

Smittsant

INFORMATION FRÅN SMITTSKYDD I NORRBOTTEN

SMITTSKYDD, NORRBOTTENS LÄNS LANDSTING, 971 80 LULEÅ, TELEFON 0920-28 36 16

Nr 2 - 2013

Innehåll

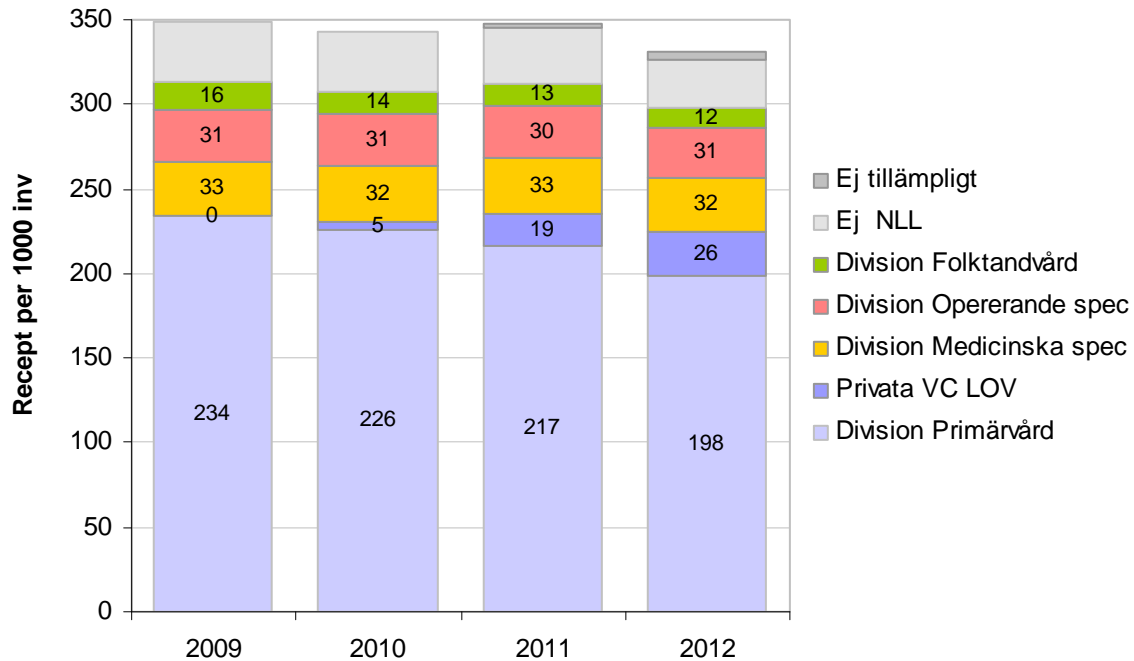
Antibiotikaförskrivning i öppenvård.....	2
Antibiotikaförbrukning i slutenvård	4
Antibiotikaansvariga läkare	7
Avgiftsfritt återbesök, ett alternativ till antibiotika.....	8

Av tradition är nummer två av Smittsant årets temanummer om antibiotikaförskrivning och antibiotikaresistens från den lokala Stramagruppen i Norrbottens läns landsting ”Strama NLL”. Det är som vanligt kryddat med massor av statistik.

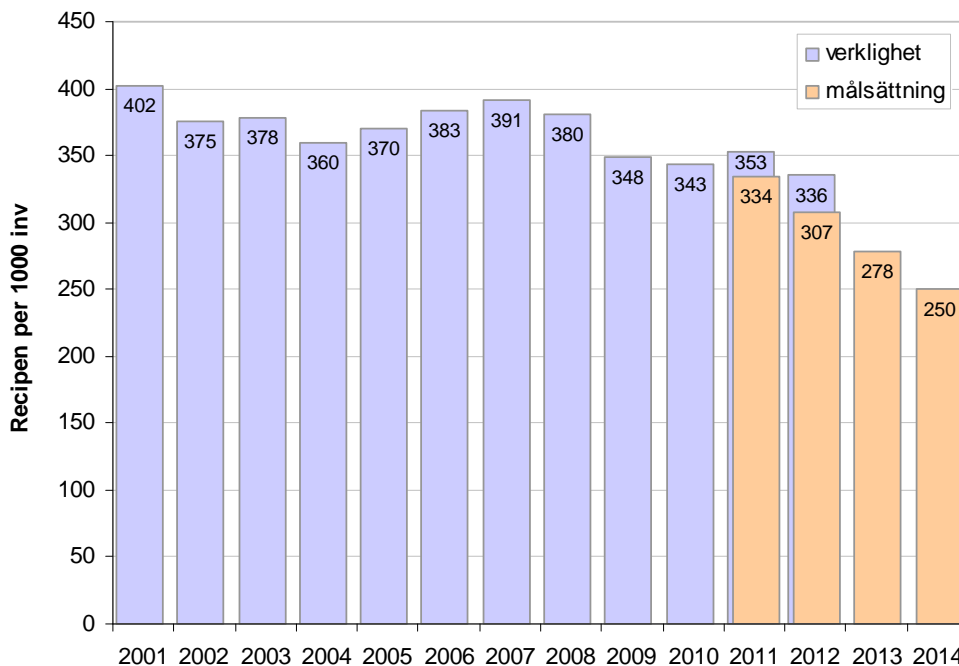


Antibiotikaförskrivning i öppenvård

Öppenvård inbegriper primärvård, öppenvård på sjukhus och tandvård. Inom öppenvård på våra sjukhus ser vi ingen minskning av antibiotikaförskrivningen, men inom tandvård ser vi en liten men stadig minskning sedan flera år tillbaka, se figuren nedan.

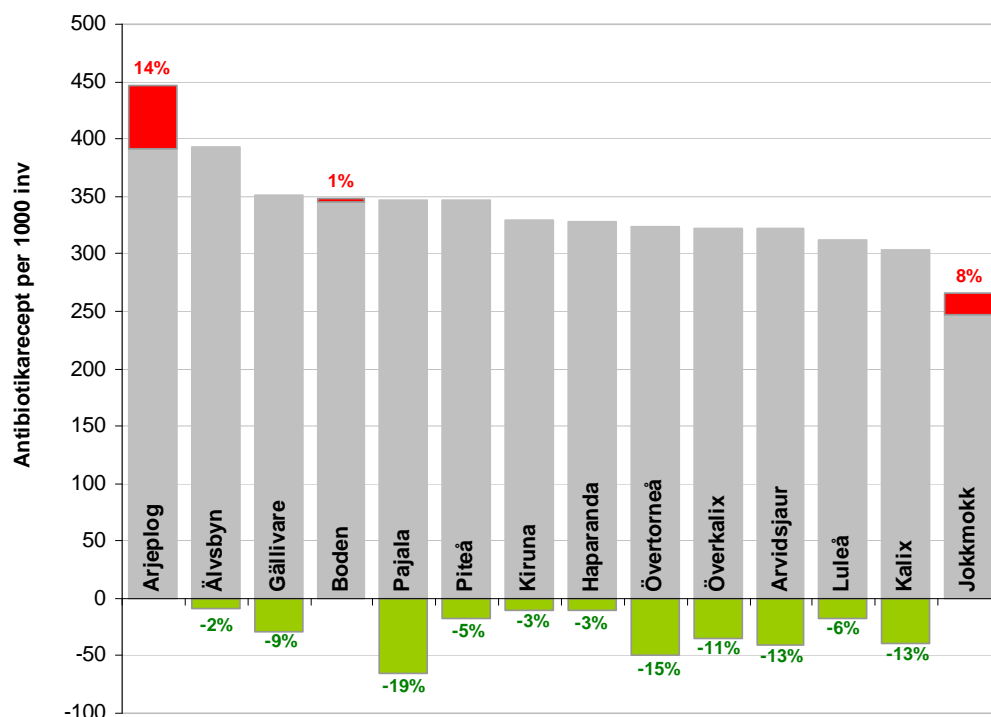


För två år sedan (Smittsant 2011 nr 2) skrev vi om Socialdepartementets patientsäkerhetsatsning och målet att antibiotikaförskrivningen till 2014 ska vara högst 250 antibiotikarecept per 1 000 invånare. Jag har svårt att tro att vi kommer att nå målet till 2014, men under förra året fortsatte den senaste femårsperiodens trend till minskad förskrivning, se figuren nedan.

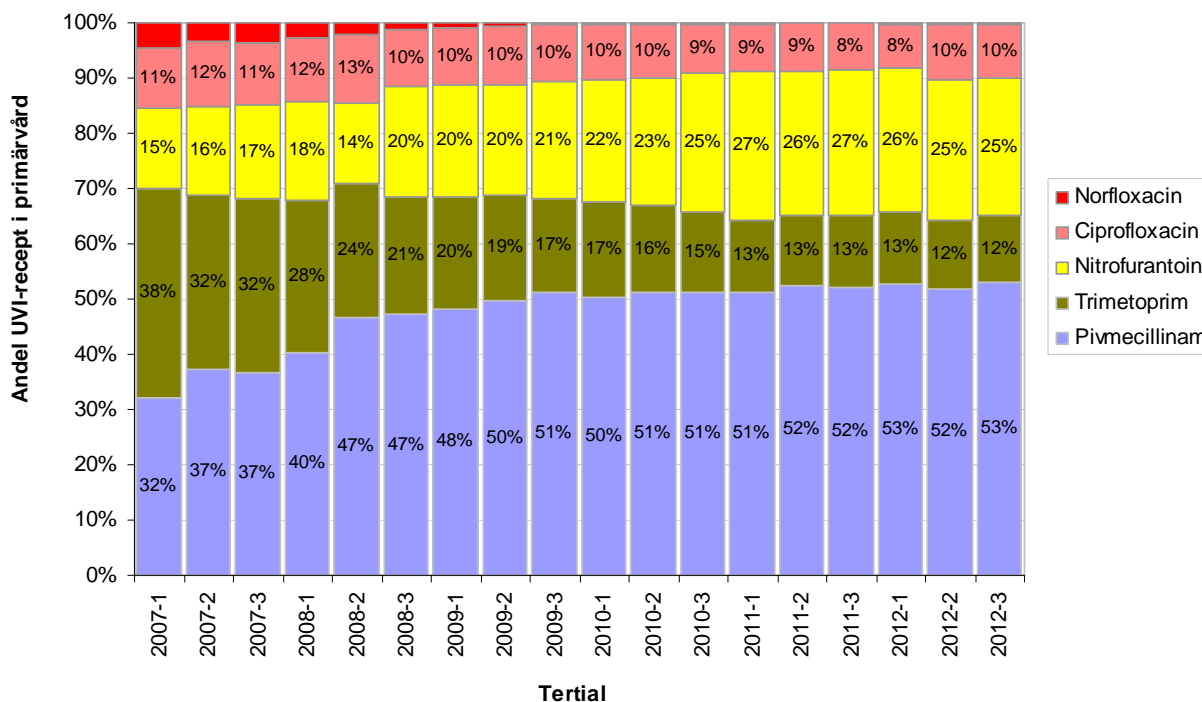


Som framgår av diagrammet nedan minskade öppenvårdsförskrivningen av antibiotika i de allra flesta av våra kommuner (gröna staplar i diagrammet nedan). Det var bara i tre kommuner som

förskrivningen ökade. Det är svårt att tro att skillnaden på drygt 60 % mellan den kommun som förskrivit mest respektive minst antibiotika under året skulle spegla skillnader i sjuklighet. Här finns ett tydligt utrymme för förbättring.



Inom NLL´s primärvård följer man sedan några år tillbaka förskrivningen av antibiotika mot urinvägsinfektioner till kvinnor 18-79 år som del i den kvalitetsuppföljning av läkemedelsförskrivningen som bedrivs. Målet är att få en fördelning av förskrivningarna så att ciprofloxacin utgör mindre än 5 %, nitrofurantoin ca 40 %, pivmecillinam ca 40 % och trimetoprim 10-15 % av recepten. Som framgår av figuren nedan är följsamheten till rekommendationen redan god.



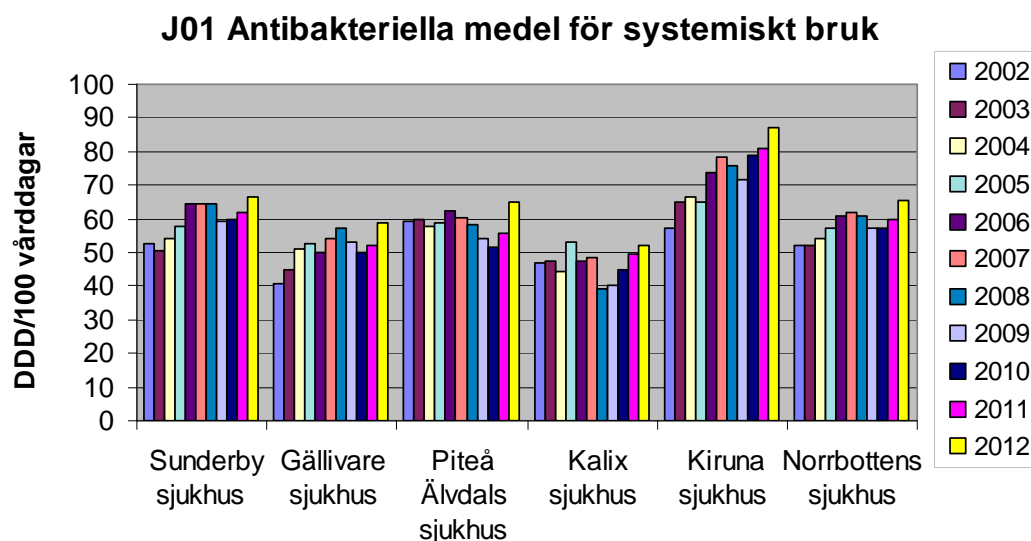
Problemet tycks fortfarande inte vara vilken antibiotikasort man väljer, utan snarast att man väljer att behandla med antibiotika lite för ofta.

Antibiotikaförbrukning i slutenvård

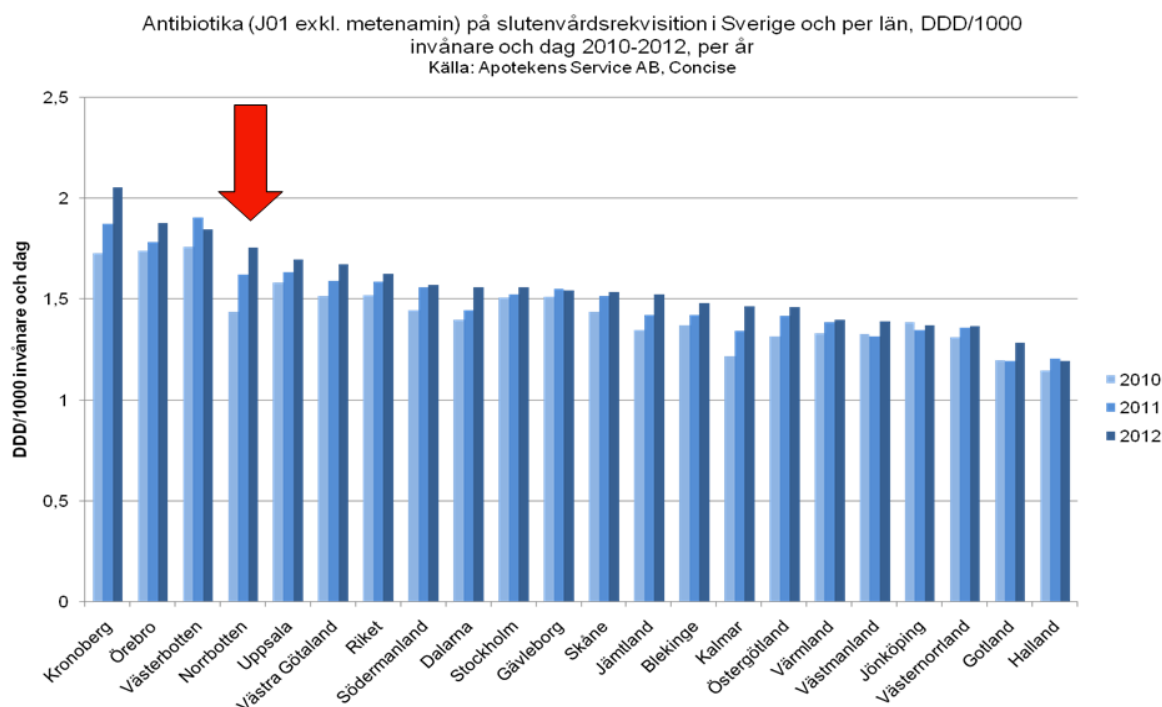
Antibiotikaförskrivningen i Norrbottens slutenvård har precis som i övriga landet ökat mellan 2011-2012 vilket får anses ogynnsamt. Den totala ökningen rekvirerad antibiotika i Norrbotten var 7,7 % eller räknat, som vi valt att göra, i DDD/100 VD (definierade dygnsdoser per 100 vård dagar) 9,4 %. Största totala ökningen skedde på Sunderby sjukhus (7,8 %) och största relativa ökningen skedde i Piteå (16,2 %).

Av andelen rekvirerad antibiotika till slutenvården i Norrbotten stod Sunderbyn för 57 %, Piteå för 17 %, Gällivare 10 % samt Kiruna och Kalix för vardera 8 %.

Här en graf som beskriver rekvirerad antibiotika per 100 producerade vård dygn per sjukhus:

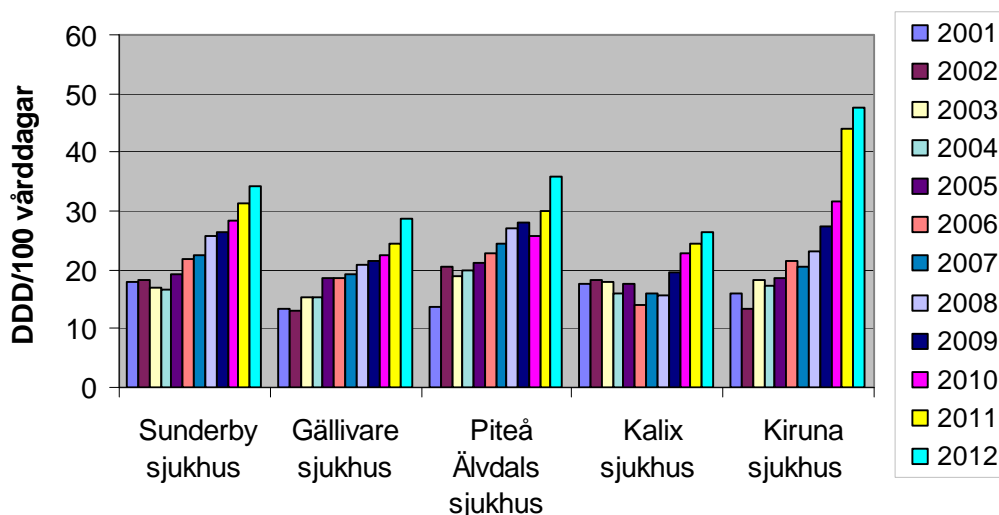


Den relativa ökningen i Norrbottens slutenvård är störst i Sverige (7,7 % jämför 2,7 % för i landet i medeltal) och nu har vi den fjärde högsta antibiotikaförskrivningen i riket. Ogynnsamt framför allt för ”morgondagens patienter” och svårt att motivera? Här en graf från SMI:



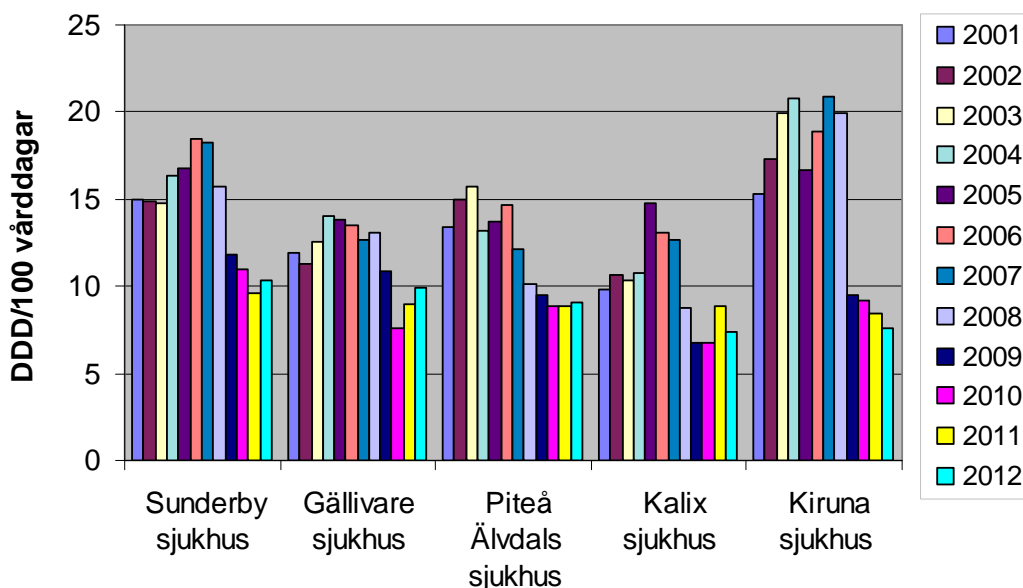
En stor del av vår ökning är i gruppen penicilliner. Det är i alla fall fördelaktigt då dessa anses driva resistens (framför allt ESBL-resistens) i mindre utsträckning än exempelvis cefalosporiner och kinoloner.

J01C Antibakteriella betalaktamer



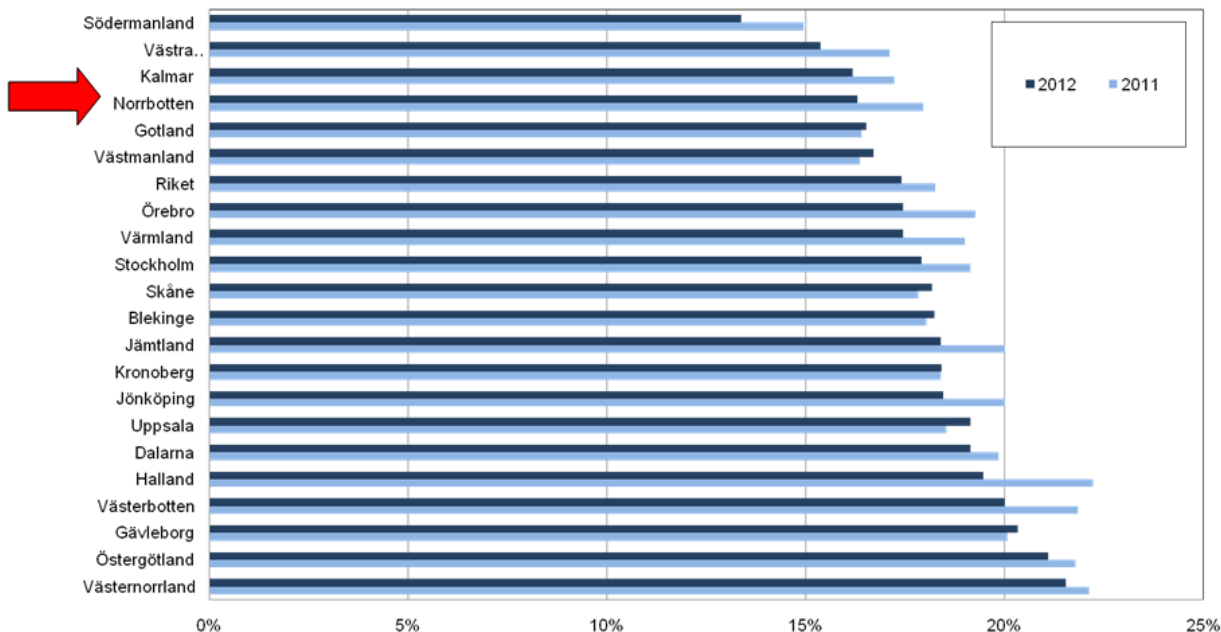
J01D, övriga antibakteriella betalaktamer med grupperna cefalosporiner (ex Claforan®), som anses farliga ur ESBL-resistenssynpunkt (stör normala tarmfloran), och tienamyciner (ex Mero-nem®) förbrukades väsentligen oförändrat jämfört med 2011. Kraftig minskning ses de senaste 5 åren = bra! Detta har skett efter att Zinacef® bytts ut. Att Claforan-användningen minskar i länet är mycket bra. Tyvärr är minskningen för liten, och inte i närheten av landstingsmålet 10 %. Claforan® (cefotaxim) bör inte användas empiriskt vid luftvägsinfektioner om det inte finns starka motiv. Enda kvarvarande indikation för Claforan® vid empirisk behandling i slutenvård är i normalfallet urosepsis – se NLL antibiotikarekommendationer på Stramas hemsida eller i antibiotika-appen .

J01D Övriga antibakteriella betalaktamer



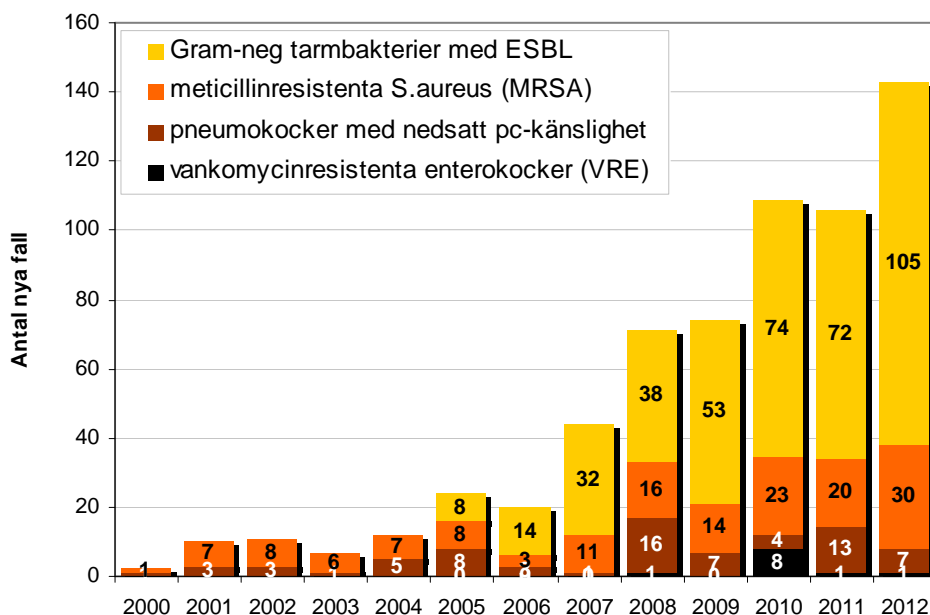
Men till slut lite statistik att glädja sig åt i vintermörkret. Av de multiresistenta bakterierna anses då alltså ESBL och multiresistens hos tarmfloran vara det största hotet. Cefalosporiner (ex Claforan®) och kinoloner (ex Ciprofloxacin®) anses ogynnsamma i den aspekten. Även om vi använder mycket ab i slutenvården i Norrbotten använder vi relativt lite cefalosporiner och kinoloner. Jättebra! Se nedanstående graf från SMI:

Andel cefalosporiner och fluorokinoloner av J01 exkl. metenamin mätt i DDD/ 1000 invånare och dag i slutenvård, riket och per län, per år
Källa: Apotekens Service, Concise



Antibiotikaresistens i Norrbotten

Antibiotikaresistens är ett tilltagande problem även hos oss i Norrbotten. Även om vi har en mer gynnsam situation än på många andra ställen så ser vi sedan några år tillbaka en ökning av antibiotikaresistenta bakterier även här. I figuren nedan kan man se hur de resistenta bakterier som är anmälningspliktiga enligt smittskyddslagen ökat genom åren:



Riskerna vid spridning av multiresistenta bakterier ska inte underskattas. Man talar om en årlig överdödlighet om 25 000 patienter om året bara i Europa (80 000 i USA) på grund av infektioner med multiresistenta bakterier, och det finns bara två åtgärder som kan hålla problemen på avstånd. Strikt följsamhet till vårdhygieniska rutiner och en stringent användning av antibiotika.

**Värna om patienternas normala bakterieflora!
Det är inte ofarligt att förskriva antibiotika!**

Antibiotikaansvariga läkare

En insats som vi hoppas ska kunna påverka i arbetet med antibiotikafrågorna är uppgraderingen av funktionen ”antibiotikaansvarig läkare” enligt punkt 1 i NLL´s antibiotikapolicy (se Strama NLL´s hemsida <http://insidan.nll.se/NLL/For-varldgivarer-inom-halso--ochsjukvard/Smittskydd/Antibiotikaantibiotikaresistens/>).

Strama NLL har på uppdrag av landstinget och i samråd med de läkare som utsetts arbetat fram en uppdagsbeskrivning för insatsen:

Den antibiotikaansvarige läkaren ska:

- ges tid och mandat att i samverkan med sina kollegor årligen ta fram mål och mått för enhetens antibiotikaanvändning. Mål och mått ska dokumenteras i enhetens verksamhetsplan.
- varje år utvärdera utfallet av insatserna och dokumentera måluppfyllelsen i verksamhetsberättelsen.
- regelbundet, med stöd av tillhandahållen statistik, sammanställa antibiotikaförbrukningsdata och återkoppla detta till sina kollegor. Data på nationell, landstings-, kommunal, enhets- samt, där det är möjligt, på individnivå går igenom.
- med stöd från Smittskydd och det mikrobiologiska laboratoriet analysera och presentera data om resistenssituationen i landstinget.
- hålla sig ajour med lokala och nationella antibiotikarekommendationer och vårdprogram samt ansvara för att kollegorna på enheten hålls uppdaterade.
- vid behov ta initiativ till utbildningsinsatser i ämnen rörande antibiotikaanvändning, diagnostik av infektioner och vårdhygien.
- jobba med attityder i frågor som gäller stringent antibiotikaanvändning på arbetsplatsen och i samhället i övrigt (inklusive kommunal vård).
- kommunicera frågor rörande aktuella ämnen med Strama NLL och, om så blir aktuellt, delta i möten anordnade med nätverket för antibiotikaansvariga läkare.
- verka för att vårdhygieniska rutiner följs på enheten.

Antibiotikaansvariga läkare ska alltså utses på samtliga antibiotikaförskrivande enheter och dessa ska arbeta enligt ovanstående uppdagsbeskrivning. Det är förstås viktigt att vederbörande får mandat och tid att lösa sin uppgift. Utan resurs så har man bara fixat uppgiften men gett tusan i problemet!

Arbetet måste vara konkret och det ska ske där antibiotika förskrivs, det vill säga på kliniken. Behandling på fel indikation måste justeras direkt. Slarv med följsamheten till antibiotikapolicyn ska påtalas. Glömmer man att odla innan antibiotika initieras ska man kritiseras. Och slarvar man med hygienrutiner så ska det påpekas. Och detta måste förstås ske på ort och ställe!

Vi har haft ett möte i nätverket i oktober där vi räknade till 49 deltagare. Veldig väl representat alltså med några få undantag. Förutom uppdraget diskuterades arbetet med mål och mått.

Nätverket ska ha ett andra möte nu i februari där huvudpunkten på programmet blir utvärderingsarbete. Där kommer ovanstående förbrukningsdata att ligga till grund för diskussionerna. Vi får försöka hitta vägar för att komma till rätta med situationen.

Avgiftsfritt återbesök, ett alternativ till antibiotika

Eftersom det blir alltmer angeläget att inte förskriva antibiotika i de fall då detta kan undvikas, vill vi slutligen passa på och påminna om att behandlande läkare i Norrbottens läns landsting sedan årsskiftet har möjlighet att erbjuda gratis återbesök inom sju dagar till patienter som söker vård för akut luftvägsinfektion, blåskatarr eller hud- och mjukdelsinfektion. Denna möjlighet kan erbjudas som ett alternativ till omedelbar antibiotikabehandling i de fall då läkaren bedömer att det är klokt att avvakta med sådan behandling.

Anders Österlund
Smittskyddsläkare
anders.osterlund@nll.se
0920-28 36 19

Anders Nystedt
Bitr smittskyddsläkare
anders.nystedt@nll.se
0920-28 22 45

Ann-Louise Svedberg
Smittskyddssköterska
ann-louise.svedberg@nll.se
0920-28 36 09

Ann-Marie Cylvén
Smittskyddssköterska
ann-marie.cylven@nll.se
0920-28 32 93

Inga-Lill Lundqvist
Smittskyddssekreterare
inga-lill.lundqvist@nll.se
0920-28 36 16