
Legemiddelbruk hos barn

REDAKSJONELT

MARHAUG G

Antibiotikabruk i barnealderen er utbredt. Tiltak for å oppnå adekvat bruk er både et individuelt og et nasjonalt ansvar

Tre artikler i dette nummer av Tidsskriftet omhandler bruk av legemidler til barn, delvis med bakgrunn i en enkelt diagnose (1), delvis beskrevet som legemiddelforbruk ved barneavdelinger i en av våre helseregioner (2) og delvis som en undersøkelse av rapportert medikamentforbruk i en aldersgruppe (3). Konklusjonene er at antibiotika formellomørebetennelse brukes meget hyppig utenfor sykehus på tross av gjeldende retningslinjer. I artikkelen som rapporterer antibiotikabruk i barneavdelinger dokumenteres det at praksis er meget forskjellig fra avdeling til avdeling, og at all bruk derfor neppe er i samsvar med aktuelle retningslinjer. I rapporten fra Vestfold kan man også lese at forskrevet medikamentbruk hos fireåringer er meget stort, og at 50% av dette er antibiotika.

Hva som er adekvat antibiotikabruk i en populasjon er vanskelig å dokumentere (4). Det er imidlertid innlysende at når undersøkelsen fra Vestfold påviser at halvparten av en definert barnepopulasjon bruker gjennomsnittlig 1,4 reseptbelagte medikamenter per år, er det tvingende nødvendig å foreta legemiddeløkonomiske analyser av kostnader og effektivitet. Studiene presentert i dette nummer av Tidsskriftet er i stor grad rettet mot problemet med resistensutvikling, men flere andre aspekter burde også belyses. Dersom man 717 ganger forskriver antibiotika tre ganger daglig i sju dager (1) betyr det 15 057 administreringer til mer eller mindre uvillige barn. Gitt at hverdose tar tre minutter, snakker vi om ca. 750 foreldretimer. Alt til hvilken pris og med hvilken effekt? I tillegg bør ubehag som magesmerter og diaré, som vanligvis ikke oppfattes som signifikante bivirkninger, tas med.

Dersom man ønsker å forandre medisinsk praksis, må mange forutsetninger være til stede. Oppdatert kunnskap må være tilgjengelig og gjøres kjent. Kunnskapen må omformes til handling og utvikles til etablert praksis. Etablert praksis må evalueres, overvåkes og videreføres.

Vi har i Norge hatt tradisjon for å tro at kunnskap som gjøres kjent via kurs og tidsskrifter mer eller mindre automatisk resulterer i forandret praksis. Både erfaring og forskning tilsier at dette neppe er tilfelle. Avstanden fra kjennskap til nye forskningsresultater til forandret praksis i en organisasjon eller gruppe er underlig lang. Å introdusere forandring er ikke bare et individuelt ansvar, men også et systemansvar og et lederansvar.

Medisinsk praksis i Norge har tradisjon for å være et individuelt, profesjonelt ansvar. Dette er både en styrke og en svakhet. Det er nødvendig at medisinske ledere på alle nivåer i helsetjenesten ser oppdatering av medisinsk praksis som en absolutt nødvendig del av sin ledervirksomhet. Det er et lederansvar å påvise behovet for forandring, identifisere virkemidlene og aktørene, legge strategi for forandring, introdusere forandringen, eventuelt implementere forandringen, bidra med støtte, forandre planer underveis og ikke minst evaluere og kontrollere resultatet (5).

Det er viktig å erkjenne at forandringer i medisinsk praksis har særtrekk som krever spesielle virkemidler. Leger forventer å delta aktivt i prosessen og må ha eierskap til forandringen. Det er viktig om enn ubehagelig å erkjenne at leger har autonomi som gir dem mulighet for å vanskeliggjøre forandring (5). Forandring er en prosess som tar tid og som kontinuerlig må overvåkes og evalueres. Det er viktig å identifisere virkemidler. I medisinsk praksis har konsensusrapporter og terapiveiledere fått stor plass.

Både innen primærhelsetjenesten og på sykehus må det etableres standarder for antibiotikabruk spesielt og medikamentbruk til barn generelt. Metodeboken *Akutt pediatri* redigert av Norsk barnelegeforening (6), er et eksempel som oppleves vellykket av brukerne. Forutsetningen er imidlertid et system for oppdatering og videreføring. Som en del av strategien må man begrense industriens innflytelse når det gjelder antibiotikavalg og forbruk, - en faktor som ikke må undervurderes. Det er en utfordring til arbeidsgiverne å avsette ressurser for industriuavhengig videre- og etterutdanning uten at industriens eget ansvar må glemmes. Forandring krever alltid investering. Er man ikke villig til å investere, skal man heller ikke starte en forandringssprosess (5).

Norge har liten tradisjon for overvåking av og intervensjon i medisinsk praksis. I USA er systemer som begrenser visse typer medikamenter til visse diagnoser og rekvirering til bestemte leger, kjent og tas i bruk i tiltakende grad. Man kan tenke seg at lokale helsemyndigheter i Norge bør føre kontroll med antibiotikabruken i egen kommune som basis for veiledning om kunnskapsbasert praksis. I fagfeltet helseøkonomi finnes metoder som brukes til å vurdere hvor mye ressurser som må brukes for å oppnå en viss helsegevinst. Anbefalinger om bruk eller ikke bruk av medikamenter, spesielt antibiotika til barn, må i fremtiden være ledsaget av denne type vurderinger. Ansvar for å utarbeide anbefalinger må legges til sentrale helsemyndigheter som Statens legemiddelkontroll og Statens helsetilsyn. Det er vanskelig å se at en forandring i legemiddelbruk til barn i fremtiden kan oppnås uten en større grad av evaluering og kontroll.

Rapportene i dette nummer av Tidsskriftet indikerer at store deler av medisinsk praksis når det gjelder medikamentbruk til barn, ikke bare er kunnskapsbasert men også bestemt av andre faktorer. Forskjellen mellom

gårsdagens medisin og dagens virkelighet er at kunnskapen finnes i nesten uoverstigelige mengder og lett tilgjengelig. Gapet mellom praksis og kunnskap blir derfor langt mer synlig - også for brukerne. Å gjøre dette gapet minst mulig ved hjelp av tilgjengelige ressurser er en av den moderne medisins store utfordringer.

Gudmund Marhaug

Gudmund Marhaug (f. 1945) er spesialist i barnesykdommer og avdelingsoverlege. Han er professor ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet i Trondheim.

LITTERATUR

1. Myrbakk T, Giæver A, Olsvik Ø, Flægstad T. Antibiotikabehandling av akutt ørebetennelse hos barn. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 2649-52.
2. Westergren T, Abrahamsen TG, Egeland T. Forbruk av antiinfeksiøse legemidler ved barneavdelingene i helseregion 2. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 2640-4.
3. Wefring KW, Nordhagen R, Lie KK, Loeb M. Legemiddelforskrivning til fireåringer i Vestfold. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 2645-7.
4. Axelsson I, Tirén U, Burman K. Antibiotika till barn. Hur mycket är lagom? Läkartidningen 1997; 94: 4243-5.
5. Grant J. Managing change in a medical context. I: Coles C, Holm HA, red. Learning in medicine. Oslo: Universitetsforlaget, 1993: 89-102.
6. Akutt pediatri. Oslo: Norsk barnelegeforening, 1998.

Publisert: 10. august 1999. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. juni 2026.