

Fredrik Landström, distriktsläkare, Lillåns vårdcentral, Örebro (fredrik.landstrom@spray.se)

Hans Fredlund, docent, smittskyddsläkare, smittskyddsenheten, Universitetssjukhuset, Örebro

Klamydiaincidensen ökar i Sverige

Brister i primärvårdens omhändertagande

■ Klamydia är den i Sverige vanligaste sexuellt överförda sjukdomen (STD) med bakteriell genes [1]. I många fall följer infektionen utan symtom. Välkända komplikationer till klamydiainfektion hos kvinnor är äggledarinflammation (PID, pelvic inflammatory disease), extrauterin graviditet och infertilitet [2]. Hos män kan infektionen ge epididymiter och Reiters syndrom. Reaktiva artrit förekommer också, liksom vid en del andra STD.

Enligt Smittskyddslagen är läkare skyldiga att ta nödvändiga prov för att ställa diagnos, ge förhållningsregler för att undvika vidare spridning samt spåra smittan. Smittspårning kan dock delegeras till någon annan personalkategori, t ex barnmorska eller kurator. Vidare är den som själv kan anta sig vara smittad skyldig att söka läkare, medverka vid provtagning och smittspårning samt följa givna förhållningsregler.

Klamydia ökar igen

I samband med att klamydia i januari 1989 blev en anmälningspliktig sjukdom enligt Smittskyddslagen sjönk incidensen i Sverige från ca 30 000 fall per år 1989 till ca 13 000 fall per år 1994 [3]. Denna minskning, som åtföljdes av färre komplikationer, har även uppmärksammats internationellt [4, 5].

Sedan slutet av 1990-talet ökar emellertid klamydiaincidensen i Örebro län liksom i landet som helhet [1]. Under år 2000 anmäldes i Örebro län 649 nya fall till smittskyddsläkaren [1], och 201 (31 procent) av dessa kom från vårdcentralerna [smittskyddsenhetens databas]. I länet finns tre STD-mottagningar, tre kvinnokliniker och ungdomsmottagningar, som tillsammans svarar för så gott som alla resterande anmälningar.

Studie av patientjournaler

Huvudsyftet med studien var att kartlägga hur man inom primärvården i Örebro län tar hand om klamydiapatienterna i förhållande till gällande vårdriktlinjer [6]. Dessutom ville vi undersöka vilken yrkeskategori som tog hand om patienterna samt provtagningsorsaken.

Ur smittskyddsenhetens databas sammanställdes en lista med alla anmälda klamydiafall (201) från primärvården i Örebro län under perioden 1 januari till 31 december 2000. Ur denna lista valdes slumpmässigt 77 patienter från 23 vårdcentraler. Med ledning av den information som fanns till-

SAMMANFATTAT

Klamydiaincidensen i Sverige ökar, och en stor del av klamydiapatienterna handläggs inom primärvården.

För att undersöka omhändertagandets kvalitet och orsaken till provtagningen studerades slumpmässigt utvalda patientjournaler från vårdcentraler i Örebro län.

En fjärdedel av de identifierade kontakterna undgick smittspårning. I fyra fall behandlades partnern utan provtagning. Mindre än hälften av patienterna genomgick föreskriven behandlingskontroll.

Symtom var den vanligaste provtagningsorsaken och dysuri det vanligaste symtomet. Symtomfria patienter som sökt på eget initiativ utgjorde nästan hälften av de kvinnliga fallen men inga av de manliga.

Studien påvisade brister avseende smittspårning, behandling av kontakter och behandlingskontroll. Efter att alla patienter inte kan tas emot på specialmottagningar måste omhändertagandet inom primärvården förbättras.

Studien gav stöd för frikostighet vad gäller provtagning av symtomfria kvinnor samt att klamydia bör misstänkas även vid cystitsymtom. Unga män bör också uppmannas till provtagning i större omfattning.

gänglig i databasen (datum, rikskod och anmälande läkare) skickades en förfrågan till respektive vårdcentral om avkodade journalkopior. Journalgenomgångarna genomfördes av en och samma person. Studien var godkänd av forskningsetiska kommittén i Örebro läns landsting.

Totalt erhöles 44 journaler (57 procent) från 18 vårdcentraler. De övriga 33 journalerna saknades, i flertalet fall därför att de inte kunde identifieras. I övriga fall hänvisades till känsliga journaluppgifter och att journalförande läkare inte

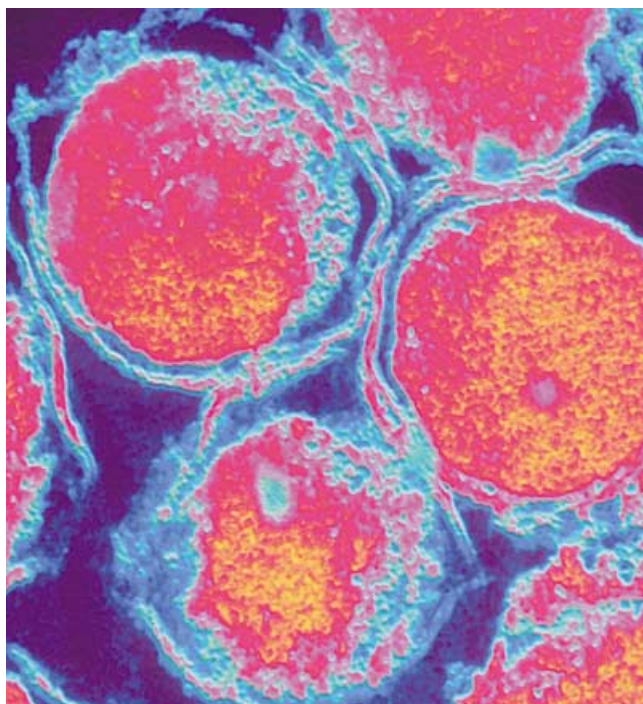


Foto: IBL Bildbyrå

Chlamydia trachomatis.

kunnat tillfrågas. Antalet patienter per vårdcentral varierade mellan en och sex. Patientgruppen bestod av 29 kvinnor och 15 män. Medelåldern var 24,7 år. Den yngsta patienten var 16 år och den äldsta 45 år.

Fullständig dokumentation

Dokumentation av kontaktuppföljning, behandlingskontroll och givna förhållningsregler saknades i betydande grad (Tabell I). Vid det första besöket träffade 26 (av 29) kvinnor en barnmorska och övriga patienter träffade en läkare (Tabell II).

Symtom var den vanligaste provtagningsorsaken hos båda könen. Två tredjedelar av männens och en tredjedel av kvinnornas klamydiaprover togs på grund av symtom. I patientgruppen hade 13 (av 15) män och 8 (av 29) kvinnor symtom. Dysuri var det vanligaste symptomet oavsett kön. En fjärdedel av patienterna i studien var identifierade kontakter (Tabell II).

Diagnosen ställdes genom odling på alla kvinnor och på tre män. I övriga fall användes DNA-detektion. Alla patienter behandlades med tetracyklinpreparat eller erytromycin. Knappt hälften av patienterna genomgick kontroll efter behandlingen (Tabell II). I fyra fall skickades recept med till patientens partner utan provtagning.

Brister i smittspårning

Smittspårning genomfördes i 37 av fallen (Tabell II), men i gruppen med identifierade kontakter undgick en fjärdedel av patienterna smittspårning. Barnmorskorna genomförde drygt hälften av all smittspårning. Resterande smittspårning utfördes av läkare eller kurator. Antalet spårade kontakter per indexfall var 1,9 för läkarna och 1,4 för barnmorskorna. Två patienter remitterades till smittskyddsenheten för smittspårning. Uppgifter om hur kontakterna följdes upp saknades i nästan alla journaler (Tabell I). Uppgift om muntliga förhållningsregler fanns i 17 journaler och uppgift om skriftliga förhållningsregler i ytterligare 5.

Studien är liten och har en ganska låg svarsfrekvens. Dess styrka ligger dock i valet av metod. Journalstudien visar hur man har gjort i praktiken och inte hur man »bör» göra. Att ur journalanteckningarna få helt tillförlitliga svar på studiens frågeställningar var dock svårt. Det är rimligt att anta att inte

Tabell I. Informationsinnehåll i journalanteckningarna i förhållande till studiens frågeställningar.

	Uppgift fanns	Uppgift saknades
Var sökte patienten?	44	0
Vad föranledde provtagning?	41	3
Hur ställdes diagnosen?	43	1
Vilken behandling gavs?	44	0
Utfördes smittspårning?	41	3
Hur har kontakter följts upp?	4	40
Förhållningsregler till patient	22	22
Kontroll efter behandling	20	24

allt dokumenterats i journalerna. I en del fall var anteckningarna så kortfattade att inte ens provtagningsorsaken framgick. Den allvarligaste bristen gällde dokumentationen av hur man följt upp spårade kontakter. En separat STD-journal med checklista kan rekommenderas i kvalitetshöjande syfte.

Huvuddelen av journalerna var dock tillräckligt utförliga för att det skulle vara möjligt att påvisa brister i omhändertagandet av klamydiapatienterna vad gäller smittspårning, behandlingskontroll och uppföljning av kontakter. Liknande brister har påvisats tidigare i svenska enkätbaserade studier [7, 8]. Det är inte acceptabelt att skicka recept med en patient till sin fasta partner utan provtagning och smittspårning, vilket skedde i fyra dokumenterade fall.

Brister i smittspårningen gällde framför allt de identifierade kontakterna. I journalerna hänvisades i dessa fall till att smittspårning redan utförts. Vår tolkning är att man hänvisar till den smittspårning som utpekade patienten som kontakt, och då har kontaktspårningen missuppfattats. Vid varje nytt klamydiafall måste smittspårning ske utifrån denna patients sexuella kontaktnät.

Behandlingskontroll uteblir

Behandlingskontroll, som enligt vårdriktlinjerna bör ske 4–5 veckor efter avslutad behandling, utfördes inte ens i hälften av fallen. Det är en uppgift som borde ha dokumenterats, och siffran är därför troligen riktig. Även här finns utrymme för förbättringar. Val av antibiotika var dock adekvat i samtliga fall. Givna förhållningsregler var mycket sparsamt dokumenterade. Förhoppningsvis har flertalet patienter i praktiken informerats om åtgärder för att förebygga vidare smittspridning.

I endast två fall sökte man extern hjälp med smittspårning. Kanske borde t ex STD-mottagningarnas resurser utnyttjas oftare. Centralisering av klamydiabehandlingen har tidigare rekommenderats [8, 9]. Det är dock inte realistiskt att tro att alla patienter kan omhändertas på specialmottagningar, särskilt inte på orter där det geografiska avståndet till dessa mottagningar är stort. En kvalitetshöjande åtgärd kan vara att någon på vårdcentralen specialutbildas för att kunna fungera som en resursperson vad gäller STD.

Nästan alla kvinnor sökte hos en barnmorska vid provtagningstillfället. Förklaringen är troligen att de unga kvinnorna tidigare träffat barnmorskan, t ex vid förskrivning av p-piller. Barnmorskorna utförde också drygt hälften av all smittspårning. I denna studie var dock läkargruppen bättre på att spåra kontakterna.

Studien ger stöd för screening och riktad information

Det är värt att notera att 40 procent av klamydiafallen bland kvinnorna hittades vid frivillig provtagning där symtom sak-

Tabell II. Patienthandläggare vid provtagningstillfället, provtagningsorsak, utförd smittspårning och behandlingskontroll för hela gruppen och fördelat på kön.

	Män (N = 15), antal	Kvinnor (N = 29), antal	Hela gruppen (N = 44), antal
<i>Handläggare</i>			
Läkare	15	3	18
Barnmorska	0	26	26
<i>Provtagningsorsak</i>			
Symtom	10	8	18
Kontakt	5	6	11
Patientönskemål (ej symtom)	0	7	7
Screening	0	5	5
<i>Smittspårning utförd</i>	11	26	37
<i>Behandlingskontroll</i>	8	12	20

nades. Frikostig screening av unga kvinnor får därför stöd i denna studie.

Ingen av männen sökte vård frivilligt utan att ha symtom. Sannolikt kan provtagningsmetoden här spela en viss roll. Hos en femtedel av männen togs odling med pinne. En övergång till urinprov bör ske. Andra åtgärder för att öka männens benägenhet att söka kan vara riktade informationskampanjer och ungdomsmottagningar med manlig personal. Dessutom bör de unga männen informeras om klamydia när de söker vård av andra skäl.

Dysuri var det vanligaste symtomet på klamydia, vilket är värt att notera, eftersom unga kvinnor med cystitsymtom utgör en förhållandevis stor patientgrupp på vårdcentralerna. Detta har uppmärksammats i en tidigare studie [10]. Frikostig klamydiaprovtagning bör ske, även när urinodling/niturstest är positiva eftersom samtidig infektion kan förekomma.

Omhändertagande av klamydiapatienter utgör ingen stor del av arbetsdagen på vårdcentralerna. I detta faktum ligger sannolikt också den djupaste förklaringen till studiens resultat. För att kunna komma tillrätta med den ökande klamydiaincidensen krävs dock att omhändertagandet förbättras.

*

Folkhälsoinstitutet har bidragit med ekonomiskt stöd.

Referenser

1. Smittskyddsinstitutet. Smittsamma sjukdomar 2000. Epidemiologiska enhetens årsrapport. Stockholm: Smittskyddsinstitutet; 2001. URL: <http://www.smittskyddsinstitutet.se/rapp00>
2. Weinstock H, Dean D, Bolan G. Chlamydia trachomatis infections. Infect Dis Clin North Am 1994;8(4):797-819.
3. Socialstyrelsen. Hälso- och sjukvårdsstatistisk årsbok 1996-2000. Stockholm: Socialstyrelsen; 2000.
4. Kamwendo F, Forslin L, Bodin L, Danielsson D. Programmes to reduce pelvic inflammatory disease - the Swedish experience. Lancet 1998;351(Suppl III):25-8.
5. Egger M, Low N, Smith GD, Lindblom B, Herrmann B. Screening for chlamydial infections and the risk of ectopic pregnancy in a county in Sweden: ecological analysis. BMJ 1998;316:1776-80.
6. STD-gruppen, Örebro läns landsting. Sexuellt överförda sjukdomar, Vårdprogram för Örebro län, 1998.
7. Ramstedt K, Ribacke M. Alltför varierande praxis i klamydiavården. Vårdprogram en lösning? Läkartidningen 1996;93:2440-3.
8. Gustafsson B, Parment PA, Ramstedt K, Wikström A. Alltför många läkare försummar smittspårning. Läkartidningen 2000;97:3269-71.
9. Persson E. Klamydiabehandlingen måste centraliseras! Läkartidningen 2000;97:3253.

10. Österberg E, Aspevall O, Grillner L, Persson E. Young women with symptoms of urinary tract infection. Scand J Prim Health 1996; 14:43-9.

SUMMARY

Incidence of Chlamydia in Sweden on the rise Shortcomings in primary health care management

Fredrik Landström, Hans Fredlund

Läkartidningen 2002;99:2950-2

The incidence of Chlamydia trachomatis infections in Sweden is increasing. The primary health care encounters many of the patients with C trachomatis infections. The aim of this study was firstly to examine if the primary health care met the requirements of the Swedish STD legislation and secondly to find out why the testing was done.

A total of 44 case-books of patients tested positive for C trachomatis in Örebro county were studied. Contact tracing was ignored in a fourth of the patients identified as contacts. In four cases partners received treatment without testing. Not even half of the patients were examined after treatment as required. Symptoms were the most common reason for testing. Dysuria was the predominant symptom. Almost half of all the cases in women but none in men were diagnosed by screening or voluntary testing in asymptomatic patients.

In too many cases the primary health care did not meet the requirements of the STD Act. This must improve. Generous testing of asymptomatic women is supported by this study. Chlamydia trachomatis infection should be considered in patients with cystitis. Voluntary testing in men should be encouraged.

Correspondence: Fredrik Landström, Lillåns vårdcentral, Rödklöövervägen 160, SE-703 75 Örebro, Sweden (fredrik.landstrom@spray.se)