

sker detta inom få dagar under slutenvårdstid.

Det är dock angeläget att undvika övertro på effekter när man går utanför de kriterier som angivits i ECST och Nascet. I ett prospektivt material från Lund komplett utredda med avseende på patogenetisk mekanism bedömdes 8 procent vara sekundära till storkärlsjukdom [1]. I NINDS' (National Institute of Neurologic Disorders and Stroke) databank var 10 procent bedömda som betingade av storkärlsjukdom, varav mer än en tredjedel tandemarteriella lesioner [2].

Bland äldre patienter med stroke är lakunär mekanism och kardiell (inkl aortabågen) vanligare patogenetisk mekanism än karotisembolism.

Övervägande belägg finns för att lakunära infarkter representerar en från storkärlsjukdom och pial perfusionsproblem skild entitet [3].

Självfallet utesluter inte röntgenologiskt påvisande av vitsubstanssjukdom eller »röntgenologisk lakun» vare sig annan mekanism eller än mindre att man avstår från utredning. Så gjorde ej heller vi. I NASCET-materialet fann man ingen korrelation mellan karotisstenos och vitsubstanssjukdom [4]. Karotisstenos och kardiell embolikälla är ej påtagliga riskfaktorer för lakunär infarkt [5].

### Felaktigt påstående

Påståendet att vår indikation för duplex är auskulterbare blåsljud över karotis är fel. Hörbart karotisblåsljud är lik som duplex verifierad asymtomatisk stenosindikator för arterioskleros och därav för vaskulära händelser som hjärtinfarkt och stroke. Givetvis skall duplex utföras även då karotisblåsljud saknas, när indikation finns.

Lena Bokemark  
underläkare,

Christian Blomstrand  
bitr professor, överläkare,

Björn Fagerberg  
docent, överläkare,  
Sahlgrenska sjukhuset,  
Göteborg

### Litteratur

1. Lindgren A, Roijer A, Norrving B, Wallin L, Eskilsson J, Johansson BB. Carotid artery and heart disease in subtypes of cerebral infarction. *Stroke* 1995; 25: 2356-62.
2. Sacco RL, Ellenberg JA, Mohr JP. Infarction of untermained cause: the NINCDS Data

Bank. *Am Neurol* 1989; 235: 382-90.

3. Bamford JM. Lacunar syndromes – are they still worth diagnosing? In: Donnan G, Norrving B, Bamford J, Bougoslavsky J eds. *Lacunar and other subcortical infarctions*. Oxford: University Press 1995: 32-43.
4. Streifler JY, Eliasziw M, Benavente OR, Harbison JW, Hackinski VC, Barnett HJM et al, for the North American Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial. The risk of stroke in patients with first-ever retinal vs hemispheric transient ischemic attacks and high-grade carotid stenosis. *Arch Neurol* 1995; 52: 246-9.
5. Boiten J, Lodder J. Lacunar infarcts. Pathogenesis and validity of the clinical syndromes. *Stroke* 1991; 22: 1374-8.

## Pannband – torrt i vått

Under sommarsäsongens plaskande får vi åter ett antal bedrövade ungar på besök för externa otiter på våra hälsocentraler. »Badmössa» lyder då påbudet, men vem vill ha en töntig badmössa på sig?

Varför inte bara klippa av toppen på badmössan och vips få ett häftigt pannband!

Det skyddar fullgott mot kletiga, kliande öron och kan

**Pannband** – kanske en ny innegrej!

säkert rent av bli en innegrej i dubbel bemärkelse när den sedan plockas på vid hårtvätten resten av året.

Bertil Hagström  
distriktsläkare, Storvik

## Nya receptblanketter motverkar kvalitetsutveckling

Den nya receptblanketten för särskilda läkemedel har konsekvenser för primärvården som LäkeMedelsverket inte tycks ha förutsett. Säkerheten i läkeMedelsregistreringen äventyras och många allmänläkare får avsevärda extrakostnader.

Svensk primärvård använder idag datajournalssystem till nästan 80 procent. Många system hanterar skrivare med receptblanketter i löpande bana, andra har till och med direktöverföring till apotek. Många allmänläkare har vant sig att journalsystemet ska vara enda källan för säker läkeMedelsregistrering. En utskrift av ett recept via datorjournalssystemet resulterar i en säkrare läkeMedelslista och förbättrad dokumentation i själva patientjournalen.

Många journalssystem ger också prisinformation och be-

slutsstöd beträffande överkänslighet och interaktioner. Att de lokala läkeMedelskommittéernas rekommendationer finns inlagda i systemen kommer att bli en än mera väsentlig funktion i framtiden.

### Unika möjligheter till kvalitetsutveckling

En konsekvent användning av receptförskrivningsrutinen i datorjournalssystemet medför att det samtidigt byggs upp ett lokalt register med såväl patientens förbrukning som läkarens förskrivning samt aktuella uppgifter om relevanta diagnoser. Ett lokalt register innebär unika möjligheter till kvalitetsutveckling genom jämförelse och diskussion mellan kolleger på en vårdcentral eller i en utbildningsgrupp. Ett centralt register innebär endast möjlighet att ingripa mot de allra värsta avarterna.

För att de nya blanketterna skall kunna användas i datorjournalen krävs förändringar som innebär kostnader för primärvården. Dels måste datorjournalleverantörerna utveckla nya moduler för blanketten, dels måste många allmänläkare skaffa nya skrivare till en kostnad av 6 000 kr/st.

Det centrala registret får inte utvecklas på bekostnad av de lokala registren! Ge därför allmänläkare med receptförskrivningsrutin i datorjournalen dispens från att använda de nya blanketterna till dess att problemen med att utveckla nya moduler och få fram erforderliga resurser är lösta!

För SFAMs arbetsgrupp för data- och klassifikationsfrågor

Annika Brorsson  
distriktsläkare, Malmö

## Hälsoläget i Europa redovisas

I Läkartidningen 10/96 redovisades på ett utmärkt och överskådligt sätt dels WHO's Världshälsorapport från 1995 »Bringing the Gaps», dels hälsoläget framför allt i östra Europa.

WHO's Europakontor i Köpenhamn har nyligen redovisat hälsoläget i en rapport »Health in Europe – 1993–1994, Health for all monitoring report». I rapporten beskrivs hur medlemsstaterna i WHO's Europa-region försöker att bemästra

**ANNONS**

**ANNONS**

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 folkhälsoområdet, 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