

Leger bør fortsatt ha en restriktiv praksis for bruk av antibiotika blant småbarn

## Antibiotika i barnehagen

Antibiotikaresistente bakterier er fortsatt et lite problem i Norden. De siste tiårene har vi imidlertid hatt epidemier med penicillinresistente gruppe A-streptokokker i Finland, penicillinresistente pneumokokker på Island og fusidinresistente gule stafylokokker i flere land. Problemet med meticillinresistente gule stafylokokker (MRSA) har også økt i omfang, både i og utenfor sykehus. Norge har fremdeles en gunstig posisjon internasjonalt hva angår antibiotikabruk og resistensutvikling: Fortsatt har Norge et av verdens laveste forbruk av antibiotika i befolkningen (1). De siste to årene har det imidlertid vært en 13 % økning av forbruket uten at det er holdepunkter for økt sykdomsforekomst i befolkningen (2).

Sammenhengen mellom bruk av antibiotika og resistensutvikling av pneumokokker er godt dokumentert. Land med høyest forbruk av antibiotika har en ti ganger høyere forekomst av slik resistens enn dem med lavest forbruk (1). Hittil har det i Norge vært registrert lite resistensutvikling hos de vanligste luftveispatogener, slik som pneumokokker, gruppe A-streptokokker og Haemophilus influenzae. Det foreligger nå nye data som viser økt forekomst av nedsatt følsomhet eller resistens blant pneumokokkstammer fra 2000 (2,5 %) til 2006 (12 %). Denne økningen faller sammen med økt forbruk av makrolidpreparater de siste fem årene (2).

I kliniske retningslinjer for antibiotikabruk i allmennpraksis, utgitt i 2000, ble penicillin V anbefalt som førstehåndsmiddel ved de vanligste luftveisinfeksjonene der antibiotikabehandling er indisert (3). Selv om forbruket i Norge er lavere enn i de fleste andre land, er mye av antibiotikaforbruket også i Norge overflødig eller gitt på feil indikasjon, og retningslinjene anbefaler å arbeide for å redusere totalforbruket med 30 %. I tillegg til å ha et lavt totalforbruk av antibiotika, utgjør smalspektret penicillin fortsatt en høy andel av konsumet (1). Disse to faktorene bidrar sannsynligvis til den stabile og lave resistensraten i Norge. Det er nå gått sju år siden retningslinjene ble utgitt, og det er behov for å revidere dem. Dette arbeidet er nå i gang under ledelse av Antibiotikasenteret for primærmedisin.

En stor andel norske småbarnsforeldre er i lønnet arbeid utenfor hjemmet, og full barnehagedekning er en viktig politisk målsetning. Barnehagebarn utgjør derfor en stadig større andel av alle førskolebarn. I barnehagen blir barna utsatt for smittepress overfor virus og bakterier, mens foreldrene pga. lønnet arbeid ofte har begrensede muligheter til å være borte fra arbeidet ved barns sykdom. Derfor kan mange barn bli sendt i barnehagen før de er blitt friske av sykdom. Dette bidrar til ytterligere smittefare for de andre barna. Å gå i barnehage eller å ha søsken i barnehage er en risikofaktor for residiverende mellomørefeksjoner hos småbarn (4). Andre aktuelle smitteverntiltak er bedre håndhygiene, større arealer og mer utetid for barna.

I en artikkel i dette nummer av Tidsskriftet presenterer Anne-Lise Nordlie & Bjørg Marit Andersen resultater fra en undersøkelse om bruk av antibiotika blant barnehagebarn i Oslo (5). Svarprosenten var relativt lav, og undersøkelsen har dermed usikker validitet. Antallet tilfeller av otitt synes å ha gått ned, det samme gjelder antallet barn som søker lege for øreverk. Samtidig synes andelen barn som får antibiotika mot øreverk, å ha gått ned. Dette er i tråd med undersøkelser fra Storbritannia og Sverige (6). Studier fra norsk allmennpraksis har vist sterk nedgang i andelen barn med

øreverk som søker lege; om lag en tredel færre fra 1995 til 2000 (7). Det er usikkert om dette er en reell nedgang i sykkelighet eller om man har nådd frem med budskapet om at øresmerter hos ellers friske barn kan ses an i noen dager uten legekonsultasjon. Den restriktive holdningen til antibiotikabehandling i denne pasientgruppen har medført en diskusjon om antallet komplikasjoner med mastoiditt har økt, men epidemiologiske data tyder på at dette ikke er tilfellet (8). Det er derfor ikke grunnlag for å legge om gjeldende retningslinjer for antibiotikabehandling ved øreverk hos barn.

Flere studier tyder på at legevaktleger og fastleger behandler otitt hos småbarn forskjellig (9). Legevaktleger synes å være mer «liberale» med å forskrive antibiotika enn hva fastleger er. Av hensyn til behovet for grundig undersøkelse, informasjon, oppfølging og kontroll bør disse barna i størst mulig grad følges opp av sin fastlege. Småbarnsforeldrene bør søke legevakt bare ved akutte tilstander som ikke kan vente. Funnene i studien til Nordlie & Andersen indikerer at småbarnsforeldre foretrekker fastlege fremfor legevaktlege når barnet blir akutt sykt. Dette samsvarer med en studie fra legevakten i Stavanger, der befolkningens bruk av legevakt gikk noe ned etter fastlegereformen (10). Dette er i så fall en positiv utvikling.

En allmennlege har begrensede muligheter for eksakt diagnostikk. Det vil derfor ofte være noe tvil ved vurderingen av luftveisinfeksjoner hos barn, spesielt om hvorvidt det er indikasjon for antibiotika eller ikke. I slike situasjoner kan en «eventuelt-resept» være et alternativ. Pågående studier tyder på at norske småbarnsforeldre føler seg bekvem med en slik praksis og at den kan medføre redusert bruk av antibiotika.

### Morten Lindbæk

morten.lindbak@medisin.uio.no

Morten Lindbæk (f. 1950) er fastlege i Stokke kommune, professor i allmennmedisin ved Universitetet i Oslo og leder for Antibiotikasenteret for primærmedisin (ASP).

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

### Litteratur

- Goossens H, Ferech M, Vander Stichele R et al. Outpatient antibiotic use in Europe and association with resistance: a cross-national database study. *Lancet* 2005; 365: 579–87.
- NORM – Norsk overvåkingssystem for antibiotikaresistens hos mikrober. NORM/NORM-VET report 2006. Consumption of antimicrobial agents and occurrence of antimicrobial resistance in Norway. Tromsø: Universitetssykehuset Nord-Norge, 2006.
- Berild D. Smittevernloven – håndbok. Antibiotika i allmennpraksis. Oslo: Statens helsetilsyn, 2000.
- Lindbæk M, Kværner KJ. Behandling av akutt otitis media hos barn. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 2242–3.
- Nordlie A-L, Andersen B. Endringer i antibiotikaforbruk hos barnehagebarn i Oslo. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2007; 127: 2924–6.
- Fleming DM, Ross AM, Cross KW et al. The reducing incidence of respiratory tract infection and its relation to antibiotic prescribing. *Br J Gen Pract* 2003; 53: 778–83.
- Hunskår S, red. Allmennmedisin. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2003.
- Kværner KJ, Bentdal Y, Karevold G. Acute mastoiditis in Norway: No evidence for an increase. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2007; 71: 1579–83.
- Smabrekke L, Berild D, Giæver A et al. Educational intervention for parents and healthcare providers leads to reduced antibiotic use in acute otitis media. *Scand J Infect Dis* 2002; 34: 657–9.
- Halvorsen I. Bruk av legevakt før og etter fastlegeordningen. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2007; 127: 15–7.