

SVEPET



Medlemsblad för Svensk Epidemiologisk förening (SVEP) nr 2, juni 2001



Tema: Epidemiologi i u-land

INNEHÅLL

A global view of person, place and time

The Butajira Rural Health Programme

Populationsbaserade studier på Java

SVEPs styrelse

Ordföranden har Ordet

Aktuella avhandlingar

Lediga tjänster

Redaktörernas ruta

I detta nummer av SVEPET rör vi oss i en lite vidare värld än vi vanligen gör i föreningen. Vid årsmötet i Umeå presenterades några olika epidemiologiska studier som görs i fattigare länder, såsom Etiopien, Vietnam och Indonesien. Flertalet av dessa studier är longitudinella befolkningsstudier och inom ramen för dessa finns såväl analyser över klassiska utfall som barnadödlighet, livslängd i olika grupper, sjuklighet och dödlighet i stora folksjukdomar, som mer riktade epidemiologiska studier om bl.a. näringsförhållanden och kostvanor.

Att länderna är fattiga innebär dock inte att det inte går att bedriva forskning i dem. Tvärtom häpnade auditoriet inför redogörelser över personliga besök i 11000 hushåll, individdata på 50000 individer och studier nästan utan något bortfall. Enstaka ögonbryn höjdes naturligtvis angående såväl etiska som kvalitetsaspekter på det senare, men det illustrerar också det stora behovet av information, diskussion och debatt om denna typ av forskning, som engagerar rätt stora grupper av epidemiologer i Sverige, i andra västländer och i världsländerna själva.

Dessa samarbetsprogram innehåller som regel också värdefulla utbildningsinsatser, där forskarstuderande från länderna själva kan utnyttja data från dessa material till att forska om problem som är relevanta för landet.

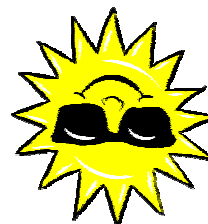
I detta nummer kan vi bara ge glimtar från detta arbete, men ser gärna att vi kan återkomma med information och debatt om exempelvis utbildning i epidemiologi inom ramen för denna typ av internationellt samarbete.

Peter Allebeck

Annika Rosengren

Manusstopp för nästa nummer är den 15 september 2001

SVEPET ges ut med stöd från
Epidemiologiskt centrum, Socialstyrelsen
Socialvetenskapliga forskningsrådet



SVEPET

Adress

Socialmedicinska avdelningen
Vasa sjukhus; Pav 11
411 33 Göteborg
Tfn 031-61 77 82
Fax 031-16 28 47

Redaktörer

Peter Allebeck
Socialmedicinska avd, Göteborg
Tfn 031-61 79 63
Fax 031-16 28 47
Peter.Allebeck@socmed.gu.se

Annika Rosengren
Med klin, plan 2
SU/Östra, 416 85 Göteborg
Tfn 031-343 40 86
Fax 031-25 92 54
Annika.Rosengren@hjl.gu.se

Ansvarig utgivare

Annika Rosengren
Med klin, plan 2
SU/Östra
416 85 Göteborg
Tfn 031-343 40 86
Fax 031-25 92 54
Annika.Rosengren@hjl.gu.se

Redigering

Carina Johansson
Socialmedicinska avd, Göteborg
Carina@socmed.gu.se

SVEPET kommer ut med fyra
nummer per år.
ISSN 1101-4385

Svensk Epidemiologisk Förening

Ordf Annika Rosengren
Vice ordf Finn Rasmussen
Skr Nils-Olof Hultman
Kassör: Lars Rylander
Medlemsavgiften för 2001 är 125 kr
Postgiro 440 31 69 - 8

Medlemskap och adressändring

Nils-Olof Hultman
Med klin, plan 2
SU/Östra
416 85 Göteborg
Tfn 031-343 40 00
Fax 031-25 92 54
nils-olof.hultman@sahlgrenska.se

A global view of person, place and time (based on a presentation given at Umeå on April 25th 2001)

Peter Byass

Epidemiology, Department of Public Health and Clinical Medicine,
Umeå University, Umeå, Sweden

Sweden, along with its Scandinavian neighbours, is well known for its long-standing system of individual registration based on the *person-nummer*. Since Pehr Wargentin's work in Sweden in the mid-eighteenth century to institute this system, originally based on parish catechetical registration, detailed records have been kept. Somewhat ironically, this means that now it can be easier to investigate epidemiological patterns in eighteenth and nineteenth century Sweden than to pursue similar issues in modern-day developing countries. In the current issue of the *Scandinavian Journal of Public Health*, Beaglehole and Bonita [1] point out that more than half of today's world population remain uncounted, a major problem in terms of understanding public health and priorities at the global level. Consequently, epidemiologists' traditional concerns of person, time and place are simply not available on a globally representative basis [2].

So what are the possible ways forward, if a global overview of health is believed to be important? Whilst in principle a global implementation of 100% individual registration could be implemented, this would be a major undertaking, with massive costs. Particularly in settings with weak infrastructures, the logistics of identifying and enumerating individuals are formidable, and so it is unlikely that this approach could be adopted globally.

An alternative is to institute localised demographic surveillance systems (DSS) within areas that are not otherwise surveyed, in order to provide

relevant health information [3]. This is a strategy already used in a number of settings, for example at the long-established International Centre for Diarrhoeal Disease Research in Bangladesh [4]. Typically such DSS operations involve considerable fieldwork, mapping and household visits to elicit the required data. The costs of this are considerable - recently estimated in Ethiopia to be US\$0.80 per individual surveyed per year [5]. Whilst this approach therefore seems unaffordable in relation to typical developing country health expenditure, if it were possible to generalise findings into, say, the hundred-fold surrounding population, then the cost would look very different on a population basis. One of the difficulties with this approach at present is a lack of well-developed methodologies to enable the generalisation of DSS findings within reasonably defined margins of error.

One significant technical advance in this kind of surveillance has been the development of the Global Positioning System (GPS), a worldwide satellite-based navigation system that very simply provides data for any position on the earth's surface to within 5 metres or so [6]. With a simple-to-use hand-held receiver (Figure 1), it becomes possible to at least identify the position of households in areas where detailed maps and the concept of residential addresses are not available.

An alternative approach for gathering population data is to use sentinel surveillance on a national basis, rather than trying to extrapolate from a selected area. This has been im-

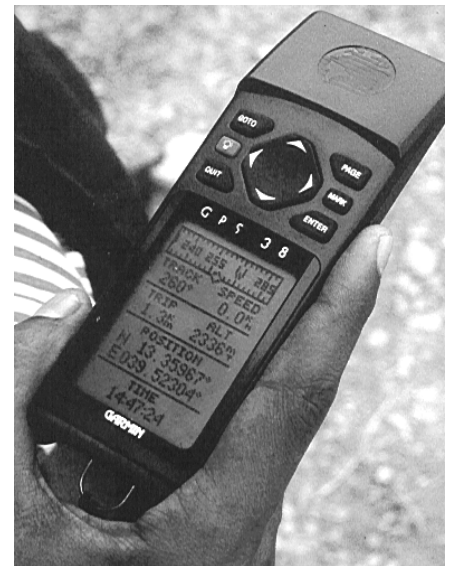


Figure 1: Hand-held GPS receiver, in use at position 13.35967 °N and 39.52304 °E

plemented in China, where a system of 145 disease surveillance points each covering around 100,000 people adds up to 1% of the total population - still a staggering total to keep under surveillance, in a country the size of China [7]. However, even if the per capita costs of such an operation were similar to the DSS example above, this could still be affordable for countries on a 1% sample basis.

Nevertheless, it is clear that there are no easy or cheap solutions to the problem at the global level. Yet our understanding of the health of the world's people must inevitably be compromised if we lack the necessary evidence. Our worldwide understanding of public health requires a robust understanding of person,

place and time on a global basis, just as much as it necessary to know these parameters locally when investigating an outbreak of, for example, food poisoning. A renewed international commitment to developing and applying appropriate methodologies for gathering the necessary global evidence is needed, if we are to proceed to a better evidence base for both understanding and improving the health of the world's people.

References

- [1] Beaglehole R, Bonita R. Challenges for public health in the global context: prevention and surveillance. *Scand J Pub Health* 2001;29:81-83
[2] Byass P. Person, place and time: but who, where, and when? *Scand J Pub Health* 2001;29:84-86.
[3] Tollman S, Zwi AB. Health system reform and the role of field sites based upon demographic and health surveillance. *Bull World Health Organ* 2000;78:125-134
[4] International Centre for Diarrhoeal Disease Research, Bangla-

desh (ICDDR,B).

<http://www.icddr.org>

[5] Tollman S. Butajira Health Project. An evaluation of a demographic surveillance site. *Sida Evaluation* 00/11. Stockholm: Swedish International Development Cooperation Agency, 2000

[6] Boelaert M, Arbyn M, Van der Stuyft P. Geographical Information Systems (GIS), gimmick or tool for health district management? *Trop Med Int Health* 1998;3:163-165.

[7] Lopez AD. Counting the dead in China. *Br Med J* 1998;317:1399-1400

Årsmötet i Umeå 25-26 april 2001

Årsmötet arrangerades i Umeå i samarbete med Svensk Socialmedicinsk Förening. Forskning ifrån utvecklingsländer inkluderande Etiopien, Vietnam och Indonesien presenterades. Vid Svensk Epidemiologisk Förenings årsmötesförhandlingar beslutades att nuvarande styrelse kvarstår.



Styrelsen består av:

Annika Rosengren ordförande
Finn Rasmussen vice ordförande
Nils-Olof Hultman sekreterare
Lars Rylander kassör

Med Klin, Östra sjukhuset, Göteborgs Universitet.
Epidemiologiska enheten, KS, Stockholm.
Med Klin, Östra sjukhuset, Göteborgs Universitet.
Yrkes- och miljömedicinska kliniken, Lund.

Övriga ledamöter:

Lars Alfredson
Lennart Bodin

Inst. för Miljömedicin KI, Stockholm.
Regionsjukhuset Örebro.

Lena Damber
Urban Janlert

Onkologiskt Centrum, Umeå Universitet.
Inst. för Folkhälsa och Klin Med Umeå Universitet.

Suppleanter:

Mats Lambe
Gun Wingren

Inst. för Medicinsk Epidemiologi, KI, Stockholm.
Inst. för Yrkes- och Miljömedicin, Universitetssjukhuset, Linköping.

Redaktör för SVEPET:

Peter Allebeck

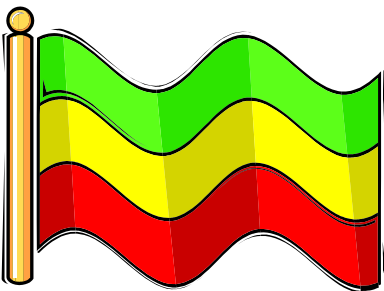
Socialmedicinska avdelningen, Göteborgs Universitet.

Nils-Olof Hultman
Sekreterare, SVEP

The Butajira Rural Health Programme – ett epidemiologiskt fältlaboratorium i Etiopien

Anders Emmelin

Institutionen för Folkhälsa och Klinisk Medicin, Umeå



Sedan mitten av 1980-talet pågår ett samarbetsprojekt mellan Department of Community Health vid Addis Ababa University och nuvarande enheten för Epidemiologi vid Umeå universitet: the Butajira Rural Health Programme. Verksamheten drivs med stöd huvudsakligen från Sida/SAREC. Projektets grundbeståndsdel är ett system för insamling och lagring av demografiska data som löpt utan avbrott genom inbördeskrig och svälteepisoder. Till denna forskningsinfrastruktur har specifika forskningsprojekt fogats, där provtagning eller särskilda intervjuer kompletterat vitalstatistiska grunddata.

Etiopien är ett av världens fattigaste länder, med en BNP per capita som skattas till 100 US \$, en spädbarnsdödlighet på 110/1000 levandefödda och en förväntad medellivslängd vid födelsen på 43 år (UNICEF; State of the World's Children 2000). Högst 40 procent av vuxna män och 25 procent av kvinnorna är läskunniga. 1974 störtades det feodala kejsardömet som snabbt ersattes av en sovjetstött militärdiktatur. Genom 1980-talet har det pågått ett inbördeskrig i landets nordöstra delar som 1991 ledde till regeringsskifte och införande av ett åtminstone till namnet parlamentariskt styrelseskick. Landet drabbas regelbundet i någon del av svår torka, som vanligen leder till svält och omfattande migration.

Butajira-distriktet ligger i centrala Etiopien ca 130 km från huvudstaden, Addis Ababa. Distriktet ligger på västra kanten av Rift Valley och innehåller stora topografiska kontraster, med låglandsområden på ca 1 500 möh och bergsbyar upp till 3 500 m. Med nivåskillnaderna följer klimatskillnader som i sin tur påverkar jordbruket och ekonomin och ger olika förutsättningar för livet i allmänhet. Området hör inte till de mest torkdrabbade i landet och långvariga svältperioder är väsentligt mindre vanliga än i norra och östra Etiopien. Under projektets uppföljningstid hittills har centralorten, Butajira, vuxit kraftigt, troligen främst genom lokal inflyttning och man ser starka tecken på ekonomisk utveckling, om än främst ökande handel.

Det demografiska bevakningssystemet bygger på regelbundna besök i alla hushåll i undersökningsområdet. Området består av ett stickprov av administrativa enheter, Peasants' Associations, nio "byar" på landet och en ungefärlig fjärdedel av Butajira stad. Stickprovet togs slumpmässigt från ca 80 enheter, med sannolikhet proportionell mot byns storlek enligt en folkräkning från 1984. I sin nuvarande form består datainsamlingen av ett besök per kvartal med frågor om förändringar i hushållets sammansättning. Datainsamlingen sköts av intervjuare som själva bor i respektive område under överinseende av "supervisors" som är baserade i programkontoret i stan men besöker var sina byar två dagar i veckan. Datakvaliteten upprätthålls genom att arbetsledarna själva gör slumpmässiga återbesök i hushållen och kontrollerar de uppgifter som rapporterats av intervjuarna. På motsvarande sätt besöker de Addis Aba-

ba-baserade forskningsassistenterna, f.n. två, området för återbesök och kontroll av uppgifter. Datainsamlingen görs på plats i Butajira av tidigare intervjuare som fått särskild utbildning. Därmed kan eventuella fel som upptäcks i stansningen snabbt kontrolleras i fält, till skillnad från om frågeformulär skulle skickats till Addis Ababa för stansning.

Ett exempel på forskningsprojekt som utnyttjar studiebasen i Butajira är den pågående studien av inomhusmiljö och barnhälsa, också den SAREC-stödd. Det är en fallreferentstudie av lunginflammation bland barn, som utgår från regelbundna, prospektiva mätningar av NO₂ som indikator på rök från öppna eldstäder i hemmen. Sedan tidiga 1990-talet har lunginflammation kommit att bli den viktigaste enskilda dödsorsaken bland barn under fem år i utvecklingsländer i allmänhet, också i Etiopien. En tidigare studie gav resultat som ledde till frågan om den rökiga inomhusmiljön kan tänkas bidra till incidensen av lunginflammationer. Alla hushåll med barn under fem års ålder ingår i provtagningsprogrammet, vilket skapar en kohort om ca 5 000 barn med regelbundna mätningar och intervjuer om hälsa och exponering.

Datainsamlingen till luftföroreningsstudien är integrerad i det demografiska bevakningssystemet såtillvida att arbetsledning, kvalitetskontroll och stansning görs av samma personer för de två aktiviteterna. Detta leder till att man kan utnyttja lokal-kännedomen hos dem som arbetar i projektet sedan länge. Den demografiska databasen ger information om hushållen som skall besökas för provtagning och intervjuer och för-randomiserade listor över barnen

används vid val av referenter. Efter-
som den demografiska bevakningens
system för identifiering av hushåll
och individer används kommer det
att finnas möjlighet att långsiktigt
följa barnen i studien efter det att det
pågående projektet avslutats.

Butajiraprogrammet är också viktigt
som resurs för utbildning. Den etio-
piska samarbetsinstitutionen ger
sedan ca 15 år en Master of Public
Health-utbildning, med krav på ett
empiriskt examensarbete om mot-
svarande 20-30 svenska högskolepo-
äng. Cirka 20 masteruppsatser har
utnyttjat infrastrukturen och databa-

sen i Butajira och ett par arbeten
pågår. 6-7 doktorsavhandlingar har
fullbordats med huvuddelen av
forskningen baserad i Butajira och
ytterligare tre avhandlingsarbeten
pågår. Både etiopiska och svenska
doktorander har varit och är aktiva i
programmet.

Fördelarna med att använda en de-
mografisk datainsamling som bas för
epidemiologisk forskning är uppen-
bara och behöver knappast under-
strykas i ett svenskt sammanhang.
De centrala problemen har till stor
del varit desamma som drabbar
andra aktiviteter i ett utvecklings-

land: byråkrati, svårigheter med
långsiktig finansiering, liksom med
den kortsiktiga penningförsörjningen
och brist på utbildad personal, inte
minst datorkunnig sådan. Frågor som
med tiden blivit alltmera påträngan-
de gäller t.ex. den etiska dimensio-
nen i ett långsiktigt lokalt arbete: vad
får befolkningen i utbyte för all
information och allt besvär med
frågvisa intervjuare? Till det kom-
mer frågor om hur aktiviteten i sig
påverkar det man studerar – efter
nästan femton års hälsorelaterade
forskningsaktiviteter i området.



Populationsbaserade studier på Centrala Java, Indonesien: fördelar med ett fältlaboratorium

Anna Winkvist

Institutionen för Folkhälsa och Klinisk Medicin, Umeå

Bakgrund

Sedan 1994 har Epidemiologi, Institutionen för Folkhälsa och Klinisk Medicin, Umeå Universitet, haft ett forskningssamarbete om kvinnors och barns nutritionsstatus med indonesiska forskare vid Community Health and Nutrition Research Laboratories (CHN-RL), Medical Faculty, Gadjah Mada University, Yogyakarta, Indonesien. Befolkningsbaserade longitudinella studier har kunnat utföras tack vare ett existerande epidemiologiskt fältlaboratorium som byggts upp av indoneserna. Nedan presenteras fältlaboratoriet och de gemensamma studierna.

Epidemiologiskt fältlaboratorium

Avsikten med ett epidemiologiskt fältlaboratorium i Centrala Java, Indonesien, har varit att möjliggöra en epidemiologisk bevakning av förändringar i demografi, hälsa och nutrition i befolkningen, att erbjuda en infrastruktur för forskningsprojekt och utvärdering av interventioner om hälsa, och att förbättra utbildningen i epidemiologi bland studenter vid Medicinska Fakulteten vid Gadjah Mada University och inom Hälsoministeriet. Med finansiering från Världsbanken och den indonesiska regeringen startades 1994 ett fältlaboratorium i Purworejo District, Centrala Java. Befolkningen i distriktet uppgår till ca 700 000 och 85% av befolkningen bor på landsbygden.

Ett urval gjordes av ca 10% av befolkningen. Först valdes 20% av alla "wilcah", dvs grannskap, ut och sedan valdes 101 hushåll inom varje "wilcah". Totalt ingår drygt 16 000 hushåll i fältlaboratoriet och alla hushållsmedlemmar är inkluderade. Var tredje månad besöks varje hus-



håll och rutindata om flyttningar, födselar, dödsfall, giftermål och viss hälsoinformation samlas in. Totalt 50 intervjuare, tio handledare och en fältkoordinator är anställda för detta ändamål. Två antropologer har jobbat heltid med att få bra kommunikation med folket.

Tyvärr drabbades Indonesien hårt av den ekonomiska krisen i Asien som började 1997. Sedan 1999 har fältlaboratoriet därför inte kunnat fungera som planerat utan mer sporadisk datainsamling har skett. Under 1994-1998 skedde dock regelbunden datainsamling var tredje månad i samtliga hushåll inom fältlaboratoriet.

Effekten av reproduktion på kvinnans nutritionsstatus

Det första gemensamma projektet som startades var en utvärdering av "maternal depletion", dvs effekten av reproduktion på kvinnans nutritionsstatus. Under 1995 gjordes en inventering av alla kvinnor i fertil ålder inom urvalet i fältlaboratoriet. Under 1996 och 1997 inbjöds dessa kvinnor till hälsocentralerna i byarna för mätning av nutritionsstatus (Nurdiati et al 1998, Winkvist et al 2000). Få studier finns av nutritionsstatus bland icke-gravida, icke-ammande

kvinnor i u-länder, då den mesta forskningen är fokuserad på barns hälsa och denna grupp kvinnor därför inte inkluderas. Under 1996-2000 rekryterades en kohort av 846 gravida kvinnor bland dessa kvinnor där nutritionsstatus före graviditet redan noterats. Kvinnorna följdes till 18 månader efter förlossning. Detaljerad information om vikt, överarmsomkrets, underhudsfett, järn- och vitamin A status och kostintag samlades regelbundet in. Dessa data bearbetas för tillfället och information om kostdata har publicerats (Persson et al 2000).

Järn- och zinkbrist under första levnadsåret—orsaker, funktionella utfall och effekten av intervention

Bland barn födda inom kvinnokohorten beskrivs ovan rekryterades totalt 680 barn till en randomiserad interventionsstudie om järn- och zinkstatus. Under barnens sex första levnadsår undersöktes effekten av mammans nutritionsstatus, barnets kost och sjuklighet på barnets järn- och zinkstatus, tillväxt och mentala och motoriska utveckling. Mellan 6-12 månader erhöles barnen ett dagligt järn och/eller zinktillskott. Under de kommande sex månaderna undersöktes igen järn- och zinksta-

tus, tillväxt och mentala och motoriska utveckling. Även dessa data bearbetas för tillfället.

Effekten av den ekonomiska krisen på gravida kvinnors kostintag och nutritionsstatus

Den djupa ekonomiska krisen drabbade Indonesien mitt under rekryteringen av gravida kvinnor till kvinnokohorten. Vi samlade in exponeringsdata för den ekonomiska krisen genom att titta på lokala priser varje månad under 1996-2000 för de vanligaste varorna såsom ris, socker, bränsle och matolja. Detta ledde till en indelning av tidsperioden för nutritionsmätningar i "före krisen" (låga stabila priser), "transitionen" (kraftig stegring av priserna) och "under krisen" (höga stabila priser). Kostintag och nutritionsstatus under andra trimestern av graviditeten jämförs nu bland kvinnor som blivit undersökta under dessa tre tidsperioder. Framförallt fattiga kvinnor i stadsområden och fattiga kvinnor på landsbygden som själva inte odlade ris drabbades av minskat kostintag under "transitionen". Under själva krisen startades flera matprogram för fattiga människor av regeringen och effekten av krisen på kvinnornas kostintag är här mindre markant.

Kvinnomisshandel och dess effekter på hälsa

Under 1999-2000 utfördes en retrospektiv strukturerad intervju med 765 av de 846 kvinnor som ingått i kvinnokohorten. Intervjun handlade om psykisk, fysisk och sexuell misshandel inom äktenskapet. Projektet skedde i samarbete med Rifka Annisa Women's Crisis Center i Yogya-

karta, som arbetar med misshandlade kvinnor, samt med Women's Health Exchange i USA, som arbetar med WHO's Multi-Country Study on Domestic Violence. Resultaten utgör de första befolkningsbaserade data i Indonesien på misshandel inom äktenskapet, och den nationella presentationen av resultaten i Jakarta i våras blev välbesökt av forskare, aktivister och media. Totalt 22% av kvinnorna hade utsatts för sexuell misshandel inom äktenskapet någonsin, 11% för fysisk misshandel och 34% för psykisk misshandel. Under graviditeten som följts inom forskningssamarbetet hade 7% av kvinnorna utsatts för sexuell misshandel, 1% för fysisk misshandel och 10% för psykisk misshandel. Starka samband mellan erfarenheter av misshandel och fysisk och psykisk ohälsa kunde påvisas, liksom negativa effekter på graviditetsutfallet.

Fördelar med att arbeta inom ett epidemiologiskt fältlaboratorium

Flera fördelar för de gemensamma forskningsprojekten av det existerande fältlaboratoriet är uppenbara. En ram för ett befolkningsbaserat urval fanns tillgängligt för varje studie. Det slutliga urvalet individer kunde dessutom jämföras med befolkningen inom hela fältlaboratoriet med avseende på viktiga bakgrundsfaktorer, så att generaliserbarhet för hela distriktet kunde utvärderas. En väl utvecklad fältorganisation existerade som möjliggjorde tung regelbunden datainsamling bland mindre urval av befolkningen. Dessutom fanns en stor mängd bakgrundsinformation tillgänglig för de individer som valts ut till mindre studier, vil-

ket sparade tid och resurser för de nya studierna.

De få nackdelarna för Umeåforskarna med att inte vara delaktiga i själva fältlaboratoriet har varit att kontroll över vad som samlas in i basen liksom personalfrågor och ekonomiska saknats och att en förhandling måste ske vid varje utnyttjande av basdata. Dessa nackdelar har dock klart övervägts av fördelarna med att få utnyttja en existerande forskningsinfrastruktur.

Fältlaboratoriet i Centrala Java har demonstrerat hur effektivt olika resurser kan samordnas så att valid och representativ hälsoinformation kan samlas in även i utvecklingsländer.

Referenser

Nurdiati, D., Hakimi, M., Wahab, A., Winkvist, A. Concurrent prevalence of chronic energy deficiency and obesity among women in Purworejo, Central Java, Indonesia. *Food Nutr Bull* 1998;19(4):321-333.

Persson, V., Winkvist, A., Hartini, T.N.S., Greiner, T., Hakimi, M., Stenlund, H. Variability in nutrient intake among pregnant women. Implications for the design of epidemiological studies using the 24-hour diet recall method. *J Nutr* 2001;131:325-330.

Winkvist, A., Nurdiati, D.S., Stenlund, H., Hakimi, M. Predicting under- and overnutrition among women of reproductive age. A population-based study in Purworejo, Central Java, Indonesia. *Public Health Nutrition* 2000;3(2):193-200.



ORDföranden har ORDet



Och är ute och reser. På semester i Frankrike med barnen. Men ordföranderuta får det bli ändå, om än litet för sent för att redaktör Allebeck ska vara nöjd – deadlines är deadlines... Men det har, som det ofta blir, blivit litet väl mycket resande under senvåren. Vårt eget vårmöte i Umeå som arrangerades tillsammans med Svensk Socialmedicinsk Förening refereras på annan plats i tidningen och handlade denna gång om epidemiologi i utvecklingsländer. Planering för nästa årsmöte pågår redan.

INTERHEART

En mycket lång resa som jag hade privilegiet att få göra handlade om ett mycket praktiskt exempel på epidemiologi i bl.a. utvecklingsländer – INTERHEART-studien. Hjärtinfarkter ses ju inte traditionellt som ett u-landsproblem men faktum är att kardiovaskulära sjukdomar för närvarande ökar mycket kraftigt i många utvecklingsländer, samtidigt som vi ser en nedåtgående trend i västländerna.

INTERHEART-studien jämför infarktpatienter i ett stort antal av världens länder, plus matchade friska kontroller, med varandra. Studien administreras från ett kanadensiskt universitet och det finns medel för den centrala administrationen av studien. Men om man vill vara med som ett eget centrum får man skaffa

anslag själv – i vårt fall från Hjärt-Lungfonden.

Vi på Östra i Göteborg är ett av 40-talet centra över världen och ett av de få västeuropeiska. Stora centra är annars länder som just Thailand, där mötet var, Filippinerna, Indien, Förenade arabemiraten, Kuwait och många andra.

Studien har pågått i två år och det finns data från ca 11000 individer insamlade (varav ca 500 från Sverige) och minst lika många till ska det bli. Den här studien går litet utanför den traditionella kardiovaskulära epidemiologin och kan ge upphov till många intressanta substudier.

De preliminära data som redovisades visade annars att det verkar vara likadant överallt – infarktpatienter i alla länder har mer hypertoni, röker mer, har mer diabetes, är mer överviktiga och stressar mer än kontroller.

Riksstämman

Annars håller vi som bäst på att förbereda Riksstämman som i år blir i Stockholm. Nytt för i år är att abstracts skickas in via nätet. Vi kommer att ha en postsession tillsammans med Svensk Socialmedicinsk Förening. Abstracts skickas till Lars Rylander (lars.rylander@ymed.lu.se).

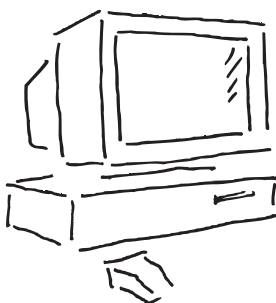
Tyngdpunkten i programmet ligger annars på ett symposium om biobank och databaser i epidemiologisk och klinisk forskning. Symposiet tar upp den mycket viktiga frågan om avvägningen mellan individens integritet och behovet av ny kunskap.

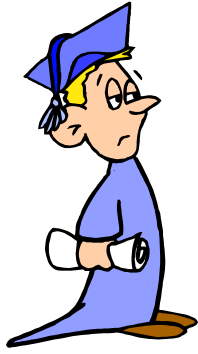
I epidemiologisk och klinisk forskning används allt oftare information från epidemiologiska databaser och biobank. Denna forskning förutsätter att individdata kan sammankopplas och att det finns ett starkt integritetsskydd för dem som lämnat information (eller blod).

Frågor om informerat samtycke och personlig integritet ställs på sin spets när genetisk information ska analyseras. Forskningsetikkommittéerna, Socialstyrelsen, Statistiska Centralbyrån och Datainspektionen är viktiga aktörer. En ny lag om biobank i hälso- och sjukvården införs år 2001 och diskussioner förs om lagstiftning för Forskningsetikkommittéernas verksamhet.

Det här är frågor som påverkar oss alla, inte minst om den information man samlat in har några år (eller decennier) på nacken, som longitudinella studier ofta har.

Annika Rosengren





Aktuella avhandlingar

SOCIAL CONDITIONS AND LIFE-STYLE AMONG WOMEN WITH ALCOHOL RELATED PROBLEMS

Kajsa-Lena Thundal

Institutionen för samhällsmedicin, Göteborgs universitet

Avhandlingen har ägt rum 2 mars 2001

HIP FRACTURE: RISK FACTORS AND MORTALITY

Bahman Y Farahmand

Institutet för Miljömedicin, Karolinska Institutet

Avhandlingen har ägt rum 23 maj 2001

EARLY LIFE RISK FACTORS FOR SCHIZOPHRENIA – STUDIES OF FOETAL AND PERINATAL COMPLICATIONS

Christina Dalman

Institutionen för samhällsmedicin, Göteborgs universitet

Avhandlingen har ägt rum 1 juni 2001

UTILISATION OF HEALTH SERVICES IN A TRANSITIONAL SOCIETY: STUDIES IN VIETNAM 1991-1999

Ngo Van Toan

IHCAR, Karolinska Institutet

Avhandlingen har ägt rum 6 juni 2001

ON THE MULTIFACTORIAL ETIOLOGY OF CELIAC DISEASE . AN EPIDEMIOLOGICAL APPROACH TO THE SWEDISH EPIDEMIC

Anneli Ivarsson

Institutionen för klinisk vetenskap, Umeå universitet

Avhandlingen har ägt rum 8 juni 2001

WOMEN AND ALCOHOL: EARLY BACKGROUND FACTORS AND ASPECTS OF COMORBIDITY

Lena Spak

Institutionen för samhällsmedicin, Göteborgs universitet

Avhandlingen har ägt rum 15 juni 2001

Forskningsenheden for Maritim Medicin v/ Syddansk Universitet Esbjerg, Danmark

Erfaren registerforsker søges til udvikling af nyt forskningsområde

Forskningsenheden for Maritim Medicin (FMM) i Danmark, ønsker snarest at ansætte en forsker med henblik på anvendelse af registre i det maritime erhvervsområde til brug i forskningen. I samarbejde med Søfartsstyrelsen ønskes de eksisterende administrative registre videreudviklet, også til brug i forskningen.



Kvalifikationer:

- Flere års erfaring med registerforskning
- Relevant universitetsuddannelse f.eks. inden for sundheds- eller samfundsvidenskab
- Erfaring med arbejdsmiljøforskning
- Personlig styrke til at opbygge et nyt forskningsområde
- Gode samarbejdsevner

Ansættelsesvilkår:

Der er tale om en fast ansættelse og aflønningen sker efter aftale med den pågældendes forhandlingsberettigede organisation. For læger vil ansættelse kunne ske efter sygehusoverenskomsten. Tjenestested er SDU-Esbjerg, men perioder med en del rejseaktivitet må påregnes.

Ansøgning med CV, publikationsliste og kopi af op til 5 arbejder bedes sendt til Administrator for FMM, Jens Otto Callisen, Syddansk Universitet, Niels Bohrs Vej 9, 6700 Esbjerg.

Ansøgningsfrist 15.7. 2001. Der vil blive nedsat et sagkyndigt bedømmelsesudvalg.

Et fagligt råd og et fagpolitisk udvalg vil fungere som rådgivere for registerforskningen.

Yderligere oplysninger om stillingen kan fås hos formanden for bestyrelsen, Kjeld B. Poulsen (+ 45 46350688) eller lederen, Olaf Jensen (arb. + 45 65504218 / +45 75432045).

Se også FMM's hjemmeside, hvor der er en mere detaljeret stillingsbeskrivelse:
www.esb.sdu.dk/fmm