

länge hon tagit klorokin. Den internationella litteraturen innehåller (enligt PubMed) åtminstone ett fall av kardiovaskulär kollaps efter en låg dos till en frisk ung individ [6].

Utbrändhet?

Arbetsrelaterad stress och utbrändhet anges enligt rapporter i massmedierna vara en vanlig orsak till sjukskrivning under de senaste åren. Någon parallell ökning av antalet plötsliga och oväntade dödsfall har inte kommit till vår kännedom, något man borde se om det verkligen finns en enkel relation mellan risken för plötslig dödande hjärtrytmstörning och arbetsrelaterad stress.

Implanterbar defibrillator

Går det då att hitta »riskindivider»? Arbetet med det internationella registret avseende patienter med idiopatiskt kammarflimmer har påvisat svårigheterna att hitta riskmarkörer för återfall bland individer som redan bevisligen åtminstone en gång haft en livshotande arytm. Omvänt har det inte heller gått att påvisa faktorer som skyddar mot återfall. Av detta skäl har behandling med den implanterbara defibrillatorn hos denna patientgrupp framstått som det naturligaste alternativet.

Som alla intressanta fallrapporter väcker också denna en rad frågor, men ger oss samtidigt anledning att hålla ögonen öppna för såväl nya patofysiologiska mekanismer som gamla hot i ny förklädnad.

Referenser

1. Rajs J, Perski A, Blomqvist V, Hammarström E, Hammarström A. Arbetsrelaterad stress bakom plötsliga dödsfall? Två unga svenskar drabbade av känt japanskt fenomen. *Läkartidningen* 2000; 97: 5294-300.
2. Myerburg RJ, Castellanos A. Cardiac arrest and sudden cardiac death. In: Braunwald E, ed. *Heart disease. A textbook of cardiovascular medicine*. 4th ed. Philadelphia: WB Saunders Co, 1992: 756-89.
3. Poole JE, Bardy GH. Sudden cardiac death. In: Zipes DP, Jalife J, ed. *Cardiac electrophysiology. From cell to bedside*. 2nd ed. Philadelphia: WB Saunders Co, 1995: 812-32.
4. Bowker TJ et al. A national survey of sudden unexpected cardiac death or unexplained death in adults (SADS). *Heart* 1996; 75: P-80.
5. Priori SG, Crotti L. Idiopathic ventricular fibrillation. *Cardiac Electrophysiol Rev* 1999; 3: 198-201.
6. Sogani RK, Sharma DK, Gupta V. Cardiovascular collapse following small dose of chloroquin in healthy young adult. *J Assoc Physicians India* 1986; 34: 534.

Kamp om barnen än en gång eller förtroendefullt samarbete?

Förra gången det krigades mellan allmänmedicinare och pediatriker var jag själv ganska ny som allmänmedicinare och en aning skakad av tongångarna i debatten. Med ett par decenniers erfarenhet av sjuka och friska barn bakom mig, och lika många år av gott samarbete med barnläkare, känner jag mig mer förvånad än skakad av perspektivlösa påhopp som Ian Modins i *Läkartidningen* 43/00 (sidan 4890).

Modin argumenterar för att barnläkaren bör vara barnets självklare husläkare. Han har fått svar på tal av Mats Andersson i samma nummer av LT. Jag vill komplettera på några punkter.

Fram för flimmerdoktorer?

I Modins värld finns ingen plats för generalister. En logisk konsekvens av hans resonemang är att alla patienter med knäbesvär bör få träffa en knädoktor, alla patienter med hjärtflimmer får träffa flimmerdoktorer etc. Varför skulle man nöja sig med en »ortopedgeneralist» eller en kardiolog eller (oh, hemska tanke!) en vanlig invärtesmedicinare eller allmänmedicinare, efter som alla ska få träffa »den bäste»?

Jag är inte säker på att Modin själv sitter säker i sadeln som »barnläkargeneralist». Varför skulle inte hans allergiska barn få träffa en barnallergolog, hans diabetesbarn en barnendokrinolog, hans DAMP-barn en barnneuropsykiater? Föräldrarna vill ju ha »det bästa» eller hur?

Börjar i fel ända

Nej, jag tror Modin börjar i fel ända, när han framställer allmänmedicinaren/

Författare

CHRISTER PETERSSON

med doktor, distriktsläkare, Växjö; medlem i Socialstyrelsens arbetsgrupp »Barnkompetensen i hälso- och sjukvården».

”Ingen tjänar på att sjukvården blir ett slagfält för konkurrerande specialiteter. Såvitt jag vet är barnen i Kronoberg (där vi inte har någon barnläkare i primärvården, men ett gott samarbete med barnkliniken) minst lika friska och nöjda med vården som barnen i Stockholm, där man har god tillgång på öppenvårdspediatriker.”

generalisten som ett hot mot barnens hälsa i ett land som har världens kanske friskaste barn, och där 40-70 procent (beroende på ort och region) av barnens samtliga läkarkontakter i öppenvård sker med allmänläkare (familjeläkare), och där allmänläkare står för huvuddelen av läkarinsatserna vid BVC.

Det är klart visat att man vid välfungerade vårdcentraler bedömer och slutbehandlar barnens sjukdomar i mycket hög utsträckning och att bara ett fåtal barn söker sig direkt till barnakuten [1].

Sjukvården är till för att befrämja hälsa och behandla sjukdom. Ingen tjänar på att den blir ett slagfält för konkurrerande specialiteter. Såvitt jag vet är barnen i Kronoberg (där vi inte har någon barnläkare i primärvården, men ett gott samarbete med barnkliniken) minst lika friska och nöjda med vården som barnen i Stockholm, där man har god tillgång på öppenvårdspediatriker.

Sambandet mellan vårdutbud och hälsa

Det är svårt att mäta och fastställa samband mellan typ av vårdutbud och hälsa. Pediatrikprofessorn Barbara Starfield vid Johns Hopkinsuniversitet i USA har presenterat ett flertal studier med nationella och internationella jämförelser, som tydligt talar för att allmänläkarbaserad primärvård är effektivare än specialistdominerad sjukvård både



Ska vi samarbeta eller slåss om barnens/föräldrarnas gunst? Till vilken nytta för vem? (Teckning: May Strandberg.)

vad gäller hälsovariabler och kostnader [2]. En annan amerikansk studie visade att utbudet av »family physicians» (allmänläkare) i olika delar av USA korrelerade väl med bl a låg spädbarnsdödlighet och låg andel barn med låg födelsevikt [3]. Modin har kanske data som talar i motsatt riktning? Om inte tycker jag att det är plats för en smula ödmjukhet.

Ingen är bäst på allt!

Ingen kan vara bäst på allt! Det gäller privat och professionellt. Det gäller för föräldrar och för doktorer. Inom psykologin har man myntat det fruktbara begreppet »tillräckligt bra förälder». Inom medicinen skulle vi kanske behöva utveckla begreppet »tillräckligt bra doktor».

Jag har själv 20 års erfarenhet av barnvårdscentral, föräldragrupper och sjuka barn på distriktsläkarmottagning. Jag är inte bäst i världen, men jag känner mig övertygad om att jag som allmänläkare är den bästa husläkaren (dvs tillräckligt bra) för barnen och deras familjer. Här finns inte plats för att stapla argument för detta, men om man som Modin avfärdar t ex föräldrarnas eget vårdbehov som irrelevant, då vet man inte mycket om den psykosociala problematik, den smärtpolitik etc

som alltför ofta är en realitet i föräldragenerationen [4].

Ett viktigt gemensamt fält

Slutligen: Sjukvårdens möjligheter att påverka hälsoläget i befolkningen är klart dokumenterade – inte minst inom pediatriken – men också begränsade. Det finns andra och starkare krafter i samhället som styr det stora mönstret av sjukdom, lidande och död.

Det är en insikt som är viktig att ha med sig, inte minst när man arbetar med socialpediatriska problem. För att bli framgångsrika på det området gäller det för såväl allmänläkaren som barnläkaren att skapa kontakter med världen utanför sjukvården och med varandra. Här har vi nog en del att lära på båda håll och ett viktigt gemensamt fält för att utveckla barnkompetensen i framtiden!

Referenser

1. Håkansson A, Mölstedt CM. Lätt åstadkomma bra arbetsfördelning mellan distriktsläkare och barnläkare. *Läkartidningen* 1992; 89: 1365.
2. Starfield B. Primary care and health. A cross-national comparison. *JAMA* 1991; 266: 2268-71.
3. Vogel RL, Anckermann RJ. Is primary care physicians correlated with health outcomes? *Int J Health Serv* 1998; 28: 183-96.
4. Petersson C, Håkansson A. High-consulting children indicate illness-prone families. *Scand J Prim Health Care* 1996; 14: 71-8.

BMJ inte med på impaktfaktorlista

Förstasidesbilder av New England Journal of Medicine, Nature och British Medical Journal fångar mitt öga i *Läkartidningen* 42/00 (sidan 4720) som reklam för avdelningen »nya rön» med resuméer av svenska manus som är accepterade i välrenommerade vetenskapliga tidskrifter.

En bra innovation i *Läkartidningen!* Forskare uppmanas till att skicka in bidrag och hänvisas till en hemsida på Karolinska biblioteket för att få den kompletta listan över de godkända tidskrifterna (www.kib.ki.se/info/pub/journal_se.html).

BMJ finns inte med

Listan är diger men jag märker snart att den helt saknar allmänmedicinska tidskrifter. Efterhand upptäcker jag att inte heller *Läkartidningens* dragplåster *British Medical Journal* finns med på listan. Hur kan det som publiceras i världens mest lästa medicinska tidskrift med nära en miljon internetläsare varje vecka sakna betydelse, läs impakt, för *Läkartidningens* läsare? Svaret är att *BMJ* inte har tillräckligt hög impaktfaktor – att vara mest läst i världen räcker inte!

Vad är impaktfaktor?

Impaktfaktor beräknas som kvoten av antalet citeringar som en tidskrift erhåller under ett år för sina artiklar, dividerat med antalet artiklar tidskriften publicerat under de två föregående åren. Artiklar som räknas är originalarbeten, översiktsartiklar och »notes» men inte »letters» [1].

Det amerikanska databasförlaget, The Institute for Scientific Information (ISI), som utger *Current Contents* och *Science Citation Index* och som beräknar »impact factor», beskriver den så här: »a measure of the frequency with which the 'average article' in a journal has been cited in a particular year».

För fördjupning rekommenderar jag två artiklar i ämnet, båda fritt tillgängliga på www.bmj.com. Den första, som är milt kritisk till hur impaktfaktor används när forskning bedöms, är skriven av Eugene Garfield, en av impaktfaktorsystemets upphovsmän.

Han föreslog 1955 att referensräkande skulle kunna ha »impact», men