

# Får norske barn for mye antibiotika?

Stort forbruk av antibiotika har ført til et globalt problem med antibiotikaresistente bakterier (1). I Norden har disse problemene til nå vært små, men de siste ti årene har det vært epidemier med resistente hemolytiske streptokokker gruppe A, penicillinresistente pneumokokker og fusidinresistente gule stafylokokker. I Norge har det de siste årene vært en femdobling av antallet infeksjoner med meticillinresistente gule stafylokokker (MRSA), og i 2001 hadde 29 (3%) av 1 146 pneumokokkisolater nedsatt følsomhet for penicillin (2). Økt resistens kan tvinge oss til å bruke mer bredspektrede, økologisk skadelige og dyrere antibiotika.

En stor andel av antibiotikaforbruket i Norge er overflødig eller feilaktig. I Norge har forbruket økt med noe over 30% på 20 år. Ettersom mer enn 90% av antibiotika i Norge forskrives i allmennpraksis, er det særlig viktig å redusere bruken her. Bare på den måten kan vi bevare antibiotikas funksjon som verdifulle legemidler.

I dette nummer av Tidsskriftet presenterer Anne-Lise Nordlie & Bjørg Marit Andersen en undersøkelse som viser at barnehagebarn i Oslo og Akershus får for mye antibiotika (3). Det er et avvik fra kunnskapsbaserte retningslinjer når flere enn tre firedeler av barn med akutt bronkitt, otitt eller sinusitt får antibiotika. Danske (4) og norske (5) undersøkelser viser en betydelig variasjon i legers forskrivningspraksis og at potensialet for forbedringer er stort.

Som ledd i den nasjonale tiltaksplanen for å motvirke antibiotikaresistens (6) er det på initiativ av Statens helsetilsyn utarbeidet retningslinjer for rasjonell antibiotikabehandling i allmennpraksis (7). Veiledningen er et resultat av et samarbeid mellom allmennleger, praktiserende spesialister, mikrobiologer og infeksjonsmedisinere. Anbefalingene er basert på systematiske oversikter av kunnskapsgrunnlaget ved hjelp av blant annet Cochrane-biblioteket. Retningslinjene, som kan betraktes som videreføring av norsk terapitradisjon, er tenkt som en støtte til allmennpraktikerne for å redusere variasjon i behandlingen og for å fremme bruken av forskningsbaserte medisinske fremskritt. Retningslinjene er publisert som en brukervennlig bok på 100 sider, som utdeles gratis til alle allmennpraktikere og leger som søker lisens i Norge. De finnes også på Helsetilsynets nettsider (8). Hvorfor følger da ikke legene disse kliniske retningslinjene?

Av ukjente grunner er det ikke avsatt ressurser til å implementere disse retningslinjene til tross for god dokumentasjon av at retningslinjer uten andre tiltak er nytteløst. Mange leger er sannsynligvis ikke klar over retningslinjenes eksistens. Et mulig (og bil-

lig) «grep» ville være å koble retningslinjene opp mot diagnosene i allmennlegenes datasystemer. Noen leger er kanskje uenige i anbefalingene og anser disse som forenkledde «kokebøker» som innskrenker legenes handlefrihet (9). Det er dessuten vanskelig å endre legers innarbeidede praksisvaner (10).

Endring av legers forskrivningspraksis må være basert på viten og forståelse av grunnlaget for retningslinjene. Dette arbeidet bør opprioriteres i medisinstudiet og i tilleggskurset for leger som er utdannet i utlandet. Hovedutfordringen for allmennpraktikere er å avstå fra antibiotikaforskrivning der hvor infeksjonene går over av seg selv. I en travel klinisk hverdag er det kanskje lettere å skrive ut en resept enn å forklare pasienten at infeksjonen sannsynligvis vil gå over av seg selv. Legen signalisere da at konsultasjonen er over og man har «gjort noe». Men det er vist at pasienttilfredshet har en klar sammenheng med pasientens forståelse av egen sykdom og den tiden legen brukte til å forklare denne (11). Fastlegene bør kanskje avsette tider til akutte konsultasjoner for pasienter som har fått utskrevet antibiotika «for sikkerhets skyld» på legevakten. Allmennheten må opplyses om antibiotikas begrensede effekt ved banale infeksjoner.

En kortversjon av budskapet til leger for å forbedre antibiotikabruken ved øvre luftveisinfeksjoner kunne være:

- Ikke ordiner antibiotika over telefon
- Ikke gi antibiotika ved akutt bronkitt
- Gi antibiotika ved tonsillitt kun hvis det er påvist hemolytiske streptokokker
- Gi antibiotika ved akutt sinusitt kun hvis det fortsatt er symptomer og purulent nasal sekresjon etter en uke
- Gi symptomatisk behandling og en vente-resept på antibiotika ved akutt otitt hos barn. Be foreldrene utløse resepten hvis barnet fortsatt har symptomer etter 24–72 timer og/eller er allment påvirket

Penicillin V er førstevalget ved alle luftveisinfeksjoner (unntatt Mycoplasma og Chlamydia), fordi det er det beste midlet for potensielt alvorlige infeksjoner med streptokokker og pneumokokker. I de anbefalte doseringene dekker penicillin også infeksjoner forårsaket av Haemophilus influenzae.

Dag Berild

dag.berild@ioks.uio.no  
Medisinsk klinikk  
Aker universitetssykehus  
0514 Oslo

Morten Lindbæk

Institutt for allmennmedisin  
Universitet i Oslo  
0407 Oslo

## Litteratur

1. Jensenius M, von der Lippe B, Melby K, Steinbakk M. Antibiotika snart over og ut? Tidsskr Nor Lægeforen 1995; 115: 3382–6.
2. NORM/NORM-VET 2001. Consumption of antimicrobial agents and occurrence of resistance in Norway. ISSN: 1502-2307. Tromsø/Oslo: Norsk zoonosesenter, Veterinærinstituttet (Oslo), 2002.
3. Nordlie A-L, Andersen BM. Barn i barnehager – infeksjoner og bruk av antibiotika. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2707–10.
4. Steffensen FH, Schönheyder HC, Sørensen HT. High prescribers of antibiotics among general practitioners – relation to prescribing habits of other drugs and use of microbiological diagnostics. Scand J Infect Dis 1997; 29: 409–13.
5. Kjosavik SR, Stevenson B. Antibiotikafor-skrivning i Sandnes og Gjesdal: Rogalandforskning, 1999.
6. Sosial- og helsedepartementet. Tiltak for å motvirke antibiotikaresistens (2000–2004). Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 2000.
7. Smittevernloven. Antibiotikabehandling i allmennpraksis. IK 2693. Oslo: Statens helsetilsyn, 2000.
8. Helsetilsynets nettsider www.helsetilsynet (14.10.2002).
9. Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud P-AC et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. JAMA 1999; 282: 1458–65.
10. Davis DA, Thomson MA, Oxman AD, Haynes B. Changing physicians performance. A systematic review of the effect of continuing medical education strategies. JAMA 1995; 274: 700–5.
11. MacFarlane J, Holmes W, Gard P, Thornhill D, MacFarlane R, Hubbard R. Reducing antibiotic use for acute bronchitis in primary care: blinded, randomised controlled trial of patient information leaflet. BMJ 2002; 324: 91–4.

Dag Berild (f. 1951) er overlege og har arbeidet systematisk med rasjonell antibiotikabruk i mange år.

Morten Lindbæk (f. 1950) er dr.med. og allmennpraktiserende lege i Stokke og førsteamanuensis ved Universitetet i Oslo.