

Praktisk sjukvård på bynivå i Afrika – god träning i bedside-medicin



Trots den enorma tekniska utvecklingen kvarstår bedside-medicin och social anamnes som kungsvägen till korrekt diagnos. Arbete i fattiga länder ger nytt perspektiv på sjukhistoriens roll i diagnostiken. Mänskliga möten på bymottagningarna på den afrikanska landsbygden är berikande, utvecklar de kliniska färdigheter och lämpar sig särskilt för yngre läkare. Att arbeta med ett nytt sjukdomspanorama – utan att gömma sig bakom laboratoriemedicinen – kan vara utvecklande för läkarrollen.

SVEN ÅKE HEDSTRÖM

med dr, tidigare verksam vid infektionsklinikerna i Lund och Halmstad

BENGT JÄRHULT

distriktsläkare vid vårdcentralerna Ryd och Öxnehaga/Primärvårdens FOU-enhet i Jönköping

»Diagnosis« betyder genom kunskap. Vägen till diagnos går numera i hög grad via mätmetoder och teknisk apparatur. Det finns en föreställning bland många, även läkare, att kunskap är detsamma som ett till synes objektiva värde i en maskin eller på en dataskärmskurva. Bedside-medicin och social anamnes i den diagnostiska processen synes få en allt mer undanskymd roll.

Den västerländska medicinen har mycket höga anspråk på precision. Den har liten tilltro till subjektiva symtom, om dessa inte kan bekräftas av objektiva fynd [1]. För den enskilde läkaren är – paradoxalt nog – sjukhistorien huvudkällan till den diagnostiska konklusionen för tre fjärdedelar av patienterna [2]. Klinisk undersökning ger svaret hos 12 procent och laboratorieundersökningar hos 11 procent [3, 4]. Förklaringen är kanske att man inte riktigt litat på sina sinnen: sin förmåga att se och höra.

I fortbildningen tränas läkaren sällan i att mjölka sjukhistorien och patientens kulturella förhållanden på diagnostisk information [5]. När man arbetar i låginkomstländer blir den »biomedicinska läkarrollens« tillkortakommanden uppenbara.

I denna artikel vill vi belysa

- klinisk diagnostik med få hjälpmedel av ett delvis annorlunda sjukdomspanorama
- svenska sjukvårdsproblem i ett afrikanskt perspektiv
- vad mötet med en ny kultur betyder för en läkare som är novis

Fakta 1

Aidsdiagnos efter klinisk bild

En 25-årig kvinna söker bymottagningen för svår herpes zoster. Hon är ensamförsörjare för nio barn, varav fyra egna. Hon arbetar på fälten. Hon har som traditionen bjuder, utan minsta stöd från samhället, övertagit fem barn från makens första fru, som dött. Maken har också dött efter långvarig förtvinning.

Diagnosen är inte svår när kvinnan presenterar begynnande vikttnedgång och trötthet. HIV-testet är på ett sätt onödigt. Det bekräftar att inom månader till något år står – förutom alla oräkneliga föräldralösa barn i Kenya – ytterligare nio och knacker på dörren till något »Orphans' home«.

- vilket värde internationell erfarenhet har för svensk vård och utbildning.

Läkarbanken

På flertalet av Läkarbankens arbetsplatser i Kenya finns läkare som i jeep besö-

ker små kliniker i 5–6 byar. (Rotarys Läkarbank sänder läkare för tjänstgöring i minst sex veckor till sjukhus eller jeepkliniker i Afrika, företrädesvis Kenya. Medfinansierare är Sida, Radiohjälp, insamlingen Världens barn m fl.) De besöks vanligen veckovis. I vårt fall utgick två läkare från den lilla staden Siaya. Utrustningen är ytterst enkel. Förutom konventionella hjälpmedel för klinisk undersökning används urinsticka.

HIV-test kan tas och utföras på sjukhus. Anemidiagnostiken bedrivs genom att bedöma blekhet i konjunktiva i det everterade nedre ögonlocket och på handflator och nagelbädd. Det finns bl a en god korrelation mellan hemoglobin <8 g/dl och konjunktival blekhet med en sensitivitet på 84 procent och en specificitet på 81 procent [6]. För enstaka patienter kan, när ekonomiska förutsättningar för transport och konsultation kan ordnas, ytterligare utredning ske på sjukhus. Framför allt gäller det vid misstanke om tuberkulos, där vissa insatser är kostnadsfria för patienten.

HIV och aids

För en av oss (BJ), allmänläkare på första resan till Afrika, fanns rädslan för att kliniskt inte kunna ställa diagnosen aids och att förbise HIV i flödet av tropiska tillstånd. Oron var till stor del obefogad. Att kliniskt och utan blodutstryk särskilja malaria från andra febertillstånd, som pneumoni och virusinfektioner, var svårare. På byklinikerna presenterade sig HIV-infektion med oral kandidos, märkliga hudreaktioner, Kaposi sarkom, lymfadeniter, klåda och hos unga svår herpes zoster. Mycket påfallande var vikttnedgång med trötthet. Anamnesen, inkluderande familjeförhållanden, var

Fakta 2

Misstanke om HIV och utfall av laboratorietest

	Allmänläkare på Maseno-linjen	Infektionsläkare på Ugunja-linjen
Klinisk misstanke om HIV	27	19
Däruv positivt/negativt test	21/6	12/1
Ej testade/ej klara	0/0	4*/2

*Ett barn, tre vägrade test.

ibland så tydlig att testet kändes som en onödig bekräftelse på det man redan visste (Fakta 1). Om symtombilden var oklar kunde följande fråga vara utslagsgivande: »Vilket är din mans yrke och har han arbetat långt från hemmet?« Hade han arbetat i någon större stad, som Nairobi, eller längs stora allfarvägen till Uganda var diagnosen i praktiken klar. Inte sällan var maken redan död eller svårt sjuk. Patientens okunskap eller psykologiska rationaliseringar kunde emellertid påverka tolkningen av vad som hänt maken. Aidsdiagnosen framgick endast indirekt av sjukdomsförloppet.

Den kliniska diagnostiken i jämförelse med laboratorieresultaten framgår av Fakta 2. Den speglar sex veckors mottagning med totalt ca 900 besök på varje jeepklinje. Omkring hälften av patienterna var barn upptill 15 års ålder. Med något undantag togs HIV-test inte före myndighetsgränsen 18 år (risk för utstötning från släkt eller bygemenskap, barnet och modern överges etc). I Fakta 2 ingår inte ett betydande antal tidigare diagnostiserade och testade aidspatienter, som också sökte mottagningarna för olika kroppsliga komplikationer. Inte heller ingår 30 patienter på Ugunda-linjen med fullt utvecklad aids, där det bedömdes att testning inte kunde tillföra något diagnostiskt värde. På Masenolinjen testades dock alla tidigare icke-verifierade aidspatienter.

Laboratorieutfallet, som mått på den »diagnostiska skärpan«, är naturligtvis beroende av prevalensen HIV-infekterade i samhället i stort. I Kisumu, Kenyas tredje största stad och en timmes jeepfärd från Siaya, angavs en HIV-positivitet på 26 procent hos patienter i åldern 15–49 år [7]. Siffran torde dock variera betydligt uppåt och nedåt i olika populationer. Prevalensen var betydligt högre hos kvinnor än hos män – ca 30 mot 20 procent. Framför allt unga kvinnor med låg socioekonomisk status (föga utbildning, ej ingången äktenskap etc) var i detta urbana samhälle i högre grad HIV-positiva [8]. Denna tendens kunde vi också skönja i vårt landsbygdsområde.

Klinisk observans kan ge diagnostiska genvägar. Sture Nyholm, finsk-svensk ögonläkare vid Sabatia ögonsjukhus i västra Kenya, berättade att konjunktival skivepitelcancer har ett samband med HIV [9]. För en oftalmolog är den typen av cancer ibland ett första symptom på HIV/aids. För primärvårdsläkaren i Kenya är cancern ännu en raritet eller möjligen ett förbisett diagnostiskt tecken.

Kulturella tolkningar

I den afrikanska kulturen är fortfarande medicinmannen (»witch doctor«, »herb-



Sven Åke Hedström undersöker en patient.

alist») en realitet. Ofta går man först till denne, som ställer diagnosen utifrån skuldtänkande och straff (Fakta 3).

Som novis i Afrika vill man söka sådant som något balanserar kolonialismen och den vite mannens imperialism! Den västerländska moderna medicinen, som frikopplat diagnostik från religion och som tar bakterier, virus och immunologi till redskap att förklara sjukdom,

är en humanism. Även om skuldbeläggning utifrån individensandel ännu finns i Sverige som en historisk reminiscens är strafftänkandet sällsynt i vår kultur beträffande sjukdomsorsak.

Trots en relativt frigid syn på sexuallivet i Kenya är man oftast förtrogen om symptom från underlivet. Det var ganska vanligt att kvinnor sökte för »rash on the thigh«, och man kunde då först finna enbart lätta hudinfektioner på låret, senare blev det uppenbart att patienten hade besvär av ordentlig flytning från underlivet ner på lårens insidor. I stället för hudproblem besvärades patienten alltså av en genital infektion! Likaså kunde män klaga över endast smärta vid vattenkastning, medan undersökning av genitalia kunde avslöja avancerade sår och andra tecken på sexuellt överförda sjukdomar.

I byarna kunde man inte tala öppet om aids, även om den nationella pressen diskuterade problemen. HIV är skamligt och skrämmande. I patienternas små journalböcker kodades HIV till P 24 (efter benämningen av ett HIV-antigen). För en svensk doktor känns det förljuget att skriva P 24. I Sverige är ju inställningen att korrekt information ska ges till patienter – även om svåra saker. Som gästande läkare får man dock till en del acceptera de regler som gäller i en främmande kultur. Samtidigt kan en utifrån kommande organisation bidra till att förändra kulturmönster, det må gälla synen på HIV eller mannens roll i förhållande till kvinnan.

I den befolkning vi mötte kan okunskap om medicinska samband och den lokala föreställningsvärlden förvirra i diagnostiken. Man registrerar inte feber eller, om så vore, kopplar inte samman den med malaria. Det sjukliga kopplas med stor oro i stället samman med en märklig, gul, skarpluktande urin. Den koncentrerade urinen, på grund av feber och litet vätskeintag, blir ett blindskott i anamnesen.

Än värre blir frågor om avföringen. En svensk doktor kan obetänksamt utgå från vattenklosettens porslinsvita bakgrund, på vilken flertalet människor tittar innan spolningen. Men den afrikanska latrinen består av ett mörkt, fyrkantigt hål. Hur ska man då kunna se maskar eller blod? Ändå vet patienten påfallande ofta om blod eller mask förekommit – kanske speglade att långt ifrån alla ens har latrin. Det är »behind the bush« som gäller.

I Kenya talas runt 100 språk. Som läkare är man utlämnad till den tolkkompetens som kan ordnas ute i byarna. En del patienter kan lite engelska. Det gäller att se till att missförstånd inte uppstår. Den pampiga symtomdiagnosen »age-related arthralgia« kan snappas upp av

II Fakta 3

Handläggning av meningit

Ett årsgammalt barn dyker upp på Läkarbankens bymottagning. Dit har mamman gått en timme över bergen. Barnet är otröstligt, gällt skrikande och i sprättbågeställning. Diagnosen meningit är uppenbar. Symtomen har varit tydliga minst en vecka.

Diagnosen har fördröjts genom att en »witch doctor« konsulterats till betydande kostnad. Barnets sjukdom tolkades då som en följd av att mamman hälsat på sin mor i stället för att hjälpa till på fälten efter regnen och översvämningarna – således ett straff.

»Local dawa«, örtmedicin, ges externt och per os men barnet blir inte bättre. Vid besök på en privatklinik några dagar senare föreslås lungröntgen, vilket mamman inte har råd med. Paracetamol ges som valuta för den höga besöksavgiften.

patienten och blir till det ångestskapande »aids-related arthralgia«.

Udda hjälpmedel

Ett för en svensk läkare ovanligt diagnostiskt hjälpmedel var flugor. Satt de i en svärm i hörselgångsöppningen hos ett barn som kom in genom dörren till mottagningsrummet var sensitiviteten och specificiteten hög för att perforerad otit förelåg. I nästa steg kunde man vid en enda blick ställa dubbeldiagnos: Om en mask tittade ut genom örat eller beskrevs i sjukhistorien, då förelåg såväl perforerad otit som duodenal *Ascaris lumbricoides*!

Likasa var förekomsten av en ovanligt stor svärm av flugor kring ett barn ofta förenad med utbredd impetigo. En kraftig stank från en kvinnlig patient kunde bero på spetsiga genitala kondylom. De kunde nå grotesk form och storlek. Patienten drog sig självklart för att avslöja dem i sjukhistorien.

Otvivelaktigt ställs en svensk läkare utan medicinsk erfarenhet från låginkomstländer inför ovanliga kliniska bilder, ibland synnerligen aparta. Samtal kolleger emellan är då av stort värde. Särskilt ett verk konsulterades frekvent i Siaya efter hemkomst från dagens arbete. Boken, med sina svarta pärmar och vedervärdiga bilder på tropiska rariteter, var redan av våra holländska föregångare döpt till »Dirty book« [10].

Social diagnos

Sociala omständigheter avgör ofta det som till synes är en medicinsk diagnos. Även okunskapens vokabulär kan styra tanken fel. Det är t ex inte ovanligt att barnet sägs ha malaria. Denna »diagnostiska hjälp« kan först kännas bra för en nybörjardoktor i afrikansk sjukvård. Men bland lågutbildade är »malaria« den allmänna beteckningen för feber och frysningar. Så integrerad är malaria i kulturen! »Malariapatienten« kan i stället ha en pneumoni med diagnostiska tecken som sällan ses på en svensk vårdcentral: takypné, torakala indragningar, utbredda rassel eller krepitationer.

I ett afrikanskt perspektiv synes utvecklingen i svensk sjukvård märklig. Även den enklaste luftvägsinfektion bedöms med C-reaktivt protein (CRP) – trots en inte obetydlig kostnad. Sjukvården har med sitt okritiska användande av laboratorieteknologi de senaste 10–20 åren skapat en förväntan bland allmänheten om att en bra konsultation bör innehålla CRP-test [11]. Utan CRP finns inte tryggheten att bedöma luftvägsinfektion som viros, varken hos föräldrar eller hos läkare.

Nyligen fann man just att den utbredda CRP-provtagningen i svensk primär-

II Fakta 4

Orphan

”Yes, his mother died last year”. Det är en allvarlig mormor med slitna drag som sitter där med ett smutsigt barnbarn i famnen. Det är inte bara barnets första möte med en »mzungu«, en vit. I ögonkontakten barn–läkare anas också en rädsans blick inför framtiden utifrån djupare erfarenheter.

Kanske mormodern representerar insikten om livets realiteter, den lokala erfarenheten bortom den känslösa statistiken om världens HIV-epidemi – en »blödande« erfarenhet – som om den röda afrikanska jorden trängt in i varje skrymsle, även de innersta mentala porerna. Mormoderns stora åtagande, står det inte i konflikt med västerländska begrepp som personlig frihet, självförverkligande, det är inte min sak, det är samhällets sak att sörja för sjuka och svaga? Ligger självförverkligandet hos afrikanska mormodrar just i att bära ansvaret för de oskyldigt drabbade föräldralösa barnen?

Det är inte bara för den egna släktens barn som ansvaret faller på de överlevande. Barn utanför gruppen tas inte sällan upp i den egna familjen. Detta är kenyansk landsbygd. Tradition och möjlighet att ta det ansvar myndigheterna inte tar kan vara ganska annorlunda i städerna. Det är också tidsbundet.

Om inte HIV-epidemin stoppas i tid finns i nästa generation inga far- eller morföräldrar kvar som kan ställa upp.

vård (är det bättre på sjukhus?) sällan tillför diagnostisk information som påverkar handläggningen och antibiotikaförskrivningen [11]. Ofta fäster man större vikt vid ett högt CRP än tar fasta på den kliniska bilden. Ju mer tid allmänläkaren avsätter för att lyssna på patienten, desto mindre tid använder han eller hon till antibiotikaförskrivning [12]. I Afrika är anamnesen och de kliniska undersökningsresultatet grunden för en sannolikhetsdiagnos.

Nu ska inte avsaknaden av laboratoriestöd i afrikansk primärvård romantiserar – en bedside-läkare med sin kliniska blick står över den information som tekniska hjälpmedel kan ge!

Inte minst hos barn blir avsaknaden av CRP, blodutstryk eller röntgen ibland orsak till överförskrivning – med risk för resistensutveckling. Det gäller både malariamedel och antibiotika, t ex trimetoprim-sulfonamid, särskilt när man vet att malaria med eller utan samtidig pneumoni skördar ett stort antal liv hos barn

under 5 år. Det kan vara kliniskt omöjligt att utesluta samtidig malaria vid bakteriell infektion och vice versa. CRP skulle i vissa fall vara önskvärt men ekonomiska skäl gör att enkla afrikanska mottagningar får klara sig utan.

Att se sociala faktorer, t ex om barnet är föräldralöst, som en del i helhetsbedömningen är viktigt (Fakta 4). Hos föräldralösa barn finns alltid anledning att söka efter tecken på dubbelinfektion, samtidig maskinfestation eller malnutritionstecken.

Det etiska dilemma

Det är inte de diagnostiska problemen som i första hand är psykiskt belastande för läkarnovisen, även om inte subvalditet i läkarrollen, med prov och undersökningar »för säkerhets skull«, passar in i Kenya. Det etiska dilemma är mer komplext. Man har ju inte samma möjlighet som i Sverige att säga: »Hör av dig om det blir sämre eller vid nya symtom så kan vi kanske börja med antibiotika.«

Trots brister i diagnostiska möjligheter och resursknapphet uppskattas behandlingen med Läkarbankens enkla medel av befolkningen. Insatserna gör stor medicinsk nytta, och devisen »att med små medel hjälpa så många som möjligt« känns riktig, åtminstone intellektuellt! Kontrasten mot de konkreta, individuella behoven är dock stor, och i många fall kan tillräcklig eller adekvat hjälp – med mitt mått mätt – inte ges.

Det finns t ex inga specifika HIV-läkemedel i terapiarsenalen. Inte ens samstående kvinnor med aids och med småbarn kan behandlas för att möjliggöra några uppväxtår för barnen i trygghet. Regeringen i Kenya har under 2004 bör-

II Fakta 5

Förväntningar

Mormodern har övertagit ansvaret för ett HIV-smittat barn, vars mor är svårt sjuk. Barnet har ordinerats trimetoprim-sulfonamid för en utbredd hudinfektion och gröt i »ekklusiv« förpackning mot malnutrition. Detta har inte räckt, barnet har dött, oklart av vad.

Mormoderns ärende vid återbesöket gäller emellertid inte kritik mot den främmande organisationen, vars medarbetare sannolikt gjort vad man kunnat med till buds stående medel. Mormodern har en stilla vädjan att läkaren ska komma till hyddan, där den HIV- och tuberkulossjuka modern, som aldrig sökt vård, ligger och väntar på döden. Kan ändå något göras mot diarrén, hostan, smärtan?

jat tillhandahålla HIV-läkemedel på 17 platser. Patienten får betala ca 6 000 kenyanska shilling (72 dollar) per år [East African, June 14–20, 2004]. 70 procent av befolkningen tjänar emellertid under 500 dollar per år. Med kostnader för resor och andra sjukvårdsavgifter står i praktiken flertalet kenyaner utan vård.

Uppmuntrande är dock att grannlandet Uganda har beslutat att från 2005 tillhandahålla HIV-läkemedel gratis. Synnerligen slående, efter vårt arbete på bynivå, är dock att läkemedel är endast en del i behandlingen. Lika viktigt är att en organisation och struktur för uppföljning, god följsamhet till ordinationer, biverkningsregistrering etc finns. Bristen på infrastruktur, också inom sjukvården och på sjukhus, är Afrikas dilemma [13].

Efter att ha varit gästande läkare i Afrika är det inte helt lätt att återvända till Sverige. Kontrasterna är stora. Exempelvis redovisas strax efter vår hemkomst till Sverige den första spermatvätten från en HIV-smittad för att möjliggöra barnalstring [14].

För en förstagångsbesökande läkare som försöker anpassa sin diagnostik till de befintliga resurserna kan det vara en tröst att patienterna på klinikerna sällan ställer överkrav på diagnostiken. De vet att läkarvård i deras samhälle är en ekonomisk fråga, även i Kenyas offentliga vård. Kanske västerländska läkares insats bedöms i perspektivet av de små resurserna och den låga avgiften (ca 4 kronor) på byklinikerna. Eller är det en fattigdomens ödmjukhet (Fakta 5) eller en ovana att ställa krav?

Utbildning i Afrika – obligatorium?

Det är globaliseringens tid. En stor svensk kommun planerar för att sjuka svenska äldre organisera ska erbjudas vård på öar vid Afrikas latituder. Läkare har länge förlagt en del av sin utbildning och sina kongresser till exotiska platser. Flera lärosäten har ett visst internationellt utbyte och erbjuder kurser i u-landsmedicin. Skandinaviska läkarbanken kan varje år erbjuda 3–4 AT-läkare ekonomiskt stöd för att som »trainee» följa läkare på jeeplinjer.

Att som ung läkare under utbildning följa Läkarbankens eller andra organisationers praktiska sjukvård på bynivå i Afrika skulle ge en klinisk erfarenhet av stort värde. Flödet av patienter är stort. Bedside-medicin blir en realitet med träning i praktiskt diagnosställande utan närhet till teknisk apparatur och laboratoriemedicin. Är det inte sådan skolning som snabbt skulle göra svenska studenter till goda kliniker, kliniker som i första hand lutar på sina sinnen – syn, hörsel, lukt, palpationsfynd som kliniska hjälpmedel – med en absolut koncentration på

sjukhistorien och de sociala förhållandenas betydelse för korrekt diagnos och behandling? Det blir verkligen möjligt för studenten att, med förre professorn Nils Söderströms ord, känna mjälten »som stryker som en fågelvinge under handen» och i stor kvantitet och under kort tid uppleva allt spännande i status.

Det finns anledning att tro att den student som mött »den röda jordens patienter» – inte endast i smutsiga och trasiga kläder och barfota utan även, och trots synnerligen små ekonomiska resurser, i nytvättade och färgglada finklänningar eller skjortor värdigt lysande i protest mot fattigdomen – sannolikt inte under resten av sitt yrkesliv sätter sig på sin kunskaps höga hästar eller på annat sätt fångas in i läkarmaktens översitteri.

Samma lärdom får den student som haft mottagning i en ranglig stol, där ena sidans armstöd fattas, i ett fönsterlöst och utblåst hus med cementgolv, och som undersökt patienten, även gynekologiskt, på en låg och smal träbänk. Har man dessutom sett tropiska, kroniska sår invirade i smutsiga klutar, känt diagnostisk stank från amöbiadiarré och anaeroba infektioner samt behandlat också dem som inte kan betala, då kan en svensk doktor lättare leva upp till det ideal som sedan några år lyfts fram i den svenska Hälso- och sjukvårdslagen. Där formuleras tydligt patientens rätt till delaktighet, full information och autonomi.

Som vi ser det finns det all anledning för universiteten att allvarligt överväga en systematisk, obligatorisk auskultation för studenterna i Kenya eller andra afrikanska länder. Mycket skulle uppnås på bara ett par veckor. Holland har redan satt detta i system i Tanzania.

Varför inte erbjuda svenska sjukhus möjlighet att stödja Läkarbankens arbete? Det kan ske genom att läkare skickas ut med betald resa, uppehåll och lön från sin arbetsgivare. På köpet förvärvas en kompetens och kunskapsbank i tropikmedicin. Den kan vara till gagn för ett annorlunda sätt att betrakta diagnostik och behandling och för att bättre förstå våra invandrades sjukdomar och situation.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

1. Malterud K. Klinisk kunskap – legen som deltaker og fortolker. Utposten 5/98. (<http://www.uib.no/isflutposten/1998nr5/utp98508.htm>)
2. Peterson MC, Holbrook JH, von Holcs D, Smith NL, Staker LV. Contributions of the history, physical examination, and laboratory investigation in making medical diagnosis. West J Med 1992;156:163–5.
3. Hampton JR, Harrison MJ, Mitchell JR, Prichard JS, Seymour C. Relative contributions of history-taking, physical examination, and laboratory investigation to diagnosis and management of medical outpatients. Br Med J 1975;2(5969):486–9.
4. Roshan M, Rao AP. A study on relative contributions of the history, physical examination and investigations in making medical diagnosis. J Assoc Physicians India 2000;48:771–5.
5. Patient–läkarrelationen. Läkekost på vetenskaplig grund. Stockholm: Natur och Kultur; 1999. SBU-rapport 144.
6. Muhe L, Oljira B, Degefu H, Jaffar S, Weber MW. Evaluation of clinical pallor in the identification and treatment of children with moderate and severe anemia. Trop Med Int Health 2000;5:805–10.
7. Glynn JR, Carael M, Auvert B, Kahindo M, Chege J, Musonda R, et al. Study Group on the Heterogeneity of HIV Epidemics in African Cities. Why do young women have a much higher prevalence of HIV than young men? A study in Kisumu, Kenya and Ndola, Zambia. AIDS 2001;15 Suppl 4:S51–60.
8. Hargreaves JR. Socioeconomic status and risk of HIV infection in an urban population in Kenya. Trop Med Int Health 2002;7:793–802.
9. Pola EC, Masanganise R, Rusakaniko S. The trend of ocular surface squamous neoplasia among ocular surface tumour biopsies submitted for histology from Sekuru Kaguvi Eye Unit, Harare between 1996 and 2000. Cent Afr J Med 2003;49:1–4.
10. Peters W, Gilles H, Wolf M. Color atlas of tropical medicine and parasitology. Barcelona; Wolfe Medical Publishers; 1992.
11. Engström S, Mölstad S, Lindström K, Nilsson G, Borgquist L. Excessive use of rapid tests in respiratory tract infections in Swedish primary health care. Scand J Infect Dis 2004;36: 213–8.
12. Lundkvist J, Åkerlind I, Borgquist L, Mölstad S. The more time spent on listening, the less time spent on prescribing antibiotics in general practice. Family Practice 2002;19:638–40.
13. English M, Esami F, Wasunna A, Were F, Ogutu B, Wamae A, et al. Assessment of inpatient paediatric care in first referral level hospitals in 13 districts in Kenya. Lancet 2004;363:1948–53.
14. Sveriges första spermatvätt från HIV-smittad genomförd. Dagens Medicin 2004(24).



= artikeln är referentgranskad