

Slutt å mase om anti

■ ROAR DYRKORN • Avd. for klinisk farmakologi, St. Olavs Hospital og Moholt legesenter, Trondheim. Prosjektleder KUPP (kunnskapsbaserte oppdateringsvisitter)

Handlingsplanen mot antibiotikaresistens i helsetjenesten har som mål å redusere antibiotikabruken i befolkningen med 30 prosent innen 2020. Med økt oppmerksomhet på rett forskrivning og forholdsvis enkle grep kan målet nås.

Helseminister Bent Høie la nylig fram handlingsplanen mot antibiotikaresistens (1). I vedlegg 1 i planen kan vi lese om alle gode krefter som har gitt innspill til planen. Målet om å redusere antibiotikabruken med 30 prosent innen 2020 og planen i seg selv er omtalt i andre artikler i dette nummeret av Utposten.

Målsettingen med antibiotikabruk er noen ganger å behandle potensielt livstruende sykdommer som sepsis, pneumoni, erysipelas og pyelonefritt. Andre ganger ønsker man å forhindre komplikasjoner. I enkelte tilfeller er det viktig å hindre smitte som for eksempel ved kikhoste. Men i praksis brukes det alt for mye antibiotika for å forkorte sykdomsforløpet og lindre symptomer ved tilstander som i utgangspunktet er selvbegrensende som ved akutt bronkitt. Kanskje det er lettere enn vi tror å kjøre seg fast i et forskrivningsspør?

Det har i en årrekke vært fokusert på å få ned bruken av antibiotika, men det har faktisk gått den andre veien mellom år 2000 og fram til 2012 da det ble brukt 17,3 definerede døgn doser (DDD) pr. 1000 innbyggere pr. dag ifølge rapportene fra Norsk overvåkningssystem for antibiotikaresistens hos mikrober (NORM) ved Universitetssykehuset i Tromsø (UNN) (2). Etter dette har det falt til 15,6 DDD/1000/dag i 2014 og vi venter på rapporten for 2015 mens vi håper forbruket er fallende. Målet til helsemyndighetene er å komme ned til et forbruk på 11–12 DDD/1000/dag, noe som vil si at Norge blir like flinke som Nederland – som hele tiden har vært 'den flinkeste' i Europa. Men Norge er jo mye flinkere enn Frankri-

ke og Italia som i 2014 brukte henholdsvis 29 og 27 DDD/1000/dag – så hvorfor skal vi mase om dette hele tiden?

Grunnen er at mikrobenes resistensutvikling er direkte proporsjonal med totalforbruket av antibiotika og økt forbruk gir økt resistens. Derfor var resistensen i 2014 mot makrolider (for eksempel Ery-Max® og Klacid®) hos *Streptococcus Pneumoniae* i Frankrike 23 prosent og i Italia 27 prosent mens Nederland og Norge slipper unna med henholdsvis 3,9 prosent og 4,4 prosent, ifølge de europeiske smittevernmyndighetene ECDC (3). Den samme tendensen ser vi når det gjelder bruken av ciprofloxacin (for eksempel Ciproxin®).

At det nytter å få ned forbruket kan man se av figur 1 som viser hvordan salget av makrolider virker på resistensen hos *Streptococcus Pneumoniae* i Norge.

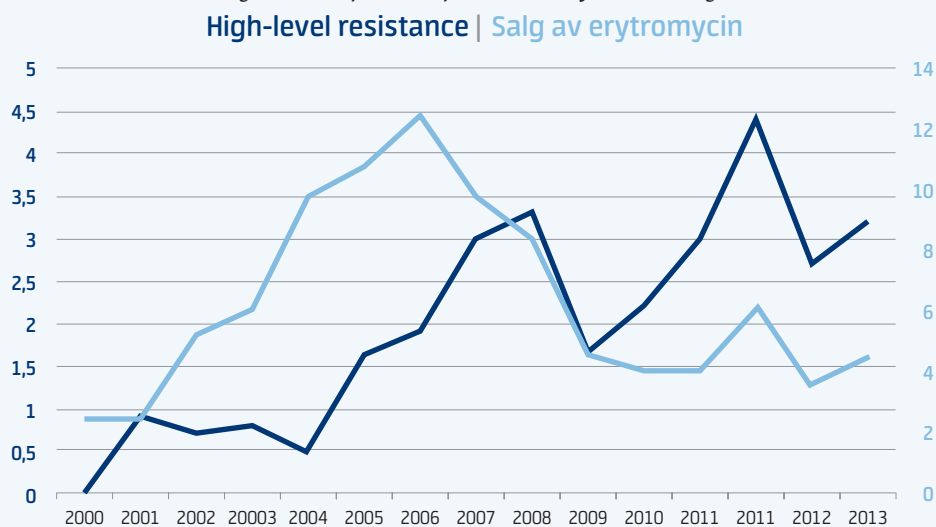
Satsingsområde for KUPP

I KUPP-prosjektet (KUPP står for Kunnskapsbaserte oppdateringsvisitter) for fastleger har riktigere bruk av NSAIDs vært et tema. Pilotprosjektet med industriuavhengig legemiddelinformasjon har gitt gode resultater, det startet i Trondheim og Trom-

sø i 2015. Nå retter vi oppmerksomheten mot «Riktigere bruk av antibiotika» og vi har besøkt nesten 500 fastleger 'en-til-en' i kontortiden – med en 20-minutters kunnskapsbasert oppdateringsvisitt. Vi er 11 kliniske fasilitatorer (lege, klinisk farmakolog eller farmasøyt) som arbeider med dette på deltid. Mottakelsen hos fastlegene må karakteriseres som entydig positiv. Selv om norsk allmenntilmedisin holder en høy faglig standard har fastlegene satt pris på våre produsent-uavhengige oppdateringsvisitter og sier i evalueringen at innholdet er relevant for deres praksis. 2/3 sier også at de i en viss eller stor grad vil endre praksis etter besøket. Det er viktig å understreke at vi ikke er ute etter å kikke fastlegen «i kortene», men har med en fire siders brosjyre som vi har laget sammen med Antibiotikasenteret for primærhelsetjenesten, Folkehelseinstituttet og NORM. Brosjyren inneholder en oppsummering av hva som kan være lurt å gjøre når det gjelder å behandle luftveisinfeksjoner og enkle cystitter hos ikke gravide fertile kvinner i allmennpraksis.

For eksempel, når det gjelder bronkitter inneholder brosjyren en oppsummering av en studie på bronkitt som omhandler 416 tilfeller av akutte bronkitt med farget

FIGUR 1. Resistensutviklingen hos *Streptococcus pneumoniae* i forhold til salget. KILDE: NORM 2014. GRAF: O7 MEDIA



biotikabruken?

oppspytt som ble randomisert til behandling med henholdsvis amoxicillin med clavulansyre, ibuprofen eller placebo (4). Uansett hva de fikk ble pasientene friske til samme tid og den ofte plagsomme hosten ved bronkitt varte også like lenge – uansett hva de fikk. Ettersom all forskning på akutte bronkitter – med unntak av pasienter med KOLS – viser at det store flertall er forårsaket av virus, er det merkelig at vi i Norge og mange andre land fremdeles bruker antibiotika mot mer enn halvparten. Disse pasientene vil i stor grad klare seg med symptomlindrende behandling som hostedempende – og slimløsende medikamenter hvis de har behov for det.

Fastlege og professor Morten Lindbæk, som er leder Antibiotikasenteret for primærmedisin, har i sin forskning vist at når det gjelder sinusitt så vil halvdelen av pasientene med sinusitt bli friske uten antibiotika. Ved akutt sinusitt basert på bare klinisk diagnostikk er det ikke funnet signifikant forskjell mellom antibiotika og placebobehandlede tilfeller. Ved bekreftet sinusitt (CT, rtg, bakteriologi) er det i ulike metaanalyser funnet en samlet forskjell på 7–15 prosent mellom antibiotika



Roar Dyrkorn på 'KUPP-besøk' hos fastlege Marianne Aadal ved Gildheim legesenter i Trondheim.

FOTO: MARIUS TVINNEREIM

og placebo, med «numbers needed to treat» (NNT) på 7–15 (5).

Ved sykdomsforløp utover en uke og der pasientene har uttalte symptomer og purulent nesekresjon, er det sannsynlig at antibiotikabehandling forkorter sykdomsforløpet. Fenoksymetylpenicillin er like effektivt som amoksisillin. Det er ingen signifikant forskjell mellom amoksisillin og mer bredspektret antibiotika. Både norsk og utenlandsk forskning viser at en bevisst bruk av 'vent og se-reseptor' kan være lurt da det viser seg at bare omtrent 50 prosent henter ut reseptene.

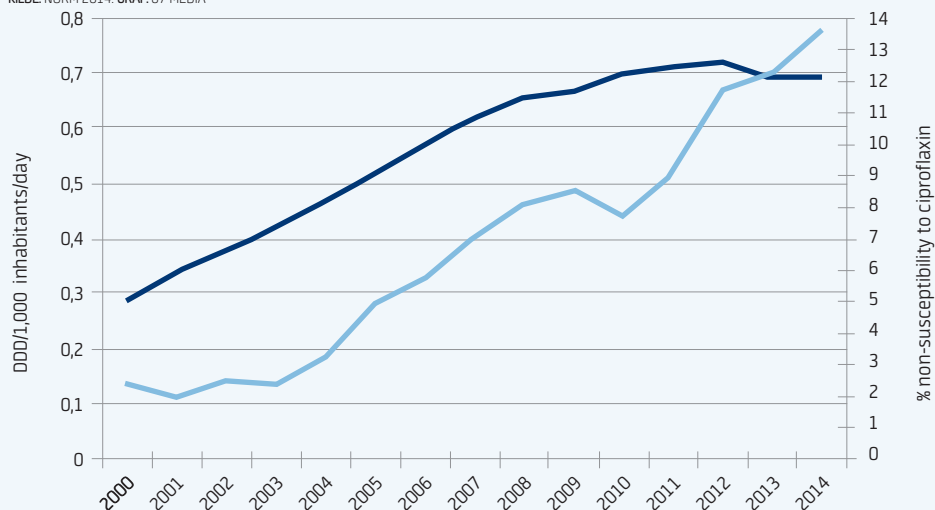
Mye å hente

Når det gjelder forbruk av antibiotika og resistente mikrober har vi en relativt god økologi i Norge, men derved har vi vel også noe å forsvare? Det virker å være et bedre mål å nærme seg Nederland enn å ligne Frankrike i så måte.

Jeg skriver mest om luftveisinfeksjoner (LVI) fordi av all antibiotika vi bruker i all-

FIGUR 2. Selv med en beskjeden økning i bruken av ciprofloksacin fra 0,3 til 0,7 DDD/1000/dag, ser vi at resistensen mot *E.coli*-blodkulturer øker kraftig – og var i 2014 over 13 prosent.

KILDE: NORM 2014. GRAF: 07 MEDIA



mennpraksis brukes 60 prosent mot LVI. Derfor er det her vi har mest å hente på å redusere bruken og å bruke rett førstevalg hvis vi velger å behandle med antibiotika, nemlig fenoksymetylpenicillin (for eksempel Weifapenin® og Apocillin®). Vanlig penicillin er spesielt godt egnet til å drepe gram-positive bakterier med tykk cellevegg som streptokokker og pneumokokker mens makrolider egner seg til mikrober som ikke har slik cellevegg, som mykoplasma- og klamydiafamiliene.

KUPP-kampanjen om «Riktigere bruk av antibiotika» hadde enkle råd til fastlegene vi besøkte:

- Et lavt totalforbruk av antibiotika forebygger resistensutvikling.
- Luftveisinfeksjoner er vanligvis selvbegrensende. De fleste skyldes virus.
- Symptomatisk behandling er ofte tilstrekkelig.
- Penicillin er førstevalg ved de fleste bakterielle infeksjoner.
- Å spørre om pasienten forventer antibiotika vil være klargjørende og kan redusere unødvendig bruk.
- Makrolider og ciprofloksacin er meget resistensdrivende og bør bare brukes på spesifikk indikasjon (SE FIGUR 1 OG 2 S. 10–11).

Tenker vi over dette og handler deretter i klinikken tror jeg vi vil nå målet om 30 prosent reduksjon av antibiotika i befolkningen før 2020!

Ingen interessekonflikter annet enn at KUPP-kampanjen får økonomisk støtte fra Helsedirektoratet.

REFERANSER

1. Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsesektoren. Helse- og omsorgsdepartementet, 2015.
2. NORM/NORM-VET 2014. Usage of Antimicrobial Agents and Occurrence of Antimicrobial Resistance in Norway. Tromsø / Oslo 2015. ISSN: 1502–2307 (print).
3. European Centre for Disease Prevention and Control. <http://ecdc.europa.eu/en/Pages/home.aspx>.
4. Llor C, Moragas A et al. Efficacy of anti-inflammatory or antibiotic treatment in patients with non-complicated acute bronchitis and discoloured sputum: randomised placebo controlled trial. *BMJ* 2013; 347: f5762.
5. Nasjonale faglige retningslinjer for antibiotikabruk i primærhelsetjenesten. Helsedirektoratet, 2012 (www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/antibiotika/prosentC3prosentB8vre-luftveisinfeksjoner/akutt-sinusitt).

■ ROAR.DYRKORN@LEGEMIDLER.NO

Skjerpet aktivitet reduserte

■ RAGNHILD JORDET • spesialist i allmenntilleggsmedisin, koordinerende rådgivende overlege i NAV Hedmark

I april 2013 innførte NAV Hedmark en strengere praksis i vurderingen av sykmeldtes plikt til å være i arbeidsrelatert aktivitet. Ett år senere hadde sykefraværet gått ned med 10 prosent – en trend som senere har holdt seg.

Folketrygdlovens § 8-4 sier at den sykmeldte skal være tilbake i jobb helt eller delvis innen 8 uker. I de tilfellene der dette ikke skjer, skal sykepengene stanses midlertidig. Den sykmeldte får fire uker på seg til å komme i arbeid igjen, og ved hel eller delvis friskmelding innen 12 uker vil retten til sykepenger gjenvinnes. Unntak fra aktivitetsplikten gis der den medisinske tilstanden klart er til hinder for aktivitet, og der arbeidsgiver ikke har mulighet for å legge til rette for den sykmeldte.

Bedre oppfølging

Bakgrunnen for at NAV Hedmark bestemte seg for å fokusere på aktivitetskravet for sykmeldte, var at sykefraværstallene var betydelig over landsgjennomsnittet. Svært mange personer var på langtidsytelser. NAV hadde også gjennom en kvalitetsundersøkelse av egne åtte-ukersvedtak påvist et forbedringspotensial på alle punkter, det vil si både i NAV sine vurderinger og i opplysningene fra arbeidsgivere og sykmeldte.



Sykefraværssatsingen har blitt viet stor oppmerksomhet i pressen i Hedmark.