

Kan tre dagars behandling vid okomplicerad nedre urinvägsinfektion rekommenderas?

I Läkartidningen 39/99 tar Sigvard Mölstad, Lars G Burman och Sven Ferry upp ett viktigt och angeläget ämne. En förkortad behandlingstid även med betalaktamantibiotika och nitrofurantoin från idag sju till tre dagar skulle, enligt författarna, ge tillfredsställande behandlingsresultat och samtidigt fördelar i form av mindre biverkningar, ekologiska bieffekter och kostnader. Tredagarsbehandling är redan dokumenterad för trimetoprimsulfa och kinoloner.

Det måste emellertid påpekas att dessa medel karakteriseras av hög antibakteriell aktivitet mot relevanta patogener, och relativt långsam elimination. Det finns därför kvar tillräckliga anti-

bakteriella koncentrationer i urinen lång tid efter avslutad behandling.

En tillförsel av kinoloner och trimetoprim/trimetoprimsulfa under tre dagar är därför i realiteten en 5–7-dagarsbehandling, medan administration av betalaktamantibiotika eller nitrofurantoin under tre dagar innebär ungefär samma reella behandlingstid, alltså cirka tre dagar.

I praktiken ger man då en kortare behandling med mindre aktiva antibiotika. Författarna menar att detta bör vara tillräckligt.

I ställningstagandet till behandlingstidens längd kan hänsyn behöva tas till ett flertal faktorer, som delvis tagits upp

i artikeln. Ny kunskap om riskfaktorer kan behöva vägas in.

Eftersom en översyn av gällande behandlingsprinciper har ansetts angelägen inbjöd Läkemedelsverket för några månader sedan ett antal specialister inom området, däribland artikelförfattarna, till ett expertmöte den 23 november. Vid detta kommer behandlingsstrategin vid okomplicerad cystit hos kvinnor att diskuteras. Vår förhoppning är att mötet kommer att ge underlag för en revidering och uppdatering av hittills gällande rekommendationer.

Otto Paulsen

docent, Läkemedelsverket,
Uppsala

Försäkringskassans sak se till att försäkringstagaren inte missbrukar systemet

Bengt H Johansson har i Läkartidningen 35/99 skrivit en sann artikel om sjukförsäkringssystemet. Synd att man på försäkringskassan känner sig trappad på tårna och vill ge tillbaka med samma mynt. Visst måste vi ha rätt att diskutera sjukförsäkringssystemet, även om si och så många läkare skriver dåliga intyg! Den typen av debattsvår stänger effektivt dörren för fortsatt dialog.

Är det fortfarande någon som tror att läkare kan göra objektiva arbetsförmågebedömningar, ens bland försäkringskassans tjänstemän? Knappast, och ändå utfärdar vi dessa sjukintyg, för att vi inte vill överlåta ansvaret till försäkringskassetjänstemännens godtycke – vi betraktar oss själva som patienternas företrädare i en krass verklighet, och vi är kanske också rädda för att förlora lite av den makt som myndighetsutövandet ger oss. Försäkringskassan har naturligtvis inga invändningar mot sådana ambitioner, utan överlåter med varm hand så svåra beslut – om än inte formellt – till läkaren under förevändning att endast läkaren kan göra objektiva bedömningar (ju mer specialist desto mer objektiv).

Patientens egen utsaga

Det är inget fel på intygets innehåll; det är adekvata frågor som skall besvaras om skadans/sjukdomens art, diag-

nos, funktionsinskränkning, prognos, förslag till behandling och rehabilitering osv. Sådan information – om den är utförlig och noggrann – är bra att ha för patienten, för egen del och som information till arbetsgivare, sjukgymnaster och andra vårdgivare. Problemet är, som Bengt Johansson beskriver, att vi skall intyga om patienten kan stå till arbetsmarknadens förfogande eller kan arbeta så eller så många timmar dagligen på sitt nuvarande arbete. Det kan vi inte, utan vi är helt hänvisade till patientens egen utsaga; vi kan inte förvägra en patient, som säger sig inte kunna arbeta, sjukskrivning, även om vi kan tycka annorlunda. Vi kan inte överbevisa en patient om att han/hon *inte* har ont.

Hur absurt detta system ändå är utformat så lär det inte förändras i en handvändning. Jag ser två vägar att komma runt den nuvarande situationen:

I slutet av varje intyg finns en liten ruta för övriga meddelanden till försäkringskassan. Här skulle man kunna lägga till följande – enkelt med makrofunktion, för den som använder dator, så behöver man inte skriva om den fullständiga texten varje gång: »Jag har själv ingen möjlighet att uttala mig objektivt om patientens arbetsförmåga eller om han/hon är disponibel för arbetsmarknaden, så ovanstående arbetsförmågebedömning grundar sig helt på pa-

tientens egen utsaga.» På detta sätt kan man delvis befria sig från anspråk på objektivitet. Men vad säger försäkringskassan?

Man kan även, för att få det breda beslutsunderlag som en arbetsförmågebedömning egentligen kräver, se till att fatta beslut om sjukskrivning tillsammans med andra yrkesgrupper, som också känner eller har haft kontakt med patienten, t ex sjukgymnast, kurator, arbetsterapeut, sjuksköterska, tjänsteman från försäkringskassan. Arbetsförmåga är en multifaktoriell fråga, som Johansson påpekar, och bedömes därför lämpligen i ett multidisciplinärt team.

Trots dessa förslag håller jag i grunden med Bengt Johansson om att det traditionella sjukintyget är en förlegad företeelse, en rest från den tid då doktorn ansågs känna patienten bättre än patienten själv. Låt oss hoppas att vi snart slipper – precis som våra danska kolleger – göra dessa arbetsförmågebedömningar, som förgiftar relationerna med våra patienter. Patienterna måste få tillstånd att känna det som de känner och det måste tas på allvar, utan att det först skall gå via en doktor. Det är försäkringskassans sak att se till att försäkringstagarna inte missbrukar systemet – det är ingen medicinsk uppgift.

Anders Hansson

distriktsläkare, Lysekils VC