

i en verksamhet av det slag som beskrivs här.

Här finns behov av att utveckla nya och förfinade instrument för konkret prioritering i klinisk praxis.

Referenser

1. Honigsbaum F, Calltorp J, Ham C, Holmström S. Priority setting processes for healthcare. New York: Radcliff Medical Press Ltd, 1994.
2. Vårdens svåra val. SOU 1995:5.
3. Calltorp J. Prioritering och beslutsprocess i sjukvårdsfrågor [dissertation]. Institutionen för Socialmedicin, Uppsala universitet, 1989.
4. Calltorp J, Holmström S. Prioritering i svensk sjukvård – kritisk analys av förebilderna. Läkartidningen 1992; 89: 1267-9.
5. Gilbert JG. Tonsillectomy in New Zealand. N Z Med J 1987; 100: 538.
6. Lind M, Lundell B, Zetterqvist P. Andningshinder hos sovande barn på grund av tonsillhyperplasi. Läkartidningen 1981; 78: 2947-50.
7. Hultcrantz E, Larson M, Hellquist R, Ahlquist-Rastad J, Svanholm H, Jakobsson OP. The influence of tonsillar obstruction and tonsillectomy on facial growth and dental arch morphology. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 1991; 105: 427-34.
8. Soreide AK, Olofsson J. (Adeno)tonsillektomi hos barn. Tidsskr Nor Laegerforen 1995; 115: 352-4.

Summary

No 'superfluous' care at a Swedish ENT department according to the Oregon list

Ulf Hallgärde, Stefan Holmström

Läkartidningen 1998; 95: 1679-82

It is often asserted in the health care debate that stricter priority setting would be one way of solving some of the economic problems. However, comparison of the workload at a Swedish ENT department with the Oregon list, one of the strictest prioritisation instruments yet devised, suggests that this is not the case. After adaptation of the Oregon list to the norms of Swedish practice (e.g. current policy regarding tonsillectomy, as elicited from Scandinavian studies), very little of the remaining workload would not be approved according to the Oregon list. Thus the scope for economy would appear to derive from professional skill in the internal planning of diagnostic investigation and treatment, rather than from the application of prioritisation systems devised by others.

Correspondence: Dr Ulf Hallgärde, ENT Department, Universitetssjukhuset, S-221 85 Lund.

HIV-explosion hotar Asien

Cirka 20 procent av världens 30 miljoner HIV-infekterade finns i Sydostasien. Spridningen varierar kraftigt inom området och är idag bunden till intravenöst missbruk och sexhandel. Det stora hotet är en mer generell spridning. Det framgår av följande rapport från den fjärde internationella konferensen om aids i Asien och Stillahavsområdet i Manila, oktober 1997.

Flera länder i Asien och Stillahavsområdet står inför en HIV-explosion. Världens folkrikaste stater, särskilt Indien, kan stå inför en hälsokatastrof. Med en befolkning på mer än 2,5 miljarder representerar området över 60 procent av världens befolkning. Utvecklingen av HIV/aids inom regionen kommer att ha stor betydelse för den globala HIV-aidspandemin.

HIV började spridas i Asien i början av 1980-talet. De första fallen hade haft sexuella kontakter med personer utanför Asien. I slutet av 1980-talet hade HIV spritt sig till många befolkningsgrupper inom området, främst till följd av den stora sexhandeln och utbredningen av intravenöst missbruk.

I början av 1997 räknade man med att det fanns 5–7 miljoner HIV-infekterade i Sydostasien, det vill säga ungefär 20 procent av världens ca 30 miljoner HIV-infekterade. Ungefär 1/3 av de HIV-smittade är kvinnor. HIV-epidemin är relativt ny i Asien så aidsfallen har helt nyligen börjat uppträda.

Den uppskattade HIV-prevalensen varierar mycket inom regionen, från 0 i Nordkorea till ca 1 per 10 000 i de flesta av länderna och ända upp till 2–3 procent i de värst drabbade områdena som Kambodja, Myanmar och Thailand. Kambodja kan fram till år 2007 tvingas att betala 20 miljarder amerikanska dollar årligen för aidsvård. Var femte polis och soldat i Kambodja antas vara HIV-smittad. I Vietnam kan 1 procent vara smittad år 2000. I Indonesien med 200 miljoner invånare kommer aidsvården att ta en tredjedel av hälsovårdsbudgeten fram till 2005.

Författare

BRITH CHRISTENSON
docent, överläkare

PER LUNDBERGH
docent, chefsöverläkare; båda vid Smittskyddsenheten, Karolinska sjukhuset, Stockholm.

Utvecklingen av HIV-epidemin skiljer sig åt i länder och regioner, framför allt på grund av olika traditioner och acceptans av sexhandeln som berör både kvinnor och kunder. Sådant som har stor betydelse för spridningen är tex hur många kunder kvinnorna har per dag, hur ofta männen besöker dessa samt bruket av kondomer.

Den HIV-epidemi som är associerad med injektionsmissbruk har haft en explosionsartad utveckling i många områden och kan från missbrukaren föras vidare till missbrukarens partner. Exempel på områden med denna utveckling är Thailand, Myanmar, Yunnan-provinsen i Kina, Manipur i Indien, Vietnam och Malaysia. Bland de intravenösa missbrukarna har prevalensen nått 50–90 procent på mycket kort tid. HIV-epidemin som beror på sexhandeln och epidemin som har sitt ursprung i drogmissbruk är två skilda HIV-epidemier som sprider sig nästan oberoende av varandra. Detta har speciellt visat sig i Thailand, där de två HIV-epidemierna orsakas av skilda subtyper av HIV.

Undersökningar från de värst drabbade områdena visade att 40 procent av ca 3 000 prostituerade kvinnor var HIV-infekterade i Kambodja, 25 procent av jämförbara kvinnor i Myanmar och 19 procent i Vietnam. Dessa höga siffror kan jämföras med prevalensen 0,13 procent i Filippinerna, där över 6 000 kvinnliga prostituerade testats i 10 städer.

Liten spridning i Japan och Filippinerna

De flesta länderna i Asien och Stillahavsområdet har låg prevalens och låg incidens. Till exempel Australien och Nya Zeeland, vilka tidigt hade en epidemi bland homosexuella män med en topp 1985 och därefter en snabb nedgång. Spridningen bland intravenösa

missbrukare har i båda länderna varit begränsad, och prevalensen i missbrukarpopulationen beräknas vara mindre än 2 procent. Den heterosexuella smittspridningen är låg och prevalensen bland gravida kvinnor är mindre än 1 på 10 000. Även i Japan har spridningen varit liten, mindre än 1/10 000. I början inträffade ett alarmerande utbrott bland hemofili-ker, och 35–40 procent av alla hemofili-patienter infekterades med HIV. Från och med 1985 genomfördes att alla blodprodukter skulle värmebehandlas, och därefter har inte något fall av HIV associerat till blodprodukter inträffat. Totalt har Japan rapporterat 1 677 aidsfall varav 40 procent härrör från personer som före 1985 fick blodprodukter.

Även i Kina är spridningen av HIV liten trots ökning bland intravenösa missbrukare i vissa provinser i södra Kina (Yunnan och Guanxi). Avgörande för spridningen till den heterosexuella befolkningen är kontakten mellan hög-riskgrupper, det vill säga intravenösa missbrukare, och lågriskgrupper och befolkningen i övrigt. År 1985 registrerades det första aidsfallet i Kina, och mellan 1985 och 1988 inträffade första fasen av HIV-spridningen via utlands-kineser. 1994 iaktogs en spridning utanför Yunnan-provinsen genom illegala plasmainsamlare som även sköter knark- och sexhandeln.

Indien beräknas ha fler HIV-infekterade än något annat land i världen, man räknar med ca 2,5 miljoner HIV-smittade i en befolkning på 970 miljoner människor. Prevalensen är ungefär 0,3 procent, vilket är lägre än i många andra områden i regionen. Det är stora variationer av HIV-förekomst inom olika områden i Indien. Hälften av de ca 5 000 aidsfallen har rapporterats från Maharastra-regionen, och 80 procent av dessa kommer från staden Mumbai. Endast 4 procent av aidsfallen har rapporterats från 21 av Indiens 32 stater. I Manipur varifrån 6 procent av aidsfallen rapporterats uppges att dessa hitintills enbart utgörs av intravenösa missbrukare. Man har beräknat att det finns 25 000 missbrukare i regionen, som gränsar till den gyllene triangeln. En annan grupp som visat sig ha en hög HIV-prevalens är lastbilschaufförer och deras medhjälpare, vilket i sig är oroande. I Afrika har HIV-spridningen på många ställen kunnat associeras till lastbilschaufförer som spridit HIV till många handelscentra. En seroprevalens på närmare 10 procent finns uppgiven för denna grupp i Madras.

Thailand framhölls som det land där man haft en explosionsartad utveckling av HIV till följd av både sexindustri och narkotikamissbruk. Men också som exempel på ett land som framgångsrikt bekämpat HIV-epidemin och där myndigheterna lyckats hejda utvecklingen.

Man har nu bromsat HIV-epidemin och ser inte längre någon ökning. Detta har skett genom testning, information och ökad kondomanvändning.

Prevalensen i Filippinerna är relativt låg. Filippinerna har möjlighet att undgå den HIV-explosion som setts i exempelvis Thailand. Antalet infekterade har ökat men inte i den utsträckning man befarat. I Filippinerna har HIV-epidemin huvudsakligen spridits heterosexuellt. I fem städer har man hittat HIV-smittade bland prostituerade; prevalensen var dock bara några procent jämfört med 30–70 procent HIV-smittade bland prostituerade kvinnor på andra ställen i Asien. Beräkningar som gjordes 1993 av den kumulativa HIV-prevalensen var att 58 000 HIV-smittade skulle finnas 1997 och 92 000 år 2000. Senare beräkningar har visat att dessa siffror var för höga, och man tror att man för närvarande har 24 000 HIV-smittade och troligen kommer att ha 43 000 år 2000. Filippinerna har ca 45 miljoner invånare.

Det finns för närvarande flera förklaringar till att situationen i Filippinerna är bättre än i Thailand och Kambodja. De flesta heterosexuella i Filippinerna har inget riskbeteende. En undersökning 1991 visade att 15 procent av männen i åldern 15–49 år haft sex med en prostituerad de senaste tolv månaderna, jämfört med Thailand där 75 procent av männen hade haft prostitutionskontakt de senaste sex månaderna. Filippinska prostituerade uppgavs ha cirka sex kunder per vecka jämfört med 14–22 kunder för prostituerade i Thailand. Även attitydskillnader framhölls; gemensamt för de filippinska kvinnorna var att de sökte skaffa sig ett monogamt förhållande med en partner. Skillnader vad gäller den sociala acceptansen av utomäktenskapliga sexkontakter finns mellan Filippinerna, som har en övervägande katolsk befolkning, och många andra länder i Asien, där männen har som tradition att besöka prostituerade.

Samma utveckling som i Afrika hotar

Stora variationer finns i HIV-prevalensen mellan områden och länder i Asien och Stillahavsområdet. Det är lätt att få föreställningen att HIV är allmänt spritt i de stora befolkningsgrupperna, men så förefaller det inte vara. HIV finns i vissa områden och är bundet till intravenöst missbruk och sexhandel. Några länder är mer utsatta än andra, som Thailand och Kambodja, men även ett av de värst drabbade länderna som Thailand har lyckats hejda utvecklingen. Hotet för Asien är samma utveckling som setts i de afrikanska länderna där HIV-epidemin spritts generellt, vilket bland annat visat sig i en alarmerande hög prevalens hos gravida kvinnor. •



MEDICINENS SPRÅK

Särtryck ur Läkartidningen 1990–93

Läkartidningens språkspalt innehåller både stort och smått, både dagsländor och "eviga" sanningar – om nu sådana över huvud taget finns i språket och medicinen.

Ett urval mer översiktliga artiklar från fyra år har samlats i detta 32-sidiga särtryck, som togs fram i anslutning till arbetet med "Förslag till skrivregler för medicinska termer".

Pris 48 kr. Vid 11-50 ex 43 kr, vid högre upplagor 40 kr/ex.

Beställ här

..... ex Medicinens språk

.....
Namn

.....
Adress

.....
Postnummer/Postadress

Sändes till Läkartidningen, Box 5603, 114 86 Stockholm

Märk gärna kuvertet "Medicinens språk".

Beställning per fax:
08-20 76 19