

Alltför många läkare försummar smittspårning

Klamydiabakterien sprids via samlag, men kan även smitta från mor till barn vid förlossningen. Män som smittas kan ha symtom i form av uretrit, kvinnor i form av mukopurulent cervicit. De flesta som smittas får emellertid inga symtom primärt. Män kan dock senare drabbas av bitestikelinflammation, ofruktsamhet och Reiters syndrom, medan kvinnor kan få blödningsrubbingar och/eller äggledarinflammation, med åtföljande ofruktsamhet, utomkvedshavandeskap eller kroniska buksmärtor.

Ofta vaga symtom

Då symtomen kan vara vaga eller helt saknas kan många individer sprida smitta utan att de själva misstänker att de har en könssjukdom. Inkubationstiden är en till tre veckor för dem som får symtom, men cirka hälften av de infekterade förblir symtomfria. Asymtomatisk infektion kan övergå till en symptomgivande sådan efter mycket lång tid (år).

Det är oklart hur länge patienten är smittsam, men i klinisk praxis brukar man i allmänhet avgränsa tiden till ett år [1, 2].

Anmälningsspliktig

Sedan 1983 har antalet fall av klamydia rapporterats från de mikrobiologiska laboratorierna till Statens bakteriologiska laboratorium, sedermera Smitt-

Sammanfattat

- Behandlande läkare har skyldighet att ta reda på från vem och till vem klamydiasmitta kan ha överförts, s k smittspårning. Klamydiainfektioner omfattas av Smittskyddslagen sedan den 1 januari 1989.
- Klamydiafallen har årligen minskat 20 procent i Stockholms län fram till 1994, vilket dock var mindre än landstingets uppställda mål.
- I 20–45 procent av fallen görs ingen adekvat smittspårning av sexualpartner till klamydiapatienter. Det framkom av en enkätundersökning omfattande läkare i offentlig och privat öppen vård i Stockholms län.
- Möjligen skulle smittspårningen bli bättre om alla klamydiafall i ett storstadslän som Stockholms län remitterades till specialmottagning.

skyddsinstitutet. Från och med den 1 januari 1989 skall fall av klamydia anmälas enligt Smittskyddslagen.

Trots en ca 70-procentig minskning av rapporterade klamydiainfektioner över den senaste tioårsperioden [3] är klamydia fortfarande den vanligaste diagnosen bland de anmälningsspliktiga sjukdomarna.

Smittskyddslagen stadgar att »den som har anledning anta att han har smittats av en samhällsfarlig sjukdom är skyldig att utan dröjsmål söka läkare samt att låta läkaren göra de undersökningar och ta de prov som behövs för att fastställa om han har smittats av en sådan sjukdom. Han är också skyldig att följa de förhållningsregler som läkaren har meddelat honom» [4]. Även den som uppgivits vara kontakt till en smittad person är skyldig att låta testa sig, oavsett om symtom finns eller ej.

Läkaren skyldig ta prov

Läkaren är enligt lagen skyldig att ta de prov som behövs för att ställa diagnos, att ge förhållningsregler för att inte smittan skall föras vidare och att fråga den smittade varifrån hon eller han kan ha fått smittan eller till vem den kan ha förts vidare, s k smittspårning. Undersökning och behandling är kost-

nadsfri för den enskilde i offentlig vård [5].

Klamydiabekämpningen i Stockholms län

År 1986 levererades 10 217 positiva klamydiaprov från de mikrobiologiska laboratorierna i Stockholms län. Hälso- och sjukvårdsnämnden i Stockholms läns landsting uppskattade att det verkliga antalet klamydiafall i Stockholms län sannolikt var det dubbla. I den plan som 1988 togs av Stockholms läns landsting för bekämpning av klamydiainfektion sägs att »det huvudsakliga arbetet med uppspårning, utredning och behandling av klamydiainfekterade bör ske i primärvården, vid hud- och kvinnokliniker samt vid ungdomsmottagningar» [6].

Hudklinikerna och kvinnoklinikerna gavs ett speciellt ansvar för att gemensamt stödja, stimulera, utbilda och informera övrig vårdpersonal om rutiner för vård och behandling av klamydiainfekterade. En intensiv utbildningsinsats till primärvården och ungdomsmottagningarna utfördes av de sex- och samlevnadsmottagningar (Sesam-mottagningar, gemensamma mottagningar med resurser från venerologiska och gynekologiska kliniker) som inrättades

Författare

BARBRO GUSTAFSSON

förste sekreterare, Landstinget förebygger aids (Lafa), Stockholm

PER ARNE PARMENT

överläkare, biträdande smittskyddsläkare, Stockholms läns landsting, Smittskyddsenheten, Stockholm

KRISTINA RAMSTEDT

epidemiolog, Smittskyddsinstitutet, Stockholm

ARNE WIKSTRÖM

överläkare, sex- och samlevnadsmottagningen (SESAM), Karolinska sjukhuset, Stockholm.

vid de stora Stockholmssjukhusen [7, 8]. Man räknade med att en ökad satsning på kontaktspårning skulle leda till att 1–1,5 kontakt-/indexfall identifierades.

Med erfarenhet från gonorréutvecklingen under tiden 1966–1987 och med tanke på den upplysningskampanj om kondomanvändning, liksom de behandlings- och kontaktspårningsinsatser som planerades, räknade landstingsledningen, med stöd av en matematisk simuleringsmodell [9], att antalet klamydiafall skulle ha reducerats till ca 1 000/år 1993 eller 1994. Det faktiska antalet rapporterade fall blev 2 848 i Stockholms län 1994.

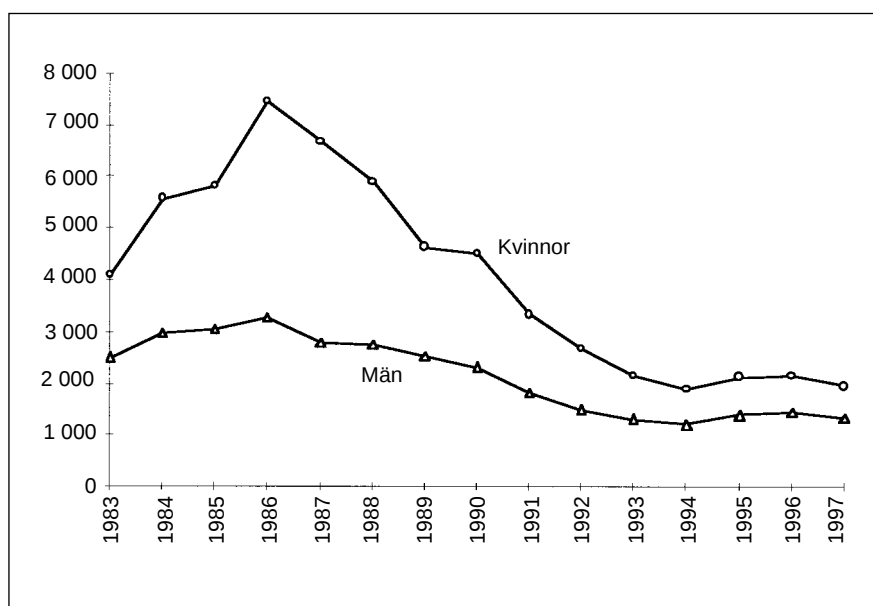
Minskningen motsvarade inte förväntningarna

Klamydiabekämpningen kan således synas vara framgångsrik, med en 20-procentig årlig minskning av rapporterad klamydia 1990–1994 [3], men minskningen motsvarade ej landstingets ambitioner [6]. Dessutom hade man en övergående uppgång 1995 och 1996 (Figur 1), som åtminstone delvis torde ha berott på introduktionen av PCR-teknik, »polymerase chain reaction», för diagnostik av klamydiainfektioner.

PCR möjliggör även urinprovtagning. Detta gör klamydiatestet mer acceptabelt bland unga män, vilket är den sannolika orsaken till att antalet tonårspojkar som diagnostiserats med klamydia fördubblades från 1994 till 1996. [Smittskyddsenheten i Stockholms län, 1997].

Enkätstudie

Ramstedt och Ribacke genomförde i september 1994 en rikstäckande enkät-



Figur 1. Klamydia i Stockholms län.

studie angående klamydiahandläggningen inom primärvården av främst distriktsläkare. Denna studie gav en förklaring till den endas partiella framgången i klamydiabekämpningen. Trots lagens krav gav man ofta behandling utan provtagning, man sände recept till partner via indexpatienten och man underlät att utföra smittspårning. Ramstedt och Ribacke föreslog att man via lokala vårdprogram skulle skapa fasta rutiner för behandling och uppföljning av klamydiapatienterna [10].

I Stockholms län fanns redan ett vårdprogram, i vilket Sesam-mottagningarna hade en central roll visavi bl a öppenvårdsläkarna. Sesam-mottagningarna samordnas av LAFA (Lands-

tinget förebygger aids). Vår studie gjordes för att utvärdera effekten av SESAM-mottagningarnas utbildningsinsatser.

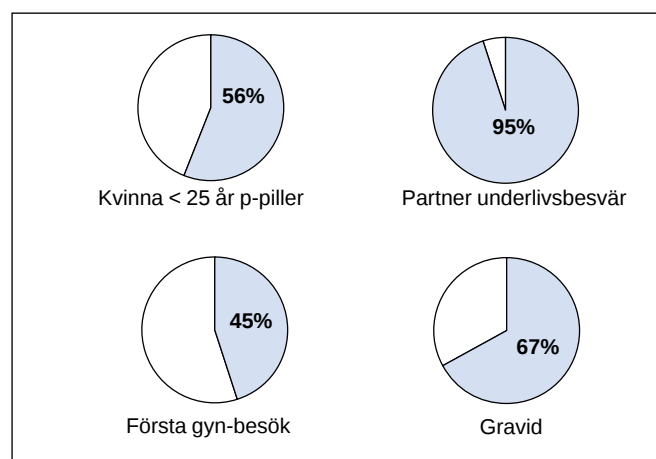
Metod

Till 150 husläkare och 251 privatläkare, slumpvis utvalda, i Stockholms län sändes i september 1997 en enkät med i huvudsak samma frågor som i Ramstedts och Ribackes undersökning. Svaren lämnades anonymt, men ej svarande läkare har genom ett kodsysteem kunnat påminnas.

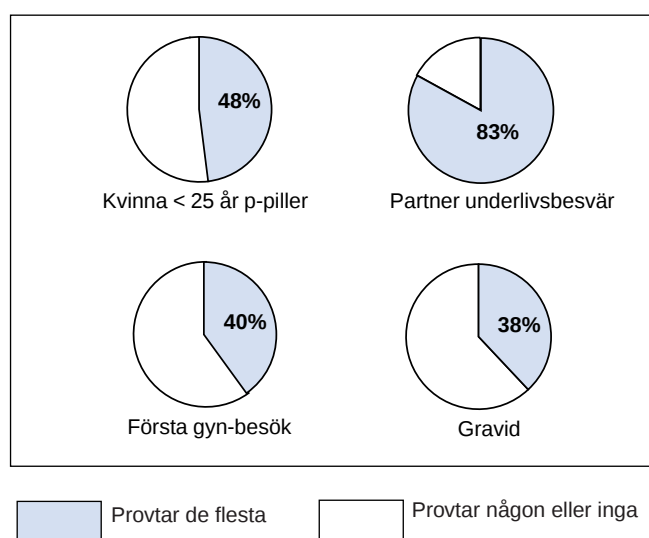
Resultat

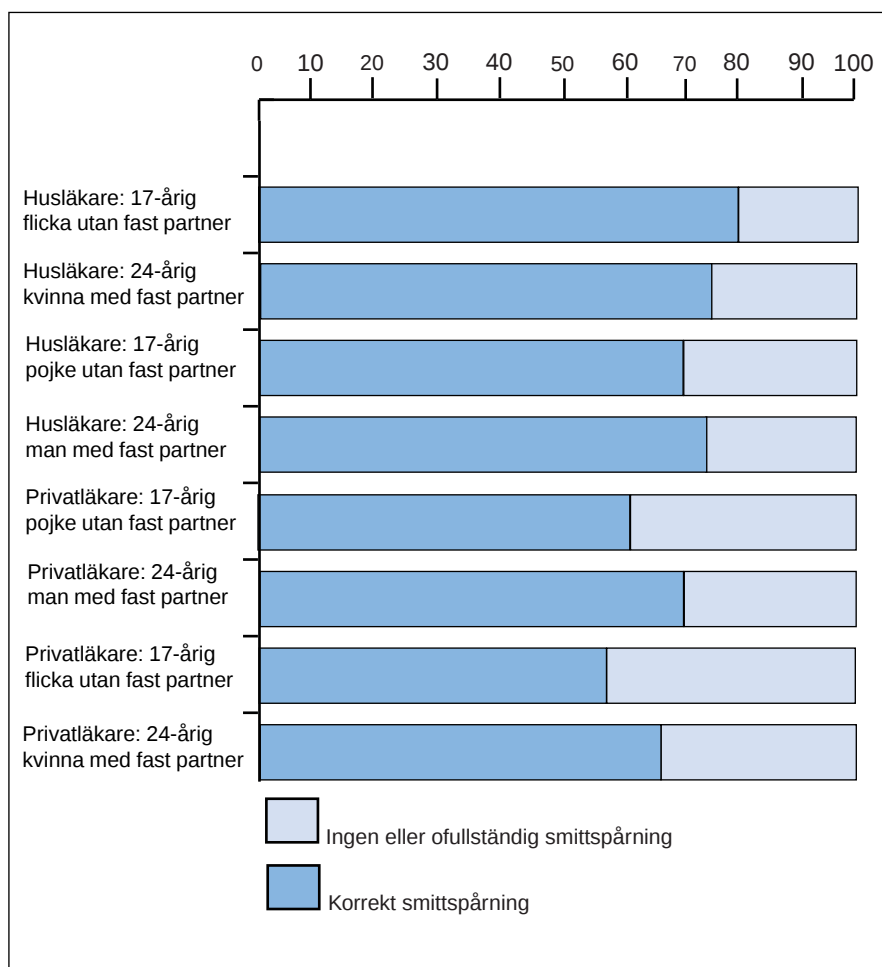
Vi fick svar från 86 husläkare (54 procent) och 171 privatläkare (72 pro-

Figur 2. Husläkares rutiner för provtagning avseende klamydia i olika patientgrupper.



Figur 3. Privatläkares rutiner för provtagning avseende klamydia i olika patientgrupper.





Figur 4. Andel korrekt/ofullständig smittspårning vid klamydiafynd i olika patientkategorier (procent av givna svar).

cent). Privatläkarna har genomgående varit verksamma längre inom läkaryrket, 81 procent mer än 20 år, mot endast 19 procent av de offentliganställda. 92 procent av husläkarna har specialistkompetens i allmänmedicin, mot 21 procent av privatläkarna bland vilka 42 procent är gynekologer och 15 procent dermatovenereologer. 44 procent av privatläkarna har en SESAM-mottagning inom 4 km från sin praktik, mot endast 16 procent av husläkarna.

Påfallande få läkare tar rutinemässigt klamydiaproov på uppenbart sexuellt aktiva patienter (Figur 2 och 3). Urinprovtagning för PCR-diagnostik är vanligare bland husläkare än bland privatläkare. Antibiotikavalet vid klamydiainfektioner är adekvat; de flesta läkare följer behandlingsrekommendationerna i Socialstyrelsens allmänna råd 1990:2 [11]. Vanligen får patienterna doxycyklin eller lymecyklin. Gravida får erytromycin. Privatläkarna väljer azitromycin oftare än husläkarna, och cirka hälften av såväl husläkare som privatläkare ger indexpatienten ett recept för vidare befordran till partnern.

Över en tredjedel av privatläkarna underlåter att följa upp att fasta eller till-

fälliga partner låter provta sig. En femtedel av husläkarna väljer att låta en patient med fast relation själv informera sin partner, utan att provta partnern eller följa upp att partnern genomgår provtagning hos någon annan läkare (Figur 4).

Diskussion

Svarsfrekvensen från privatläkarnas sida är tillfredsställande och tillåter oss att dra relativt säkra slutsatser av denna grupps behandlingsvanor, medan svaren från husläkarna endast ger oss denna grupps vanor i grova drag. Av spontana kommentarer från husläkarna kunde vi märka en leda vid enkätundersökningar. Detta kan förklara husläkarnas låga svarsfrekvens. Överhuvudtaget gör husläkarnas låga svarsfrekvens att man ej kan jämföra svaren mellan husläkare och privatläkare.

Dock framgår med förskräckande tydlighet att många husläkare och privatläkare inte följer sina lagreglerade skyldigheter beträffande s k smittspårning [12]. Trots de intensiva utbildningsinsatserna på SESAM-mottagningarna, liksom satsningarna på vårdprogram, var läkarnas hantering av kla-

mydiainfektioner i Stockholms län 1997 inte bättre än i Sverige i sin helhet 1994 enligt Ramstedts och Ribackes undersökning.

Med otillräcklig provtagning och bristande kontaktspårning kommer det alltid att finnas en relativt stor grupp smittade som kommer att hålla klamydiabakterien cirkulerande i befolkningen. Partneruppföljning får aldrig ersättas av att läkaren med patienten sänder hem ett recept till partnern. Visserligen förhindrar recept hem till partnern, om det verkligen överlämnas, reinfektion i den pågående relationen, men smittspridningen kan fortsätta utanför det aktuella parförhållandet [13].

Endast genom bättre följsamhet till Smittskyddslagens bestämmelser och Socialstyrelsens allmänna råd kan man uppnå en varaktig reduktion av antalet klamydiafall. Eftersom varje husläkare kommer att träffa patienter med underlivsbesvär, där klamydia fortfarande är en vanlig orsak, måste rutiner för behandling och uppföljning av dessa patienter i den öppna vården ständigt hållas aktuella.

En tänkbar lösning i ett storstadsområde som Stockholms län vore att remittera alla diagnostiserade klamydiapatienter till specialmottagningar för sexuellt överförbara sjukdomar. Kompetent och tränad personal skulle där kunna öka kvaliteten på omhändertagandet av patienterna, dvs genomföra noggrann smittspårning och ge instruktion till dessa patienter [14].

Referenser

1. Parks KS, Dixon PB, Richey CM, Hook EW. Spontaneous clearance of Chlamydia trachomatis infection in untreated patients. *Sex Transm Dis* 1997; 24: 229-35.
2. Beatty WL, Morrison RP, Byrne GI. Persistent chlamydiae: from cell culture to paradigm for chlamydial pathogenesis. *Microbiol Rev* 1994; 58: 686-99.
3. Parment PA, Christenson B, Lundbergh P. Can legislation combat gonorrhoea and chlamydia? Experiences from the county of Stockholm, Sweden 1971-1996. *Proc 8th international congress on infectious diseases*, Boston 1998.
4. Smittskyddslagen 1988:1472 i dess lydelse 1997-12-01 (§13).
5. Smittskyddslagen 1988:1472 i dess lydelse 1997-12-01 (§10, §16, §18).
6. Plan för bekämpning av klamydiainfektion. Stockholms läns landsting, hälso- och sjukvårdsnämnden 1988-08-05 (stencil).
7. Stockholms läns landsting, beslut HSN 9006-0591.
8. Stockholms läns landsting, beslut HSN 9110-0955.
9. Hedberg B. En simuleringsmodell av Chlamydia spridning bland ungdom. Stockholm: Miljömedicinska enheten, Rapport 3 1987: 1-56.
10. Ramstedt K, Ribacke M. Alltför varierande praxis i klamydiavården. Vårdprogram en lösning? *Läkartidningen* 1996; 93: 2440-3.
11. Klamydiainfektioner. Förebyggande åtgärder. Socialstyrelsens allmänna råd 1990:2.

12. Smittskyddslagen 1988:1472 i dess lydelse 1997-12-01 (§18).
13. Ramstedt K, Forsman L, Johannisson G. Contact tracing in the control of genital Chlamydia trachomatis infection. Int J STD AIDS 1991; 2: 116-8.
14. Celum CL, Bolan G, Krone M, Leone P, Spaulding C, Henry K et al. Patients attending STD clinics in an evolving health care environment. Demographics, insurance coverage, preferences for STD services, and STD morbidity. Sex Transm Dis 1997; 24: 599-605.

*Se även medicinsk kommentar
i detta nummer.*

Summary

Diagnosis, treatment and public health intervention in cases of chlamydia infection – a questionnaire study in Stockholm

Barbro Gustafsson, Per Arne Parment, Kristina Ramstedt, Arne Wikström.

Läkartidningen 2000; 97: 3269-72.

Since 1989 the reporting of chlamydia infections is regulated by the Contagious Diseases Act, which stipulates that a physician who detects chlamydia is obliged to trace the patient's sexual partner(s). Up to 1994 the annual decrease in the number of chlamydia cases was 20 percent, which did not meet the goal stipulated by the County Council.

A questionnaire study was carried out concerning diagnosis, treatment and public health intervention in chlamydia patients seen by general and private practitioners. While the clinical management was seen to adhere to the recommendations of the National Board of Health, adequate tracing of sexual contacts was not carried out in 20–45 per cent of the cases.

In a major urban area, such as the County of Stockholm, referral of all chlamydia cases to specialist clinics could possibly improve not only the care of the patients but also the success rate in reaching their sex partners.

Correspondence: Per Arne Parment, Dept of Communicable Disease Control and Prevention, Norrbacka, Karolinska sjukhuset, SE-171 76, Stockholm, Sweden.

E-mail: per-arne.parment@sme.sll.se

Medicinska åtgärder utan bevisat värde



Koppning och åderlåtning är två åtgärder med tveksamt medicinskt värde. Illustrationen »Kopster» från 1695 är utlånad av Medicinhistoriska museet, Stockholm.

Inbjudan till skribenter att komma med bidrag till ny serie

Utvärdering av behandlingar, diagnostiska metoder, och läkemedel intar en central plats i den medicinska litteraturen och debatten. Bevisbördan avseende effektivitet och säkerhet har successivt ökat men denna skärpta granskning gäller oftast ej redan etablerade metoder. Det leder ibland till att behandlingsformer och diagnostiska tekniker med tveksamt värde fortsätter att användas även när mer effektiva alternativ finns.

Har Du i Din verksamhet stött på *medicinska åtgärder* vars värde är tveksamt eller rent av helt obevisat och som Du inte tycker borde fortsätta att användas?

Vi publicerar gärna Ditt inlägg, utformat enligt följande riktlinjer:

Du kan skriva om en terapi, diagnostisk metod, läkemedel, eller sjukvårdsrutin. Bidraget bör vara utformat som en kort vetenskaplig artikel med referenser som klart stödjer slutsatserna.

Lämpligt omfång är 800 ord och fem referenser, bifoga gärna en bild eller figur. Artikeln får ej överstiga 1 000 ord, referenserna inräknade.

Välkommen med ditt bidrag!

Josef Milerad
medicinsk redaktör
E-post: josef.milerad@lakartidningen.se

Jan Lind
debattredaktör
E-post: debatt@lakartidningen.se