

Stramas mål för antibiotikaanvändning inom öppen vård

Bakgrund:

Antalet resistenta bakterier ökar stadigt. Kraftfulla åtgärder på många plan krävs för att undvika en katastrofsituation.¹ Det är känt att förskrivningen av antibiotika har en stark koppling till såväl uppkomst som spridning av resistenta bakterier.

Förskrivningen av antibiotika i öppen vård utgör 90 procent av all förskrivning och är ett gemensamt ansvar för primärvård och övrig öppen specialistvård. Med tanke på den snabba och allvarliga resistensutvecklingen vill Strama föreslå ett antal mål för antibiotikaanvändningen i öppenvården. Syftet är att sträva efter att så länge som möjligt behålla det relativt gynnsamma resistensläge som Sverige har.

Stramas mål för antibiotikaanvändning inom öppen vård:

1. Den totala förskrivningen av antibiotika i Sverige bör om 5 år inte överstiga 250 recept per tusen invånare och år.

Målet innefattar hela J01-gruppen utom metenamin och avser den nationella nivån. Det är inte applicerbart på en individuell vårdenhet men kan däremot utgöra en måttstock på länsnivå.

2. 80 procent av antibiotika mot luftvägsinfektion till barn 0 till 6 år bör vara penicillin V.

Målet saknar direkt koppling till förskrivningsorsak, men är indirekt kopplat till diagnos eftersom det baseras på apotekens försäljningsdata av typiska ”luftvägspreparat” (se nedan). Försäljningen mäts i antal recept per 1000 invånare och år.

- **Täljare:** Uthämtade recept på penicillin V (J01CE02). Alla förpackningsstorlekar. Barn 0-6 år.
- **Nämnamn:** Uthämtade recept på amoxicillin (J01CA04), penicillin V (J01CE02), amoxicillin med klavulansyra (J01CR02), cefalosporiner (J01DB-DE) och makrolider (J01FA). Alla förpackningsstorlekar. Barn 0-6 år.

3. Andelen förskrivna kinolonrecept bör utgöra max 10 procent av förskrivna antibiotika mot urinvägsinfektion till kvinnor 18 till 79 år.

Målet saknar direkt koppling till förskrivningsorsak, men är indirekt kopplat till diagnos eftersom det baseras på apotekens försäljningsdata av typiska ”uvi-preparat” (se nedan). Försäljningen mäts i antal recept per 1000 invånare och år.

- **Täljare:** Uthämtade recept på ciprofloxacin (J01MA02) och norfloxacin (J01MA06). Alla förpackningsstorlekar. Kvinnor 18-79 år.
- **Nämnamn:** Uthämtade recept på pivmecillinam (J01CA08), trimetoprim (J01EA01), ciprofloxacin (J01MA02), norfloxacin (J01MA06) och nitrofurantoin (J01XE01). Alla förpackningsstorlekar. Kvinnor 18-79 år.

Motivering:**Total förskrivning av antibiotika**

Beräkningar utifrån aktuella svenska epidemiologiska data visar att om vanliga infektioner i primärvården behandlas enligt gällande rekommendationer skulle det övergripande långsiktiga målet för den nationella förbrukningen kunna vara 250 antibiotikarecept/1000 invånare och år.² Denna nivå på förskrivning av antibiotika i öppenvård är den som för närvarande råder i Nederländerna.

År 2008 låg genomsnittsförbrukningen i Sverige på 423 recept/1000 invånare. Sedan den senare delen av 1990-talet har antibiotikaförskrivningen minskat kraftigt i Sverige. Under denna period har antalet bakteriella komplikationer som kan hänföras till underbehandling ej visat någon tendens till ökning.^{3 4}

Det är dock viktigt att betona att alla patienter som har nytta av antibiotika ska behandlas enligt gällande rekommendationer. Som stöd för bedömning av patientens symtom och värdering av ”nytta” finns numera nationella rekommendationer för flertalet vanliga infektioner i form av konsensusuttalande eller LäkeMedelsverkets och Stramas workshops. Om dessa rekommendationer följdes skulle förskrivningen kunna minska ytterligare. Skrivna rekommendationer täcker givetvis inte alla individuella variationer i symtom och klinik. Ibland måste antibiotika ges direkt vid oklara fall, men oftast kan ett kort, nytt besök inom ett par dagar få bilden att klarna med kvarstående ömsesidigt förtroende mellan läkare och patient.

Att förskrivningen kan minska styrks av att det finns stora variationer mellan olika län, liksom mellan olika kommuner, som saknar medicinsk grund (se bild nedan).⁵ Nationella studier visar också att nuvarande förskrivning inte alltid sker enligt rekommendationerna.^{6 7} Till exempel förskrivs antibiotika i dag till cirka 50 procent av alla patienter med hosta och akut bronkit trots att det inte finns evidens för nytta med behandlingen.

Luftvägsantibiotika

Antibiotika bidrar endast blygsamt till läkningsförloppet för de flesta vanliga luftvägsinfektioner hos barn. Undantaget är lunginflammation. Förkylning och akut bronkit hos barn ska inte antibiotikabehandlas. Öroninflammationer hos barn över 2 år behöver ofta inte behandlas. Barn får oerhört sällan behandlingskrävande akuta rinosinuit.

Penicillin V är förstahandsmedel när öroninflammation och tonsillit ska behandlas. Endast en liten andel av barnen får recidiverande eller komplicerad öroninflammation eller recidiverande tonsillit, där andra medel kan behövas. Också vid pneumoni hos barn är pcV förstahandsmedel.

Av ovanstående skäl uppskattar vi att pcV ska kunna utgöra mer än 80 procent av alla luftvägsantibiotika till barn.

Urinvägsantibiotika

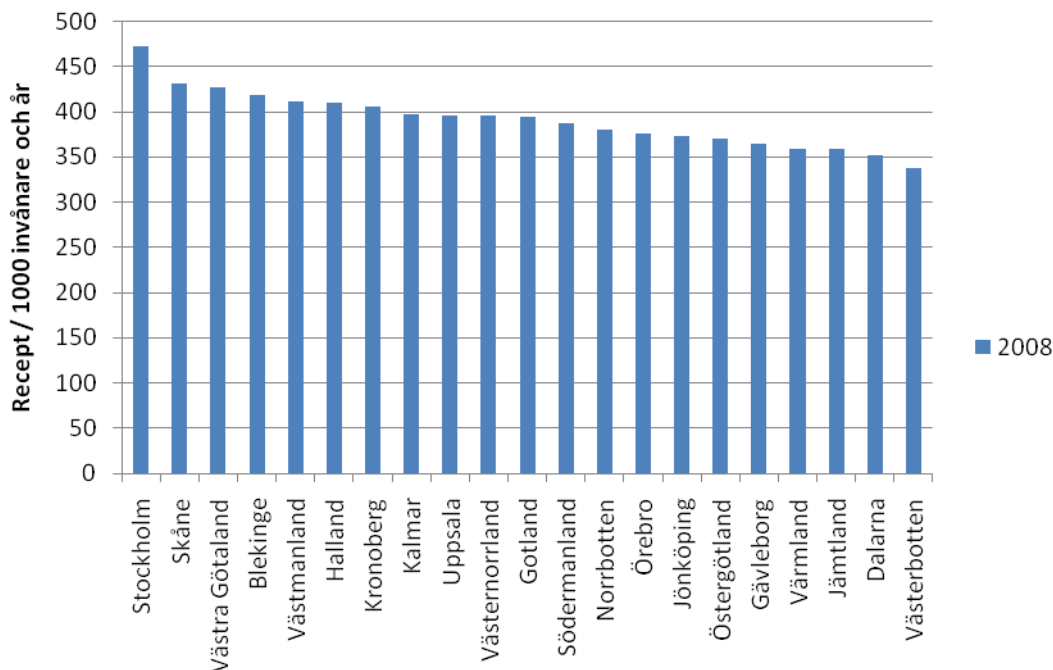
Akut cystit är i de allra flesta fall ofarligt och cirka 30 % av patienterna blir spontant symtomfria efter en vecka utan behandling. Behandling med antibiotika syftar i första hand till att förkorta tiden med symtom. Pivmecillinam och nitrofurantoin är likvärdiga förstahandspreparat för behandling av cystit. Trimetoprim är möjligt för empirisk terapi, men på grund av ökad resistens hos *E. coli* (15-20 %) bör det i första hand användas om pivmecillinam eller nitrofurantoin är olämpliga eller efter resistensbestämning. Kinoloner bör inte förskrivas på grund av ökad resistens och alltför brett spektrum.

Nitrofurantoin, pivmecillinam och trimetoprim har i princip inga andra indikationer än nedre UVI. Kinoloner är rimligt att använda vid pyelonefrit som dock endast utgör ett par procent av alla urinvägsinfektioner hos kvinnor.

Övriga indikationer för kinoloner är väldigt få inom den öppna vården. Av dessa skäl bör andelen kinoloner av alla UVI-preparat rimligen inte överskrida 10 procent.

Antibiotika (J01 exkl. metenamin) i öppenvård per län, 2008.

Källa: Apoteket AB, Xplain



-
- ¹ Cars O, Högberg LD, Murray M, Nordberg O, Sivaraman S, Lundborg CS, So AD, Tomson G. Meeting the challenge of antibiotic resistance. *BMJ* 2008;337:a1438
- ² Mölstad S, André M, Norman C, Hedin K, Engström S. Vid vanliga infektioner – att ge eller inte ge antibiotika. *Läkartidningen* 2009; 106:3162-6
- ³ Mölstad S, Erntell M, Hanberger H, Melander E, Norman C, Skoog G et al. Sustained reduction of antibiotic use and low bacterial resistance. A ten year follow-up of the Swedish STRAMA programme. *Lancet Infect Dis.* 2008 ;8:125-132
- ⁴ Groth A, Enoksson F, Hermansson A, Hultcrantz M, Stalfors J, Stenfeldt K. Has acute mastoiditis in Sweden increased after new treatment recommendations for AOM? A national retrospective study 1993-2007. Abstract presented on the 6th Extraordinary International Symposium on Recent Advances in Otitis Media, Seoul, Korea May 7 2009.
- ⁵ Hedin K, Andre 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 Sep;56(530):680-5.
- ⁶ André M, Verby Å, Odenholt I, Stålsby Lundborg C, Axelsson I, Eriksson M, Runeheden A, Schwan Å, Mölstad S. Diagnosis-prescribing surveys in 2000, 2002 and 2005 in Swedish general practice: Consultations, diagnosis, diagnostics and treatment choices. *Scand J Inf Dis.* 2008;40:648-654
- ⁷ André M, Vernby Å, Stålsby Lundborg C, Odenholt I, Axelsson I, Eriksson M, Runeheden A, Schwan Å, Mölstad S. Allmänläkare forskrev mindre antibiotika men utnyttjade CRP-test mer. *Diagnos-förskrivningsstudier för åren 2000-2005 Läkartidningen* 2008; 41: 2851-4