

Screening og kort intervention for excessivt alkoholforbrug

En kvalitativ beskrivelse af praktiserende lægers erfaringer

Anders Beich, cand.scient.soc. Dorte Gannik & Kirsti Malterud

Resumé

Introduktion: Almen praksis spiller en vigtig rolle for individorienteret forebyggelse. Lægerne anbefales at screene deres patienter for excessivt alkoholforbrug og yde kort rådgivning. Her beskrives en gruppe lægers erfaringer med et af WHO anbefalet program, som de afprøvede i deres daglige praksis.

Materiale og metoder: Fireogtyve læger, der deltog i et pragmatisk interventionsstudie, blev interviewet om deres erfaringer i fokusgrupper eller individuelt. Analyserne blev foretaget direkte på de digitalt lagrede interview ved hjælp af en deskriptiv, fænomenologisk metode.

Resultater: Lægerne var overraskede over, hvor vanskeligt det var at skabe kontakt, lydhørhed og motivation hos de individer, de fandt ved screening. De var i tvivl om rationalet for screening af en stor gruppe unge med umodne drikkemønstre. Programmet var ressourcekrævende, forstyrrede konsultationsprocessen og førte til ufleksible konsultationer. Lægerne anså relationen for at være robust nok, også til systematisk forebyggelse, men undlod ofte opfølgning på de initiale interventioner, når chancen bød sig. Flere læger angav utilstrækkelige færdigheder i rådgivning om livsførelse og sundhed. Vores informanter kunne ikke anbefale den screeningsbaserede kortere intervention.

Diskussion: Dette screeningsprogram skabte flere problemer end det løste for en gruppe læger, som må anses for positivt selekteret, når det gælder motivation for forebyggelse. Det må være vigtigt at gennemføre evalueringer af de processer, der er involveret i

forebyggelsesprogrammer og -teknologier, hvis de er dokumenteret at have effekt under ideelle eksperimentelle betingelser.

Det anbefales, at individer, der søger hjælp i sundhedsvæsenet, systematisk bliver udspurgt om bestemte risikofaktorer i livsførelsen og bliver individuelt rådgivet. Almen praksis har på grund af de mange kontakter været særlig anbefalet som ramme for den type forebyggelse.

Når det gælder alkoholforbrug, er der internationalt stor bevågenhed på screening og kort intervention, en screeningsbaseret, kortvarig rådgivningsform (**Fig. 1**), og det anbefales, at fokus for forskningen nu rettes mod implementering [1]. Implementeringsforskning indikerer imidlertid, at opgaven ikke er ligetil [2, 3], og interventionseffekten er primært dokumenteret med *efficacy*-studier, der er foretaget under kontrollerede og nærmest ideelle omstændigheder.

I 1997 startede i Danmark et evalueringsstudie indeholdende en række projekter, der belyser en screeningsbaseret rådgivning udviklet og anbefalet af WHO [4]. I studiet undersøges man aspekter af kompatibilitet, hensigtsmæssighed, validitet og effekt i et pragmatisk design, der bevidst tilstræber dagligdags praksisomstændigheder. Niogtredive praktiserende læger fra fire amter meldte sig frivilligt og implemente-

VIDENSKAB OG PRAKSIS | PARALLELPUBLIKATION

rede et screenings- og rådgivningsprogram fuldstændigt i deres praksis i en periode på otte arbejdsuger, hvor de brugte *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) [5] til screeningen (Fig. 2).

I denne artikel præsenteres resultaterne af kvalitativ forskning, der belyser de praktiserende lægers erfaringer med den screeningsbaserede rådgivning. Formålet var, gennem at udforske, hvordan sådanne programmer fungerer under virkelighedens betingelser, at producere supplerende bidrag til slutningsgrundlaget, når der skal tages stilling til, hvordan, hvornår og hvor sådanne programmer kan benyttes.

Materiale og metoder

I to amter blev i alt 30 af de deltagende læger inviteret til at fortælle om og diskutere deres erfaringer i en af to fokusgrupper [6]. Det resulterede i to grupper med hhv. fire og 15 deltagere. Som led i en valideringsstrategi, og fordi mere ekstreme synspunkter måske ikke ville komme frem i en fokusgruppe, blev der også foretaget individuelle interview med fem læger. Disse interview fulgte strukturen for fokusgruppeinterviewene.

De overordnede spørgsmål fra de semistrukturerede interview er angivet i Fig. 3. Dataene omfatter i alt ni timers interview, som fandt sted 3-12 uger efter interventionsperioden.

Førsteforfatteren foretog alle interview. Gruppeinterview fandt sted på kursussteder i de to amter, mens de individuelle interview fandt sted i praksis. Alle interview fandt sted i en afslappet og reflekterende atmosfære og tjente også til debriefing og erfaringsudveksling.

Analysen fandt sted direkte på lyddata, hvilket er muligt ved anvendelse af computerprogrammet Kvalitativ Interview- og Terapianalyse (*Qualitative Media Analyser* [7]), hvormed man kan håndtere og sortere store mængder lyddata. Denne procedure giver datanæthed i analysen [8].

Fokusgruppeinterview og individuelle interview fulgte den samme struktur. De blev analyseret parallelt, og resultaterne præsenteres samlet. Analysen fulgte en modificeret fænomnologisk tilgang [9, 10], som tilstræber at udlede viden fra dagligdags erfaring og at være deskriptiv snarere end for-

klarende og inkluderer fire trin: 1) etablering af temaer, 2) meningsbærende enheder, 3) kondensering og 4) sammenfatning (syntese). Førsteforfatteren gennemførte de første tre trin under supervision af de to øvrige, mens alle forfattere tog del i syntesen og de efterfølgende konklusioner.

Resultater

Fireogtyve læger deltog i et interview, og de var repræsentative for hele gruppen mht. alder, køn, antal år i praksis, praksis' beliggenhed og screeningsaktivitet i perioden.

Analyserne afdækkede erfaringer, der var relateret til: relevans af de alkoholproblemer, som screeningen afdækkede, acceptabilitet af programmet for læger og patienter, lægernes følelse af selvtillid i rollen og endelig nogle anbefalinger vedrørende screening og kort intervention.

Skal screening virkelig omfatte de unges umodne drikkemønstre, og hvor mange med alkoholproblemer svarer i grunden sandt på spørgsmålene?

Identifikation af en stor gruppe yngre individer med risikable alkoholvaner og »weekenddruk« overraskede de fleste informanter, som fandt, at forebyggelse af alkoholproblemer blandt unge primært skulle finde sted tidligere og andre steder, f.eks. i skole- eller familiereg. Nogle satte også spørgsmålstegn ved rationalet bag screening for denne gruppe og anførte, at de fleste modnes ud af disse ungdomsdrickemønstre. Nogle enkelte læger udtrykte ønske om også at arbejde med denne gruppes alkoholforbrug, men de havde fundet det meget vanskeligt.

»De fleste af dem, det er jo trods alt noget, som de kommer over og igennem, holder op og falder til føje, ikke?« (gruppe 2).

De fleste informanter var overbevist om, at nogle patienter ikke havde svaret ærligt på test-spørgsmålene, og at patienter med et kendt stort forbrug ofte sagde nej til at deltage, gav dårlige undskyldninger, svarede falsk i spørgeskemaet eller bare undlod at gå til læge i perioden.

»Der er nogle, der svarer falsk, og derfor scorer lavt og derfor ikke kommer med overbovedet, og så spilder vi ingen kræfter der, og det er en god ting ved skemaet« (gruppe 1).

Læge-patient-forholdet er robust nok til systematisk sundhedsrådgivning, som dog hurtigt kan blive moraliserende

På trods af at alle havde oplevet negative patientreaktioner, var der en opfattelse blandt informanterne af, at læge-patient-forholdet var robust og stærkt nok til systematisk sundhedsrådgivning også om alkohol.

»Hovedparten reagerer i virkeligheden positivt på, at de har en læge, der gider beskæftige sig med andet end den daglige trummerum, men gider at være med i noget« (gruppe 2).

Imidlertid var interventionspatienter, som igen søgte læge i tiden efter interventionen, ikke blevet fulgt op med hensyn til alkoholforbruget. Nogle informanter følte, at de nok

- En screeningsbaseret interventionsteknologi til brug i sundhedsvæsenet
- Teknologien tilstræber ved screening systematisk at afdække risikabel eller skadelig brug af alkohol hos patienterne (spørgeskema eller skematisk interview)
- Et positivt screeningsresultat efterfølges af en confirmerende kortlægning af alkoholvaner og en kortvarig rådgivning
- Kortvarig rådgivning inkluderer typisk feedback på nuværende alkoholvaner, information om helbredsrisici ved excessiv brug og pointering af fordelene ved et mådeholdent forbrug. Patienten anbefales at skære forbruget ned (pr. uge eller pr. anledning) og tilbydes oftest opfølgende konsultationer og selvhjælpsmateriale.

Fig. 1. Hvad er screening og kort intervention for excessivt alkoholforbrug?

VIDENSKAB OG PRAKSIS | PARALLELPUBLIKATION

Formål: At konsolidere grundlaget for beslutninger om anvendelsen af screening og kort intervention for excessivt alkoholforbrug ved at undersøge:

- Deskriptive aspekter af excessivt forbrug af alkohol blandt almen praksis' patienter
- Validiteten af anvendelsen af Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) som spørgeskema i den tiltænkte kontekst
- Virkningen under tilstræbt dagligdags betingelser (*effectiveness*) af en kort intervention blandt patienter lokaliseret ved spørgeskemascreening
- Erfaringer høstet af praktiserende læger, som faktisk fuldt ud implementerede et WHO-screenings- og interventionsprogram i deres praksis
- Den eksisterende viden om effekt af den kombinerede teknologi screening og kort intervention.

Materiale og resultater: En gruppe på 39 læger i fire amter i Danmark meldte sig frivilligt til efter bogen at implementere et WHO-screenings- og interventionsprogram i deres praksis i en forsøgsperiode på otte uger i 1997-1998. De modtog 1-3 dages træning forud og gennemførte samvittighedsfuldt programmet.

- 6.897 patienter (18-64 år) ud af 7.691 tilgængelige blev screenet ved brug af et AUDIT-spørgeskema, 794 nægtede at lade sig screene.
- 1.087 (15,8%) blev screenet positive for excessivt alkoholforbrug
- 181 (2,6%) var under mistanke for at have afhængighedssyndrom
- 906 AUDIT-positive patienter (607 mænd og 299 kvinder med et gennemsnitligt selvrapporeret alkoholforbrug på 13 genstande om ugen) var blevet randomiseret til kort intervention eller til en kontrolgruppe. 554 (61%) responderede på en forskningsmæssig opfølgning efter 12 måneder.

24 af de 39 deltagende læger blev interviewet om deres erfaringer efter forsøgsperioden på de otte uger. Resultaterne af de enkelte dele af studiet er under publicering.

Fig. 2. En pragmatisk undersøgelse af screening og kort intervention i almen praksis.

Hvilke erfaringer har du gjort med screening og kort intervention?

Lægerne blev bedt om at:

- Beskrive, hvilke patienter der blev udpeget af screeningen, og i hvilket omfang det svarede til deres forventninger
- Beskrive, hvorledes patienterne reagerede på screening og kort intervention
- Beskrive, hvordan de fulgte op på de initiale interventioner
- Reflektere over den mulige indflydelse, som screening og kort intervention kunne have på læge-patient-forholdet
- Genkalde deres fornemmelse af legitimitet i forhold til deres rolle i screenings- og interventionsprogrammet
- Beskrive aspekter af selvtilid og andre faktorer, som kunne påvirke deres muligheder for at gennemføre opgaven kort intervention (at skabe kontakt og lydhørhed, at generere kompliance for de konkrete råd og at initiere ændringsprocesser)
- Forklare deres opfattelse af screening for risikabel eller skadelig brug af alkohol, efter at de havde prøvet det i egen praksis, og om de ville kunne anbefale teknologien til kolleger.

Fig. 3. Hovedspørgsmål fra interviewguiden.

havde været tæt på eller overtrådt nogle grænser og derfor måtte lade det hvile et stykke tid, mens andre ikke kunne anføre nogen grund til at undlade opfølgning, når chancen bød sig.

Der var enighed om, at en stor del af arbejdet i almen praksis er sundhedsrådgivning. Alkoholforbrug er en faktor, som medtages i sundhedsrådgivning, på trods af at rådgivning om det hurtigt kommer til at virke moraliserende.

»Der er jo ikke noget som helst nyt i det Vi er jo sundheds-pædagoger – det er jo det væsentligste arbejde i vores dagligdag, det er også det, vi bruger mest tid på faktisk« (læge 5).

Storforbrugere lokaliseret ved screening er vanskelige at rådgive

Informanterne fandt, at når screeningen sætter dagsordenen for konsultationen på forhånd, kom det ofte i konflikt med etablering af kontakt og lydhørhed, især med en del midaldrende og ældre patienter. Det havde været overraskende vanskeligt at sikre compliance for rådgivningen om alkoholforbrug og få arrangeret en opfølgende konsultation. Screening beskrives som ufølsom over for henvendelsesårsagen, rådgivningsmetoderne kunne føles utilstrækkelige, og lægens egne holdninger kunne uhensigtsmæssigt komme til at skinne igennem rådgivningen.

»Det er jo patientens egen opfattelse, man skal have fat i, og deres motivation og deres tanker, der synes jeg, der kunne være nogle vanskeligheder med at sidde med et skema, der giver nogle point, det er ligesom at være til eksamen, så skal man til læreren, og så skal man bedømmes« (gruppe 1).

Den manglende interesse blandt patienterne for opfølgende konsultationer bekræfter en udbredt skepsis mht. virkning af interventionen. Mange informanter satte spørgsmålstegn ved deres egne færdigheder og attituder, og nogle anførte, at bedre rådgiverfærdigheder nok ville øge effektiviteten af rådgivningen.

»Måske fortæller det bare, at vi skal gøre noget mere ud af det, der hedder kommunikation og sådan noget i almindelighed, når vi har svært ved at snakke med folk om sådan noget« (læge 4).

Screening og kort rådgivning kan ikke anbefales af praktiserende læger

Begge fokusgrupper og fire ud af fem individuelt interviewede læger konkluderede, at screening for excessivt alkoholforbrug ikke var en aktivitet, de kunne anbefale eller ville udøve i fremtiden. En læge overvejede screening af udvalgte grupper i hans praksis.

Tre argumenter var fremherskende: 1) Screening og kort rådgivning føles akavet og forstyrrende i forhold til forløbet af en konsultationsproces, 2) lægen bliver desuden frataget frihedsgrader til at arbejde afbalanceret pga. den præmature fastsættelse af dagsordenen, og 3) arbejdsbelastningen opfattes som massiv og alene derfor forstyrrende for både arbejdsmonsteret i almen lægepraksis og varetagelsen af alle de an-

VIDENSKAB OG PRAKSIS | PARALLELPUBLIKATION

dre funktioner. Ti minutters intervention flere gange om dagen kom til at udgøre et nyt stressmoment for nogle.

»For mig svarer det, at spørge alle folk om deres alkoholvaner, nok en lille smule til, at jeg skulle rektaleksplorere alle patienter, der kom i min praksis« (gruppe 2).

Diskussion

Hvorfor blev lægerne mindre entusiastiske i forhold til teknologien?

Kort rådgivning kan have en effekt [11] under ideelle forhold og for udvalgte patienter [12, 13]. Der er betydelige forskelle mellem den officielle retorik om almen praksis' rolle i forebyggelsen, og hvordan lægerne faktisk føler, tænker og handler i praksis [14-16], hvilket antyder ambivalens i forhold til opgaven. Man har ikke haft succes med forsøg på implementering af screening og kort rådgivning [2, 3], hvilket indikerer, at udbredelsen af systematisk screeningsbaseret forebyggelse ikke løser ambivalensen.

Vore informanter kunne ikke anbefale screening og kort intervention. De fandt det overraskende vanskeligt at skabe kontakt og lydhørhed og generere kompliance for rådgivningen under disse omstændigheder. De satte spørgsmålstegn ved screeningsrationalet for en stor gruppe unge med umodne drikkemønstre, hvilket der nok er grund til [17], og de fandt, at mange voksne med et skadeligt brug af alkohol enten undviger screeningen eller er resistente over for rådgivning, når de udpeges af screeningen.

Resultaterne sætter spørgsmålstegn ved ideen om systematisk screening i almen praksis som en måde at lokalisere individer til efterfølgende rådgivning på. Resultaterne støtter *Rollnicks* forbehold [18], som munder ud i anbefalingen af, at der tages udtalte hensyn til professionelle, praktiske, tekniske, etiske og paradigmatisk faktorer i en given kontekst, når der udvikles programmer for klinisk sundhedsfremme.

Reliabilitet og validitet: resultaternes konsistens, rækkevidde og overførbarhed

Resultaterne bryder interviewerens forståelse af feltet før studiet på et vigtigt punkt: nemlig en antagelse af, at lægerne i forhold til systematisk rådgivning ville være bekymrede for risikoen for at skade læge-patient-forholdet. Forholdet anses af lægerne for at være robust nok også til denne type forebyggelse.

De få gange i løbet af analysen, hvor der opstod spørgsmål af forståelses- eller fortolkningsmæssig art, konsulterede førsteforfatteren en af medforfatterne for at sikre en basal grad af reliabilitet.

Selv om fokusgruppetørrelsen var henholdsvis lille og stor i forhold til typiske anbefalinger [6], var de erfaringer, der blev tilkendegivet i de to grupper og i de individuelle interview overensstemmende. Dette indikerer stabilitet af resultaterne.

De deltagende læger er sandsynligvis mere engageret i

forebyggelse end gennemsnittet. Der kan derfor sættes spørgsmålstegn ved resultaternes overførbarhed, men der kan næppe forventes mere positive indstillinger til screening og kort rådgivning fra praktiserende læger i almindelighed.

Konklusioner

Resultaterne understreger værdien af at gennemføre pragmatiske studier, der omfatter spørgsmål om kompatibilitet og hensigtsmæssighed af tilsyneladende effektfulde forebyggelsesprogrammer, før udstrakt implementering sættes i værk.

Screening for excessivt alkoholforbrug og kort rådgivning skaber måske flere problemer, end det løser under dagligdags omstændigheder. Screeningen ser ud til at mismatche brug af alkohol, der allerede har haft nogle konsekvenser, og omvendt kræve store ressourcer til primær forebyggelse i grupper, hvor screeningsrationalet kan betvivles. Systematik i afdækningen løser ikke de rådgivningsmæssige udfordringer for de deltagende læger, snarere tværtimod. Teknologien efterlader den praktiserende læge med følelsen af ikke at kunne etablere den nødvendige kontakt eller lydhørhed og er som sådan inkongruent i forhold til nutidige almen praksis' tilgange til livstilsemner [19, 20].

I fremtidig forskning kunne man undersøge alternativer til systematisk screening som metode til afdækning af excessivt alkoholforbrug blandt almen praksis' patienter. Hvilke lægelige anledninger er der til at bringe alkoholforbrug på bane, og hvordan kan lægen bringe alkoholvanerne (og anden livsførelse) ind i dialogen på en hensigtsmæssig måde, der respekterer patientens autonomi og ikke bringer patienten i defensiven, men samtidig tilgodeser lægens forpligtelse til at udøve klinisk sundhedsfremme og forebyggelse?

Reprints: *Anders Beich*, Central Forskningsenhed for Almen Praksis, Panum Institut, DK-2200 København N.
E-mail: a.beich@gpract.ku.dk

Antaget den 16. januar 2003.

Københavns Universitet, Panum Institut, Central Forskningsenhed for Almen Praksis og Afdeling for Almen Medicin, og Universitetet i Bergen, Seksjon for allmenmedisin.

Denne undersøgelse er gennemført med økonomisk støtte fra Alkoholpuljen (Alkoholpolitisk Kontaktudvalg), Fonden vedr. Finansiering af Forskning i Almen Praksis og Sundhedsvæsenet i øvrigt samt Kvalitetsudviklingsudvalg for Almen Praksis i Vestsjællands, Storstrøms og Bornholms Amter.

Vi takker alle læger, der deltog i pilotprojekt eller hovedprojekt, for at have afsat tid til projektdeltagelse. AlkoholGruppens medlemmer *Sverre Barfod*, *Lene Carlsen*, *Lars Hansen*, *Arvid Jørgensen*, *Eli Sørensen*, *Thorkil Thorsen*, *Per Vendsborg* og *Annelise Zachariassen* takkes for refleksioner, støtte og opmuntring. Endelig takker vi *Stephen Rollnick* og *Claire Lane*, Department of General Practice, University of Wales, College of Medicine for kommentarer og rådgivning i skriveprocessen.

This article is based on a study first reported in the BMJ 2002;325:870-2.

Artiklens publicering i BMJ gav anledning til en debat, som kan ses på <http://bmj.com/cgi/content/full/326/7384/336>

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Litteratur

- Babor TF, Higgins-Biddle JC. Alcohol screening and brief intervention: dissemination strategies for medical practice and public health. *Addiction* 2000;95:677-86.
- Kaner EF, Lock CA, McAvooy BR et al. A RCT of three training and support strategies to encourage implementation of screening and brief alcohol intervention by general practitioners. *Br J Gen Pract* 1999;49:699-703.
- Hansen LJ, Olivarius N, Beich A et al. Encouraging GPs to undertake screening and a brief intervention in order to reduce problem drinking: a randomized controlled trial. *Fam Pract* 1999;16:551-7.
- World Health Organization Collaborative Project on Identification and Management of Alcohol-related Problems in Primary Health Care. www.who.alcohol-phaseiv.com/index.htm/maj 2002.
- Saunders JB, Aasland OG. WHO collaborative study on identification and treatment of persons with harmful alcohol consumption: Report on phase 1: Development of a screening instrument. Genève: WHO; 1987.
- Powell RA, Single HM. Focus groups. *Int J Qual Health Care* 1996;8:499-504.
- Skou CV. Introduction to Qualitative Media Analyzer. Århus: CVS Information System; 2001.
- Tesch R. Software for qualitative researchers: analysis needs and program capabilities. I: Fielding NG, Lee RM, eds. *Using computers in qualitative research*. Thousand Oaks, CA: SAGE, 1991.
- Giorgi A. Sketch of a psychological phenomenological method. I: Giorgi A, ed. *Phenomenology and psychological research*. Pittsburgh, PA: Duquesne University Press, 1985.
- Malterud K. Shared understanding of the qualitative research process – guidelines for the medical researcher. *Fam Pract* 1993;10:201-6.
- Wilk AI, Jensen NM, Havighurst TC. Meta-analysis of randomized control trials addressing brief interventions in heavy alcohol drinkers. *J Gen Intern Med* 1997;12:274-83.
- Edwards AG, Rollnick S. Outcome studies of brief alcohol intervention in general practice: the problem of lost subjects. *Addiction* 1997;92:1699-704.
- Heather N. Interpreting the evidence on brief interventions for excessive drinkers: the need for caution. *Alcohol Alcohol* 1995;30:287-96.
- Lawlor DA, Keen S, Neal RD. Can general practitioners influence the nation's health through a population approach to provision of lifestyle advice? *Br J Gen Pract* 2000;50:455-9.
- Williams SJ, Calnan M. Perspectives on prevention: the views of general practitioners. *Soc Health Illness* 1994;16:372-93.
- Thom B, Tellez C. A difficult business: detecting and managing alcohol problems in general practice. *Br J Addict* 1986;81:405-18.
- Fillmore KM. Prevalence, incidence and chronicity of drinking patterns and problems among men as a function of age: a longitudinal and cohort analysis. *Br J Addict* 1987;82:77-83.
- Rollnick S. Brief alcohol intervention in medical settings: concerns from the consulting room. *Addiction Research* 1997;5:331-41.
- Rollnick S, Mason P, Butler C. *Health behavior change*. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1999.
- Hollnagel H, Malterud K. From risk factors to health resources in medical practice. *Med Health Care Philos* 2000;3:257-64.

Bloddyrkning – indikation og antibiotisk behandling

Ulrik Stenz Justesen, Birgitte Weiss Larsen, Ole Eshøj & Per Sjøgaard

Resumé

Introduktion: Formålet med denne undersøgelse var: 1) at kortlægge indikationen for at tage en bloddyrkning ved at registrere rektaltemperaturen og formodet focus eller generelle symptomer, 2) at registrere valget af antibiotisk behandling umiddelbart efter bloddyrkningen i forhold til indikationen og endelig 3) at evaluere indikationen og valget af antibiotisk behandling på baggrund af bloddyrkningsresultatet.

Materiale og metoder: Der blev foretaget en retrospektiv opgørelse af bloddyrkninger, der var taget på en medicinsk afdeling. Ved alle 432 definerede episoder, der foranledigede bloddyrkning, blev rektaltemperatur og formodet focus eller generelle symptomer registreret.

Resultater: Ved 46,1% af episoderne var rektaltemperaturen under 38,5°C. Det hyppigste formodede focus var øvre og nedre luftveje, som udgjorde 38,2%. Der fandtes bakterier i blodet vurderet som betydende ved 50 episoder (11,6%), og ved 14 (28%) af disse havde patienten en rektaltemperatur på under 38,5°C. Ved i alt 18 af de betydende episoder (36%) blev der givet en ikkedækkende behandling over for den senere fundne bakteriestamme.

Diskussion: Det er vanskeligt at afgrænse indikationen for at tage en bloddyrkning. Der indgår flere parametre, hvor rektaltemperaturen er vejledende, men den bør ikke være afgørende. Formodet focus omkring tidspunktet for bloddyrkning stemmer i mange tilfælde dårligt overens med de senere fundne bakterier. Det må derfor anses for vigtigt at få opsamlet andet materiale end blod til dyrkning samt sørge for, at den empiriske antibiotiske behandling efter bloddyrkning dækker de hyppigst forekommende infektionstyper og alvorligste ætiologier.

Forekomsten af bakterier i blodbanen, bakteræmi, er en sikker indikator for en alvorlig behandlingskrævende infektionssygdom. Bloddyrkning er derfor en af de vigtigste akutte mikrobiologiske undersøgelsesmetoder. Indikationen for at tage en bloddyrkning er angivet som: »Formodning om bakteræmi, herunder septikæmi og endocarditis« eller »Bloddyrkning bør udføres ved mistanke om bakteræmi« og »Bloddyrknningen bør gennemføres, når mistanken om bakteræmi er rejst, uanset om patienten har kulderystelser eller