



INFORMATION FRÅN SMITTSKYDD I NORRBOTTEN

SMITTSKYDD, REGION NORRBOTTEN, 971 80 LULEÅ, TELEFON 0920-28 36 16

Nr 2 – 2018

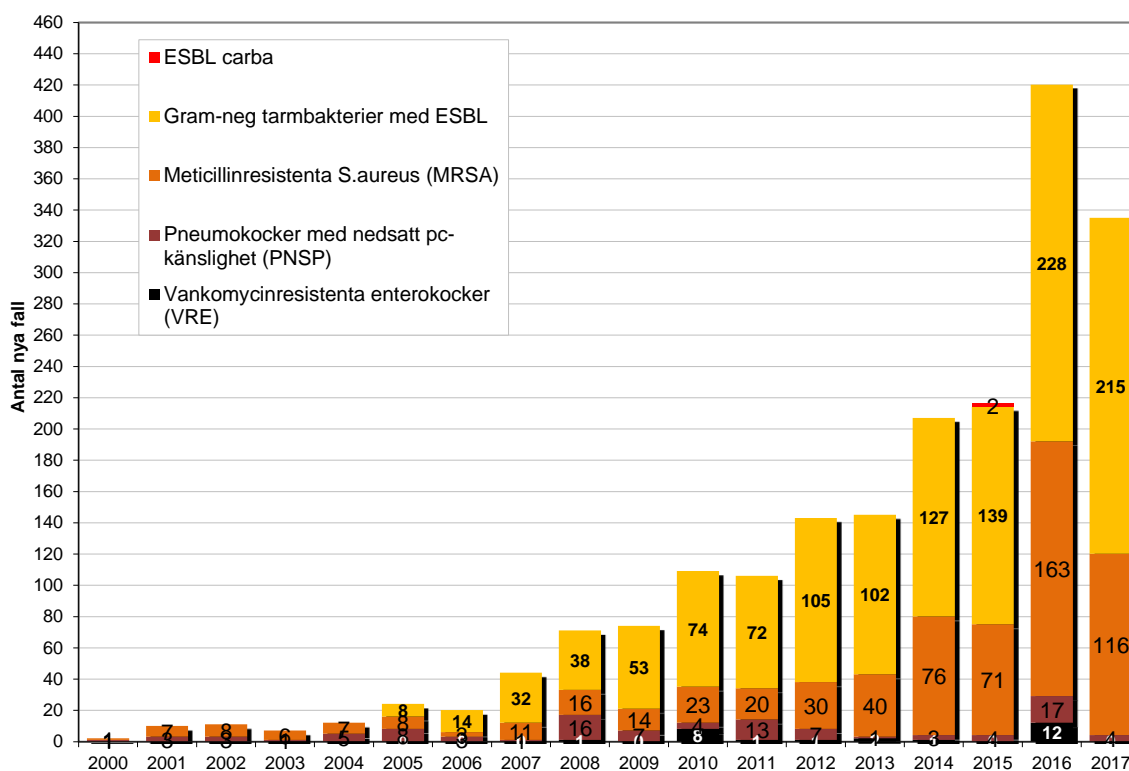
Innehåll

<i>Antibiotikaresistens i Norrbotten 2017</i>	2
<i>Antibiotikaförskrivning i öppenvård 2017</i>	3-4
<i>Antibiotikaförbrukning i slutenvård 2017</i>	5-12
<i>Strama</i>	13
<i>Slutord</i>	13-14

Som traditionen bjuder är nummer 2 av Smittsant vigd åt information kring antibiotikaförskrivning och antibiotikaresistens.

Antibiotikaresistens i Norrbotten 2017

Förekomsten av multiresistenta bakterier har under det senaste decenniet obönhörligt ökat, ett visst trendbrott ses dock i år med ffa färre påvisade fall av MRSA jämfört med 2016. Figuren nedan visar antalet nya fall i Norrbotten årsvis tom 2017.



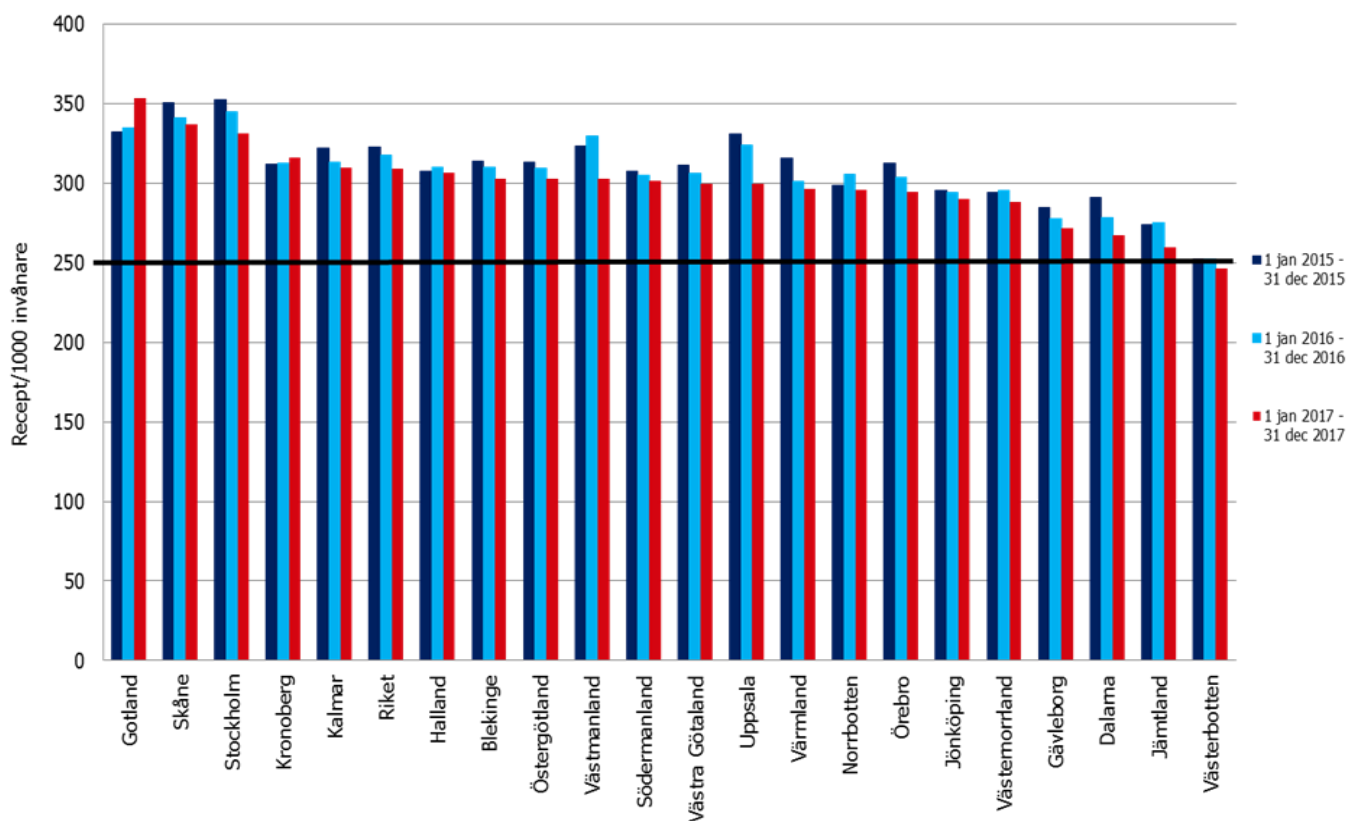
En förklaring till denna nedgång – eller kanske snarare 2016 års topp – kan vara provtagning av asylsökande; 2016 var 193 av det årets totalt 420 nya fall asylsökande, att jämföra jämfört med 86 av 332 fall år 2017. I ett längre perspektiv är det en fortsatt ökning vi ser.

Antibiotikaförskrivning i öppenvård 2017

Förskrivning inom öppenvård inbegriper här inte bara primärvård utan även öppenvård på sjukhus samt tandvård. Trenden i riket är likt 2016 fortsatt en försiktig minskning 2017 och även så i Norrbotten. Vi ligger i en riksjämförelse strax under medelnivån.

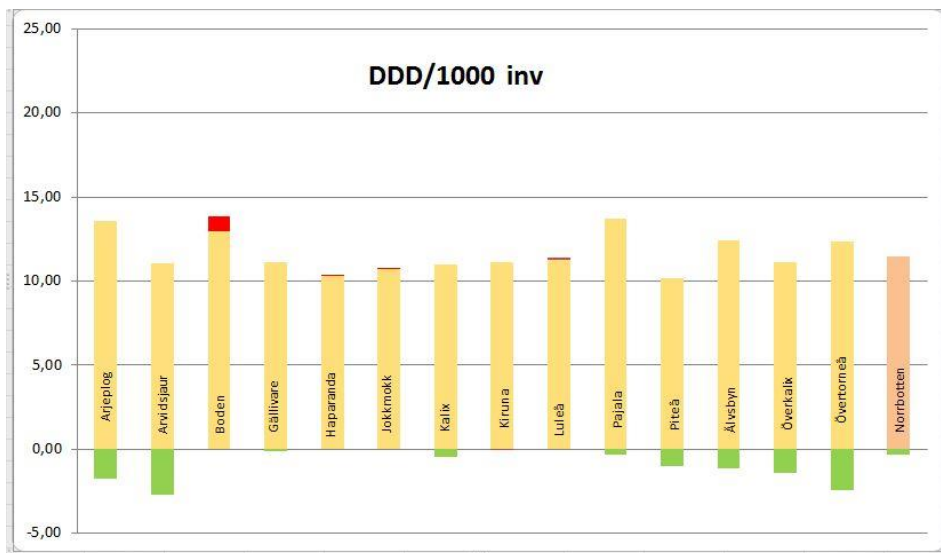
Öppenvårdsförsäljning antibiotika (J01 exkl metenamin) Recept/1000 inv/12 månader (jan 2017-dec 2017)

Källa: eHälsomyndigheten, Insikt, Alla utfärdare



Uppfyllande av det nationella "250-målet", dvs högst 250 antibiotikarecept per 1000 invånare, har hittills endast Västerbotten lyckats med. Jämtland närmar sig så det bör alltså inte vara en omöjlighet för Norrbotten.

På kommunnivå räknat som DDD per 1000 invånare är det mestadels minskning; tydligast i mindre kommuner som legat relativt högt såsom Arjeplog, Arvidsjaur, Övertorneå och Övertorneå där minskningen är mellan 11 och 20%. Minskningen totalt på länsnivå är 3%. Enda kommunen med en tydlig ökning (7%) är Boden.

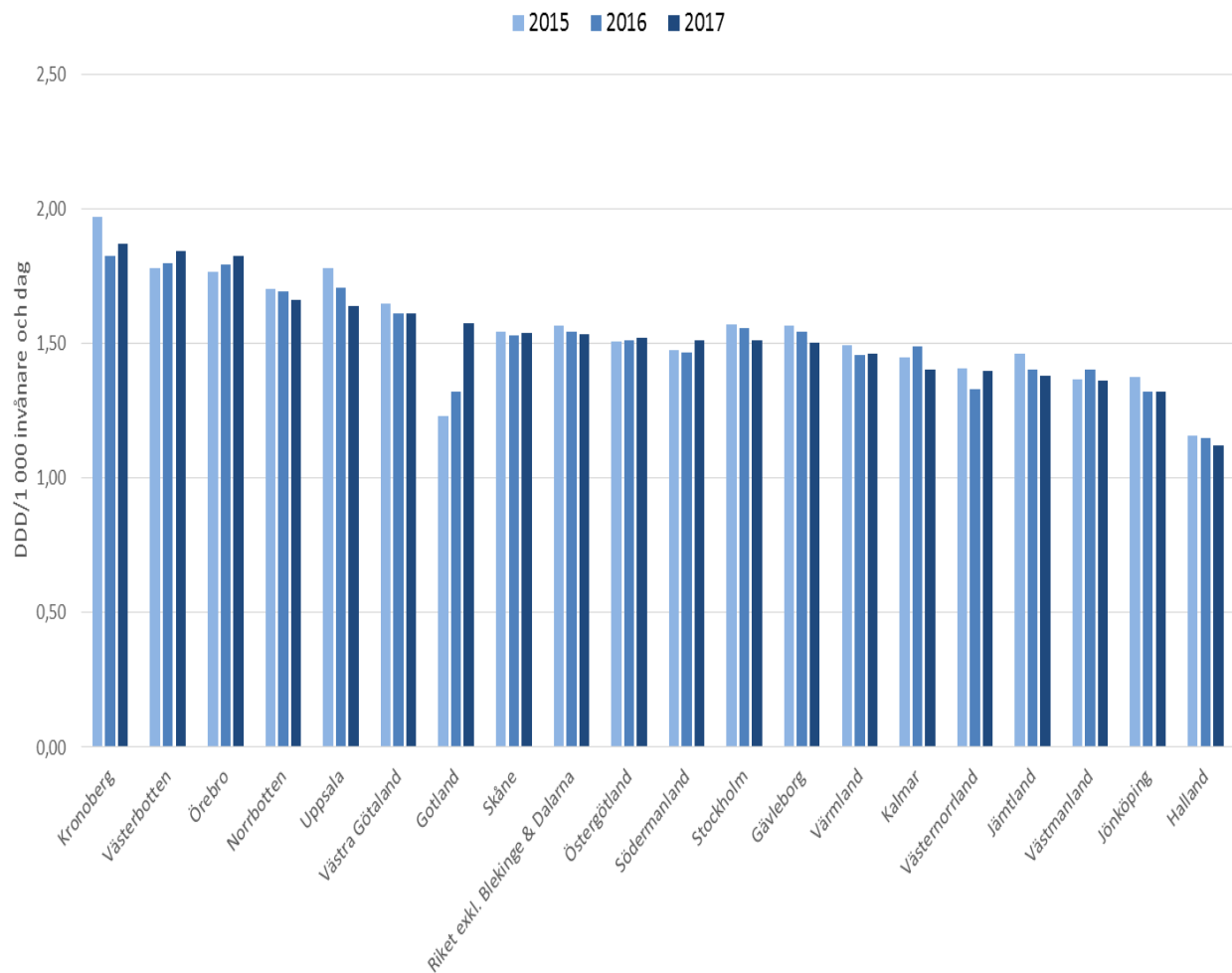


Antibiotikaförbrukning i slutenvård 2017

I en jämförelse med övriga landet vad gäller antibiotika i slutenvård, som figuren nedan visar, ligger Norrbotten på en mindre bra fjärde plats.

Antibiotika (J01 exkl. metenamin) på slutenvårdsrekvisition i Sverige och per län, DDD/1000 invånare och dag, 12-månadersperioder

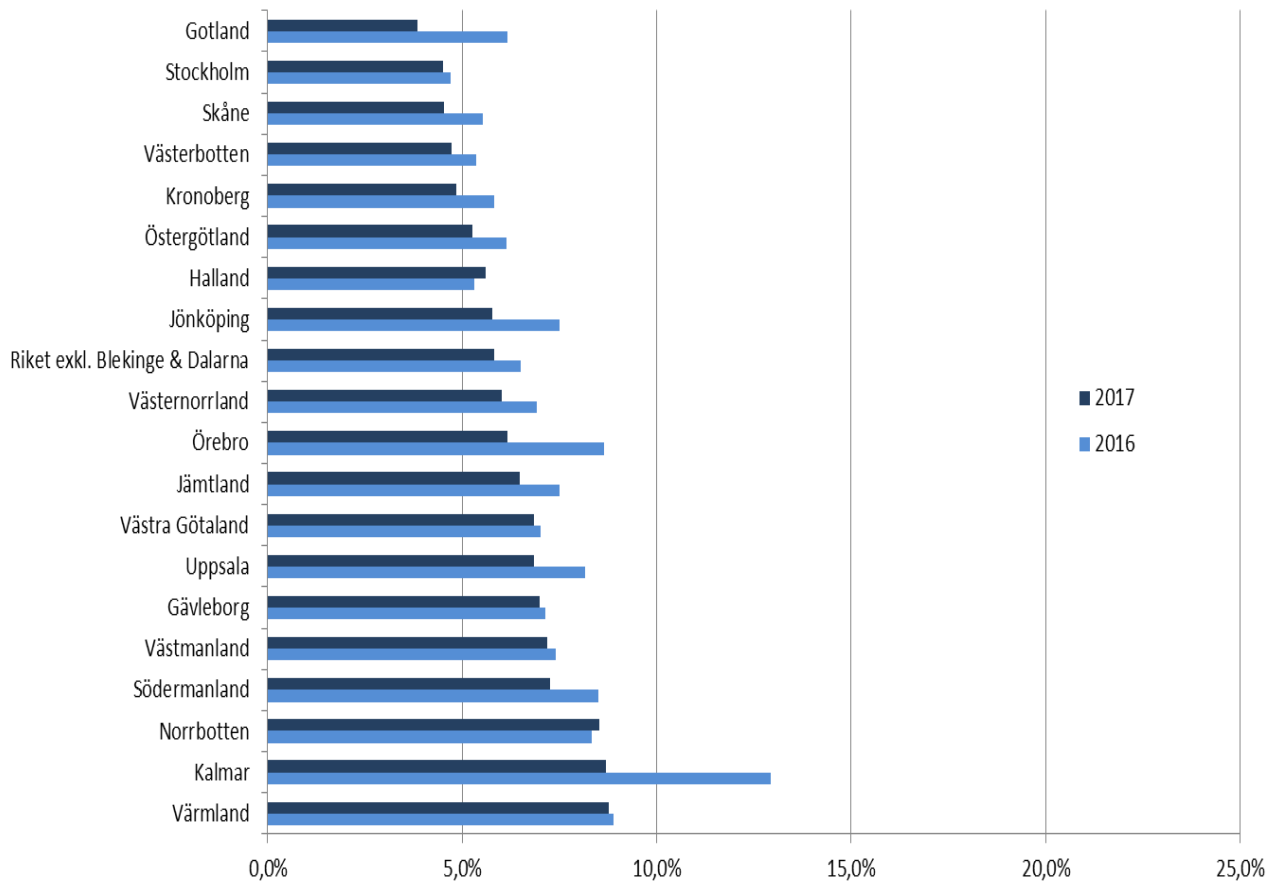
Källa: Insikt, eHälsomyndigheten



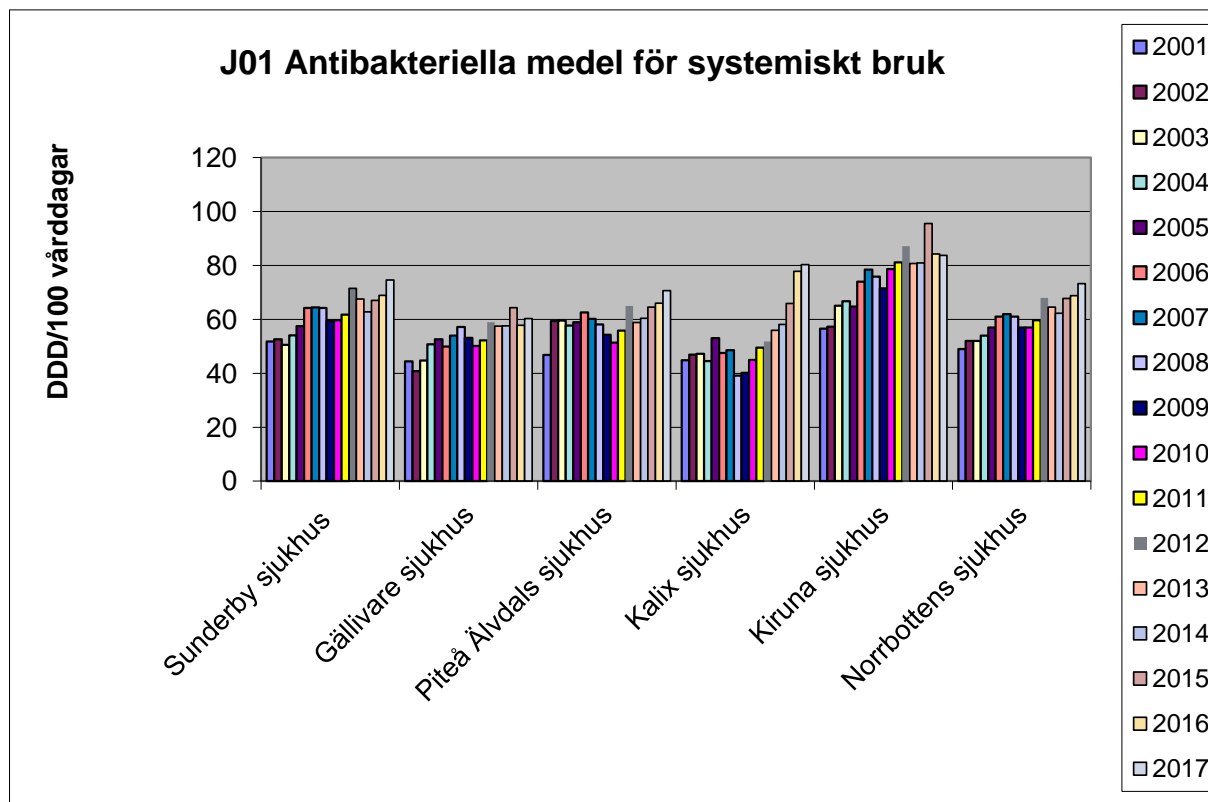
När man närmare studerar vad som förskrivs ligger vi bland de högsta när det gäller piperacillin-tazobactam (figuren nedan). För cefalosporiner och karbapenemer ligger vi närmare mitten men fortfarande på den sämre halvan.

Andel piperacillin-tazobaktam (J01CR05) av totala antibiotikaförsäljningen (J01 exkl. metenamin) i slutenvård per län/region och riket (exkl. Blekinge och Dalarna), 12-månadersperioder, mätt i DDD/1000 invånare och dag

Källa: Insikt, eHälsomyndigheten



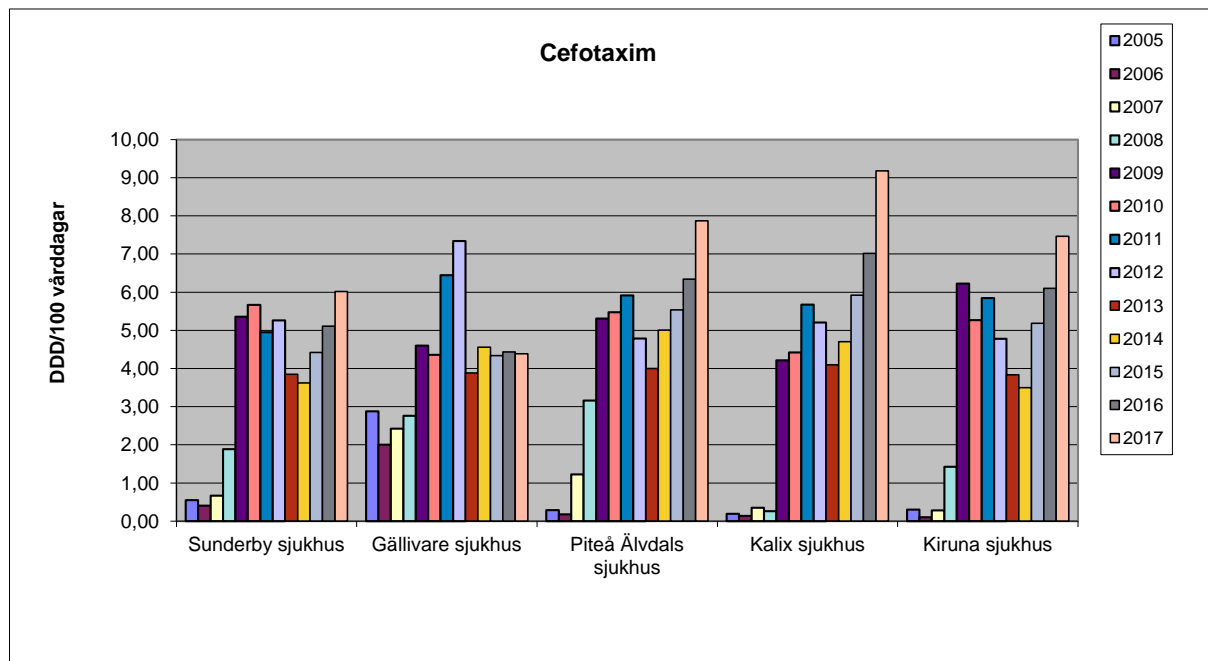
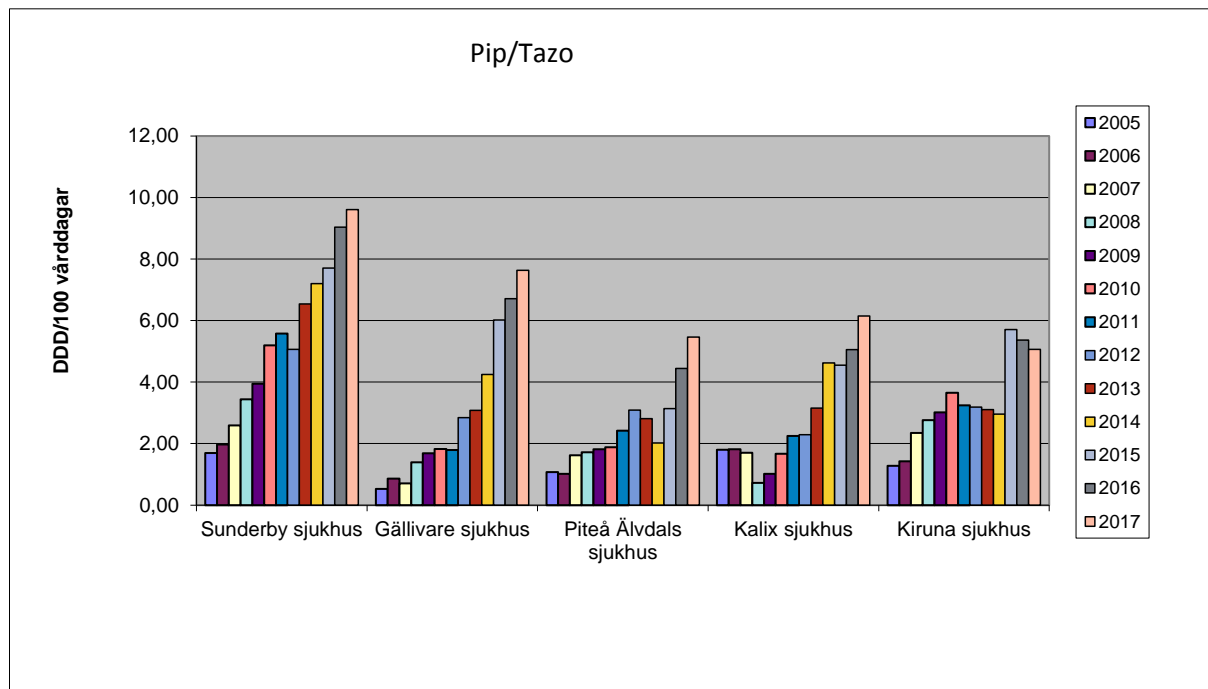
Antibiotikaförbrukningen räknat som DDD per 1000 vård dagar fortsätter att stadigt öka något i länet, endast Kiruna visar en diskret minskning men ligger fortfarande högst bland länets sjukhus.



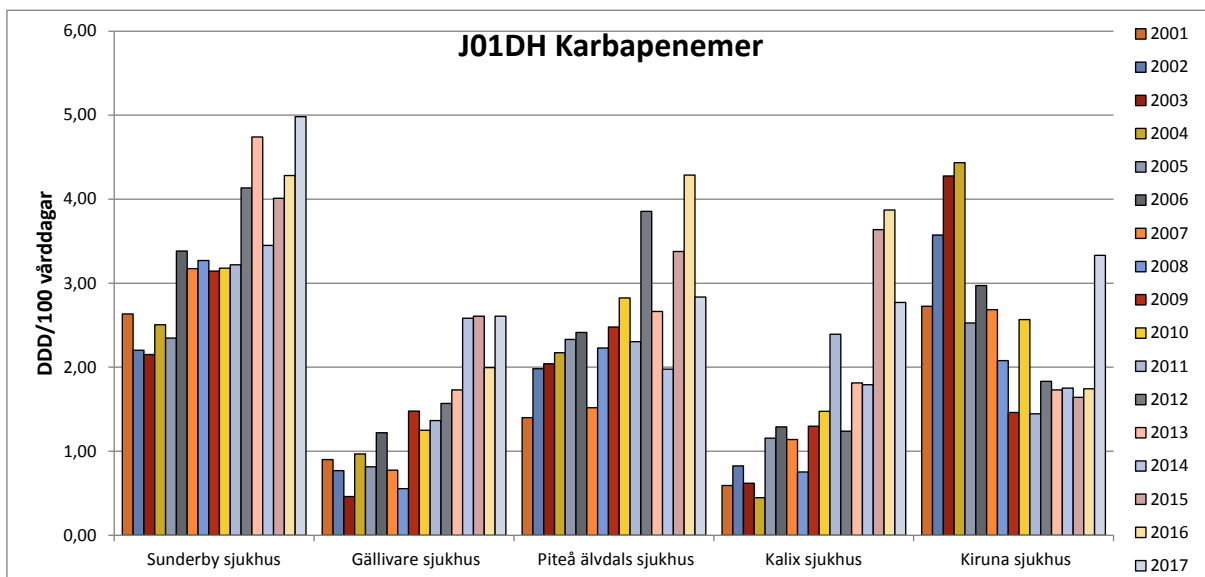
Vad gäller val av preparat är olika sorter av bredspektrumantibiotika viktiga medel för att behandla svårt sjuka patienter, samtidigt också viktiga att inte överanvända. På grund av deras förmåga att gynna ESBL-producerande stammar av tarmbakterier har minskat användande av cefalosporiner varit ett viktigt mål. Risken är då att andra ännu bredare preparat väljs istället och denna roll har piperacillin-tazobactam kommit att inta.

Sommaren 2017 kom larmrapporter om en hotande bristsituation för detta medel pga produktionsbortfall i läkemedelsindustrin och hur beroende vi gjort oss av piperacillin-tazobactam blev då uppenbart, det är ett förstahandsmedel vid exempelvis vissa fall av svår sepsis och inte minst svårare infektioner med ursprung i buken.

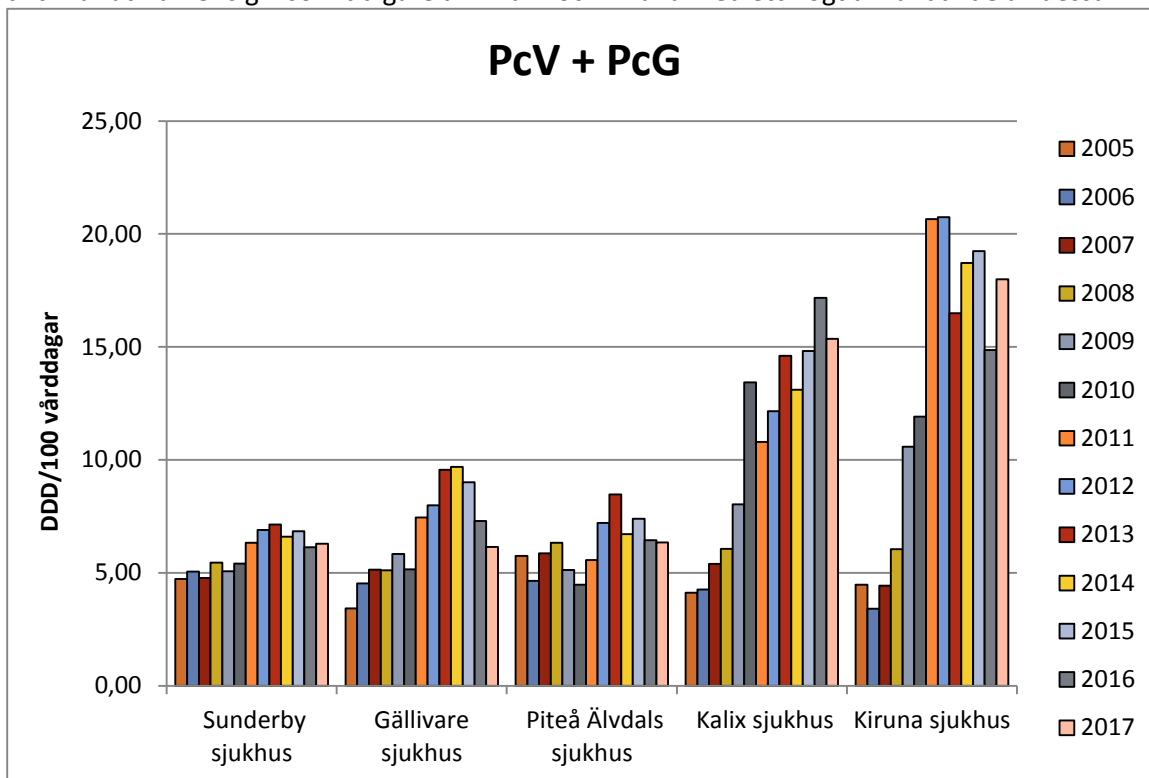
Användandet av piperacillin-tazobactam ökar på nästan alla sjukhus vilket nog inte förvånar någon som jobbar kliniskt. Man kunde hoppas att denna ökning skulle motsvaras av en minskning av den viktigaste cefalosporinen cefotaxim men även denna ökar på de flesta håll, mest utmärker sig Kalix sjukhus.



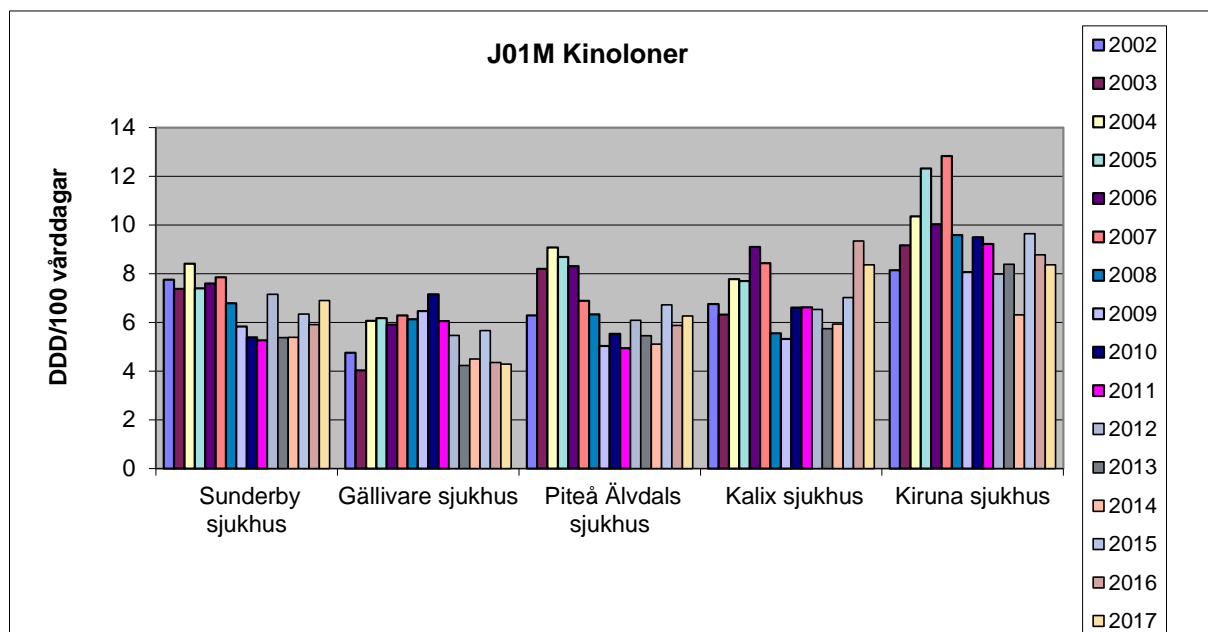
Karbapenemerna (viktigaste preparat meropenem och imipenem-cilastatin) betraktas ibland som en sista utväg, det bredaste vi har att ta till i antibiotikaväg och viktiga preparat för de svårast sjuka och inte minst gravt immunsupprimerade. Överanvändande innebär en risk för att selektera fram bakterier med resistens mot dessa, bland annat bakterier som producerar det resistensgivande enzym som kallas ESBLcarba. Sunderby sjukhus är fortsatt i topp och ökar, medan Piteå och Kalix glädjande nog minskar – båda iofs från en relativt hög nivå. Kiruna däremot har närmast dubblat sitt användande – detta dock från en låg nivå.



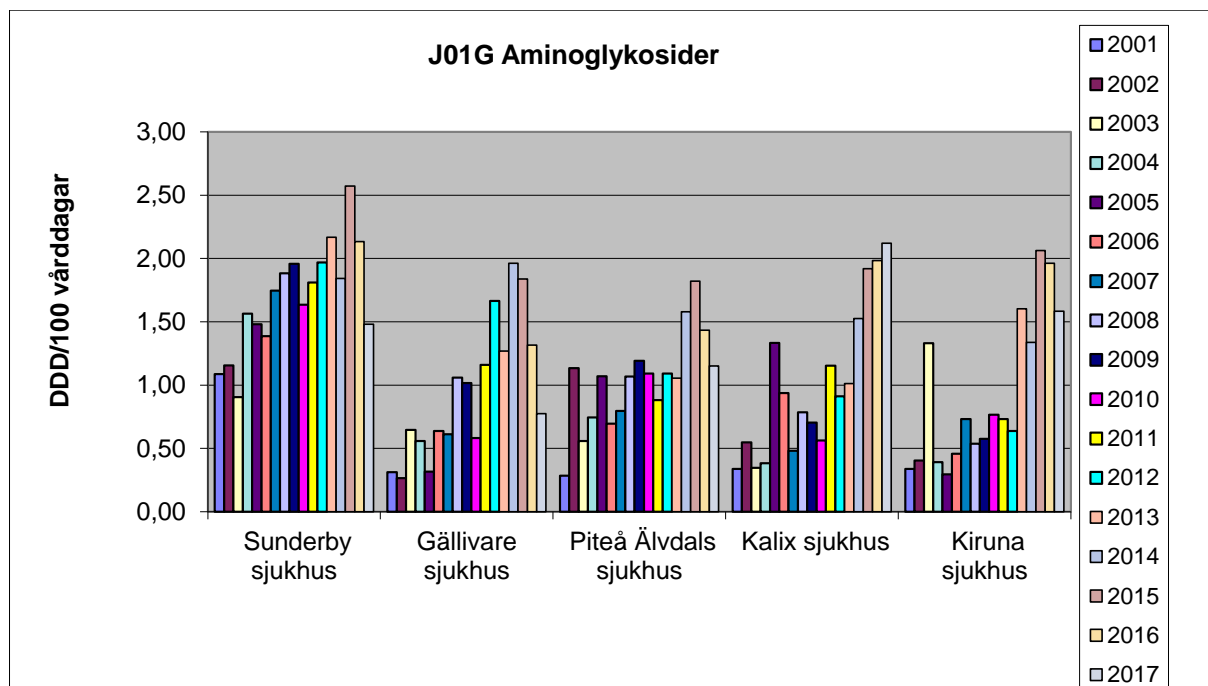
Medel med relativt smalt spektrum som fenoximetylpenicillin (PcV) och bensylpenicillin (PcG) är undantaget där en hög förbrukning - särskilt en hög andel av total antibiotikaförbrukning – är att se som positivt. Här utmärker sig – som tidigare år – Kalix och Kiruna med ett högt användande av dessa.



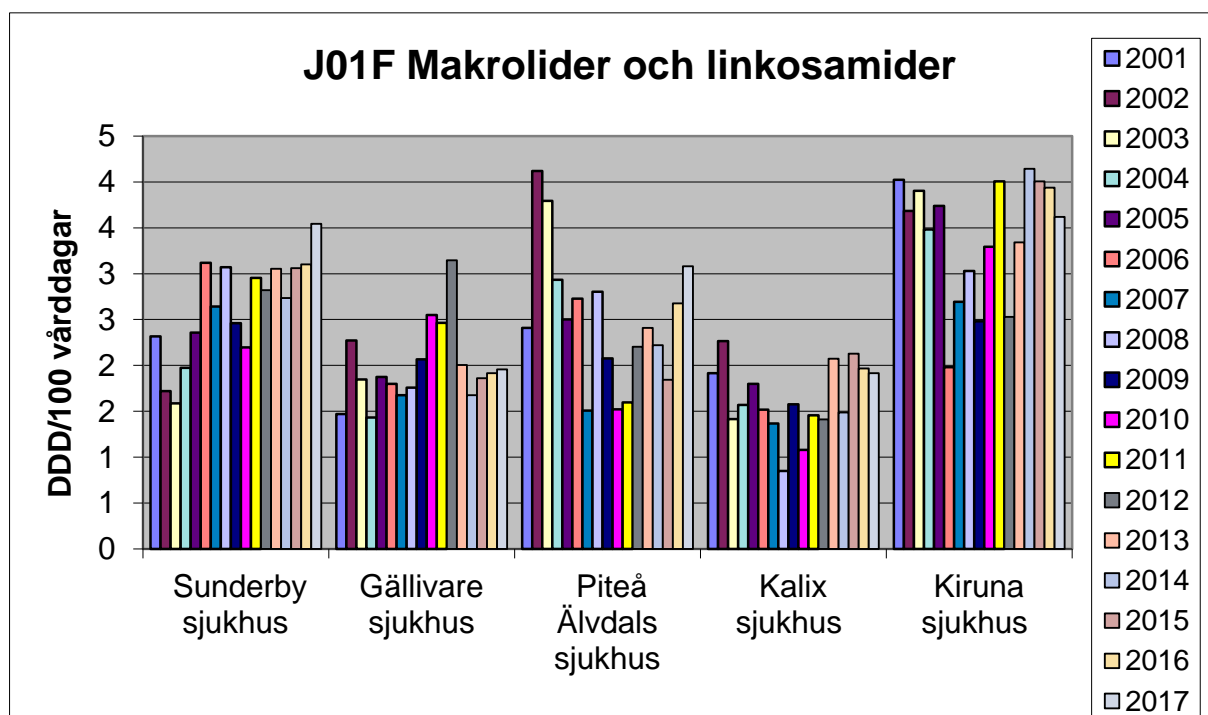
Kinoloner - där lejonparten antagligen utgörs av ciprofloxacin och moxifloxacin – är viktiga preparat som definitivt hotas av för mycket användande med efterföljande resistensutveckling. Mestadels en sjunkande trend och Gällivare fortsatt lägst.



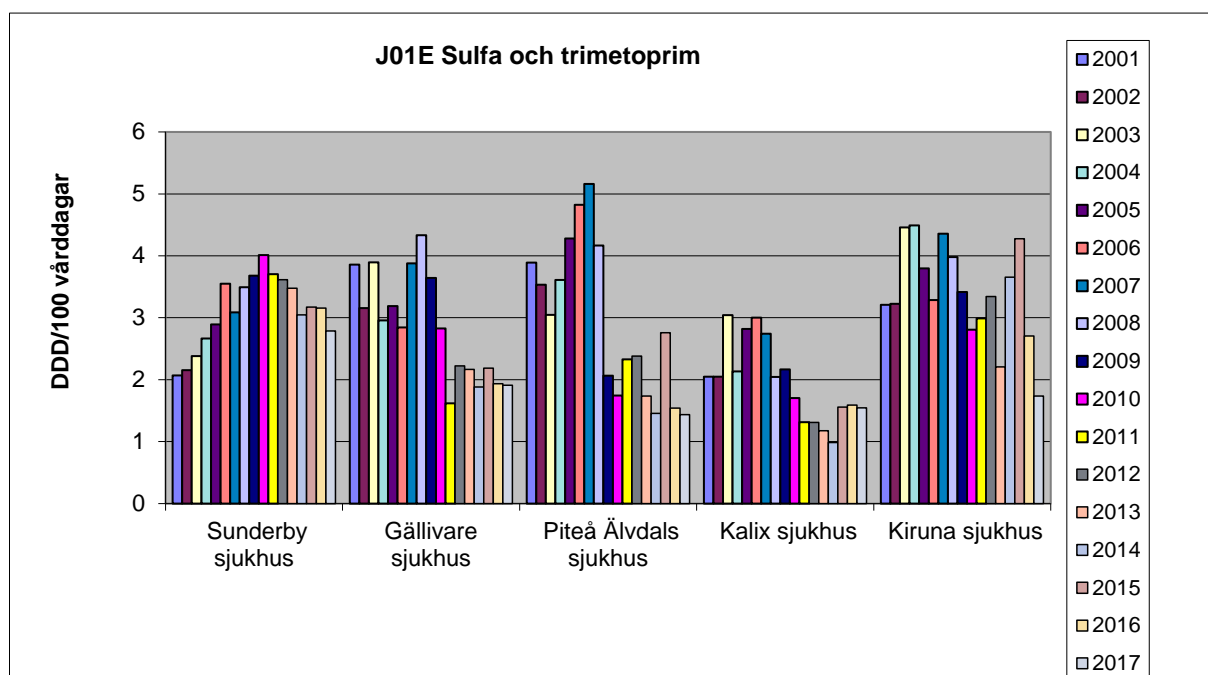
Aminoglykosiderna har sin viktigaste roll vid initial behandling av septiska tillstånd. Minskar på bred front efter flera års ökning vilket är lite förvånande. Relativt lång behandlingstid (veckor) förekommer vid exempelvis vissa endokarditer och där kom nya behandlingsriktlinjer 2016 i vilka aminoglykosidernas plats i behandlingen minskade, kan möjligen förklara en del.



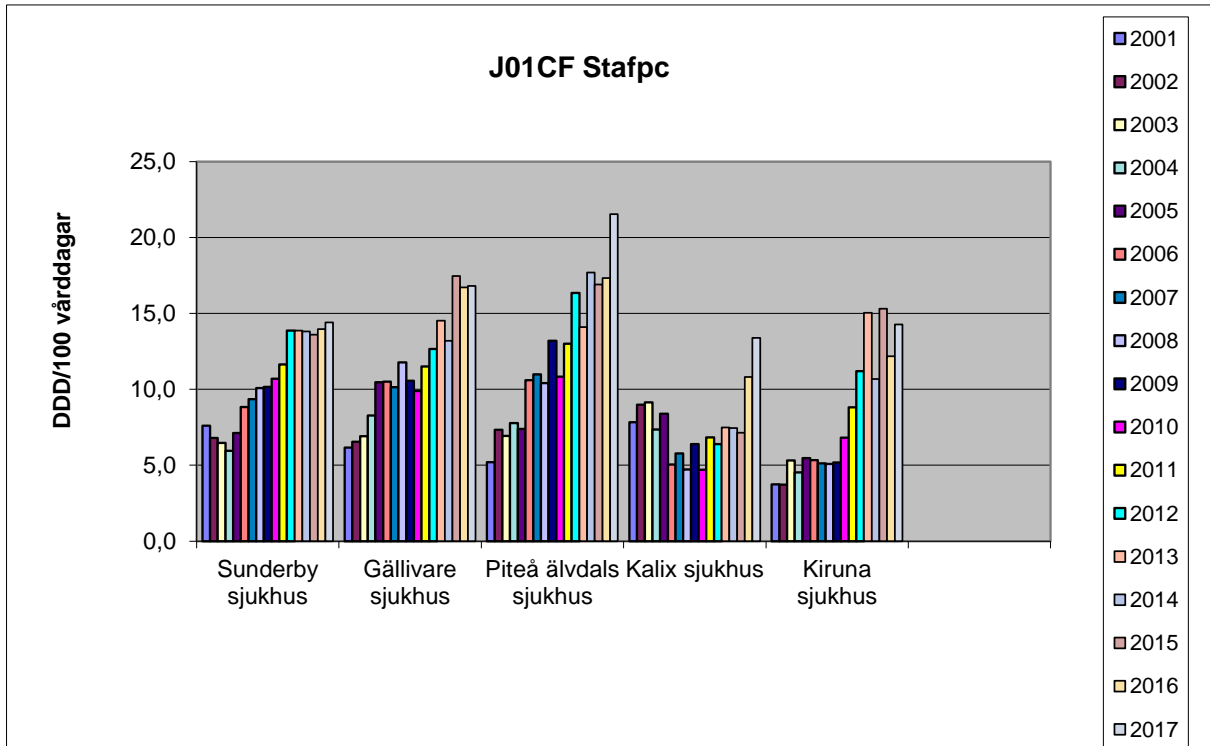
Makrolider (ex erytromycin) och linkosamider (klindamycin).



Trimetoprim-sulfa, ett preparat med spridda användningsområden men inte minst ett bra tänkbart alternativ till en kinolon vid svårare urinvägsinfektioner och viss kirurgisk profylax. Minskar generellt.



Stafylokokpenicillerna (i praktiken kloxacillin och flukloxacillin) är ekologiskt gynnsamma antibiotika, används till mjukdelsinfektioner och andra stafylokokinfektioner samt som ortopedkirurgisk profylax. Ökar överallt, möjligen en smula överraskande att Kalix och Kiruna som rimligen inte ordinerar någon profylax ligger på samma nivå som övriga sjukhus.



Strama 2017

Stramaarbetet i Norrbotten bedrivs som tidigare inom ramen för övrig verksamhet, till skillnad från i övriga landet finns inte personer, tid eller pengar specifikt avsatta för detta till synes viktiga arbete. Budgeten 2017 uppgick efter äskande om medel till 30.000 kronor vilket iaf är tämligen exakt 30.000 kronor mer än föregående år. Möte med de antibiotikaansvariga läkarna inom öppen- respektive slutenvård arrangerades under hösten. Den lokala strama-appen - som var den första i sitt slag i Sverige och möjligen hela världen - drog sitt sista symboliska andetag 171213 klockan 14.15,16 efter exakt 6 års tjänst. Den nationella strama-app som lanserades under hösten 2017 tar nu dess plats.

Slutord

Antibiotikaresistensen ökar och som varande en del av det globala samhället når den även vårt avlägsna hörn. Mycket ligger bortom vår makt men vi måste försöka att ha ett rimligt användande av antibiotika, något som egentligen inte handlar om att inte alls använda men däremot att använda rätt antibiotika vid rätt tillfälle. Intravenösa bredspektrumantibiotika *skall* t ex användas i vissa fall men inte när det inte är motiverat.

Det finns iaf lovande tendenser till att antibiotikaförbrukningen minskar något inom öppenvården. Inom slutenvården är det svårare att hitta någon positiv utveckling vad gäller förskrivningsmönster.

I ett större perspektiv bortom själva sjukvården påverkas vi av t ex vårt resande till fjärran länder (ofrivillig import av resistent bakterier som vi tar med oss hem i eller på vår egen hud, näsa och tarm) och kanske kan man överväga att köpa kött producerat i ett land där djuren inte ges antibiotika i onödan – även om den köttfärsen eller oxfilen i mataffären kan kosta ett antal kronor extra per kilo. Inget är gratis. *There is no such thing as a free lunch.*

Vi har i Norrbotten kompetens, strukturer och en beslutad antibiotikapolicy som kunde vara kraftfulla verktyg i att bromsa utvecklingen mot spridning av antibiotikaresistens. Men det saknas resurser. Det kan ibland kännas som om vi skottar snö med en trädgårdsspade samtidigt som vi ser lavinen komma rusande mot oss ner för bergssluttningen?

Region Norrbottens antibiotikapolicys aktörer - Strama Norrbotten, läkemedelskommittén och det mikrobiologiska labbet jobbar på med sina uppdrag men gör det "i pauserna" – när de ordinarie uppdragen så tillåter. Och de viktigaste aktörerna – de antibiotikaansvariga läkarna synes många alltför hårt belastade i vardagen för att hinna engagera den tid som behövs i arbetet.

Hur kan vi då söka bromsa utvecklingen?

- Spridning av multiresistenta bakterier i sjukvården måste minimeras. Vårdpersonalens kompetens i frågan måste lyftas ytterligare. Basala hygienrutiner ska alltid följas. Vi måste i vården arbeta med hygien som om alla patienter (och även kollegor) är bärare av multiresistenta bakterier! Patienter ska inte behöva smittas i vården.
- Vi måste anstränga oss ytterligare för att minska antalet vårdrelaterade infektioner. Följ de strategier och vårprogram vi har och följ upp resultaten.

- Vi måste också bli bättre på att jobba preventivt mot samhällsförvärvade infektioner. Vi har nu till exempel instrumentet att förebygga en hel del luftvägsinfektioner i och med att vi får vaccinera våra riskpatienter mot influensa och pneumokocker gratis. Men vi måste bli bättre på att nå patienterna. Alla vårdenheter – både på hälsocentraler och på sjukhusen måste hjälpa till i det arbetet.
- Bakteriologisk diagnostik må optimeras. Adekvata odlingar måste tas innan antibiotika sätts in. Tyvärr har interndebiteringen för mikrobiologisk diagnostik i länet medfört att det missriktat "sparas" på att ta odlingar. Sådant kommer att kosta i längden.
- Antibiotika måste användas rationellt. Indikation, dosering, intervall och behandlingstid. Daglig utvärdering. Följsamhet till riktlinjer och kunskap om lokala resistensdata måste finnas. Vitalt att stöd till förskrivarna av infektionsexperts finns tillhanda, t ex liknande den uppsökande antibiotikakonsultverksamhet i hela länets slutenvård som fanns i infektionssektionens regi för några år sedan men som sedan tyvärr fick stryka på foten pga resursbrist. Sådant verksamhet finns med i nationella Stramas 10-punktsprogram och ska finnas.

Man kan hoppas att vården förmår sätta in insatser mot spridning och selektion av antibiotikaresistens i närtid. För hamnar vi i ett läge där större spridning av antibiotikaresistens är ett faktum – då kommer det att kosta både sjukdom, lidande, död och pengar.

Anders Nystedt
Smittskyddsläkare
anders.nystedt@norrboten.se
0920-28 22 45

Jonas Hansson
Stf. smittskyddsläkare
jonas.hansson@norrboten.se
0920-28 36 19

Ann-Louise Svedberg-Lindqvist
Smittskyddssköterska
ann-louise.svedberg-lindqvist@norrboten.se
0920-28 36 09

Ann-Marie Cylvén
Smittskyddssköterska
ann-marie.cyven@norrboten.se
0920-28 32 93

Inga-Lill Josefsson
Smittskyddssekreterare
inga-lill.josefsson@norrboten.se
0920-28 36 16