

om att de yngre medarbetarna läser Riskronden också stimulera de mer erfarna läkarna – vilken benämning de nu kan tänkas få vid nästa reform – att läsa eller kanske till och med prenumerera på den? Riskronden kostar för närvarande endast 160 kr/år.

Bengt Wadman
redaktör för Riskronden

Privatläkarna genomskådar Ringholms enfråge- demagogi

En sak i taget vill Bosse Ringholm, finanslandstingsråd (s) i Stockholm, att debatten skall handla om. (Läkartidningen 18/97).

När det gäller privatvården i Stockholm skall inte diskuteras dess roll och uppgift, inte dess kvalitet, inte dess kostnadseffektivitet, inte dess samarbetsrelationer med huvudmannen landstinget, inte att ersättningen tills nu stått still sedan 1994, inte allmänhetens positiva uppfattning av privata vårdgivare, inte att 163 privatläkare tvångspensioneras, inte att privatvården är en värdefull del av det samlade vårdutbudet, inte att det faktum att det enda de privata vårdgivarna hör från landstinget är negativa och nedsättande kommentarer. Inget av detta skall diskuteras. Åtminstone inte samtidigt.

Försöker slå in en kil

Det enda Bosse Ringholm godkänner som debattämne för dagen är en påstådd kostnadsökning för privat vård. Han upprepar i sitt genmäle i Läkartidningen 18/97 på vår debattartikel i 17/97 envist att den privata vården gynnas på den offentliga vårdens bekostnad. Han påstår att vi tycker att detta är en rimlig ordning. Han försöker därmed slå in en kil mellan privat och offentligt verkssamma läkare. Han försöker ställa den ena läkaren mot den andra.

I detta kommer han att misslyckas. Läkarna är fullt kapabla att se igenom Bosse Ringholms enfrågedemagogi. Vi har visat att Stockholms läns landsting totalt sett, inkl den höjning av taxan som nu skett, sparar 100 miljoner på privatläkarna. För att denna siffra skall bli synlig

måste man kunna se åtminstone två sammanhang samtidigt: effekterna av att 163 läkare försvinner ur systemet och effekterna av taxeändringen. Till detta är Bosse Ringholm uppenbarligen oförmögen.

Det är värt att notera att han i sitt genmäle inte med ett ord kommenterar att landstinget i Stockholm totalt sett sparar på privatvården. Det kan bara betyda att han hoppas att detta faktum skall falla i glömska och att han genom att envist upprepa sin tes att privatvården gynnas på den offentliga vårdens bekostnad till slut skall få oss och allmänheten att tro det också förhåller sig så.

Men som sagt, i detta kommer han att misslyckas.

Björn Meder
ordförande i Stockholms
läkarförening

Peter Möller
ordförande Stor-Stockholms
privatläkarförening

Vilseledande om utredning och behandling av urinvägsinfek- tioner!

I »Intern medicin» (1996) under redaktion av Leif Hallberg, Göran Holm, Nalle Lindholm och Lars Werkö förekommer flera tveksamheter och felaktigheter i kapitlet om urinvägsinfektioner.

Utredning

I boken sägs att kvinnor med recidiverande urinvägsinfektioner – definieras som »flera attacker under några år» och ej som vedertaget ≥ 2 under 1/2 år eller ≥ 3 under ett år [1, 2] – ska utredas med cystoskopi och urografi. Flera studier [3, 4] har dock klargjort att en sådan utredning ger föga utbyte hos kvinnor med recidiverande, distal UVI. Rör det sig däremot om recidiverande pyelonefrit eller om det finns anamnes på outredd UVI i barndomen, infektioner orsakade av ureasspjälkande bakterier eller anamnes på sten eller obstruktion, finns det skäl att göra en urografi. Cystoskopi torde däremot mera sällan vara

indicerad förutom vid malignitetsmisstanke [3, 4].

Diagnos av cystit/uretrit

I avsnittet om diagnostik talar om sedimentundersökning, vilket nu sällan utförs inom primärvården eller den slutna vården utom på speciella indikationer, t ex vid misstanke om nefrit. Nitritsticka och sticka för påvisande av leukocyter är idag både bättre och mera kostnadseffektiva hjälpmedel för att ställa diagnosen UVI. I boken nämns inte den förändrade synen på bakteriehalt vid urinodling.

Vid cystit orsakad av E coli räcker det idag att påvisa 10^3 bakterier per mol urin för att växten ska betraktas som signifikant [2].

Behandling

I kapitlet med underrubriken asymptomatisk bakteriuri (ABU) står att diabetiker med ABU sannolikt bör behandlas. Någon ökad risk för diabetiker att få pyelonefrit på grund av ABU har ej påvisats, varför denna patientgrupp inte behandlas om inte annat skäl finns för detta [1].

Som förstahandsmedel vid behandling av uretrit och cystit rekommenderas trimetoprim, norfloxacin och pivmecillinam. I praktiken står dock kinolonerna för 50 procent av all antibiotikaförskrivning vid denna diagnos. Den ökade resistensen av även E coli i öppenvården gör att kinoloner, som aldrig rekommenderats som förstahandsmedel vid okomplicerade nedre UVI, ej bör användas på denna indikation [5].

Förutom trimetoprim och pivmecillinam är nitrofurantoin också ett utmärkt behandlingsalternativ till yngre kvinnor liksom de äldre cefalosporinerna (cefalexin, cefadroxil), som kan användas till hela åldersgruppen. Båda dessa läkemedel kan även användas till gravida, till skillnad från kinolonerna.

Vid behandling av akut pyelonefrit föreslås medel såsom ampicillin, cefalosporiner, trim/sulfa och kinoloner. Resistensen mot ampicillin för E coli ligger idag på ca 20 procent, varför det ej längre är lämpligt som empirisk behandling. I boken skiljer man inte heller på oral och intravenös behandling när man talar om cefalosporiner. Orala cefalosporiner bör ej användas vid

behandling av akuta pyelonefrit på grund av ökad recidivfrekvens. Däremot kan, om patientens tillstånd så medger, oral behandling med trim/sulfa och kinoloner användas. Män med urinvägsinfektioner har ofta ett engagemang av prostata, varför medel som penetrerar bra in i prostatavävnaden, såsom kinoloner och trim/sulfa, är att föredra.

Inga Odenholt
docent, Uppsala

Referenser

1. Sandberg T. Handläggning av urinvägsinfektioner hos vuxna. Södertälje: Astra Läkemedel, 1994.
2. Läkemedelsverket. Workshop: Treatment of urinary tract infections. Uppsala: Läkemedelsverket, 1990.
3. De Lange E, Jones B. Unnecessary urography in young women with recurrent urinary tract infections. Clin Radiol 1983; 34: 551-3.
4. Fowler J, Thomas E. Excretory urography, cystography and cystoscopy in the evaluation of women with urinary tract infection. N Engl J Med 1981; 304: 462-5.
5. Cars O, Sandberg T. Begränsa användningen av fluorokinoloner. Information från Läkemedelsverket 2. 1996.

Replik:

Acceptabelt balanserad framställning

Vårt avsnitt om urinvägsinfektioner i kapitlet om medicinska njursjukdomar omfattar endast tre sidor och är översiktligt och resonerande, något annat är inte möjligt inom denna knappa ram. Vi syftar naturligtvis till att bibringa studenterna insikter i »vedertagna» principer för utredning och behandling utan att för den skull bli onödigt detaljrika. Inom detta område liksom alla andra blir man fort inaktuell om man är alltför specifik i sina påpekanden.

Sådana överväganden gör att vi, även om vi har förstäelse för Inga Odenholts kritik, anser att kapitlet om urinvägsinfektioner har fått en acceptabelt balanserad framställning vad gäller både diagnostik och behandling. Beträffande behandlingen är det ju så att om hälften av alla UVI-behandlingar sker med kinoloner kan man väl inte undgå att påpeka att