

om att de yngre medarbetarna läser Riskronden också stimuleras de mer erfarna läkarna – vilken benämning de nu kan tänkas få vid nästa reform – att läsa eller kanske till och med prenumerera på den? Riskronden kostar för närvarande endast 160 kr/år.

Bengt Wadman
redaktör för Riskronden

Privatläkarna genomskådar Ringholms enfrågedemagogi

En sak i taget vill Bosse Ringholm, finanslandstingsråd (s) i Stockholm, att debatten skall handla om. (Läkartidningen 18/97).

När det gäller privatvården i Stockholm skall inte diskuteras dess roll och uppgift, inte dess kvalitet, inte dess kostnadseffektivitet, inte dess samarbetsrelationer med huvudmannen landstinget, inte att ersättningsen tills nu stått still sedan 1994, inte allmänhetens positiva uppfattning av privata vårdgivare, inte att 163 privatläkare tvångs pensioneras, inte att privatvården är en värdefull del av det samlade vårdutbudet, inte att det faktum att det enda de privata vårdgivarna hör från landstinget är negativa och nedsättande kommentarer. Inget av detta skall diskuteras. Åtminstone inte samtidigt.

Försöker slå in en kil

Det enda Bosse Ringholm godkänner som debattämne för dagen är en påstådd kostnadsökning för privat vård. Han upprepar i sitt genmäle i Läkartidningen 18/97 på vår debattartikel i 17/97 envist att den privata vården gynnas på den offentliga vårdens bekostnad. Han påstår att vi tycker att detta är en rimlig ordning. Han försöker därmed slå in en kil mellan privat och offentligt verksamhetsläkare. Han försöker ställa den ena läkaren mot den andra.

I detta kommer han att misslyckas. Läkarna är fullt kapabla att se igenom Bosse Ringholms enfrågedemagogi. Vi har visat att Stockholms läns landsting totalt sett, inkl den höjning av taxan som nu skett, sparar 100 miljoner på privatläkarna. För att denna siffra skall bli synlig

måste man kunna se åtminstone två sammanhang samtidigt: effekterna av att 163 läkare försvinner ur systemet och effekterna av taxeändringen. Till detta är Bosse Ringholm uppenbarligen oförmögen.

Det är värt att notera att han i sitt genmäle inte med ett ord kommenterar att landstinget i Stockholm totalt sett sparar på privatvården. Det kan bara betyda att han hoppas att detta faktum skall falla i glömska och att han genom att envist upprepa sin tes att privatvården gynnas på den offentliga vårdens bekostnad till slut skall få oss och allmänheten att tro det också förhåller sig så.

Men som sagt, i detta kommer han att misslyckas.

Björn Meder
ordförande i Stockholms läkarförening

Peter Möller
ordförande Stor-Stockholms privatläkarförening

Vilseledande om utredning och behandling av urinvägsinfektioner!

I »Intern medicin» (1996) under redaktion av Leif Hallberg, Göran Holm, Nalle Lindholm och Lars Werkö förekommer flera tveksamheter och felaktigheter i kapitlet om urinvägsinfektioner.

Utredning

I boken sägs att kvinnor med recidiverande urinvägsinfektioner – definieras som »flera attacker under några år» och ej som vedertaget ≥ 2 under 1/2 år eller ≥ 3 under ett år [1, 2] – ska utredas med cystoskopi och urografi. Flera studier [3, 4] har dock klargjort att en sådan utredning ger föga utbyte hos kvinnor med recidiverande, distal UVI. Rör det sig däremot om recidiverande pyelonefrit eller om det finns anamnes på outredd UVI i barndomen, infektioner orsakade av ureasspjälkande bakterier eller anamnes på sten eller obstruktion, finns det skäl att göra en urografi. Cystoskopi torde däremot mera sällan vara

indicerad förutom vid malignitetsmisstanke [3, 4].

Diagnos av cystit/uretrit

I avsnittet om diagnostik talar om sedimentundersökning, vilket nu sällan utförs inom primärvården eller den slutna vården utom på speciella indikationer, t ex vid misstanke om nefrit. Nitritsticka och sticka för påvisande av leukocyter är idag både bättre och mera kostnadseffektiva hjälpmedel för att ställa diagnosen UVI. I boken nämns inte den förändrade synen på bakteriehalt vid urinodling.

Vid cystit orsakad av E coli räcker det idag att påvisa 10^3 bakterier per mol urin för att växten ska betraktas som signifikant [2].

Behandling

I kapitlet med underrubriken asymptomatisk bakteriuri (ABU) står att diabetiker med ABU sannolikt bör behandlas. Någon ökad risk för diabetiker att få pyelonefrit på grund av ABU har ej påvisats, varför denna patientgrupp inte behandlas om inte annat skäl finns för detta [1].

Som förstahandsmedel vid behandling av uretrit och cystit rekommenderas trimetoprim, norfloxacin och pivmecillinam. I praktiken står dock kinolonerna för 50 procent av all antibiotikaförskrivning vid denna diagnos. Den ökade resistensen av även E coli i öppenvården gör att kinoloner, som aldrig rekommenderats som förstahandsmedel vid okomplicerade nedre UVI, ej bör användas på denna indikation [5].

Förutom trimetoprim och pivmecillinam är nitrofurudantim också ett utmärkt behandlingsalternativ till yngre kvinnor liksom de äldre cefalosporinerna (cefalexin, cefadroxil), som kan användas till hela åldersgruppen. Båda dessa läkemedel kan även användas till gravida, till skillnad från kinolonerna.

Vid behandling av akut pyelonefrit föreslås medel såsom ampicillin, cefalosporiner, trim/sulfa och kinoloner. Resistensen mot ampicillin för E coli ligger idag på ca 20 procent, varför det ej längre är lämpligt som empirisk behandling. I boken skiljer man inte heller på oral och intravenös behandling när man talar om cefalosporiner. Orala cefalosporiner bör ej användas vid

behandling av akuta pyelonefrit på grund av ökad recidivfrekvens. Däremot kan, om patientens tillstånd så medger, oral behandling med trim/sulfa och kinoloner användas. Män med urinvägsinfektioner har ofta ett engagemang av prostata, varför medel som penetrerar bra in i prostatavävnaden, såsom kinoloner och trim/sulfa, är att föredra.

Inga Odenholt
docent, Uppsala

Referenser

1. Sandberg T. Handläggning av urinvägsinfektioner hos vuxna. Södertälje: Astra Läkemedel, 1994.
2. Läkemedelsverket. Workshop: Treatment of urinary tract infections. Uppsala: Läkemedelsverket, 1990.
3. De Lange E, Jones B. Unnecessary urography in young women with recurrent urinary tract infections. Clin Radiol 1983; 34: 551-3.
4. Fowler J, Thomas E. Excretory urography, cystography and cystoscopy in the evaluation of women with urinary tract infection. N Engl J Med 1981; 304: 462-5.
5. Cars O, Sandberg T. Begränsa användningen av fluorokinoloner. Information från Läkemedelsverket 2. 1996.

Replik:

Acceptabelt balanserad framställning

Vårt avsnitt om urinvägsinfektioner i kapitlet om medicinska njursjukdomar omfattar endast tre sidor och är översiktligt och resonerande, något annat är inte möjligt inom denna knappa ram. Vi syftar naturligtvis till att bibringa studenterna insikter i »vedertagna» principer för utredning och behandling utan att för den skull bli onödigt detaljrika. Inom detta område liksom alla andra blir man fort inaktuell om man är alltför specifik i sina påpekanden.

Sådana överväganden gör att vi, även om vi har förstståelse för Inga Odenholts kritik, anser att kapitlet om urinvägsinfektioner har fått en acceptabelt balanserad framställning vad gäller både diagnostik och behandling. Beträffande behandlingen är det ju så att om hälften av alla UVI-behandlingar sker med kinoloner kan man väl inte undgå att påpeka att

detta är ett förstahandsmedel även om det inte rekommenderas vid okomplicerad nedre UVI. Behandlingsrekommendationerna rör sig snabbt, så att vara alltför specifik inom ramen för en lärobok av detta slag är inte lämpligt. Det är behandlingsprinciperna som är viktiga.

Slutligen ansåg vi det viktigt att dra uppmärksamheten till förhållandet att svåra urinvägsinfektioner fortfarande är allvarliga tillstånd, däremot inte nedre urinvägsinfektioner som är »den vanligaste infektionen näst efter snuva». Medan det förra tillståndet är allvarligt är det sistnämnda skäligen banalt och hanteras också naturligtvis inom öppenvården. Kanske skall vi i nästa upplaga av boken mera beakta utrednings- och behandlings-synpunkter sedda ur allmänläkarens perspektiv.

Mattias Aurell
professor, njurmedicin
Gunnar Westberg
med dr, njurmedicin,
Sahlgrenska
Universitetssjukhuset,
Göteborg

Klorokin-resistens och profylax

Klorokinresistent malaria är ett bekymmer. Lars Rombo och undertecknad är överens om att meflokin (Lariam) är effektivare än klorokin och proguanil (Paludrin) som jag, i motsats till honom, inte anser vara ett fullgott alternativ för charterturister.

Åren 1994–1995 insjuknade 44 svenskar med falciparummalaria efter besök i Kenya [1, 2]. Av dessa hade fyra ej tagit någon profylax, en hade tagit meflokin, två hade tagit klorokin enbart medan 24 hade tagit klorokin i kombination med proguanil. För 13 saknades uppgifter. År 1995 såldes 12 000 förpackningar Lariam (40 procent) och 19 000 förpackningar Paludrin (60 procent). Skillnaden i effektivitet är för stor för att vara en tillfällighet, men risken för neurologiska biverkningar med meflokin är betydande.

I januari 1995 diagnostiserades 45 fall av falciparummalaria i Förenade Arabemiraten. Av dessa svarade 27 (60 procent) ej på klorokin, men tillfrisknade efter behandling med

Max 400 ord i korrespondenspalten!

Till »korrespondens» välkomnas korta inlägg (högst 400 ord plus, om nödvändigt, ett fåtal referenser), i två exemplar och med dubbelt radavstånd.

Eftersom korrespondenspalterna är ett mått på läsarnas intresse för tidningen vill vi även fortsättningsvis värna om denna avdelning, som har högt läsvärde. Genom att varje insändarskribent fattar sig kort kan vi bereda plats för fler och publicera snabbare.

Redaktionen förbehåller sig rätten att rubricera och förkorta inlägg. För att påskynda publiceringen sänds normalt inget korrektur till författaren.

Fansidar eller kinin. Av de resistenta fallen var 17 förvärvade i Pakistan och ett fall i Sri Lanka.

Beträffande doseringen skall läkemedel tillföras i proportion till eliminationshastigheten. Denna är vanligen snabbare hos större personer, men deras levermetabolism och njurutsöndring ökar inte för att de går upp i vikt.

Meflokin har allvarliga biverkningar och plasmodierna kan utveckla resistens. Det är därför som barriärmetoder här som på andra områden visar sig bäst. Använd i första hand impregnerade myggnät! Om risken för malaria kräver kemoprofylax är meflokin effektivast!

Stig Cronberg
universitetslektor, infektionskliniken, Universitetssjukhuset MAS, Malmö

Referenser

- Hellgren U, Janzon R, Rombo L. Kommentar till årsstatistik för malaria 1995. *Smittskydd* 1996; 2: 35-6.
- Hellgren U, Janzon R, Lagergren Å, Rombo L. Malariaprofylax för år 1994 – antal fall med *P falciparum* ökar bland svenskar som vistats i Östafrika. *Epidemiologi* 1995; 18(6): 5-7.

Kommentar

Lars Rombo har tagit del av Stig Cronbergs nya inlägg och hänvisar till sin medicinska kommentar i *Läkartidningen* 18/97 för en utförlig belysning av problemen kring malaria. Den kommentaren var under tryckning då Cronbergs inlägg skrevs.

Red

Pärla i näsan – kan det »botas» med vitpeppar?

Under de snart 15 år jag arbetat som läkarsekreterare i barnsjukvården (primärvården i VSSO, Stockholm) har det hänt att barn kommit akut till oss, t ex från »dagis» och/eller »fritids», eftersom de stoppat en pärla eller annat smått upp i näsan.

Då små barn har svårt att »fräsa ut» på uppmaning har det blivit mycket skrik och fasthållande av barnen för att få ut föremålet samt risk att förvärra det hela om något instrument används. Mycket trauma för en liten sak.

Jag påminde mig då att jag, som dagbarnvårdare, lärde mig att använda malen vitpeppar. Man strör således lite vitpeppar på sin hands ovansida, håller för barnets ögon och blåser försiktigt så vitpepparen kommer in i barnets näsa. I så gott som samtliga fall nyser barnet ut föremålet. Enkelt och effektivt och värt att pröva.

Yvonne Eidenson
läkarsekreterare,
Barnläkarmottagningen
i Bromma

Kommentar

Finns det någon risk med detta knep? Kan föremålet hamna i mer svåråtkomliga luftvägar när patienten »tar sats» före nysningen.

Redaktionen ställer frågan eftersom en öron-, näs- och

halsläkare på en stor klinik på förfrågan säger att han aldrig hört talas om metoden. Finns det skäl till att den inte lärs ut? Eller har vardagsknep och huskurer ingen plats i dagens sjukvård?

Red

Undvik läkarnas personsökare!

Läkare vid medicindivisionen på Akademiska sjukhuset i Uppsala har noterat att allt fler läkemedelskonsulenter, marknadsundersökare samt handläggare vid försäkringskassorna i ökande omfattning tar kontakt direkt via telefon eller via telefonväxel och personsökare. Det gäller ärenden som inte har akut medicinsk angelägenhet.

Dessa kontakter irriterar oss, eftersom de oftast inträffar under pågående verksamhet med patienter eller i planeringsrunder tillsammans med medarbetare på avdelningarna. Förutom avbrottet i pågående arbete innebär det en oplanerad tidsåtgång.

Skall användas i akuta fall

Våra personsökare skall i första hand användas för akuta och angelägna medicinska frågeställningar. När sökning via personsökare sker från växeln vet vi inte vem som söker, och vi avbryter då pågående klinisk verksamhet. Vi önskar att denna typ av kontakttänkande via telefon eller via personsökning upphör.

Vi vill ge följande förslag till kommunikation så att samarbetet skall ske planerat och friktionsfritt.

1. Om samarbete pågår med en enskild läkare kan ni avtala hur kontakterna skall ske.

2. Om en allmänt informerande kontakt önskas sänd först ett brev eller ett fax och boka in en tid till möte eller telefonsamtal.

3. Speciella patientutredningar från försäkringskassans handläggare bör ske via sedvanlig brevförfrågan. Försäkringsläkarna är den naturliga samsamtalspartnern.

Vi vill passa på tillfället att påpeka att de flesta kontakterna sker på ett mycket bra sätt, vi önskar dock med detta inlägg »stämna i bäcken»!

Läkare vid medicindivisionen UAS gm
Hans Levander