

At det eksisterer et stort påtrykk om å få forskrevet antibiotika til febersyke barn, er en myte. Snarere er det slik at mange foreldre har en restriktiv holdning til antibiotikabruk

## Hva påvirker barns antibiotikabruk?

Problemer knyttet til antibiotikaresistente bakterier har hittil vært relativt små i Norden. Men de siste tiårene har vi opplevd epidemier med resistente gruppe A-streptokokker, penicillinresistente pneumokokker og fusidinresistente gule stafylokokker. Norge har fortsatt en gunstig posisjon internasjonalt hva angår antibiotikabruk og resistensutvikling og er blant de landene som har lavest humant forbruk av antibiotika (1). Her i landet er det også lite resistensutvikling hos de vanligste luftveispatogener, slik som pneumokokker, gruppe A-streptokokker og *Haemophilus influenzae* (2). I 2001 hadde 3 % av de analyserte pneumokokk-isolatene nedsatt følsomhet for penicillin (2).

I retningslinjer fra 2000 for antibiotikabruk i allmennpraksis, utgitt av Statens helsetilsyn, ble penicillin V anbefalt som førstehåndsmiddel dersom antibiotika er indisert ved de vanligste luftveisinfeksjonene (3). Fortsatt er en del av antibiotikaforbruket i Norge overflødig eller feilaktig, og retningslinjene anbefaler å arbeide for en reduksjon av totalforbruket med 30 %. I tillegg til å ha et lavt forbruk av antibiotika generelt, har Norge fortsatt et høyt forbruk av smalspektret penicillin (4). Begge disse faktorene bidrar sannsynligvis til den lave og stabile resistensutviklingen.

I dagens norske samfunn forutsettes det og forventes det at en stor andel av småbarnsforeldre skal være i arbeid. Barnehagebarn utgjør derfor en stor gruppe av alle førskolebarn. Disse barna blir utsatt for ulike former for press. For det første er smittepresset når det gjelder virale og bakterielle luftveisinfeksjoner økt ved at flere barn er samlet på et lite område. For det andre medfører de begrensede mulighetene foreldre har til å holde seg borte fra arbeidet ved barns sykdom, at barna altfor ofte sendes i barnehagen før de er blitt friske. Dette bidrar ytterligere til økt smittepress for de andre barna. Å gå i barnehage eller å ha søsken i barnehage er en risikofaktor for at barnet skal få residiverende mellomøreinfeksjoner, bli såkalte ørebarn (5).

I to artikler i dette nummer av Tidsskriftet presenterer Anne-Lise Nordlie & Bjørg Marit Andersen resultater fra en undersøkelse om bruk av antibiotika blant barnehagebarn og foreldrenes syn på legenes håndtering av barna (6, 7). Selv om svarprosenten var relativt lav og undersøkelsen dermed har usikker representativitet, fremkommer det en rekke interessante funn. Undersøkelsen viser blant annet at en rekke forhold som ikke er direkte knyttet til sykdommen, påvirker antibiotikaforbruket (6). Foreldrenes alder, sivilstatus, utdanning og kunnskaper, innstilling hos arbeidsgiver og kolleger og hjelp av andre pårørende er faktorer som påvirker forbruket av antibiotika. Dette samsvarer med andre undersøkelser, som viser at ikke-medisinske forhold påvirker antibiotikaforbruket. Blant disse er den nå klassiske studien som viste at studenter med sår hals lettere fikk forskrevet antibiotika dersom legen visste at de skulle ha eksamen uken etter (8).

Nordlie & Andersen konkluderer med at dersom syke barn kan være hjemme, vil det føre til mindre smittepress i barnehagene og redusert bruk av antibiotika (6). Dette budskapet bør tas alvorlig av de politiske myndigheter. Så lenge det er en målsetting at flest mulig småbarnsforeldre skal kunne fungere i arbeidslivet, bør ordningene rundt permisjon og lovlig fravær ved barns sykdom tas opp til revisjon.

Artikkelen om allmennlegenes håndtering av luftveisinfeksjoner (7) reiser også viktige spørsmål. Det er tankevekkende at en tredel av foreldrene hadde skiftet fastlege på grunn av misnøye med legenes håndtering av barna. Videre trodde nesten halvparten at legene forskrev for mye antibiotika, og deres forventning til en god håndtering var primært knyttet til grundig undersøkelse og informasjon. Det å skrive ut en antibiotikaresept ble oppfattet som et grep fra legen for å spare tid under konsultasjonen. Dette viser at en betydelig andel av foreldrene har en restriktiv holdning til antibiotikabruk, og at påtrykket for å få antibiotika blant småbarnsforeldre i stor grad er en myte. Foreldrenes ønske om primært å få undersøkelse, råd og veiledning og ikke nødvendigvis antibiotikaresept, er også i samsvar med undersøkelser i andre land. Det er funnet tilsvarende holdninger hos amerikanske pasienter med luftveissykdom: Pasienttilfredshet var assosiert med at pasienten var tilstrekkelig informert og fikk adekvat forståelse av sykdommen, men var uavhengig av om antibiotika ble forskrevet eller ikke (9).

Mye tyder på at det er forskjeller i legens håndtering når barna er hos sin fastlege i forhold til når de er hos en legevaktlege. For å møte behovet for grundig undersøkelse, informasjon, oppfølging og kontroll bør disse barna i størst mulig grad følges opp av egen fastlege, og foreldrene bør bare søke legevakt ved akutte tilstander som ikke kan vente. Det vil ofte være et element av tvil ved håndtering av luftveisinfeksjoner hos barn, spesielt om det er indikasjon for antibiotika. I slike situasjoner kan «eventuelt-resept» være et alternativ: Foreldrene får beskjed om å bruke resepten om tre dager dersom barnet ikke er blitt bedre.

### Morten Lindbæk

*morten.lindbak@medisin.uio.no*

*Morten Lindbæk (f. 1950) er dr.med., fastlege i Stokke kommune og førstemanuensis ved Institutt for allmenn- og samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Oslo.*

*Oppgitte interessekonflikter: Ingen*

### Litteratur

1. Cars O, Molstad S, Melander A. Variation in antibiotic use in the European Union. *Lancet* 2001; 357: 1851–3.
2. NORM/NORM-VET : consumption of antimicrobial agents and occurrence of antimicrobial resistance in Norway. Oslo and Tromsø: Norsk zoonosesenter og Universitetssykehuset Nord-Norge, 2003.
3. Berild D, red. Smittevernloven – håndbok. Antibiotika i allmennpraksis. Oslo: Statens helsetilsyn, 2000.
4. Lindbæk M, Berild D, Straand J et al. Influence of prescription patterns in general practice on anti-microbial resistance in Norway. *Br J Gen Pract* 1999; 49: 436–40.
5. Kværner KJ, Mair IW. Akutt og residiverende akutt otitis media. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1997; 117: 4096–8.
6. Nordlie A-L, Andersen BM. Foreldres syn på bruk av antibiotika hos barn. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 2229–31.
7. Nordlie A-L, Andersen BM. Foreldres syn på legens rolle ved antibiotikabruk hos barna. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 2240–1.
8. Howie JG. Clinical judgement and antibiotic use in general practice. *BMJ* 1976; 2: 1061–4.
9. Hamm RM, Hicks RJ, Bembem DA. Antibiotics and respiratory infections: are patients more satisfied when expectations are met? *J Fam Pract* 1996; 43: 56–62.