ALLTFÖR VARIERANDE PRAXIS I KLAMYDIAVÅRDEN

Vårdprogram en lösning?

Av 17 behandlade patienter per vecka i åldersgruppen 15–30 år förekommer i genomsnitt en klamydiapatient varannan månad. Detta framkom av en enkät med frågor om läkarens praxis vid diagnostik och handläggning av klamydiainfektion som skickades till var tionde husläkare i september 1994. Nära hälften av husläkarna gav klamydiapatienten två recept i stället för att följa upp partnern med information och undersökning. Resultaten talar för att det finns behov av fasta rutiner/vårdprogram som stöd vid handläggning av klamydiainfektioner.

Författare

KRISTINA RAMSTEDT
epidemiolog, dr med, epidemiologiska enheten, Smittskyddsinstitutet, Stockholm

MATS RIBACKE
allmänläkare, med dr, primärvårdsuppföljning, Socialstyrelsen, Stockholm.

Infektion med Chlamydia trachomatis är idag den vanligaste av alla enligt smittskyddslagen anmälningspliktiga sjukdomar. Klamydiainfektioner hos kvinnor är associerade med infertilitet, kroniska buksmärtor och utomkvedshavandeskap. Eftersom en stor del av infektionerna är asymtomatiska är det inte tillräckligt att behandla patienter med symtom och deras partner.

Screening i form av rutinmässig provtagning av kvinnor som undersöks gynekologiskt är därför önskvärd för att minska prevalensen. Antalet kliniskt anmälda fall har sjunkit sedan 1988, men verkar nu ha hamnat på en endemisk nivå, dock för hög för att vara acceptabel.

Primärvårdens handläggning av klamydiafall studerades

Genomgång av testmetoder, rutiner för provtagning och omhändertagande har påbörjats på Smittskyddsinstitutet [1]. Omstruktureringar i sjukvården och utbildningssatsningar i primärvården gällande sexuellt överförda sjukdomar, STD (sexually transmitted diseases), gör att alltfler klamydiainfektioner diagnostiseras i primärvården.

Syftet med den aktuella studien var att förbättra Smittskyddsinstitutets kunskaper om vilka rutiner som används i primärvården vid provtagning, behandling och partneruppföljning [2]. Undersökningen ingår i Socialstyrelsens uppföljning av primärvården och möjlig inverkan på medicinsk praxis genom organisatoriska förändringar.

Liknande undersökningar har tidigare genomförts i Norge [3-4] och Finland [5], vilket ger möjligheter att jämföra resultaten.

METOD

Ur Socialstyrelsens husläkarregister valdes slumpmässigt var tionde läkare att delta i studien (N=430) och tillställdes en anonym enkät. Efter två månader sändes en påminnelse. Frågeformuläret omfattade några bakgrundsfrågor om läkarens arbetsförhållanden och patientunderlag, och frågor om på vilka patienter som prov avseende klamydia tas, behandlingsrutiner vid positivt prov och partneruppföljning.

RESULTAT

Trehundrasju läkare (71 procent) besvarade enkäten. Av dessa angav 26 att de inte tog hand om patienter med underlivsbesvär och ingick därför inte i bearbetningen. Av de resterande 281 svarande var 185 män och 96 kvinnor, och deras läkarexamen låg i genomsnitt 17 år tillbaka i tiden.

Allmänmedicin som specialitet uppgav 268 (95 procent) läkare. 232 läkare var verksamma i offentlig primärvård, medan 38 var privata husläkare, och för elva saknas uppgift. Man uppgav besök på mottagningen av i genomsnitt 17 patienter i åldersgruppen 15–30 år varje vecka, och i genomsnitt behandlade husläkarna en klamydiapatient varannan månad.

För ungefär en tredjedel av husläkarna fanns närmaste STD-klinik inom fem kilometers avstånd, medan i stort sett lika många hade mer än tre mil till en sådan. För två av tre husläkare fanns närmaste ungdomsmottagning inom fem kilometer.

Varierande provtagningsrutiner

Provtagningsrutiner finns redovisade i Tabell I. På frågan om undersökning av gravida kvinnor svarade 206 läkare att de inte utförde graviditetskontroller över huvud taget. Av resterande 53 svarande tog 20 klamydiaprov på alla, 7 på de flesta och 19 på någon enstaka, medan 7 aldrig tog klamydiaprov på gravida kvinnor.

Vad gäller provtagningsteknik upp-

Tabell I. Husläkarens provtagningsrutiner i olika patientgrupper med avseende på klamydia. Procent anges inom parentes.

Patientgrupp	N	Träffar inga sådana patienter	Tar prov på alla	de flesta	någon	ingen
Kvinnor <25 år i samband med preventivmedelsrådgivning	260	163(63)	33(13)	40(15)	17(6)	7(3)
Unga flickor vid »första gynekologiska undersökningen»	259	128(49)	13(5)	47(18)	55(21)	16(7)
Patient vars partner har underlivsbesvär	258	0	171(66)	66 (26)	14(5)	7(3)
Gravid kvinna vid första gynekologbesöket	259	206(80)	20(7)	7(3)	19(7)	7(3)

Tabell II. Husläkarens behandlingsrutiner vid konstaterad klamydiainfektion i olika patientgrupper, behandlingsalternativ enligt Socialstyrelsens allmänna råd 1990:2. A=Tetralysal 0,3×2×7–10, Vibramycin 0,1×7–10, B=Vibramycin 0,2×7–10, C=Ery-Max alternativt Abboticin 0,5×7–10, D=annat. Procent anges inom parentes.

Patientgrupp	N	A	B	C	D
Symtomfri kvinna med positivt klamydiaprov från cervix	236	172 (73)	24 (10)	13 (6)	27 (11)
Man med urethrit och positivt klamydiaprov från urethra	240	178 (74)	23 (9)	11 (5)	28 (12)
Gravid symtomfri kvinna med positivt klamydiaprov från cervix	148	55 (4)	2 (1)	126 (85)	15 (10)
Kvinna med normalt allmäntillstånd med ömhet i nedre delen av buken, SR 35 samt positivt klamydiaprov från cervix	151	96 (64)	36 (24)	5 (3)	14 (9)

Tabell III. Husläkarens val av metod för att försäkra sig om att klamydiapatientens partner undersöks och eventuellt behandlas. Siffrorna inom parentes är procentandel av svarande i varje patientgrupp. Metod A: Ingen åtgärd. Metod B: Patienten meddelar själv sin/a partner om möjlig smitta. Metod C: Patienten meddelar själv sina/a partner om möjlig smitta och läkaren ansvarar för att alla uppgivna partner söker läkare. Metod D: Läkaren meddelar partner om möjlig smitta. Metod E: Läkaren meddelar partner om möjlig smitta och ansvarar för att dessa partner söker läkare. Metoder kan kombineras: C+D t ex betyder att patienten säger till en partner, läkaren en annan, men läkaren ansvarar för att alla uppgivna söker läkare. Utan detta ansvar = B+D, eller enbart ansvar för de av läkaren tillsagda = B+E. Procent anges inom parentes.

Patientgrupp	A	B	B+D	B+E	C	C+D	D	E
17-årig flicka utan fast partner, N = 217	1(0,5)	26(12)	5(2)	8(4)	110(51)	18(8)	7(3)	42(19)
24-årig kvinna med fast partner, N=216	1(0,5)	39(18)	8(4)	7(3)	138(64)	10(5)	1(0,5)	12(5)
17-årig pojke utan fast partner, N=223	1(0,5)	39(17)	8(4)	8(4)	142(63)	11(5)	1(0,5)	13(6)
24-årig man med fast partner, N=220	2(1)	27(12)	5(2)	7(3)	109(50)	17(8)	7(3)	46(21)

gav 169 husläkare att de alltid tog prov från både cervix och urethra, 34 gjorde det oftast, 29 någon gång och 7 aldrig. 21 tog inte klamydiaprov alls och för 21 saknas uppgift.

Behandlingsrutiner enligt Socialstyrelsens råd

Behandlingsrutinerna framgår av Tabell II, och de flesta husläkarna följer rekommendationerna i Socialstyrelsens allmänna råd 1990:2 [2] (se Faktaruta 1). Bara en fjärdedel har dock behandlat kvinnor med SR 35 och ömhet i nedre delen av buken som troliga salpingitfall.

Kontrollprov efter behandling gjorde 33 procent av husläkare på alla patienter, 19 procent på de flesta, 25 procent på någon och 23 procent aldrig. Kontrollprov togs inom en vecka av 6 procent av läkarna, inom en till tre veckor av 58 procent, och resterande 36 procent tog kontrollprov mer än tre veckor efter behandlingens avslutande.

Ingen enhetlig praxis för partneruppföljning

Då det gäller partneruppföljning gavs olika alternativa förslag till metod vid olika patientsituationer. Som framgår av Tabell III är det en splittrad bild vad gäller uppföljning, någon enhetlig praxis synes inte råda. På frågan om man skrev ut två recept till patienten för att patienten skulle ge det ena till sin partner svarade 103 av 233 (44 procent) att de skrev ut dubbelrecept vid någon av de föreslagna patientsituationerna.

Flera gav kommentarer utanför enkätfrågorna

Flera av deltagarna tog tillfället i akt att ge sina kommentarer till problemområdet i mer allmänna ordalag. Så tyckte t ex 24 husläkare att »det finns bättre skickade kolleger för behandling av underlivsbesvär» och hänvisade därför dessa patienter till annan mottagning.

För 29 husläkare var klamydia inte längre något problem! När det gäller partneruppföljning uppgav elva läkare att de remitterade patienten för denna utredning, fyra remitterade de patienter som uppgav flera partner, 19 hade särskild personal för denna uppgift och sju tyckte partneruppföljning var svårt men gjorde sitt bästa.

35 husläkare beskrev hur de arbetade med sina klamydiapatienter. Några angav resursproblem, men många beskrev väl fungerande rutiner med STD-patienter över huvud taget.

DISKUSSION

Deltagarna är representativa för husläkargruppen enligt bakgrundsvariablerna genomsnittstid sedan examen, specialisttillhörighet och könsfördelning. Det är anmärkningsvärt att 26 (6 procent) av 430 läkare svarade att de inte tar hand om underlivsbesvär. Om man därtill lägger de 24 som svarade på

FAKTARUTA 1

Ur »Allmänna råd från Socialstyrelsen 1990:2»

Rutinmässig provtagning för att spåra klamydia bör erbjudas sexuellt aktiva yngre personer (upp till 25 år) inklusive gravida, t ex vid mottagningar för preventivmedelsrådgivning samt ungdomsmottagningar.

Dessutom bör provtagning för klamydia ske på vida indikationer vid symtom och besvär från genitalia och urinrör, i synnerhet hos yngre personer som byter eller har bytt partner.

Den behandlande läkaren har ansvar för att smittspårning utförs.

Läkaren måste vara övertygad om att:

– patienten lyckats förmå sin partner att söka läkare och att partnern verkligen blivit undersökt för den aktuella sjukdomen

– nuvarande partner behandlats, oavsett undersöknings- eller odlingsresultat

Behandling: Doxycyklin, lymecyklin, tetracyklinhydroklorid, erytromycinstearat eller erytromycinbas, och reservalternativ sulfametoxazol/trimetoprim. Läkemedlen bör doseras enligt Fass.

Kontroll efter behandling: Patienter med klamydiasymtom efter behandling ges föreskrifter om att göra återbesök. Kontrollodling bör göras. Övriga patienter med klamydiainfektion bör efter behandling erbjudas återbesök. Syftet med återbesök är att kontrollera att smittspårning har genomförts, behandlingen har varit effektiv och patienten inte har infekterats på nytt samt att ge psykologiskt stöd. Kontrollodling bör inte vara obligatorisk vid återbesök. Det första besöket för att följa upp smittspårning bör göras en till två veckor efter avslutad behandling.

▶

ANNONS

FAKTARUTA 2

Författarnas förslag till handläggningsförfarande vid partneruppföljning

Den behandlande läkaren har ansvar för att smittspårning utförs.

Detta ansvar innebär att:

- patienten får en bra information om den aktuella sjukdomen
- patienten och läkare kommer överens om vilka sexualpartner som behöver undersökas och eventuellt behandlas
- patienten erbjuds allt stöd i sitt arbete att meddela dessa partner, men att patienten vid samma tillfälle informeras om läkarens möjlighet att kalla partner med s k partnerbrev utan att röja patientens identitet.
- efter en till två veckor (återbesök alternativt telefonsamtal) kontrollerar läkaren att alla uppgivna partner sökt läkare och verkligen blivit undersökta för den aktuella sjukdomen. Läkaren kan då t ex få möjlighet att kalla en partner som patienten misslyckats med att motivera.
- partneruppföljningsutredningen är inte färdig förrän svar på partnerbrev erhållits, eller det på annat tillfredsställande sätt har verifierats att partner blivit undersökt. Uppgifter lämnade av patient eller partner skall alltid kontrolleras.

enkäten, men uppgav att de redan vid tidsbeställningen hänvisade patienter med underlivsbesvär till annan läkare, så är det en ansenlig andel husläkare, som inte utför underlivsundersökningar.

Svenska rutinerna skiljer sig från de norska

Rutinerna i Sverige skiljer sig väsentligt från de norska [4], men är mer lika de finska [5]. Norska allmänläkare gör gynekologisk undersökning på hälften av alla kvinnor under 25 år då de söker för preventivmedelsrådgivning. Detta bör jämföras med vår studie där 63 procent uppger att de inte har preventivmedelsrådgivning och av de läkare som har det tar 33 procent klamydiaprov.

Det var också betydligt vanligare bland norska allmänläkare att utföra den första gynekologiska undersökningen på unga flickor, och i samband därmed tog 51 procent klamydiaprov, vilket skall jämföras med 10 procent i Sverige och 15 procent i Finland. Eftersom behandlingsalternativen skiljer sig mellan länderna försvåras jämförelse. Däremot är det intressant att 72 procent av de norska läkarna tar kontrollodling på alla eller de flesta patienter. Det görbara 52 procent av de svenska husläkarna och 56 procent av de finska allmänläkarna.

Svenska läkarna bättre på partneruppföljning

Vid tidpunkten för den norska undersökningen var klamydia inte reglerat enligt någon smittskyddslag, vilket väl syns i skillnaderna för rutiner för partneruppföljning. Således uppgav 80 procent av de norska läkarna att de överlät på patienterna att underrätta sina partner om möjlig smitta, utan kontroll av att detta hade fungerat [3]. Endast omkring 15 procent av svenska husläkare förfor på detta sätt. Över 80 procent av de svenska läkarna var på något sätt involverade i partneruppföljningen genom att kalla partner och/eller ansvara för att de verkligen sökte för klamydiaprovtagning.

Dubbelrecept får inte ersätta partneruppföljning

Trots dessa glädjande siffror är det nedslående att samma läkare i så hög grad (44 procent) skriver ut dubbelrecept till sina patienter. På så sätt överlåter man ett stort informationsansvar på patienten, vilket kan ha epidemiologisk betydelse. Minskningen av antalet anmälda fall med Chlamydia trachomatis tenderar att stanna upp [1].

Alla som i sitt hälso- och sjukvårdsarbete möter patienter med underlivsbesvär bör ha i minnet att klamydia är en realitet, och partneruppföljningen får inte ersättas med dubbelrecept till patienten. Att man förhindrar en del reinfektioner med detta handlingssätt har tidigare beskrivits, men man hindrar inte att smittspridningen fortgår utanför det enskilda partnerskapet [6].

I Socialstyrelsens allmänna råd [2] uttrycks den tvingande paragrafen i Smittskyddslagen om partneruppföljning som »läkaren måste vara övertygad om att patienten lyckats förmå sin partner . . .» Denna mjuka skrivning kanske har lett till missförstånd (Faktaruta 1). Det står inget om att läkaren/annan personal kan kalla partnern utan att patientens identitet röjs.

Patienten skall naturligtvis initialt erbjudas allt stöd i sitt arbete att själv kontakta sina partner, men samtidigt också veta att om hon inte klarar av detta ibland svåra arbete finns hjälp att få. Annars finns risk för nödlögner initialt som vid ett senare erbjudande om hjälp är svåra att bortförklara (Faktaruta 2).

Vårdprogram för fastare rutiner

Den aktuella undersökningen tyder på att variationen i praxis är stor vad gäller provtagning för att spåra klamydiainfektioner, behandling och kontroller efter behandling.

Eftersom sjukdomen är relativt sällan förekommande i husläkarens vardag, och eftersom sjukdomen lyder under smittskyddslagen, finns skäl att via lokala vårdprogram skapa fastare rutiner för behandling och uppföljning av dessa patienter.

Litteratur

1. Ramstedt K. Hur går det egentligen med utrotningen av Chlamydia? Epidaktuellt 1995; 18: 6-7.
2. Klamydiainfektioner. Förebyggande åtgärder. Allmänna råd från socialstyrelsen 1990:2.
3. Mowinckel R, Staurset J, Holen P, Aavitsland P. Norske legers rutiner for smitteoppsporing ved genitale chlamydiainfeksjoner. Tidsskr Nor Laegeforen 1992; 112: 1729-33.
4. Aavitsland P. Use of laboratory testing for genital chlamydial infection in Norway. Quality in Health Care 1993; 2: 91-5.
5. Ingman-Friberg S, Rostila T, Kaikala O, Paavonen J. Management of Chlamydia trachomatis-infections in Finland. Tenth international meeting of the International Society for STD research. Helsinki; International Society for STD Research, 1993.
6. Ramstedt K, Forssman L, Johannisson G. Contact tracing in the control of genital Chlamydia trachomatis infection. Int J STD AIDS 1991; 2: 116-8.