

Doxycyclin är ingen hostmedicin

# Antibiotika vid akut bronkit är både onödigt och riskabelt

Ingen kan längre blunda för den alarm-  
erande resistensutvecklingen i världen. En  
liten men enkel åtgärd för att om möjligt  
bromsa utvecklingen är att sluta med  
verkningslös antibiotikabehandling vid  
akut bronkit i Sverige.

**D**en svenska läkarkåren har internationellt sett tagit stort ansvar för en rationell antibiotikaförskrivning. Sverige har också ett relativt gynnsamt resistensläge – än så länge. Vid akut bronkit sker dock en kraftig överbehandling med antibiotika och en omotiverat hög förskrivning av doxycyclin. Vi måste fortsätta att slå vakt om våra antibiotika och minska onödig medikalisering av ett självläkande tillstånd där antibiotika saknar effekt.

Läkemedelsverket och Strama har nyligen gett ut nya behandlingsrekommendationer vid nedre luftvägsinfektioner. Ett huvudbudskap är att det inte finns någon dokumenterad nytta av antibiotika vid akut bronkit,

oavsett om den är orsakad av virus, mykoplasma eller klassiska bakterier. Ett flertal randomiserade studier har visat att varken tiden med hosta eller allmäntillståndet påverkas på något kliniskt relevant sätt av antibiotikabehandling.

Tre områden som vi måste komma till rätta med när det gäller antibiotikabehandlingen vid akut bronkit är den kraftiga överbehandlingen, den omotiverat höga förskrivningen av doxycyclin och de stora regionala skillnaderna vid förskrivning av luftvägsantibiotika.

**Antibiotika förskrivs** i dag till cirka hälften av alla patienter med hosta och akut bronkit. Detta trots att Svensk förening för allmänmedicin har satt som mål att högst 20 procent av alla akuta bronkiter bör antibiotikabehandlas. Denna överbehandling är både onödig, verkningslös och riskabel. Vi medikaliserar ett tillstånd som i regel är självläkande. Vi riskerar onödiga biverkningar och, särskilt hos äldre, Clostridium difficile-infektioner. Vi riskerar dessutom att fördröja upptäckt av underliggande astma och KOL genom att antibiotikabehandla hostpatienter. Åtminstone vid recidiverande hosta är spirometri en betydligt adekvatare åtgärd än antibiotika.

Det är däremot av största

vikt att behandla pneumonier. Här är penicillin V förstahandsval, eftersom det är viktigast att säkert täcka pneumokocker. Doxycyclin har sin plats vid mykoplasmapneumoni och vid dokumenterad penicillinallergi. Differentialdiagnosen mellan bronkit och pneumoni kan vara svår när feber, hosta, lindrig dyspné och lindrig allmänpåverkan föreligger.

I denna »gråzon« kan CRP vara till hjälp. Stramas diagnos-receptstudier i primärvården visar att en majoritet, 40–50 procent, av alla som antibiotikabehandlas vid akut bronkit får tetracykliner (framför allt doxycyclin). Endast 30 procent får penicillin V. Inget talar för att förskrivningen ser annorlunda ut vid sjukhusmottagningar eller hos privata specialister.

All onödig användning av bredspektrumantibiotika bör givetvis undvikas. Utöver riskerna för resistensutveckling och andra biverkningar bör miljöaspekterna vid bruk av doxycyclin hållas i åtanke. Reningsverk kan inte eliminera doxycyclin, och substansen bryts ned mycket långsamt, vilket skulle kunna få effekter på miljön.

**Stockholm har nästan** dubbelt så hög förskrivning av luftvägsantibiotika som Västerbotten (Figur 1), vilket knappast beror på att stockholmarna är dubbelt så sjuka i antibiotikakrävande bakteriella luftvägsinfektioner. För att komma tillrätta med regionala skillnader bör öppna jämförelser bli rutin i kvalitetsarbetet.

Genom att analysera förskrivningsmönster på vårdcentraler, sjukhus och i landsting kan man få en viss uppfattning om hur väl be-



Vid akut bronkit sker fortfarande en kraftig överbehandling med verkningslösa antibiotika.

handlingsrekommendationer efterföljs. Jämförelser kan i sin tur stimulera till diskussion och fungera som utgångspunkt för förbättringar.

Med hjälp av bland annat denna metod har man i Hallands län lyckats få ned antibiotikaförskrivningen med 13 procent år 2008 från en tidigare toppnotering 2007.

Verksamhetschefen har också ett stort ansvar. Redan i dag kan verksamhetschefen få tillgång till medarbetarnas förskrivningsmönster på individnivå. Med detta som bas kan hög eller avvikande förskrivning diskuteras.

Dessutom måste förskrivare få tillgång till diagnoskopplade data som kan ge ännu pålitligare jämförelser och kvalitetsbedömningar. Då skulle det till exempel vara möjligt för varje mottagning eller vårdcentral att se hur stor andel av patienter med diagnosen akut bronkit som antibiotikabehandlas. I Smittskyddsinstitutets och Stramas rapport till regeringen föreslås därför tillgång till sådana data.

**Det är hög tid** att sjukvårdshuvudmännen tar ett större ansvar för resistensproblemet och ger ökade resurser till att förbättra antibiotikabehandlingen.

Socialstyrelsen genomförde nyligen en inventering av antibiotikaanvändningen inom hälso- och sjukvården. Den visar på stora brister när det gäller tillgång till infektionsmedicinsk kompetens. En viktig åtgärd som Socialstyrelsen föreslår är en fortsatt utveckling av de lokala Stramagruppernas arbete. I dag saknar många av dessa



**ÅKE ÖRTQVIST**  
docent, smittskyddsläkare, smittskyddsenheten, Stockholms läns landsting



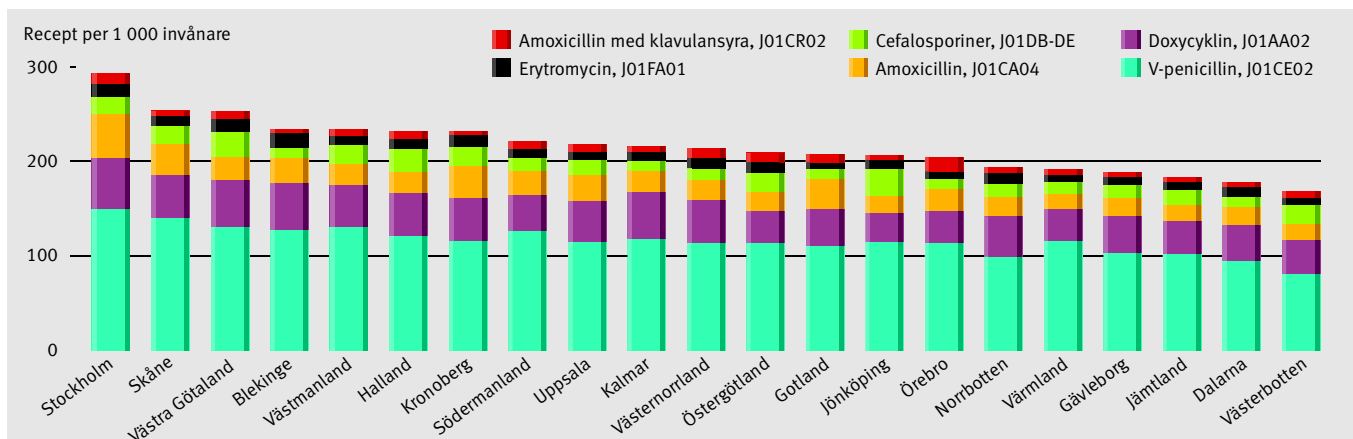
**HANS HOLMBERG**  
docent, överläkare, infektionskliniken, Universitetssjukhuset, Örebro



**CHRISTER NORMAN**  
allmänläkare, Strama, Solna



**OTTO CARS**  
professor, ordförande, Strama, Solna  
otto.cars@strama.se



Figur 1. Luftvägsantibiotika i öppenvård, antal recept per 1 000 invånare 2008. Data från Apoteket AB, Xplain.

grupper uppdrag och finansiering.

Avslutningsvis finns ett stort behov av saklig information till allmänheten. Det tycks finnas en utbredd uppfattning bland allmänheten att akut bronkit orsakad av mykoplasma är speciellt besvärligt och att särskild provtagning och behandling därför är motiverad. Det finns dock inga studier som belägger detta, tvärtom betar sig mykoplasmaabronkiter i huvudsak som alla andra bronkitter, det vill säga allmäntillståndet är relativt gott och

hostan pågår i cirka tre veckor, oavsett om man behandlar med antibiotika eller inte!

Sverige har ändå, jämfört med många andra länder, en relativt rationell användning av antibiotika, vilket också går hand i hand med vårt förhållandevis gynnsamma resistensläge. Men även hos oss ser vi en ökning av antibiotikaresistensen hos flertalet vanliga bakterieslag.

Vi måste aktivt sträva för att bevara de verksamma antibiotika vi har. Ett viktigt steg är att införliva Läkemedelsverkets och Stramas nya

riktlinjer vid nedre luftvägsinfektioner i klinisk praxis.

Ingen kan längre blunda för den alarmerande resistensutvecklingen i världen. I Sydeuropa har hälften av alla pneumokocker nedsatt känslighet för penicillin. I södra Asien dör ett barn varannan minut på grund av att tillgängliga antibiotika saknar effekt. I USA, Syd- och Mellaneuropa är upp till 50 procent av alla invasiva fynd av *Staphylococcus aureus* meticillinresistenta.

Listan kan göras lång; poängen är att vi nu globalt står

inför ett enormt hot mot folkhälsan.

En liten men enkel åtgärd för att om möjligt bromsa resistensutvecklingen är att sluta med verkningslösa antibiotikabehandling vid akut bronkit i Sverige. Doxycyklin är ingen hostmedicin!

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

**LÄS MER** Nya behandlingsrekommendationer, Klinik och vetenskap, sidan xx

## Elevvården i Stockholm ständigt i stöpsleven

■ Ewa Måre tar upp elevvården och speciellt hur sexualfrågor hanteras i svenska skolor (Elevvården i stöpsleven; LT 14/2009, sidan 1029). Jag vill komplettera hennes kloka inlägg med två belysande historiska tillbakablickar.

Vid Stockholms skolhälsovård inrättades 1970 en centralt belägen sexualrådgivningsbyrå för skolungdomar, den första i Sverige. Tio år senare utvecklades den till Ungdomsmottagningen vid Stockholms skolor. Mottagningens personal, gynekolog, barnmorska och senare psykolog, var alla knutna till skolhälsovården. Grundtanken var redan från början att eleverna skulle ha tillgång till rådgivning och stöd i sexualfrågor vid en enhet som lokalmässigt låg utanför skolan

och helt neutralt i staden, de första åren på Kungsgatan. Detta ansågs underlätta besök för känsliga samtal. Det ansågs också öppna för ungdomar som inte går i skolan.

Det var också en sådan princip som tillämpades på 1950- och 1960-talen i Boston och i Helsingfors, som bör betraktas som ungdomsmottagningarnas ursprungsorter. Kanske har denna princip spelat ut sin roll? Kanske är öppenheten numera sådan att även känsliga sexualfrågor kan och bör hanteras i skolorna, vid skolhälsovårdsmottagningarna? Dags att ta reda på vad ungdomarna själva tycker.

När det gäller skolhälsovårdens organisatoriska och ekonomiska integrering i skolan (primärkommunen) kan man

återkalla minnet av en uppslitande strid vid mitten av 1970-talet. Skolhälsovårdsutredningen (SOU 1976:46) sprack mitt itu på den avgörande frågan om skolbarnens hälsovård är en del av samhällets förebyggande hälsoarbete eller en del av skolans inre arbete. Den senare uppfattningen vann till slut en bräcklig majoritet. Striderna kan beskrivas som hetsiga in i det sista. Numera hädangångna märkesmän uppträdde hotfullt mot varandra.

Efter hand kom ett moderniseringsarbete av skolhälsovården igång, även detta med stundtals uppslitande förtecken. Senare övertogs den medicinska tillsynen av Socialstyrelsen från dåvarande Skolöverstyrelsen, och ett

lugn synes ha infunnit sig i debatten. Med en under senare år allt tydligare folkhälsoinriktning i skolhälsovårdens arbete (hälsofrämjande skolor) höjs inte längre några högljudda argument för skolhälsovårdens skiljande från skolan. Kanske är det klokt med tanke på alla insatser för elevernas arbetsmiljö som ligger framför oss. Men egen öronmärkt budget för skolhälsovården, som Ewa Måre föreslår, vore smaskens.



**Lars Cernerud**  
tidigare skolöverläkare  
i Stockholm  
lars.cernerud@mdh.se