vi hålla med om, och detta kan möjligen leda till en erinran även om det inte är uppenbart.

Det bästa hade säkert varit att lägga in patienten akut, men trots allt fick patienten en tid för utredning ganska snart.

Att ge en erinran för att »inte utesluta att kolektomin kunnat undvikas om medicin satts in i tid« kan vi dock inte hålla med om. Evidensen för detta påstående saknas helt.

Lars Pahlman
professor, överläkare,
kirurgkliniken,
Akademiska sjukhuset, Uppsala
lars.pahlman@surgsci.uu.se

Rune Sjö Dahl
professor, överläkare,
kirurgkliniken,
Universitetssjukhuset i Linköping

Norsk läkarutbildning även i Uppsala

I Läkartidningen har Lars Werkö (2005; 102:1743) och Rolf Sörbye (2006; 103: 2891-3) berättat hur norska medicine kandidater kom till Göteborg 1945 för att få sin kliniska utbildning. Detta påskyndade inrättandet av en sedan länge planerad medicinsk fakultet i Göteborg, genom ett riksdagsbeslut 1948.

För preklinisk utbildning sändes en grupp norska studenter till Danmark, och en grupp kom till Uppsala hösten 1945. Orsaken till den hotande läkarbristen i Norge var framför allt att tyskarna den 30 november 1943 stängde universitetet i Oslo, då landets enda. Krigslyckan hade ju då vänt: El-Alamein i november 1942, Stalingrad i februari 1943. Stängningen utlöste den 4 december 1943 en stor studentdemonstration i Uppsala [1].

Antalet medicine studerande i Uppsala kom då att fördubblas, med 28 svenska och 32 norska studenter. Här fanns ju en sedan länge etablerad studieordning,

med föreläsningar och laboratorieövningar i anatomi, histologi, medicinsk kemi, fysiologi, farmakologi och patologi. Utrymmena tillät inte att grupperna slogs ihop, utan undervisningen skedde parallellt, vilket innebar dubbelarbete för många lärare. Flertalet fortsatte sin kliniska utbildning i Norge.

I den svenska gruppen integrerades en norrman, som 1943 på egen hand tog sig över gränsen till Sverige, och en jugoslavisk partisan som 1943 lyckades fly från ett tyskt arbetsläger i Nordnorge. Hårtill kom tre estländare – totalt under 1945 tio studenter från Estland – samt enstaka från Lettland och Finland.

Estland, med svenskbygder sedan 1200-talet, var en fristat 1918–1940 men besattes sedan av Sovjet. De baltiska staterna intogs av Tyskland 1941, för att 1944 återtas av Sovjet. Det ryktades att studenter som flydde under den ryska ockupationen skulle ha utsatts för trakasserier av svenska kommunister, anslaget med det som drabbade »Kiruna-

svenskarna« på 1930-talet [2], men jag har inte fått detta bekräftat.

Jerzy och Lena Einhorn påbörjade sina medicinstudier i Łódź 1945 men tvingades 1946 avbryta dem på grund av antisemitiska pogromer i efterkrigstidens Polen [3]. De kom till Uppsala och kunde 1947 återuppta studierna fram till med kand-examen 1949. Den fortsatta kliniska utbildningen i Uppsala stoppades då de och några andra polska studenter hindrades att påbörja studierna i

intern medicin, med angivande av delvis rasistiska skäl. Trots många insatser av bl a Martin H:son Holmdahl tvingades de fortsätta studierna i Stockholm.

Förutom till Göteborg och Uppsala kom säkerligen många studenter under och efter världskriget till Lund och Stockholm, både till medicinska och andra fakulteter.

Ingemar Cullhed
docent, Uppsala
cullhed.i@telia.com

REFERENSER

1. Uppsalastudenten genom tiderna. Uppsala: AB Lundequistska Bokhandeln; 1950.
2. Eneberg K. Förnekelsens barn: Svenskarna som drog österut. Stockholm: Hjalmarsson & Högberg; 2003.
3. Einhorn J. Utvald att leva. Stockholm: Albert Bonniers Förlag; 1996.

Fosterdiagnostik och etik – en gång till

I sin kommentar till mitt inlägg – båda i Läkartidningen 45/2006 (sidorna 3540-2) – undviker representanterna för Centrum för fostermedicin och UltraGyn i Stockholm att svara på de flesta frågor jag ställde, eller besvarar de dem genom att göra jämförelser med historiska data utan relevans för frågan.

I samma nummer (sidan 3460) framför de i en referentgranskad artikel under vinjetten Klinik och vetenskap i stort sett samma argument, men utan att presentera några egna resultat. Det är i och för sig intressant, och det ger indirekt svar på en av mina frågor, nämligen att verksamheten i Stockholm handlar om klinisk verksamhet och inte om vetenskapliga studier.

Att CUB är en säker metod med många fördelar har jag aldrig ifrågasatt. Att metoden är tillförlitlig framgår bland annat av den vetenskapliga genomgång som SBU nu gjort av tidig fosterdiagnostik, och detta kan även representanterna för Centrum för fostermedicin och UltraGyn i Stockholm konfirmera.

Påståendet att jag är motståndare till utveckling av fosterdiagnostik är grovt felaktigt. Skillnaden i uppfattning mellan mig och representanterna för Centrum för fostermedicin och UltraGyn i Stockholm är att jag vill att nya metoder, särskilt inom fosterdiagnostik, skall införas på ett sådant sätt att det blir etiskt och ekonomiskt hållbart även i ett längre perspektiv, medan de i sin debattartikel ger uttryck för att det räcker att metoden har kortsiktiga vinster. Att en metod i sig är säker och har många fördelar hindrar inte att användningen av den kan ge konsekvenser som av samhället inte anses etiskt acceptabla.

Jag tror dessutom att många kvinnor skulle uppskatta att nya metoder inom fosterdiagnostik bedöms inte bara utifrån ett rent medicinskt perspektiv

utan också att andra aspekter vägs in. Det vore olyckligt om kvinnor börjar erbjudas en metod som senare dras tillbaka därför att metoden exempelvis anses ha etiskt icke acceptabla konsekvenser.

Det är bland annat den situationen jag tycker det är viktigt att försöka undvika genom den etiska analys jag förespråkar. I en sådan analys skall professionen självfallet delta med sin expertkunskap; däremot bör analysen av de etiska aspekterna för både individ och samhälle på grund av professionens uppenbara jävsförhållanden utföras av andra.

Med mina frågor i föregående inlägg ville jag peka på att flera av de etiska och långsiktiga konsekvenser som kan aktu-

aliseras av införande av CUB inte har belysts tillräckligt vare sig i debattartikeln eller i den referentgranskade artikeln. Det är möjligt att sådan information finns, men kommentaren från representanterna för Centrum för fostermedicin och UltraGyn i Stockholm ger intryck av att den saknas.

Jag hävdar därför fortfarande att de frågor jag väckte i mitt förra inlägg bör få ett svar innan de ansvariga inom mödravårds- och fostermedicinska enheter fattar beslut om huruvida CUB skall införas eller inte.

Jan Wahlström
professor emeritus, klinisk genetik,
Sahlgrenska Universitetssjukhuset,
Göteborg
jan.wahlstrom@obgyn.gu.se

Slutreplik:

Vad är den etiska skillnaden gentemot att erbjuda gravida fostervattenprov?

Jan Wahlström återkommer med sin kritik mot att vi infört en ny och säkrare riskvärderingsmetod (CUB) inom fosterdiagnostiken i Stockholm (Läkartidningen 45/2006, sidorna 3460-3).

Man kan fråga sig vad som nu blivit ett etiskt dilemma när tusentals kvinnor tidigare föreslagits att genomgå fostervattenprov på åldersindikation. Wahlström har som ansvarig för ett genetiskt laboratorium deltagit i den verksamheten. Är det först nu, år 2006, som en korrekt etisk ståndpunkt har klarnat? Med samma resonemang skulle aldrig nya landvinningar inom genetiken såsom preimplantatorisk diagnostik och diagnostik av hereditär cancer blivit av.

Det är viktigt att de som deltar i etiska tankesmedjor inte står för ett separat elittänkande. En majoritet av gravida

kvinnor i Stockholm idag vill – på frivillig basis – ha möjlighet och tillgång till modern fosterdiagnostik med så god precision och så få negativa bieffekter som möjligt.

Låt oss också erbjuda dem detta!

Peter Conner
med dr, överläkare,
Centrum för fostermedicin,
Karolinska Universitetssjukhuset
peter.conner@karolinska.se