

årig kvinna, som uppenbarligen under flera års substitutionsbehandling blött oregelbundet av och till, inte gå vidare med en mera klarläggande utredning, t ex med en fraktionerad abrasio, måste betraktas som djupt otillfredsställande och inte förenligt med god klinisk praxis. Att dessutom sätta in en Levonova, en preventivmetod med lokala effekter på endometriet, som i sig kan åstadkomma blödningsstörningar och därigenom ytterligare förvirra bilden, måste anses som helt felaktig handläggning av en postmenopausal blödning av oklar genes.

Veveca Odling
docent, överläkare,
föredragande läkare i
obstetrik och gynekologi
i HSAN

Underlåtenhet att rapportera smittfarligt beteende hos HIV-patienter

Ann-Sofie Åsander och medarbetare redovisade i Läkartidningen 44/96 ett förtjänstfullt projekt angående de 109 patienter som 1994 fick HIV-diagnos vid Stockholms HIV-mottagningar. Minst tolv personer hade smittats av personer som vid smittifallet visste om sin HIV-diagnos. Fyra injektionsmissbrukare, som smittats av kända HIV-bärare, kände till vederbörandes HIV-infektion. Endast två personer som smittats sexuellt visste om att sexualpartnern hade HIV, medan sex sexuellt smittade personer var omedvetna om partnerns kunskap om sin HIV-infektion.

Behandlande läkares skyldighet

Enligt Smittskyddslagen (16 §) skall behandlande läkare »meddela den som undersöks för en samhällsfarlig sjukdom de förhållningsregler som behövs för att förhindra smittspridning». Vidare stadgas: »Läkaren skall så långt som möjligt se till att förhållningsreglerna följs.»

Enligt Socialstyrelsen anvisningar skall HIV-patienter ges bl a förhållningsreglerna »Du är skyldig att före samlag (där penis är inne i slidan, ändtarmen eller munnen) eller an-

nan sexuell aktivitet som innebär risk för smittspridning, informera din tilltänkta sexualpartner om att du är HIV-smittad» och »Du får inte låna andra personers sprutor eller nålar. Har du egna injektionsverktyg får dessa inte lånas ut eller användas av andra personer.»

Smittskyddslagens 25 § stadgar: »Om en behandlande läkare har anledning anta att en patient, som för eller misstänks föra smitta av en samhällsfarlig sjukdom, inte kommer att följa eller inte följer meddelade förhållningsregler, skall han skyndsamt underrätta smittskyddsläkaren.» (Vår kursivering.)

Smittskyddsläkaren i Stockholms län borde således fått minst tio underrättelser från deltagande mottagningar om smittfarligt beteende hos HIV-smittade. (Fyra injektionsmissbrukare och sex smittade utan att partnern informerat.)

Vi jämförde Åsanders och medarbetares artikel med de 36 fall av oförmåga att följa förhållningsregler som registrerats hos Smittskyddsläkaren i Stockholms län 1 januari 1994–31 januari 1995. Endast två är rapporterade från HIV-mottagningarna i studien, och endast en som smittat annan person med HIV. Således har man underlåtit att rapportera minst nio personer med smittfarligt beteende. Än mer obehagligt vore om man på mottagningarna känner till ytterligare patienter som lever smittfarligt, men som kanske ännu inte smittat någon.

Svårt finna en balans

Åsander och medarbetare antyder i artikeln att de haft svårt att finna en balans mellan patientens behov av tillit och anmälningsskyldigheten. Av empatisk välvilja gentemot patienten har de inte förstått vikten av smittskyddsläkarens preventiva arbete och kanske därmed bidragit till vidare smittspridning.

Vidare har patienterna berövats möjligheten att komma i kontakt med den kompetens som smittskyddsenheten har. Vår HIV-sektion i Stockholm har, förutom läkare och sjuksköterskor, även psykolog, sociolog och jurist, vilka med sina speciella kunskaper har goda möjligheter att hjälpa personer med riskbeteende. Underlåtenhet skylls på att patienter

skulle vara rädda för Smittskyddslagens konsekvenser. I stället borde kuratorerna kunnat upplysa patienterna om vilka rättigheter och skyldigheter smittade har enligt Smittskyddslagen. I detta sammanhang är det viktigt att framhålla att av 795 HIV-smittade, som brutit förhållningsregler och rapporterats till Smittskyddsläkaren i Stockholms län till och med 1995, endast 41 varit så oemottagliga för stödande åtgärder att länsrätten bedömt tvångsisolering nödvändig. Vi emotser ett ökat samarbete med HIV-mottagningarna för att gemensamt kunna minimera HIV-spridningen.

Per Arne Parment
biträdande smittskyddsläkare,

Brith Christenson
biträdande smittskyddsläkare,

Staffan Sylvan
biträdande smittskyddsläkare,

Per Lundbergh
smittskyddsläkare, smittskyddsenheten, Karolinska sjukhuset, Stockholm

Replik: Tolkningsfråga

I kommentaren till vår artikel beskyller smittskyddsläkarna i Stockholms län HIV-mottagningarna för underlåtenhet att rapportera minst nio patienter med smittfarligt beteende. Emellertid finns högst naturliga förklaringar till varför anmälan till smittskyddsläkaren i Stockholms län inte gjorts i samtliga fall. I artikeln har vi inte redovisat i vilket län eller land ifrågavarande nio patienter var bosatta. Vi har inte tolkat Smittskyddslagen på ett sådant sätt att smittskyddsläkaren i Stockholms län också har epidemiologiskt ansvar för personer bosatta i andra länder eller i andra delar av Sverige. I förekommande fall skall givetvis de personer som har sin behandlande läkare i Stockholm rapporteras till smittskyddsläkaren i Stockholms län.

Vidare har vi ej heller tolkat lagen på ett sådant sätt att vi ansett det vara vår skyldighet att rapportera de patienter som ej följt sina föreskrifter och som

hunnit avlida när detta kommit till vår kännedom. Smittskyddsläkarna i Stockholms län skriver att kuratorerna underlåtit att göra anmälan för att patienterna skulle vara rädda för Smittskyddslagens konsekvenser. Detta är en miss tolkning av vad vi skrivit. Det vi skriver är att det är omöjligt att utföra kontaktspåringsarbetet om patienten inte vågar tala med oss kuratorer om sitt riskbeteende av rädsla för smittskyddslagens konsekvenser.

Vi vill gärna samarbeta i det viktiga HIV-preventiva arbetet. Misstänkliggöranden av det slag vi sett exempel på ovan gynnar tyvärr ej ett sådant samarbete.

Ann-Sofie Åsander
kurator, Danderyds sjukhus
Torsten Berglund
kurator, Södersjukhuset
Christina Persson
kurator,
Huddinge sjukhus

Grapefruktjuice orsakade hypotoni

En medelålders undersköterska medicinerade mot hypertoni med propranolol 160 mg \times 3 och felodipin 5 mg \times 1, och med furosemid vb mot övervätskning. Hon hade ofta så ordentliga besvär av yrsel, matthet och svimningstendenser att hon vissa dagar hade svårigheter att över huvud taget hålla sig i upprätt ställning. Eftersom blodtrycket vid läkarkontroller brukade vara normalt dröjde det innan hon misstänkte att besvären orsakades av tillfällig hypotoni. Emellertid visade egna blodtryckskontroller vid yrsel blodtryck nedåt 90/60 – 75/50 mm Hg, vilket torde vara lågt nog för att hos en lång person som varit van vid högt blodtryck orsaka rejäla besvär.

Hon avstod från att ta furosemid under arbetstid och yrsepisoderna minskade i frekvens, men var fortfarande lika besvärade de gånger de överraskande drabbade henne. Interaktion med födoämnen? Fanns det något hon ibland inmundigade på arbetet men aldrig hemma? Ja, grapefruktjuice. Fäss konfirmerade interaktionsmisstanken: Ett glas grapefruktjuice är tillräckligt för att kraftigt hämma första passagemetabolismen av felodipin och nifedipin med 2- till 3-dubbling av plasmakoncentrationen efter en oral dos som

följd. Interaktionen beror på att grapefruktjuice – men ej apelsinjuice – innehåller flavonoider som hämmar en form av cytokrom P 450, Cyp 3A4. Betydelsen av interaktionen varierar mellan olika personer [1].

Besvären försvann

Uppenbarligen var interaktionen av stor betydelse för denna undersköterska, eftersom hennes besvär försvann när hon slutade dricka grapefruktjuice på arbetet.

Undersköterskor handskas i sitt dagliga id ofta med vassa föremål som saxar, injektionsnålar, lancetter och stitchcutters, och det berodde förmodligen mer på tur än skicklighet att ovan nämnda undersköterska undgick att vid ortostatiska blodtrycksfall ofrivilligt orsaka sig själv eller patienterna stick- eller skärskador.

Kalciumantagonister förskivs allt oftare som första handsmedel vid hypertoni (särskilt till män), och flera författare har i Läkartidningen nyligen nämnt att ungefär var tredje hypertoniker i Sverige för närvarande står på en kalciumantagonist. Därför är det för kalciumantagonistförskrivande läkare befogat att fundera över och varna sina patienter för de tänkbara följderna av kombinationen kalciumantagonist och grapefruktjuice.

För exempelvis en bussförare, en kirurg, en charkuterist, en sågverksarbetare – eller en undersköterska – kan annars ett enda glas grapefruktjuice om dagen i praktiken leda till onödiga olyckshändelser, onödigt yrkesbyte eller i värsta fall till arbetsförmåga.

Ingrid Nilsson,
undersköterska, Björnlunda

Referens

- Sjöqvist F. Interaktion mellan läkemedel. FASS Stockholm: Linfo, 1996; 1152.

God effekt av generell barnvaccination mot Hib

Odd Spandow och medarbetare belyser i Läkartidningen 44/96 (Varning! Vaccin mot akut epiglottit ger ej fullgott skydd), med ett fall av epiglottit, sviktande effekt av Haemophilus influenzae typ b (Hib)-vaccination, vilken ingår

Ge er till känna!

Läkartidningen har som huvudregel att på insändar- och debattsidorna ej publicera anonyma insändare. Undantag kan dock göras t ex när författaren tar upp problem med viss allmängiltighet, men där ett offentliggörande av identiteten kan vålla skribenten personlig skada.

Författaren kan i sådana fall uttrycka önskemål om anonym publicering. Dock måste hans eller hennes identitet vara känd av redaktionen, bl a för undvikande av förfalskade inlägg. Vidare kan redaktionen behöva nå författaren beträffande oklarheter i texten, eller för att delge eventuella repliker etc.

Redaktionen förbehåller sig rätten att avgöra om inlägget skall publiceras eller ej. Vid publicering respekteras då självfallet önskemålet om anonymitet, såväl i den tryckta texten som i kontakter med eventuellt berörda instanser eller personer, som kan behöva beredas tillfälle till kommentar.

Därför: Uppge alltid författarnamnet i foljebrev eller på annat sätt, med begäran om anonym behandling. Inlägg där författaren är okänd även för redaktionen publiceras aldrig.

Red

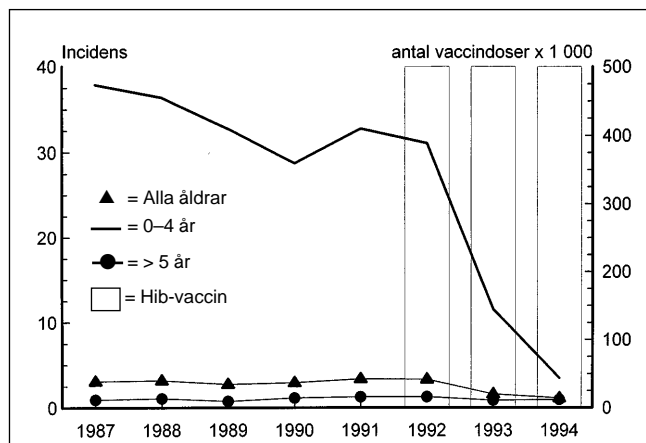
i det allmänna barnvaccinationsprogrammet. Inget vaccin ger, av olika skäl, fullständigt skydd hos alla individer. Det kommer alltid att uppträda vaccinationssvikt beroende på såväl vaccin som värdfaktorer. Det är därmed viktigt för hälso- och sjukvården att vara observant på sjukdomstillstånd som orsakas av de mikroorganismer vi förebygger genom generella vaccinationsprogram, precis som Spandow och medarbetare påpekar.

I Sverige är vaccinationsprogrammets sjukdomar anmälningspliktiga enligt Smitt-

skyddslagen, vilket möjliggör en nationell övervakning (gäller dock ännu ej pertussis). När det gäller Hib är det också viktigt att alla isolat av H influenzae från normalt steril lokal (blod, likvor, led) typas för att möjliggöra en uppföljning av vaccinationsprogrammet, typ b eller ej! Vaccinering mot Hib kan ej förväntas påverka insjuknandet i infektion orsakad av H influenzae non-b, vilket inkluderar icke typbar H influenzae.

Sviktande skydd vid vaccination med konjugerat Hib-vaccin har tidigare redovisats, och i en studie från USA [1] insjuknade 7 barn i invasiv Hib-infektion efter vaccination. Av dessa hade 5 epiglottit och 2 meningit. Dessa barn, 4 flickor och 3 pojkar, var i åldrarna 8–48 månader, median 36 månader. De hade fått senaste Hib-vaccindosen 1–19 månader före insjuknandet.

Figur 1. Årlig incidens (fall/100 000) av meningit och/eller bakteremi av H influenzae rapporterat av de mikrobiologiska laboratorier till Smittskyddsinstitutet och antal levererade doser av H influenzae typ b-vaccin i Sverige, 1987–1994.



I en annan studie [2] har visats att det föreligger en överrepresentation av barn med immundefekt bland dem som insjuknar i invasiv Hib-infektion trots att de vaccinerats med ett konjugerat Hib-vaccin. I denna studie hade 8 av 23 fall (35 procent) subnormala serumnivåer av immunglobulin. Författarna rekommenderar att utreda alla fall av vaccinsvikt med serum Ig-koncentration.

Ur ett folkhälsoperspektiv har den införda generella barnvaccinationen mot Hib inneburit en markant minskning av invasiva sjukdomar för små barn. Incidensen av Hib i åldersgruppen 0–4 år har minskat med 90 procent trots att alla barn i den åldersgruppen ej är vaccinerade (Figur 1) [3]. Samhället »tjänar» också pengar på minskade kostnader som kan användas till annan sjukvårdsproduktion, enligt en svensk publicerad studie [4].

Örjan Garpenholt
epidemisjukskötare, Smittskyddsenheten, kliniskt mikrobiologiska avd,
Sven-Arne Silfverdal
skolhälsovårdsöverläkare, barn- o ungdomskliniken,
Svante Hugosson
avdelningsläkare, öronnäs- och halskliniken,
Hans Fredlund
smittskyddsläkare, med dr, smittskyddsenheten, kliniskt mikrobiologiska avd,
Per Olcén
docent, överläkare, kliniskt mikrobiologiska avd,
Regionsjukhuset, Örebro

Referenser

- Beck RA, Kambiss S, Bass JW. The retreat of Haemophilus influenzae type b disease: analysis of an immunization program and implications for OTO-HNS. Otolaryngol Head Neck Surg 1993; 108: 712-21.
- Holmes SJ, Lucas AH, Osterholm MT, Froeschle JE, Granoff DM. Immunoglobulin deficiency and idiotypic expression in children developing Haemophilus influenzae type b disease after vaccination with conjugate vaccine. JAMA 1991; 266: 1960-5.
- Garpenholt Ö, Silfverdal SA, Hugosson S, Fredlund H, Bodin L, Romanus V, Olcén P. The impact of general childhood vaccination against H influenzae type b in Sweden. Scand J Infect Dis 1996; 28: 165-9.
- Trollfors B. Cost-benefit analysis of general vaccination against Haemophilus influenzae type b in Sweden. Scand J Infect Dis 1994; 26: 611-4.