

Stora, omotiverade skillnader i bruket av antibiotika i Sverige



NILS RODHE, med dr, distriktsläkare, Falu vårdcentral, Centrum för klinisk forskning, Dalarna
nils.rodhe@ltdalarna.se



ASTRID DANIELSSON, överläkare, bitr smittskyddsläkare, smittskyddsenheten, infektionskliniken, Falu lasarett

I veckans nummer av Läkartidningen presenterar Lisbeth Karlsson och Peter Ulleryd resultatet av en studie från Västra Götaland, som visar hur antibiotikaanvändningen i särskilda äldreboenden minskat mellan 2004 och 2009.

Nationellt visade antibiotikaförsäljningen under 2010 en liten total minskning i öppenvården, men likaså tidigare var det mycket stora skillnader i landet [1]. Högst låg Stockholm med 419 recept/1000 invånare, medan Jämtland låg lägst med 311.

Det finns ingenting som talar för att detta beror på skillnader i sjuklighet och inte heller har man sett någon ökad frekvens komplikationer orsakade av för litet bruk av antibiotika i låganvändarlänerna. Det mesta talar för att skillnaderna beror på vårdkultur och patientförväntningar [2].

Strama och Sveriges Kommuner och landsting har satt upp mål för antibiotikaanvändningen i öppen vård [3]:

- Den totala förskrivningen av antibiotika bör på några års sikt inte överstiga 250 recept per 1000 invånare och år.
- Minst 80 procent av antibiotika mot luftvägsinfektion till barn i åldern 0–6 år bör vara penicillin V.
- Andelen förskrivna kinolonrecept bör vara högst 10 procent av förskrivna recept mot urinvägsinfektion till kvinnor i åldern 18–79 år.

Målet vad gäller den totala förbrukningen baseras på bla primärvårdsstudier och innebär naturligtvis både approximationer och förmodanden, efter-

som de verkliga prevalenserna för våra vanliga infektioner är dåligt kända. De prevalenssiffror som finns avspeglar mer sökmönster, tillgång till läkare och vårt sätt att sätta diagnoser än den verkliga prevalensen.

Ett stöd för att målet är realistiskt är att det hamnar på ungefär samma nivå som antibiotikaanvändningen i Holland. Målen som avser användningen av penicillin V och kinoloner handlar om att minska användningen av speciellt resistensdrivande antibiotika.

Det är glädjande att se hur kinolonanvändningen i äldreboenden i Västra Götaland minskat avsevärt, sannolikt som ett resultat av en aktiv information till primärvårdsläkarna och inte minst till kommunens sköterskor.

Även om det är läkaren som skriver receptet, är det uppenbart att sköterskor vid äldreboenden intar en nyckelroll när det gäller att diagnostisera infektioner där antibiotikabehandling kan bli aktuell. Ett positivt nitritest framför ögonen på en stressad doktor innebär stor risk för antibiotikaförskrivning, även om provet bara är taget därför att patienten var lite extra trött den dagen.

Ett problem är också att det tyvärr fortfarande saknas mycken kunskap om hur man ska tolka symptom och hur man ska använda laboratorieprov vid diagnostisering av infektioner i denna population.

Kunde man i Västra Götaland minska kinolonanvändningen genom information/utbildning borde det finnas goda möjligheter även på andra håll i landet. Det borde också gå att ändra förskrivningsmönster inom andra indikationsområden, tex hud- och mjukdelsinfektioner, där det på många håll i dag finns en överanvändning av antibiotika.

Vi tror det, men det är viktigt att kritiskt granska förskrivningsstatistik och kontinuerligt uppdatera behandlingsriktlinjer. Ofta används empirisk behandling, utan odling, med ett antibiotikum som bör ge önskad effekt.

Risken att misslyckas ökar naturligtvis med andelen antibiotikaresistenta bakterier. Kunskapen om förekomsten av antibiotikaresistenta bakterier är viktig, inte minst på det lokala planet, och vi måste ha beredskap för att snabbt omsätta den kunskapen i vår dagliga praktik.

Ett sätt att öka säkerheten kan vara att i vissa utsatta populationer vid misstänkt urinvägsinfektion oftare ta prov för odling. Detta för att vid mindre allvarliga tillstånd sedan avvakta svaret och på det sättet tillämpa aktiv expectans/fördröjd förskrivning eller för att, efter empirisk behandling, bättre veta vad som kan ges om behandlingssvikt inträffar [4].

■ **Potentiella bindningar eller jävsförhållanden:** Inga uppgivna.

■ **Båda författarna är medlemmar i Dalarnas lokala Strama-grupp.**

REFERENSER

1. Smittskyddsinstitutet. Kvartalsstatistik, kvartal 4, 2011. <http://www.smittskyddsinstitutet.se/upload/antibiotikastatistik/kvartal/antibiotika-kvartal-4-2010.pdf>
2. Hedin K, André M, Håkansson A, Mölstad S, Rodhe N, Petersson C. A population-based study of different antibiotic prescribing in different areas. *Br J Gen Pract.* 2006;56:680-5.
3. Cars O, André M, Blad L, Dohnhammar U, Ernstell M, Hanberger H, et al. Strama föreslår nationellt mål: Halvera antibiotikaförskrivningen i storstadregionerna på fem år. *Läkartidningen.* 2009;106:3133-4.
4. Sundqvist M, Kahlmeter G. »Pre-emptive culturing« will improve the chance of »getting it right« when empirical therapy of urinary tract infections fails. *J Antimicrob Chemother.* 2009; 64:227-8.

■ sammanfat tat

De geografiska skillnaderna i antibiotikaanvändningen är fortfarande stora och omotiverade.

Onödig användning av resistensdrivande antibiotika som kinoloner och cefalosporiner måste minska.

Vid behandling av hud- och urinvägsinfektioner bör det odlas mer.

Det är viktigt att arbeta brett för att nå det nationella målet om högst 250 antibiotikarecept/1000 invånare/år.