

Nye retningslinjer for antibiotikabruk i primærhelsetjenesten

I disse dager foreligger de nye retningslinjene for antibiotikabruk i primærhelsetjenesten. Vi oppfordrer alle norske leger til å følge dem.

Arbeidet med å fremme en forsvarlig bruk av antibiotika og forhindre ytterligere resistensutvikling har økende prioritet på den helsepolitiske agendaen. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) har nylig fastslått at om lag 25 000 dødsfall i Europa hvert år kan tilskrives antibiotikaresistens (1). Det er flere enn antall trafikkdødsfall. Helsedirektøren i Storbritannia uttalte nylig i et møte i vitenskapskomiteen i parlamentet at antibiotikaresistens er en større trussel mot menneskeheten enn terror.

Økende resistens også i Norge

Også i Norge øker forekomsten av antibiotikaresistens. I rapporten fra NORM (Norsk overvåkingssystem for antibiotikaresistens hos mikrober) fremgår det at forekomsten av meticillinresistente gule stafylokokker (MRSA) er økt. På grunn av godt hygienearbeid ved sykehusene har antallet MRSA-tilfeller ved norske sykehus likevel gått ned (2). En annen økende trussel er tarmbakterier som produserer ekstandert spektrum-betalaktamase (extended spectrum betalactamase, ESBL). Disse forårsaker som oftest urinveisinfeksjoner, men kan også fremkalle alvorligere infeksjoner (2). En spesiell utfordring med ESBL-produserende bakterier er at pasientene kan bli friske bærere av disse bakteriene i tarmen og uvitende spre dem ut i miljøet. Begge disse resistente bakterietypene finnes også utenfor sykehus – ikke minst i norske sykehjem, hvor de kan representere en stor utfordring.

Sammenhengen mellom den økende totalbruken av antibiotika og andelen bredspektrert antibiotika og resistensutvikling er stadig bedre dokumentert (3). Så lenge det ikke utvikles nye antibiotika, vil derfor hovedstrategien både nasjonalt og internasjonalt være å begrense den totale bruken og fremme bruk av smalspektrert antibiotika. På tross av de norske retningslinjene for antibiotikabruk i primærhelsetjenesten fra 2008 (4) og økt vekt på antibiotikaresistens har forbruket økt med 10 % fra 2005 til 2011, fra 15,6 DDD/1 000 innbyggere/døgn til 17,2 DDD/1 000 innbyggere/døgn. Også bruken av bredspektrert antibiotika har økt noe, det gjelder særlig makrolider og tetrasykliner. Og ciprofloksacinbruken har økt, selv om Norge ligger lavt sammenliknet med andre land (2).

Nye retningslinjer

Med dette som bakgrunn bestemte Helse- direktoratet at de nasjonale faglige retnings-

linjer for antibiotikabruk for primærhelsetjenesten skulle revideres. De forrige retningslinjene ble utgitt i 2008 (4). Revisjonsprosessen startet i 2010 i samarbeid med det samme nettverket som utarbeidet 2008-utgaven. En akademisk allmennpraktiker og en sykehusspesialist innen emnet har sammen revidert hvert kapittel og oppdatert det etter ny gjennomgang av kunnskapsgrunnlaget. Alle forfatterne har deltatt i dette arbeidet.

Hva er nytt i retningslinjene?

Tannlegenes forskrivning utgjør ca. 8 % av den totale antibiotikaforskrivning på nasjonal basis, vesentlig penicillin V (5). I de nye retningslinjene er det tatt med et eget kapittel om infeksjoner i tenner og tankkjøtt. Det finnes i kortversjon til bruk for tannleger.

Behandlingen av genitale klamydiainfeksjoner er endret, med overgang fra azitromycin som førstehåndsmiddel til doksisyk-

«For å beholde Norges unike posisjon med lav antibiotikaresistens er det avgjørende at norske leger lojalt følger de reviderte retningslinjene»

lin. Begrunnelsen er fare for resistensutvikling hos andre patogener, som *Mycoplasma genitalium*. Siden en ukes doksisyklinbehandling kan representere en etterlevelsesutfordring i forhold til endose azitromycin, opprettholdes likevel azitromycin som alternativ behandling.

Det er videre utviklet et eget barnekapittel, som er harmonisert med den norske pediatriske antibiotikaveilederen. Retningslinjene går detaljert inn på valg av antibiotika og ulike doseringer. En ny norsk studie har vist at barn her i landet får utskrevet for mye bredspektrert antibiotika ved luftveisinfeksjoner (6).

Sykehjemskapitlet er videreutviklet, og det er tatt inn forslag til intravenøs

behandling i sykehjem, noe som er blitt et aktuelt tema etter innføringen av samhandlingsreformen.

Hvilke retningslinjer videreføres fra forrige utgave?

Behandling av luftveisinfeksjoner står for om lag to tredeler av antibiotikabruken utenfor sykehus. En nyere norsk studie har vist at antibiotikaforskrivning ved luftveisinfeksjoner fortsatt ligger høyt for tilstander som akutt otitt, akutt sinusitt og akutt bronkitt (7) og bør reduseres. Retningslinjene anbefaler fortsatt bruk av vent-og-se-resept, særlig ved luftveisinfeksjoner. I en annen nyere norsk studie er det vist at med slik resept vil om lag halvparten av antibiotika bli hentet (8).

Retningslinjene fastholder anbefalingen om bruk av smalspektrert antibiotika. Dette innebærer først og fremst penicillin V som førstevalg ved luftveisinfeksjoner. Ved urinveisinfeksjoner fastholdes alternativer mellom de tre likeverdige alternativene mecillinam, nitrofurantoin og trimetoprim, og at man skal unngå bruk av ciprofloksacin.

Norske leger forskriver for høy andel makrolider, på tross av dokumentert resistensutvikling. Makrolider skal i utgangspunktet ikke forskrives for annet enn atypiske pneumonier (*Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*) og ved penicillinallergi.

Ved mistenkt stafylokokkinfeksjon i hud opprettholdes anbefalingen om dikloksacillin. Penicilin V anbefales ved streptokokkinfeksjon.

Videre arbeid med retningslinjene

Retningslinjene utgis som bok og skal sendes til fastleger, kommuneleger, legevakter og sykehjemslleger. De vil også bli gitt til alle norske medisinstudenter i siste år av studiet. Det er laget en kortversjon, som også foreligger i engelsk versjon. En elektronisk versjon vil bli lagt ut på Helsedirektoratets og Antibiotikasenterets nettsider. Det er planlagt å utvikle en elektronisk app for mobiltelefoner.

Underveis i arbeidet er det tilstrebet harmonisering med retningslinjene for antibiotikabruk i sykehus samt andre sentrale elektroniske kilder, som *Norsk elektronisk legemiddelhåndbok* og den nye *Legevakts-håndboka*. For å beholde Norges unike posisjon med lav antibiotikaresistens er det avgjørende at norske leger lojalt følger de reviderte retningslinjene.

>>>

Morten Lindbæk*morten.lindbak@medisin.uio.no***Siri Jensen****Knut Eirik Eliassen****Arne Fetveit****Nils Grude****Dag Berild****Per Hjortdahl**

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

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Siri Jensen (f. 1962) er forsker og koordinator ved Antibiotikasenteret for primærmedisin, Universitetet i Oslo. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Knut Eirik Eliassen (f. 1976) er allmennlege og stipendiat ved Antibiotikasenteret for primærmedisin, Universitetet i Oslo. Han er Norsk forening for allmennmedisins representant i fagrådet for NORM og varamedlem i spesialitetskomiteen for allmennmedisin. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Arne Fetveit (f. 1968) er spesialist i allmennmedisin, dr.med., master i folkehelsevitenskap, førsteamanuensis ved Avdeling for allmennmedisin, Institutt for samfunn og helse, Universitetet i Oslo, og fastlege ved Kjelsås legesenter. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Nils Grude (f. 1951) er spesialist i medisinsk mikrobiologi, ph.d. og tidligere spesialist i allmennmedisin. Han er avdelingsoverlege ved Mikrobiologisk avdeling, Sykehuset i Vestfold, og tilknyttet Antibiotikasenteret for primærmedisin som forsker.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Dag Berild (f. 1951) er dr.med., spesialist i infeksjonssykdommer og overlege ved Infeksjonsavdelingen, Oslo universitetssykehus. Han arbeider med forskning på rasjonell antibiotikabruk og resistens.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Per Hjortdahl (f. 1946) er spesialist i samfunnsmedisin og professor ved Avdeling for allmennmedisin, Institutt for samfunn og helse, Universitetet i Oslo.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

1. ECDC Director's presentation: EU action on antimicrobial resistance. European Antibiotic Awareness Day/EU Health Prize for Journalists 2011. Brussel 31.1.2012. www.ecdc.europa.eu/en/aboutus/organisation/director%20speeches/1201_director_speech_eu_health_prize_journalists.pdf (12.4.2013).
2. NORM/NORM-VET 2011. Usage of antimicrobial agents and occurrence of antimicrobial resistance in Norway. Tromsø/Oslo: NORM/NORM-VET, 2012.
3. 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.

4. Nasjonale faglige retningslinjer for antibiotikabruk i primærhelsetjenesten. Oslo: Helsedirektoratet, 2008.
5. Al-Haroni M, Skaug N. Incidence of antibiotic prescribing in dental practice in Norway and its contribution to national consumption. *J Antimicrob Chemother* 2007; 59: 1161–6.
6. Fossum GH, Lindbæk M, Gjelstad S et al. Are children carrying the burden of broad-spectrum antibiotics in general practice? Prescription pattern for paediatric outpatients with respiratory tract infections in Norway. *BMJ Open* 2013; 3: e002285.
7. Gjelstad S, Straand J, Dalen I et al. Do general practitioners' consultation rates influence their prescribing patterns of antibiotics for acute respiratory tract infections? *J Antimicrob Chemother* 2011; 66: 2425–33.
8. Høye S, Frich JC, Lindbæk M. Use and feasibility of delayed prescribing for respiratory tract infections: a questionnaire survey. *BMC Fam Pract* 2011; 12: 34.

Mottatt 5.4. 2013 og godkjent 11.4. 2013. Medisinsk redaktør Hanne Støre Valeur.



Engelsk oversettelse på www.tidsskriftet.no

Publisert først på nett.