

Antibiotikaresistensen i slutenvården måste bromsas

Resistenta bakterier ökar med oroväckande hastighet, och sambandet mellan antibiotikaförbrukning och resistensutveckling är väl belagt. Antibiotika med nya verkningsmekanismer ser inte ut att nå värden på många år. Kraftfulla insatser måste därför göras för att förlänga livslängden av existerande läkemedel.

En undersökning bland intensivvårdsläkare i 24 EU-länder 2009 tecknar en mörk bild av framtidens sjukvård. Drygt hälften av de 95 tillfrågade intensivvårdsläkarna uppgav att de behandlat minst en patient med helt eller nästan helt resistenta bakterier under de senaste sex månaderna. Åtta läkare hade behandlat mer än tio sådana patienter [1].

Konsekvenserna av antibiotikaresistens är synliga även i Sverige. Strama skickade förra året ut en enkät till Stramagrupperna i landstingen. Av 19 svarande uppgav 18 att de nödgats lägga in patienter med lindriga infektioner såsom cystit och ge intravenös behandling, då det saknats perorala alternativ. Samtliga 19 uppgav att de haft patienter som behövt förlängd vårdtid på grund av avsaknad av perorala alternativ.

Med bättre förebyggande hygienrutiner och korrekt antibiotikaproylax kan antalet vårdrelaterade infektioner minskas. SKL:s (Sveriges Kommuner och landsting) punktprevalensmätningar av vårdrelaterade infektioner 2008-

INFÖR DEN EUROPEISKA antibiotikadagen 18 november lägger Strama och Svenska infektionsläkarföreningen fram ett förslag till ett nationellt 10-punktsprogram för minskad antibiotikaresistens inom den slutna vården.



2010 visar att 33 procent av alla patienter i somatisk vård får antibiotika, 30 procent har opererats, 22 procent har kvarsittande kateter i urinblåsan, 12 procent har central venkateter, 8 procent får immunsupprimerande behandling och 2 procent är intuberade. Alla dessa riskfaktorer kan vi påverka i rätt riktning genom att dagligen ompröva behovet av insatta åtgärder. Därigenom minskar också behovet av antibiotika. Patienterna måste också vårdas i miljö-

er anpassade till den höga medicinskt-tekniska nivån. Detta kräver tillgång till fler enkelrum med hygienutrymmen.

Antibiotikaresistens hos bakterier varierar över tid och mellan olika regioner. Vid utbrott de senaste åren har stora skillnader setts mellan olika avdelningar på samma sjukhus. På enheter med stor antibiotikaanvändning och där patienterna har många riskfaktorer för vårdrelaterade infektioner är risken för selektion av antibiotikaresistenta stammar särskilt hög.

Lika viktigt som att vi lär oss när risken för resistens är stor, är att odlingar tas före antibiotikaterapi. Vi anser att odlingar ska tas frikostigt från representativa lokaler inför behandling och alltid vid allvarigare tillstånd som kräver intravenös antibiotikaterapi. Att rikta behandlingen rätt är en av de viktigaste strategiska åtgärderna för att patientsäkerheten ska bibehållas.

För att kunna ge ett fullödigt svar behöver dock det mikrobiologiska laboratoriet god klinisk information och frageställning i remissen. Ytterligare en förutsättning är att laboratorierna har resurser och förmåga att med avancerad teknik snabbt karaktärisera multi-resistenta bakteriestammar. Vidare måste tolkning och epidemiologisk analys kunna ges till klinikerna. En



OTTO CARS
ordförande i Strama (Strategigruppen för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens)
otto.cars@strama.se



JAN KÄLLMAN
ordförande i Svenska infektionsläkarföreningen



JESPER ERICSSON
överläkare och representant för Stramas slutenvårdsgrupp



Illustration: Ewa Knutsson/Foto: Colourbox

För slutenvården är verkningsfulla antibiotika av yttersta vikt. Här måste användningen stramas upp och riskerna för resistens minimeras, skriver författarna.

kontinuerlig uppföljning av lokala resistensdata gör det möjligt att tidigt upptäcka förändringar. Enbart sammanlagda nationella data räcker inte för att upptäcka nya trender.

Med rationell antibiotikaterapi menar vi att den är i enlighet med uppdaterade terapi- och profylaxrekommendationer samt att doseringen är anpassad till patientens indikation för terapin, fokus för infektionen, ålder, kön, njurfunktion och annan samtidig terapi. Vidare att behandlingen snarast anpassas efter odlings svar, att behovet utvärderas regelbundet och att onödig terapi avbryts omgående. För detta behöver verksamhetsansvariga och den lokala Stramagruppern fri tillgång till data över resistensläget och antibiotikaförskrivningen per verksamhetsområde.

Vårdgivaren måste se till att rutiner finns för att genomföra detta arbete. Brukarvänliga elektroniska online-system för automatisk insamling av underlag för värdering av antibiotikaförskrivningen i relation till diagnos och indikationer som samhälls- eller vårdrelaterad infektion respektive profylax måste införas. Systemen ska utgå från lokala behov, vara flexibla och innehålla en kraftfull analys- och rapportfunktion. God kunskap hos all personal och rätt strategier kring infektionsbehandling är avgörande för att uppnå en rationell antibiotikaanvändning. Inom varje landsting ska det finnas lokala Stramagrupper med inriktning på slutenvård, vilkas uppgift är att genom informations- och utbildningsinsatser direkt riktade till de verkamma läkarna ge dem verktygen för en rationell förskrivning.

Höstens budgetproposition fastslår att antibiotikaresistens är ett hot mot både hälsa och säkerhet i vården. För slutenvården är verkningsfulla antibiotika av yttersta vikt. Här måste användningen stramas upp och riskerna för resistens minimeras. Att följa 10-punktsprogrammet måste vara ett åtagande för alla. Det är en patientsäkerhetsfråga att se till att patienter har tillgång till säker och effektiv antibiotikabehandling.

■ **Potentiella bindningar eller jävsförhållanden:** Inga uppgivna.

REFERENSER

1. Lepape A, Monnet DL; participating members, European Society of Intensive Care Medicine. Experience of European intensive care physicians with infections due to antibiotic-resistant bacteria, 2009. Euro Surveill. 2009;14(45) pii: 19393.

förslag till nationellt 10-punktsprogram för minskad antibiotikaresistens inom slutenvård

Resistenta bakterier ökar med oroväckande hastighet, och sambandet mellan antibiotikaförbrukning och resistensutveckling är väl belagt. Antibiotika med nya verkningsmekanismer ser inte ut att nå värden på många år. Kraftfulla insatser måste därför göras för att bevara effekten av existerande läkemedel.

Strama och Svenska infektionsläkarföreningen har formulerat följande förslag till 10-punktsprogram för att minska antibiotikaresistensen inom slutenvården. Ett bakgrundsdocument med en utförligare motivering till 10-punktsprogrammet finns på Stramas webbplats <<http://www.strama.se>>.



Strama

Samverkan mot antibiotikaresistens

A. Minska behovet av antibiotika

1. Smittspridningen på sjukhus måste minimeras
 - Varje sjukhus ska ha tillgång till vårdhygienisk expertis tillhörande en vårdhygienisk enhet.
 - Enkelrum med hygienutrymme måste finnas i tillräcklig utsträckning inom alla enheter som vårdar smittsamma patienter.
 - Patienten ska vårdas där den mest lämpliga kompetensen finns för det aktuella tillståndet.
 - Infektion/kolonisation med resistenta bakterier får aldrig leda till att en patient nekas eller får fördröjd eller sämre vård.
2. Basala hygienrutiner ska alltid tillämpas
 - All personal ska arbeta i kortärmad arbetsdräkt, utan klocka och ringar för att noggrann handdesinfektion med alkoholbaserat desinfektionsmedel ska vara möjlig före och efter all patientkontakt.
 - Vid nära patientkontakt ska engångsförkläde av plast användas. Handskar ska användas vid kontakt med kroppsvätskor.
3. Riskfaktorer för vårdrelaterade infektioner måste begränsas
 - Urinkateter, intravenösa infarter, intubering och antibiotikabehandling är påverkbara riskfaktorer. På varje avdelning ska finnas fastställda rutiner för daglig utvärdering av behovet av dessa.
4. Tillgång till infektionsexpertis måste säkras
 - Varje sjukhus ska ha tillgång till infektionsexpertis, antingen i form av infektionsklinik eller av regelbunden konsultverksamhet.

B. Förbättra diagnostiken

5. Odling ska tas före antibiotikabehandling
 - Odling tas alltid före intravenös antibiotikabehandling.
 - Adekvat odling tas alltid inför behandling av en misstänkt vårdrelaterad infektion.
6. Samarbetet mellan laboratorium och behandlande läkare måste öka
 - Relevanta kliniska uppgifter och frågeställningar måste anges i odlingsremissen för att laboratoriet ska kunna optimera diagnostiken. Alla potentiellt

patogena bakterier behöver inte behandlas.

- Laboratoriet ansvarar för att snabb och adekvat diagnostik är tillgänglig för karaktärisering av multiresistenta stammar.
- Det måste ingå i det mikrobiologiska laboratoriets uppdrag att fortlöpande tolka och leverera epidemiologiska resistensdata till verksamheterna och snabbt återkoppla vid fynd av antibiotikaresistenta bakterier.

C. Använd antibiotika rationellt

7. Lokala förskrivnings- och resistensdata måste följas
 - Lokal antibiotikaförbrukning och lokalt resistensläge ska följas och återkopplas såväl till verksamhetsledningen som till förskrivare.
 - Vårdgivare och Stramagrupper ska ha fri tillgång till lokala data.
8. Riktlinjer ska finnas och följsamheten mätas
 - Varje enhet ska ha aktuella behandlingsriktlinjer baserade på nationella och lokala resistensdata.
 - Följsamheten till riktlinjerna ska mätas regelbundet och ingå i verksamhetens kvalitetsuppföljning.
9. Antibiotikaprofylax måste ges på rätt sätt
 - Användningen av antibiotikaprofylax bör baseras på SBU:s rapport från 2010 om antibiotikaprofylax vid kirurgiska ingrepp och med hänsyn till det lokala resistensläget.
 - Fastställda rutiner ska finnas tillgängliga på varje opererande enhet.
10. Antibiotika ska användas rationellt
 - Rationell antibiotikaterapi innebär att
 - behandlingen ges i enlighet med terapirekommendationer
 - dosen är optimal i förhållande till diagnos, ålder, kön och njurfunktion
 - doseringsscheman finns tillgängliga på alla enheter
 - redan vid ordinationen planeras datum för omvärdering/utsättande (stoppdatum)
 - terapin anpassas efter odlings svar,
 - indikationen för fortsatt behandling utvärderas dagligen
 - intravenös terapi övergår till oral så snart som möjligt.