

folkhälsoproblemen, de flesta livsstilsrelaterade; matvanor, hjärt-kärlsjukdomar, rökning och cancer, mental ohälsa och självmord, trafik och olycksfall, för att nämna några. Hälsans ojämlika fördelning framgår tydligt; gapet mellan öst och väst är stort och ser tyvärr ut att öka. Det skiljer t ex sex år i genomsnittlig livslängd mellan östra och västra Europa!

Finns samlad i databas

All information om Europa-regionens hälso- och sjukvård finns samlad i en imponerande »Hälsa för Alla»-databas på Regionkontoret i Köpenhamn, varifrån en diskett kan rekvireras (WHO's Europakontor, Scherfigs vej 8, 2100 Köpenhamn). Mera utförliga utvärderings- och uppföljningsrapporter av denna typ publiceras av Europakontoret vart tredje år. I samband med WHO's regionalkommittés årliga möte tar man dock fram en mer kortfattad översikt, den senaste »WHO in Europe Meeting the Challenges» gavs ut i september 1995.

Åtta områden

I enlighet med Maastrichtfördraget, där Europaunionen fastställde sin folkhälsodeklaration, kommer medlemsstaterna att intensifiera samarbetet inom folkhälsområdet, medan däremot hälso- och sjukvårdens organisation fortsätter att vara en nationell angelägenhet. Man kommer framför allt att koncentrera sig på följande åtta områden: cancer, aids, narkotikamissbruk, övervakning av sjukdomspanorama, insamling av statistik, miljörelaterade sjukdomar, sällsynta sjukdomar och olyckor. Man lägger stor vikt vid att stimulera en hälsosam livsstil. Dessutom skall man särskilt ägna sig åt den åldrande befolkningen, den ökade rörligheten med risk för social utslagning, den socio-ekonomiska situationen och arbetslöshetens betydelse för hälsan samt förväntningar och kostnader inom hälso- och sjukvårdssystemen. Om möjligt skall en »folkhälsokonsekvensanalys» utarbetas i likhet med EU's miljökonsekvensanalys. EU's folkhälsoprinciper överensstämmer i stort sett med de principer som redan dragits upp av WHO och Världsbanken. Den första rapporten om hälsoläget inom Europaunionen har nyligen publicerats i samarbete med WHO's Europakontor i Köpenhamn.

För den som är intresserad av att följa den hälsopolitiska

Max 400 ord i korrespondenspalten!

Till »korrespondens» välkomnas korta inlägg (högst 400 ord plus, om nödvändigt, ett fåtal referenser), i två exemplar och med dubbelt radavstånd.

Eftersom korrespondenspalterna är ett mått på läsarnas intresse för tidningen vill vi även fortsättningsvis värna om denna avdelning, som har högt läsvärde. Genom att varje insändarskribent fattar sig kort kan vi bereda plats för fler och publicera snabbare.

Redaktionen förbehåller sig rätten att rubricera och förkorta inlägg. För att påskynda publiceringen sänds normalt inget korrektur till författaren.

diskussionen rekommenderas den nystartade tidskriften »Eurohealth» som ges ut av the European Health Policy Research Network, London School of Economics.

Owe Petersson
professor,
Nordiska hälsovårdshögskolan, Göteborg

sjukvårdspersonalen känns det angeläget att informera om följande:

Danska Rikshospitalets stoffskiftekur förefaller att i sin bisarra utformning vara en värdig efterföljare till TV-serien om Riget. Sannolikt är dock näringsexperterna på Rikshospitalet helt oskyldiga till denna obalanserade ovetenskapliga ketogena kost som uppges ha en starkt viktreducerande effekt och vaccinera mot framtida fetma. Den hänförs omväxlande till Rikshospitalet, Sahlgrenska sjukhuset, Malmö Allmänna sjukhus, Huddinge sjukhus och till vår grupp på Karolinska sjukhuset. Ingen av dessa har lagt sin hand vid detta alster.

Frukosten är oftast obefintlig, kosten starkt ketogen och består huvudsakligen av pro-

Meningslös bantningskur

Eftersom vi varje vecka nu kontaktas via brev, fax och telefon om ytterligare en unik bantningskur, som dessutom speciellt tycks sprida sig bland

Utdrag ur en sida av tvåveckorsprogrammet.

Danske rikshospitalets stoffskiftekur

Denna bantningskur kan starta vilken veckodag som helst, men det rekommenderas att den startar en söndag.

- | | |
|----------|----------------------------------------------------|
| Dag 1 | Söndag |
| Frukost: | 1 kopp svart kaffe, 1 sockerbit |
| Lunch: | 2 hårdkokta ägg, spenat kokt i vatten, 1 tomat |
| Middag: | 1 stor biff (250 g) sallad med olja och citron |
| ... | |
| Dag 5 | Torsdag |
| Frukost: | 1 stor riven morot med citron |
| Lunch: | 1 stor bit kokt torsk med citron, liten klick smör |
| Middag: | 1 stor biff, sallad med selleri |
| ... | |
| Dag 7 | Lördag |
| Frukost: | 1 kopp te utan socker |
| Lunch: | Ingenting |
| Middag: | 1 grillad lammkotlett, färsk frukt |
| ... | |

teiner. Måltidsrytmen är starkt obalanserad. Recepten är felaktiga och felkonstruerade. Naturligtvis går man ned i vikt av att hålla sig till denna extrema diet, men utan rimliga chanser att ha tränat in en långvarig beteendeförändring, som experterna idag är överens om är en förutsättning för någon chans till bestående framgång.

Eftersom mycket av vår arbetstid nu går åt att besvara förfrågningar, framför allt från vårdpersonal, förefaller det lämpligt att påtala att denna moderna vandringslegend som sprids via faxapparaterna lämpligen omedelbart bör förpassas till papperskorgen.

Stephan Rössner
professor,
Överviktsenheten,
Karolinska sjukhuset,
Stockholm

Övertro på röntgens förmåga i HSN

I Läkartidningen 48/95 refereras ett ansvarsärende där en läkare av Ansvarsnämnden fått en erinran för att han avlägsnade gipset på en kvinna med distal radiusfraktur en vecka tidigare än planerat utan att med röntgen kontrollera att den var ordentligt läkt (HSAN 2309/94).

Med begränsad kännedom om det aktuella fallet vill vi inte ta ställning till om det var korrekt eller icke att avbryta gipsbehandlingen vid denna tidpunkt. Däremot vill vi varna för den övertro på röntgens förmåga att bedöma läkning som Ansvarsnämndens motivering ger uttryck för. Det är mycket svårt att röntgenologiskt, efter så kort tid, avgöra om en fraktur är så konsoliderad att den kan anses stabil eller icke. Denna bedömning bör istället baseras på kliniska fynd vid prövning av stabilitet och ömhet. Detta förhållande gäller för övrigt generellt i handskelettet som är lätt att palpera.

Tar längre tid

En röntgenologisk konsolidering som är så solid att röntgen tveklöst benämner frakturen läkt tar ofta betydligt längre tid än det kliniska läkningsförloppet. Röntgenundersökning är ovärderlig när det gäller att bedöma felställning, men osäker när det gäller läkningsbedömningen under den första

månaden. I konsekvens härav genomförs icke heller rutinmässigt en röntgenkontroll av alla radiusfrakturer när de avgipsas efter den gängse behandlingstiden som anses vara fyra veckor.

Läkningsförloppet varierar

Med kunskap om fraktur-läckningens mekanismer torde det föreliggande ganska stora variationer vad gäller läkningsförloppet, och det blir återigen den kliniska stabilitetsbedömningen som i förening med palpationsfyndet avgör om frakturen är så stabil att den inte längre behöver fixeras.

Vi ser på en handkirurgisk mottagning för övrigt ganska många radiusfrakturer som läkt med felställning och där felställningen bevisligen uppstått efter det att tiodagarskontrollen på röntgen gjorts och trots att gipstiden på fyra-fem veckor iakttagits. Det är alltså osäkert om gipsfixation i det senare skedet av frakturen verkligen förhindrar ytterligare dislokation.

Onekligen har behandlande läkare frångått praxis när han avslutat gipsbehandlingen efter tre veckor men hans underlåtenhet att i det läget utföra en röntgenundersökning är enligt vår uppfattning inte någon anledning till disciplinär åtgärd.

Ove Engkvist
chefsöverläkare,
handkirurgiska kliniken
Margaretha Höglund
överläkare, röntgen-
avdelningen, ansvarig
för handradiologin,
Södersjukhuset,
Stockholm

Replik:

Handlade inte i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet

Såsom föredragande i rubricerade ärende har jag beretts tillfälle att bemöta synpunkterna från Ove Engkvist och Margaretha Höglund.

Jag håller helt med dem om att en röntgen inte kan förväntas visa läkning av en radiusfraktur efter tre veckor. Det är väl känt att röntgen »ligger efter» vad avser dokumentation

av callusbildning i alla kroppens ben, men kanske särskilt handen?

I det nu aktuella fallet har vederbörande ortoped inte handlat i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet i det att gipsskenan togs bort redan efter tre veckor. Det är detta – och inte att röntgen inte gjordes – som är anledningen till kritiken. Det finns ännu så länge i Sverige konsensus kring att frakturen skall fixeras i fyra-fem veckor, men för framtiden kanske tiden, särskilt i externfixation, bör minskas i syfte att minska stelheten. Flera avhandlingar och rekommendationer från Svensk ortopedisk förening anger fixationstiden till fyra-fem veckor.

Avbröt gipsbehandlingen för tidigt

Avvikelsen från erfarenhet och beprövad erfarenhet bestod sålunda i detta fall i att avbryta gipsbehandlingen i för tid. Det kan finnas starka skäl att förkorta fixationstiden – stora trycksår är kanske det som skulle kunna motivera att avsluta fixationen helt efter tre veckor. I detta fall angavs inte några sådana skäl till förkortning av fixationstiden.

Om man på grund av »kläm och skav» skall förkorta gipsbehandlingen till tre veckor måste man enligt min uppfattning på något sätt övertyga sig om att detta kan göras utan olägenhet. Klinisk undersökning är ett sätt, men om inget resonemang förs om att »frakturläget måste offras» eller »röntgen visar läkning», då är det svårt att försvara den förkortade gipsfixationen.

Jag håller också med Engkvist och Höglund om att dislokationer efter fyra veckor förekommer, men det kan man inte ta som intäkt för att frångå den kunskap man nu har eller de tydliga rekommendationer som finns. Vi har ännu mycket att lära i behandlingen av radiusfrakturer. Vår nuvarande behandling kommer sannolikt i framtiden att betraktas som alltför »slenrianmässig».

Jag menar alltså att det nu och vid behandling 1994 måste finnas starka dokumenterade skäl till att förkorta fixationstiden om man skall kunna försvara en så kort tid som tre veckor.

Detta framgår av den avslutande del, en i Läkartidningens

referat, och det var olyckligt att kritiken mot den korta fixationstiden inte lyftes fram också i rubrik och ingress.

Pelle Netz
chefsöverläkare,
föredragande i ortopedi
i HSN, Stockholm

Viktig skillnad mellan gentest och drogtest i arbetslivet

Läkareallskapets delegation för medicinsk etik har diskuterat frågan om drogtestning i arbetslivet och diskussionen refererades i Läkartidningen 50/95. Delegationen konstaterade att arbetsgivaren »har och måste ha stora möjligheter att ställa krav på den anställde vad gäller yrkeskunskap och personliga egenskaper i övrigt». Delegationen menade också att »det är rimligt att arbetsgivaren kan kräva drogfrihet av den han anställer.»

Ifrågasatt

Barbro Westerholm har i sitt inlägg i Läkartidningen 6/96 ifrågasatt delegationens ståndpunkt, dels på det sättet att hon vill vidga perspektivet till en mera allmän integritetsfråga, dels genom att ifrågasätta om drogtest är »det bästa sättet att garantera allmänheten och dess legitima skyddsbehov.» Drogtestningen är naturligtvis bara ett av många olika inslag i försöken att åstadkomma drogfria arbetsplatser och över huvud taget ett samhälle som är så fritt som möjligt från droger och i det råder inga meningsskilljaktigheter mellan delegationen och Barbro Westerholm. Likaså delar delegationen synpunkten att det är synd att frågan om medicinska test i arbetslivet inte gjorts till en parlamentarisk utredning, utan lämnats som en enmansutredning. I en parlamentarisk utredning blir det betydligt större utrymme för att diskutera de mera allmänna integritetsfrågorna som det förvisso också handlar om.

Genetisk testning

Den viktiga frågan om genetisk testning i arbetslivet har

delegationen hittills inte yttrat sig om. Att använda droger är något som en människa själv kan bestämma över, medan man inte kan göra något åt sitt genetiska arv. Detta är en avgörande skillnad. Delegationen menar att gentekniken inte ska få användas för att välja respektive välja bort människor i samband med anställning eller omplaceringar på en arbetsplats.

Det är i och för sig omöjligt att en anlagstestning skulle kunna vara av värde för en enskild individ i vissa arbetsmiljöer, men då borde detta vara något som individen själv i så fall skall bestämma om. Den information som kommer fram vid en sådan testning ska vara individens egen kunskap och heller inte kunna krävas av arbetsgivaren.

Det enklaste sättet att slippa svåra och ibland mycket intrikata avvägningsproblem är enligt delegationens mening att man helt och hållet förbjuder utnyttjande av genetisk testning vid anställning och i andra situationer i arbetslivet. Kanske är en lagreglering nödvändig, men kunde inte också detta lika gärna lösas med en frivillig överenskommelse mellan arbetsmarknadens parter? I så fall finns det heller ingen anledning att ytterligare lagreglera frågan och heller inte inrättandet av någon särskild fristående etisk nämnd, som Barbro Westerholm föreslår.

Den enda situation då genetisk testning kan vara motiverad inom arbetslivet är i samband med en medicinsk utredning och då ska naturligtvis hälso- och sjukvårdslagens regler om sekretess gälla.

Lars Jacobsson
ordförande,
Läkareallskapets delegation för medicinsk etik

Max 400 ord

Till »korrespondens» välkomnas korta inlägg (högst 400 ord plus, om nödvändigt, ett fåtal referenser), i två exemplar och med dubbelt radavstånd.

Eftersom korrespondensspalterna är ett mått på läsarnas intresse för tidningen vill vi även fortsättningsvis värna om denna avdelning, som har högt läsvärde. Genom att varje insändarskräbent fattar sig kort kan vi bereda plats för fler och publicera snabbare.