

Rekommendationer för kvalitetsindikatorer vid digitala vårdmöten

2017

Innehållsförteckning

Bakgrund.....	3
Kvalitetsindikatorer	4
Handläggning av infektioner.....	10
Luftvägsinfektioner.....	10
Faryngotonsillit (halsfluss).....	10
Rinosinuit (bihåleinflammation).....	11
Övre luftvägsinfektion (ÖLI).....	11
Akut bronkit.....	11
Pneumoni (lunginflammation).....	12
Akut mediaotit (öroninflammation)	12
Urinvägsinfektion.....	13
Akut cystit (blåskatarr).....	13
Hud- och mjukdelsinfektioner	13
Borrelia (erytema migrans).....	14
Akne	14
Impetigo (svinkoppor)	14
STI (Sexuellt överförbara infektioner)	15
Klamydia	15
Mycoplasma genitalium	15
Antibiotika som inte bör förskrivas vid distanskontakt.....	15
Referenser	16

Bakgrund

I det här dokumentet beskrivs kvalitetsindikatorer för digitala vårdmöten där infektioner handläggs. Syftet är att stödja en handläggning som är patientsäker och som motverkar risk för överförskrivning av antibiotika.

Antibiotikaresistens är ett stort och snabbt ökande folkhälsoproblem vilket lyfts bl.a. av WHO, EU-kommissionen och den svenska regeringen. Överförskrivning av antibiotika är en grundläggande faktor för uppkomst och spridning av antibiotikaresistens och betydande allmänna medel anslås till åtgärder för att minska sådan överförskrivning. En viktig bidragande orsak till överförskrivning av antibiotika är osäkerhet hos förskrivaren. Man behandlar "för säkerhets skull". När ett möte på distans ersätter ett fysiskt möte inklusive kroppsundersökning, blir vissa delar av undersökningen suboptimala eller omöjliga. Den beprövade erfarenheten vid de flesta infektionstillstånd är att använda både patientens sjukhistoria (anamnes) och en fullgod fysisk undersökning (status) för att ställa diagnos och fatta beslut om antibiotikabehandling. Ett mycket tydligt exempel är ett barn med lunginflammation. Den fysiska undersökningen med bedömning av allmäntillstånd genom interaktion med barnet samt lyssnande med stetoskop är viktiga delar av bedömningen för att ställa diagnos och besluta om antibiotika behövs. Enbart sjukhistorien är otillräcklig. På motsvarande sätt kan läkaren via dagens digitala teknik t.ex. inte bedöma en trumhinnas rörlighet, eventuell svullnad och ömhet av halsens lymfkörtlar eller se in i näsan efter en så kallad vargata.

Om fysisk undersökning inte kan genomföras, minskar säkerheten i diagnostiken vid ett antal vanliga infektionstillstånd. Detta kan i sin tur medföra att:

1. patienten **inte får** en antibiotikabehandling **som behövs**
2. patienten **får** en behandling **som inte behövs** – till nackdel för såväl patienten som den totala resistensutvecklingen.

Vid andra tillstånd, så som okomplicerad blåskatarr hos kvinnor som inte är gravida, kan enbart sjukhistoria vara tillräckligt för en godtagbar säkerhet i bedömning av diagnos och behov av behandling.

Det är viktigt för patientsäkerheten att diagnoser med eller utan behandlingsbehov inte missas. Samtidigt är det såväl ett patientsäkerhets- som samhällsintresse att inte denna nya vårdform bidrar till en överförskrivning av antibiotika och en därmed ökad resistensutveckling. Patientsäkerhetsintresset talar också för att patienter med kroniska underliggande sjukdomar samt multisjuka patienter inte bör handläggas på distans vid akuta infektionstillstånd. Undantag kan dock göras då aktuell läkare har tillgång till patientens journal eller har personlig kännedom om patienten, eller då annan legitimerad vårdpersonal står för den fysiska undersökningen av patienten.

En ledande princip för all sjukvård är att den skall grunda sig på vetenskap och beprövad erfarenhet. Det innebär att nya behandlingsmodellens effekt, och inte minst deras säkerhet, måste styrkas av vetenskapligt hållbara studier innan ett breddinförande kan ske. Vid de infektionstillstånd där en fysisk undersökning är dagens rekommenderade standard, bjuder försiktighetsprincipen att en sådan stor förändring som det innebär att gå från fysisk undersökning till enbart digital bedömning, inte kan ske förrän det av oberoende bedömare visats att det kan göras utan försämrad patientsäkerhet. I Sverige skulle SBU och Socialstyrelsen kunna bidra till att klarlägga kunskapsläget.

Inte bara valet mellan behandling eller inte, utan även val av ett antibiotikapreparat med så smalt spektrum som möjligt och att hålla sig till de svenska behandlingsrekommendationerna är av största betydelse. Det finns redan en stor uppmärksamhet på följsamheten till riktlinjer inom primärvården i Sverige, och det finns all anledning till samma vaksamhet även vid digitala vårdmöten oavsett driftsform.

Programråd Strama presenterar nedan en tabell med förslag på kvalitetsindikatorer att använda vid uppföljning av vård given vid digitala vårdmöten.

Kvalitetsindikatorer

Indikatorerna i tabellen baseras i stor utsträckning på i augusti 2017 befintliga MIRA-indikatorer (Mått och indikatorer för rationell antibiotikaförbrukning). Anpassning och vissa tillägg har gjorts för att bättre spegla och utvärdera digitala vårdmöten med patienter med infektionssymtom

För samtliga indikatorer rekommenderas månatlig rapportering för föregående månad samt den senaste 12-månadersperioden (rullande 12 mån). Presenteras var för sig.										
Diagnos-grupp	Diagnos	Indikatorbeskrivning	Täljare	Nämnare	Mål	Ålder	Kön	Antibiotika (ATC-kod) Täljare	Antibiotika (ATC-kod) Nämnare	Kommentarer
Alla diagnoser		Antibiotikafördelning (på sjuställig ATC-nivå, J01 exkl. J01XX05) för all antibiotika-förskrivning per diagnos inklusive grupp "Diagnos saknas". Redovisas per diagnos och ATC-kod.	Antal antibiotikarecept per diagnos och ATC-kod.	Alla antibiotikarecept (J01 exkl. J01XX05) per diagnos.						Alla antibiotikaordinationer bör kunna kopplas till en diagnos.
Luftvägsinfektion	Faryngotonsillit	Andel faryngotonsillit / 1000 distanskontakter.	Antal faryngotonsillit-diagnoser.	1000 kontakter.						Inte en regelrätt kvalitetsindikator. Av intresse att följa frekvensen fall. Vid tolkning måste hänsyn tas till att triagering och kontaktregistrering varierar mellan vårdgivarna.

Rekommendationer för kvalitetsindikatorer vid digitala vårdmöten

Luftvägs- infektion	Faryngotonsillit	Andel antibiotikabehandlade (J01 exkl. metenamin) faryngotonsillit diagnoser av alla faryngotonsillit diagnoser.	Antal antibiotika-behandlade faryngotonsillit-diagnoser.	Alla faryngotonsillit-diagnoser.	< 5 %					När patienten inte kan undersökas fysiskt bör inte antibiotika vara aktuellt. Viss förskrivning kan accepteras, t.ex. när patient önskar byta beredning efter receptförskrivning från fysisk vårdkontakt.
Luftvägs- infektion	Rinosinuit	Andel rinosinuitdiagnoser/ 1000 distanskontakter.	Antal rinosinuit-diagnoser.	1000 kontakter.						Inte en regelrätt kvalitetsindikator. Av intresse att följa frekvensen fall. Vid tolkning måste hänsyn tas till att triagering och kontaktregistrering varierar mellan vårdgivarna.
Luftvägs- infektion	Rinosinuit	Andel antibiotikabehandlade (J01 exkl. metenamin) rinosinuitdiagnoser av alla rinosinuitdiagnoser.	Antal antibiotikabe-handlade rinosinuit-diagnoser.	Alla rinosinuit-diagnoser.	< 5 %					Antibiotika endast indicerat i svårare fall som kräver fysisk undersökning. Viss förskrivning kan accepteras, t.ex. när patient önskar byta beredning efter receptförskrivning från fysisk vårdkontakt.
Luftvägs- infektion	Akut bronkit	Andel akut bronkitdiagnoser/ 1000 distanskontakter.	Antal akut bronkit-diagnoser.	1000 kontakter.						Inte en regelrätt kvalitetsindikator. Av intresse att följa frekvensen fall.

Rekommendationer för kvalitetsindikatorer vid digitala vårdmöten

Luftvägsinfektion	Akut bronkit	Andel antibiotikabehandlade (J01 exkl. metenamin) akut bronkitdiagnoser av alla akut bronkit diagnoser.	Antal antibiotikabehandlade (J01 exkl. metenamin) akut bronkitdiagnoser.	Alla akut bronkitdiagnoser.	<10%						Inom fysisk primärvård kan i undantagsfall antibiotikaförskrivning accepteras, bl.a. relaterat till patienter med allvarliga bakomliggande sjukdomar samt multisyka patienter, välkända för aktuell läkare. Vid distanskontakter hos annan vårdgivare än den ordinarie ska ingen antibiotikaförskrivning förekomma.
Luftvägsinfektion	Övre luftvägsinfektion (ÖLI)	Andel övre luftvägsinfektionsdiagnoser (ÖLI)/ 1000 distanskontakter.	Antal ÖLI.	1000 kontakter.							Inte en regelrätt kvalitetsindikator. Av intresse att följa frekvensen fall. Vid tolkning måste hänsyn tas till att triagering och kontaktregistrering varierar mellan vårdgivare.
Luftvägsinfektion	Övre luftvägsinfektion (ÖLI)	Andel antibiotikabehandlade (J01 exkl. metenamin) övre luftvägsinfektionsdiagnoser (ÖLI) av alla övre luftvägsinfektionsdiagnoser (ÖLI).	Antal antibiotikabehandlade ÖLI.	Alla ÖLI.	< 5 %						Inom fysisk primärvård kan i undantagsfall antibiotikaförskrivning accepteras, bl.a. relaterat till patienter med allvarliga bakomliggande sjukdomar samt multisyka patienter,

Rekommendationer för kvalitetsindikatorer vid digitala vårdmöten

										välkända för aktuell läkare. Vid distanskontakter hos annan vårdgivare än den ordinarie ska ingen antibiotikaföreskrivning förekomma.
UVI	UVI	Antal akut cystitdiagnoser/1000 distanskontakter.	Antal akut cystitdiagnoser.	1000 kontakter.						Inte en regelrätt kvalitetsindikator. Av intresse att följa frekvensen fall.
UVI	Akut cystit kvinnor	Andel akut cystitdiagnoser hos kvinnor ≥ 15 år som antibiotikabehandlas (J01 exkl. metenamin).	Antal antibiotikabehandlade akut cystitdiagnoser.	Alla akut cystitdiagnoser.		≥ 15 år	Kvinnor			Inte en regelrätt kvalitetsindikator. Av intresse att följa frekvensen fall.
UVI	Akut cystit kvinnor	Andel antibiotikabehandlade (J01 exkl. metenamin) akut cystitdiagnoser (kvinnor ≥ 15 år) som behandlas med förstahandsantibiotika (nitrofurantoin och pivmecillinam).	Antal akut cystitdiagnoser där förstahandsantibiotika förskrivits.	Antal antibiotikabehandlade akut cystitdiagnoser.	95 %	≥ 15 år	Kvinnor	J01CA08 och J01XE01	J01 exkl. J01XX05	Behandling med förstahandsmedel. 5 % täcker för allergier och eventuella recidiv med odlingssvar.

Rekommendationer för kvalitetsindikatorer vid digitala vårdmöten

Hud-/mjukdelsinfektion	Borrelia	Andel antibiotikabehandlade (J01 exkl. metenamin) Borrelia-diagnoser som behandlas med förstahandsantibiotika (PcV).	Antal Borrelia-diagnoser där förstahandsantibiotika förskrivits.	Antal antibiotikabehandlade Borrelia-diagnoser.	90 %			J01CE02	J01 exkl. J01XX05	Nationella riktlinjer saknas. Programråd Strama har gjort en rimlighetsbedömning. Endast pencillin V ska användas. Andrahands alternativ endast vid allergi.
Hud-/mjukdelsinfektion	Acne	Andel kontakter med acne-diagnos som behandlas med systemisk antibiotika.	Antal kontakter med acne-diagnos där systemisk antibiotika förskrivits.	Antal acne-diagnoser.						Nationella riktlinjer saknas. Antibiotikaförskrivningen ska hållas så låg som möjligt och gällande behandlingsriktlinjer ska följas.
Hud-/mjukdelsinfektion	Impetigo	Andel kontakter med impetigo-diagnos där peroral antibiotika förskrivits.	Antal kontakter med impetigo-diagnos där peroral antibiotika förskrivits.	Antal impetigo-diagnoser.						Nationella riktlinjer saknas. Antibiotikaförskrivningen ska hållas så låg som möjligt och gällande behandlingsriktlinjer ska följas.
Särskilt intressanta antibiotika		Förskrivning av kinoloner samt linezolid.	Antal recept på J01MA02; J01MA12; J01MA14 samt J01XX08 (redovisas per ATC-kod).		0					Indikationerna för dessa breda och resistensdrivande preparat är sådana som inte lämpar sig för handläggning vid digitala vårdmöten.

Rekommendationer för kvalitetsindikatorer vid digitala vårdmöten

STI	STI	Antal STI-diagnoser/ 1000 distanskontakter Klamydia och Mycoplasma genitalium redovisade var för sig.	Antal STI- diagnoser.	1000 kontakter.						Inte en regelrätt kvalitetsindikator. Av intresse att följa frekvensen fall. Vid tolkning måste hänsyn tas till att triagering och kontaktregistrering varierar mellan vårdgivarna.
STI	Klamydia	Andel kontakter med klamydia som behandlas med förstahands antibiotika, doxycyklin.	Antal klamydia-diagnoser där förstahandsantibiotika förskrivits.	Antal antibiotika-behandlade klamydia-diagnoser.	>95 %			J01AA02	J01 exkl. J01XX05	Förstahandsmedel doxycyklin. 5 % täcker de fåtal som inte tolererar doxycyklin.
STI	Mycoplasma genitalium	Andel kontakter med Mycoplasma genitalium som behandlas med förstahandsantibiotika, azitromycin.	Antal Mycoplasma genitalium-diagnoser där förstahandsantibiotika förskrivits.	Antal antibiotika-behandlade Mycoplasma genitalium-diagnoser.	>95 %			J01FA10	J01 exkl. J01XX05	Förstahandsmedel azitromycin. 5 % täcker de fåtal som inte tolererar azitromycin.

Handläggning av infektioner

Nedan följer en genomgång av ett antal olika akuta infektionsdiagnosers förutsättningar för handläggning genom digitala vårdmöten.

Luftvägsinfektioner

Faryngotonsillit (halsfluss)

Akut faryngotonsillit kan orsakas av såväl virus som bakterier. Diagnosen grundas på akut feber, ont i halsen och sväljningssmärta. Faryngotonsillit orsakas i knappt hälften av fallen av beta-hemolytiska streptokocker grupp A (GAS). Flertalet av dessa patienter blir symtomfria inom en vecka oavsett om antibiotika ges eller inte. Tillståndet ska i vissa fall behandlas med antibiotika men i övrigt rekommenderas egenvård, under förutsättning att patienten inte är påtagligt allmän- eller smärtpåverkad eller inte förmår svälja flytande föda vilket bör föranleda hänvisning för akut bedömning på fysisk mottagning.

Snuva, hosta och heshet eller mun- och svalgblåsor är vanliga symtom på en virusorsakad luftvägsinfektion och provtagning för streptokocker ska då inte ske. För att värdera behovet av GAS-diagnostik görs en bedömning av de fyra Centorkriterierna. Detta innebär att man som läkare skaffar sig uppgift om aktuell kroppstemperatur, att man kan avgöra om patienten har hosta eller inte, att man kan göra en klinisk undersökning av svalget och ta ställning till om det finns beläggningar på halsmandlarna samt palpera utanpå halsen för att värdera om det föreligger förstorade, ömmande, avgränsade lymfkörtlar.

Om patienten inte har symtom på en virusinfektion och det samtidigt föreligger 3–4 positiva fynd vid denna bedömning (Centorkriterier), tas ett snabbtest för GAS. Om detta är positivt rekommenderas behandling med antibiotika.

Enligt vår bedömning kan inte en tillförlitlig värdering av Centorkriterier göras utan direkt fysisk undersökning med inspektion av svalget och palpation av lymfkörtlar. Det finns i nuläget inte evidens för att det kan göras på distans eller av patienten själv med bibehållen kvalitet. Då snabbtest för GAS inte kan bli aktuellt förrän värdering av Centorkriterier är genomförd, bör inte provtagning för GAS förekomma vid digitala vårdmöten. Vid färre än tre Centorkriterier är faryngotonsillit en självläkande infektion där man blir bra lika fort utan antibiotika.

Anledningen till att man alltid först värderar anamnes och status innan man tar prov för bakterien är att ett positivt prov i sig inte är skäl nog för behandling. Många individer är symtomfria bärare av GAS, och skulle då fångas i onödan om provet tas före värdering av allvarlighetsgraden av symtomen. Studierna är baserade på klinisk undersökning, avsedda att fastställa vilka som verkligen har påvisbar nytta av antibiotika, och har lett fram till noggrant avvägda behandlingsriktlinjer, där flödesschema för diagnostik ingår. Dessa riktlinjer bör inte överges för att en ny vårdform tillkommer.

Om man vid digitalt vårdmöte bedömer att det är sannolikt att det föreligger en faryngotonsillit där antibiotikabehandling inte är aktuell, kan diagnosen ställas och sedvanlig rådgivning inkluderande information om tillståndet samt råd om egenvård ges.

Sammanfattande bedömning: Diagnosen kan ställas vid digitala vårdmöten. Antibiotikaförskrivning för akut tonsillit bör inte förekomma vid digitala vårdmöten eftersom antibiotika endast är aktuellt vid ≥ 3 Centorkriterier (kräver fysisk undersökning) och ett samtidigt positivt snabbtest för GAS (kräver provtagning).

Rinosinuit (bihåleinflammation)

Akut rinosinuit (sinuit) är en vanlig diagnos som ofta uppkommer i samband med förkylning och ger värk från bihålorna samt slembildning och snuva.

I de första faserna av rinosinuit gäller rekommendation om nässprej, och senare nasala steroider, för avsvällning av slemhinnorna i bihålorna. I detta läge finns alltid ett inslag av bakterier i bihålorna, men antibiotika har ingen plats i terapin då nyttan är obefintlig. Besvären är ofta långdragna, 2-3 veckor, oavsett om antibiotikabehandling ges eller inte.

Enligt vår bedömning kan alltså de flesta sinuiter behandlas med egenvårdsråd (nässprej/nasala steroider) och denna behandling kan ges vid ett digitalt vårdmöte.

I sällsynta fall (sett ur ett primärvårdsperspektiv) är denna behandling inte tillräcklig, utan tillståndet utvecklas vidare till en bakteriell sinuit med den typiska bilden av svår värk, helt röntgentät bihåla, feber och vargata. Det är först vid förkylningssymtom >10 dagar med färgad snuva och svår värk i maxillarområdet och minst tre av följande symtom som antibiotika kan ha effekt: varig snuva, ensidiga symtom, uttalad smärta eller dubbelinsjuknande.

Vargata kan inte bedömas annat än vid ett fysiskt vårdmöte med klinisk undersökning. I dessa svåra fall bör en klinisk undersökning av patienten genomföras tillsammans med ställningstagande till behov av remiss till öron-/näsa-/halsspecialist (ÖNH) och ställningstagande till eventuell punktion av bihålan.

Vid långdragna bihålebesvär behöver undersökning utföras för att utesluta andra orsaker som tandinfektioner, polyper, allergier etc.

Antibiotikabehandling av sinuit bör inte förekomma vid digitala vårdmöten. De patienter som är så svårt sjuka att antibiotika är indicerat, bör bedömas kliniskt för att tillståndets svårighetsgrad ska kunna säkerställas och korrekt behandling ges.

Behandling med egenvårdsråd enligt ovan eller hänvisning till fysisk vård, bedöms som relevanta åtgärder vid digitala vårdmöten.

Sammanfattande bedömning: Diagnosen kan ställas vid distanskontakt. Antibiotikaföreskrivning för akut sinuit bör inte förekomma vid digitala vårdmöten.

Övre luftvägsinfektion (ÖLI)

Ospecificerad övre luftvägsinfektion (ÖLI) orsakas främst av virus. ÖLI karakteriseras oftast av lindrigare former av akut övre luftvägsinfektion utan kliniska fynd eller anamnes som tyder på specifik diagnos som akut mediaotit, rinosinuit eller faryngotonsillit. Tillstånden behandlas symtomatiskt och antibiotika har ingen plats i den terapeutiska arsenalen.

Sammanfattande bedömning: Diagnosen kan ställas vid digitala vårdmöten. Antibiotikaföreskrivning vid ÖLI bör inte förekomma oavsett vårdform.

Akut bronkit

Akut bronkit orsakas främst av virus men i enstaka fall av bakterier. Symtom är hosta, trötthet, ibland viss feber och allmänna förkylningssymtom. Tillståndet behandlas symtomatiskt och antibiotika har ingen effekt vid akut bronkit, hos i övrigt lungfriska personer, oavsett genes (bakterier, virus eller mykoplasma).

Akut bronkit hos patient med känd allergi och astma kan i enklare fall ha gott stöd av läkare på distans för rådgivning och behandling av den grundläggande sjukdomen under den akuta infektionsepisoden.

Antibiotikabehandling av akut bronkit bör inte förekomma vid digitala vårdmöten. Patient som är märkbart påverkad av misstänkt akut bronkit, bör hänvisas till fysisk undersökning för utredning och uteslutande av annan orsak till patientens tillstånd. Fysisk undersökning med auskultation av lungorna krävs för att ställa diagnos.

Sammanfattande bedömning: Diagnosen kan misstänkas vid lindrigare fall och då ställas vid digitala vårdmöten. Antibiotika har ingen effekt oavsett genes varför antibiotikaförskrivning av akut bronkit inte bör förekomma vid digitala vårdmöten.

Pneumoni (lunginflammation)

Pneumoni är en akut infektion med inflammatoriska förändringar i lungvävnad som ofta orsakar hosta och andningssvårigheter, och som i allvarliga fall är kopplat till risk för ökad dödlighet. Diagnosen ställs på förekomst av akut feber, hosta och andningspåverkan och fynd vid fysisk undersökning. Pneumoni orsakas i många fall av bakterier men kan också orsakas av virus, såsom t ex influensa.

Diagnosen ställs vid fysisk undersökning som bör inkludera bedömning av allmäntillstånd, auskultation av hjärta och lungor samt registrering av andningsfrekvens, blodtryck och mätning av syresättning i blodet. I enstaka fall kan provtagning (CRP) och en akut lungröntgen behövas för att säkerställa den kliniska diagnosen.

Det går inte att utan en fysisk kontakt värdera påverkansgrad samt avlyssna lungorna på ett godtagbart sätt. Vid misstanke om pneumoni vid digitala vårdmöten ska patienten rekommenderas akut bedömning på fysisk läkarmottagning. Diagnosen kan misstänkas vid digitala vårdmöten samt förekomma om den tidigare fastställts vid en fysisk undersökning.

Sammanfattande bedömning: Pneumoni ska inte primärdiagnosticeras och heller inte antibiotikabehandlas på distans, eftersom detta förutsätter klinisk undersökning som ligger till grund för diagnos och allvarlighetsbedömning samt för beslut om vårdnivå.

Akut mediaotit (öroninflammation)

Akut mediaotit är framförallt hos barn en relativt vanlig diagnos, och uppkommer ibland i samband med förkylning (ÖLI). Det finns även en rad andra tillstånd som kan ge öronvärk, till exempel extern otit (inflammation i hörselgången), simplex otit (rodnad men rörlig trumhinna) och sekretorisk otit (otosalpingit).

Diagnosen akut mediaotit kan enbart ställas vid en fysisk undersökning, eftersom det fodras antingen ett öronmikroskop eller ett otoskop med möjlighet att siegla (blåsa luft i hörselgången) alternativt utföra tympanometri. I dagsläget finns dessa möjligheter endast vid vårdenhet med korrekt utrustning.

Enligt gällande behandlingsrekommendation ska en ensidig, akut, sporadisk (alltså inte återkommande) öroninflammation hos barn 1-12 år i normalfallet inte behandlas med antibiotika, utan bedömas av läkare senast dagen därpå (behöver inte undersökas på kvällen eller natten). Försök att ställa denna diagnos på annat vis än genom en klinisk undersökning bedöms oacceptabelt och bör inte förekomma.

Rådgivning med eventuell hänvisning till fysisk vård, bedöms som relevant åtgärd vid digitala vårdmöten med en patient som söker för ont i örat. Diagnosen kan förekomma vid distanskontakt, om den fastställts vid tidigare fysisk undersökning.

Sammanfattande bedömning: Akut mediaotit ska inte primärdiagnosticeras och heller inte antibiotikabehandlas på distans.

Urinvägsinfektion

Akut cystit (blåskatarr)

Akut cystit (nedre UVI) är en vanligt förekommande bakteriell infektion i nedre urinvägarna. Tillståndet är vanligast hos kvinnor i fertil ålder och hos äldre människor.

Sporadisk akut cystit hos kvinnor kan ge besvärliga symtom men är i de flesta fall ofarligt och ger sällan komplikationer. Behandling förkortar tiden med symtom. Akut cystit övergår ytterst sällan i pyelonefrit (njurbäckeninflammation).

Diagnosen akut cystit kan ställas utifrån anamnes hos icke gravida kvinnor om patienten har minst två av de tre klassiska symtomen: sveda vid vattenkastning, täta urinträngningar och frekventa miktationer. Detta förutsätter avsaknad av: feber, flanksmärta, synligt blod i urinen, genitala symtom alternativt misstanke om sexuell smitta. Är detta uppfyllt och besvären funnits kortare tid än en vecka tillbaka och om inga komplicerande faktorer förekommer, kan behandling med antibiotika ske utan föregående kroppsundersökning eller provtagning.

Ovanstående gäller för kvinnor och flickor från 15 år och uppåt, med undantag för gravida kvinnor. Det finns dock en rad faktorer som gör att detta förfarande inte är tillämpligt, och där hänvisning till fysisk vård istället bör ske. Om feber, flytningar, flanksmärta eller andra tecken på sjukdom föreligger, samt om det finns en nyligen genomgången cystit eller anamnes på upprepade cystiter, måste patienten bedömas vid ett fysiskt läkarbesök. I flertalet av dessa fall måste provtagning av urinen ske innan behandlingsstart. Samma sak gäller män, som bör genomgå kompletterande undersökning av prostata och lämna prov för urinodling.

Hos män och kvinnor under 30 års ålder ska man vara mycket liberal med provtagning för STI vid urinvägsbesvär.

Sammanfattande bedömning: Diagnosen akut cystit kan ställas vid digitala vårdmöten. Sporadisk, okomplicerad akut cystit hos icke gravida kvinnor kan antibiotikabehandlas med de rekommenderade förstahandspreparaten nitrofurantoin och pivmecillinam vid digitala vårdmöten. Alla övriga fall behöver hänvisas för att genomgå klinisk undersökning och provtagning: barn, gravida, vid samtidig flanksmärta eller feber, vid recidiverande cystiter samt män med misstänkt urinvägsinfektion.

Vid genitala symtom eller misstanke om sexuell smitta rekommenderas provtagning för STI.

Hud- och mjukdelsinfektioner

Hud- och mjukdelsinfektioner innefattar många olika typer av infektioner: sårskador med infektioner, infekterade bettsår, rosfeber, abscesser, infekterade bensår med mera. Generellt gäller för många av dessa att diagnosen inte med tillräcklig säkerhet kan baseras på enbart sjukhistoria och utseende på en bild. En fysisk undersökning krävs för att bedöma grad av allmänpåverkan vid rosfeber då detta är en potentiellt allvarlig infektion, eller ett eventuellt ledengagemang vid bettsår. Man behöver även kunna palpera lymfkörtlar, bedöma ömhet, svullnad, konsistensökning eller fluktuation i anslutning till en mjukdelsinfektion. Med detta underlag kan man bedöma infektionen och ta ställning till eventuella andra åtgärder som behöver genomföras för att infektionen ska läka ut. Generellt bör denna typ av infektioner alltså hänvisas för handläggning där möjlighet till fysisk undersökning och intervention finns. Undantag är i vissa fall infektion med borrelia, akne och impetigo som behandlas specifikt nedan.

Sammanfattande bedömning: Diagnosen kan ställas vid distanskontakt. Primära fall bör hänvisas. Antibiotikaförskrivning för hud- och mjukdelsinfektioner bör inte förekomma vid digitala vårdmöten.

Borrelia (erytema migrans)

Borreliabakterien kan ge upphov till flera olika kliniska tillstånd eller sjukdomsbilder. Den form som kan vara aktuell för handläggning via digitalt möte är erytema migrans (EM). Diagnosen bygger vid detta tillstånd på en sammanvägning av sjukhistoria (fästingbett eller möjligt fästingbett) och ett långsamt tillväxande, rodnat hudutslag, i typiska fall med central blekhet, synligt 1 – 4 veckor efter fästingbett.

Vid typiska fall av EM är inspektion den del av status som behövs som tillägg till sjukhistorien. Den bedöms kunna utföras med tillräcklig noggrannhet via digital undersökning, d v s med god bildkvalitet och helst video. Blodprov har inte någon del i diagnosen EM.

Då misstanke föreligger om neuroborrelios måste en noggrann fysisk undersökning göras, tillsammans med kompletterande speciell provtagning från ryggmärgsvätskan. Då feber finns med i bilden, så som den ofta kan göra vid bilden av multipla erytem, bör också en noggrann fysisk undersökning ingå för att utesluta andra orsaker till feber.

Sammanfattande bedömning: Diagnosen kan ställas via digitala vårdmöten, som innefattar fullgod bild- eller videoåtergivning, vid typiska EM. Antibiotikabehandling kan då ges med förstahandpreparatet PcV.

Akne

Akne förekommer i flera former, där olika behandlingsalternativ kan vara aktuella. Handläggningen förutsätter kunskap om dessa olika former och alternativ. Om den kunskapen finns hos den behandlande läkaren föreligger inte något absolut hinder för att typiska fall kan handläggas digitalt, med korrekt val av behandling.

Lokalbehandling är grunden för all aknebehandling, och skall alltid ges, utom vid peroral isotretinoinbehandling. Hos en mindre andel patienter, vid medelsvår papulopustulös akne där lokalbehandling inte gett tillräcklig effekt samt vid svår papulopustulös akne, kan peroral behandling med antibiotika vara aktuell. Som nationella rekommendationer (Läkemedelsverket 2014) föreskriver bör denna då ges i en tre månaders behandlingsperiod parallellt med lokal behandling, som också fortsätts efter avslutad peroral behandling för att förebygga återfall. Högst en tremånadersperiod ytterligare med peroral antibiotika per livstid bör ges innan remiss istället skrivs till hudläkare för ställningstagande till isotretinoinbehandling.

Sammanfattande bedömning: Diagnosen kan ställas via digitala vårdmöten, inkluderande bild- eller videoåtergivning. Systemisk antibiotikabehandling kan ges maximalt två gånger/individ och livstid. En fast läkarkontakt är att föredra för dessa patienter, då behandlingen ofta kräver upprepade kontakter.

Impetigo (svinkoppor)

Impetigo är en vanlig, yttlig hudinfektion, som i störst utsträckning förekommer hos yngre barn. Den primära behandlingen utgörs alltid av tvål och vatten.

I enstaka fall, om sjukdomen får en stor eller kraftigt tilltagande spridning över kroppen, kan peroral antibiotikabehandling bli aktuell. I dessa fall är det rimligt med en fysisk undersökning för bedömning av differentialdiagnoser, behov av provtagning och allmäntillstånd. Odling bör övervägas innan peroral behandling påbörjas.

Med en bra bild- eller videoåtergivning kan bedömning av impetigo göras på distans.

Sammanfattande bedömning: Diagnosen kan ställas vid digitala vårdmöten, som innefattar fullgod bild- eller videoöverföring. Systemisk antibiotikabehandling kan ges, men stor återhållsamhet rekommenderas då tillståndet i de flesta fall är självläkande.

STI (Sexuellt överförbara infektioner)

Infektioner med Klamydia och Mycoplasma genitalium som diagnosticerats på ackrediterade laboratorier, kan handläggas och behandlas via ett digitalt vårdmöte.

Gonorré ska alltid handläggas och behandlas på STI-mottagning.

Klamydia

Klamydia diagnosticerats huvudsakligen via prover tagna urogenitalt enligt standardiserade anvisningar. Klamydia är enligt smittskyddslagen en allmänfarlig sjukdom. Handläggning inkluderar att behandlande läkare ger förhållningsregler, säkerställer att smittspårning genomförs enligt vedertagna rutiner samt gör en klinisk smittskyddsanmälan. Om det vid primär handläggning före provtagning framkommer att patienten haft en sexuell praktik som medför behov av provtagning från fler lokaler än urogenitalt, bör patienten hänvisas vidare till en STI-mottagning.

Sammanfattande bedömning: Diagnosen kan ställas och handläggas vid digitala vårdmöten beaktande ovanstående text. Behandling med förstahandspreparatet doxycyklin

Mycoplasma genitalium

Mycoplasma genitalium omfattas inte av smittskyddslagen. Provtagning är i första hand aktuell vid symtom på STI och negativa prov för klamydia och gonorré eller vid konstaterad infektion med Mycoplasma genitalium hos partner. Diagnosticerats huvudsakligen via prover tagna urogenitalt enligt standardiserade anvisningar. Vid behandlingssvikt rekommenderas hänvisning till STI-mottagning.

Sammanfattande bedömning: Diagnosen kan ställas och handläggas vid digitala vårdmöten beaktande ovanstående text. Behandling med förstahandspreparatet azitromycin.

Antibiotika som inte bör förskrivas vid distanskontakt

Fluorokinoloner (J01MA) och linezolid (J01XX08) bör generellt inte förskrivas vid vård på distans. Dessa antibiotika är inte förstahandsval vid de infektioner som passar för handläggning på distans och ordination förutsätter relevanta odlingar och fysisk undersökning av patienten. Det kan dock i undantagsfall finnas särskilda skäl för förskrivning, som i så fall bör redovisas vid varje enskilt tillfälle. Azitromycin (J01FA10) bör endast förskrivas vid primär behandling av Mycoplasma genitalium.

Antibiotika som sällan är förstahandsval bör ha begränsad förskrivning vid vård på distans. Sådana antibiotika är amoxicillin-klavulansyra (J01CR02), cefadroxil (J01DB05), trimetoprim (J01EA01), sulfametoxazol och trimetoprim (J01EE01), makrolider (J01FA) och klindamycin (J01FF01).

Referenser

Handläggning av faryngotonsilliter i öppenvård – ny rekommendation. Information från Läke­medelsverket 2012; 23(6):18–25.

Läkemedelsbehandling av rinosinuit. Information från Läke­medelsverket 2005; 16(3):7–13.

Farmakologisk behandling av nedre luftvägsinfektioner i öppen vård – ny rekommendation. Information från Läke­medelsverket 2008; 19(3):7–17.

Diagnostik, behandling och uppföljning av akut mediaotit (AOM). Information från Läke­medelsverket 2010; 21(5):11–24.

Behandling av nedre urinvägsinfektion hos kvinnor. Information från Läke­medelsverket 2007;18(2):8–15.

Farmakologisk behandling av bakteriella hud- och mjukdelsinfektioner – ny rekommendation. Information från Läke­medelsverket 2009;20(5):16–27.

Läkemedelsbehandling av borreliainfektion. Information från Läke­medelsverket. 2009; 20(4):12-17

Behandling av akne – behandlingsrekommendation. Information från Läke­medelsverket 2014; 25(4):15–24.

Sexuellt överförbara bakteriella infektioner - behandlingsrekommendation: Information från Läke­medelsverket 2015; 26(1).

Beskrivning av Folkhälsomyndighetens arbete med MIRA-indikatorer

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/m/mira-matt-och-indikatorer-for-rationell-antibiotikaforbrukning/>