
C.H. Thaulow og C. Klingenberg svarer

KOMMENTAR

CHRISTIAN MAGNUS THAULOW

christian.magnus.thaulow@helse-bergen.no

Christian Magnus Thaulow er overlege ved Barne- og ungdomsklinikken, Haukeland Universitetssykehus.

CLAUS KLINGENBERG

Ingen av forfatterne har oppgitt noen interessekonflikter.

Takk til Sigurd Høye for hans kommentar til vår kronikk i Tidsskriftet [\(1\)](#). Vi vil berømme arbeidet Høye og resten av redaksjonen gjør for å kontinuerlig oppdatere Nasjonal faglig retningslinje for antibiotikabruk i primærhelsetjenesten. Vi synes også det er positivt at det planlegges en skandinavisk studie som skal gi mer kunnskap om de resistensdrivende egenskapene til penicillin og amoksicillin.

Høye skriver at verden kan se annerledes ut fra et sykehusperspektiv. Vi vil minne om at ca 25 % av antibiotika gitt til barn i norske sykehus gis peroralt [\(2\)](#), og at vi i motsetning til i allmennpraksis kan observere etterlevelse over tid og eventuelt korrigere for dette. En vesentlig del av aktiviteten på en barneavdeling består også av polikliniske vurderinger av infeksjonssyke barn, samt telefonisk rådgivning om antibiotikavalg til allmennleger.

Vi deler bekymringen rundt tilgangen på smalspektret antibiotika i barnevennlig form. I vinter var det mangel på både penicillin- og amoksicillinmikstur. Et nordisk samarbeid og marked, samt statlige insentiver, vil være essensielt. Vi mener likevel at en må ha to tanker i hodet samtidig. I artikkelen Høye refererer til, antydes det nettopp at penicillinmiksturen egentlig ikke kan kalles barnevennlig [\(3\)](#). Etterlevelsen av penicillinmikstur er lav sammenlignet med amoksicillinmikstur, men kan likevel virke akseptabel utfra antall reseptbytter. Gitt den bitre smaken er det dog grunn til å tro at langt flere får ufullstendige doser. For ikke å snakke om dramaet som kan utspille seg i en familie når penicillin skal tvinges i et lite barn fire ganger i døgnet.

Å unngå unødvendig bruk av makrolider mener vi bør være høyt prioritert. Makrolider er klassifisert som resistensdrivende i WHO sin AwARe klassifikasjon, mens verken penicillin eller amoksisillin er det. Det virker som makrolider ofte foretrekkes når penicillin byttes ut (4). Enkelte av disse forskrivningene kan skyldes penicillinallergi eller atypisk pneumoni, men langt fra alle.

Optimal antibiotikabehandling til de minste omfatter også det å være pragmatisk. Bør vi som våre naboland tenke at penicillin tre ganger i døgnet er tilstrekkelig for de fleste? Vi tror også det hadde vært nyttig med konkrete råd i retningslinjene til hvordan etterlevelsen kan optimaliseres, f.eks. målesprøyte langt bak i munnen og noe kaldt å suge på før og etter administrering. Og selv om vi innerst inne ønsker holde oss til penicillin, syns vi det er rimelig at amoksisillin nevnes som et alternativ, ikke minst for å begrense bruken av makrolider.

REFERENCES

1. Thaulow CM, Klingenberg C. Penicillin for enhver pris? Tidsskr Nor Legeforen 2023; 143: 842–4.
2. Thaulow CM, Berild D, Eriksen BH et al. Potential for More Rational Use of Antibiotics in Hospitalized Children in a Country With Low Resistance: Data From eight Point Prevalence Surveys. *Pediatr Infect Dis J* 2019; 38: 384–9. [PubMed][CrossRef]
3. Thaulow CM. De yngste trenger barnevennlig antibiotika. <https://www.dagensmedisin.no/debatt-og-kronikk/de-yngste-trenger-barnev...> Lest 12.7.2023.
4. Bergene EH, Nordeng H, Rø TB et al. Requests for new oral antibiotic prescriptions in children within 2 days: a Norwegian population-based study. *Fam Pract* 2018; 35: 690–7. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 4. september 2023. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.23.0535
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 23. juni 2026.