

Hvorfor skal ikke alle barn med infeksjon ha antibiotika? Vent-og-se-resept

Sigurd Høye
Ph.d.-stipendiat
Avdeling for allmennmedisin
Universitetet i Oslo

ASP

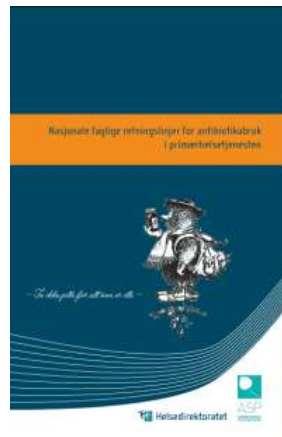
Antibiotikasenteret
for primærmedisin

Disposisjon

- Om ASP
- Antibiotikabruk i primærhelsetjenesten
- Vent-og-se-resept (VoS)
- Effekt av VoS i eksperimenter
- Erfaringer/holdninger til VoS
- Effekt av VoS i daglig praksis
- Anbefalinger

Antibiotikasenteret for primærmedisin

- Nasjonalt kompetansesenter, 2006
 - Forskning/fagutvikling
 - Informasjonsarbeide mot publikum
 - Undervisning av helsepersonell
 - Nasjonale faglige retningslinjer for antibiotikabruk i primærhelsetjenesten



Antibiotikasenteret for primærmedisin

- PhD-prosjekter:
 - Erytema migrans i norsk allmennpraksis
 - Er det mulig å forbedre antibiotikaforskrivning ved LVI
 - Vent-og-se-resept – brukbart og effektivt?
 - Kulturelle forholds påvirkning på antibiotikabruk
 - Antibiotikabruk hos barn og gravide
 - RCT: Mecillinam mot ibuprofen ved cystitt

Antibiotikabruk i primærhelsetjenesten

- Hvorfor skal ikke alle barn ha med infeksjon ha antibiotika
 - Fordi de ikke trenger det
 - Fordi det gir samfunnsmessige bivirkninger

Antibiotikabruk i primærhelsetjenesten

PrimærHT

- I utgangspunktet frisk
- Lav terskel for rekontakt
- Empirisk behandling
- Nært forhold lege-pasient
- Milde tilstander

SpesialistHT

- I utgangspunktet syk
- Høy terskel for rekontakt
- Behandling basert på tester
- Lege og pasient kjenner hverandre ikke
- Alvorlige tilstander/ komplikasjoner etter milde tilstander

Antibiotikabruk i primærhelsetjenesten

Primær

- 84% av AB-salg
- Smalspektret
- "Community aquired"
- AB brukes for å forkorte/
lindre symptomer

- Innsats overfor pasient:
øke egenomsorg

SpesialistHT

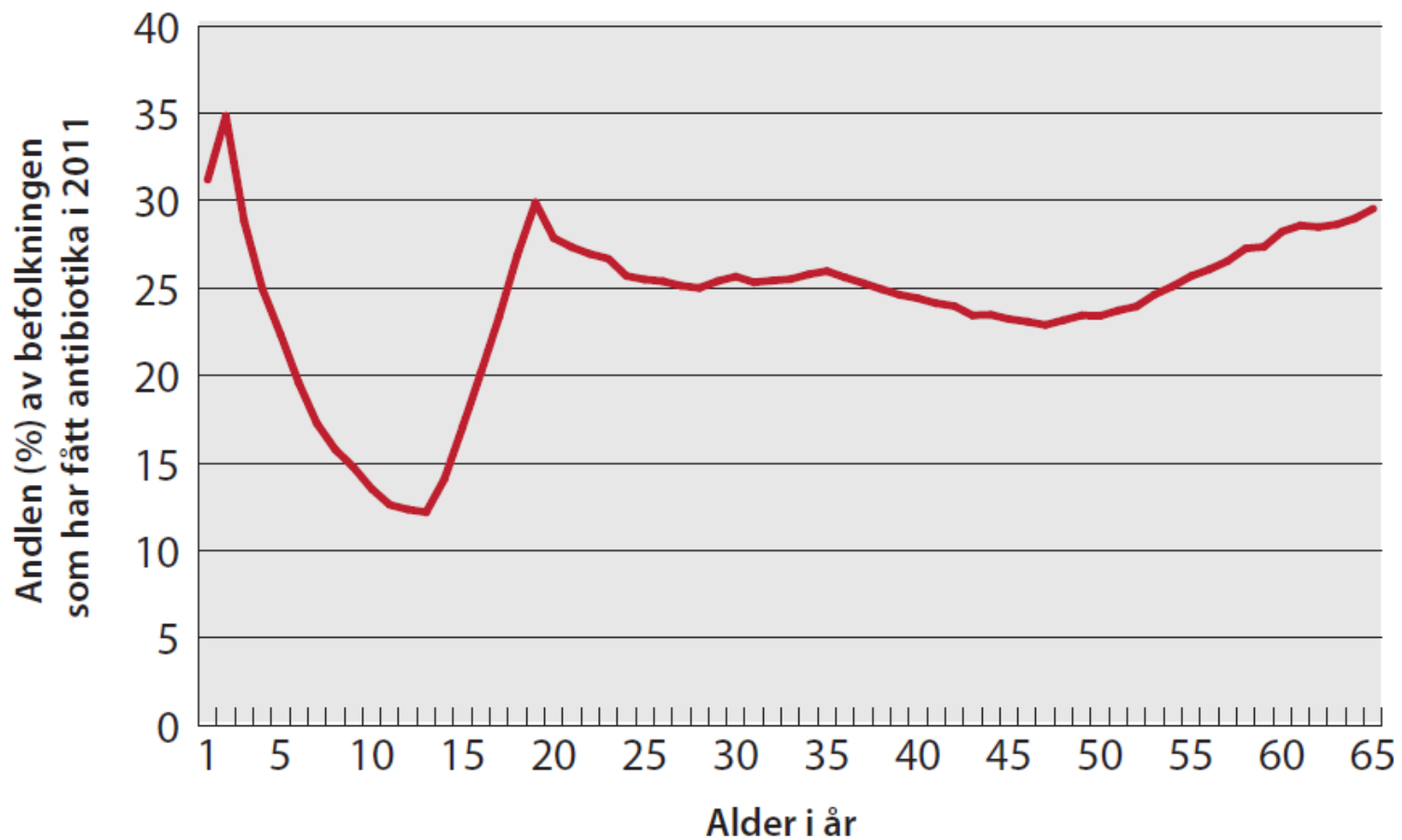
- 7% av AB-salg
- Bredspektret
- Sykehusinfeksjoner
- AB brukes for å redde liv/
hindre komplikasjoner

- Innsats overfor pasient:
øke compliance

Antibiotikabruk i primærhelsetjenesten

- Luftveisinfeksjoner hos barn i allmennpraksis
 - Akutt øvre luftveisinfeksjon (forkjølelse) 26%
 - Hoste (bronkitt/symptomdiagnose) 19%
 - Ørebetennelse 17%

Antibiotikabruk i primærhelsetjenesten



Antibiotikabruk i primærhelsetjenesten

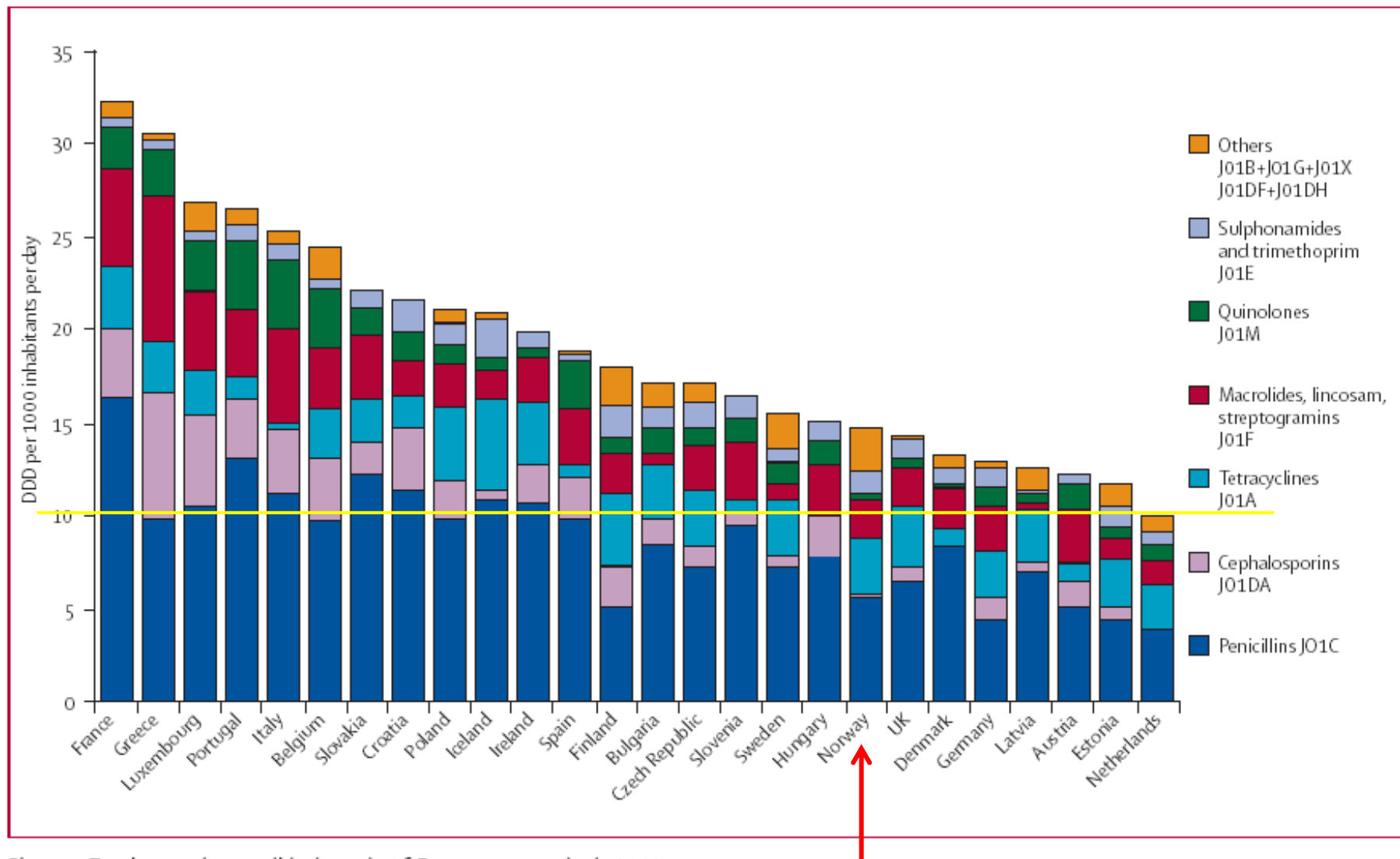
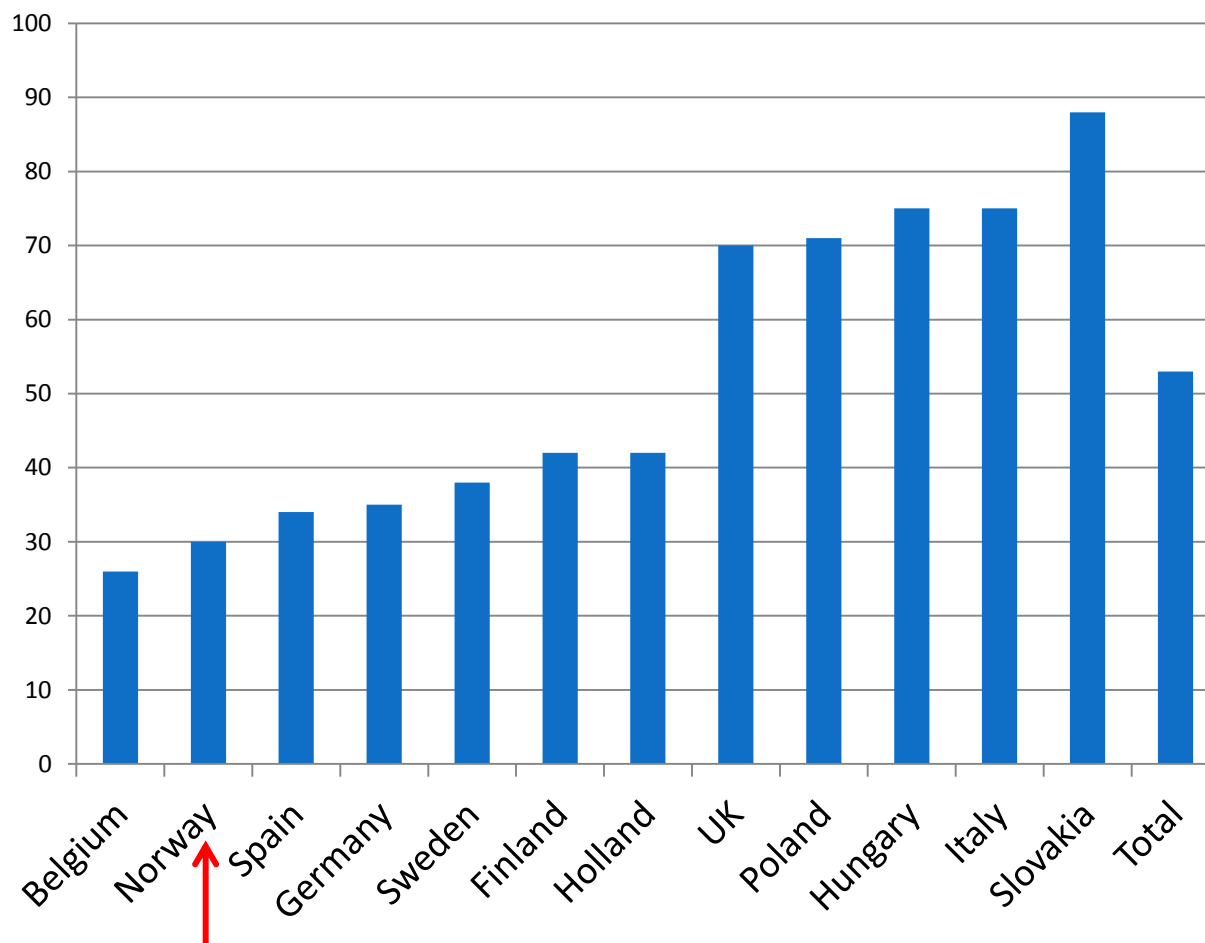


Figure 1: Total outpatient antibiotic use in 26 European countries in 2002

Antibiotikabruk i primærhelsetjenesten

- Forskrivningsrate for hoste/bronkitt i 12 europeiske land



Forskrivning – uthenting

- Lang vei fra plage til antibiotikakonsum



Forskrivning – uthenting



Forskrivning – uthenting



Forskrivning – uthenting



Forskrivning – uthenting



Forskrivning – uthenting



Forskrivning – uthenting

- 90%(?) har LVI i løpet av et år
 - Hygienetiltak, vaksiner
- 25% søker lege for LVI
 - Holdningskampanjer, tilgang til legehjelp, ”kultur”
- 8% får antibiotikaresept
 - Legens stil, holdning og personlighet, kampanjer, negative erfaringer, ”travelhet”, påvirkning fra pasient m.m.m.
- Hvor mange spiser antibiotikaen?
 - ???

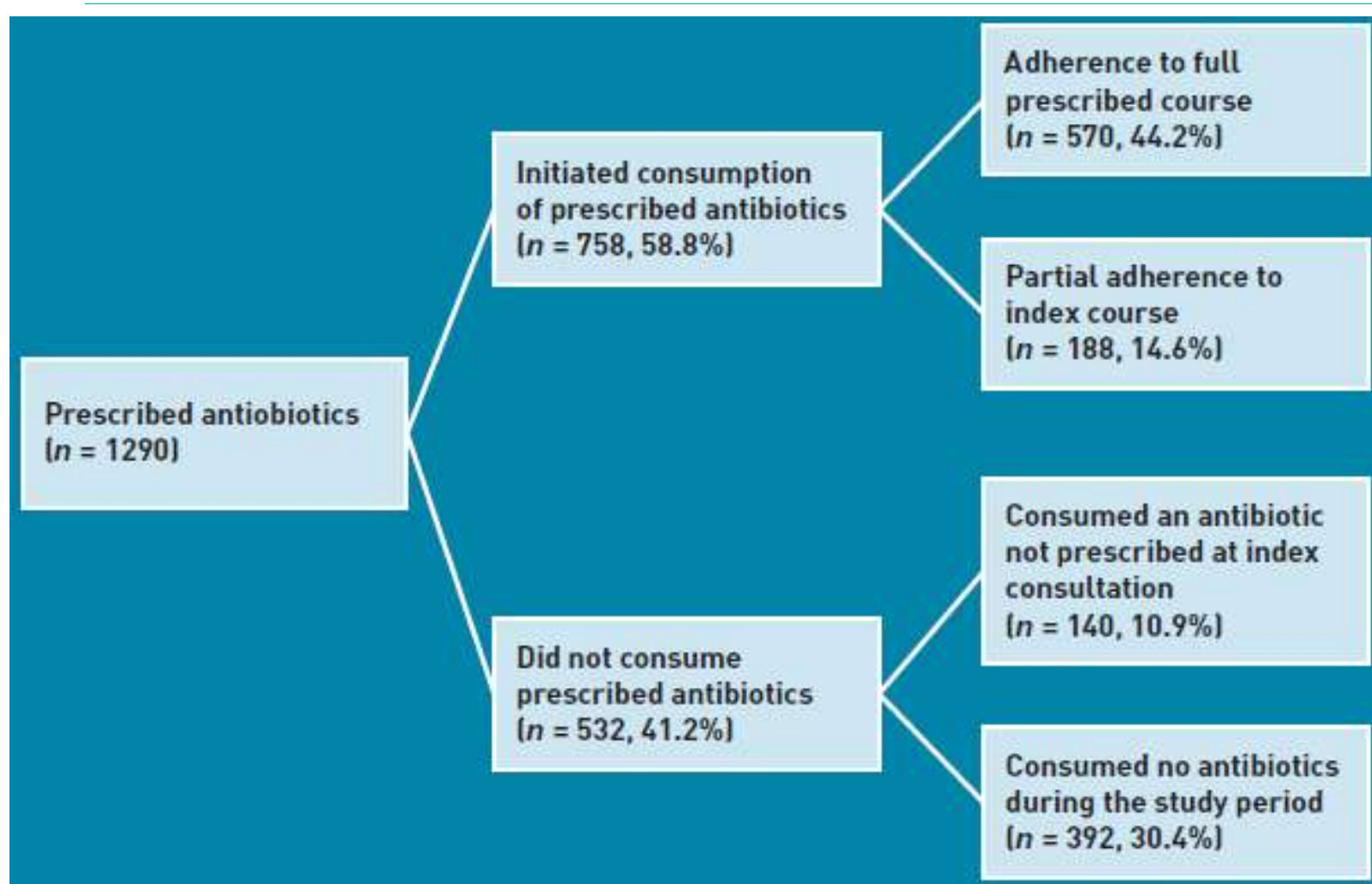
Do general practitioners' consultation rates influence their prescribing patterns of antibiotics for acute respiratory tract infections? Gjelstad S et al. J Antimicrob Chemother. 2011 Oct;66(10):2425-33.

Forskrivning – uthenting

- Stor og klinisk betydningsfull forskjell mellom forskrevet og konsumert antibiotika



Forskrivning – uthenting



Antibiotics for acute cough: an international observational study of patient adherence in primary care. Francis NA et al. Br J Gen Pract. 2012 Jun;62(599)



Vent-og-se-resept



Vent-og-se-resept

- Vent-og-se-resept
 - venteresept
 - ”fredagsresept”
 - delayed prescribing/ deferred prescribing
 - aktiv ekspektans/ watchful waiting
- Vanlig antibiotikaresept med skriftlig/ muntlig instruksjon:
 - Vent og se an (minst 2 døgn)
 - Start antibiotika under visse kriterier



Vent-og-se-resept – rasjonale

- Vi gir unødvendig AB ved luftveisinfeksjoner
 - Prognostisk usikkerhet
 - Krav fra pasient?
- Vent-og-se-resept en god mellomløsning
 - Sikkerhetsnett
 - Kommer pasienten i møte
- La pasienten skjønne at kroppen ordner opp selv

Effekt av VoS i eksperimenter

- Randomiserte, kontrollerte studier:
 - Sår hals: 31% konsumerte antibiotika
 - Hoste/bronkitt: 20-45%
 - Forkjølelse: 48%
 - Otitt hos barn: 24-38%
 - Konjunktivitt: 53%
- Ingen forskjeller i komplikasjoner, noe lengre varighet av enkelte symptomer i vent-og-se-gruppene

Effekt av VoS i eksperimenter

Agree a no antibiotic or delayed antibiotic prescribing strategy for patients with acute otitis media, acute sore throat/acute pharyngitis/acute tonsillitis, common cold, acute rhinosinusitis or acute cough/acute bronchitis.

No antibiotic prescribing

Offer patients:

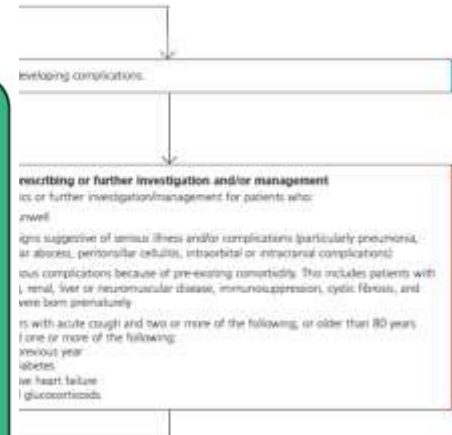
- reassurance that antibiotics are not needed immediately because they will make little difference to symptoms and may have side effects, for example, diarrhoea, vomiting and rash
- a clinical review if the RTI worsens or becomes prolonged.

Delayed antibiotic prescribing

Offer patients:

- reassurance that antibiotics are not needed immediately because they will make little difference to symptoms and may have side effects, for example, diarrhoea, vomiting and rash
- advice about using the delayed prescription if symptoms do not settle or get significantly worse
- advice about re-consulting if symptoms get significantly worse despite using the delayed prescription.

The delayed prescription with instructions can either be given to the patient or collected at a later date.



Effekt av VoS i eksperimenter

- Effekt i eksperimenter er en ting...
- ...hvordan fungerer det i virkeligheten?
- ...hva synes legene om metoden?
- ...hvordan fungerer det i Norge?



Norsk virkelighet

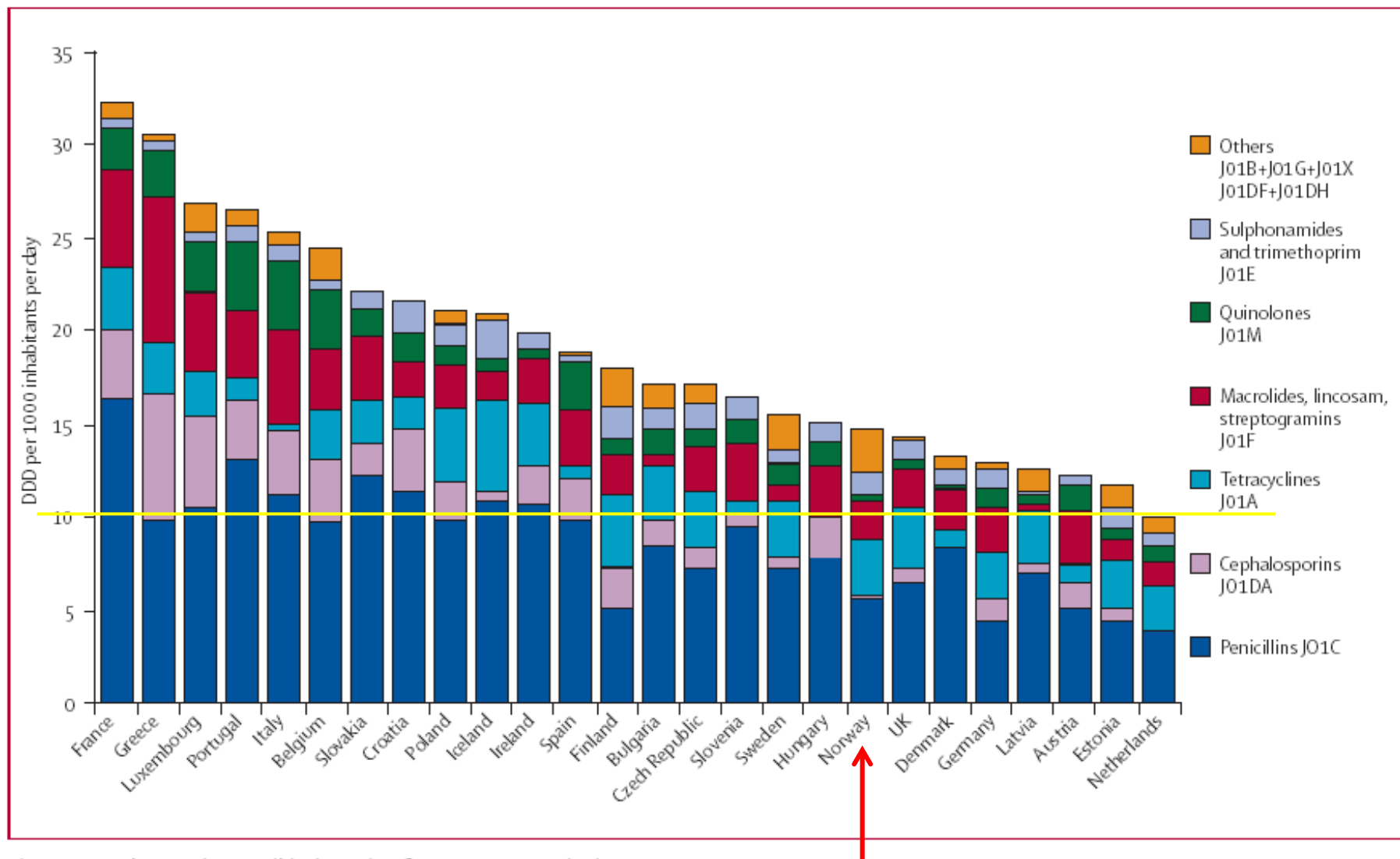
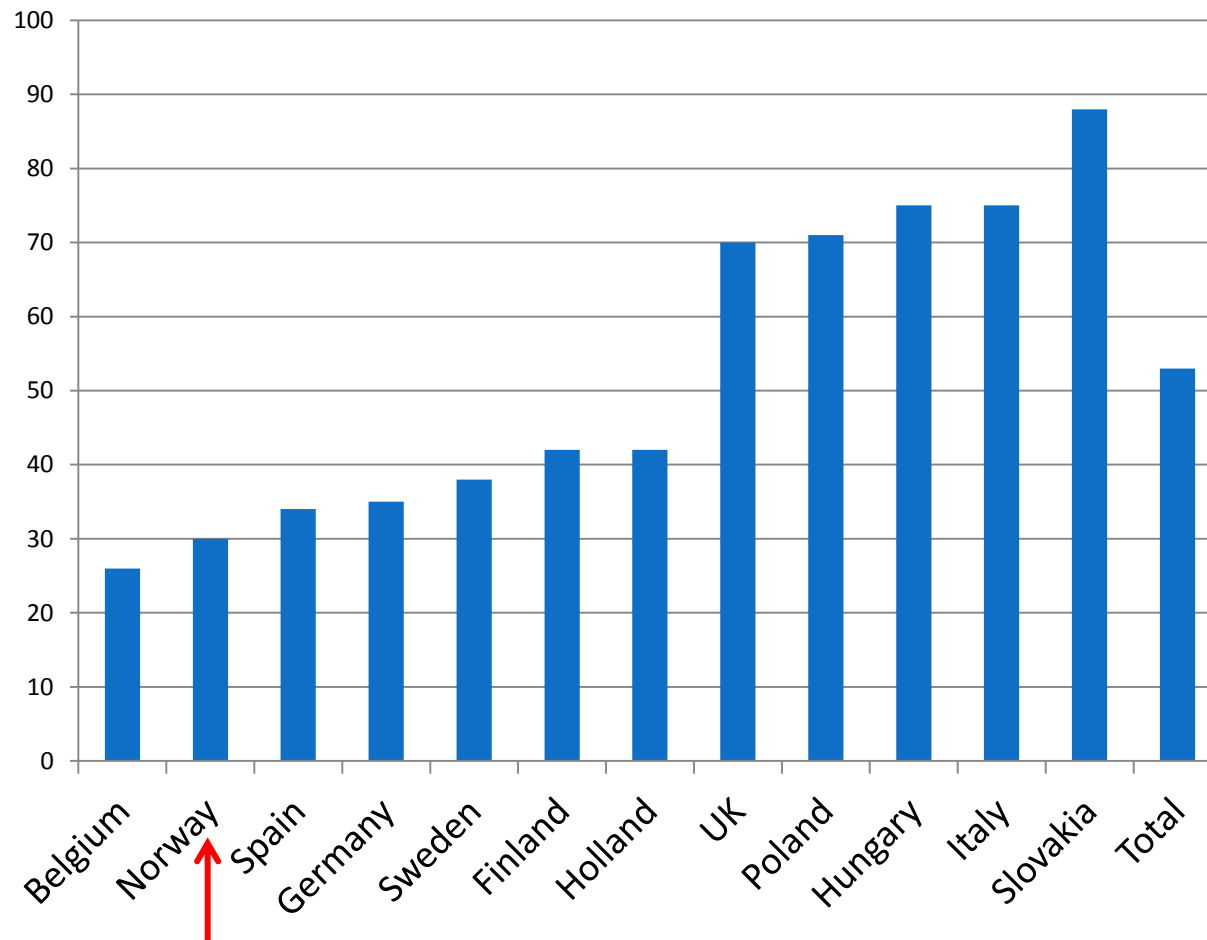


Figure 1: Total outpatient antibiotic use in 26 European countries in 2002

Norsk virkelighet

- Forskrivningsrate for hoste/bronkitt i 12 europeiske land



Vent-og-se-studien

- Tre tilnærminger for å undersøke metodens potensiale i Norge



Data fra Kollegabasert Terapiveiledning-studien – effekt av en “pop-up” på bruk av vent og se-resept og antibiotikaforskrivning



Kvalitativ studie om erfaring med og holdning til vent og se-reseptforskrivning



Spørreundersøkelse om bruk av vent og se-resept





Erfaringer/holdninger til VoS

- Metode:
 - 5 fokusgrupper, 33 allmennleger
 - Spørsmål: Erfaring med metoden, årsaker til å (ikke) bruke den, ved hvilke diagnoser/situasjoner/pasienter, fordeler og ulemper
 - Samtalene ble tatt opp på bånd og skrevet ut, systematisk gjennomlest, hovedtema ble identifisert, meningene innenfor hvert tema ble kondensert; Systematisk tekstkondensering



Erfaringer/holdninger til VoS

- Oppfattelse av vent og se-resept:
 - En praktisk løsning
 - Passer godt med den allmennt medisinske ånd

“Det ligger jo litt i den allmennt medisinske ånden det at man tar seg til en metode som man synes virker logisk og riktig [...] uten at vi har hatt noe vitenskapelig bakgrunn for å gjøre det. Det er allmennt praktikernes beste egenskaper det. De gjøre noe lurt ut av det.”





Erfaringer/holdninger til VoS

- Positivt/negativt: Delte meninger
 - Positive leger: VoS gir mulighet for “shared decision making” og å informere/utdanne pasienten
 - Negative leger: VoS kun brukbart i den ubehagelige situasjonen det er å bli presset til å forskrive antibiotika

“...det er jo for de som ønsker et medikament men du selv argumenterer for at de ikke skal ha, så vinner de til slutt og [jeg] sier ”Men kan du ikke i hvert fall vente litt og se hvordan det utvikler seg i løpet av et par dager?” [...] Man blir jo litt sånn pragmatisk med årene da. ”



Erfaringer/holdninger til VoS

- **Situasjoner:**
- **Diagnoser: Otitt/sinusitt**
 - Diagnoser der tiden spiller en rolle for antibiotika-indikasjon, og der det kan være bakteriell etiologi
- **Før helg/ferier**
 - Unngå at pasienten må oppsøke legevakt. “Helgeresept”.
- **Legevakt/fastlegepraksis – to syn:**
 - Best på legevakt: For mye antibiotikaforskrivning – mer å hente på vent og se-strategien
 - Best i fastlegepraksis: Kjente pasienter – legen vet at resepten ikke blir “misbrukt”.



Erfaringer/holdninger til VoS

- Pasienter:

- “Oppegående”
- Forstå indikasjon for antibiotika
- Være åpne for “shared decision making”

”- [Det er] noen som jeg kjenner såpass godt at jeg vet at det ikke er nødvendig å bringe det på bane.

- Ja, de vil ha klar beskjed. Enten ja eller nei.”



Erfaringer/holdninger til VoS

- Informasjon:
 - Grundig informasjon er obligatorisk ved vent og se-reseptforskrivning
 - En unik mulighet for å informere og ansvarliggjøre pasienten
 - Hindre “utglidning”

”[...] hvis vi bare leverer ut en resept og sier at er du ikke noe bedre innen fire dager så kommer du og henter medisinen, og så ikke vil si noen ting om tilstanden og forklarer litt mer, så tror jeg kanskje det kan bli en sånn skråplanseffekt. Det må ligge litt samtale i bunnen for at ikke det skal skje.”



Pasientenes erfaring med VoS

- Leger ble rekruttert til å registrere 10 påfølgende vent-og-se-forskrivninger for luftveisinfeksjoner
- Spørreskjema til både lege og pasient
- 80% svar fra pasient; 304 svarpar





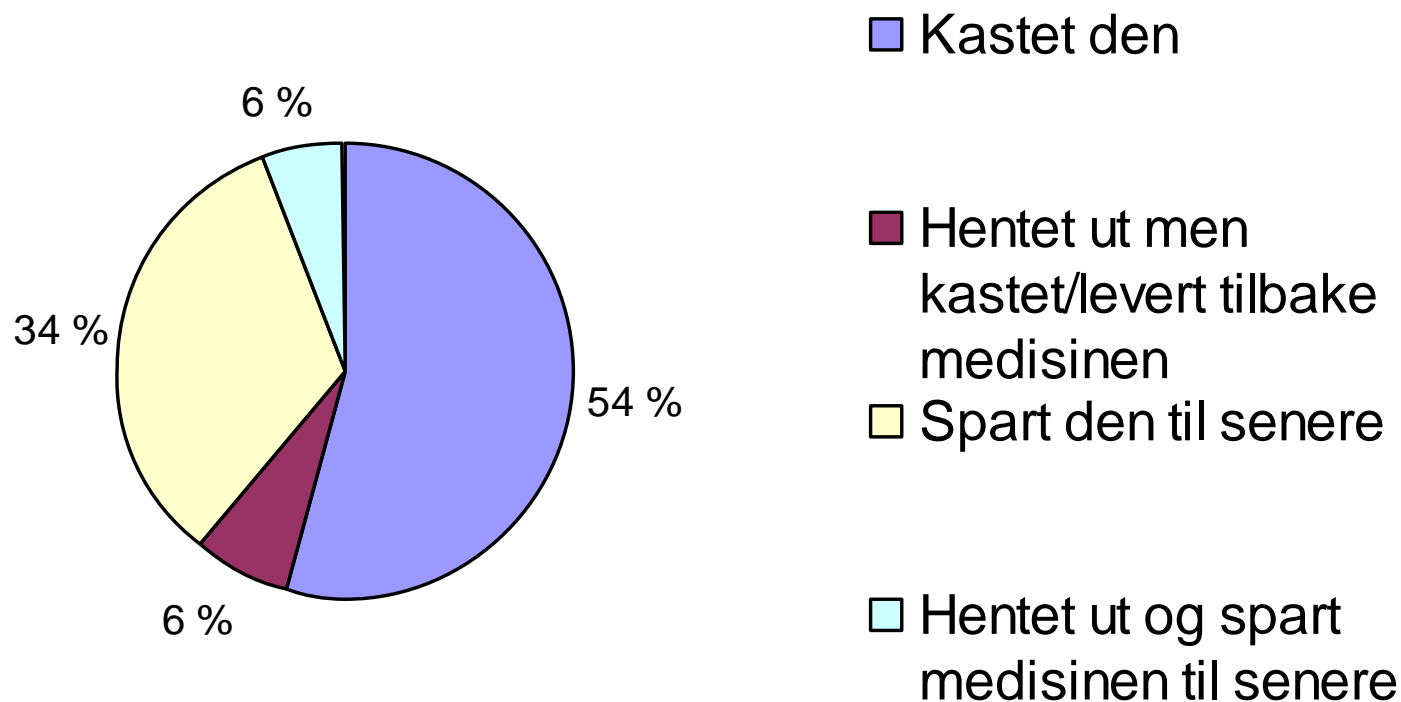
Pasientenes erfaring med VoS

- 46% av pasientene begynte på antibiotika
- 89% ville gjerne ha vent-og-se-resept igjen ved tilsvarende sykdomstilfelle i fremtiden
- Feber og alder >16år doblet OR for å hente ut resepten
- De som følte seg svært syk hadde femdobbel OR for å hente ut resepten



Pasientenes erfaring med VoS

- Hva har du gjort med resepten?





Pasientenes erfaring med VoS

- Legene gav vent-og-se-resept hyppigst ved sinusitt (33%) og otitt (21%)
- Svært fornuftig løsning i 69% av forskrivningene, ganske fornuftig i 30% av forskrivningene
- Legene syntes løsningen var minst fornuftig i de (få) tilfellene der vent-og-se-resept ble gitt pga uenighet med pasienten



Effekt av VoS i daglig praksis

- Leger og pasienter synes altså metoden er fin
- Eksperimenter viser at den kan redusere antibiotikabruken med 50-75%
- Enormt potensiale...?





Effekt av VoS i daglig praksis

- Kollegabasert terapiveiledning:
- Intervensjonsstudie overfor allmennleger
 - Gjennomgang og refleksjon rundt egen forskrivning
 - Forskrivningsdata før og etter intervensjon
 - Uthentingsdata fra Reseptregisteret
- Tre grupper
 - Kontroll
 - Antibiotikakurs+gjennomgang/refleksjon, VoS anbefalt
 - Antibiotikakurs+gjennomgang/refleksjon, VoS anbefalt + pop-up-påminner om bruk av VoS
- Materiale:
 - 328 leger
 - 72.512 resepter
 - 237.588 konsultasjoner



Effekt av VoS i daglig praksis

KTV prosjektet - antibiotikaforskrivning [X]

Du har nettopp ordinert antibiotika til denne pasienten.
Er dette en "vent-og-se" resept?

Nei - dette er en vanlig resept

Ja - dette er en vent-og-se resept

Dersom resepten brukes, skal den innløses innen dager

Trykk <enter> for å lagre



Effekt av VoS i daglig praksis

- Resultatene er ennå ikke publisert, og derfor fjernet fra denne presentasjonen



Effekt av VoS i daglig praksis

- Konklusjon:
 - Pasienten venter og ser (uten å bli bedt om det...) – mye antibiotika spart
 - Mindre ”antibiotikasparende” effekt av vent-og-se-resept i daglig praksis enn i eksperimenter
 - Stadig påminning om metoden fører til mer bruk og lavere total uthenting
 - Potensialet er størst hos yngre, og ved otitt, sinusitt og øvre LVI

Konklusjon

- Vent-og-se-resept er å anse som god medisin, og bør ha en naturlig plass i allmennlegens verktøykasse
 - Må ikke erstatte "ingen resept"
 - Grundig informasjon må følge med
- Rundt halvparten av pasientene vil hente ut resepten
- Størst potensiale ved otitt og sinusitt.

Konklusjon

- Vent-og-se-resept bør anbefales og inkluderes i kvalitetsforbedringsprosjekter
 - Ingen enorm effekt
 - Ulikt potensiale i forskjellige land
- Pasientens egen vent-og-se-holdning gir mer besparing enn legens
 - Bør utforskes og utnyttes

Anbefalinger

- Situasjoner:
 - Usikker diagnose/indikasjon for antibiotika
 - Kort varighet
 - Vansker med oppfølging
 - Uenighet om behov for antibiotika
- Ventetid:
 - Forskjellig for hver situasjon/diagnose
 - Otitt: symptomvarighet 3 døgn
 - Sinusitt: symptomvarighet 7 døgn

Anbefalinger

- Fra de nasjonale retningslinjene:

”Vent og se-resept” kan brukes:

- Ved alle typer øvre luftveisinfeksjoner der det kan mistenkes en bakteriell etiologi, men sinusitt og otitt virker spesielt egnet.
- Når du har bestemt deg for å forskrive antibiotika, men symptomene er milde.
- Når du har bestemt deg for å forskrive antibiotika, men symptomene kan være forbigående.
- Når du har bestemt deg for å forskrive antibiotika på usikker 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.

Det er viktig å informere pasienten om å ta ny kontakt til lege ved klar forverring av tilstanden i venteperioden.

