

Handläggning av urinvägsinfektioner hos äldre kvinnor – ett förslag

■ I LT 15/2008 presenterade Malin André och Sigvard Mölstedt nya riktlinjer för diagnostik och behandling av blåskatarr hos kvinnor, framtagna av Läkemedelsverket och Strama [1]. Här beskrivs hur man på ett för både kvinnan själv och sjukvården förenklat sätt kan handlägga dessa infektioner.

Symtombilden med nytilkomna besvär av sveda, trängningar och täta vattenkastningar ger en korrekt diagnos av blåskatarr i mer än 90 procent av fallen om det inte finns samtidiga symtom talande för annan orsak till besvären, såsom t ex underlivsklåda eller flytningar. Eftersom den diagnostiska säkerheten via enbart anamnesen är så stor tillför ett urinprov inte mycket.

Som en konsekvens av detta pekar man i riktlinjerna på möjligheten att ställa diagnos och ge behandling via telefon utan att kvinnan behöver komma till mottagningen. För att detta ska fungera på ett säkert sätt bör mottagningsköterskan i telefonrådgivningen använda en checklista för att inte missa något i anamnesen som gör att kvinnan borde komma på ett mottagningsbesök i stället, men också som ett underlag för att informera läkaren som ska skriva antibiotikareceptet. Exempel på vad en sådan checklista kan innehålla presenteras av André och Mölstedt.

Vi har nu på min vårdcentral under ett par år använt en sådan checklista, och det fungerar på det hela taget mycket bra: Nöjda kvinnor som snabbt får behandling för en obehaglig åkomma, och mer plats för andra medicinskt motiverade läkar- och sköterskebesök vid mottagningen. Jag vet också att man på

många andra mottagningar i Sverige nu handlägger kvinnor som söker för blåskatarr på detta sätt och tycker att det fungerar bra.

Emellertid blir det ibland problem när det gäller diagnostiken hos äldre kvinnor. Här kan det ibland vara lätt att glida lite i bedömningarna när det gäller att använda checklistan. Äldre kvinnor har oftare mer diffusa symtom, och det är mer vanligt att symtomen har andra orsaker än en bakterieinfektion. Det finns därför hos dessa oftare orsak att göra en kroppsundersökning och fundera över andra behandlingsstrategier.

Inte heller räcker det med att för bättre diagnostik bara lägga till ett urinprov eftersom förekomsten av asymtomatisk bakterieuri (ABU) snabbt ökar med stigande ålder. Över 80 års ålder visar ett urinprov signifikant bakteriuri hos var femte kvinna

REPLIK:

Svårt ange specifik åldersgräns Inte okomplicerat med checklista

■ Vi är helt överens med Nils Rodhe om att miktionsbesvär hos äldre kvinnor ofta har andra orsaker än bakterieinfektion. Det innebär att diagnostik och behandling enbart på anamnesuppgifter måste ske med ökad noggrannhet, vilket ställer krav på välutbildade telefonrådgivningssköterskor. Därför måste äldre kvinnor med återkommande besvär uppmärksammas och oftare erbjudas läkarbesök i stället för återkommande antibiotikakurer.

Den ökade förekomsten av asymtomatisk bakterieuri

»Läkarbesök bör då vara regel, medan diagnostik och behandling via telefon med stöd av checklista reserveras för kvinnor under 65 år.«

och var tionde man [2]. Hos de äldre som vi oftast ser på vår mottagning, det vill säga de som har diabetes eller är allmänt svaga på grund av andra kroniska sjukdomar, är förekomsten av ABU dessutom ännu högre. Risken är då avsevärd att en påvisad bakteriuri bara är ett betydelselöst bifynd.

Äldre får i dag mycket antibiotika för misstänkt urinvägsinfektion – nästan hälften av alla antibiotikarecept som utfärdas till individer över 80 år gäller urinvägsantibiotika [3]. Sannolikt finns en viss överanvändning i detta. För att förbättra om-

händertagandet och minska onödig antibiotikaanvändning föreslår jag därför att riktlinjerna förtydligas när det gäller äldre kvinnor med misstanke om urinvägsinfektion. Läkarbesök bör då vara regel, medan diagnostik och behandling via telefon med stöd av checklista reserveras för kvinnor under 65 år.

Nils Rodhe

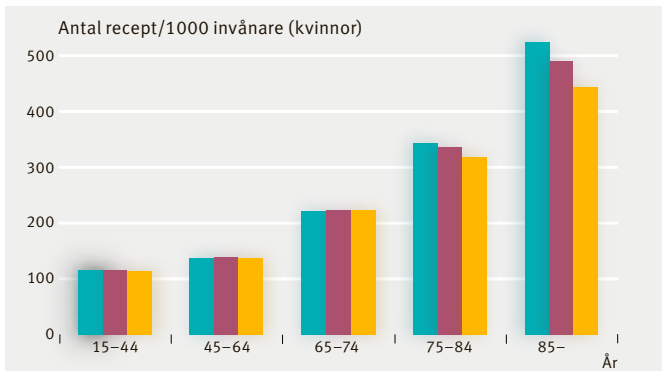
med dr, distriktsläkare,
Britsarvets vårdcentral, Falun
nils.rodhe@ltdalarna.se

REFERENSER

1. André M, Mölstedt S. Nya riktlinjer för urinvägsinfektion hos kvinnor. Läkartidningen. 2008;105:1107-9.
2. Rodhe N, Mölstedt S, Englund L, Svärdsudd K. Asymptomatic bacteriuria in a population of elderly residents living in a community setting: prevalence, characteristics and associated factors. Fam Pract. 2006;23:303-7.
3. SWEDRES 2008. A report on Swedish antibiotic utilisation and resistance in human medicine. Stockholm: Strama och Smittskyddsinstitutet; 2009. http://www.strama.se/dyn//223_.html



Förskrivning av urinvägsantibiotika har inte ökat nationellt efter artikeln om förenklad handläggning.



Figur 1. Antal recept/1000 invånare för kvinnor i hela riket åren 2006, 2007 och 2008 (pivmecillinam, trimetoprim, ciprofloxacin, norfloxacin, nitrofurantoin). Källa: Apotekens Service AB, Concise.

(ABU) hos äldre kvinnor innebär samtidigt att komplettering med urinprov kan medföra tolkningsproblem när bakterier förekommer.

Däremot tycker vi att det är svårt att ange en specifik åldersgräns för den förändrade handläggningen. Evidensen för att diagnos med hög säkerhet kan sättas på anamnesuppgifter är svagare hos äldre kvinnor eftersom de sällan ingår i randomiserade studier. Men vi tycker inte att det finns skäl för att en pigg 70-årig kvinna med tydliga symtom på en sporadisk cystit inte skulle kunna få behandling enbart på anamnesuppgifter.

Förskrivning av urinvägsantibiotika har inte ökat nationellt efter vår artikel om förenklad handläggning (Figur 1). I stället ses en minskning hos de äldsta, där det sannolikt varit en stor överförskrivning. För den egna kvalitetsuppföljningen krävs dock att varje enskild enhet följer sin förskrivning. Önskad förändringar i förskrivning bör naturligtvis leda till att de lokala rutiner diskuteras och anpassas.

.....
»... arbetet som läkare kräver att erhållen information bedöms kritiskt och att rutiner i sjukvården vid behov omvärderas.«

En risk med användning av checklista i vardagsarbetet är att allmänläkaren kan uppfatta den som en ren beställning. Bedömningen av sjuksköterskans ifyllda checklista läggs ofta mellan övriga patientbesök, med minimal tid för handläggning och komplettering. Då är det lätt att välja den enklaste lösningen och tillhandahålla ett recept utan vidare diskussion.

Att i det läget kritiskt bedöma innehållet i checklistan, gå igenom journalen angående tidigare eventuella episoder och andra sjukdomar, och besluta att denna patient inte ska få utlovat recept utan i stället erbjudas tid för ett akut läkarbesök, innebär avsevärt merarbete.

Men arbetet som läkare kräver att erhållen information bedöms kritiskt och att rutiner i sjukvården vid behov omvärderas. För kvinnor med urinbesvär innebär det särskild uppmärksamhet, inte bara gentemot äldre med återkommande och diffusa besvär, utan också mot yngre, framför allt med tanke på förekomst av sexuellt överförda sjukdomar (STI).

Malin André
 med dr, allmänläkare,
 Britsarvets vårdcentral och
 Centrum för klinisk forskning i
 Dalarna, Falun
 malin.andre@ltdalarna.se

Sigvard Mölstad
 professor, allmänläkare,
 FoU-enheten, Jönköping

Varför skenar kostnaden för pregabalin (Lyrica)?

■ På bara tre år har kostnaden för öppenvårdsförsäljningen i Sverige av pregabalin (Lyrica) ökat från 52 miljoner kronor till ofattbara 230 miljoner kronor. Vad har hänt? Har förekomsten av neuropatisk smärta som inte kan behandlas med kostnadseffektiva förstahandsläkemedel ökat dramatiskt? Eller har generaliserat ångestsyndrom (GAD) spridit sig som en löpeld hos befolkningen?

Pregabalin godkändes år 2004 för användning på indikationen perifer neuropatisk smärta och som tilläggsbehandling vid fokal epilepsi. Läkemedlet fick ett försäljningspris satt av dåvarande Läkemedelsförmånsnämnden.

År 2006 godkändes samma substans också för central neuropatisk smärta och för GAD. Därefter har försäljningen rusat i höjden. Förskrivning vid diagnosen epilepsi är mycket liten och kan inte förklara ökningen.

Rapporter har nu kommit om biverkningar, risk för missbruk och glidningar i indikationen till snart sagt alla sorters smärta. Läkemedelsföretaget har försökt att få preparatet godkänt för behandling av fibromyalgi, något som läkemedelsmyndigheten sagt nej till.

Indikationsglidning har också skett till all sorts ångest, vilket man kan läsa sig till i patientberättelser som förekommer på Internet.

Trots utvidgning av indikationen år 2006 och kostnadsökningen, som sannolikt är en följd av indikationsglidningen, har Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) inte omförhandlat priset. Skattebetalarna får därmed en onödigt hög läkemedels-

utgift (i dag cirka 25 kronor per invånare och år) för pregabalin.

Detta är först och främst en säkerhetsfråga för patienterna, som riskerar att inte få korrekt diagnos och inte heller korrekt förstahandsbehandling. Men det är också en viktig kostnadsfråga för en sjukvård som dignar

under stigande läkemedelskostnader.

Våren 2009 tog läkemedelskommittén vid landstinget i Uppsala län fram ett stöd till våra för-

skrivare som kallas »Plats i terapin«. Där slog vi tillsammans med våra terapigruppsexperter och chefläkare fast följande:

»Vid de former av neuropatisk smärta där Läkemedelsverket anger amitriptylin eller gabapentin som förstahandsval finns få skäl att välja pregabalin i första hand. Gabapentin och amitriptylin har god dokumentation, och i de flesta fall åstadkoms enbart ökade kostnader med pregabalin.

Vid generaliserat ångestsyndrom utgör SSRI/SNRI förstahandsval.

Pregabalin är inte visat bättre, mindre är känt om dess säkerhetsprofil och priset är betydligt högre. Pregabalin är inte godkänt för behandling av annan typ av ångesttillstånd. Dokumentet finns på landstinget i Uppsala läns webbplats <http://www.lul.se/templates/page_12931.aspx>.

Det är angeläget att denna information sprids till alla förskrivare.

Kerstin Hulter Åsberg
 ordförande, läkemedelskommittén i landstinget i Uppsala län
 Kerstin.hulter.asberg@lul.se

Livsviktig varningsbricka

■ För en tid sedan sövde jag en i övrigt väsentligen frisk kvinna för en elektiv operation av varicer. Operationen – hög underbindning, strippning och lokala excisioner – förflöpte utan komplikationer, och hon gick hem som planerat samma eftermiddag.

Det postoperativa förloppet blev emellertid inte som förutsett utan hon utvecklade så småningom en reaktiv hepatit som efter utredning bedömdes vara orsakad av sevoflurananestesi.

Denna reaktion är utomordentlig ovanlig, från Baxter fick jag uppgift om totalt 13 fall i världen. Men konsekvenserna kan för patienten vara livshotande, och det är därför utomordentligt viktigt att denna överkänslighet blir bekant om hon i framtiden ånyo behöver genomgå en narkos. Om ett ingrepp görs elektivt föreligger inget problem, hon kan ju prata för sig själv, men i en akut situation är problemet uppenbart.

När jag slog på »medical alert bracelet« på Google fick jag 724 000 (!) träffar, men ingen enda från Sverige. Dessa varningsbrickor, eller armband, är

sålunda mycket vanliga i USA och Storbritannien men förefaller vara sällsynta i Sverige. Epilepsiförbundet har sina egna brickor, liksom de blödersjuka och även patienter som behandlas med Waran, men rent allmänt är sådana varningsbrickor mycket ovanliga.

Jag menar att det finns ett stort förbättringsutrymme här. Jag vill uppmana samtliga kollegor att se till att alla patienter med potentiellt livshotande allergier utrustar sig med varningsbrickor (bilden till höger) med lämplig gravering på baksidan. Jag vill också uppmana samtliga verksamma inom akutsjukvården att vara observanta på förekomsten av dessa brickor.

Sedan tidigare finns det så kallade komplikationskort till anestesi som enligt riktlinjer från Svensk förening för anestesi och intensivvård (SFAI) kan beställas från Sahlgrenska universitetssjukhuset (katarina.hallen@vgregion.se), men jag vill hävda att detta behöver kompletteras med varningsbrickor.

Johan Lagerfelt
narkosläkare, Capio
Läkargruppen, Örebro
johan.lagerfelt@capio.se



Foto: Ann Rydvall, Capio Läkargruppen

Streptomycin från Sverige till Hamburg 1948

■ I en artikel i Der Spiegel 1948, »SOS für Hannelore. Wer rettete ein deutsches Kind?« (<http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-44416138.html>) berättas att en liten flicka i Hamburg vid namn Hannelore Wegener år 1948 behandlades för en livshotande cerebral infektion med svenskt streptomycin, som – tydligen under ledning av Nanna Svartz – insamlats genom man tagit tillvara oanvända ampuller ur brutna förpackningar.

Den lilla Hannelore lär ha räddats.

Jag, som är lite förvånad över att inte ha hört talas om detta, undrar om någon äldre kollega minns denna historia? Bekant i vår familj var professor Hans Heinrich Berg i Hamburg. Kunde han ha sänt en vädjan?

Gunvor Svartz-Malmberg
leg läkare, Stockholm;
dotter till Nanna Svartz
gusva@algonet.se

Äras den som äras bör



■ I sin artikel »Vargen är redan här« i Läkartidningen 47/2009 (sidorna 3160-1) erinrar Kronvall och Giske om Aisopos' fabel om pojken som ropade »vargen kommer« tills byborna tröttnat och vargen i lugn och ro kunde äta upp dem.

Det första varningsropet i Sverige om att vargen kommer vad gäller antibiotikas användning kom faktiskt för precis femtio år sedan, och pojken som ropade hette Hans Ericsson. Hans avhandling »Rational use of antibiotics« publicerades 1960, och hans varningsrop har alltså nonchalerats av generationer av bybor.

Hans liknelse om antibiotikaparaplyet (med illustration av Göran Hedén), som i oväder slutar skydda och vänder sig och förvandlas till en tratt där resistenta bakterier rinner ner över patienten, är fortfarande aktuell.

Både avhandlingen och paraplyet förtjänar att lyftas upp ur glömskan. Och visst kan man undra över att det ska ta femtio år för en sanning att tränga igenom på allvar. Fast det är ju först 163 år sedan Semmelweis ...

Bertil Nyström
pensionerad överläkare
i klinisk bakteriologi, Trosa
bertil.nystrm@telia.com

Mer debatt på webben

Nedanstående inlägg finns att läsa på lakartidningen.se/debatt

Livräddande operationer på Hôpital de la Communauté Haitienne i Port-au-Prince
Stefan Redéen

Utdrag ur artikeln:

Ett team bestående av tio personer, varav tre läkare (kirurg, narkosläkare och barnläkare), fyra sjuksköterskor

(operationssköterska och avdelningssköterskor) och tre logistikter, reste till Port-au-Prince, Haiti, den 19 januari och stannade till den 29 januari. Utskickande organisation är Hoppets stjärna. (---) Vi hade med oss 90 kartonger med materiel, både för vård och för teamets egna behov. En hel del utrustning, läkemedel och övrigt materiel fanns redan på plats. Lokal inhemsk personal från Hoppets stjärna servade teamet, främst med

resor utanför sjukhuset. Erfarenheter från katastrof-arbete från bland annat Banda Aceh och Pakistan finns hos flera medarbetare i teamet. (---)

Sammanfattningsvis har vi behandlat ett hundratal patienter, opererat cirka 25 och vårdat många flera. Ett framgångsrikt teamarbete med god



Foto: Bo Hedefalk/Hoppets stjärna

organisation och logistik gjorde att patienterna kunde tas om hand på sjukhuset från början till slut. Arbetet pågick mellan 15 och 18 timmar varje dag. Många tårar och kramar fanns hela tiden närvarande. Tolkning genomfördes med lokala frivilliga språkkunniga. Debriefing genomfördes med hela teamet före hemkomst. Mobilt protestteam finns och planeras komma till samma sjukhus inom 2–3 månader. Att vara en del av detta arbete har för mig varit en vattendelare i livet!