

Diagnostik och behandling av fimos hos pojkar kan delegeras

INITIAL BEDÖMNING OCH SALVBEHANDLING AV SYMTOMGIVANDE FIMOS KUNDE ÖVERLÅTAS TILL SPECIALUTBILDADE UNDERSKÖTERS KOR

Introduktion. Fimos förekommer fysiologiskt hos alla nyfödda pojkar. Fram till puberteten sker en utmognad av förhudsbladen så att pojken så småningom kan retrahera förhuden bakom ollonet [1].

Oförmåga att retrahera förhuden kan orsaka balanit, miktionssvårighet, ballonering vid miktions samt smärta vid erektion. I sällsynta fall förekommer balanitis xerotica obliterans (BXO), där inflammation leder till en fibrotiskt omvandlad förhud [2].

Fimos som orsakar besvär kan med framgång behandlas med grupp IV-steroidsalva [3-5]. I enstaka fall krävs kirurgisk åtgärd, antingen med förhudsbevarande tekniker eller omskärelse. Fysiologisk fimos utan andra symtom än enstaka balaniter ska inte behandlas [3, 6]. Salvbehandling av fimos initieras med fördel av primär- eller skolhälsovård. Vid behandlingssvikt bör pojken remitteras till (barn)kirurgisk klinik.

Fimos är en vanlig remissorsak till barnkirurgiska mottagningen i Lund. Vintern 2016/2017 stod 180 pojkar i kö för bedömning av fimos hos barnkirurg. Under 2016-2018 genomfördes ett projekt med syfte att starta upp en undersköterskemottagning för patienter remitterade till barnkirurgiska mottagningen med frågeställning fimos. Målet var att öka tillgängligheten samt höja kvaliteten på omhändertagandet och uppföljningen av icke-kirurgisk behandling av fimos.

METOD

Projektet genomfördes som ett kvalitetsarbete under den korresponderande författarens ST-utbildning i barnkirurgi. En riskanalys enligt gängse rutiner vid Skånes universitetssjukhus utfördes i december 2016 där projektet, inkluderande delegering till involverade undersköterskor, godkändes av aktuell chefläkare och chefsjuksköterska. Två undersköterskor vid barnkirurgiska mottagningen med mångårig erfarenhet av högspecialiserad barnkirurgisk vård och av enhetschef dokumenterad särskild personlig lämplighet tillfrågades och utsågs av arbetsgivaren. Undersköterskorna genomgick en riktad utbildning under ledning av projektansvarig ST-läkare, i form av egenstudier, seminarier och fallpresentationer gällande förhudens normala utveckling, patofysiologi vid samt behandling av fimos.

Formell delegering av nya arbetsuppgifter till involverade undersköterskor utfärdades av enhetschef. Projektansvarig ST-läkare utfärdade i samarbete med involverade undersköterskor projektinformation samt remissmall som skickades ut till remitterter samt reviderade kallelsebrev, skriftlig information

Louise Tofft, med dr, specialistläkare,
● louise.tofft@med.lu.se

Agneta Svensson, undersköterska,

Monica Wedbäck, undersköterska,

Anna Börjesson, med dr, överläkare; samtliga Barnkirurgiska sektionen, VO Barnkirurgi och neonatalvård, Skånes universitetssjukhus Lund

och behandlingsinstruktion till vårdnadshavare. Papersrecept in blanco på steroidsalva (klobetasol; Dermovat) utfärdades av läkarsektionschef. Standardanteckning för dokumentation i det elektroniska journalsystemet utformades av projektansvarig ST-läkare. Samtliga journalanteckningar utförda av undersköterskor vid fimosmottagningen kontrasterades av specialistläkare i barnkirurgi.

Inkomna remisser till barnkirurgmottagningen med frågeställning fimos hos pojkar mellan 1 och 15 års ålder granskades av remissansvarig läkare och lades till undersköterskemottagningen. Remisser innehållande potentiellt komplicerande anamnesticke uppgifter såsom tidigare kirurgi för fimos, misstanke om genital missbildning eller konstaterad blästömningssvårighet fördelades däremot till läkarmottagningen.

Undersköterskemottagningen startade i januari 2017, initialt som bredvidgång på läkarmottagningen och därefter som parallellmottagning till läkarmottagningen med omedelbar klinisk utvärdering av varje patient med projektansvarig ST-läkare. Efter ca 20 utbildningspatienter per undersköterska startade den enskilda undersköterskemottagningen i februari 2017.

Undersköterskorna tog upp anamnes och status. Salvbehandling med klobetasol initierades om indicerat (smörjning 2 gånger dagligen jämte försiktig tånjning i 6-8 veckor). Stor vikt lades vid information till barn och vårdnadshavare om förhudens normala utveckling och patofysiologi samt i förekomman-

HUVUDBUDSKAP

- Fimos hos pojkar är ett vanligt och ofta fysiologiskt tillstånd.
- Endast symtomgivande fimos hos prepubertala pojkar ska behandlas.
- Symtomgivande fimos kan ofta behandlas framgångsrikt med lokal grupp IV-steroidsalva.
- Endast en minoritet av pojkar med symtomgivande fimos behöver kirurgi.
- Diagnostik, information till patient och vårdnadshavare, insättande och uppföljning av salvbehandling vid fimos kan framgångsrikt och säkert delegeras till specialutbildad omvårdnadspersonal.

de fall instruktion och coaching vid salvbehandling. Besökstiden sattes till 30 minuter. Återbesök genomfördes efter 6–8 veckor. Vårdnadshavare erhöll kontaktuppgifter till mottagningen för telefonkontakt vid behov emellan besöken.

Vid minsta anamnestiska eller statusmässiga oklarhet, misstanke om komplicerande symtom såsom blästömningssvårighet och BXO eller behandlingssvikt på insatt salvbehandling konsulterades läkare omedelbart vid primär- eller återbesök för sekundärutlåtande. Indikationer för kirurgi var framför allt misstanke om BXO, konstaterad blästömningssvårighet samt behandlingssvikt på tidigare adekvat insatt och genomförd salvbehandling. Operationsanmälan och val av operationsmetod (förhudsbevarande kirurgi såsom radiära incisioner eller omskärelse) gjordes av enskild barnkirurg i tjänst efter individuell bedömning samt diskussion med aktuell patient och vårdnadshavare.

Kliniska fynd, val av behandling, behandlingsresultat samt sekundärutlåtande av läkare dokumenterades. Vårdnadshavarnas nöjdhet dokumenterades via ett formulär som lämnades in anonymt.

RESULTAT

Totalt bedömdes 122 pojkar i åldrarna 1–14 år vid nybesök på undersköterskemottagningen under 2017. Tre fjärdedelar remitterades från primärvården, resterande främst från barnkliniker eller skolhälsovården. Drygt hälften av patienterna bedömdes lida av en symptomgivande fimos (Figur 1). Läkarkonsultation begärdes i 26 fall (21 procent), och 8 pojkar (7 procent) operationsanmäldes vid nybesöket. Femtiofem pojkar

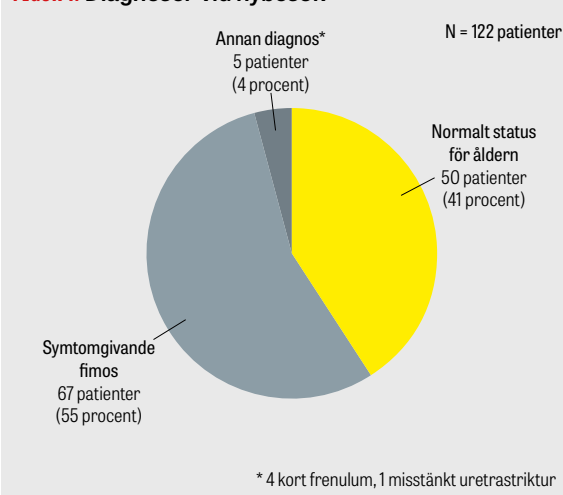
»Den största utmaningen låg i att möta och neka efterfrågan på rituell omskärelse.«

(45 procent) uppsattes för återbesök efter insatt salvbehandling (Figur 2). Trettioåtta pojkar bedömdes vid ett första återbesök under 2017 där majoriteten hade haft positiv effekt av salvbehandling (Figur 3). Läkarkonsultation begärdes i 8 fall (21 procent) och 4 pojkar (10 procent) operationsanmäldes vid återbesöket.

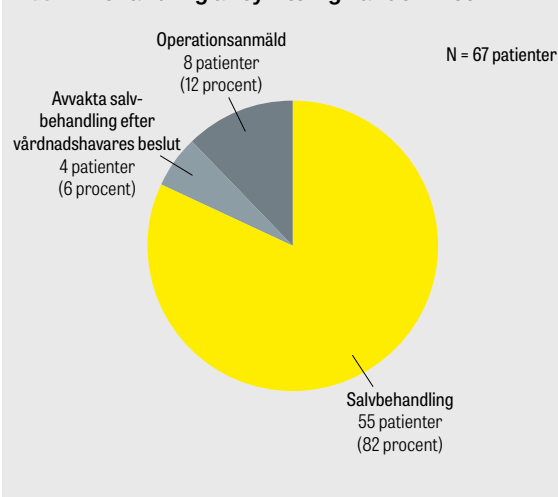
Under projektets första månader fyllde 51 vårdnadshavare i ett anonymt formulär vid nybesöket, där 50 (98 procent) ansåg sig nöjda. En vårdnadshavare var missnöjd då föräldrarna önskade omskärelse men blev nekade på grund av avsaknad av medicinskt skäl.

Involverade undersköterskor utvärderade projektet löpande med projektansvarig ST-läkare. De konstaterade att projektet var utmanande och givande och att de snabbt, på grund av det rika remissinflödet, kunde bygga upp en bred kompetens avseende fimos. Vidare angav de att teamarbetet med barnkirurgerna fungerade väl samt att den noggranna informationen om tillståndet och stödet de gav vid salvbehandling verkade upplevas som mycket värdefullt av patienterna och vårdnadshavarna. Den största utmaningen låg i att möta och neka efterfrågan på rituell omskärelse.

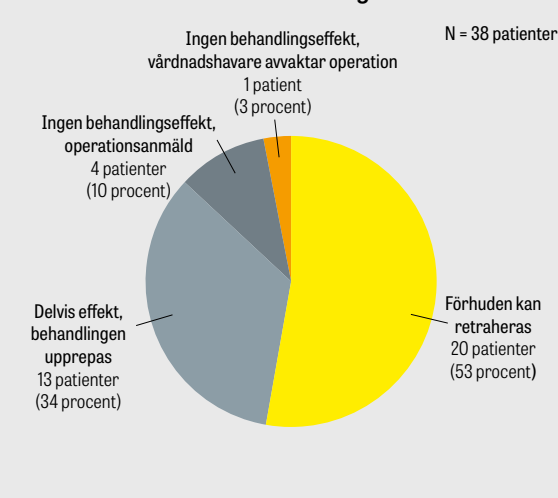
FIGUR 1. Diagnoser vid nybesök



FIGUR 2. Behandling av symptomgivande fimos



FIGUR 3. Resultat av salvbehandling



Samtliga läkare verksamma vid Barnkirurgiska sektionen i Lund utvärderade projektet skriftligen. Ingen av dem hade upplevt en ökad arbetsbelastning eller uppmärksammat någon medicinsk risk. Läkarna upplevde tvärtom projektet som värdefullt och resurssparande.

Undersköterskemottagningen för fimos blev efter beslut av involverade enhetschefer i januari 2018 permanent vid barnkirurgiska mottagningen i Lund.

DISKUSSION

Projektet visade att en klar minoritet av de remitterade pojkarna var i behov av kirurgi. Fyra av tio pojkar hade ett normalt status för åldern, utan besvär av sin eventuella fysiologiska fimos, och hade således inget behov av någon behandling.

Den positiva effekten av steroidsalvbehandling på 87 procent av patienterna med symtomgivande fimos överensstämmer med resultat från tidigare studier (65-95 procent) [3].

Projektet visade att vårdnadshavarna till överväldigande del var positiva till undersköterskemottagningen. Omvårdnadspersonal och läkare på barnkirurgiska mottagningen i Lund arbetar sida vid sida i ett uttalat teamtänk med både basal och högspecialiserad barnkirurgisk vård. Involverade barnkirurger noterade inga medicinska risker med undersköterskemottagningen för fimos. Givet de involverade undersköterskornas gedigna barnkirurgiska kompetens avseende exempelvis självständig brännskadevård och sårvård efter hypospadikirurgi bör läkarnas slutsatser anses som rimliga.

Huruvida projektet åstadkom en kvalitetshöjning avseende behandlingsresultat är svårt att svara på då jämförande statistik från mottagningen innan projektet startades saknas. Spekulativt bör undersköterskemottagningen dock bidra till ett bättre omhändertagande i och med den noggranna informationen till patienter och vårdnadshavare om tillståndet samt en aktiv och dedikerad coachning under salvbehandlingen. Dessutom bör den kliniska bedömningen och behandlingen bli mer konsekvent när färre aktörer är involverade, jämfört med tidigare då fimosremisser lades till samtliga läkare.

Det skulle vara intressant att studera om antalet operationsanmälningar för åtgärd av fimos har påverkats av undersköterskemottagningens införande. I vilken utsträckning undersköterskemottagningen i sig har lett till ökad tillgänglighet för dessa patienter är svårt att avgöra eftersom projektet initierades samtidigt med andra förändringar på barnkirurgmottagningen med samma syfte, så att jämförande statistik tyvärr saknas.

Sammantaget visar projektet att man genom ett strukturerat omhändertagande framgångsrikt och säkert kan överlåta initial bedömning samt salvbehandling av symtomgivande fimos hos barn till specialutbildade undersköterskor med delegering. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.
Citera som: *Läkartidningen. 2020;117:20027*

REFERENSER

1. Gairdner D. The fate of the foreskin: a study of circumcision. *Br Med J.* 1949;2(4642):1433-7.
2. Shankar KR, Rickwood AM. The incidence of phimosis in boys. *BJU Int.* 1999;84(1):101-2.
3. Van Howe RS. Cost-effective treatment of phimosis. *Pediatrics.* 1998;102(4):E43.
4. Folaranmi SE, Corbett HJ, Losty PD. Does application of topical steroids for lichen sclerosus (balanitis xerotica obliterans) affect the rate of circumcision? A systematic review. *J Pediatr Surg.* 2018;53(11):2225-7.
5. Moreno G, Corbalán J, Peña-loza B, et al. Topical corticosteroids for treating phimosis in boys. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;(9):CD008973.
6. Zeiai S, Wählin N, Fossum M. Trång förhud är oftast en benign åkomma. *Läkartidningen.* 2013;110(11):558-9.

SUMMARY

Diagnosis and treatment of phimosis delegated to trained assistant nurses

Phimosis in boys is a common condition. In the majority of cases it is physiological without symptoms. Symptomatic phimosis can often be treated successfully with local steroid cream - only a minority of patients need surgery.

This study concludes that diagnosis, information to patients and guardians, initiation and follow-up of local steroid treatment can successfully, and safely, be delegated to trained assistant nurses.