

Vent og se – om jeg tør be

AV SIGURD HØYE

Antibiotikabruken ved luftveisinfeksjoner i allmennpraksis kan og bør reduseres. Kan bruk av vent og se-resept være et egnet virkemiddel for å nå dette målet? Det mener allmennlege Sigurd Høye ved Antibiotikasenteret for primærmedisin.

Vent og se-resept er en antibiotikaresept som leveres til pasienten sammen med en klar oppfordring: «Vent noen dager med å hente ut medisinen. Hvis du blir bedre i ventetiden, trenger du ikke å begynne med antibiotika. Da har kroppen ordnet opp med sykdommen på egen hånd. Hvis du ikke blir bedre, er det grunn til å tro at antibiotika kan hjelpe deg med å bli frisk. Da kan du innløse resepten og begynne på kuren.»

Det er selve anbefalingen til pasienten som skiller en vent og se-resept fra en vanlig antibiotikaresept. Mange leger benytter allerede prinsippet, men oftest av pragmatiske grunner – for eksempel at pasienter skal unngå å oppsøke legevakt i helger eller ferier. Vi vet også at pasienter gjør bruk av prinsippet uten å ha fått det anbefalt av sin lege: Mange antibiotikaresepter forblir uekspedert, eller kuren avsluttes etter bare få dager. Det finnes imidlertid flere grunner enn de rent pragmatiske til å ta i bruk vent og se-resept.

Forskning fra andre land viser nemlig at bruken av vent og se-resept kan redusere unødig antibiotikabruk ved ulike luftveisinfeksjoner. Metoden er inntil nylig ikke undersøkt i Norge, men nå pågår det studier i regi av *Antibiotikasenteret for primærmedisin* og Seksjon for allmennmedisin ved Universitetet i Oslo for å undersøke om vent og se-resept kan være virksom og akseptabel – ut fra målet om å redusere antibiotikabruk ved luftveisinfeksjoner.

Økende bruk – men hva er riktig nivå?

Selv om norske allmennleger er restriktive med å skrive ut antibiotika sammenliknet med leger i mange andre land, forskrives det likevel for mye antibiotika ved luftveisinfek-

Seksjon for allmennmedisin ved Universitetet i Oslo driver et pedagogisk intervensjonsprosjekt, Kollegabasert terapiveiledning (KTV), der målet er å kvalitetsforbedre allmennlegers legemiddelforskrivning innen to terapi-områder: antibiotikabruk ved luftveisinfeksjoner og legemidler til eldre. Spesialutdannede kolleger har besøkt prosjektdeltakernes veiledningsgrupper og undervist innen ett av områdene. Vent og se-resept er ett av tiltakene man har undervist om. Deltakende leger er oppfordret til å bruke metoden.



Sigurd Høye

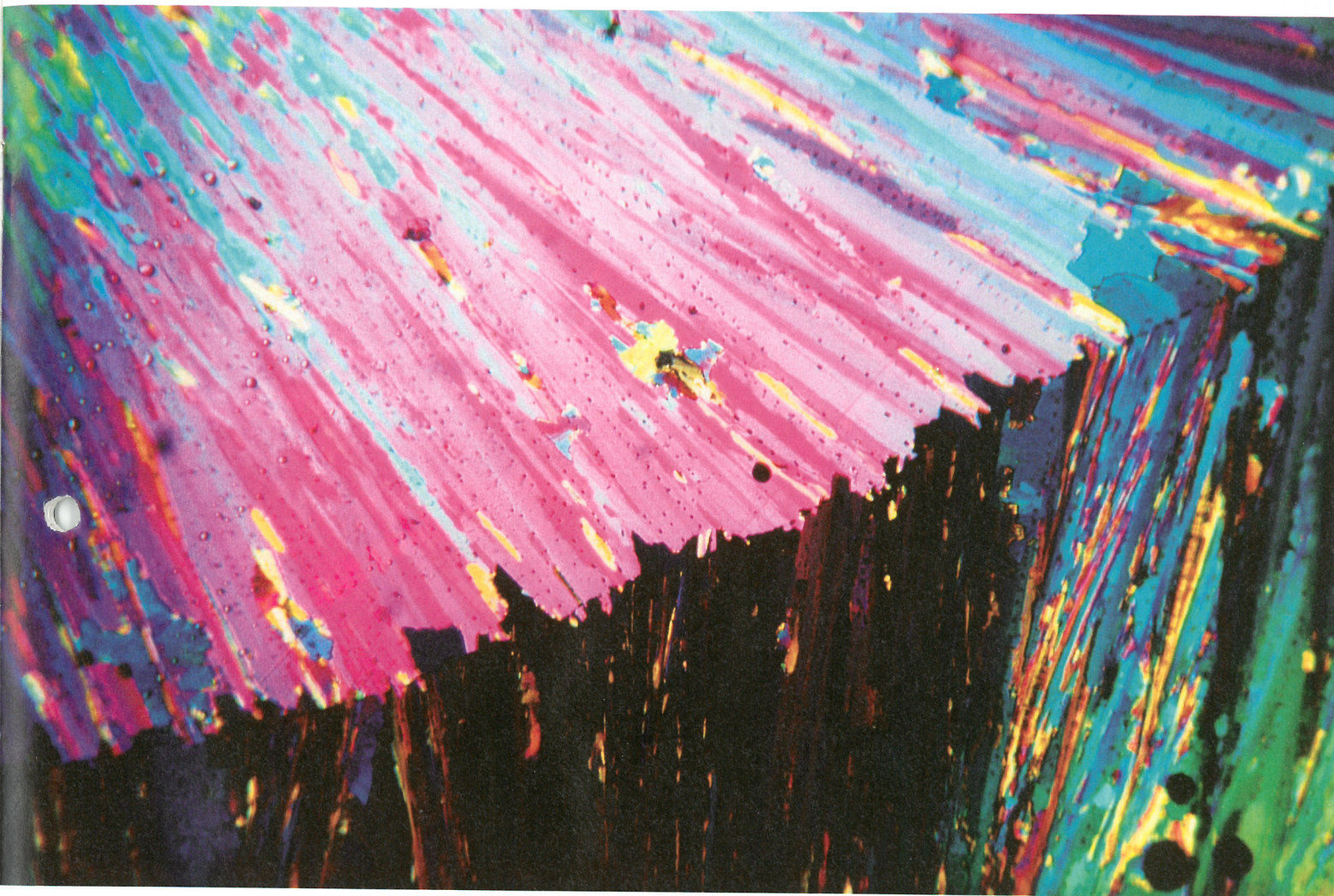
er allmennlege ved Lillestrøm legesenter og forsker ved Antibiotikasenteret for primærmedisin – et nasjonalt kompetansesenter tilknyttet Universitetet i Oslo, seksjon for allmennmedisin.

sjoner. Antibiotika brukes ikke lenger kun for å redde liv og å unngå komplikasjoner, men langt oftere for å lindre eller avkorte et symptomforløp. Dette gjelder i særlig grad ved øvre luftveisinfeksjoner, som i hovedsak er selvbegrensende. Derfor blir det ofte ikke et rent klinisk spørsmål om man skal forskrive antibiotika eller ei. En antibiotikakur kan gjøre pasienten fornøyd, og i beste fall sørge for at feberen forsvinner 12 timer tidligere enn uten antibiotika – men betyr det at vi skal gi resept?

Det er umulig å anslå et *riktig* nivå på antibiotikaforskrivning. Kliniske retningslinjer kan være til hjelp i denne avgjørelsen. Det forrige settet av retningslinjer for antibiotikabruk i allmennpraksis ble utgitt i 2000. Det kan se ut til at disse ofte ikke følges. En undersøkelse fra 2002 viste at 90 prosent av barn på legevakt fikk antibiotika mot akutt mellomørebetennelse, og 18 prosent av disse fikk bredspektret antibiotika. Bruken av antibiotika steg med ca 30 prosent fra 1970 til 1991. Deretter var den stabil i 13 år, men i løpet av de siste årene har bruken igjen begynt å stige. Det er ingen grunn til å tro at dette skyldes mer sykdom i befolkningen. Mer enn 90 prosent av all antibiotika blir forskrevet i allmennpraksis. Selv om norske allmennleger er blant «de flinkeste i klassen», kan det se ut til at det er mulig å bli enda flinkere.

Unngå resistens

Hensikten med å senke antibiotikabruken er å unngå resistensutvikling. Resistens er et økende problem på verdensbasis. Den lave forekomsten av antibiotikaresistens i de skandinaviske land skyldes sannsynligvis et lavere forbruk av disse midlene. Likevel har man sett en økning av makro-



Det kan være fristende å ty til antibiotika for å gjøre pasienten til lags. Bildet viser fenoksymetylpenicillin i krystallinsk form, fotografert i polarisert lys (100x forstørrelse). FOTO: LASZLO BORKA.

lid-resistens hos *Streptococcus pneumoniae* isolert fra blodkultur i Norge: fra 2,4 prosent i 2000 og 6,0 prosent i 2003 – til 12,4 prosent i 2006. En liknende utvikling for gruppe A-streptokokker i Finland ble snudd, etter at bruken av makrolider gikk ned igjen.

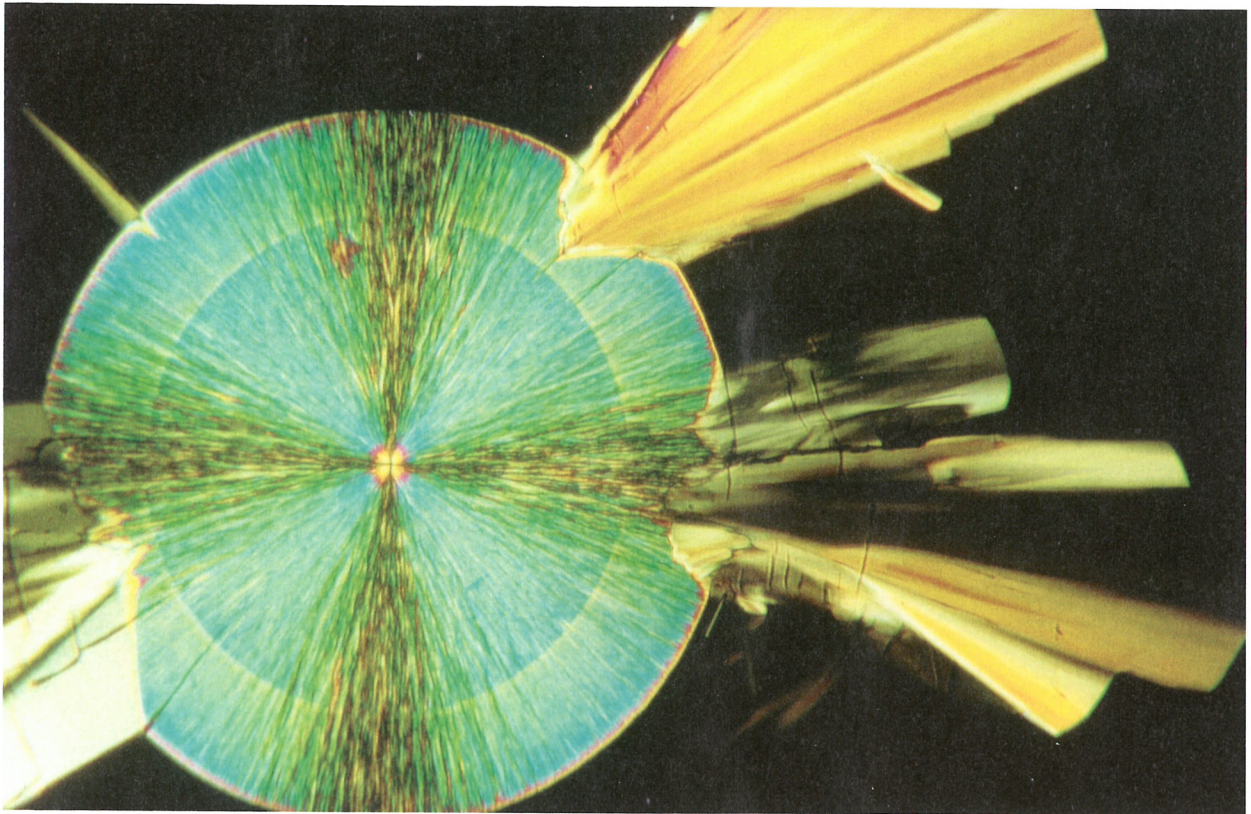
Man har også argumentert for at høy grad av antibiotikaforskrivning ved øvre luftveisinfeksjoner vil øke befolkningens tro på at det er nødvendig å oppsøke lege ved slik sykdom. En mer restriktiv forskrivningspraksis vil tilsvarende hindre medikalisering av tilstander som i utgangspunktet er selvhelbredende. I tillegg vil restriktiv forskrivning minske risikoen for bivirkninger. 5–30 prosent av brukerne vil få diaré av en antibiotikakur, avhengig av hvor bredspektret legemidlet er.

Vent og se – et aktuelt forskningstema

Antibiotikasenteret for primærmedisin (ASP) ble opprettet i 2006 og er lokalisert til Seksjon for allmennmedisin ved

Universitetet i Oslo. ASP har i forlengelsen av KTV-prosjektet (se ramme) igangsatt en undersøkelse som skal prøve å gi svar på om vent og se-resept kan være et egnet virkemiddel for å redusere antibiotikabruken ved luftveisinfeksjoner. Undersøkelsen gjør bruk av både kvantitative og kvalitative metoder. Målet er blant annet å kartlegge hvor mange brukere som henter ut sin vent og se-resept, hvilke diagnoser som bestemmer hvorvidt leger forskriver en slik resept, og hvilke holdninger allmennleger og pasienter har til denne forskrivningsmetoden.

Det er gjort en del forskning rundt vent og se-resepter de siste 10 år, særlig i England. En av de første studiene omhandlet hvorvidt antibiotikabruken kan minskes ved bruk av metoden (1). Studien ble utført på pasienter med halsbetennelse. Pasientene ble randomisert til én av tre grupper, der de enten fikk antibiotika forskrevet på vanlig måte, de fikk vent og se-resept med beskjed om å se an i tre dager og hente ut resepten ved forverring eller manglende bedring,



Mange leger gjør allerede bruk av vent og se-prinsippet ved forskrivning av visse legemidler. Dette bildet viser ikke et antibiotikum, men et annet kjent legemiddel – fenobarbital – i krystallinsk form (100x forstørrelse). FOTO: LASZLO BORKA.

eller de fikk ingen antibiotikaresept i det hele tatt – men kunne naturligvis oppsøke legen igjen ved manglende bedring. Mens 99 prosent av pasientene i gruppe 1 brukte antibiotika, var det kun 31 prosent i gruppe 2 som hentet ut resepten, mens 13 prosent i gruppe 3 endte opp med en antibiotikakur. Det var ingen signifikante forskjeller mellom gruppene når det gjaldt fravær fra jobb/skole eller varighet av symptomer, med unntak av feber. Færre pasienter i gruppe 2 og 3 mente det var nødvendig å oppsøke lege igjen for liknende symptomer i fremtiden. Etter dette er det gjort flere randomiserte studier om vent og se-resept, med diagnoser som konjunktivitt, bronkitt og otitt. I flere lederartikler er metoden vurdert som et nyttig tiltak for å redusere unødvendig antibiotikabruk.

En Cochrane-gjennomgang i 2007 er ikke fullt så positiv (2). Her presenteres ni randomiserte, kontrollerte studier. Rapporten viser at vent og se-resept fører til en reduksjon i antibiotikabruken uten at symptomene varer vesentlig lenger, men hovedkonklusjonen er at så lenge det er trygt ikke å gi antibiotika her og nå, bør man heller unngå å gi resept fremfor å gi en vent og se-resept. Vi vet imidlertid at det ofte ikke bare er trygghet som setter grensen for når antibiotika forskrives: Vel så ofte kan det være behovet for å «gjøre noe», ønsker fra pasienten, vansker med oppfølging,

samt tidspress. I de tilfeller der man ikke finner det hensiktsmessig eller praktisk mulig å be pasienten komme tilbake, og man ender opp med å gi en antibiotikaresept selv om pasientens liv og helse ikke avhenger av den, mener vi at det kan være lurt å skrive en vent og se-resept.

Ved hvilke diagnoser?

KTV-prosjektet anbefaler å bruke vent og se-resept ved tilstander der tiden utgjør en viktig faktor når det gjelder indikasjon for antibiotika, så som bihulebetennelse og mellomørebetennelse. Ifølge gjeldende retningslinjer er det ikke anbefalt å behandle bihulebetennelse med antibiotika før symptomene har vart i syv dager (3). Akutt mellomørebetennelse gir normalt ikke indikasjon for antibiotika før etter 1–3 døgn. Akutt bronkitt er i hovedsak en viral sykdom, likevel brukes det ofte antibiotika ved denne diagnosen. I situasjoner der det er vanskelig å skille mellom viral og bakteriell nedre luftveisinfeksjon, kan vent og se-resept være en bedre løsning enn å gi antibiotika her og nå.

Vent og se – hvor lenge?

I de nevnte studier har man bedt pasientene se an i tre dager før eventuell oppstart av antibiotika. Hvor lenge man skal be pasienten vente avhenger selvfølgelig av diagnose og symptomvarighet, men to til fire dager er det vi har fore-

slått. I løpet av denne tiden har de fleste virusinfeksjoner gått over. Man kan også si til pasienten at hvis situasjonen forverrer seg, kan behandlingen begynne tidligere – men at lege bør oppsøkes ved kraftig forverring.

Til hvilke pasienter?

Vent og se-prinsippet bygger på at pasienten eller pasientens foreldre selv skal vurdere symptomene, og ut fra dette avgjøre om de skal begynne med medisinen eller ei. Dette krever en viss modenhet og innsikt. Legene i våre undersøkelser understreket at de kun gav vent og se-resept til pasienter de mente kunne mestre denne oppgaven. Av samme grunn var det flere som foretrakk metoden i fastlegepraksis fremfor på legevakt; i fastlegepraksis kjenner legen gjerne sin pasient og kan i større grad være sikker på at pasienten følger instruksjonen. På den annen side opplever mange at de har lavere terskel for å skrive ut antibiotika på legevakt, så her kan det være mer å hente ved å påføre resepten et vent og se-råd.

Går forbruket ned?

Resultater fra tidligere undersøkelser tyder på at rundt halvparten av pasientene som får en vent og se-resept henter den ut, uten at totalforskrivningen av antibiotika øker. Hvis ca 20 prosent av alle antibiotikaresepter mot luftveisinfeksjoner gis med en vent og se-anbefaling, vil det innebære en reduksjon av antibiotikabruk ved luftveisinfeksjoner på 10 prosent – forutsatt at alle som får «her og nå-resept» henter ut disse.

Dilemmaer

En innvending mot vent og se-resept er at metoden snarere kan øke enn senke antibiotikaforbruket, fordi legen kan tenkes å bli mer slepphendt og pasienten mer forlangende. Dette kan naturligvis skje hvis man gir vent og se-resept i stedet for å be pasienten komme tilbake for en ny vurdering. **Hvis metoden skal fungere etter hensikten, er det kun «her og nå-resepter» som skal erstattes med vent og se-resept.**

En annen innvending er at man kan ende opp med et arsenal av ubrukte resepter i de tusen hjem, og at pasienten benytter resepten etter eget forgodtbefinnende ved en helt annen tilstand der legeundersøkelse ville vært nødvendig. Så lenge vent og se-metoden ikke medfører et økt antall resepter totalt sett, kan imidlertid denne situasjonen like gjerne oppstå ved bruk av ordinære resepter.

Det har vært foreslått redusert gyldighetsdato på antibiotikaresepter for å unngå dette. I vår studie vil vi til en viss grad ha mulighet til å kartlegge om ubrukte resepter tas vare på eller kastes.

Det tar lengre tid å gi en vent og se-resept enn en «her og nå-resept». Man må forklare hvilke symptomer pasienten skal

reagere på, og forsikre seg om at instruksjonen er oppfattet. Det kan imidlertid være vel anvendt tid, hvis det fører til økt ansvarliggjøring og egenomsorg hos pasienten.

Avslutning

Når våre pågående studier er gjennomført og analysert, håper vi å kunne svare bedre på hvor nyttig bruk av vent og se-resept er for å senke unødvendig antibiotikabruk ved luftveisinfeksjoner i norsk allmennpraksis. Erfaringer fra andre land tyder på at når metoden brukes riktig, er den å anse som god medisin og i tråd med en av allmennmedisins viktigste arbeidsmetoder – aktiv ekspektans.

Referanser

1. Little P, Williamson I, Warner G et al. Open randomised trial of prescribing strategies in managing sore throat. *BMJ* 1997; 314 (7082): 722–7.
2. Spurling GK, Del Mar CB, Dooley L et al. Delayed antibiotics for respiratory infections. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007 Jul 18 (3): CD004417.
3. Antibiotikabehandling i allmennpraksis. Statens Helsetilsyn 2000. www.helsetilsynet.no/webpubl/antibiotika_allmennpraksis_ik-2693/index.htm

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
sigurd.hoye@medisin.uio.no

Vent og se-resept bør ikke gis «for sikkerhets skyld» i situasjoner der du ellers ikke forskriver antibiotika

Vent og se-resept kan brukes

- Når du ikke finner det hensiktsmessig eller praktisk mulig å be pasienten komme tilbake, og du ender opp med å gi en resept som viser seg å være unødvendig
- Når du har bestemt deg for å forskrive antibiotika selv om symptomene har vart i kort tid
- Når du har bestemt deg for å forskrive antibiotika selv om symptomene er milde eller kan være forbigående
- Når du har bestemt deg for å forskrive antibiotika selv om det ikke er indikasjon, for eksempel på grunn av press fra pasienten
- Når du er usikker på om det er behov for antibiotika, og det ikke er praktisk mulig å følge med på sykdomsutviklingen
- Ved luftveisinfeksjoner der det mistenkes bakteriell årsak, eller der det er vanskelig å skille mellom bakteriell og viral etiologi. Sinusitt og otitt anses som særlig egnet.