

Nærpatienttest og akutte luftvejsinfektioner

Behandling af akutte luftvejsinfektioner er en stor udfordring i almen praksis.

Antibiotikaforbruget i primærsektoren steg i 2013 med 1% sammenlignet med 2012, og det udgør fortsat 90% af det totale forbrug, heraf regner man med, at 60% gives til patienter med luftvejsinfektioner [1]. Pnenoxymethylpenicillin er det hyppigst ordinerede penicillin til trods for en faldende andel i den samlede ordination af penicilliner. Forbruget af bredspektrede antibiotika steg 6% i samme periode. I det seneste årti er forbruget af antibiotika i primærsektoren steget med 19% [2]. Antibiotikaforbruget er for højt. Løsningen på det problem kender vi i princippet også: Antibiotikaforbruget skal målrettes og reduceres. Men hvordan?

I sidste halvdel af 2013 og første halvdel af 2014 havde de praktiserende læger 19 mio. konsultationer i dagtiden, og der blev taget 1,3 mio. C-reaktivt protein (CRP)-analyser som nærpatienttest. Udgiften til CRP-måling beløb sig til ca. 82 mio. kr. Formålet med antibiotikabehandling er om muligt at afkorte sygdomsforløbet, reducere risikoen for komplikationer og hindre eller nedsætte smittespredning. Beslutningen bør hvile på en så sikker diagnostik som muligt; fordele og ulemper, hvad angår effekt og risiko for resistensudvikling, bør nøje indgå i overvejelserne. CRP anses sædvanligvis for at være en pålidelig markør for, om en infektionssygdom er forårsaget af virus eller bakterier, der giver højere værdier, men visse vira, f.eks. adenovirus kan give endog meget høje CRP-værdier [3]. CRP er en uspecifik markør, idet andre tilstande end infektioner kan give forhøjede værdier, derfor skal den anvendes og tolkes med omtanke. Anvendelsen af CRP-analysen burde kunne reducere forbruget af antibiotika, men det man kan bruge den til, gør man ikke, og det kan der være flere forklaringer på. For det første ved vi ikke, i hvilken udstrækning lægen lægger vægt på resultatet af CRP-målingen. For det andet ved vi ikke, om måling af CRP-niveau flytter behandlingen, således at nogle patienter bliver behandlet, fordi CRP-værdien er forhøjet, mens patienter, der har en normal værdi, alligevel ikke får ordineret antibiotika. Altså en mere rationel anvendelse af CRP, og det medfører ikke nødvendigvis et fald i forbruget. Problemet er belyst i et nyligt publiceret Cochranereview, der hovedsageligt er ba-

seret på udenlandske studier [4]. I reviewet påpeges det, at der er en lille forskel til fordel for CRP-måling og lavere antibiotikaforbrug ved behandling af akutte luftvejsinfektioner, men forfatterne er usikre på dette fund (*»due to the differences in the designs of the included studies, it was not possible to obtain a precise effect estimate of the reduction«*). CRP er et diagnostisk hjælpemiddel, som ikke kan stå alene, men kan bruges til at understøtte den kliniske beslutningsproces. Vi har brug for yderligere langtidsundersøgelser i almen praksis til belysning af brug og i særdeleshed konsekvens af brug af CRP ved behandling af infektionssygdomme, der kan tjene som nye anbefalinger til en mere rationel anvendelse af CRP. Andre tiltag, der i udenlandske undersøgelser har vist sig at være effektive, er at bruge tid på at diskutere fordele og ulemper ved antibiotikabehandling med patienten og medgive patienten en recept og informere om, at den kun bør indløses ved forværring af tilstanden, mens kampagner, kliniske retningslinjer og efteruddannelse har vist sig at være mindre effektive [5]. Det er tid til nytænkning og evaluering af lignende tiltag i forsøget på at bremse udviklingen i antallet af ordinationer og dermed resistente bakterier. Hvad får vi for 82 mio. kr.? Et af svarene er desværre ikke et reduceret antibiotikaforbrug.

Det er derfor vigtigt også at slå fast, at antibiotika ikke skal ordineres for en sikkerheds skyld (defensiv medicin) og ikke som telefonisk recept. Smalspektrede penicilliner bør fortsat anvendes som førstevalg. En konsekvent efterlevelse af disse få, men enkle regler er vigtige at huske for alle læger, hver gang antibiotika overvejes som behandling.

LITTERATUR

1. Gahrn-Hansen B, Munck A. Luftvejsinfektioner. Håndbog om udredning og behandling i almen praksis. Odense: Audit Projekt Odense, 2005.
2. Høj B, Korsgaard H, Agersø Y et al, red. DANMAP 2013 – use of antimicrobial agents and occurrence of antimicrobial resistance in bacteria from food animals, food and humans in Denmark. København: Statens Serum Institut, DTU Veterinærinstituttet, DTU Fødevareinstituttet, 2014.
3. Hansen JG, Dahler-Eriksen BS. C-reaktivt protein og infektioner i almen praksis. Ugeskr Læger 2000;162:2457-60.
4. Aabenhus R, Jensen JUS, Jørgensen KJ et al. Biomarkers as point-of-care tests to guide prescription of antibiotics in patients with acute respiratory infections in primary care. Cochrane Database Syst Rev 2014;11: CD010130.
5. Llor C, Bjerrum L. Antimicrobial resistance: risk associated with antibiotic overuse and initiatives to reduce the problem. Ther Adv Drug Saf 2014;5:229-41.

LEDER

Jens Georg Hansen

Ugeskr Læger
2015;177:V67213

KORRESPONDANCE:

Jens Georg Hansen,
Institut for Klinisk Medicin,
Klinisk Epidemiologi, SKS,
Olof Palmes Allé 43,
8200 Aarhus N.

E-mail:
jensgeorg@dadlnet.dk

INTERESSEKONFLIKTER:
ingen. Forfatterens ICMJE-formular er tilgængelig sammen med lederen på Ugeskriftet.dk