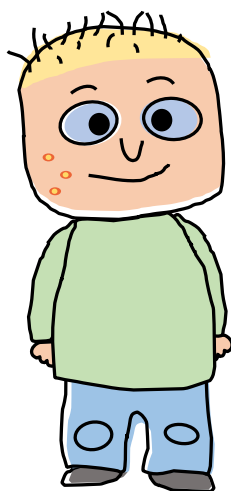


Behandling af impetigo i almen praksis

- En spørgeskemaundersøgelse



Forfattere:

Amalie Dalhoff Amby, læge
Anette Rams Mejdahl, læge
Malene Fløe Andersen, læge

Vejledere:

Annemette Bondo Lind, Ass. Professor, PhD Health Science and Psychology
Morten Bondo Christensen, praktiserende læge, seniorforsker, PhD

Forskningstræningshold nr. 44

Indhold

Introduktion	2
Formål	3
Metode.....	3
Tabel 1.....	4
Tabel 2.....	5
Resultater	6
Figur 1	6
Figur 2	6
Figur 3	7
Figur 4	7
Figur 5	8
Figur 6	9
Figur 7	10
Figur 8	11
Figur 9	11
Figur 10.....	12
Diskussion.....	12
Populationen	12
Svagheder og styrker	13
Diskussion af resultater.....	14
Perspektivering.....	16
Figur 11.....	17
Figur 12.....	18
Konklusion.....	18
Appendix	19
Kommentarer til case 1 (spørgsmål 5)	19
Kommentarer til case 2 (spørgsmål 6)	19
Kommentarer til case 3 (spørgsmål 7)	19
Kommentarer til spørgsmål 8.....	20
Referenceliste.....	21

Introduktion

Impetigo er en af de hyppigste hudlidelser, der ses i almen praksis. Ifølge sundhed.dk rammes 1-3% af alle børn under 12 år årligt af børnesår (1).

Impetigo defineres ved at være en overfladisk hudinfektion karakteriseret ved spontant opståede huderosioner, som efterhånden bliver dækket med honninggule skorper. Infektionen er smitsom og rammer oftest børn mellem to og seks år. Den hyppigste agens er gule stafylokokker, sjældnere infektion med hæmolytiske streptokokker gruppe A (4).

Klinisk foreligger to former: almindelig, ikke-bulløs impetigo og Bulløs impetigo(4). I vores undersøgelse tages udgangspunkt i den almindelige non-bulløse type.

Vi har læst behandlingsvejledninger og rekommandationer i de opslagsværker de fleste praktiserende læger benytter: Lægehåndbogen, IRF (Rationel Farmakoterapi), den nationale rekommandationsliste på sundhedstyrelsens hjemmeside, medibox samt pro.medicin.dk. Alle vejledninger anbefaler brug af desinficerende sæbe (antiseptisk behandling) som primær behandling af simpel impetigo, og brug af topikal behandling er kun indiceret ved manglende effekt af behandlingen med desinficerende sæbe (2,3,4,5,6). Ifølge IRF er effekten af topikal antibiotika undersøgt og fundet at have god effekt og få bivirkninger, men anbefales ikke til primær behandling af impetigo pga risiko for udvikling af antibiotikaresistens(3). Ved større og mere udbredte læsioner anbefales at supplere med systemisk antibiotika efter resistensbestemmelse. I følge sundhed.dk anbefales det, at mindre børn med impetigo først må komme i institution, når sårene er tørret ind, og sårskorperne er faldet af, da sårene kan smitte, selvom behandling er startet. Behandling med antibiotika er altså ikke en forudsætning for pasning i institution.

Jvnf notat på IRF,dk ved farmaceut Kasper Larsen vedr. behandling af impetigo:

”Sundhedsstyrelsen anbefaler, at lægen poder hudforandringen ved første henvendelse for at afgøre resistens og følsomhed, der kan være afgørende for behandlingen. For at reducere risikoen for udvikling af antibiotikaresistens bør impetigo som udgangspunkt behandles med antiseptisk behandling” (3).

Fucidin resistens er almindeligt på globalt plan, hvilket kan skyldes øget forbrug af præparater til topikal anvendelse (7). Tal fra Danmap-rapporten fra 2015 (8) viser, at resistens til fusidin også har været stigende i Danmark de sidste ti år. Forekomsten af resistens i isolater fra tilfælde med S. aureus-bakteriæmi har haft en stabil øgning fra 10% i 2005 til 16% i 2015 ifølge samme rapport. Det anbefales derfor, at der vises tilbageholdenhed ved brug af fusidin. Dette er også baggrunden for opdatering af behandlingsrekommandationer for impetigo i almen praksis fra 2017 ved IRF og som nyligt igen er opdateret i 2019.

Vores indtryk er dog, at mange læger, trods ensrettede rekommandationer fra flere forskellige hjemmesider, i høj grad behandler impetigo med topikal antibiotika, som fx fucidin. Vi finder det interessant at undersøge nærmere, om det virkelig forholder sig således. Såfremt vores hypotese viser sig at være rigtig, finder vi det også interessant at undersøge, hvad årsagen er: Skyldes det et eksternt pres på lægen fra forældre, der ønsker, at barnet behandles med antibiotika? Særligt i

forhold til mindre børn kan der være et stærkt ønske fra forældrenes side om at iværksætte antibiotisk behandling i håb om at afkorte karenstiden i forhold til institution. Et ønske som for den enkelte ofte vil opveje den øgede risiko for resistensudvikling (9).

Eller skyldes det, at behandling med topikal antibiotika har været førstevalget til behandling af impetigo tidligere? Skulle dette vise sig at være tilfældet, vil vi forvente at se en aldersdifferenciering i valg af behandlingsstrategi, således at læger med flest års erfaring vil være mere tilbøjelige til at behandle impetigo med fucidin, fremfor yngre læger.

Formål

Formålet med opgaven er at se på, hvorledes simpel impetigo behandles i almen praksis. Læner man sig op af de rekommandationer, der findes på området og vælger antiseptisk behandling, eller behandler man med topikal antibiotika, trods risiko for resistensudvikling?

Metode

Til at undersøge hvorledes impetigo håndteres i almen praksis, udviklede vi et spørgeskema med 9 spørgsmål omhandlende impetigo. Ved udvikling af undersøgelsens spørgeskema tog vi udgangspunkt i vores baggrundsviden om impetigo (1,4).

3 af spørgsmålene (spørgsmål 5, 6 og 7) var udformet som cases, som hver repræsenterede en sygehistorie med forskellig sværhedsgrad af impetigo (Case 1 = mild/begrænset impetigo, Case 2 = moderat/begrænset impetigo, Case 3 = svær/udbredt impetigo). Af spørgeskemaet fremgik det ikke eksplicit, hvilken grad af impetigo, der var til stede i de enkelte cases. Sværhedsgraden var op til den enkelte respondent at vurdere og ud fra denne vurdering vælge sin behandlingsstrategi. Spørgeskemaet ses i tabel 1.

Efter opnået enighed i gruppen om spørgeskemaets indhold blev skemaet først sendt til 3 læger som en form for pilot-undersøgelse, hvor 1 var uddannelseslæge med under 5 års erfaring og 2 var speciallæger i almen medicin med 5-15 års erfaring. De udfyldte spørgeskemaet og gav herefter feedback i forhold til eventuelle ændringsforslag. Spørgeskemaet blev herefter justeret, før det blev sendt ud i sin endelige form.

Vi benyttede computerprogrammet "Survey Monkey", som er udviklet til oprettelse af spørgeskemaundersøgelser. Programmet giver mulighed for at sende undersøgelser ud via e-mail, SMS eller sociale netværk og gør det efterfølgende muligt at filtrere, sammenligne og analysere de indhentede resultater og data.

Skemaet blev sendt ud i 4 lukkede facebookgrupper, hvor medlemmerne er læger, som er tilknyttet almen praksis (tabel 2), enten som uddannelseslæger eller speciallæger. I invitationen af lægerne i de respektive facebookgrupper fremgik det, at besvarelsen ville være anonym og varigheden af besvarelsen på 2- 3 minutter. Der blev ligeledes givet en kort og præcis definition på impetigo .

Vi uploadede spørgeskemaet den 21.11.2019 og lukkede ned for yderligere besvarelser d. 04.12.2019.

Herefter blev data manuelt indtastet i Excel ark til videre analyse og bearbejdning.

Tabel 1		
Spørgsmål 1	Din jobtitel	☐ Uddannelseslæge ☐ Speciallæge ☐ Andet (angiv venligst)
Spørgsmål 2	Køn	☐ Mand ☐ Kvinde
Spørgsmål 3	Hvor længe har du arbejdet i almen praksis?	☐ Under 5 år ☐ 5-15 år ☐ 15-30 år ☐ Mere end 30 år
Spørgsmål 4	Hvor ofte ser du en patient med impetigo i dit arbejde?	☐ Ca. under 1 gang om måneden ☐ Ca. 1-3 gange om måneden ☐ Ca. mere end 3 gange om måneden
Spørgsmål 5	Forestil dig nedenstående scenarie (Case 1): 4-årig børnehavebarn kommer i praksis på mistanke om børnesår. Du finder barnet upåvirket og afebril med en enkelt læsion forenelig med klinisk impetigo ved venstre mundvig på 1x1 cm. Hvilken behandlingsstrategi vælger du? Afkryds en eller flere svarmuligheder	☐ Podning ☐ Vælger at se an ☐ Daglig antiseptisk behandling (fx med klorhexidinsæbe eller lignende) ☐ Topikal antibiotisk behandling (fx med fucidincreme) ☐ Systemisk antibiotisk behandling (peroralt) ☐ Klinisk kontrol ☐ Andet (angiv venligst)
Spørgsmål 6	Forestil dig nedenstående scenarie (Case 2): 3-årig pige ses i din praksis pga. udslæt. Du finder barnet upåvirket og afebril med 3 læsioner, forenelig med klinisk impetigo omkring mund og hage (hver læsion under 1 cm i diameter). Hvilken behandlingsstrategi vælger du? Afkryds en eller flere svarmuligheder	☐ Podning ☐ Vælger at se an ☐ Daglig antiseptisk behandling (fx med klorhexidinsæbe eller lignende) ☐ Topikal antibiotisk behandling (fx med fucidincreme) ☐ Systemisk antibiotisk behandling (peroralt) ☐ Klinisk kontrol ☐ Andet (angiv venligst)
Spørgsmål 7	Forestil dig nedenstående scenarie (Case 3): 5-årig dreng ses i praksis i akuttiden. Han	☐ Podning ☐ Vælger at se an

	har udviklet udslæt på større dele af kroppen over de seneste 2 dage. Du finder barnet upåvirket og afebril, men med multiple læsioner forenelig med klinisk impetigo fordelt på ansigt og truncus. Læsionernes størrelse varierer fra 0,5- 2 cm i diameter. Hvilken behandlingsstrategi vælger du? Afkryds en eller flere svarmuligheder	☐ Daglig antiseptisk behandling (fx med klorhexidinsæbe eller lignende) ☐ Topikal antibiotisk behandling (fx med fucidincreme) ☐ Systemisk antibiotisk behandling (peroralt) ☐ Klinisk kontrol ☐ Andet (angiv venligst)
Spørgsmål 8	Påvirker patientens/pårørendes ønske om antibiotisk behandling din behandlingsstrategi?	☐ Ja ☐ Nej ☐ I visse tilfælde, fx frustrerede forældre
Spørgsmål 9	Hvorledes vil du rådgive forældre, ifht. hvornår et upåvirket barn med impetigo igen kan komme i institution? (der tages udgangspunkt i vuggestue eller børnehavebørn).	☐ Barnet må komme i institution så snart din valgte behandlingsstrategi er opstartet ☐ Barnet må kun komme i institution, såfremt der er opstartet antibiotisk behandling (topikal eller systemisk) ☐ Barnet må først komme i institution, når sårerne er tørret ind og skorperne er faldet af (uanset hvilken behandlingsstrategi der er valgt) ☐ Der er ingen restriktioner i forhold til impetigo og pasning i institution

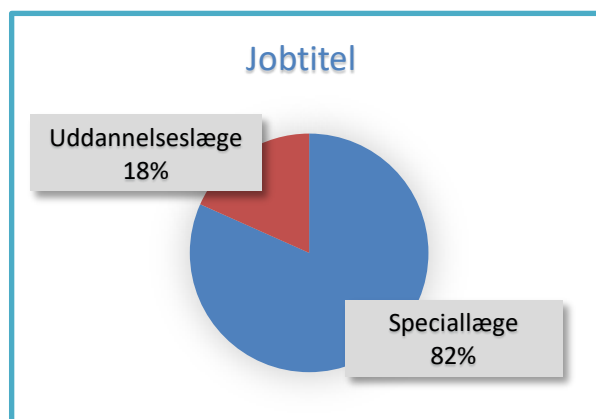
Tabel 2		
Gruppe	Antal medlemmer	Gruppens formål/definition
12-mandsgruppe 1	13	Decentraliseret gruppebaseret efteruddannelse (DGE) bestående af uddannelseslæger og nyuddannede speciallæger
12-mandsgruppe 2	13	Decentraliseret gruppebaseret efteruddannelse (DGE) bestående af uddannelseslæger
APULIV (Almen Praksis UddannelsesLæge i Vest)	115	Forum for alle uddannelseslæger i Region Midtjylland, Vest. Medlemmer er KBU-, Intro- og HU-læger inden for Almen Medicin

PLO-initiativgruppen – Medlemmernes Debatforum	2480	Lukket gruppe for praktiserende læger, speciallæger i almen medicin og læger under uddannelse til almen medicin
---	------	---

Resultater

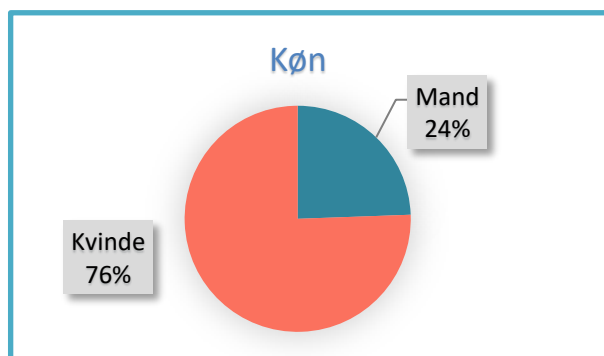
I alt 131 læger besvarede spørgeskemaet. 130 besvarede alle 9 spørgsmål, og en enkelt svarede på de første 8 spørgsmål.

Ud af de 131 besvarelser, var 107 (82%) speciallæger og 24 (18%) var uddannelseslæger i almen medicin. Figur 1



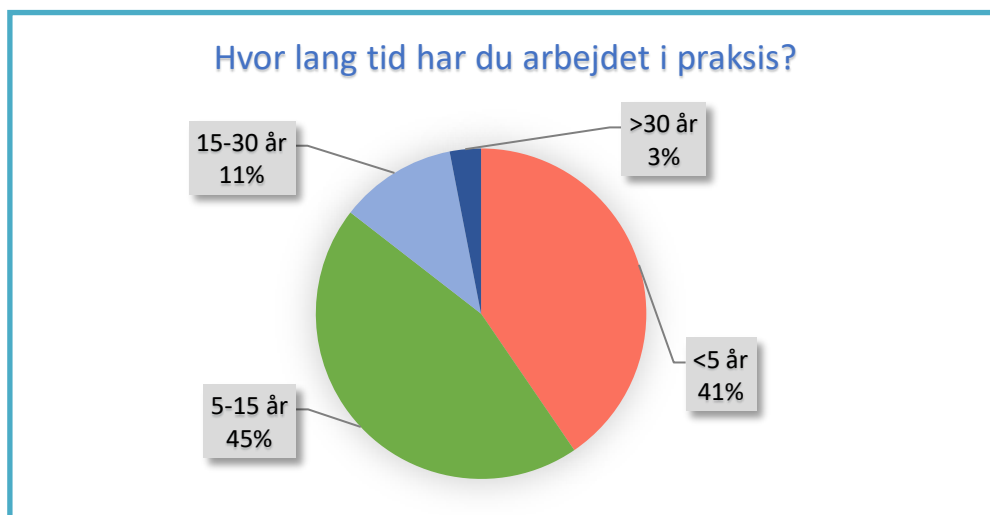
Figur 1

Ud af de 131 besvarelser var 24% mænd og 76% kvinder. Figur 2



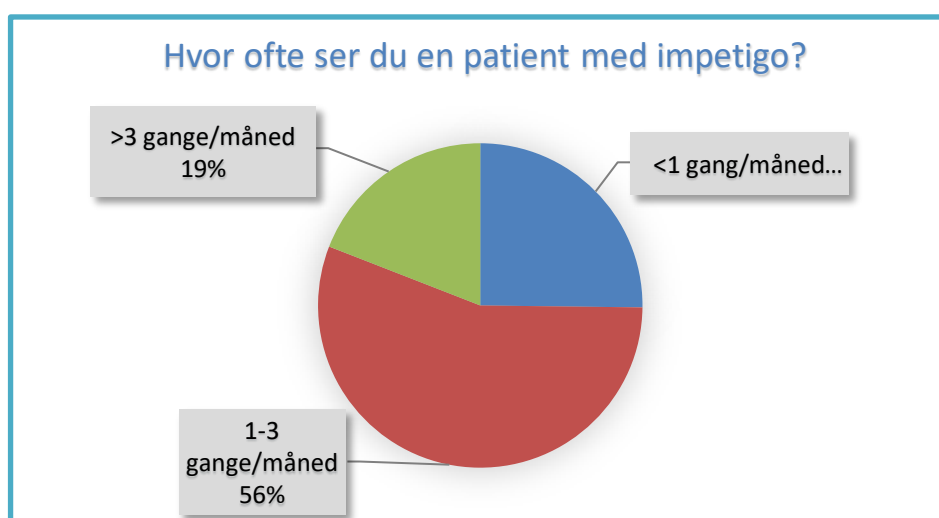
Figur 2

Ud af de 131 besvarelser angav 41% af de havde arbejdet under 5 år i praksis, 45% havde arbejdet 5-10 år i praksis, 11% havde arbejdet 15-30 år og 3% havde arbejdet mere end 30 år i praksis. Samlet betød det at hele 86 % af de læger der besvarede spørgeskemaet, havde arbejdet i praksis under 15 år, mod kun 14 % der havde arbejdet over 15 år i praksis. Figur 3



Figur 3

Ud af de 131 besvarelser, så 25% en patient med impetigo under 1 gang om måneden, 56% læger så patienter med impetigo 1-3 gange om måneden, og 19% så patienter med impetigo mere end 3 gange i måneden. Figur 4



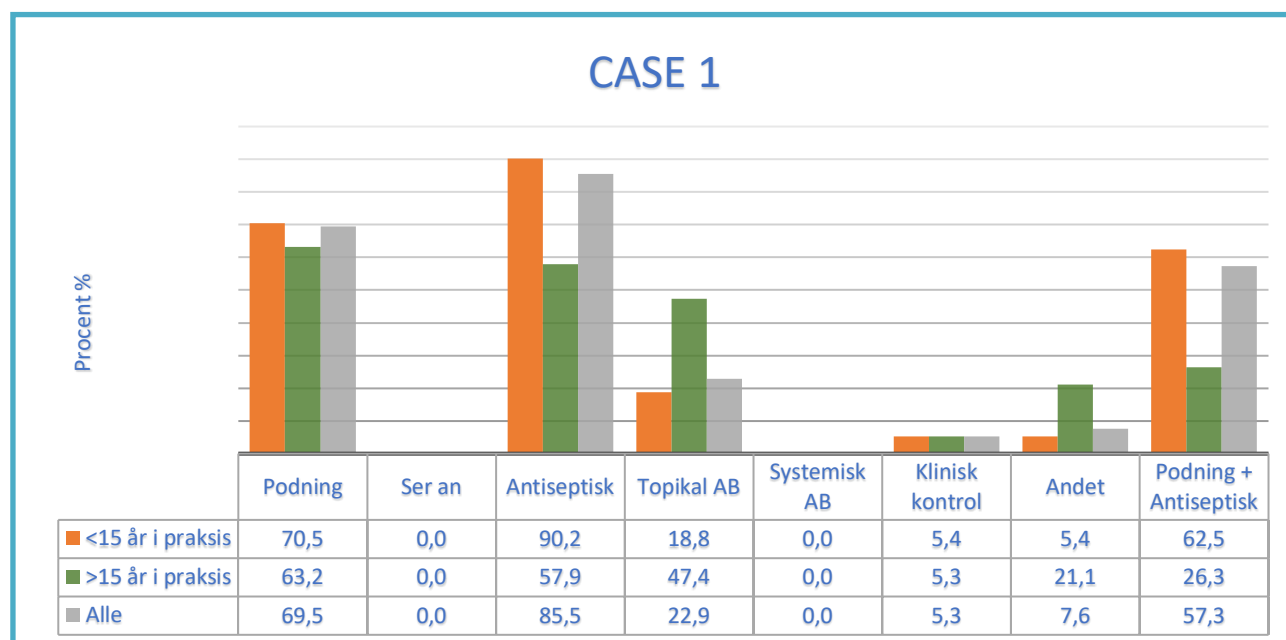
Figur 4

I den første case, som skulle illustrere et barn med mild impetigo, valgte 69,5 % at pøde, 22,9 % valgte at behandle med topikal antibiotika, 85,5 % valgte at give antiseptisk behandling og 57,3 % valgte både at pøde og opstarte antiseptisk behandling.

I gruppen af læger som havde arbejdet i praksis under 15 år, behandlede 18,8 % med topikal antibiotika og 90,2 % behandlede med antiseptisk behandling. I gruppen der havde arbejdet over 15 år i praksis behandlede 47,4 % med topikal antibiotika og 57,9 % behandlede med antiseptisk behandling. Figur 5

Ingen valgte i den første case at se an eller behandle med systemisk antibiotika.

Se appendix for kommentarer til case 1.



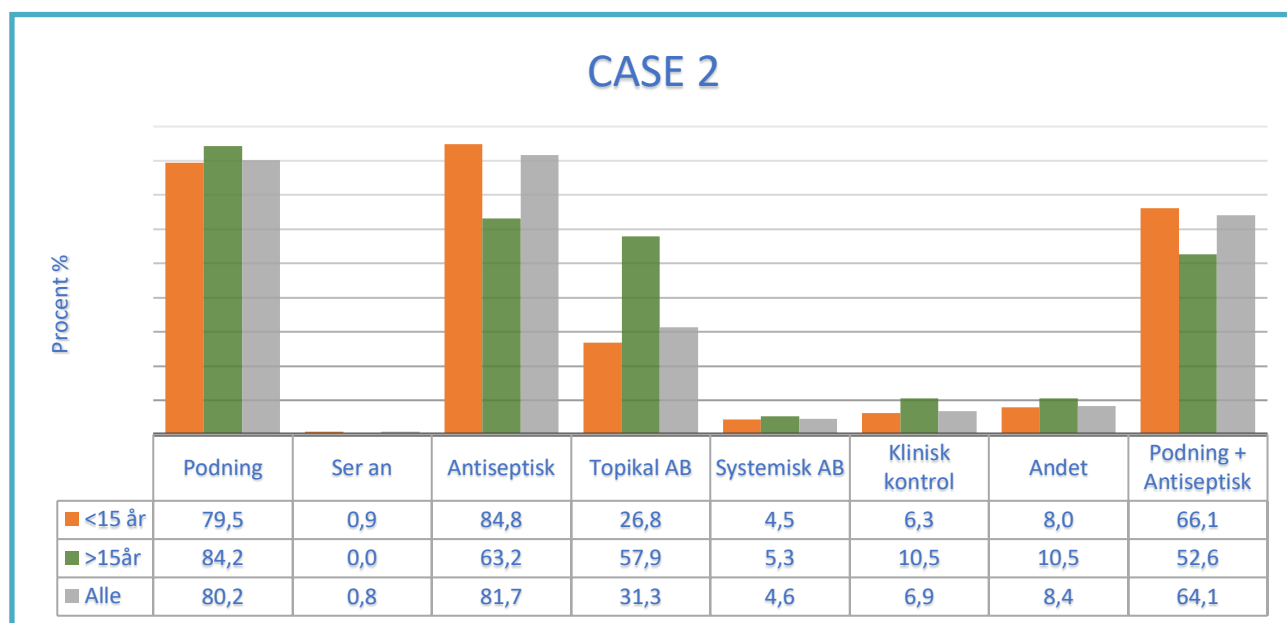
Figur 5

I den anden case som skulle illustrere et moderat tilfælde af impetigo, valgte 80,2 % at pøde, 31,3 % at behandle med topikal antibiotika, 81,7 % valgte at give antiseptisk behandling og 55,1 % valgte at udføre både podning og ordinere antiseptisk behandling.

I gruppen af læger som havde arbejdet i praksis under 15 år, behandlede 26,8 % med topikal antibiotika, 84,8 % behandlede med antiseptisk behandling. I gruppen der havde arbejdet over 15 år i praksis behandlede 57,9 % med topikal antibiotika, 63,2 % behandlede med antiseptisk behandling. Figur 6

En enkelt læge valgte i den anden case at se an og 6 læger valgte at behandle med systemisk antibiotika.

Se appendix for kommentarer til case 2.



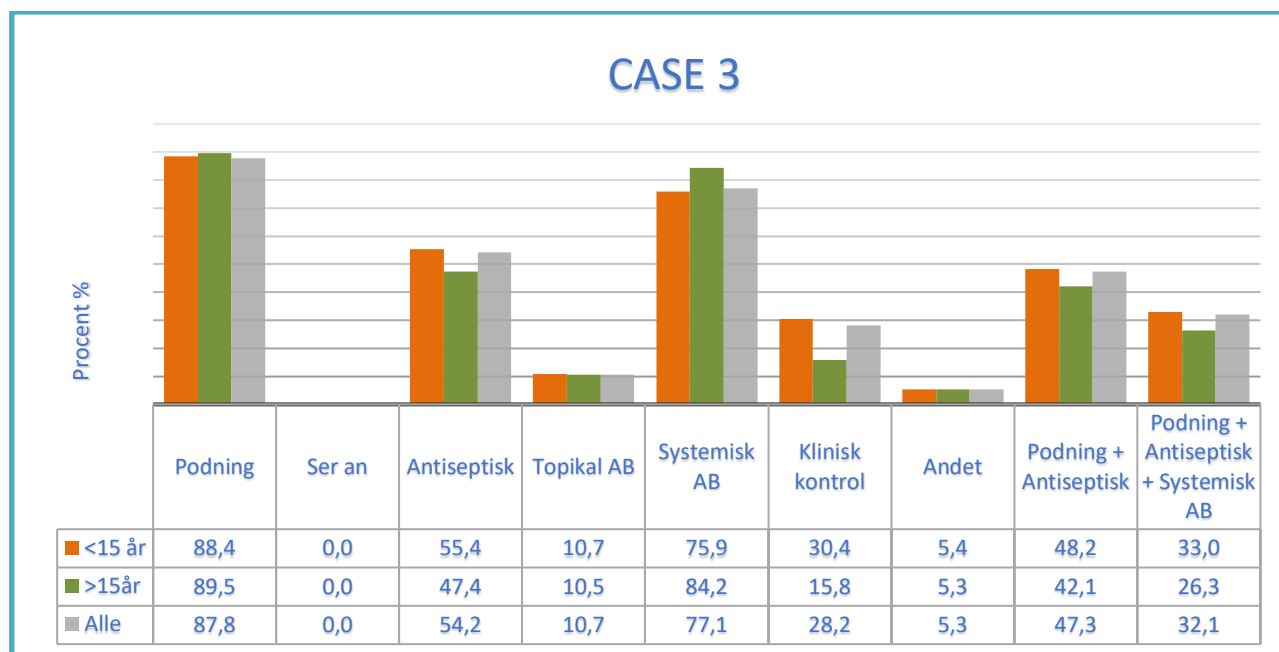
Figur 6

I den tredje case som illustrerer et tilfælde af svær/udbredt impetigo, valgte 87,8 % at pøde, 10,7 % at behandle med topikal antibiotika, 54,2 % valgte at give antiseptisk behandling og 32,1 % valgte podning, antiseptisk behandling og systemisk antibiotika.

I gruppen af læger som havde arbejdet i praksis under 15 år, behandlede 10,7 % med topikal antibiotika, 55,4 % behandlede med antiseptisk behandling og til sidst valgte 33 % at pøde og behandle med både antiseptisk behandling og systemisk antibiotika. I gruppen der havde arbejdet over 15 år i praksis behandlede 10,5 % med topikal antibiotika, 47,4% behandlede med antiseptisk behandling og 26,3 % behandlede med både podning, antiseptisk behandling og systemisk antibiotika. Figur 7

Ingen læger valgte i denne case at se an. Til gengæld valgte 101 læger (77,1%) at behandle med systemisk antibiotika.

Se appendix for kommentarer til case 3.



Figur 7

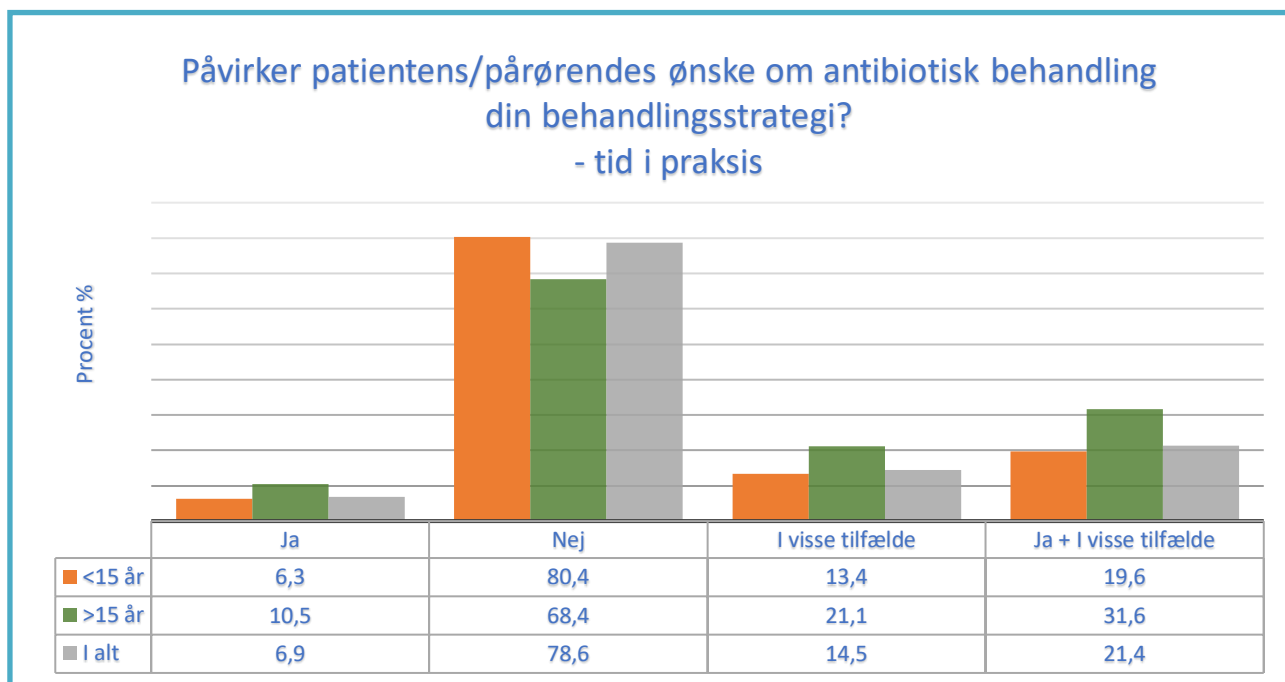
I spørgsmålet om hvorvidt man som læge bliver påvirket af patienten eller de pårørendes ønske om antibiotisk behandling, svarede 6,9 % ja, 78,6% nej, 14,5 % i visse tilfælde og sammenlagt svarede 21,4% ja eller i visse tilfælde.

I gruppen af læger, der har arbejdet i praksis under 15 år svarede 19,6 %, at de blev påvirket eller blev påvirket i visse tilfælde i deres valg af behandling. 80,4% svarede, at de ikke blev påvirket i deres valg af behandling.

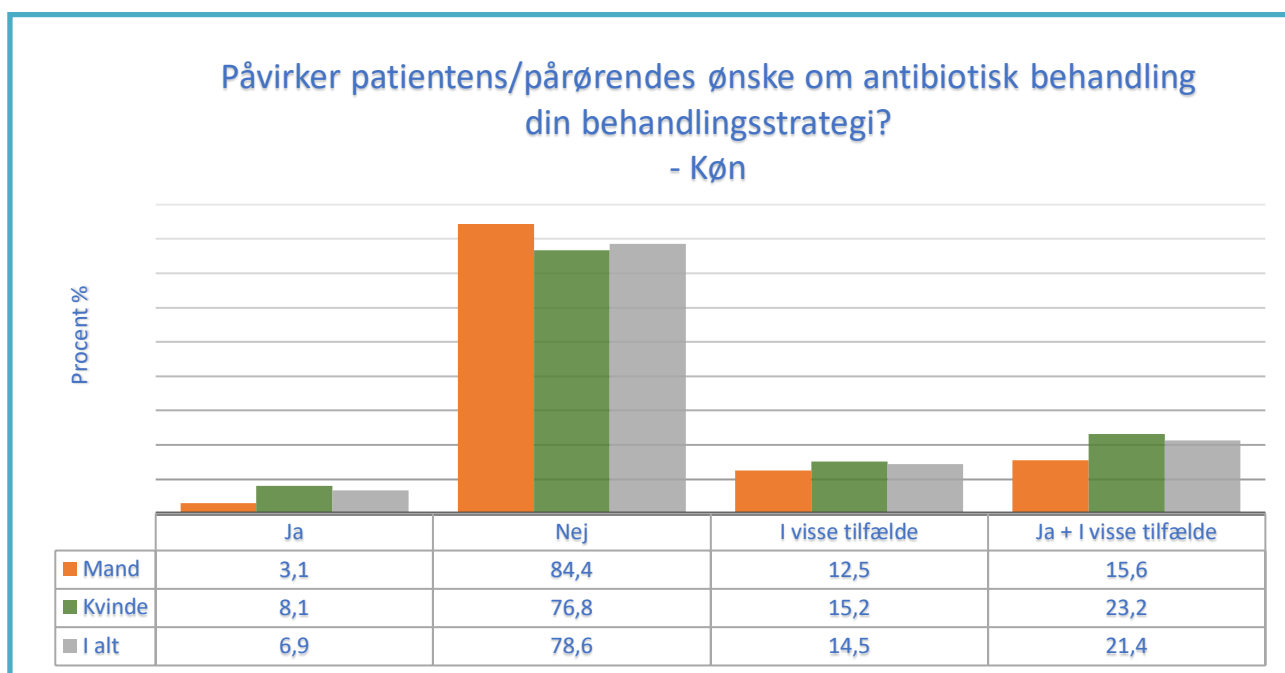
I gruppen af læger, som har arbejdet i praksis mere end 15 år, svarede 31,6 %, at de blev påvirkede, eller i visse tilfælde blev påvirket i deres valg af behandling. 68,4 % svarede, at de ikke blev påvirket i deres valg af behandling.

Fordelt på de to køn, svarede 15,6 % af mændene, at de blev eller i visse tilfælde blev påvirket i deres valg af behandling, 84,4 % svarede, at de ikke blev påvirket i deres valg af behandling. Hos kvinderne svarede 23,2 % at de blev eller i visse tilfælde blev påvirket i deres valg af behandling. 76,8 % svarede at de ikke blev påvirket i deres valg af behandling.

Kommentarer til dette spørgsmål (spørgsmål 8) ses i appendix.



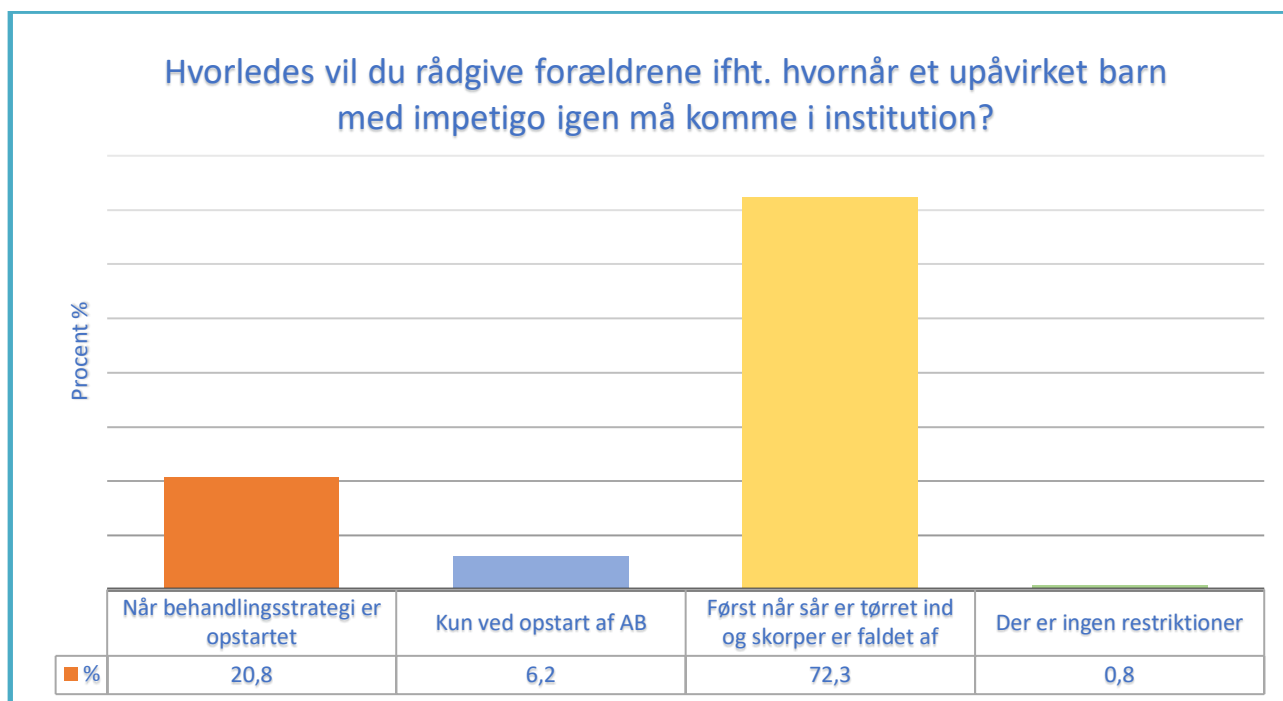
Figur 8



Figur 9

20,8 % svarede at de rådgav forældrene til, at barnet kunne komme i institution, når der var opstartet en behandlingsstrategi. 6,2 % svarede, at børnene kun kunne starte op i institution, hvis der var opstartet behandling med antibiotika. 72,3 % svarede at barnet kunne starte op i institution når

sårene er tørret ind og skorperne er faldet af. En enkelt læge svarende til 0,8 % svarede at der ingen restriktioner var. Derudover var der en enkelt læge, der ikke havde svaret på dette spørgsmål.



Figur 10

Diskussion

Populationen

Undersøgelsen var målrettet en større veldefineret gruppe bestående af læger i Danmark, som arbejder i almen praksis. Det var ikke et krav, at respondenterne var speciallæger i almen medicin, idet der i almen praksis arbejder en stor gruppe af uddannelseslæger med forskellige erfaringsgrundlag. Dette spænder fra de nyest uddannede læger i KBU (Klinisk basis uddannelse) til læger i hoveduddannelse i almen medicin (speciallægeuddannelse).

Ved at sende spørgeskemaet ud på Facebook fik vi mange besvarelser på kort tid, dog med risiko for såkaldt *sampling bias* (16) da vi herved risikerede, at respondenterne ikke repræsenterede den population, vi ønskede at undersøge. I spørgeskemaet spurgte vi derfor til køn, jobtitel og antal års erfaring i almen praksis for bagefter at kunne vurdere, om vores undersøgte population var repræsentativ for den population, vi ønskede at undersøge.

I Danmark er 54,7% af praktiserende læger kvinder (13). I vores undersøgelse er der blandt respondenterne en overrepræsentation af kvinder (76% kvinder, 24% mænd). Vi har i vores undersøgelse inkluderet uddannelseslæger, hvilket med stor sandsynlighed har været med til at øge

andelen af kvinder blandt respondenterne (14). Yngre Læger udsendte i 2018 et spørgeskema til alle sine medlemmer inden for almen medicin med spørgsmål om yngre almen medicinere ønsker til fremtidige beskæftigelses- og ansættelsesmuligheder (15). I alt besvarede 744 yngre læger spørgeskemaet, hvoraf 660 var uddannelseslæger. Kønsfordelingen blandt respondenterne var på 76% kvinder og 24% mænd, dvs akkurat den samme, som vi fandt i vores spørgeskemaundersøgelse. Dette peger på, at vores population kønsmæssigt er repræsentativ. Dog kan der være den mulige bias, at kvinder er mere tilbøjelige til at besvare udsendte spørgeskemaer.

I vores undersøgelse valgte vi at spørge respondenterne, hvor længe de har arbejdet i almen praksis. De kunne her placere sig i én af 4 grupper (se spørgsmål 3, tabel 1). Som det fremgår i resultatafsnittet, har vi en stor andel af respondenter, som kun har været i praksis under 5 år (41%). Dette kan skyldes, at mange uddannelseslæger i hoveduddannelse i almen medicin ikke har talt de 2,5 år med, hvor de som led i hoveduddannelsen arbejder på forskellige sygehusafdelinger og derfor kun har én månedlig returdag i almen praksis. For at undgå, at vores population som en følge af ovenstående fremstår med lavere erfaring end de reelt har, har vi valgt at slå de to grupper med færrest års erfaring sammen til én gruppe kaldet "<15 år i praksis", og de to grupper med flest års erfaring sammen til én gruppe kaldet ">15 år i praksis", når vi behandler resultaterne fra spørgsmål 5, 6, 7 og 8 (tabel 1).

Svagheder og styrker

En begrænsende faktor ved vores studie er, at vi kun har spurgt læger, som er tilgængelige på Facebook. En bias ved dette kunne være, at disse læger muligvis er mere tilbøjelige til at søge viden på internettet. Hvis dette er gældende, vil lægerne måske være mere tilbøjelige til at svare i overensstemmelse med rekommandationerne, idet en hjemmeside som lægehåndbogen (under sundhed.dk) er mere nyligt opdateret end eksempelvis lærebøger. Det ville derfor have været interessant også at spørge lægerne, hvor de søger deres viden, når de er i tvivl om en behandlingsstrategi. Idet besvarelserne ikke foregik "overvåget" ved vi ikke, om respondenterne har valgt at undersøge de nyeste rekommandationer, før de besvarede skemaet. Dette ses dog ikke som en svaghed ved studiet, men snarere som en afspejling af virkeligheden, idet læger ofte vil benytte sig af opslagsværker (bøger, guidelines online mv), før de vælger en behandlingsstrategi.

En styrke ved studiet er at undersøgelsen var anonym, hvilket formentlig har sikret flere deltagere samt højere grad af ærlighed i besvarelserne. Dog vil der i spørgeskemaundersøgelser altid være risiko for en grad af *social desirability*-effekt (16) idet mange vil have en tendens til at svare så socialt attraktivt som muligt. Eksempelvis ser vi generelt en meget høj podningsprocent i alle 3 cases (69,7% i case 1, 80,8% i case 2 og 87,8% i case 3), når vi ser på alle lægerne samlet. Spørgsmålet er dog om lægerne virkelig poder konsekvent i det omfang, de angiver, eller om det snarere er et ønske fra respondentens side.

For at undersøge relevansen af vores studie samt lægernes erfaringsgrundlag for at behandle impetigo, har vi spurgt, hvor ofte lægen ser en patient med impetigo i sit arbejde. Her er der risiko for *recall bias*, idet der må være tale om et skøn fra lægens side. Størstedelen (56%) har svaret, at

de ser en patient med impetigo 1-3 gange per måned, hvilket lyder realistisk, idet incidensen årligt angives til 1-3% af alle børn under 12 år (1).

For at kunne vurdere om spørgsmålene i spørgeskemaet kunne forstås efter hensigten, valgte vi at lade 3 læger svare på spørgeskemaet, før vi sendte skemaet ud i de 4 lukkede facebookgrupper. På denne måde kunne vi få klarhed over, om svarmulighederne dækkede alle mulige svar fra respondenterne og om nogle spørgsmål var uklare. På denne baggrund valgte vi at tilføje svarmuligheden *"Andet (angiv venligst)"* i flere spørgsmål samt *"I visse tilfælde, fx frustrerede forældre"* i spørgsmål 8 (se tabel 1).

Diskussion af resultater

Resultaterne fra spørgeskemaet viser blandt andet, at de praktiserende læger ofte podes patienter med symptomer på impetigo. I de tre cases angiver hhv. 69,5 %, 80,2 % og 87,8 % af lægerne at de vil pode deres patient. Det er dog ikke alle læger, der vælger at pode, og ud fra tallene i de tre cases, lader det til, at sværhedsgraden af impetigo påvirker lægernes beslutning om, hvorvidt der podes eller ej. Der er ikke stor forskel imellem gruppen af læger med lang erfaring og dem med kortere erfaring i forhold til valg af podning, hvilket tyder på at læger allerede tidligt i deres karriere, lærer at undersøge ætiologien og resistensen af den sygdomsforvoldende bakterie.

Ifølge sundhedsstyrelsens rekommandationer bør læger pode alle patienter med impetigo ved første møde, så hvad kan være årsagen til, at alle læger ikke gør dette? I de milde og moderate tilfælde af impetigo, anbefales det, at lægen forsøger at undgå antibiotisk behandling og i stedet iværksætter en behandling med antiseptiske midler. Podningen, som bruges til at bestemme bakterien og dennes resistensmønster, kan derfor anses som unødvendig hos de patienter. Podningen er desuden tidskrævende for den praktiserende læge, som bruger tid på selve prøvetagningen, oprettelsen af rekvisitionen, opfølgning på prøvesvar og svar til patienten. Samfundsmæssigt er der desuden et økonomisk aspekt i at begrænse antallet af prøver, der tages i praksis, til dem, der kan bruges i behandlingen eller monitoreringen af patienterne. Podningen vil altid kunne foretages ved behandlingssvigt, hvor der dermed opstår et behov for at tillægge den antiseptiske behandling yderligere topikal eller systemisk antibiotika. Det er derfor tankevækkende, at så mange læger vælger en kombination af podning og antiseptisk behandling, når podningen i det tilfælde ingen konsekvens har. På sundhedsstyrelsens hjemmeside anbefales podning af patienter med impetigo ved første besøg (3). På lægehåndbogen (1) og pro.medicin.dk (2) anbefales podning først ved opstart af antibiotisk behandling, altså ved svigt af antiseptisk behandling. Vejledningerne er således ikke helt enslydende med hensyn til, hvornår der skal podes, hvilket også kommer til udtryk i resultaterne.

I de to første cases er der beskrevet børnehaverbørn med begrænsede elementer af sår med gullige skorper. Hvis lægen ud fra beskrivelsen har mistanke til, at der er tale om impetigo, bør de, ifølge rekommandationerne opstarte antiseptisk behandling. I vores spørgeskemaundersøgelse finder vi, at hhv. 85,5 % og 81,7 % behandler efter denne rekommandation. I gruppen af læger der har over 15 års erfaring fra almen praksis er det kun 57,9 %, der i den første case vælger den korrekte

behandling. Dette sammenlignes med at 90,2 % af de læger med under 15 års erfaring, vælger at opstarte antiseptisk behandling. Derudover bemærkes det, at næsten halvdelen af de læger, der har mere end 15 års erfaring, nemlig 47,4 %, angiver at de vil ordinere en behandling med topikal antibiotika, mod 18,8 % i den mindre erfarne gruppe af læger. Tendensen gentager sig selv i den anden case, hvor over dobbelt så mange vælger topikal antibiotika i gruppen med erfaring over 15 år, frem for dem med under 15 års erfaring fra almen praksis. I alt anvendes der topikal antibiotika hos hhv. 22,9 % og 31,3 % af patienterne i de to første cases.

Resultaterne viser altså, at vi som læger i nogen grad ikke efterkommer de eksisterende rekommandationer og er tilbøjelige til at behandle impetigo med topikal antibiotika. Vi har diskuteret flere mulige årsager:

Antibiotisk behandling kan til tider være en ”nemmere” løsning. Forældre kan have en forventning og et ønske om antibiotisk behandling. Ønsket kan skyldes en misforståelse omkring, hvornår et barn med impetigo kan komme i institution. Retningslinjerne foreskriver, at barnet kan komme i institution, når skorperne er tørre, uafhængigt af om der er iværksat antibiotisk behandling (4). Dette er muligvis ikke velkendt blandt forældrene, som ønsker antibiotisk behandling, både for forhåbentligt at afkorte sygdomsperioden for barnets skyld, men også for at få barnet hurtigst muligt tilbage i institution, således at infektionen ikke kræver for mange fraværsdage fra forældrenes arbejdsplads.

At imødekomme ønsket kan skabe bedre compliance og bedre tilfredshed hos forældrene. Det er velkendt, at vi i Danmark har et større forbrug af antibiotika til børn, sammenlignet med vores nabolande (11). Problemet har tidligere været belyst i pressen, eksempelvis i en artikel i Berlingske Tidende hvor praktiserende læge Morten Jakobsen netop udtaler sig vedr. overdreven brug af antibiotika til børn i Danmark (10):

Han mener, at den danske kultur gør, at danske forældre nogen gange vælger at presse på for at få udleveret antibiotika, og udtaler: ” Jeg tror at grunden til, at der er et stigende antal af behandlinger med antibiotika af børn i Danmark handler om, at der er et stort forældreønske om raske børn og noget kulturelt bundet i, at vi har svært ved, at se når vores børn har det skidt. Det kan skabe et pres i venteværelset. Her skal nogle læger måske være bedre til at holde lidt igen med at give antibiotika og følge de retningslinjer, der ligger på området, siger han”. (10).

Ovenstående er overensstemmende med de resultater vi fik, hvor i alt 21,4 % af lægerne svarede ”ja” eller ”i nogle tilfælde”, til at de kunne være tilbøjelige til at udskrive antibiotika pga pres fra forældre. Presset fra forældre kan således i den enkelte situation opveje konsekvensen for udvikling af resistens og være en oplagt årsag til en øget brug af antibiotika.

I korrelation hertil fandtes også at ca. 20 % af lægerne svarede, at de ville rådgive forældrene om, at barnet kunne komme i institution igen, så snart behandling var opstartet. 6% af lægerne svarede, at barnet kunne genoptage sit pasningstilbud efter der var opstartet antibiotika. Det fremgår således, at en del læger altså ikke rådgiver forældre ud fra gældende rekommandationer, der siger, at offentlig pasning først må ske når sårskorperne er udtørrede - uanset valgt behandlingsstrategi. Dette er

potentielt problematisk og kan give anledning til konflikter mellem forældre og personale i institutionen, såfremt barnet sendes for tidligt afsted og dermed fortsat udgør en smitterisiko. Problematikken kan også være en del af forklaringen på et højt forbrug af antibiotika til behandling af impetigo.

En anden mulig årsag til det relativt høje antibiotika forbrug, kan være det tidsmæssige aspekt. Der er i dag kortere tid til den enkelte patient, særligt ofte i "akuttiden", hvor måske netop impetigo tilfælde ses. Tidsmæssigt tager det længere tid at forklare forældrene om korrekt anvendelse af antiseptisk behandling, herunder løft af skorper mv. Endvidere kan det tage længere tid at forklare rationalet om hvorfor man vælger *ikke* at behandle med antibiotika, fremfor at behandle med eksempelvis fucidin.

En sidste årsag vi har overvejet er følgende: Tidligere har det været almindeligt primært at behandle impetigo med eksempelvis fucidin. Undersøgelser har også vist, at det har signifikant effekt på infektionen med denne behandling (12). Rationalet for at rekommandationer nu fokuserer på primær behandling med antiseptisk sæbe er alene grundet resistens udvikling. Behandlingen med topisk antibiotika virker således, og derfor er der ikke tale om en ineffektiv behandling ved brug af antibiotika.

Fokus på resistensudvikling er dermed relativt ny. I vores undersøgelse så vi at kollegaer med især over 15 års erfaring var tilbøjelige til at behandle med antibiotika. Dette skyldes muligvis, at det kan være svært at ændre en vane og egen overbevisning om, hvilken behandling der er mest effektiv. Når der i årevis har været nationale vejledninger, der anbefaler brug af antibiotika til behandling af impetigo, samt det faktum, at der ses god klinisk effekt af behandlingen, da kan det være forståeligt, at det kan være svært at følge nye rekommandationer, som anbefaler primært at behandle med antiseptisk sæbe. Klinisk erfaring og vaner kan således også være en medvirkende årsag til, at de mere erfarne kollegaer i vores undersøgelse ses at have et større brug af antibiotika. Det skal dog understreges, at der er tale om en rekommandation og ikke et påbud, hvorfor det fortsat er lægens ret at vælge den behandling han eller hun finder fagligt belæg for.

Perspektivering

Denne opgave belyser nogle vigtige problemstillinger ved indførslen af nye rekommandationer og retningslinjer. Ud over at der rent fagligt ligger et stort arbejde i at undersøge den nyeste forskning inden for et givent område, og at sammenholde dette med etiske og samfundsøkonomiske overvejelser, ligger der også en vigtig opgave i at formidle dette videre til dem, der skal bruge det. Sundhedsstyrelsen, Lægeforeningen og Styrelsen For Patientsikkerhed er blandt dem, som jævnligt sender information ud til lægerne for at gøre opmærksom på nye vejledninger og rekommandationer. Men hvorvidt denne information bliver læst, forstået og implementeret, kunne denne opgave godt rejse tvivl om.

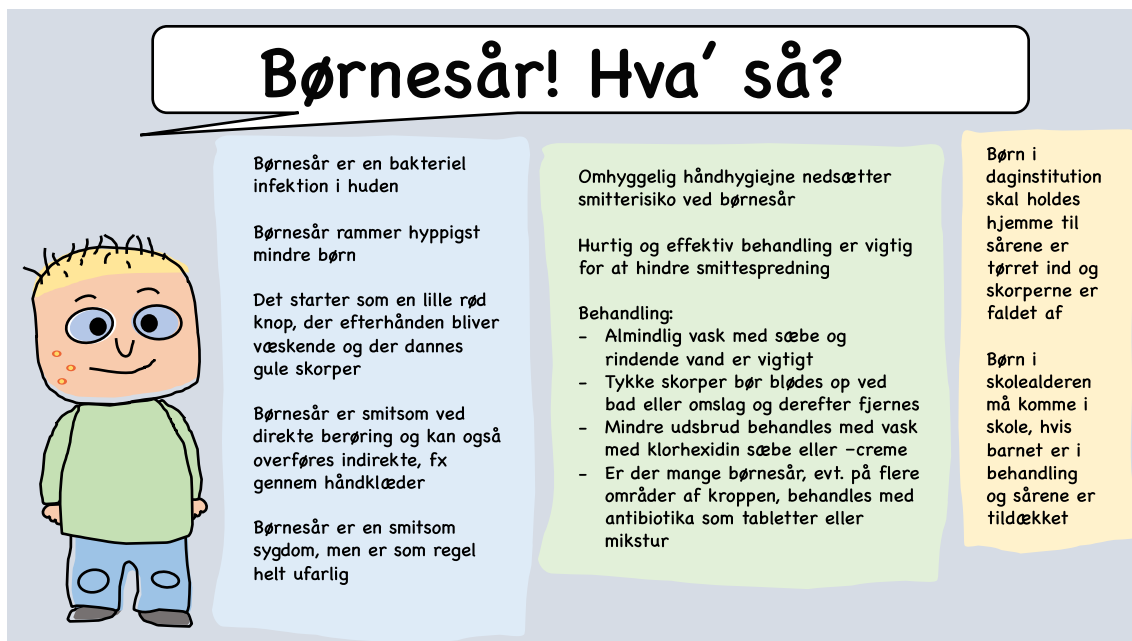
Ud over at lægen har et ansvar i forhold til implementeringen af nye retningslinjer bør lægen desuden informere patienterne og deres pårørende om baggrunden for, at behandlingen er en anden

end den, de måske tidligere har fået. Ellers kan man frygte, at compliance overfor den nye behandling bliver dårlig, såfremt patienterne og deres pårørende føler sig utrygge.

Ovenstående kan være en større kommunikativ opgave for lægen, som i forvejen er tidspresset. Region Midt har i samarbejde med praktiserende læger udarbejdet flere kampagner med bl.a. plakater, særligt vedrørende gode råd ved sygdom og symptomer, som hyppigt ses blandt børn. Heraf kan nævnes ”Børneorm! Hva’ så?”, ”Øjenbetændelse. Hva’ så?” og ”Omgangssyge! Hva’ så?” Et eksempel på dette ses i figur 11. Plakaterne er farverige, tegningerne er beskrivende og teksten er skrevet i et meget let og forståeligt sprog. De giver læseren et hurtigt overblik over sygdommen, dens smitteforhold og behandlingsmuligheder, samt hvornår man skal søge læge. De kan printes eller bestilles på nettet og er spredt ud blandt de sociale medier, samt på væggene i almen praksis, daginstitutioner og ved vagtlægen. Nogle af plakaterne har været ledsaget af små animerede film, som bl.a. er delt på Facebook. Man kunne forestille sig, at en ”Børnesår! Hva’ så?” eller ”Antibiotikaresistens! Hva’ så?” kunne blive næste emne der kunne tages op i en lignende kampagne. Figur 12 viser vores bud på en sådan plakat.



Figur 11



Figur 12

Konklusion

Denne undersøgelse havde til formål at undersøge, hvorledes simpel impetigo behandles i praksis. Vores hypotese var, at læger fortsat behandler mild impetigo med topikal antibiotika trods rekommandationer om at starte med antiseptisk behandling som førstevalg.

I alt 131 læger besvarede spørgeskemaundersøgelsen angående behandling af impetigo i almen praksis. Resultaterne viser, at langt størstedelen af lægerne behandler milde tilfælde af impetigo med antiseptisk behandling i overensstemmelse med rekommandationerne. Topikal antibiotika anvendes dog fortsat i udbredt grad, særlig blandt læger med mere end 15 års erfaring. En femtedel af de adspurgte læger gav desuden udtryk for, at de pårørendes ønske om antibiotisk behandling i visse tilfælde påvirker behandlingsstrategien, hvilket sandsynligvis er en del af forklaringen på et relativt højt forbrug af topikal antibiotika. Ligesom tidsfaktoren og en klinisk erfaring af, at antibiotikabehandling er effektiv, kan tænkes at spille en rolle for, at lægens valg af behandlingsstrategi ikke altid stemmer overens med rekommandationerne.

Appendix

Kommentarer til case 1 (spørgsmål 5)

- "Klorhexidincreme 2-3 gange dagligt" –(ført ind)
- "Sikkerhedsnet. Smitteprofylakse"
- "Håndsæbe, evt. klorhexidinsæbe" (er anført som antiseptisk behandling af besvarer)
- "Forklaring til forældre"
- "Forældre observerer"
- "Ses igen hvis ikke væk efter 3 dage"
- "Gerne med plaster over, hvis muligt og korte negle"
- "Forældre informeres om at barn ikke må komme i institution og telefonisk kontakt ved podesvar mhp. Respons på sæbevask"
- "Måske vent og se recept"
- "Opfølgning ved manglende bedring, og passer nogenlunde med når forældrene ringer for svar på podningen"
- "Grundig vejledning i rensning og skorpefjernelse, efterfulgt af klorhexidincreme x 3-4" (er anført som antiseptisk af besvarer)

Kommentarer til case 2 (spørgsmål 6)

- "Sikkerhedsnet. Smitteprofylakse."
- "Håndsæbe, evt. klorhexidinsæbe" (er anført som antiseptisk behandling af besvarer)
- "Vil overveje systemisk (red. Antibiotika) men svært da hun ikke kan sluge dicillintabletter"
- "Forklaring til forældre"
- "Systemisk behandling til små børn er ofte vanskelig pga. manglende mulighed for medicin i passende doser"
- "Afventer podesvar og telefonisk opfølgning"
- "Billedkonsultation som opfølgning"
- "Kontrol ved manglende bedring"
- "Grundig vejledning i rensning og skorpefjernelse, efterfulgt af klorhexidincreme x 3-4" (er anført som behandling af antiseptisk behandling af besvarer)
- "Antibiotika efter resistens svar" (ikke overført, da det er uklart om besvarer mener topikal eller systemisk antibiotika)

Kommentarer til case 3 (spørgsmål 7)

- "Muligvis peroral antibiotika efter podningsvar eller hvis han bliver almen påvirket" (ikke valgt systemisk antibiotika i spørgeskemaet)
- "Sikkerhedsnet. Smitteprofylakse"
- "Podning" (Ført ind i spørgeskema af UT)
- "Evt. antibiotika efter podningsvar" (Ikke valgt systemisk antibiotika i spørgeskemaet)
- "Overveje om røde bade er realistisk"

- "Over 10 læsioner begynder jeg at tænke dicillin" (ikke valgt systemisk antibiotika i spørgeskemaet)
- "Vejledning inkl. Rensning med skorpefjernelse og klorhexidincreme x 4-6, varsel om lægekontakt ved forværring" (er anført som behandling af antiseptisk behandling af besvarer)

Kommentarer til spørgsmål 8

- "Meget insisterende forældre kan påvirke hvad jeg udskriver"
- "Hvis jeg fornemmer at der kan være complianceproblemer"
- "Ja, i let grad. Der kan jo være helt særlige tilfælde og situationer, hvor der må gøres en undtagelse"
- "Hvis der er fortilfælde med større udbrud af impetigo tidligere og dermed stor bekymring
- Frustrerede forældre"
- "I forhold til institution og behandling"
- "Hvis der er gode argumenter, og jeg er i gråzone"
- "Krav om behandling ifht. Institution"
- "Sociale udfordringer i familier ved langvarig pasningsproblem da 0 børnehaver før helet"
- "Sjældent"
- "At barnet ikke må komme i institution uden behandling"
- "Symptomvarighed afgør om vi kan vente på prøvesvar"
- "Ved sårbar patient eller MEGET insisterende forældre"
- "Nogle gange skal der iværksættes behandling hurtigt for at barnet må komme i institution igen. Problem når forældre skal blive hjemme fra arbejde med mere."
- "Oftest kan forældrene overtale til at vente på podesvaret og så har klorhexidinsæben oftest hjulpet"

Referenceliste

- 1) <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/hud/sygdomme/pusholdigt-udslaet-ekskl-akne/boernesaar-impetigo/>
- 2) <https://pro.medicin.dk/Specielleemner/Emner/318544>
- 3) <https://www.sst.dk/da/nyheder/2017/irf-fraraader-topikal-antibiotika-til-behandling-af-impetigo-boernesaar>
- 4) <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/hud/tilstande-og-sygdomme/pustuloese-tilstande/impetigo/>
- 5) <https://www.sst.dk/da/Viden/Laegemidler/Anbefalinger/Den-Nationale-Rekommandationsliste- NRL /Impetigo>
- 6) www.medibox.dk
- 7) Mitra, A., Mohanraj, M. & Shah, M. High levels of fusidic acid-resistant *Staphylococcus aureus* despite restrictions on antibiotic use. Clin. Exp. Dermatol. 34, 136–139 (2009)
- 8) DANMAP 2015 - Use of antimicrobial agents and occurrence of antimicrobial resistance in bacteria from food animals, food and humans in Denmark.
- 9) <https://www.sst.dk/-/media/Viden/Laegemidler/Rekommandationsliste/Impetigo/Baggrundsnotat.ashx?la=da&hash=DA07A50267F814A63BF19E5007992CB658FCF824>
- 10) <http://navisen.dk/blog/overdreven-brug-af-antibiotika-hos-smaaboern-kan-give-resistens/>
- 11) <https://www.regionh.dk/hospitalsinfektioner/nyheder/Sider/I-Region-Hovedstaden-f%C3%A5r-b%C3%B8rnene-60-procent-mere-antibiotika-end-b%C3%B8rn-i-Sk%C3%A5ne.aspx>
- 12) Koning, S. et al. Interventions for impetigo. Cochrane database Syst. Rev. 1, CD003261 (2012).
- 13) https://www.laeger.dk/sites/default/files/plo_faktaark_2019_august_0.pdf
- 14) <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2019/L%C3%A6geprognose-2018-2040.ashx?la=da&hash=B64A451ED51D2CFDD09976F3CD49DB045BCA0451>
- 15) https://www.laeger.dk/sites/default/files/yl_2018_fremtidens_arbejdsmarked_for_alm_en_medicinere.pdf
- 16) <https://metodeguiden.au.dk/surveys/>,