

»Att förskrivningen kan minska styrks av att det finns stora variationer mellan olika län, och mellan olika kommuner, som saknar medicinsk grund.«

förskrivning inte alltid sker enligt rekommendationerna [3, 4]. 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.

Det kan naturligtvis finnas risker med en alltför låg förskrivning av antibiotika. Registrering och uppföljning i befintliga slutenvårdsregister är viktigt för att följa indikatorer på eventuell underbehandling som exempelvis antalet mastoiditer eller slutenvårdskrävande rinosinuit. Detta kommer att följas av Strama. Det finns i dag inga tecken på att komplikationer har ökat till följd av den kraftiga minskning av antibiotikaförskrivningen som skedde under den senare delen av 1990-talet [5].

Strama lanserar två andra mål förutom reduktion av totalmängden antibiotika i öppenvård eftersom olika typer av antibiotika är resistensdrivande i olika grad.

- Det ena målet är att användningen av kinoloner bör fortsätta att minska och helst vara mindre än 10 procent av alla medel till kvinnor som kan användas vid urinvägsinfektion. Nitrofurantoin och pivmecillinam är de två rekommenderade substanserna vid okomplicerad nedre urinvägsinfektion hos kvinnor. Kinoloner driver resistens och bör undvikas när så är möjligt.
- Det andra målet är att andelen penicillin V bör vara större än 80 procent av luftvägsantibiotika bland barn 0–6 år. I dessa åldrar dominerar övre luftvägsinfektioner, otit, tonsillit, akut bronkit och pneumoni. Här är förstahandsval antingen ingen behandling alls eller penicillin V. Bredspektrumantibiotika som cefalosporiner och makrolider behövs bara i undantagsfall, medan amoxicillin kan vara aktuellt något oftare.

Den svenska sjukvården har en tuff uppgift i att hantera de utmaningar som en växande resistens kommer att utsätta den för. Sett ur ett internationellt perspektiv har den svenska läkarkåren tagit ett stort ansvar för en rationell antibiotikaförskrivning; de senaste 15 åren har antibiotikaförbrukningen minskat. Men data talar för att vi kan

nå ännu längre och att det kan vara till gagn för våra patienter. Vi glömmer ofta att det är vanligt med individuella bi-verkningar av antibiotika och att varje kur stör normalfloran och selekterar fram resistent bakteriekloner.

Vårdgivare och förskrivare måste också i större utsträckning kvalitetssäkra antibiotikaförskrivningen. För varje enskild vårdcentral eller läkare kan det utan regelbunden kvalitetsuppföljning vara svårt att upptäcka om man blivit alltför tillåtande eller restriktiv med antibiotika. Kvalitetssäkringen kan till exempel ske genom utdrag ur journaldataregister eller via <www.pvkvalitet.se>, som stöds av Svensk förening för allmänmedicin (SFAM) och Strama.

Antibiotikaresistens som fenomen

kommer inte att försvinna, utan vi måste lära oss att hantera det. En ofrånkomlig konsekvens av all nödvändig och livräddande antibiotikabehandling är att den selekterar fram resistens. Desto viktigare är det att vi inte slösar med våra resurser när nyttan är osäker eller obefintlig! Varje läkare måste ha detta i åtanke vid varje pati-

entmöte. Det gäller att förlänga tiden för de verksamma antibiotika som vi fortfarande har. Som ordspråket lyder: Den som spar han har.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Mölstad S, André M, Norman C, Hedin K, Engström S. Vid vanliga infektioner: att ge eller inte ge antibiotika. Läkartidningen. 2009;106:3162-6.
2. Hedin K, André 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;56:680-5.
3. André M, Verby Å, Odenholt I, Stålsby Lundborg C, Axelsson I, Eriksson M, et al. Diagnosis-prescribing surveys in 2000, 2002 and 2005 in Swedish general practice: Consultations, diagnosis, diagnostics and treatment choices. Scand J Infect Dis. 2008;40:648-54.
4. André M, Vernby Å, Stålsby Lundborg C, Odenholt I, Axelsson I, Eriksson M, et al. Allmänläkare förskrev mindre antibiotika men utnyttjade CRP-test mer. Diagnos-förskrivningsstudier för åren 2000–2005. Läkartidningen. 2008; 105:2851-4.
5. 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;8:125-32.

APROPÅ! Hälsosfrämjande arbete

Varför vill människor med sämre socioekonomiska förutsättningar inte delta i preventivt folkhälsoarbete?

I maj uppmanade Socialstyrelsen till en förstärkning av det hälsofrämjande och förebyggande arbetet i vården (DN Debatt, 14 maj 2009). Genom att uppmuntra rökstopp, goda kostvanor och ökad fysisk aktivitet kan insjuknandefrekvensen i hjärt-kärlsjukdomar och de vanligaste cancerformerna minska (primärprevention). Tyvärr har uppmaningen följts av ett halvårs tystnad – den självklara debatten om prioriteringar i vården har uteblivit.

Jag vill med detta inlägg slå ett slag även för sekundärprevention. Exempel på detta är riktade hälsoundersökningar av

befolkningen – screening – för exempelvis bröst- och tjocktarmscancer. Med screening hittar man sjukdomen i ett tidigt behandlingsbart skede och minskar därmed sjuklighet och död i sjukdomen.

Vi vet att de med sämre socioekonomiska förutsättningar i mindre utsträckning deltar i riktade hälsoundersökningar, men vi saknar kunskap om varför – de bakomliggande psykosociala orsakerna som sannolikt påverkar även möjligheterna till primärprevention.

Avsaknad av denna kunskap försvårar insatser att nå denna grupp med högre risk för sjuk-

dom och tidigare död. Risken är överhängande att preventiva satsningar i första hand kommer hälsomedvetna mer privilegerade grupper i samhället till del och härmed leder till kostnadsineffektivitet.

Det är önskvärt med mer resurser till forskning rörande varför människor med sämre socioekonomiska förutsättningar avböjer deltagande i preventivt folkhälsoarbete.



Johannes Blom med dr, specialistläkare, Gastrocentrum kirurgi, Karolinska universitetssjukhuset, Stockholm johannes.blom@karolinska.se