

Replik:

Amoxicillin har fördelar vid behandling av tidig borrelios

Vi är glada över att vårt inlägg angående amoxicillin kontra penicillin V vid behandling av borreliainfektionens primärmanifestation erythema migrans (EM) har givit upphov till en kommentar av flera experter.

Först beklagar vi vår otydliga formulering »... spridd borreliainfektion med involvering av centrala ...«. Vi borde ha skrivit: »... spridd borreliainfektion med risk för involvering ...« för undvikande av missförstånd.

Historia och tradition är viktiga för förståelse och som grund för handlingar, men de är alltid färgade av tidens tankar. Av Thyressons 57 akrodermatitpatienter 1949 blev 20 helt botade. Hollström 1951 behandlade sina patienter med penicillin G och ansåg detta vara något bättre än vismut och arsenik! Penicillin V syntetiserades inte förrän 1959 av Sheehan och blev därmed möjligt att använda i stor skala. Under 1960-talet observerade vi EM komma och gå av sig självt utan att någonsin ge upphov till symptom från nervsystemet eller lederna.

Den kliniska bilden vid borreliainfektion av det centrala nervsystemet är inte entydig och misstolkas ofta i daglig rutin. Vi vet att ett påfallande stort antal meningiter kan vara asymtomatiska eller ha ospecifika symptom under kortare eller längre tid. Detta gör att ofta ingen undersökning av likvor företas. Även denna kan i tidigt skede av infektionen ge missvisande negativt utfall.

Det totala antibiotiketrycket på miljön är viktigt, men detta minskar inte ifall vi är tvungna att upprepa behandlingar på grund av otillräcklig effekt. Det ekologiska argumentet för användning av V-penicillin före amoxicillin vid infektioner är i sig självt baserat på teori, evidensgrad IV b i »Vårdprogram för samhällsförvärd pneumoni«, utgivet av Svenska infektionsläkarföreningen 2004. Tidigare antibiotikabehandling påverkar resistensnivån, men effekten torde vara obefintlig efter 12 månader. Amoxicillin är knappast mer resistensbefrämjande än vilket penicillinpreparat som helst [1].

Ornstein isolerade Borrelia afzelii hos 31 av 32 kulturer från EM; det är att obser-

vera att hon hade 50 procent positiva kulturer i sitt material. Vår erfarenhet visar att 30 procent av EM är förorsakade av B afzelii vid liknande frekvens av positiva kulturer [2]. Vi vet heller inte med säkerhet att detta subspecies skulle vara särskilt penicillinkänsligt, och inte heller är organotropismen så framträdande i alla material.

Frågan gäller ju inte effekten på själva erytemet, utan om det har effekt på möjlig involvering av centrala nervsystemet. Skribenterna anser att fakta talar för att penicillin V är lika bra som amoxicillin. Uppskattningen att 60 patienter av 570 borde ha identifierats med komplikationer på grund av otillräcklig behandling med penicillin V är dock inte hållbar. För att uppnå en tillräcklig statistisk utslagkraft för att upptäcka en 10-procentig skillnad i utfall behövs ca 3 000 patienter [3]. Vi är helt överens om att en jämförande studie med tillräcklig kraft skulle behövas för att vi med större säkerhet skulle få veta vilken behandling vid EM vi helst skall välja.

Vi vill nu minimera risken för otillräcklig behandling genom att rekommendera amoxicillin, vars farmakokinetik och farmakodynamik talar för en säkrare effekt. Om vi har fel, blir alla patienter ändå adekvat behandlade både i Sverige och hos oss. Om vi har rätt, utsätts däremot somliga patienter i Sverige för risk för problem senare.

Peter Wahlberg

professor, MKD, Mariehamn, Åland, Finland
peter.wahlberg@aland.net

Dag Nyman

professor, MD, Jomala, Åland, Finland
dag.nyman@aland.net

REFERENSER

1. Hay AD, Thomas M, Montgomery A, Wetherell M, Lovering A, McNulty C, et al. The relationship between primary care antibiotic prescribing and bacterial resistance in adults in the community: a controlled observational study using individual patient data. *J Antimicrob Chemother* 2005;56: 146-53.
2. Carlsson SA, Granlund H, Jansson C, Nyman D, Wahlberg P. Characteristics of erythema migrans in Borrelia afzelii and Borrelia garinii infections. *Scand J Infect Dis* 2003;35:31-3.
3. Altman, DG. How large a sample? In: Gore SM, Altman DG, editors. *Statistics in practise*. London UK: British Medical Association; 1982.

Genmäle till Hans Huldt: Nej, inga läroböcker behöver skrivas om!

Hans Huldt hävdar i Läkartidningen 14/2006 (sidan 1119) att en ST-läkare gav en god och kanske livräddande behandling när adrenalin ordinerades intravenöst (HSAN 803/05).

Tyvärr saknas i beslutet viss information som förklarar HSANs bedömning. Patienten hade dagen före besöket på akutmottagningen undersökts och behandlats på vårdcentral med 6 mg Betapred (12 tabletter à 0,5 mg) och Tavegyl för utslag på bålen troligen betingat av Trimetoprim Sulfa. Hon uppsökte nästa dag akutmottagningen vid ett länsdels-sjukhus.

Hon uppger själv i sin anmälan att hon inte hade andningssvårigheter och hävdade att uppgifterna i journalen om att hon upplevt svullnadskänsla i halsen och varit andfådd var felaktiga. Skälet till att hon sökte på nytt var att hon plågades av utslag och klåda på bål, armar och ben samt öron. I status fanns inte antecknat att patienten tedde sig andfådd, ej heller fanns tecken på stridorös andning, och vid undersökning av lungorna framkom intet tydande på astma. Blodtryck och puls var normala.

Om nu läkaren misstänkte svullnad av slemhinnorna i övre andningsvägarna borde läkaren ha undersökt munhåla och svalg och även försökt inspektera larynx, vilket inte skedde.

Adrenalin ges intravenöst vid anafylaktisk chock, vid svår astma som del i allergisk reaktion och vid hotfullt övre andningshinder på grund av svullnad, ödem, i slemhinnor.

Ansvarsnämnden gjorde den bedömningen att det inte fanns skäl att misstänka något av dessa tillstånd. Ansvarsnämnden ansåg därför att patienten utsatts för en behandling förenad med risker och till vilken det inte fanns någon grund.

Arne Nygren

medicinskt sakkunnig vid HSAN
medarny@brevet.nu

Replik till Björn Zackrisson om patientsäkerhet: Inlägget styrker mig i uppfattningen att hela regelverket måste ses över

Björn Zackrisson, medicinsk chef i Capio Sjukvård Norden, kommenterar i Läkartidningen 17/2006 (sidan 1342), under rubriken »Föräldrade tankar om patientsäkerhet från förra HSAN-chefen provocerar«, min debattartikel i ett tidigare nummer av Läkartidningen.

Vad först gäller anonymiteten i rapporteringssystemet är jag helt klar över att en sådan ordning kan ha många fördelar. Jag vidhåller emellertid att de argument som Socialstyrelsen anfört emot väger över; jag citerar: »Lex Maria är sedan länge ett väl utvecklat system för att främja patientsäkerheten och en viktig symbol för öppenhet och insyn. Det ligger en trygghet i öppenheten såväl för patienten som för yrkesutövarna, som har rätt att ställa krav på ett rättssäkert förfarande och objektiva och lika bedömningar. Ett öppet system, naturligtvis med beaktande av gällande sekretessregler, ligger i linje med den grundlagsstadgade offentlighetsprincipen och den svenska förvaltningsrättens grundtanke att värna öppenheten.«

Jämförelsen med det danska systemet är inte helt adekvat. Av Socialstyrelsens redogörelse framgår att den som i enlighet med bestämmelserna i den danska lagen fullgör sin rapportering visserligen inte till följd av rapporteringen kan drabbas av disciplinära åtgärder eller liknande, men att det också utövas tillsyn av s k ämbetsläkare som finns i varje län och som kan ta initiativ till utredning och åtgärd av händelser som kommit till deras kännedom. Inom flyget har man ett minutiöst kontrollsystem med bl a regelbundna läkarundersökningar och kunskapsprov.

Det är självklart att tyngdpunkten i patientsäkerhetsarbetet ligger och skall ligga ute i sjukvården, såväl den offentliga som privata. Min förmodan att Socialstyrelsens förslag skulle få större effekt för den offentliga än den privata vården har uppfattats som provocerande av Björn Zackrisson. Jag beklagar om jag uttryckt mig olyckligt. Den privata vården är ju organiserad i många olika former. De som arbetar inom den offentliga vården har som regel det gemensamt att de omfattas av ett stort nätverk av arbetskamrater m fl, att organisationen inte är konkurrensutsatt och att anställ-



Björn Zackrissons replik i Läkartidningen 17/2006.

ningsförhållandena är trygga. Så är det inte alltid inom den privata vården.

Jag finner det därför generellt sett förklarligt om egenföretagare eller anställda inom denna sektor drar sig för att meddela eventuella misstag till Socialstyrelsen även om det inte kan leda till påföljd, i vart fall då patienten inte kommit till skada (i så fall anmäler sannolikt patienten). Men denna min förmodan är verkligen inget uttryck för att man skulle vara mindre angelägen om att värna om sina patienter.

Det personliga ansvaret har diskuterats livligt i anledning av den nyss meddelade HD-domen i den s k Kalmarfallet, och den diskussionen kommer säkert att fortsätta. Att man betonar det personliga ansvaret hindrar inte att också organisationens ansvar understryks. Utvecklingen har – och detta gäller även HSANs bedömningar – alltmera gått mot en fokusering på detta.

Björn Zackrisson skriver att Socialstyrelsens förslag är bra under förutsättning att 7-dagarsregeln tas bort (trots att förslaget inte förespråkar anonymitet?). Detta innebär att ingen händelse som anmäls efter att ha rapporterats i laga ordning skulle kunna föras vidare till HSAN av Socialstyrelsen, i vart fall såvitt avser disciplinpåföljd. I dagens system skulle då ansvaret för befogade ingripanden eller markeringar mot enskilda i dessa fall läggas helt på patienten eller åklagare. Detta förefaller mig betänkligt, av skäl som jag tidigare utvecklat.

Björn Zackrissons inlägg styrker mig i uppfattningen att det är dags att se över regelverket i sin helhet.

Anita Werner
chef för Hälso- och sjukvårdens
ansvarsnämnd (HSAN) 1993–2002
anita.werner@zeta.telenordia.se

Fysiotek – hjälp till fysisk aktivitet

Bengt Kjellman visade i en litteraturgenomgång förra året att fysisk träning kan ha positiv effekt vid depression [1]. Den fysiska aktiviteten bör ses som ett komplement till psykoterapi och/eller medicinering. Ett problem är svårigheten att få patienten att komma igenom de första passen då det ofta »tar emot«. Många patienter är också rädda och oroliga för att gå ut. Att finna möjligheter att motivera och stödja patienter med depression att aktivera sig fysiskt är därför av intresse för klinisk psykiatri.

Den s k fysiotekmodellen har funnits i Sverige i cirka fem år. Fysiotek finns på flera platser i landet, och i exempelvis Malmö finns ett »huvudfysiotek« vid Kockum fritid samt flera mindre enheter för ökad tillgänglighet. Många patienter med somatiska diagnoser, t ex diabetes och hjärtsjukdom, blir också remitterade. Remiss sker med hjälp av grönt recept, som kan skrivas även av annan personal än läkare.

På fysioteket möter patienten en »fysiotekare«, som kan vara sjukgymnast eller ha annan relevant erfarenhet. Man diskuterar lämpliga motionsformer och gör upp ett träningsschema. Aktiviteten behöver inte vara förlagd till särskilda motionslokaler utan kan t ex innebära stavgång i närheten av bostaden. Fysiotekaren försöker lägga ribban så att det inte blir ett misslyckande.

I Norge har man motsvarande satsning med Opplandsprojektet.

Det finns andra möjligheter att hjälpa patienter med psykiatrisk diagnos till fysisk aktivitet. Man kan se över sjukgymnastfunktionen i psykiatriska vårdteam och om möjligt öka timmarna för denna insats. Vid sjukskrivning kan fysisk aktivitet rekommenderas som del i behandlingen, vilket ofta görs redan nu.

Gunilla Dored
leg läkare, specialist i allmän psykiatri,
Stehag
bejmert-dored@telia.com

REFERENSER

1. Kjellman B. Indikationer finns för att fysisk aktivitet har terapeutisk effekt vid depression. Motion värdefullt komplement till gängse antidepressiv behandling. Läkartidningen 2005;102:312-4.
2. Rydlöv H. Fysisk aktivitet på recept. En ettårs-uppföljning.