

# Smitteverndag i Trøndelag

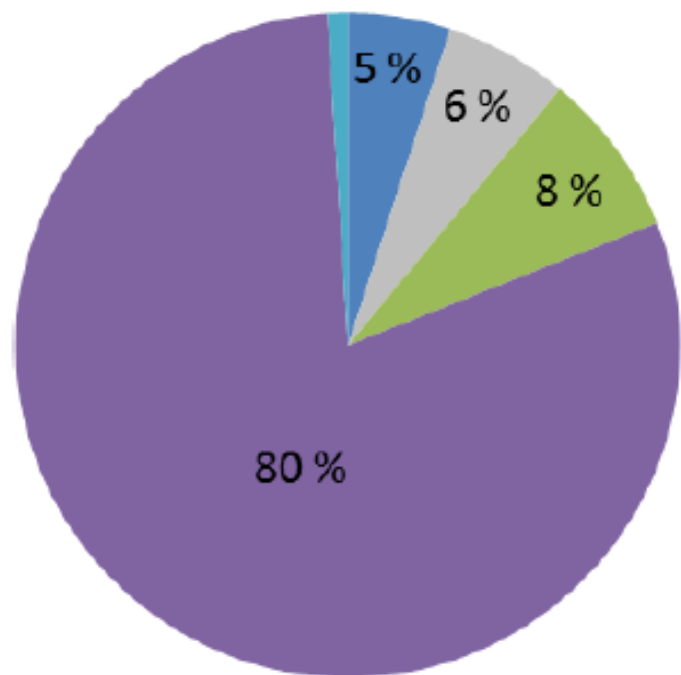
## RASK-lansering






Sigurd Høye

Allmennlege, førsteamanuensis, leder av ASP

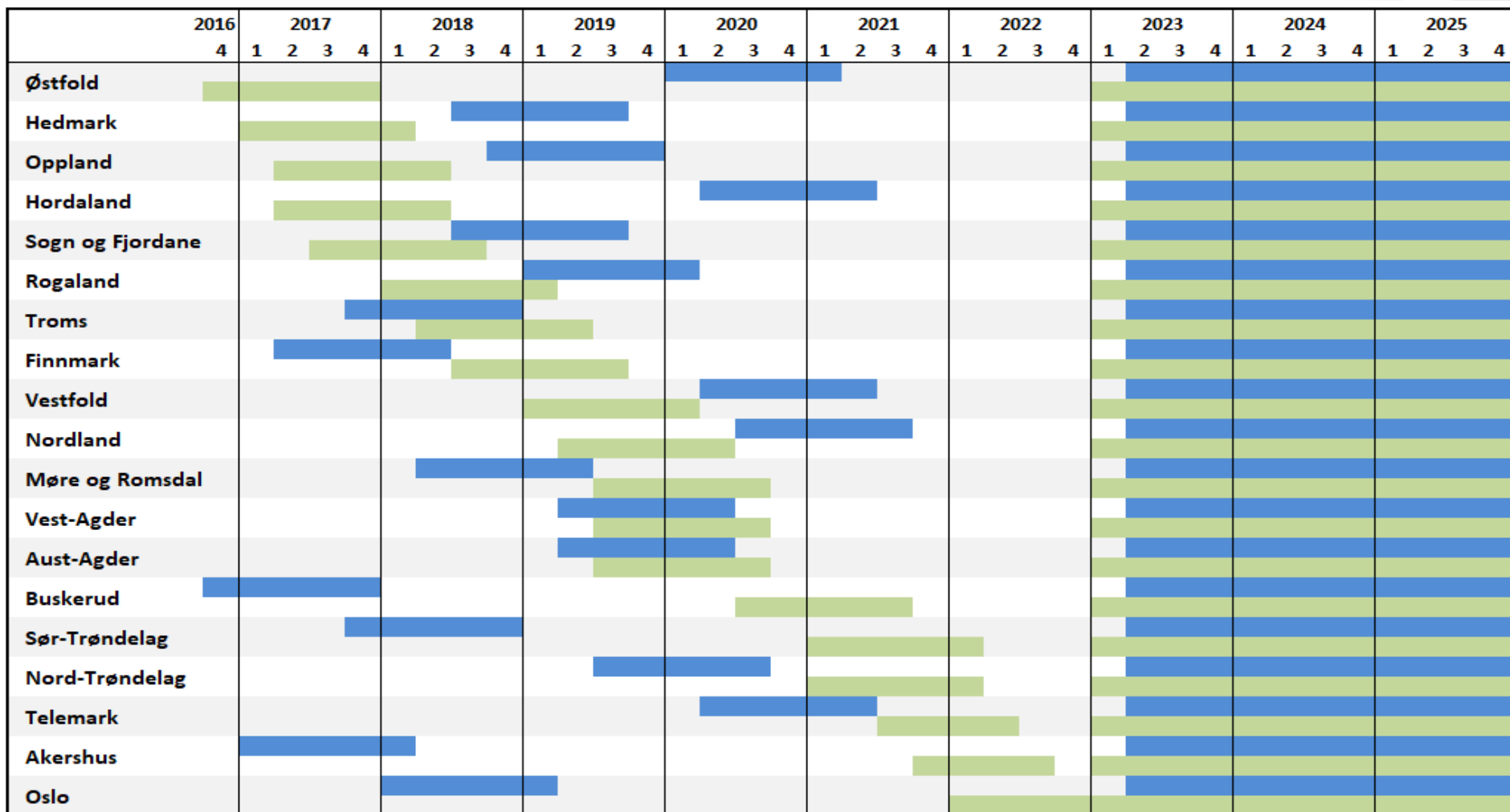


# Antibiotikabruk i Norge



-  tannlege
-  sykehjem
-  sykehus
-  primærhelsetjenesten
-  annet





■ RAK - Riktigere antibiotikabruk i kommunene

■ RASK - Riktigere antibiotikabruk på sykehjem



# Fra tidsavgrenset prosjekt til kontinuerlig program

- Typisk: når oppmerksomheten forsvinner, forsvinner forbedringen
- Utfordring: man kan bli lei av å høre det samme i årevis
  - Morsomt, interessant, givende
  - Lett tilgjengelige verktøy
  - Tilpasset vanlig drift på sykehjemmet
  - Metoder som virker: **Målinger, Mål, Tiltak**

# RASK – Riktigere Antibiotikabruk i Sykehjem/Kommunale helseinstitusjoner

Kvalitetsarbeid + Antibiotikastyringsprogram

- Gjennomføres på institusjonen
  - Fagdag/fagmøter og/eller individuelt
  - Ledelsesforankring
  - Gir individuelle kurspoeng og årlig diplom til sykehjem
  - Påmelding for 5 år
- Vi leverer innhold!

# RASK – Riktigere Antibiotikabruk i Sykehjem/Kommunale helseinstitusjoner

## Kvalitetsarbeid

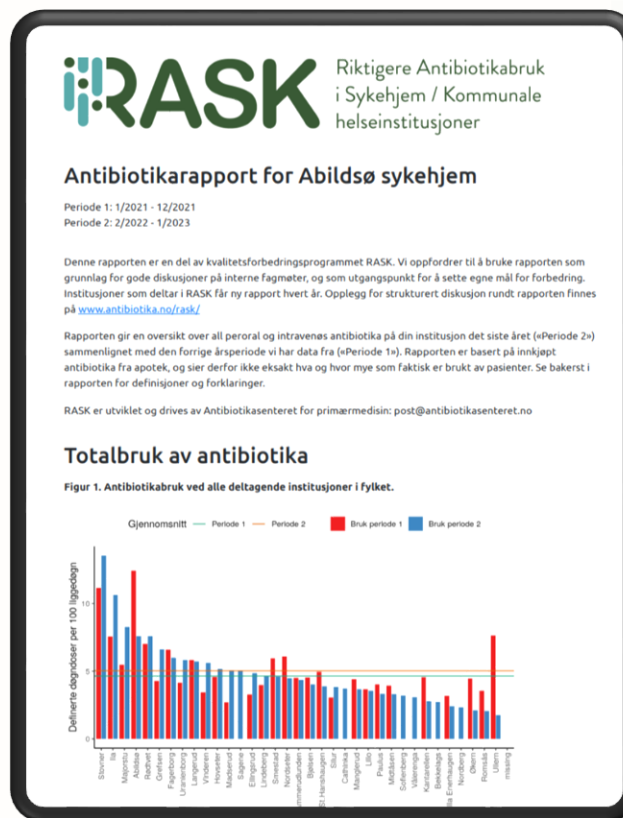
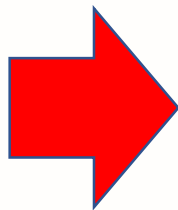
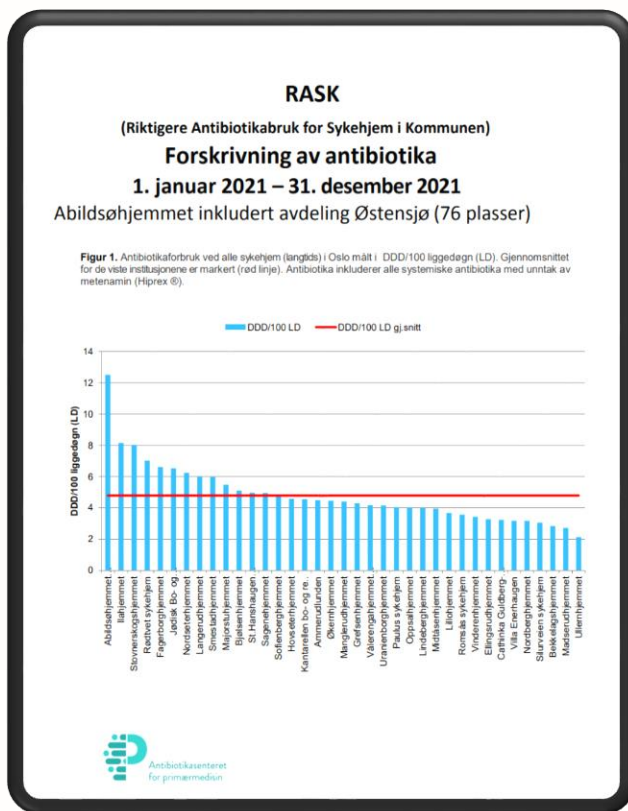
- MÅLINGER: Årlig, detaljert rapport
  - Viser hva som kan forbedres
  - Sammenligning med andre sykehjem
  - Viser om målet nås
- MÅL: Hva vil vi jobbe med?
- TILTAK: Hva skal vi gjøre for å nå målet

## Kvalitetspakken

- Antibiotikarapport – apotekdata
- Videoundervisning
  - Intervjueserie
  - 5 RASKe
- E-læring
- Diverse informasjonsmateriell (inkl. sjekklister)



# Antibiotikarapport







# Videoundervisning

- Intervju med ekspert
- Varighet 15-20 minutter
- Kan gjennomføres i felleskap
- Åpne for refleksjon rundt egen praksis
- Legges ut på RASK-siden på forhånd av oppstart



# i:RASK

## “5 RASKe”

- 5 spørsmål
  - 5 svar
  - 5 minutter
- 
- Korte filmsnutter
  - Konkrete problemstillinger



# E-læring

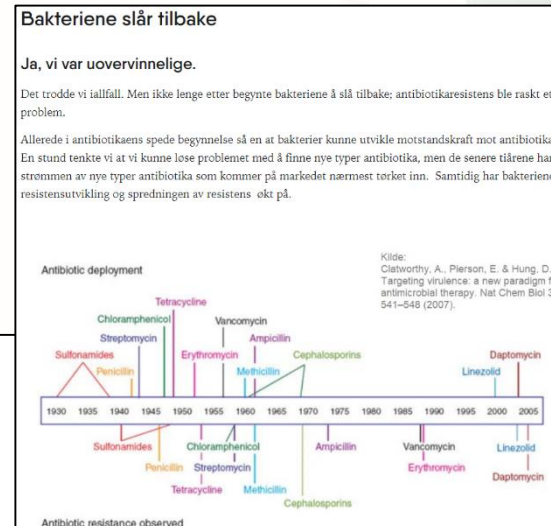
- 4 deler
- Varighet ca 30 minutter per del
- Revisjon etter behov

Kurset er relevant for både leger, sykepleiere og annet helsepersonell, og består av fire deler:

- Bakterier, antibiotika og antibiotikaresistens
- Forebygging av infeksjoner i sykehjem
- Diagnostikk av infeksjoner i sykehjem
- Behandling av infeksjoner i sykehjem

Hver del tar ca 30-45 minutter. Ta gjerne kurset sammen med kolleger eller som del av internundervisning, slik at dere i fellesskap kan drøfte og reflektere rundt problemstillingene og kasuistikkene som tas opp! Les informasjonen "Om kurset" først, så er dere klare til å sette igang!

Kursene inneholder oppgaver og spørsmål. Disse er ment å stimulere til refleksjon og læring, og er ikke testing eller eksamen. Det er helt i orden å feile, men ta dere tid til å få det til før dere går videre, da lærer dere mer! Svar som oppgis vil behandles anonymt.





# Lommekort/Flytskjema/ Kortversjon mm.

## HÅNDRING AV URINVEISINFEKSJONER (UVI) HOS ELDRE

Mistenker du en UVI?

JA

Har pasienten et av symptomene som kan indikere en UVI?  
(Se bakside for beskrivelse av symptomer)

NEI

JA

UVI ikke sannsynlig  
Aktiv monitorering  
Ustix ikke nødvendig

Muligens en UVI  
KONFERER MED LEGE  
- Ta en ustix dersom pasient ikke har kateter  
- Informer legen om ev. tilstedeværelse av kateter

UVI-

Aktiv monitorering

UVI+

Start antibiotika

Vurder følgende årsaker:

1. Dehydrering: drikkeliste?
2. Bivirkninger av medisiner
3. Virale infeksjoner: gastroenteritt/forkjølelse/ influensa?
4. Søvnløshet
5. Smerte
6. Angst eller depresjon
7. Opstipasjon?

Aktiv monitorering:

1. Spør jevnlig om pasientens symptomer
2. Jevnlig oppfølging med:
  - Temperatur
  - Blodtrykk/respirasjon
  - O<sub>2</sub>-metning/pust
3. Registrer væskeinntak

Vedvarende symptomer?  
Utvikling av nye symptomer?

Revurder muligheten for UVI  
Konferer med lege dersom nødvendig

Lommekortet kan brukes som beslutningsstøtte, men erstatter ikke egen vurdering. Ved tvil bør det konfereres med lege.

## Urinprøve - sjekkliste

Det er vanlig at eldre mennesker har bakterier i urinen, se baksiden for mer informasjon. Urinprøver skal bare tas når det er sterk mistanke om infeksjon i urinveiene.

Dette skjemaet skal ALLTID fylles ut ved urinprøvetaking (urinstrimmel/stiks eller urin til dyrking).

Avdeling.....

Navn..... F.nummer.....

Urinprøve bestilt av lege Ja  Nei

Bakgrunn for prøvetaking	Sett kryss	Tillegg for allmennsymptomer	Sett kryss
Svie ved vannlating	<input type="checkbox"/>	Nyoppstått/forverring av falltendens	<input type="checkbox"/>
Hyppig vannlating	<input type="checkbox"/>	Feber	<input type="checkbox"/>
Nyoppstått eller økt inkontinens	<input type="checkbox"/>	Nyoppstått/forverring uro/forvirring	<input type="checkbox"/>
Smerte i rygg/flanke	<input type="checkbox"/>	Redusert allmenntilstand	<input type="checkbox"/>
Smerte over symfyse	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Synlig blod i urinen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Annen årsak til prøvetaking:.....

Hvordan er prøven tatt:  Midtstrømsprøve  Engangskateter  Permanent kateter  
 Annen prøvetakingsmetode:.....

Tidspunkt prøvetaking: Dato:..... Klokken:.....  
 Første vannlating om morgenen  > 4 t. etter forrige vannlating

Hvor lenge har urinprøven vært oppbevart i romtemp. før testing med urinstrimmel/stiks  
 Oppbevart > 2 t. i romtemperatur  Oppbevart < 2 t. i romtemperatur

Resultat urinstrimmel/stiks:

Leucocytter.....

Nitritt.....

Erytocytter.....

Protein.....

Urin til dyrking tatt: Ja  Nei  Sendt: Ja  Dato.....

Sign. sykepleier..... Sign. prøvetaker.....

20.09.2017

Ref: Sundvall et al: Interleukin-6 concentrations in the urine and dipstick analyses were related to bacteriuria but not symptoms in the elderly: a cross sectional study of 421 nursing home residents. BMC Geriatr. 2014 Aug 12;14:88. doi: 10.1186/1471-2318-14-88.

## NASJONAL FAGLIG RETNINGSLINJE FOR ANTIBIOTIKABRUK I PRIMÆRHELSETJENESTEN

Kortversjonen omtaler de vanligste infeksjonstilstandene på sykehjem. Fullstendig retningslinje finnes på [www.helseidirektoratet.no/retningslinjer/antibiotika-i-primærhelsetjenesten](http://www.helseidirektoratet.no/retningslinjer/antibiotika-i-primærhelsetjenesten), [www.antibiotikaiallmennpraksis.no](http://www.antibiotikaiallmennpraksis.no) og som app for smarttelefon/nettbrett.



### Luftveisinfeksjoner i sykehjem

Førstevalg	Andre alternativer	Merknader
Fenoksymetylpenicillin 1 g x 4 i 7 d	Ved KOLS: Amokisillin 500 mg x 3 i 7 d Ved penicillinallergi eller svelgvansker: Doksosytkin 100 mg x 1 i 7 d [200 mg første døgn]	
Trimetoprim-sulfa 160+800 mg [2 tbl/20 ml] x 2 i 7 d	Fenoksymetylpenicillin 1 g x 4 + ciprofloksacin 500 mg x 2 i 7 d	Trim-sulfa: Evt dosejustering ved nedsatt nyrefunksjon.

### Hud- og sårinfeksjoner i sykehjem

Fenoksymetylpenicillin 1 g x 4 i 5 d	Ved penicillinallergi: Klindamycin 300 mg x 2 i 5 d eller Erytromycin 500 mg x 2 i 5 d	Behandlingsvarighet avhengig av klinisk respons. Erytromycin: Ofte interaksjoner.
Dikloksacillin 500 mg x 4 i 5 d	Ved penicillinallergi: Klindamycin 300 mg x 2 i 5 d	Behandlingsvarighet avhengig av klinisk respons.

### Urinveisinfeksjoner i sykehjem

Behandles ikke med antibiotika		Høy forekomst på sykehjem.
Pivmecillinam 200 mg x 3 Trimetoprim 160 mg x 2 Nitrofurantoin 50 mg x 3 Behandlingsvarighet 3 d (begge kjønn).	Ved ESBL-produserende bakterie sensitiv for mecillinam: Pivmecillinam 400 mg x 3 i 3 d Ved bakterie sensitiv for ampicillin: Amokisillin 500 mg x 3 i 3 d	Evt lengre behandling ved komplisert forløp. Trimetoprim: Evt dosejustering ved nedsatt nyrefunksjon. Nitrofurantoin: unngås ved GFR <40.
Pivmecillinam 400 mg x 3 i 7 d Trimetoprim-sulfa 160+800 mg [2 tbl /20 ml mikstur] x 2 i 7 d	Ved allergi eller resistens mot begge førstevalg: Ciprofloksacin 500 mg x 2 i 7 d	Evt lengre behandling ved komplisert forløp.

### PARENTERAL ANTIBIOTIKABEHANDLING I SYKEHJEM

Unngå unødvendig bredspekret antibiotikabehandling. 3. generasjons cefalosporiner, piperacillin/tazobaktam og karbapenemer bør kun brukes etter konferering med spesialisthelsetjenesten. Se Håndbok i antibiotikabruk i primærhelsetjenesten ([www.antibiotikaiallmennpraksis.no](http://www.antibiotikaiallmennpraksis.no)) for mer informasjon. Kortversjonen er utviklet av ASP, kontakt: [post@antibiotikaseret.no](mailto:post@antibiotikaseret.no)

# RASK-bistand

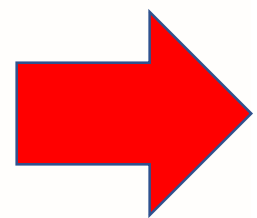
- Holde innlegg
- Gjennomgå antibiotikarapporter for sykehjem
- Svare på spørsmål





# RASK-plattform - [www.antibiotika.no/rask](http://www.antibiotika.no/rask)

- Åpent og tilgjengelig for alle
- Alt av RASK-innhold samlet



Riktigere Antibiotikabruk i Sykehjem/Kommunale helseinstitusjoner (RASK) er et forbedringsopplegg der målet er å redusere unødvendig antibiotikabruk på norske sykehjem.

- Fra 2016 til 2022 ble RASK gjennomført som ettårig prosjekt fylke for fylke. De fleste sykehjem i Norge deltok. Dette gav en betydelig reduksjon i antibiotikabruken.
- Fra 2023 er RASK opprettet som et vedvarende program der sykehjem fra alle fylker kan delta

Aktuelt

RASK intervensjonen (2016-2022)

RASK-heftet (PDF)



# RASK-plattform (nettside)

## RASKt aktuelt og årshjul

Helse Nord

Helse Vest

Helse Sør-Øst

Helse Midt-Norge

### Hold deg oppdatert

- RASK intervensjonen førte til redusert bruk av urinveisantibiotika i Østfold
- 13. juni 2023 arrangerte NSAS webinar som sykepleierens rolle ifm. antibiotikastyring. Fikk du ikke med deg webinarret kan du se den og mange andre gode webinarer ved å klikke her.

Flere nyheter  
ASP

Flere nyheter  
NSAS



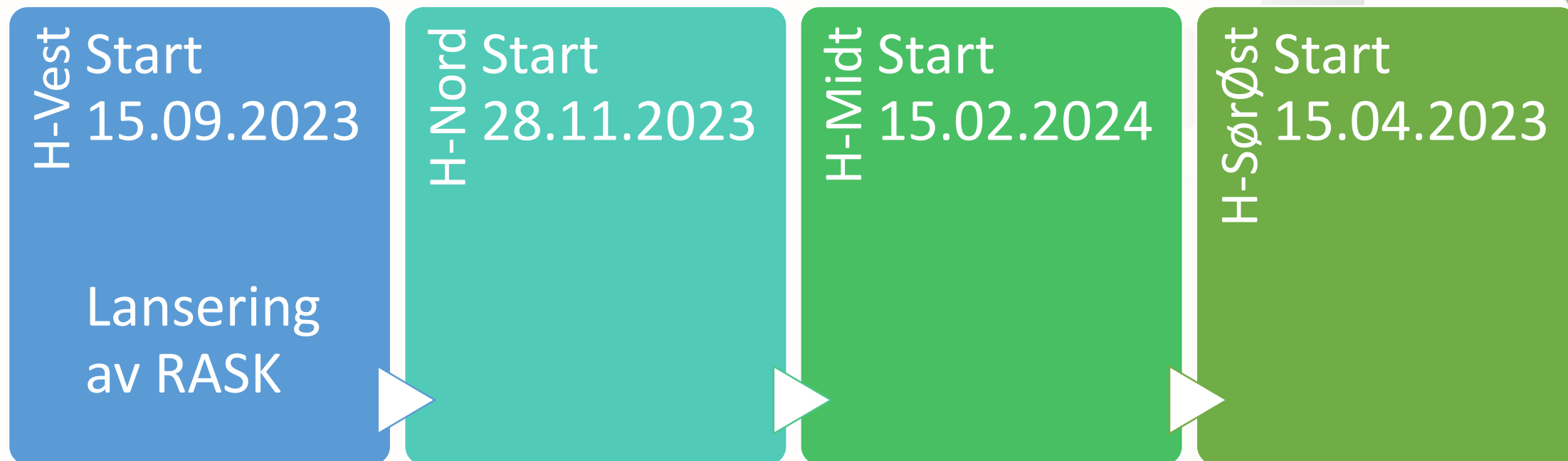
## Kursbevis og kurspoeng



- Etter fullførte aktiviteter kan den ansatte få kursbevis direkte i kursportalen.
- Det legges opp til nye aktiviteter hvert år.
- For kursbevis må den ansatte lage seg en bruker på kursportalen og logge inn.

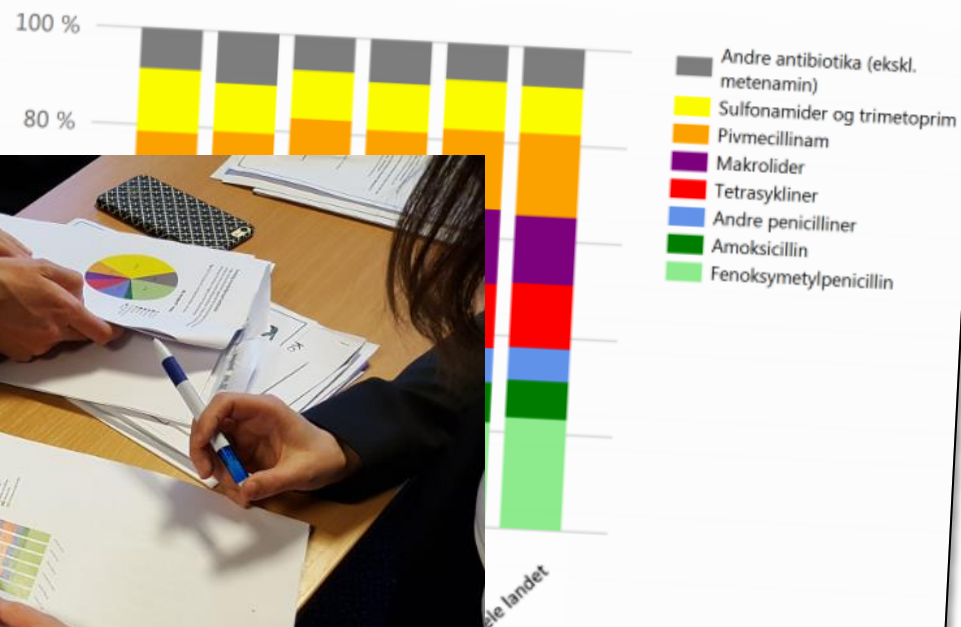


# RASK-kalender



# RAK – Riktigere Antibiotikabruk i Kommunene

Figur 2.3. Terapiprofil av antibiotikaresepter i perioden. Din praksis sammenliknet med smågruppen, RAK-prosjektet, kommunen, fylket og hele landet.



E-lærings-  
modul 3  
*Urinveier, hud*

SCANDINAVIAN JOURNAL OF PRIMARY HEALTH CARE  
2020, VOL. 38, NO. 3, 352–359  
<https://doi.org/10.1080/02813432.2020.1794400>

Taylor & Francis  
Taylor & Francis Group

RESEARCH ARTICLE OPEN ACCESS Check for updates

### Quality improvement and antimicrobial stewardship in general practice – the role of the municipality chief medical officer. A qualitative study

Sigurd Høye<sup>a</sup>, Anja Maria Brænd<sup>b</sup> and Ivan Spehar<sup>c\*</sup>

<sup>a</sup>Antibiotic Centre for Primary Care, Department of General Practice, Institute of Health and Society, University of Oslo, Oslo, Norway; <sup>b</sup>Department of General Practice, Institute of Health and Society, University of Oslo, Oslo, Norway; <sup>c</sup>Department of Health Management and Health Economics, Institute of Health and Society, University of Oslo, Oslo, Norway



**ABSTRACT**  
**Aims:** This study aimed to explore the conditions for the Municipal Chief Medical Officers' (MCMOs) involvement in quality improvement in general practice, specifically concerning antibiotic prescribing practices.  
**Methods:** This qualitative study consisted of semi-structured in-depth telephone interviews and group interviews with MCMOs ( $n = 12$ ). The interview guide aimed to explore the MCMOs' views on their role and responsibilities regarding the quality of care in general practice. The data were analysed using systematic text condensation.  
**Results:** Three main themes were identified: 1) the relationship between the municipality and the general practitioner (GP), with the MCMO acting as an intermediary, 2) influencing the GPs' work and 3) antibiotic use and infection control. The MCMOs perceived themselves as liaisons between the municipalities and the GPs. They emphasized building trust, showing respect and sharing common values in their interactions with the GPs, upholding the GPs' professional autonomy. Working for quality improvement was considered a priority; however, MCMOs expressed a need for external support to establish a permanent quality improvement framework. The informants were positive about engaging in improving antibiotic prescribing practices because this combined the municipality's responsibilities for quality improvement and communicable disease control.  
**Conclusions:** The MCMOs considered themselves as well-suited agents for quality improvement in general practice, as liaisons between the municipalities and the GPs. Quality improvement in general practice would benefit from a clearer structure in terms of the MCMOs' roles and responsibilities. Within communicable diseases control, the MCMOs have a clear mandate, which places antimicrobial stewardship initiatives in a favourable position amongst other areas of quality improvement.

**ARTICLE HISTORY**  
Received 29 October 2019  
Accepted 2 July 2020

**KEYWORDS**  
Quality development; antimicrobial stewardship; communicable disease control; drug prescription; professional autonomy; public health administration

- Kommuneoverlegene anså seg som velegnede aktører for kvalitetsforbedring i allmennpraksis, som et bindeledd mellom kommunene og fastlegene.
- Behov for ekstern støtte for å drive kvalitetsforbedring.
- Positive til å engasjere seg i å forbedre antibiotikabruk fordi dette kombinerte kommunens ansvar for kvalitetsforbedring og smittevern.
- Viktig at det ikke fremstår som tilsyn.
- Viktig med et godt forhold til fastlegene.




 **antibiotics** 

Article

## General Practitioners' Attitudes toward Municipal Initiatives to Improve Antibiotic Prescribing—A Mixed-Methods Study

Marthe Sunde <sup>1,†</sup>, Marthe Marie Nygaard <sup>1,†</sup> and Sigurd Høye <sup>2,\*</sup>

<sup>1</sup> Faculty of Medicine, University of Oslo, 0318 Oslo, Norway  
<sup>2</sup> Antibiotic Centre for Primary Care, Department of General Practice, Institute of Health and Society, University of Oslo, 0318 Oslo, Norway  
\* Correspondence: sigurd.hoye@medisin.uio.no  
† These authors contributed equally to this work, and share first authorship.

Received: 12 July 2019; Accepted: 15 August 2019; Published: 17 August 2019 

**Abstract:** Antimicrobial stewardship (AMS) interventions directed at general practitioners (GPs) contribute to an improved antibiotic prescribing. However, it is challenging to implement and maintain such interventions at a national level. Involving the municipalities' Chief Medical Officer (MCMO) in quality improvement activities may simplify the implementation and maintenance, but may also be perceived challenging for the GPs. In the ENORM (Educational intervention in NORwegian Municipalities for antibiotic treatment in line with guidelines) study, MCMOs acted as facilitators of an AMS intervention for GPs. We explored GPs' views on their own antibiotic prescribing, and their views on MCMO involvement in improving antibiotic prescribing in general practice. This is a mixed-methods study combining quantitative and qualitative data from two data sources: e-mail interviews with 15 GPs prior to the ENORM intervention, and online-form answers to closed and open-ended questions from 132 GPs participating in the ENORM intervention. The interviews and open-ended responses were analyzed using systematic text condensation. Many GPs admitted to occasionally prescribing antibiotics without medical indication, mainly due to pressure from patients. Too liberal treatment guidelines were also seen as a reason for overtreatment. The MCMO was considered a suitable and acceptable facilitator of quality improvement activities in general practice, and their involvement was regarded as unproblematic (scale 0 (very problematic) to 10 (not problematic at all): mean 8.2, median 10). GPs acknowledge the need and possibility to improve their own antibiotic prescribing, and in doing so, they welcome engagement from the municipality. MCMOs should be involved in quality improvement and AMS in general practice.

- Kommuneoverlegen ble ansett som en passende tilrettelegger for kvalitetsforbedringsaktiviteter i allmennpraksis
- Kommuneoverlegens involvering ble sett på som uproblematisk.
- Fastlegene erkjenner behovet og muligheten for å forbedre sin egen antibiotikaforskrivning, og ønsker engasjement fra kommunen velkommen.
- Kommuneoverlegen bør involveres i kvalitetsforbedring og antibiotikastyring i allmennpraksis.

# Kommunens rolle i antibiotikaresistens-arbeidet

- Fastlegepraksis
  - Legge til rette for kvalitetsforbedring (SKILs Kommunesamarbeid)
  - Informere om RAK, oppfordre til/følge opp deltagelse
  - Evt: invitere til ad hoc-gruppe som kan gjennomføre RAK
- Sykehjem/kommunale helseinstitusjoner
  - Godkjenne bruk av data til antibiotikarapport
  - Oppfordre til 5 års deltagelse i RASK, følge opp deltagelse
- Smittevernplan
  - Oversikt over resistensforhold og antibiotikabruk
  - Legge til rette for kvalitetsforbedringsarbeid innen antibiotikabruk

# Kommunens rolle i antibiotikaresistens-arbeidet

- Legevakt

- RAK legevakt – på pilotstadiet
- Utfordring: kreves installasjon av programvare
- Presse på for å få kommunens IT-avdeling til å godkjenne dette

- Hjemmetjenesten

- AHA – Antibiotikasmarte Hjemmetjeneste-Ansatte – på pilotstadiet

- Generelt

- Fastlønn på legevakt?
- Vikarer som ikke kjenner norsk antibiotikapraksis – kompetansekrav?
- Info til befolkningen om når det er nødvendig med legekontakt?

# Når er det nødvendig med legekontakt?

- Når bør man oppsøke lege?
- Dersom man får hoste som ikke gir seg i løpet av et par dager, kan man kontakte lege og bli vurdert for behandling.

## Bakterie er tilbake: – Interessant å se om vi får et betydelig utbrudd

Det begynner gjerne med symptomer fra halsen. Så kommer feberen og den plagsomme hosten: – Det er viktig å gi antibiotika forholdsvis tidlig.

»Trøndelag Smitte



som førte til at færre var immune i denne perioden. Christensen opplyser videre at det var et mindre utbrudd i Trøndelag vinteren 2016/2017. I Folkehelseinstituttets (FHI) ukentlige situasjonsrapport, står det at 95 personer i Norge testet positivt på mycoplasma i uke 42.

**Ble borte under pandemien**  
Under koronapandemien var mange flinke med smittevern-tiltak. Nå som pandemien er over, registreres en oppblomstring av flere sykdommer. – Det har vært en ekstraordinær situasjon under pandemien og i tiden etter. Vi har for eksempel ikke sett mycoplasma-bakterien. Nå begynner vi å se en viss bevegelse igjen, og det kan tenkes at vi fremover vil se en forekomst som er større enn normalt. Ifølge Christensen er det ikke utviklet en vaksine mot myco-

antibiotika som virker bra mot denne bakterien, men det er viktig å komme i gang med behandlingen forholdsvis tidlig. Går det over en uke, kan man bli gående og hoste lenge likevel. Ifølge Christensen kan bakterien forårsake alvorlig sykdom hos enkelte – som eldre og folk med øvrige grunnsykdommer. Små barn har som regel milde sykdomsforløp. – Bakterien kan føre til langvarig lungebetennelse og hoste også på barn, tenåringer og yngre voksne er mest utsatt for å smittes med mycoplasma-bakterien. – Det smittes gjerne på skoler og i barnehager, hvor barna omgås tett.

De lave temperatuere ute og det at folk i større grad samles inne, er også med på å gi grobunn for denne type bakterier og luftveiviruser. – Vi ser i tillegg en økning av rhinovirus og koronavirus. Men



Andreas Christensen, overlege ved St. Olav. Bildet er tatt ved en tidligere anledning. FOTO: TERJE SVAAN

disse virusene har foreløpig nådd et platå, og vi ser nå flattere kurver, sier Sagvik, og legger til at dette kan endre seg utover høsten og vinteren. **Kikhoste: – Spesielt alvorlig for de minste**  
– I det siste har vi også gjort påvisninger av kikhoste, en luftveisinfeksjon som har vært lite i omloop under og etter pandemien. Det er foreløpig påvist færre tilfeller enn mycoplasma, men vi må følge med, sier overlege Christensen. I løpet av de siste fire ukene er det påvist 17 tilfeller av kikhoste i

Trøndelag. Han forteller at kikhoste kan utvikle seg til å bli spesielt alvorlig for de minste barna, som ennå ikke har fått vaksine. – Vi kan forvente at tallene stiger, men takket være vaksinen mot kikhoste som er med i barnevaksinasjonsprogrammet, vil vi ikke se de store utbruddene, sier han. **Setter inn tiltak mot uavaksinerte**  
Spedbarn får den første vaksinedosen mot blant annet kikhoste ved tre måneders alder. Sagvik anbefaler gravide i

andre og tredje trimester å ta en oppfriskningsdose, for å beskytte den nyfødte mot smitte. – Vi anbefaler foreldre, besteforeldre og andre i nære relasjoner til spedbarnet om å ta oppfriskningsdose mot kikhoste. Kikhoste gir luftveisinfeksjon med kraftige hosteanfall i alle aldre, men er alvorligst hos spedbarn i første leveår og særlig de første seks måneder. Hun forteller at det kartlegges om det er sårbare personer rundt tilfeller med påvist kikhoste.

– Vi har tiltak mot de som er uavaksinerte. De får forebyggende antibiotika-behandling. Dette gjelder barn under tre måneder, barn under to år som er uavaksinerte eller som kun har fått én dose kikhostevaksine, og uavaksinerte med alvorlig hjerte- og lungesykdom, og nedsatt immunforsvar. **Folk glemmer oppfriskningsdosen**  
Ifølge Sagvik følger de aller fleste barn barnevaksinasjonsprogrammet. Det betyr at barn og ungdom generelt sett er godt

beskyttet mot kikhoste. – Kikhostevaksinen gir god beskyttelse mot alvorlig sykdom, men beskyttelsen mot å bli smittet og syk avtar etter noen år. Fra man blir voksen, anbefales det å ta en oppfriskningsdose hvert tiende år. Dette har folk en tendens til å glemme, forteller Sagvik. – Folk er ikke så flinke til å ta disse oppfriskningsdosen. Men vi håper nå at gravide og folk i og rundt risikogrupperne kommer for en oppfriskningsdose. **KARI-ANNE AARVÅG** 48.282938 kari-anne.aarvag@advisiaavisen.no

andret og tredje trimester å ta en oppfriskningsdose, for å beskytte den nyfødte mot smitte. – Vi anbefaler foreldre, besteforeldre og andre i nære relasjoner til spedbarnet om å ta oppfriskningsdose mot kikhoste. Kikhoste gir luftveisinfeksjon med kraftige hosteanfall i alle aldre, men er alvorligst hos spedbarn i første leveår og særlig de første seks måneder. Hun forteller at det kartlegges om det er sårbare personer rundt tilfeller med påvist kikhoste.



# Når er det nødvendig med legekontakt?


Jeg vil derfor presisere: De aller fleste tilfeller av mykoplasmainfeksjoner er milde og går over uten antibiotikabehandling.

Når skal du da oppsøke lege? Du kan trygt se an, og oppsøk lege først hvis du opplever langvarig utmattende hoste, vedvarende feber, redusert allmenntilstand eller pustebesvær.

Adresseavisen NYHETSSTUDIO NYHETER SPORT KULTUR DEBATT UKEADRESSA SH

## Midtnorsk debatt

Forsiden Kommentar Debatt Kronikk Leder Send din mening



Mykoplasma: – Når skal du oppsøke lege?

Andreas Christensen  
Overlege ved St. Olavs hospital

Publisert: 6. november 2023 kl. 15:18  
Oppdatert: 6. november 2023 kl. 15:18

Dette er et debattinnlegg. Det gir uttrykk for debattansens egen holdning.

**DEBATT:** De aller fleste tilfeller av mykoplasmainfeksjoner er milde og går over av seg selv.

I Roar Dyrkorns tilsvaret til intervjuet med meg som nylig var på trykk i Adressa beskylder han meg for å skyte spurv med kanoner. Mine hensikter var langt mildere enn det, men jeg takker min gode kollega for innspillene som gir meg en mulighet til å presisere. Rådene for når man som pasient bør oppsøke lege kom ikke helt klart fram i intervjuet, og det er uheldig at dette har ført til stort påtrykk på mange legekontorer. Dyrkorn hevder at jeg anbefalte alle som har vondt hals og feber om å oppsøke lege. Dette er ikke riktig. Jeg snakket om at hoste er et viktig kriterium. Dette kom med i intervjuet, men budskapet ble nok noe utydelig.

ARTIKKELN FORTSETTES UNDER ANNONSEN

Investinor

