

gnoskod inger visserligen betänkligheter men kan till nöds accepteras.

Vad som däremot inte kan accepteras är att frågor skall ställas till patienten om hans inställning till receptregistrering.

Att föra in en sådan utifrån patientens behov helt ovidkommande fråga stör patient-läkarrelationen. Den väcker säkert i många fall undran och frågor från patienten och därmed en diskussion om något helt annat än det patienten söker hjälp för. Det är respektlöst gentemot patienten och inkräktar dessutom på det tidsmässiga utrymmet.

Slutsatsen kan väl bara bli en – avskriv idén om ett receptregister på Socialstyrelsen!

*Greger Ahnlund*  
överläkare, ÖV-psykiatri  
Halmstad

## **Ekonomisk ersättning för kliniska studier blygsam**

Läkartidningen 9/97 tar upp läkemedelsindustrins ersättning till kliniskt verkssamma läkare för deras medverkan i kliniska studier. Eftersom jag själv om än i mycket blygsam omfattning deltar i Nordil-studien vill jag göra några kommentarer.

Jag uppfattar ersättning i den aktuella studien som blygsam om man tar i beaktande de kostnader som medföljer. Framför allt under studiens start, i samband med eventuell inkludering av patienter, uppkommer ett antal extrabesök som stjälar tid från övrig verksamhet. Ett antal prov skall också tas i en omfattning som inte är aktuell vid sedvanliga kontroller av dessa typer av patienter.

Den springande punkten i sammanhanget är att det ankommer på ansvarig chefsöverläkare att avgöra hur stor del av arvudet som bör gå till vårdinrättningen som ersättning för den extra tid som nedlagts och för täckande av laboratoriekostnader. Chefsöverläkaren får också avgöra om det är rimligt att aktuell verksamhet sker utanför ordinarie arbetstid, vilket jag tror att det kan vara svårt att genomföra i praktiken.

Den utbildning som Phar-

**Max 400 ord i korrespondensspalten!**

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 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. Ange dock alltid titel, adress och telefonnummer där vi kan nå skribenten. Kontakta redaktionen innan manus sänds med e-post.

macia & Upjohn erbjudit i form av endygnssammankomster och som jag har haft nöjet att få bevista vid något tillfälle har varit av medicinskt mycket hög klass och överlägset det mesta jag erbjudits från min arbetsgivare. Att bolaget i dessa sammanhang även bjuder in sköterskor att delta i utbildningen tycker jag är värt att poängtera då denna grupp under lång tid varit svältfödd med utbildning på denna nivå.

*Göran Almkvist*  
leg läkare, Linköping

## **Statistisk fälla**

I Läkartidningen 8/97 redogör Kristina Orth-Gomér och medarbetare för studien Kvinnostress kartläggs. Vad jag undrar över är om författarna observerat att flera av deras standarddeviationer leder till biologiskt orimliga resultat?

Figur 1 innehåller ett flertal exempel på detta. Att ange antalet separationer till  $0,6 \pm 0,9$  leder till, om vi håller oss på 95 procents sannolikhetsnivå ( $\pm 2 \times SD$ ), att många av kvinnorna genomgått  $-1,2$  skilsmässor ( $0,6 - 2 \times 0,9 = -1,2$ ).

Att som på sidan 636 ange antalet barnbarn per patient till  $2,0 \pm 2,7$  leder till att många patienter har  $-3,4$  barnbarn ( $2 - 2 \times 2,7 = -3,4$ ).

Har författarna gått i den vanliga fällan att utan vidare anta att deras data är gaussiskt fördelade (normalfördelade), något som ingalunda är a priori givet ens när det gäller biologiskt material? Som påpekas i de flesta seriösa statistikläroböcker är det icke alls regel att

alla observationsmaterial uppvisar normalfördelning. Mängder av material uppvisar fördelningar, som icke har den ringaste likhet med normalfördelningen. Silsmässofrekvensen är med all rimlighet en monotont fallande fördelning och antalet barnbarn per patient en lognormal fördelning.

Faran med att stoppa in sina observationer i ett dataprogram och sedan trycka på knappen är att man erhåller befängda resultat om förutsättningarna för programmets formler inte är uppfyllda. Tur att författarnas signifikansanalyser på grund av Centrala Gränsvärdesatsen inte invaliderats.

*Stig Melander*  
docent  
Norrköping

## **Replik: Inte bara att stoppa in i ett dataprogram**

Av vår statistiska metod som beskrivs i detalj i Läkartidningen 8/57 framgår att icke-parametriska metoder (Wilcoxon's test) använts för att signifikantesta skillnader mellan fall och kontroller, dvs hjärtsjuka och friska kvinnor. Anledningen är just medvetandet att många av våra parametrar inte är normalfördelade, vilket också bekräftas med hjälp av Shapiro Wilks test.

Det är förvisso riktigt att många biologiska observationsmaterial ej uppvisar nå-

gon gaussisk normalfördelning. Däremot är insändarens metod att beräkna medelvärdes 95 procents konfidensintervall fel.

»Seriösa statistikböcker» [1-3], anger följande metod: medelvärde (mean)  $\pm 1,96 \times$  medelfel (standard error of mean, SEM). Relationen mellan standardavvikelse (SD) och medelfel (SEM) kan uttryckas som  $SEM = SD/\sqrt{n}$ , där  $n =$  antalet observationer.

Beräknar vi 95 procents konfidensintervall med den korrekta metoden varierar medelvärdet för antalet separationer eller skilsmässor hos hjärtsjuka kvinnor mellan 0,5 och 0,7 ( $0,6 \pm 1,96 \times 0,05$ ). Medelvärdet för de hjärtsjuka kvinnornas barnbarn varierar med 95 procents säkerhet mellan 1,5 och 2,5 ( $2,0 \pm 1,96 \times 0,25$ ). Det tydligaste sättet att illustrera skillnader i snedfördelade variabler mellan grupper är att, som vi nyligen gjort i vår artikel i Circulation om det starkt snedfördelade blodfettet lipoprotein (a), grafiskt återge fördelningen bland fall och kontroller. Det skulle dock kräva alltför stort utrymme för så många parametrar.

Det är som insändaren skriver inte tillrädligt att »stoppa in observationerna i ett dataprogram och sedan trycka på knappen». Både analyser och datainsamling måste föregås av teori- och hypotesbildning, statistisk power-beräkning, genomtänkt strategi för statistiska analyser m m.

*Kristina Orth-Gomér*  
professor,  
Karolinska institutet

## **Referenser**

1. Bland M. Introduction to medical statistics. Oxford: University press, 1995.
2. Rothman KJ. Modern Epidemiology, Boston: Little Brown & Company, 1968.
3. Hamilton LC. Modern data analysis. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Publishing Co, 1990.

## **Det finns många prioriteringar att göra för en sjukvårdspolitik**

Med anledning av Jerzy Einhorn's replik på mitt inlägg

»Varför ondgöra sig över rabatterat impotensmedel?» (Läkartidningen 11/97) vill jag säga följande.

Visst, livet igenom gäller det att prioritera och prioritera rätt. Det är orättfärdigt av politiker att spela ut en slagen grupp mot en annan och att omfördela medel avsedda för sjukvård till röststarkare grupper.

Det finns rättfärdigare och kraftfullare alternativ. När skall vi t ex införa att trafikförsäkringarna betalar hela kostnaden för trafikskadorna? Den trafikskadade måste tas om hand omedelbart medan gamla som aldrig ägt en bil får vänta med att få sin utslitna höft utbytt. Kostnaderna får han dock bära. Kanske måste trafikförsäkringsavgiften två-tredubblas och mopeder och cyklar skattebeläggas som i Schweiz, men finns det något rättfärdigare alternativ?

### VIP-service

Idrott är viktigt, men vissa idrotter har en betydande skadefrekvens, och idrottskador måste ofta tas om hand akut. Skall idrottsstjärnor och andra idrottsutövare även fortsättningsvis på VIP-service för en spottstyrver eller skall man kräva att idrottsrörelsen bär sina egna sjukvårdskostnader?

Det finns många prioriteringar att göra, speciellt för en sjukvårdspolitik. Frågan är: Skall man fortsätta gynna starka väljargrupper genom orättfärdiga och populistiska beslut, eller skall man våga bryta trenden att slå de redan slagna och i stället ta tillvara deras intressen?

Det senare skulle på lång sikt återinföra en viss respekt och tilltro till politikerkåren som hela samhällsmaskineriet skulle må bra av.

*Arne M Olsson*  
docent, överläkare,  
urolog/androlog, Universitetssjukhuset, Lund

## Generaliseringar om promiskuitet i den afrikanska kulturen

Harold Sihm bidrar i Läkartidningen med en utmärkt överblick över HIV-/aidsepidemiens aktuella läge i Afrika söder om Sahara [1].

Särskilt påpekandet att den

för skandinaver närmast ofattbara resursbristen och vidgningen av sociala och ekonomiska klyftor inom populationerna i många länder i Afrika är av grundläggande betydelse för HIV-/aidsepidemiens förlopp förtjänar att understrykas.

Dock bekymrar det mig att Harold Sihm – givetvis oavsiktligt – också bidrar till att kolportera redan väletablerade fördomar och myter i relation till HIV-/aidsepidemin i Afrika. Det anges i artikeln att »–den ofantligt djupa fattigdomen leder till migration till städerna, promiskuitet, som i den afrikanska kulturen är accepterad och utbredd, samt till smittspridning.» Medan början och slutet på denna mening utgör ett väldokumenterat påpekande innehåller den centrala delen av meningen både sakfel och fördomar.

### Många olika kulturer

För det första finns det i Afrika inte någon enda och enhetlig kultur, men som bekant på den afrikanska subkontinenten söder om Sahara åtskilliga hundra. Enbart här i Kenya räknar vi med ett femtiotal, sins emellan ganska olika kulturer, inom vilka populationernas attityder, beteenden och trosföreställningar på området sexuell och reproduktiv hälsa företer synnerligen heterogena drag.

För det andra saknar jag dokumentation för det ofta framförda påståendet att »promiskuitet (generellt) är accepterad och utbredd i afrikansk(a) kultur(er)».

Min egen erfarenhet är visserligen begränsad till sammanlagt ungefär tolv års arbete som läkare på olika nivåer inom hälsovårdsstrukturen i sammanlagt nio länder i Afrika söder om Sahara, men ingenstans har jag ännu träffat på någon kultur där »promiskuitet» var accepterad!? Ytliga och multipla sexuella relationer förekommer med hög prevalens i selekterade subgrupper av migrerande populationer och många kvinnor tvingas – av den extrema fattigdomen, som Harold Sihm korrekt påpekar – ut i prostitution i många afrikanska städer. Men att generalisera dessa observationer till att vara representativa för kontinentens population som helhet är givetvis obehövt. Sådana generaliseringar kan endast

bidra till att förstärka den flora av stigmatiserande myter och fördomar som med stöd i förenklade påståenden och kasuistiska observationer i fackpressen [2, 3] kan spåras i den skandinaviska debatten om HIV-/aidsepidemin i Afrika.

*Frants Staugård*  
professor, Senior Policy Adviser to the Ministry of Health, Nairobi

PS Kan någon av Läkartidningens läsare för övrigt hjälpa mig att definiera begreppet »promiskuitet»? Enligt min Oxford Reference Dictionary [4] betyder promiskuitet »having casual sexual relations with many people». Men vad betyder då »casual»? Och vad innebär »many»? Bästa svaret belönas med ett exemplar av vår nya bok om aids i Afrika [5].

### Referenser

1. Sihm H. Aids-pandemi i Afrika. Läkartidningen 1997; 94: 547-8.
2. Christenson B, Lundbergh P. HIV-positiva afrikaner sprider smitta. Läkartidningen 1993; 90: 1478-81.
3. Ekholm-Friedman K. Centralafrikansk syn på manlig sexualitet. Socialmedicinsk tidskrift 1993; (9-10): 483-8.
4. The Oxford Reference Dictionary, 1992; Oxford: Clarendon Press.
5. Cabrera C, Pitt D, Staugård F. Aids and the Grassroots – Problems, challenges and opportunities. 1996; Nairobi/Nordiska Hälsovårdshögskolan, Göteborg, Ipelegeng Publishers.

### Replik:

## Bakomliggande orsaker det väsentliga

Det är med intresse och glädje jag har läst Frants Staugårds kommentar till min artikel om Aids i Afrika. Otvivelaktigt måste han framför någon annan vara expert på ämnet. Det är inte jag. Om det värde laddade och dubiösa ordet »promiskuitet» stryks i min artikel kan vi troligen vara tämligen överens: »Ytliga och multipla sexuella relationer förekommer med hög prevalens

bland subgrupper av migrerande populationer och många kvinnor tvingas – av den extrema fattigdomen – ut i prostitution i afrikanska städer.»

Ur profylaktisk synvinkel är dock inte beteendet som sådant – »promiskuiteten», hur man nu definierar den – det väsentliga, utan de bakomliggande orsakerna: fattigdomen, migrationen och befolkningsrörligheten, urbaniseringen, rotlösheten, kvinnornas svaga ställning och andra kulturella orsaker [1].

### Svar på frågorna

Naturligtvis vill också jag försöka ge bästa svar på Staugårds frågor i hopp om att förvärva boken »Aids i Afrika».

Hur många sexuella förhållanden »many» innebär uppfattas förmodligen helt individuellt, men i HIV-sammanhang kan det ju räcka med »ett» samlag om personen är HIV-positiv. »Casual» tycker jag kan översättas med »tillfälliga» eller »lösa» förbindelser [Engelsk-Dansk Ordbog].

Frågan är om »promiskuitet» uppfattas på samma sätt i Afrika som i Västvärlden, om själva begreppet i dag i Västvärlden har samma valör som för 50 år sedan, och om det är skillnad på England [Oxford Dictionary] och Sverige [Bonniers Svenska Ordbok] i detta avseende.

Bonniers Svenska Ordboks definition på »promiskuitet» är: Sexualliv som inte är reglerat av äktenskapsregler». I Afrika säger man: »Polygamy without wedding rings».

*Harold Sihm*  
med dr, Färia

### Referenser

1. Fee E, Fox DM. Aids. The making of a chronic disease. USA: University of California Press 1992.

## Patientfokuserad sjukvård?

Häromdagen fick jag inbjudan från Euroform – i samarbete med: Deloitte & Touche Consulting Group och Formera Management AB – till »Högaktuell workshop för Dig som arbetar i vården». Priset för detta tvådagarsmöte är 7 400 kr men rabatt gives: anmäles fyra personer från samma företag betalar de endast för tre – ja, det står företag. Titeln på work-