



Når diagnostik flyttes ud af konsultationen

Dansk Selskab for Almen Medicin er i den senere tid blevet kontaktet af medlemmer, som er faldet over nye tilbud fra udvalgte apoteker: test og behandling for kønssygdomme på under 45 minutter.

Apotekerne samarbejder med et onlinefirma, som udskriver recepter ved positivt testresultat på apoteket. Markedsføringen reklamerer med, at man undgår ”akavede besøg” hos egen læge og opnår fuld diskretion – paradoksalt nok i et apoteksmiljø, hvor det tilsyneladende er en farmaceut eller farmakonom, der ved skranken skal udspørge om symptomer, partnere og seksuel adfærd.

Hurtighed fremhæves som kvalitet; 45 minutter præsenteres som et ideal. Men diagnostik og behandling af seksuelt overførte infektioner er ikke en ekspedition. Det er klinisk medicin.

Usikker testmetode og manglende resistensbestemmelse

Man reklamerer med ”ingen podning”, selvom anbefalet diagnostik af klamydia hos kvinder er podning. En urinprøve alene kan overse op mod 20 procent af infektionerne. Vælger man en mindre sensitiv metode af hensyn til bekvemmelighed, har det konsekvenser – både for den enkelte og for smittespredningen.

Mycoplasma genitalium er et endnu

tydeligere eksempel. Omkring halvdelen af de positive prøver er makrolidresistente. Derfor skal alle positive prøver resistensbestemmes, hvilket kræver specialiseret laboratorieanalyse. Alligevel brugte man på apotekerne Azithromycin som standardbehandling. Uden forudgående resistensafklaring risikerer man behandlingssvigt, fortsat smitte og yderligere resistensudvikling. Efter kritik fra blandt andet DSAM, henviser apotekerne nu patienter med mycoplasma til egen læge.

Hvem følger op

Asymptomatiske partnere skal testes. Patienten skal informeres om smitteopsporing. Der skal planlægges kontrol efter tre måneder. Får ”kunden” disse beskeder? Hvem tager ansvaret for opfølgningen?

Gonorré håndteres tilsyneladende ved henvisning til veneriaklinik. Det illustrerer pointen: Nogle infektioner kræver specialiseret vurdering. Men hvem laver den initiale kliniske vurdering? Og hvad med differentialdiagnoserne?

Der er også et juridisk og strukturelt lag. Når behandling iværksættes, forudsætter det informeret samtykke på et lægefagligt grundlag. Hvor dokumenteres indikationen? Hvor journalføres vurderingen? Hvilket ansvar påtager apoteket sig? Og inden for hvilke rammer?

Apotekerne må ifølge loven ikke

drive lægevirksomhed. Men hvornår bliver test og ordination reelt udøvet af en lægevirksomhed? Hvad siger Lægemiddelstyrelsen? Hvad siger Styrelsen for Patientsikkerhed om rolle- og ansvarsfordeling? Hvordan ser de kliniske mikrobiologer og AMR-alliancen på en model, der potentielt øger uhensigtsmæssig antibiotikaanvendelse?

DSAM-vejledninger følges ikke

Ifølge hjemmesiden er næste skridt test for halsbetændelse og urinvejsinfektion.

Her bliver problemstillingen endnu tydeligere. I almen praksis har vi gennem årtier arbejdet målrettet for at reducere overdiagnostik og overbehandling. Ved halssmerter anvendes Centor-kriterierne. Ingen test ved hoste og tydelige virustegn. Point-of-care-tests skal bruges selektivt – ikke rutinemæssigt.

Ved urinvejsinfektion hos ældre behandler vi ikke asymptomatisk bakteriuri. Vi laver ikke kontrol-dyrkninger uden indikation. I min klinik har vi brugt mange år på at lære især vores ældre kvindelige patienter, at de ikke skal komme og aflevere en urinprøve ”for en sikkerheds skyld”.

Manglende overvågning og øget antibiotikaresistens

En yderligere konsekvens er den manglende epidemiologiske overvågning.



Foto: Privatfoto.

Når test og behandling sker uden integration i de kliniske registrerings-systemer, svækkes datagrundlaget for overvågning af smitte og resistens. Det er ikke en detalje. Det er et folkesundhedsanliggende.

Vi har været i dialog med Dansk Selskab for Klinisk Mikrobiologi, som deler vores bekymring for mangelfuld klinisk vurdering og antibiotikaresistens. Men bekymringen findes ikke kun i lægevidenskabelige selskaber. Danske Bioanalytikere har rejst spørgsmål om kvalitetssikring, validering og dokumentation af de analyseapparater, der anvendes i denne nye type ordning.

Analysekvalitet er ikke et teknisk detaljespørgsmål. Sensitivitet, specificitet, korrekt kalibrering og løbende kvalitetskontrol er forudsætningen for, at et prøvesvar overhovedet kan danne grundlag for behandling. Når test flyttes ud af de etablerede laboratorier og kvalitetsstrukturer, må det være fuldstændig transparent, hvordan kvaliteten sikres – og hvem der fører tilsyn.

Spørgsmålet er, om dette blot er begyndelsen på en udvikling, hvor diagnostik og behandling af stadig flere tilstande gradvist kører uden om lægen.

Pligt til at råbe op

Jeg er ikke imod innovation. Jeg er ikke imod nye, smarte løsninger. Tværtimod. Men når hastighed gøres til kvalitetsmål, og bekvemmelighed risikerer at trumfe faglighed, så har vi en pligt til at råbe op.

På den baggrund har DSAM rettet henvendelse til Lægemiddelstyrelsen for at få afklaret de regulatoriske rammer og ansvarsforhold i denne type ordning. Vi afventer aktuelt svar. Lægemiddelstyrelsen har orienteret os om, at henvendelsen er videresendt til Styrelsen for Patientsikkerhed. Det understreger i sig selv, at der er tale om spørgsmål, som rækker ind i patientsikkerhed og autorisationsforhold.

Det er afgørende for tilliden til sundhedsvæsenet, at rolle- og ansvarsfordelingen er tydelig, når nye

aktører bevæger sig ind på områder, der traditionelt har været forankret i lægelig virksomhed.

Og det er netop derfor, det betyder noget, når medlemmer henvender sig. Denne sag begyndte, da medlemmer af DSAM gjorde os opmærksomme på et nyt tiltag. Tak for det!

Vores fælles faglighed forpligter os til at reagere, når en ny udvikling i sundhedsvæsenet potentielt kan udfordre patientsikkerheden.

Som sagt har virksomheden Plus-Medical nu valgt at undlade at behandle mycoplasma genitalium og i stedet henvise patienter til egen læge eller veneriklinikken. Det er positivt, at virksomheden har lyttet til kritikken af behandling uden resistensbestemmelse. Det ændrer imidlertid ikke på den grundlæggende problemstilling ved at teste uden for en klinisk kontekst. Vi risikerer, at almen praksis unødigt får henvist patienter, som aldrig skulle have været testet i første omgang, og patienterne risikerer samtidig unødigt dobbelttestning. ●