

## HØRINGSSVAR

Til: Dansk Selskab for Almen Medicin

**Telefon** 38 66 50 00  
**Web** regionh@regionh.dk

Journal-nr.: 24000418  
Ref.: CPED0329

Dato: 19. februar 2024

# Vedr. udkast til vejledning om akutte luftvejsinfektioner og rationel antibiotikabehandling i almen praksis

Region Hovedstaden modtog den 21. december 2023 Dansk Selskab for Almen Medicin's høring over udkast til vejledningen "Akutte luftvejsinfektioner og rationel antibiotikabehandling i almen praksis". Regionen takker for muligheden for at afgive høringssvar. Der er indhentet bidrag fra Den Regionale Lægemiddelkomité, herunder Antibiotikarådet, Medicinfunktionen for Praksissektoren, Region Hovedstadens Apotek og KAP-H.

Regionen har både generelle og specifikke bemærkninger til udkastet.

Af generelle bemærkninger skal det indledningsvist bemærkes, at det vurderes at være en god, overskuelig og anvendelig vejledning. Det foreslås, at der tilføjes et afsnit om allergi overfor antibiotika, primært penicillin V, samt nogle linjer om, at der fortsat opleves at være en udfordring med rationelt forbrug af antibiotika, i afsnittet "Antibiotikaforbrug i almen praksis". Derudover bemærkes det, at Region Hovedstadens børnelægemiddelkomité har udarbejdet en børnebasisliste, som bl.a. indeholder anbefalinger for antibiotika til børn, som der måske med fordel kunne henvises til.

Nogle specifikke bemærkninger fremgår nedenfor, mens andre fremgår af det kommenteret vejledningsudkast (vedlagt).

- Penicillin V bør angives som phenoxymethylpenicillin.
- Det bemærkes, at DSAM har ændret dosering af penicillin V fra x 3 daglig til x 4 daglig, hvilket støttes. For børn er der dog valgt at fastholde en dosering x 3 daglig for at sikre bedst mulig compliance. I bl.a.

Region Hovedstadens antibiotikavejledning anbefales dosering x 4 også til børn, da det vurderes at give en bedre dækning. Det kan overvejes, om doseringen skal være x 3-4 daglig, så de børn, der kompliant kan behandles med en x 4 dosering, får denne dosering. Der er endvidere ikke konsensus mellem de forskellige danske antibiotikavejledninger til primærsektoren i forhold til behandlingens længde. Det bemærkes bl.a., at DSAM nu er den vejledning med den korteste behandlingstid til børn med tonsillitis og sinusitis (5 dage vs. 7 dage). Det foreslås, at der af vejledningen fremgår en behandlingstid på 5-7 dage.

- Afsnittene om fordele og ulemper ved antibiotikabehandling under de enkelte indikationer fremstår som et anvendeligt værktøj, der kan indgå i dialogen med patienten om, hvorvidt behandling med antibiotika skal iværksættes eller ej. Det kan overvejes at indsætte disse informationer på bagsiden af de enkelte flowcharts.
- DSAM har i denne version valgt at anvende Centor-kriterierne frem for de modificerede Centor-kriterier, hvor alder indgår som en faktor. Er det arbejdsgruppens vurdering, at Centorkriterierne kan anvendes til alle aldersgrupper – også børn under 4 år (i ældre vejledninger angives 4 år som grænse)?
- Under pneumoni kan det overvejes at indsætte, hvilke faretegn patienten skal instrueres i, på bagsiden af flowchartet.
- Men hensyn til behandling med penicillin V foreslås det, at både 1 mio. IE og 800 mg anføres under doseringsangivelsen i behandlingsskemaerne i stedet for at 800 mg angives som en fodnote, der kan overses. Der har i de senere år jævnligt været restorder, og 800 mg har i en længere periode været markant billigere end 1 mio. IE.
- Der ønskes tydelige kommentarer om, at 1 mill. IE. penicillin er lig 660 mg, og at man kan substituere 1 mill. IE. tabletter med 800 mg tabletter phenoxymethylpenicillin.
- Man kan med fordel tidligere/i højere grad anvende ”vent og se-recepter”, som først er nævnt på side 48.
- Der bør i princippet anvendes lægemiddelstofnavne frem for handelsnavne, men hvis det skønnes nødvendigt, bør handelsnavnene fremgå i parentes.

#### **Side 14**

Sætningen "Hvis der er normal bevægelighed, er der høj sandsynlighed for, at der ikke foreligger AOM (6)" kan med fordel ændres til "Hvis der er normal bevægelighed, er der lille sandsynlighed for, at der foreligger AOM".

#### **Side 15**

"Hvis det ikke er muligt at behandle barnet sufficient med penicillin V – grundet besvær med compliance – kan behandling med amoxicillin-mikstur forsøges (√)".

Denne sætning vurderes at kunne medvirke til forkert dosering, dvs. x 2 dagligt. Hvis sætningen fastholdes, bør dosisregimet anføres.

#### **Side 15**

Ved øreflåd kan der evt. tilføjes en bemærkning om at huske instruktion i op-sugning af pus/sekret inden drypning.

#### **Side 23**

Sætningen "Voksne: Penicillin V 660 mg (1 mio. IE)\* × 4 i 5 dage" kan med fordel ændres til "Voksne: Penicillin V 660/800 mg (1/1,2 mio. IE)\* × 4 i 5 dage".

#### **Side 39, paragraf 4**

Baggrunden for sætningen "Ekspektorat til dyrkning og resistensbestemmelse benyttes endnu sjældnere i diagnostikken af nedre luftvejsinfektioner i almen praksis – og gerne kun efter forudgående aftale med den klinisk mikrobiologiske afdeling" vurderes at være uklar. Er det vurderingen, at dyrkning er for ressourcetungt i almen praksis? På hospitalerne foretager man dyrkning for at optimere behandling efter empirisk opstart. Sætningen vurderes uhensigtsmæssig, når dyrkningen kan bidrage til et mere rationelt forbrug af antibiotika. Det anbefales, at der tilføjes en klar retningslinje for, hvornår et ekspektorat til dyrkning og resistensbestemmelse, som ikke inkluderer et opkald til en klinisk mikrobiologisk afdeling.

## Side 41, paragraf 2

I forhold til linjerne "Scoringsinstrumentet CRB-65, som er valideret i almen praksis, kan benyttes til at vurdere og triagere patienter med pneumoni<sup>15</sup>. Scoringsinstrumentet er baseret på graden af konfusion (C), respirationsfrekvens (R), blodtryk (B) og alder over 65 år (Tabel 8)." bemærkes det, at en patient med KOL + pneumoni for praktiske formål betragtes som havende CURB65 over eller lig med 3. Findes det relevant her? Skal der tages ekstra opmærksomhed ved dem?

## Side 43, paragraf 2

"Ved mistanke om bakteriel pneumoni og igangsat antibiotisk behandling bør sikkerhedsnet og/eller kontrol/opfølgning aftales, f.eks. ny lægekontakt ved forværring, eller hvis der ikke er bedring efter 2-3 dage. Med relevant behandling stabiliseres tilstanden typisk inden for 3 dage, men fuld restitution ses oftest først efter fire uger eller mere, idet træthed og hoste kan vare ved, også længe efter den akutte febrile fase er overstået<sup>19</sup>." Det bør fremgå, hvorvidt dyrkning ikke bør forekomme i nogle tilfælde i henhold til at undgå resistensudvikling/behandling af resistens patogen.

## Side 43, paragraf 3

"Hos rygere over 40 år eller ved gentagne pneumonier anbefales kontrol efter ca. 6 uger og evt. billeddiagnostik og/eller lungefunktionstest (√)." Bør der derudover tages særligt hensyn til KOL-patienter?

## Side 48

Punkt 3: "Ved behandlingskrævende infektioner vil CRP typisk være > 50 mg/L". CRP-grænsen på 50mg/L vurderes at være problematisk. Regionen er enig i, man i højere grad skal overveje behandling, hvis CRP er højt, men uenig i, at grænsen er 50mg/L. Den skal være mere klinisk. Det vigtigste er dog, at der ved forhøjet høj CRP stilles en diagnose, helst på både fokus og mikrobiologi.

Punkt 7: "CRP er udokumenteret og ikke relevant at benytte ved diagnosticering af akut faryngo-tonsillitis og akut otitis media". Det bemærkes, at der ved antibiotika-behandling forekommer en "lag-phase" af CRP, hvor leukocytter vil falde ved bedring, men CRP vil fremstå stigende.