

Antibiotikaforeskrivning hos norske allmennpraktikere: en kvalitativ studie

5.årsoppgave i Stadium IV –
Profesjonsstudiet i medisin ved Universitetet i
Tromsø.

Jon Viljar Norvik, stud. med., MK - 04
Nils Kolstrup, MD

Institutt for samfunnsmedisin ved Universitetet i Tromsø

Tromsø, 29.09.2009

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	side 3
Introduksjon	side 4
Metode	side 6
Resultater	side 7
Diskusjon	side 19
Referanser	side 21

Sammendrag

Norges allmennpraktikere er restriktive i sin antibiotikaforeskrivning. Denne studien ser på årsaken til deres restriktive holdning ved hjelp av den kvalitative metode. Studien baserer seg på intervjuer av sju norske allmennleger som er transkriberte og analyserte. Det blir vist at en restriktiv holdning til antibiotika blir sett på som en positiv verdi blant allmennpraktikerne, og den eneste faktoren utenfor pasienten som påvirker foreskrivningen er CRP-testen.

Introduksjon

Folkehelseinstituttet slår fast at behandlingsresistente infeksjoner er et økende problem i Norge¹. Tidsskriftet hadde i fjor en temaserie om antibiotika og resistens. Det ble påpekt at antibiotikabruken – og spesielt bruken av bredspektret antibiotika – bør reduseres for å hindre ytterligere resistensutvikling². I samme nummer ble det presentert nye retningslinjer for antibiotikabruk i allmennpraksis som inkluderte et kapittel om behandling av luftveisinfeksjoner³.

En studie viste at norske sykehusleger relativt sett er restriktiv sin i bruk av antibiotika⁴. Studien tok for seg antibiotikaforbruket i sykehus i 15 europeiske land fra 1997 til 2002. Det ble vist at Norge bruker minst antibiotika av de 15 landene inkludert i studien. I studien brukes enheten definert døgndose (DDD) for å måle forskjellen i bruk. DDD er definert som «den antatt gjennomsnittlige døgndose brukt ved preparatets hovedindikasjon hos voksne». DDD er anbefalt av WHO som måleenhet for presentasjon av legemiddelstatistikk⁶. Gjennomsnittlig antibiotikaforbruk for de 15 landene var 2,1 DDD per 1000 innbyggere per døgn. Finland brukte mest med 3,9 DDD, og Norge brukte minst med 1,3. Studien viste også at Norge var blant de landene som brukte høyest andel penicillin med sine 47 % av totalt forbruk, og brukte minst makrolider og kinoloner med 4 % hver av totalt forbruk.

Norske allmennleger er også restriktive i sin bruk av antibiotika sammenliknet med andre europeiske land ifølge tall fra European Surveillance of Antimicrobial Consumption (ESAC), et europeisk nettverk som samler inn nasjonal antibiotikaforbruksstatistikk i Europa⁶. Ifølge en sammenlikning av bruk i primærhelsetjenesten i 2003, er Norge blant de landene som anvender minst antibiotika. Det foreskrives en relativt høy andel penicillin i forhold til andre typer antibiotika, og sammenliknet med andre europeiske land brukes det lite kinoloner og kefalosporiner.

Men tendensen er at forbruket av antibiotika øker i Norge. En artikkel i Tidsskriftet tok for seg antibiotikaforbruket i Norge med bakgrunn i grossistbaserte legemiddelstatistikken i tidsperioden 1974–2007 og fra Reseptregisteret i 2006⁷. Artikkelen viser at forbruket av antibiotika har økt i Norge fra 12,6 DDD per innbygger per døgn i 1974 til 19,6 i 2007, altså en økning på over 50 %. Andelen penicilliner har økt fra 30 % til 40 % i samme tidsrom. I perioden 1.7. 2006–31.6. 2007 hentet hver fjerde nordmann antibiotika på apoteket.

En studie så på nytten og hyppigheten av CRP-testing ved luftveisinfeksjoner i allmennpraksis⁸. Den viste at CRP-testen brukes veldig mye utredningen av pasienter med luftveisinfeksjoner i Norge, og er en av de hyppigst anvendte blodprøver ved norske legekontorer. Det tas omtrent to millioner CRP-tester hvert år i norsk allmennpraksis, og CRP tas i 25 prosent av alle legevaktskonsultasjoner. Studien viste også at CRP har en nytteverdi, og at den blir brukt så mye kan tyde på at norske leger ser på den som et godt diagnostisk hjelpemiddel. Likevel brukes den svært lite utenfor Skandinavia og Sveits.

GRACE er et europeisk nettverk som fokuserer på community-acquired nedre luftveisinfeksjoner⁹. Formålet til GRACE er å gjennom forskning endre praksis i behandling av nedre luftveisinfeksjoner for å bekjempe antibiotikaresistens. GRACE består av 28 akademiske sentre fordelt på 13 EU/EØS-land. Denne studien er gjort med støtte fra GRACE.

I det følgende ønsker jeg å finne ut hvorfor norske allmennleger er restriktive. Jeg skal kaste lys på hvilke faktorer som påvirker deres foreskrivning av antibiotika og prøve å finne noen konkrete årsaker til den restriktive holdningen norske allmennleger viser i forhold til antibiotika.

Metode

For å finne ut hva norske allmennleger tenkte om årsaken til at de er restriktive foretok jeg sju intervjuer av sju norske allmennleger. Disse intervjuene ble så transkriberte og analyserte. Intervjuene er semistrukturerte. Intervjuguiden var produsert av GRACE, og oversatt fra engelsk til norsk av undertegnede og en kollega. Vi utførte også intervjuene og transkripsjonen. Informantene var allmennleger alder 40-60, jevnt fordelt mellom kjønn og by/disktrikt, og de ble tilfeldig plukket ut av GRACE. Jeg har ikke hatt noen befatning med verken utforming av spørsmål eller utvelgelse av intervjuobjekter. Analysen er gjort ved hjelp av dataprogrammet Nvivo.

Informantenes uttalelser er transkribert ordrett, men der sitatene er for verbale, er de endret litt på for å øke lesbarheten samtidig som den antatte meningen er bevart. De sju intervjuede allmennlegene er anonymiserte og har fått navn Lege 1-7.

Jeg har tatt en fenomenologisk tilnærming til intervjuobjektene opplevelser. Fenomenologien søker å forstå fenomener på grunnlag av de man intervjuers perspektiv, og å beskrive omverdenen slik den erfares av dem¹⁰.

Resultater

Egen foreskrivningspraksis

For å finne ut årsaken til at norske allmennleger er restriktive med antibiotikaforeskrivning, kan det være interessant å starte med å se på hvordan informantene så på sin egen foreskrivningspraksis av antibiotika til pasienter med mulig nedre luftveisinfeksjon. Alle informantene bortsett fra én av dem mente de var en gjennomsnittsforeskriver eller mer restriktiv enn andre. Som Lege 3 sa det:

Jeg håper den er norsk i gjennomsnitt. Og hvis den ikke er det så håper jeg den er lavere enn gjennomsnittet.

Dette korte sitatet oppsummerer to temaer som var viktig for de fleste informanters vurderinger av egen foreskrivning av antibiotika. Det ble skilt mellom *norsk* og *ikke-norsk*, og det ble sett på som en verdi i seg selv å være restriktiv med antibiotika. Som den ene informanten som ikke så på seg selv som gjennomsnittlig eller restriktiv, Lege 5, sa det:

*Jeg tror jeg er mer liberal til antibiotika enn gjennomsnittet.
Kanskje. Jeg setter meg ikke på noen høy hest.*

Legen mente at det var høyverdig ikke å skrive ut så mye antibiotika. Det verdisynet som ble formidlet gjennom alle informantene er at det er *bra* å være restriktiv. Og norske allmennleger er flinke til å være restriktive, skal vi tro informantene. Lege 6 hadde førstehåndserfaring fra utlandet og hvordan antibiotikaforeskrivningen foregår der, og hadde dannet seg et bilde av hva som var norsk og ikke-norsk foreskrivningspraksis:

Hvis jeg skal sammenligne meg med det land vi sitter i nå, da tror jeg at jeg er en gjennomsnittsforeskriver. Jeg tror ikke jeg

er spesielt restriktiv, men jeg synes dog at jeg er rimelig passende restriktiv i forhold til mikrobiologisk tankegang. Sammenligner jeg meg med kolleger i Frankrike hvor jeg har tatt store deler av min utdanning, da er jeg jo svært restriktiv. Der er en forskrivningspraksis som er veldig liberal. Og fenoksymetylpenicillin - det bruker man definitivt ikke lenger fordi det liksom er obsolete. Så det er avhengig av hvem vi sammenligner oss med. Så jeg tror jeg er en norsk gjennomsnittslege.

Retningslinjer

Vi har altså slått fast at norske leger er restriktive. Og de føler seg restriktive, både i forhold til utenlandske leger, og til en viss grad forhold til hverandre. Hva er det som gjør at leger i Norge er restriktive? Som nevnt fins det en veileder for antibiotikabruk med et kapittel om luftveisinfeksjoner. Men flere av informantene var ikke sikre på om det eksisterte offentlige veiledere for bruk av antibiotika. Som Lege 4 sa det angående retningslinjer for antibiotikabruk:

Altså, jeg vet faktisk ikke om Legemiddeltilsynet har laget noen, jeg går nesten ut i fra det. Men de har ikke jeg lest.

Andre hadde vært borti retningslinjer for antibiotikabruk, men kunne ikke peke på noen spesifikke for nedre luftveisinfeksjoner. Lege 3:

Det fins jo, det fins jo i hvert fall retningslinjer for behandling av øvre luftveisinfeksjoner. Nedre luftveisinfeksjoner, det er jeg faktisk litt usikker på om det fins sånne retningslinjer, men høyst sannsynlig gjør det det, altså.

Lege 2 foreslo at en veileder for bruk av antibiotika for nedre luftveisinfeksjoner hadde vært noe som kunne vært til stor hjelp i praksisen:

Ja, jeg tror man kan lage noen, for det finnes ikke noen retningslinjer for det, egentlig, sånne klare for nedre luftveisinfeksjon. På samme måte som det er laget for streptokokkhals og sinusitt, og de synes jeg er ganske nyttige. Så det finnes jo ikke noe riktig tilsvarende for pneumoni, bronkitt versus en viral infeksjon, så det hadde egentlig vært bra.

Den av informantene som var klar over at det finnes en slik veileder for antibiotikabruk for nedre luftveisinfeksjoner, brukte den ikke aktivt. Lege 6:

Når man går seg selv etter i kortene, så følger jeg ikke helt de retningslinjer. Jeg har akkurat hatt en student i praksis, og da har jeg prøvd å fortelle henne hvordan jeg selv burde gjort det.

Det ser ut til at det ikke er gode, offentlige retningslinjer som er årsaken til norske legers restriktive holdning til antibiotikaforeskriving.

Pasientenes forventninger

De retningslinjene som gjelder har altså ikke noen stor innvirkning på allmennlegenes foreskrivningspraksis av antibiotika. Spiller pasientens forventninger inn? De fleste av informantene syntes det i større eller mindre grad. Men ikke til å skape en mer restriktiv holdning. Et par av informantene følte seg iblant presset til å skrive ut antibiotika de egentlig ikke følte var nødvendig, for det kostet tid og krefter å ta opp den kampen. Som Lege 6 sa det:

Det avhenger litt av legens dagsform, hvis du virkelig er i den formen den dagen og har lyst til å holde et langt mikrobiologisk foredrag så gjør du det. Det er noen pasienter som mener de har sinusitt og vil ha Apocillin, så kan man gå den veien der, men

andre ganger så orker man det ikke, og så får de sin Apocillin og sånn blir den behandlingen.

Andre tok den kampen hver gang, og la seg på en utdannende linje. Lege 1 sier det slik:

Nei, faktisk så føler jeg meg betydelig mindre påvirket av det enn jeg kanskje trodde, i hvert fall i forhold til forventningene til pasienten, jeg prøver heller å forklare hvorfor jeg gir og hvorfor jeg ikke gir. Jeg tror ikke jeg hatt gitt etter for press egentlig, faktisk ikke. Altså, det er jo noen som bestandig kommer og sier "ja, men jeg må få det", men jeg prøver heller å forklare hvorfor de ikke får, at det ikke hjelper. De fleste godtar det, så jeg føler egentlig ikke at det er et problem. Ikke i det hele tatt.

Lege 3 orket ikke ta den kampen mot slutten av ei tøff arbeidsuke:

Jeg vil tro, hvis jeg skal være helt ærlig, at sannsynligheten for at jeg gir antibiotikum er litt større på slutten av fredagen.

Så det ser ut til at om pasienters forventninger har noen innvirkning på antibiotikaforeskrivningen, bidrar de til en mindre restriktiv holdning.

Andre faktorer

Et par av informantene mente tidsfaktoren kunne spille inn, men ikke mye. Det kunne bli en mer effektiv konsultasjon om man skrev ut resept framfor å forklare hvorfor det ikke ble antibiotikabehandling. Lege 5 sa det slik:

Altså, av og til på legevakt vil jeg tro, kanskje hvis det er veldig lang kø, og jeg ikke kan ta pasienten til kontroll, så kan det godt hende at jeg skriver litt lettere ut antibiotika.

Informantene ble spurt om det var ytterlige faktorer som kunne påvirke deres foreskrivningsfrekvens. Det ble avvist. Det ble spurt spesifikt om farmasøytisk industri kunne ha noen innvirkning. Det ble avvist av alle informantene at det kunne påvirke hyppigheten av antibiotikaresepter. Men noen legene mente likevel det hadde effekt på foreskrivningspraksisen i form av hvilken type antibiotika man valgte. Lege 2:

Nei, det må jo være ved valg av antibiotika, ikke sant, jeg har hatt mine runder med å bruke klaritromycin, det var sikkert etter reklame og sånn, og azitromycin som jo også har prøvd å komme seg inn på markedet. Ja, så det er vel mer ikke om jeg skal gi antibiotika, men hva slags antibiotika. Det blir jeg sikkert påvirket av, at det kommer nye typer.

Men brorparten av informantene anga at de ikke lot seg påvirke av andre faktorer ved valg av antibiotika heller. Som Lege 3 sa det da han ble spurt om legemiddelindustrien hadde noen påvirkningskraft:

Nei, det håper jeg ved pokker meg ikke. For meg betyr det ingenting økonomisk hva jeg gjør her. Det man kan si om antibiotikumvalget er at du skal jo egentlig bruke det billigste som du tror vil hjelpe. Det har jeg ikke de fjerneste problemer med. Det synes jeg er veldig all right. Så for eksempel det å bruke klaritromycin i forhold til vanlig Apocillin, det gjør jeg ikke, altså. Jeg bruker det billigste preparatet som jeg tror vil funke.

Det gikk igjen hos de fleste av informantene at de alltid valgte det preparatet som var billigst for pasienten, men som de samtidig antok ville ha effekt.

Valg av antibiotika og resistens

Så hvilket preparat endte allmennlegene opp med å bruke ved en nedre luftveisinfeksjon tatt i betraktning at de stort sett ikke brukte noen retningslinjer aktivt og at mange av dem ville gått for det billigste virkningsfulle alternativet? De fleste ville valgt noe smalspektret: ”vanlig penicillin”. Lege 3:

Jeg prøver å holde meg på smalspektret antibiotikum. Og det vil altså si det som det jeg anser som vanlige pneumonier, da prøver jeg å holde meg til vanlig penicillin. Hvis det er litt sånn atypiske pneumonier, så prøver jeg meg på erytromycin. Og så med KOLS-pasienter, da kan jeg være litt mer bredspektret og skrive ut tetracykliner og så til en viss grad amoxicillin, vil jeg tro.

Det gikk igjen at allmennlegene hadde kommet fram til lignende private retningslinjer for antibiotikaforeskrivning. Og det virket. Ingen av legene syntes det var noe vanskelig å behandle nedre luftveisinfeksjoner i sin praksis. Som Lege 3 lege svarte på spørsmål om vedkommende anså antibiotikaresistens som et problem i sin praksis:

Kun ved urinveisinfeksjoner og ved de her forbaskede konjunktivitter som barnehagene ønsker skal behandles. Der er det et problem. Men det er de eneste steder jeg opplever det. Ikke i det hele tatt med nedre luftveisinfeksjoner.

De fleste av legene hadde en følelse av at resistens var et større problem nasjonalt enn det var i deres praksis aleine, men likevel så ikke på det som noen enorm nasjonal utfordring. Lege 2 sa det slik om resistens som et problem i Norge:

Nei, det er jo ikke noe problem å få kurert en bakteriell luftveisinfeksjon, det er jo ikke det. Så tydeligvis er det ikke så stort.

Men alle allmennlegene hadde en oppfatning av antibiotikaresistens som et stort – og økende – problem på verdensbasis. Og alle tilskrev opplevelsen av den lave resistensen norske legers restriktive holdning og valg av smalspektret antibiotika. Lege 6:

Jeg tror norske leger er relativt fornuftige og restriktive i deres bruk av antibiotika, spesielt når det blir litt mer sånn bredspektret. Derfor synes jeg det er godt at vi stort sett alle sammen bruker stort sett de samme smalspektrede for de der små filleting som folk kommer med.

Nesten alle informantene hyllet den norske tradisjonen med å bruke smalspektret antibiotika, og de fleste påpekte en årsakssammenheng mellom muligheten til å bruke dem og det å ha en restriktiv holdning. Lege 4 formulerte det slik:

Vi føler vel at vi her i Skandinavia er ganske heldige i forhold til mange andre land ved at vi har så lite antibiotikaresistens, og vi vet at det skyldes at vi er restriktive. Sånn at det er veldig viktige at vi er restriktive.

Nesten alle informantene svarte at de ikke strebet etter å holde seg oppdatert på ny informasjon om antibiotika. Lege 7 svarte slik på spørsmålet om han holdt seg oppdatert på det feltet:

Jeg gjør ikke det fordi jeg er helt sikker på at når det skjer noe, så jeg får høre det, og som sagt så er jeg restriktiv nå, og jeg har tilfredsstillende resultater i min praksis, og hvis jeg føler at

praksistall ikke er tilfredsstillende, og det skjer noe betydelig, da jeg får høre det. Men uten at jeg leter etter informasjon aktivt.

Fordi "vanlig penicillin" ennå har sin plass i behandlingen av nedre luftveisinfeksjoner i Norge, kan det virke som at norske allmennleger ikke trenger å følge retningslinjer aktivt eller søke etter ny informasjon om antibiotika.

Redusere bruk

Til tross for at allmennlegene mente norske leger var langt mer restriktive enn de fleste av sine utenlandske kolleger, syntes noen av dem at vi hadde et forbedringspotensiale her i Norge også. Lege 1 mente norske leger måtte bli enda bedre på å starte med smalpektret antibiotika enn å nødvendigvis redusere mengden som foreskrives:

Jeg vet ikke om begrensninger av antibiotika nødvendigvis, jeg tenker heller på informasjon til leger. Jeg tenker det er noen som nok går for bredspektret helt fra starten av, at man kanskje kan bli strengere på førstevalg, at man blir nøyere på å bruke mer smalspektret. Altså totalt sett er det vanskelig, for det er jo en totalvurdering uansett. Men jeg vet at det er mange som skriver ut bredspektret til banale ting, og det tror jeg er negativt.

Et par andre mente at mengden kunne med fordel vært redusert for å forhindre ytterligere resistensutvikling i den norske floraen, men trodde ikke det var noe stort problem. Lege 6 sa det slik:

Det er nok rom for det, ja. I snevre situasjoner er nok forskrivningspraksis sikkert hos nesten alle liberal, men jeg tror ikke det er noe stort samfunnsproblem verken økonomisk eller mikrobiologisk.

Forbedringsfaktorer

Uansett om man mente allmennlegene er restriktive nok ut i fra sin forutsetninger på kontoret, kunne man stille spørsmål om man kunne tenke seg noe som ville hjulpet dem til å behandle nedre luftveisinfeksjoner enda bedre – og om mulig med mindre bruk av antibiotika. De fleste nevnte bedre hurtigtester som et virkemiddel som definitivt ville vært til stor hjelp. Lege 7 sa det kort:

Hvis det skulle komme hurtigtester for mykoplasma, chlamydia, kikhoste, så det skulle være betydelig bedring.

Andre ville forbedret en av de mest brukte blodprøvene på legekontorer i Norge. Lege 3 sa det slik på spørsmål om det er noe som ville forbedret praksisen i behandlingen av nedre luftveisinfeksjoner:

Ja. Bedre tester. Helt avgjort, altså. Hvis man har CRP som har en omslagsområde som er tydeligere, så ville det hjelpe. Hvis vi hadde en hurtigtest for atypiske pneumonier, så ville det også hjelpe.

Og dette er kanskje hovedårsaken til at norske leger kan være restriktive, det som gir en bakterieflora som ofte lar seg håndtere med ”vanlig penicillin”: CRP.

CRP

Alle informantene hadde CRP som et element i diagnostikken av nedre luftveisinfeksjoner. Klinikk og CRP avgjorde om noe var bakterielt eller viralt, altså om det trengtes antibiotika eller ikke. Lege 1 beskrev sin prosedyre for å utrede en pasient i tidlig 40-årene som kom inn på kontoret med feber, produktiv hoste og økt puls:

Først snakker jeg litt mer med han om hvor lenge det har vart, om han røyker, om han er lungefrisk eller lungesyk fra tidligere, og så ville jeg selvfølgelig auskultere lungene hans og kanskje perkutere, hvis jeg er veldig flink. Og så vil jeg da sikkert se han både i halsen og i hvert fall ta CRP. Ved hjelp av CRP, allmenntilstand og feber vil jeg bedømme om jeg tror det er bakterielt eller viralt.

CRP var altså en naturlig del av nesten enhver utredning av pasient med nedre luftveisinfeksjon der diagnosen ikke var åpenbar. Men selv da tok man CRP, ifølge Lege 2:

Altså, hvis man er helt sikker på at dette er en viral infeksjon, så trenger man jo ikke å ta den. Eller hvis man er helt, helt sikker på at dette er en pneumoni. Men da tar man en rask. Jeg tar den likevel da også. For den kan brukes i overvåkninga av et forløp. Men det er jo i tvilstilfellene den er mest nyttig. Og de er det jo ganske mange av.

Pasientene stolte såpass på CRP at man kunne anvende den som en bekreftelse på at pasienten ikke trengte antibiotika, fortalte Lege 4:

Nei, altså, jeg pleier jo å vise til, for eksempel, CRP, da. Hvis den er lav, så tyder det på virus, og sannsynligvis vil det ikke hjelpe (med antibiotika), og det aksepterer de som regel. Jeg synes ikke jeg har noen problemer med å få aksept for det jeg foreslår.

Lege 1 kunne ikke forestille seg noe nytt som kunne hjelpe til med å bedre utredningen og behandlingen av pasienter med nedre luftveisinfeksjon fordi CRP var så vellykket:

Hva skulle det være? Jeg synes jo CRP er veldig, veldig bra, da. Jeg synes jo det. Uten den tror jeg det hadde vært veldig vanskelig.

Lege 1 fortsatte med å si at vedkommende ville skrevet ut mer antibiotika hvis det ikke var for CRP:

Vi bruker jo CRP, det er jo virkelig med å bestemme i kjempestor grad. Jeg tenker jo bare i forhold til hvis jeg skulle lagt unna CRP og ikke brukt den, så hadde jeg blitt sprø. (...) Jeg tror jeg hadde hatt en mye lavere terskel for å skrive ut for sikkerhets skyld.

Og fikk støtte av Lege 3 som sa nesten det samme:

Jeg skriver muligens ut mindre nå, og mindre bredspektret enn jeg gjorde før. (...) Det som kanskje virkelig har endret det, det er jo CRP-en. Det at jeg der og da kan få et svar på hva det er mest sannsynlig ut fra sammenlikning med anamnese og funn. Altså, biokjemiske funn og laboratoriefunn. Så CRP-en har virkelig gjort en forskjell.

Alle de spurte legene presiserte at man måtte behandle pasienten, og ikke CRP-en. Som Lege 3 sa det:

Hvis du har et veldig sykt menneske og en lav CRP , så skal du stole på det syke mennesket og ikke den lave CRP-en. Jeg oppfatter vel mest det som begynnerfeil, altså jeg håper ikke at jeg gjør sånne feil.

Men ingen av legene så på CRP som noe annet enn en stor hjelp til diagnostiseringen av nedre luftveisinfeksjoner. Ingen mente CRP hadde noen store svakheter. Lege 5 oppsummerte det slik:

Jeg tror ikke det, egentlig. Nei, ikke noen store ulemper. Det er klart at man kanskje overlater litt av sin kliniske skjønn til en laboratorieverdi, men jeg synes jo at den kan være med på å redusere bruken av antibiotika. Jeg vil tro det. Men noen ganger har jeg plutselig funnet den veldig høy når jeg har bestemt meg for å ikke gi. Men jeg tror det er mest motsatt. At den støtter min avgjørelse om å ikke gi antibiotika.

Alle informantene så altså på CRP som noe svært sentralt i diagnostiseringen og behandlingen av nedre luftveisinfeksjoner, og som hovedårsaken til deres restriktive holdning til antibiotika. Deres oppfatning av CRP ble oppsummert av Lege 3 på direkte spørsmål om CRP var nyttig i behandlingen av nedre luftveisinfeksjoner:

Det har jeg vel svart på: ja. Med stor j og a.

Diskusjon

Vi har en relativt restriktiv holdning til antibiotikaforeskrivning i Norge^{4, 5}. Den har så langt ikke kunne vært tilskrevet den utbredte bruken av CRP-testing i norsk allmennpraksis⁸. Men i denne studien har jeg gitt en pekepinn på at CRP er med på å holde antibiotikaforbruket i norsk allmennpraksis nede.

En restriktiv holdning til antibiotikaforeskrivning blir sett på som en positiv verdi av norske allmennleger. Dette fører sannsynligvis i seg selv til at en restriktiv holdning blir opprettholdt. Av andre faktorer utenfor pasienten som påvirker legenes foreskrivningspraksis av antibiotika til nedre luftveisinfeksjoner, kunne ikke informantene peke på noe annet enn CRP. Fordi legene kan ta CRP og til en viss grad skille mellom virus og bakterier, kan de være restriktive i sin antibiotikaforeskrivning⁸. Dette, sammen med en restriktiv tradisjon, gjør at vi har en bakterieflora i Norge som vanligvis lar seg håndtere med smalspektret antibiotika – illustrert ved den store andelen smalspektret antibiotika som blir utskrevet i Norge⁷.

At Norge har liten resistensproblematikk⁶ – det skrives ut lite antibiotika her⁷ – samtidig som det er et av veldig få land CRP brukes til vanlig⁸, kan tyde på at CRP bidrar til å holde antibiotikaforbruket – og dermed resistensproblematikken – nede. På den annen side har også Nederland lav antibiotikaforeskrivning⁴ og lite resistens⁵, og der brukes CRP sjelden som diagnostisk hjelpemiddel⁸. Det være tegn på at det er flere veier til en restriktiv praksis, og at CRP er én av dem.

Folkehelseinstituttet har bedt om en mer restriktiv holdning til antibiotikaforeskrivning for å redusere resistensproblematikken¹. Norske allmennpraktikere ser på CRP-testen – bortsett fra sitt kliniske skjønn - som den viktigste faktoren til om det blir utskrevet antibiotika eller ikke.

Derfor kan man kanskje redusere foreskrivningen ved å lage retningslinjer for bruk av CRP i allmennpraksis. Slike retningslinjer fins i Finland og Danmark, men ikke i Norge⁸. Mer forskning på testens fordeler og begrensninger kan optimalisere allmennlegenes fortolkning av CRP-svar og dermed ytterligere redusere foreskrivning av antibiotika, for det er ennå mye vi ikke vet om testens muligheter⁸.

At norske allmennleger bruker CRP-testen så hyppig, og verdsetter den så høyt at de tilskriver den mye av sin restriktive praksis i forhold til antibiotika, gjør at den kanskje fortjener sin plass i legekontor også utenfor Skandinavia og Sveits.

Referanser

1. Folkehelseinstituttet. Med fokus på resistens.
http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5588&MainArea_5661=5588:0:15,1787:1:0:0:::0:0&MainLeft_5588=5544:72345::1:5569:1:::0:0 (27.09.2009).
2. Tidsskrift for Den norske legeforening. Tema: antibiotika og resistens. http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=1745980 (27.09.09).
3. Eliassen KE, Fetveit A, Hjortdahl P, Berild D, Lindbæk L. Nye retningslinjer for antibiotikabruk i primærhelsetjenesten. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128:2330-4.
4. Vander Stichele RH, Elseviers MM, Ferech M, Blot S, Goossen H. Hospital consumption of antibiotics in 15 European countries: results of the ESAC Retrospective Data Collection (1997–2002). J. Antimicrob. Chemother 2006, 58:159.
5. WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Guidelines for ATC classification and DDD assignment 2008. Oslo: WHO Collaborating Centre, 2007.
6. European Surveillance of Antimicrobial Consumption (ESAC) data. http://app.esac.ua.ac.be/public/index.php/nb_no/antibiotic/antibiotic-consumption (27.09.09).
7. Litleskare I, Blix HS, Rønning M. Antibiotikaforbruk i Norge. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128:2324-9.
8. Melbye H. CRP-testen - et nyttig eller unødvendig hjelpemiddel ved

luftveisinfeksjoner i allmennpraksis? I: Allmenmedisinske spor
fra Utrøst til Soria Moria : festskrift til Per O. Hjortedahl 60 år. Unipub forlag,
2006, s 53-63.

9. GRACE. <https://www.grace-lrti.org/portal/en-GB> (27.09.09).

10. Thagaard T. Systematikk og innlevelse. Fagbokforlaget, 2003.