



# Hvordan få til riktigere bruk av antibiotika i allmennpraksis?

---

REDAKSJONELT

BERILD D

---

I dette nummer av Tidsskriftet omtaler Morten Lindbæk & Per Hjortdahl C-reaktivt protein (CRP) som diagnostisk hjelpemiddel ved infeksjoner i allmennpraksis (1).

Allmennpraktikerne angav at CRP var av god diagnostisk nytte ved infeksjonsutredning og bidrog til å endre diagnosen og til å redusere antibiotikaforskrivningen hos hhv. 30% og 25% av pasientene. Allikevel fikk over halvparten av pasientene med CRP under 50 forskrevet antibiotika, og 3/4 av pasientene med bronkitt som normalt ikke skal behandles med antibiotika (2) fikk også forskrevet disse midlene. Det er neppe tvil om at det er et overforbruk av antibiotika også i allmennpraksis i Norge. Ethvert hjelpemiddel som kan bidra til å redusere overflødig antibiotikabruk, bør vurderes positivt. Men en økende bruk av laboratorieundersøkelser i tillegg til klinisk skjønn, krever større selvdisiplin av legen, slik at han eller hun retter seg etter resultatet. I lys av at forbruket av antimikrobielle midler har økt med ca. 30% siden 1980, og at dette neppe skyldes en tilsvarende økning i antall infeksjoner, bør det være mulig å redusere antibiotikabruken betraktelig.

Det er vist utallige ganger at all antibiotikabruk før eller siden vil føre til resistensutvikling. Allikevel fortsetter antibiotikabruken å øke over hele verden. Bakterier lever også etter et simpelt darwinistisk prinsipp. Seleksjon og spredning av resistens skjer ved at antibiotika påvirker normalfloraen på hud og slimhinner og derved skaper økologiske nisjer for resistente bakterier som det før antibiotikakuren kun var få av (3). For eksempel kan det bare være noen få trimetoprimresistente *Escherichia coli*-bakterier i feces før en trimetoprimbehandling, men antall resistente bakterier kan bli dominerende på bekostning av følsomme bakterier etter en trimetoprimkur (4). Spesielt bredspektrede antibiotika som tetrasykliner, trimetoprim-sulfa, kinoloner, klindamycin og kefalosporiner er økologisk uheldige. Smalspektrede preparater, som penicilliner, påvirker i mindre grad normalfloraen, og er derved mindre resistensfremkallende.

En rasjonell antibiotikabruk både i allmennpraksis og i sykehus, må ha som målsetting å få ned det samlede antibiotikaforbruk og erstatte bredspektrede antibiotika med smalpektrede midler som f.eks. penicilliner som dekker de fleste infeksjonsfremkallende mikrober i luftveier og bløtdeler. For å oppnå dette, må man være målrettet i sin diagnostikk og kritisk til behandlingsindikasjon, og ikke gi antibiotika "for sikkerhets skyld".

En restriktiv antibiotikapolitikk er dypest sett et spørsmål om å bevisstgjøre leger til en økologisk tankegang, som må begynne allerede i studietiden. Med en økende import av

leger utdannet utenfor Skandinavia, er det også viktig å gjøre disse oppmerksom på den relativt gunstige resistenssituasjonen vi har i Norge, og at behovet for nye og bredspektrede antibiotika derfor er meget begrenset.

På grunn av overforbruk av antibiotika med påfølgende resistensutvikling, er man flere steder i verden på vei inn i den postantibiotiske æra. I løpet av de siste ti årene er denne utviklingen blitt alarmerende (5). I Skandinavia bruker vi lite antibiotika sammenliknet med andre industriland, og resistensproblemet har vært relativt lite til nå. I vårt naboland Finland har man imidlertid sett at nesten 20% av gruppe A-streptokokkene ble erytromycinresistente etter at forbruket av erytromycin ble mangedoblet på få år (6). På Island, hvor man bruker dobbelt så mye antibiotika som hos oss, er ca. 20% av pneumokokkene penicillinresistente.

Tradisjonelt er utviklingen av antibiotikaresistens relatert til sykehus, men 80-90% av det norske antibiotikaforbruket skjer utenfor sykehus. Tall fra Haukeland Sykehus viser at det har skjedd en gradvis resistensutvikling spesielt for gramnegative staver i prøver innsendt fra allmennpraksis (7). Det er all mulig grunn til å ta i bruk det viktigste våpen vi har i kampen mot resistensutvikling, nemlig å redusere bruken av antibiotika (2, 5).

Vi må imidlertid ikke glemme at en restriktiv antibiotikapolitikk i sjeldne tilfeller kan medføre underbehandling av infeksjoner. En allmennpraktiserende lege vil sannsynligvis enda oftere enn sykehusleger befinne seg i et terapeutisk dilemma, og pådrar seg et større ansvar for at pasientene blir fulgt opp hvis han unnlater å gi antibiotika.

Statens helsetilsyn har tatt initiativet til utarbeiding av nasjonale retningslinjer for antibiotikabruk i og utenfor sykehus. Det er viktig at de mikrobiologiske laboratoriene overvåker resistensutviklingen slik at de kan tilpasses de nasjonale retningslinjene basert på kjennskap til lokale resistensforhold. En bedre kommunikasjon mellom de lokale bakteriologiske laboratoriene og de praktiserende legene f.eks. i form av årlige møter, vil sannsynligvis resultere i en mer rasjonell antibiotikabruk. Jeg mener at det også er behov for å øke utdanningskapasiteten av medisinske mikrobiologer og infeksjonsmedisinere i Norge. For å opprettholde og forbedre en restriktiv antibiotikapolitikk, må også overvåkingen og forskningen på sammenhengen mellom antibiotikabruk og resistensutvikling i Norge intensiveres.

*Dag Berild*

---

#### LITTERATUR:

1. Lindbæk M, Hjortdahl P. C-reaktivt protein i allmennpraksis. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 1176-9.
2. Gonzales R, Sande M. What will it take to stop physicians from prescribing antibiotics in acute bronchitis? Lancet 1995; 345: 665-6.
3. Price DJ, Sleight JD. Control of infection due to *Klebsiella aerogenes* in a neurosurgical unit by withdrawal of all antibiotics. Lancet 1970; 2: 1213-5.
4. Murray BE, Renisner ER, Du Pont HL. Emergence of high-level resistance in fecal *Escherichia coli* during oral administration of trimetoprim or trimetoprim-sulfametoxazol. N Engl J Med 1982; 306: 130-5.
5. Jensenius M, von der Lippe B, Melby K, Steinbakk M. Antibiotika snart over og ut? Økende bakteriell resistens iglobalt og norsk perspektiv. Tidsskr Nor Lægeforen 1995; 115: 3382-6.
6. Seppala H, Klaukka T, Vuopio-Varkila J, Moutiala A, Helenius H, Lager K et al. The effect of changes in the consumption of macrolide antibiotics on erythromycin resistance in group A streptococci in Finland. N Engl J Med 1997; 337: 441-6.
7. Digranes A. Urinveispatogene bakterier fra pasienter innlagt i Haukeland sykehus 1996. Mikro-nytt 1997; nr. 4.

Publisert: 17. oktober 2018. Tidsskr Nor Legeforen. DOI:  
© Tidsskrift for Den norske legeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no