

5. Qvist P, Rasmussen L, Bonnevie B et al. Tværnsitsundersøgelse på landets medicinske afdelinger. Ugeskr Læger 2002;164:4669-72.
6. Walder L, Wilmore G. NHS performance indicators: February 2002. Department of Health www.doh.gov.uk/nhsperformanceindicators/2002/ jan 2003.
7. The Association of Maryland Hospitals and Health Systems. ORYX/Core Measures www.Qiproject.org/ORYX/Index.asp/ jan 2003.
8. Mainz J, Bartels PD, Lausten S. Det nationale indikatorprojekt til overvågning og forbedring af de faglige kerneydelser. Ugeskr Læger 2001;163:6104-6.
9. Walshe K, Freeman T. Effectiveness of quality improvement: learning from evaluations. Qual Saf Health Care 2002;11:85-7.
10. Weinberg N. Using performance measures to identify plans of action to improve care. Jt Comm J Qual Improv 2001;12:683-8.
11. Marshall MN, Shekelle PG, Leatherman S et al. The public release of performance data: what do we expect to gain? JAMA 2000;283:1866-74.
12. Rudd AG, Lowe P, Rutledge Z et al. National stroke audit: a tool for change? Qual Health Care 2001;10:141-51.
13. Brocklehurst J, Dickinson E, Windsor J. Sequential audits of geriatric care: measuring change in structure and process and the contribution of clinical audit. J R Coll Physicians Lond 1998;32:564-7.
14. Freeman C, Todd C, Camillieri-Ferrante C et al. Quality improvement for patients with hip fracture: experience from a multi-site audit. Qual Saf Health Care 2002;11:239-45.
15. MeKeon T. Benchmarks and performance indicators: two tools for evaluating organizational results and continuous quality improvement efforts. J Nurs Care Qual 1996;10:12-7.
16. Camp RC, Tweet AG. Benchmarking applied to health care. Jt Comm J Qual Improv 1994;20:229-38.
17. Dewan NA, Daniels A, Ziemann G et al. The national outcomes management project: a benchmarking collaborative. J Behav Health Serv Res 2000;27:431-6.

Praksisvariationen ved diagnosticering og behandling af mænd med nedre urinvejs symptomer blandt alment praktiserende læger i Fyns Amt

Stud.med. Hege Kilander, cand.scient.san. Lene Nøhr-Jensen, MSc Hindrik Vondeling, Gorm Jensen, Per Grinsted & cand.polit. Jan Sørensen

Resumé

Introduktion: Nedre urinvejsgener (*lower urinary tract symptoms*, LUTS) er en af de sygdomme, hvor man i internationale undersøgelser har dokumenteret stor praksisvariation. Formålet med LUTS-projektet var at undersøge alment praktiserende lægers diagnostik og behandling af mænd med LUTS. Endvidere var formålet at belyse, om et spørgeskema giver et andet billede af lægernes rutiner end et interview.

Materiale og metoder: Undersøgelsen var todelt. Den ene del bestod af et interview med 29 (97%) af 30 inviterede alment praktiserende læger i Fyns Amt (ca.10% af det totale antal). Lægerne blev præsenteret for tre standardiserede sygehistorier, der var baseret på forskellige LUTS-symptomer. Den anden del bestod af en spørgeskemaundersøgelse, hvor 242 (86%) af 281 læger i Fyns Amt besvarede et spørgeskema, der var baseret på en sygehistorie som sygehistorie 1 ved interviewet. Sygehistorie 2 og 3 blev kun brugt i interviewundersøgelsen. Sygehistorie 1 repræsenterede en ukompliceret patient, sygehistorie 2 pegede i retning af cancer, og symptomerne i sygehistorie 3 var kompliceret af type 2-diabetes.

Resultater: Af interviewet fremgik det, at der i gennemsnit for hver sygehistorie blev ordineret ca. syv undersøgelser (95% konfidensinterval (CI) 5,9-8,2 undersøgelser). Ud af 22 test blev fem (rektaleksploration, undersøgelse af urin for infektion, undersøgelse af urin for blod, undersøgelse af urin for sukker og S-kreatinin) valgt i alle tre sygehistorier af mindst 50% af lægerne. Seks test (cystoskopi, urinflowundersøgelse, sænkingsreaktion/C-reaktivt

protein, UL-undersøgelse af nyrer, anoskopi og røntgen af thorax) blev valgt af under 10% af lægerne. Beslutningsvariationen med hensyn til behandling var størst i sygehistorie 1. Hovedparten af lægerne ville henvise patienterne i sygehistorie 2 og sygehistorie 3 til et sygehus. Ved spørgeskemaundersøgelsen blev der i gennemsnit brugt 9,9 undersøgelser (95% CI 9,5-10,2), hvilket er signifikant flere end ved interviewundersøgelsen. Der blev ikke bedt om behandlingsforslag.

Diskussion: Blandt de alment praktiserende læger i Fyns Amt er der en klar variation ved både diagnostik og behandling af mænd med LUTS. Størrelsen af variationen er blandt andet afhængig af målingsmetode, men i begge undersøgelserne vises, at den er markant.

Med stigende alder øges hyppigheden af nedre urinvejsgener hos mænd [1]. Der er i de senere år sat mere fokus på diagnostik af denne patientgruppe. Samtidig er der tilkommet nye og mindre invasive behandlingsmuligheder, eksempelvis i form af medicinsk behandling, der kan foregå i egen læges regi [2, 3]. Ønsket om at styrke kvaliteten af diagnosticering og behandling i almen praksis af patienter med nedre urinvejsgener (*lower urinary tract symptoms*, LUTS) og ønsket om at styrke samarbejdet mellem primærsektoren og sygehusvæse-

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

net er udgangspunkt for LUTS-projekt Fyn, hvori der bl.a. indgår en registrering af den nuværende praksis inden implementering af nye retningslinjer.

Til at belyse de alment praktiserende lægers behandling af LUTS-patienter kan man udsende spørgeskemaer til et tilfældigt udvalg af læger, hvis vaner man vil undersøge [4, 5]. Andre har benyttet såkaldt standardiserede patienter [6] for at se på lægernes håndtering af den samme patient på to forskellige tidspunkter. Computerprogrammer, hvor man præsenterer en sygehistorie og registrerer lægernes handlemonster ud fra denne, kan også benyttes [7]. I et internationalt studium blev et udvalg af urologer ved hjælp af et computerprogram præsenteret for flere sygehistorier for at vurdere, om der i den industrialiserede del af verden er en ensartet måde at diagnosticere og behandle LUTS-patienter på [8]. I alle de ovennævnte undersøgelser findes der en betydelig praksisvariation.

Denne artikel drejer sig om interview- og spørgeskemaundersøgelsen før implementering af nye retningslinjer i forbindelse med LUTS projekt Fyn. Formålet er dels at belyse lægernes diagnostik og behandling af LUTS-patienter, før lægerne har været på efteruddannelseskursus, dels at belyse om brugen af sygehistorier og interview giver et andet billede af lægernes rutiner end brugen af et simpelt spørgeskema.

Materiale og metoder

Interviewundersøgelsen

Udvælgelsen af læger til interviewundersøgelsen blev foretaget fra en alfabetisk liste over alle alment praktiserende læger i Fyns Amt. Ved brug af tilfældige tal blev 40 læger trukket ud til at deltage. Ud af disse kunne fem ikke kontaktes telefonisk, to fra Ærø fravalgtes pga. distancen, og tre udtrukne praktiserede ikke længere. Kun en forespurgt ønskede ikke at deltage. Projektlægen stod for den initiale kontakt til de 30 læger med henblik på introduktion af projektet. I alt 29 (96,7%) deltog.

Der blev, med udgangspunkt i de forskellige behandlingsalternativer: *watchful waiting*, medikamentel behandling og henvisning til operation, udarbejdet tre sygehistorier, der repræsenterer forskellige præsentationsformer af sygdoms- og behandlingsmulighederne ved nedre urinvejsgener hos mænd. På baggrund af en af projektlægernes mange års erfaring fra almen praksis og reviderede retningslinjer for håndtering af LUTS-patienter [9] blev der lavet en liste over 22 potentielt relevante undersøgelser (Tabel 1) og realistiske svar på disse. Den samme introduktion blev benyttet ved hvert interview. Lægen blev gjort opmærksom på, at hun/han i hvert tilfælde skulle bruge færrest mulige resurser for at stille en diagnose og foreslå en behandling. Der blev afsat ti minutter til hver sygehistorie. Metoden blev afprøvet ved to testinterview. Disse medførte ingen store ændringer af oplægget, hvorfor de to sæt svar indgår i de gennemførte interview. Interviewene foregik i januar og februar 2001. Lægerne blev primært interviewet i deres praksis, fem interview foregik privat.

Ved hvert interview blev sygehistorierne præsenteret en efter en, i følgende rækkefølge:

Sygehistorie 1. »En 65-årig mand opsøger dig i din klinik udelukkende med vandladningsklager: Gennem lang tid tiltagende hyppig vandladning, dog kun to gange om natten. Lidt slappere stråle, igangsætningsbesvær, men også af og til kraftig vandladningstrang, næsten med inkontinens. I øvrigt sund og rask. Får ingen medicin«.

Sygehistorie 2. »58-årig mand, tidligere rask. De sidste måneder stadig hyppigere vandladninger. Strålen er slap. Han må presse for at komme af med vandet og er ikke altid sikker på at tømme blæren rigtigt. Må op et par gange hver nat. Får ingen medicin«.

Sygehistorie 3. »72-årig, lidt overvægtig mand, som har haft en let NIDDM gennem en halv snes år, alene behandlet med kostregulering. Ingen medicin. Klager ved en diabeteskontrol over meget hyppige vandladninger: Dag og nat. Kan ikke altid holde tæt. Hustruen skælder ud. Vandladningerne tager lang tid, tynd stråle«.

Tabel 1. Lægernes valg af undersøgelsesmuligheder for interviewrunden (interviewdata, n = 29). Svarene er delt ind i kategorier, således at kategori I stort set indbefatter svaralternativer med 75-100% tilslutning, kategori II 50-75% tilslutning, kategori III 25-50% tilslutning og kategori IV 0-25% tilslutning.

Kategorier/type af test	Interview		
	sygehistorie 1	sygehistorie 2	sygehistorie 3
<i>Kategori I: Undersøgelse valgt af 75-100% af lægerne i mindst 1 af 3 sygehistorier</i>			
Rektal eksploration	100	100	90
Undersøgelse af urin for infektion	93	86	97
Undersøgelse af urin for blod	79	83	93
Undersøgelse af urin for sukker	76	83	97
S-prostata-specifikt antigen	31	86	17
<i>Kategori II: Undersøgelse valgt af 50-75% af lægerne i mindst 1 af 3 sygehistorier</i>			
S-kreatinin	59	66	52
Væskevandladningsskema	52	24	41
<i>Kategori III: Undersøgelse valgt af 25-50% af lægerne i mindst 1 af 3 sygehistorier</i>			
Palpation af abdomen	45	38	48
Prostata-symptomscoreskema	28	17	14
Hæmoglobin	21	28	14
<i>Kategori IV: Undersøgelse valgt af 0-25% af lægerne i mindst 1 af 3 sygehistorier</i>			
Blodtryk	24	17	17
Væsketal (- S-kreatinin)	17	21	14
Stetoskopi af hjerte og lunger	17	14	14
Urografi	10	10	24
Cystoskopi	10	7	10
Residualurin	7	7	17
Urinflowsundersøgelse	7	0	10
Levertal	0	17	3
SR/CRP	0	10	3
Ultral lyd af nyrer	0	0	7
Anoskopi	0	0	0
Røntgen af thorax	0	0	0

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Hver sygehistorie blev afsluttet med:

A: Hvad vil du undersøge/sætte i gang af undersøgelser?

B: Ud fra disse fund: Hvilken behandling vil du tilråde?

Behandlingsalternativerne var ens for de tre sygehistorier:

- *watchful waiting*/observation
- medicinsk behandling
- henvisning til indlæggelse (med henblik på operation)
- anlæggelse af kateter

Det var muligt at vælge flere behandlingsalternativer samtidig, hvorfor den kumulative svarprocent er >100. Behandlingsalternativet *watchful waiting*/observation giver mulighed for to tolkninger. Den ene mulighed er, at man afventer og følger patienten uden at foretage sig yderligere (*watchful waiting*). Eller man kan tolke observation som en opfølgning af patienten, f.eks. i afventen af indlæggelse eller effekt af igangsatt medicinsk behandling. Vi har besluttet at lade den første tolkning være gældende ved opgørelse af resultaterne. Anlæggelse af kateter var muligt sammen med medicinsk behandling eller henvisning til indlæggelse, evt. alle tre i kombination.

Spørgeskemaundersøgelsen

Der blev sideløbende med interviewundersøgelsen udarbejdet et spørgeskema, bestående af sygehistorie 1 og en liste med 22 undersøgelser (Tabel 1) i alfabetisk rækkefølge. Deltagerne skulle ved afkrydsning angive, hvorvidt de mente, at den enkelte undersøgelse var: relevant, måske relevant eller overflødig at udføre/iværksætte ved første konsultation.

Spørgeskemaet blev sammen med et følgebrev og en frankeret svarkuvert sendt til de 282 alment praktiserende læger på Fyn, som ikke deltog i interviewundersøgelsen. Der blev udsendt ét rykkerbrev med et nyt spørgeskema og svarkuvert. Spørgeskemaet blev besvaret af 201 (71%) læger inden udsendelse af rykkerbrev. I alt 242 (86%) læger besvarede spørgeskemaet.

Analysen

Sammenligninger er foretaget ved χ^2 -test med et signifikansniveau på 5%, eller ved t-test ved sammenligning af 95% konfidensintervaller (CI).

Resultater

I Tabel 1 vises hvor mange alment praktiserende læger, der i interviewundersøgelsen valgte de respektive undersøgelser. For de tre sygehistorier ses, at der var stor tilbøjelighed til at vælge de samme fem undersøgelser, når vi ser på valg af undersøgelser med mere end 50% tilslutning (rektaleksploration, undersøgelse af urin for infektion, undersøgelse af urin for blod, undersøgelse af urin for glukose og S-kreatinin). Seks

Tabel 2. Lægernes valg af behandling i de tre sygehistorier ved interviewet.

Behandlingsalternativ	Sygehistorie 1 n (%)	Sygehistorie 2 n (%)	Sygehistorie 3 n (%)
<i>Watchful waiting</i>	8 (27,6)	0	0
Medicinsk behandling	18 (62,1)	1 (3,4)	6 (20,7)
Henvisning til indlæggelse (med henblik på operation)	4 (13,7)	28 (96,6)	25 (86,2)
Anlæggelse af kateter	0	0	10 (34,5)

andre test (cystoskopi, urinflowundersøgelse, sænkingsreaktion/C-reaktivt protein, UL-undersøgelse af nyrer, anoskopi og røntgen af thorax) blev valgt af under 10% af lægerne. Ved sygehistorie 1 ses der endvidere en markant tilbøjelighed til at vælge væske-vandladnings-skema. Det samme gælder for S-prostata-specifikt antigen for sygehistorie 2. Der ses intet sikkert mønster for de øvrige undersøgelser.

Lægernes valg af behandlingsalternativer er vist i Tabel 2. Når man sammenligner de tre sygehistorier mhp. at undersøge behandlingsvalg, ses størst variation for sygehistorie 1, hvor de fleste foretrækker medicinsk behandling. For de to andre sygehistorier foretrækkes henvisning til sygehus.

Der rekvireres statistisk signifikant færre ydelser ved interviewets sygehistorie 1 ($x = 6,8$; CI: 5,9-7,7 ($n = 29$)) end ved spørgeskemaundersøgelsen ($x = 9,9$; CI: 9,5-10,2 ($n=242$)) (t-test, $p < 0,000$). Endvidere ses en større variation blandt lægerne ved spørgeskemaundersøgelsen.

Der er ikke en statistisk signifikant forskel i antallet af rekvirerede undersøgelser mellem de tre sygehistorier i interviewundersøgelsen.

I Fig. 1 er valg af undersøgelsesalternativer illustreret for sygehistorie 1, interviewdata og spørgeskemaundersøgelsen. Andelen af læger er repræsenteret på Y-aksen i procent, på X-aksen ses undersøgelsesalternativerne. De fem valgte undersøgelser i top er identiske for både interview- og spørgeskemaundersøgelsen.

Der er ikke fundet sammenhæng mellem køn, alder og praksisform i valg af det samlede antal undersøgelser for nogle af de to metoder (χ^2 -test (0,38 $< p < 0,69$)).

Diskussion

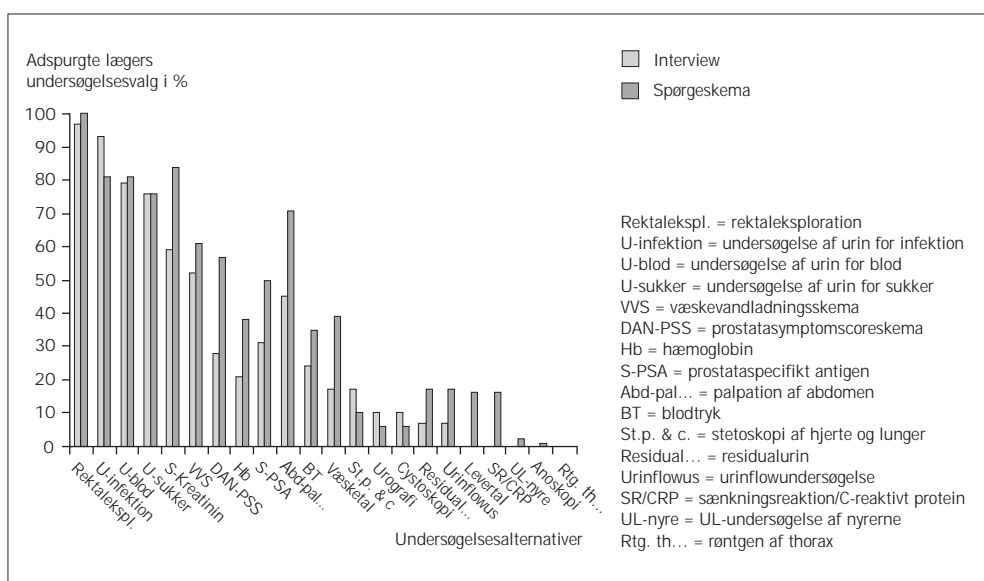
Validitet af interviewdata

Det er uvist, om nogen af lægerne var usædvanlig velforberedte, inden de skulle interviewes.

Forudsat, at lægerne har samme kunnen og opslagsværker som udgangspunkt, peger enigheden om de behandlingsforslag, lægerne vælger for sygehistorie 2 og 3 i retning af, at der er opnået den grad af standardisering, man ønskede ved udførelsen af interviewundersøgelsen. Henvisning fra praktiserende læge til hospitalsvæsenet er ellers vist at afhænge af mange variabler [10], dette taget i betragtning, er der bemærkelsesværdigt stor opslutning om henvisning af patienten i sygehistorie 2 og 3.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Fig. 1. Sammenligning af svarene for interviewets sygehistorie 1 og spørgeskemaundersøgelsen.



Som anført under materiale- og metodeafsnittet har der været delte opfattelser i projektgruppen, om hvordan man skal tolke behandlingsalternativet *watchful waiting*/observation. Vi har tilladt os konsekvent at forstå *watchful waiting* som en afventende holdning uden yderligere behandling. Derfor har vi hver gang *watchful waiting*/observation er valgt sammen med et andet behandlingsalternativ, forstået det som en aktiv indgriben og derfor ikke *watchful waiting*. Det er denne oversættelse som oftest benyttes i anden videnskabelig litteratur på området [11]. Den standardisering, vi har foretaget, har muligvis også en indflydelse på resultaterne af interviewundersøgelsen. Desuden kan muligheden for at vælge mere end et behandlingsalternativ give anledning til at dække sig ind, således at lægerne kommer til at vælge flere alternativer, end de i virkeligheden ville have gjort.

Er resultaterne repræsentative for daglig klinisk praksis?

Forud for projektet var forventningen, at en fiktiv sygehistorie med mulighed for fortløbende svar på undersøgelser ville give et bedre billede af lægernes faktiske håndtering af patienterne end et spørgeskema, hvor man kun skulle rekvirere nødvendige undersøgelser. Forventningen var, at de fortløbende svar ville indskrænke antallet af rekvirerede undersøgelser og give et mere korrekt billede af variationen. Undersøgelserne viste en praksisvariation, om end den var mindre end forventet. Størst variation blev fundet i den gruppe, der besvarede spørgeskemaet. Der blev i gennemsnit ordineret flere undersøgelser ved spørgeskemaundersøgelsen end ved interviewet. Hvorvidt spørgeskemaundersøgelser generelt giver rum for en mere rundhåndet rekvirering kan diskuteres. Man kan også stille spørgsmål ved, hvorvidt interviewet er repræsentativt for den daglige praksis. Faktorer af betydning kan være, at der

anvendes standardiserede sygehistorier og en ensartet interviewteknik, samt at lægerne bliver bedt om at bruge færrest mulig resurser. I tidligere undersøgelser har man vist, at det kliniske aspekt er vigtigere end det økonomiske ved diagnostik og behandling [12]. Dette kan måske også forklare et større forbrug af undersøgelser, hvor der ikke gives fortløbende svar undervejs – patientens interesse står i centrum. Det er desuden påvist, at brug af spørgeskema til denne form for registrering udviser stor praksisvariation [13].

Et andet aspekt ved sammenligning af resultater fra sygehistorie 1 i interviewet og spørgeskemaundersøgelsen er, at sygehistorien her er baseret på en ukompliceret patient, som meget vel kunne repræsentere en patient med benign prostatahypertrofi (BPH). Ved en undersøgelse blandt urologer fandt man størst variation i diagnostik og behandling af netop BPH-patienter [14]. Det er på denne baggrund ikke underligt, at der ses et større forbrug af undersøgelser blandt dem, der besvarede spørgeskemaet, og større variation i behandlingsvalg blandt deltagerne i interviewet for sygehistorie 1.

Andre faktorer af betydning

Det er hverken ved spørgeskema- eller interviewdata fundet en sammenhæng mellem køn, alder, eller praksisform i forhold til valg af undersøgelser. Tre kvinder, der deltog i interviewet, oplyste, at de sjældent så mænd i deres praksis. Der sås alligevel ingen signifikant forskel på deres valg i forhold til deres mandlige kolleger. Dette er foreneligt med resultaterne i andre nationale og internationale undersøgelser af praksisvariationen blandt alment praktiserende læger, hvor der heller ikke er påvist signifikante relationer for disse parametre [6].

Tidligere anvendelse af interviewmetoden

Så vidt vides er der ikke nogen, der før har brugt den her an-

VIDENSKAB OG PRAKSIS | PARALLELPUBLIKATION

vendte interviewmetode til vurdering af praksisvariationen i håndtering af patienter med LUTS. Det nærmeste, man kommer, er den standardiserede patient [5] og computerprogrammer til præsentation af sygehistorier [5]. Disse metoder regnes som velegnede, men forårsager variation i resultater. Hvorvidt interviewmetoden er bedre egnet end et spørgeskema, og om man overhovedet kan tillade sig at sammenligne de to metoder, er usikkert.

Men alt i alt viser resultaterne, at der er potentiale for effektivisering og optimering af patientdiagnostik og -behandling ved implementering af nye retningslinjer.

Korrespondance: Hege Kilander, Center for Anvendt Sundhedstjenesteforskning og Teknologivurdering, Winsløwparken 19, 3., DK-5000 Odense C.

Antaget den 26. maj 2003.

Syddansk Universitet, Center for Anvendt Sundhedstjenesteforskning og Teknologivurdering, Odense Universitetshospital, Afdeling KKA og Praksiskonsulentordningen, og Lægehuset Glamsbjerg.

Tak til alle de fynske alment praktiserende læger, der har deltaget i interview eller spørgeskemaundersøgelse.

Studiet indgår som del af et større projekt, som er økonomisk støttet af Sundhedsstyrelsens Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering (journal nr. 262-92-1999).

Litteratur

1. Kirby R, Fitzpatrick J, Kirby M et al. Shared care for prostatic disease. 2nd edition. Oxford: ISIS Medical Media, 2000.

2. Speakman Mark J. Who should be treated and how? Evidence based medicine in symptomatic BPH. Eur Urol 1999;36(suppl 3):40-51.
3. Sánchez-Chapado M, Guil M, Alfaro V et al. Safety and efficacy of sustained-release alfuzosin on lower urinary tract symptoms suggestive of benign prostatic hyperplasia in 3,095 Spanish patients evaluated during general practice. Eur Urol 2000;37:421-7.
4. Collins MM, Barry MJ, Bin L et al. Diagnosis and treatment of benign prostatic hyperplasia. J Gen Intern Med 1997;12:224-9.
5. Peterson S, Eriksson M, Tibblin G. Practice variation in Swedish primary care. Scand J Prim Health Care 1997;15:68-75.
6. Rethans JJ, Saebu L. Do general practitioners act consistently in real practise when they meet the same patient twice? Examination of intradoctor variation using standardised (simulated) patients. BMJ 1997;19:314:1170-3.
7. Kragstrup J, Ovesen L. Computer-based simulation model for evaluation of variations in practice patterns of general practitioners: a feasibility study. Scand J Prim Health Care 1993;11:26-30.
8. Hansen Mv, Zdanowski A. The urological management of men with lower urinary tract symptoms, recorded using an interactive computer program. Br J Urol 1997;80:205-10.
9. Jensen G. Lower urinary tract symptoms, en vejledning. Praksiskonsulentordning, GS-gangen, Odense Universitetshospital, 2001. www.bibliotek.dsam.dk/maj 2003.
10. Wilkin D, Smith A. Explaining variation in general practitioner referrals to hospital. Fam Pract 1987;4:160-9.
11. Chatelain C, Denis L, Foo JKT et al. Evaluation and treatment of Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS) in older men. I: Chatelain C, Denis L, Foo JKT et al, eds. Benign Prostatic Hyperplasia, 5th International Consultation on Benign Prostatic Hyperplasia (BPH) June 25-28 2000 Paris. Plymouth: Plymbridge Distributors Ltd., 2001.
12. Davis P, Gribben B, Scott A et al. The "supply hypothesis" and medical practice variation in primary care: testing economic and clinical models of inter-practitioner variation. Soc Sci Med 2000;50:407-18.
13. Clark JA, Potter DA, McKinlay JB. Bringing social structure back into clinical decision making. Soc Sci Med 1991;32:853-66.
14. Hansen MV, Zdanowski A. The agreement among urological experts on the diagnostic and management of patients with common urological problems. B J Urol 1997;80:787-92.

Recept på nyt antibiotikum efter behandling med sulfamethizol eller pivmecillinam

Lars Bjerrum, Ram B. Dessau & Jesper Hallas

Resumé

Introduktion: Den stigende forekomst af sulfonamidresistente *Escherichia coli* har ført til diskussion om, hvorvidt sulfamethizol fortsat bør anvendes som førstevalgsstof til ukompliceret urinvejsinfektion (UU). Det er foreslået at anvende pivmecillinam som førstevalg. Formålet med dette studie var at estimere forekomsten af behandlingssvigt efter brug af sulfamethizol og pivmecillinam.

Materiale og metoder: Alle førstegangsrecepter til 16-64-årige kvinder på sulfamethizol (n = 44.716) og pivmecillinam (n = 3.093) blev udtrukket fra Odense University Pharmacoepidemiologic Database (OPED). En ny recept på antibiotika udskrevet inden for fire uger efter den første recept blev anvendt som indikator for et behandlingssvigt. Risikoen for behandlingssvigt blev estimeret som den kumulative incidensproportion af nye antibiotikumrecepter fire uger efter initialbehandlingen.

Resultater: Blandt patienter, der var behandlet med sulfamethizol

og pivmecillinam, fik henholdsvis 12,6% og 12,9% en ny recept på et antibiotikum inden for fire uger. Hos henholdsvis 8% (7,8-8,3%) og 9,5% (8,4-10,5%) var den efterfølgende recept på et andet antibiotikum end det primært anvendte (sandsynlige behandlingssvigt). Risikoen for behandlingssvigt efter behandling med sulfamethizol var uændret i perioden fra 1990 til 1999.

Diskussion: Undersøgelsens resultater støtter ikke forslaget om at udskifte sulfamethizol med pivmecillinam som førstevalgsbehandling ved ukompliceret urinvejsinfektion i almen praksis.

I Danmark er der en årelang tradition for at behandle ukompliceret urinvejsinfektion (UU) med sulfamethizol. Den stigende forekomst af sulfonamidresistens hos *E. coli* har imidlertid ført til diskussion om, hvorvidt sulfamethizol fortsat bør