



Når dyrkning af podninger begrænses

I 2024 ændrede Region Nordjylland kriterierne for dyrkning af podninger fra almen praksis. Det gav færre rekvisitioner, men det påvirkede også de kliniske beslutninger og den faglige autonomi.

Infektioner i svælg, sår, øre og øje er hyppige kontaktårsager i almen praksis. Ofte kan infektionen vurderes ud fra det kliniske billede, og empirisk antibiotikabehandling dækker i mange tilfælde de relevante patogener. Alligevel er antallet af rekvirerede prøver steget markant de seneste år. I foråret 2024 indførte Klinisk Mikrobiologisk Afdeling på Aalborg Universitetshospital derfor nye kriterier for dyrkning af podninger fra almen praksis i Region Nordjylland, så dyrkning af podninger fra svælg, sår, øre og øje nu primært foretages ved recidiv eller behandlingssvigt. Ændringen medførte et betydeligt fald i antallet af rekvirerede podninger.

Som medicinstuderende på Aalborg Universitet blev vi derfor nysgerrige på, hvordan denne ændring blev oplevet i praksis. Hvad sker der, når adgangen til et diagnostisk redskab begrænses?

Kvalitativt studie giver indblik

For at belyse de praktiserende lægers refleksioner og erfaringer i forbindelse med de nye retningslinjer udførte vi et kvalitativt studie, som var baseret på semistrukturerede interviews med syv praktiserende læger (L1-L7) i Region Nordjylland i efteråret 2025. Gennem analysen identificerede vi fire gennemgående temaer.

Mindre podning, mere antibiotika?

Flere læger oplevede, at de nye retningslinjer stod i kontrast til nationale målsætninger om ansvarligt antibiotikaforbrug. De udtrykte bekymring for, at manglende diagnostisk afklaring inden behandlingsopstart potentielt kunne bidrage til øget og uhenigtsmæssigt antibiotikaforbrug og dermed resistensudvikling.

“Vi skal altså teste med antibiotika, i stedet for med podedipind. Og det, synes jeg, er forkert.” (L2)

Derudover beskrev flere læger et dilemma mellem over- og underbehandling. De udtrykte bekymring for, at antibiotisk behandling uden forudgående podning kunne medføre unødvendige bivirkninger hos sårbare patienter, herunder ældre, diabetikere og immunsupprimerede. Samtidig påpegede én læge, at mindre antibiotika ikke nødvendigvis var bedre, hvis det skyldtes manglende diagnostisk af-

klaring og dermed kunne føre til underbehandling. Muligheden for at podedipinden behandlingsopstart betød, at de tidligere i nogle tilfælde kunne undgå antibiotikabehandling i første instans eller justere behandlingen ud fra dyrknings- og resistenssvaret. Nogle af lægerne oplevede at ordinere antibiotika både tidligere og hyppigere efter indførelsen af de nye retningslinjer. Særligt pegede lægerne på en mulig øgning i deres brug af dicloxacillin. Andre oplevede dog ikke væsentlige ændringer i deres ordination af antibiotika.

Øget diagnostisk usikkerhed

Et gennemgående fund i vores studie

FAKTA OM STUDIET

- **Titel:** Praktiserende lægers erfaringer med ændret adgang til dyrkning af podninger i almen praksis: et interviewstudie
- **Studiedesign:** Eksplorativt kvalitativt studie
- **Dataindsamling:** Semistrukturerede interviews
- **Deltagere:** Syv praktiserende læger i Region Nordjylland, udvalgt med variation i alder, erfaring og praksistype
- **Analyse:** Systematisk tekstkondensering af transskriberede interviews.

var, at flere læger oplevede øget diagnostisk usikkerhed efter de nye retningslinjer. Samtlige læger fortalte, at dyrkning af podninger tidligere fungerede som et vigtigt støtteværktøj og sikkerhedsnet, især ved atypiske forløb. De fremhævede særligt en oplevet usikkerhed i tvivlstilfælde og ved sårbare patienter, hvor konsekvenserne af både infektion og antibiotikavirkninger kan være store.

“Så bliver den første overvejelse... [...] du er nødt til at behandle med det her, for vi kan jo ikke få undersøgt en dyrkning. [...] Det bliver sådan lidt et skud i blinde.” (L1)

Denne usikkerhed kom også til udtryk, når lægerne skulle navigere i de nye retningslinjer. Selvom flere læger beskrev samarbejdet med Klinisk Mikrobiologisk Afdeling (KMA) som vel-fungerende, udtrykte andre frustration over kommunikationen med afdelingen, fordi podninger kunne blive afvist trods skriftlig eller telefonisk begrundelse. Dette blev oplevet som spild af både tid og ressourcer. Gennemgående efterlyste lægerne derfor mere fleksibilitet i de nye dyrkningskriterier.

Begrænsning af faglig autonomi

Flertallet af de adspurgte læger beskrev de nye retningslinjer som et indgreb i deres faglige råderum. De oplevede ændringen som et påbud ovenfra, som blev indført brat, uden forudgående dialog med almen praksis. For flere skabte det en følelse af faglig utilfredshed og en oplevelse af, at deres professionelle dømmekraft og kendskab til patienten blev underkendt.

“Vi har jo vores frie ordinationsret. Den plejer man at hylde [...] og lige pludselig, så kommer der en relativt stor begrænsning, som ikke har været luftet, og som jeg ikke føler, at man har været en del af.” (L6)

Selvom flere læger anerkendte, at der tidligere kan have været et over-



Mikrobiologer begrænser de praktiserende lægers mulighed for podning.
Illustration: AI og Mireille Lacroix.

forbrug af podninger, blev de nye retningslinjer opfattet som en spareøvelse. Manglende indsigt i rationalet bag de nye kriterier gav anledning til usikkerhed om, hvorvidt de nye retningslinjer var fagligt underbyggede. Enkelte læger udtrykte bekymring for en udvikling, hvor yderligere diagnostiske redskaber kan blive begrænset i almen praksis og dermed svække kvaliteten i diagnostik og behandling.

“Jeg synes på en eller anden måde, at så forringer det de muligheder, vi har for at diagnosticere i almen praksis, og dermed gør man os til sådan andenrangsdiagnostikere og underkender en erfaring, som vi faktisk har.” (L1)

Nogle læger fortalte desuden, at de i enkelte tilfælde følte sig nødsaget til at angive urigtige oplysninger ved rekviritionen for at undgå afslag af podninger, som de fagligt vurderede nødvendige for at yde forsvarlig patientbehandling.

Podning som læringsredskab

Dyrkning af podninger blev af flere læger beskrevet som et betydningsfuldt lærings- og refleksionsredskab. Muligheden for at koble kliniske observationer med dyrkningssvar blev beskrevet som en forudsætning for opbygning af klinisk erfaring. Flere udtrykte derfor bekymring for, at den kliniske læring nu svækkes, især for uddannelseslæger og studerende.

“Jeg tror, at hvis vi kigger 10 eller 15

år frem, så får vi faktisk et problem, fordi der ikke er nogen, der har haft den der samme trial and error.” (L6)

Hvad kan vi bruge studiet til?

Vores studie peger på, at begrænset adgang til dyrkning af podninger påvirker praktiserende lægers kliniske arbejde på flere måder, herunder deres oplevelse af diagnostisk sikkerhed, beslutning om antibiotikabehandling, oplevelse af faglig autonomi og muligheder for læring i almen praksis.

Resultaterne understreger behovet for, at ændringer i diagnostiske retningslinjer implementeres med tydelig faglig begrundelse, gennemsigtighed og reel inddragelse af alle relevante parter. ●

PODEVEJLEDNING FRA DSAM PÅ VEJ

En gruppe under DSAM gik i februar 2026 i gang med at udarbejde en podevejledning. Formålet er at sikre målrettet brug af podninger i almen praksis. Anbefalingerne skal sikre den bedste faglige behandling og minimere unødvendige undersøgelser, behandlinger eller procedurer, der ikke gavner patienterne eller unødigt belaster sundhedsvæsenet og de planetære grænser. Udarbejdelsen af vejledningen forventes at tage 1 år.



Mikrobiologernes perspektiv på begrænsningen af podninger

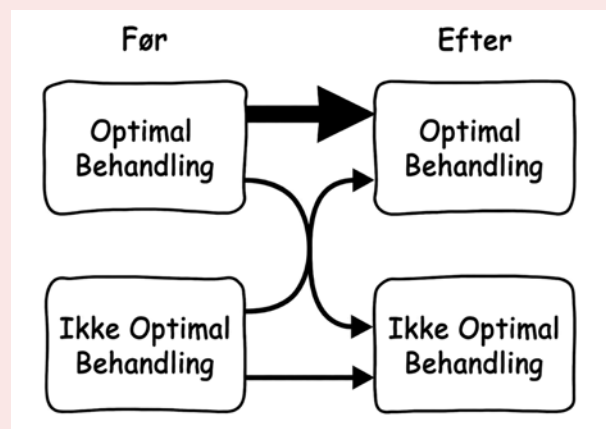
Artiklen på forrige side beskriver, hvordan praktiserende læger i Region Nordjylland har oplevet de nye kriterier for dyrkning af podninger. Practicus har spurgt David Fuglsang-Damgaard, cheflæge på Klinisk Mikrobiologisk Afdeling på Aalborg Universitetshospital, om baggrunden for beslutningen.

Hvilken evidens ligger til grund for de nye dyrkningskriterier?

Fra 2008 til 2023 steg antallet af rekvirerede podninger fra almen praksis med cirka 100 procent. Stigningen kunne ikke forklares ud fra demografiske, resistensmæssige eller epidemiologiske forhold. Udgangspunktet for de nye kriterier var derfor ikke, at der forelå evidens for at begrænse podninger, men snarere at der ikke forelå evidens, der berettigede den observerede stigning. En forsigtig antagelse er, at patienter med de omhandlede infektionstyper ikke blev behandlet dårligere i almen praksis før 2008.

Vil manglende mulighed for podning påvirke patientbehandlingen?

Der er en gråzone, hvor konsekvenserne af de nye kriterier er usikre. Nogle patienter vil formentlig modtage en mindre optimal behandling efter ændringen – men omvendt mener vi at andre patienter vil blive behandlet bedre, fordi man tvinges til at tage klinisk stilling frem for at afvente et dyrkningssvar.



Der vil være patienter, som efter interventionen får en mindre optimal behandling, men omvendt også patienter, der nu får en mere optimal behandling, fordi man tvinges til at tage stilling, når man møder patienten.

Et centralt forhold er, at alle de berørte podninger – fra hud, øje, øre og svælg – tages fra overflader, der ikke er sterile. Kolonisationsflora er vanskelig at adskille fra sygdomsfremkaldende flora. Et positivt dyrkningssvar er derfor ikke ensbetydende med infektion, og et negativt svar udelukker den ikke.

For de hyppigste hudinfektioner undersøges podningerne for *S. aureus*, *S. lugdunensis* og hæmolytiske streptokokker gruppe A, C og G – bakterier, der i over 99 procent af tilfældene er følsomme for dicloxacillin. Den empiriske behandling dækker således de relevante patogener i langt de fleste tilfælde, og resistensbestemmelse er sjældent afgørende for behandlingsvalget.

Tror I der vil blive anvendt mere antibiotika efter ændringen?

Der foreligger ikke studier, der dokumenterer, om færre podninger øger eller sænker antibiotikaforbruget. Vi vil dog følge ordinationsdata nøje fremover. Det er værd at bemærke, at klinisk diagnose uden podning allerede i dag er standard ved en lang række infektionstilstande i almen praksis – for eksempel pneumoni, rosen, erythema migrans og fodsvamp.

Har I inddraget de praktiserende læger i beslutningen?

Det skal siges klart: processen var ikke god nok. Udgangspunktet var en besparelse på afdelingen, og vores praksiskonsulent blev først inddraget, efter beslutningen var truffet. Det var urimeligt over for ham og over for almen praksis. Ideelt set burde ændringen have været gennemført som et kvalitetsudviklingsprojekt med dialog fra starten.

Hvad ser du som vejen frem?

Vi er åbne over for fleksibilitet i enkeltstående tilfælde – sårpodninger dyrkes, hvis der angives et fagligt argument. Og vi vil meget gerne bidrage til øget uddannelse og dialog om de diagnostiske forudsætninger og begrænsninger, der knytter sig til podninger. Mange prøver tages i dag uden en klar forudgående plan for, hvad et positivt henholdsvis negativt svar skal føre til. Det er ikke en kritik af almen praksis alene – det er et fælles anliggende at styrke den diagnostiske stewardship på tværs af sektorer. ●