

Nr 2 – 2019

Innehåll

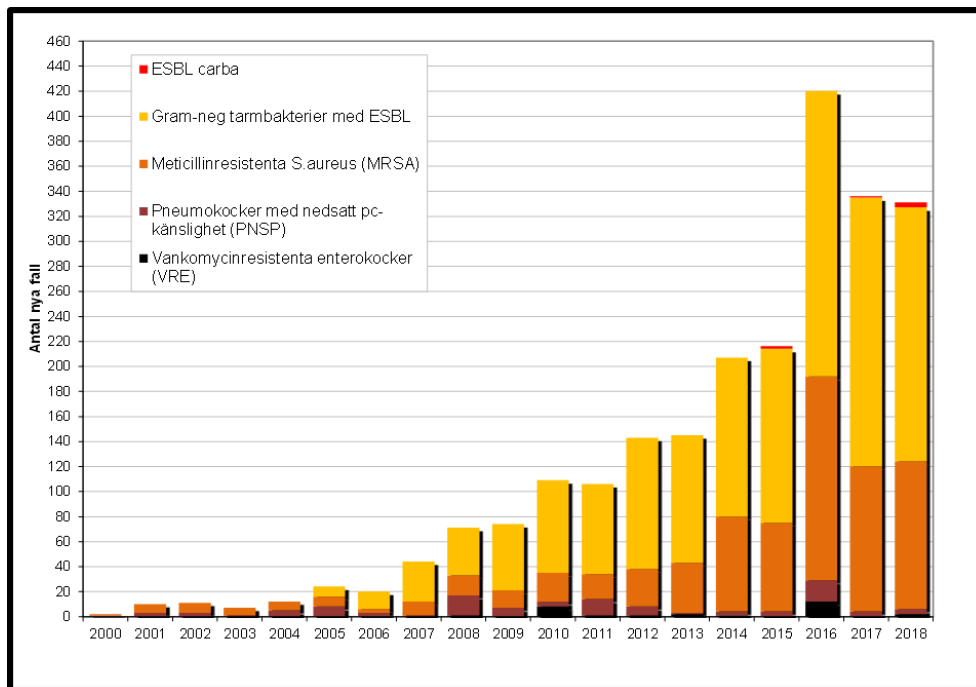
<i>Antibiotikaresistens i Norrbotten 2018.....</i>	<i>2</i>
<i>Antibiotikaförskrivning i öppenvård 2018.....</i>	<i>2-3</i>
<i>Antibiotikaförskrivning i öppenvård på kommunnivå 2018.....</i>	<i>4</i>
<i>Antibiotikaförskrivning i slutenvård 2018.....</i>	<i>5</i>
<i>Antibiotikaförskrivning i slutenvård per sjukhus i länet 2018.....</i>	<i>6-10</i>
<i>Strama och slutord.....</i>	<i>11</i>
<i>Influensavaccination av personal säsongen 2018-19.....</i>	<i>12</i>
<i>Björnen i busken.....</i>	<i>13-14</i>



Som traditionen bjuder är nummer 2 av Smittsant vigd åt i första hand information kring antibiotikaförskrivning och antibiotikaresistens. I denna upplaga även en del om influensa- och pneumokockvaccination.

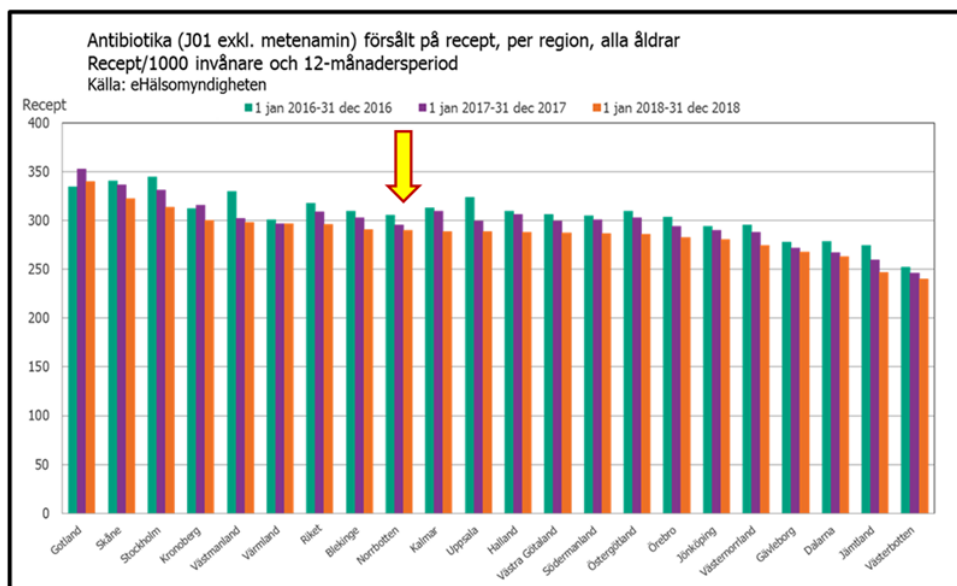
Antibiotikaresistens i Norrbotten 2018

Förekomsten av multiresistenta bakterier har under det senaste decenniet obönhörligt ökat. Figuren nedan visar nya fall av MRB årsvis, och man kan senaste året se att utvecklingen av antalet nya fall av MRSA och ESBL tycks ha planat ut något. Tyvärr är väl en stor del i sanningen bakom detta att det scre- enats färre patienter...

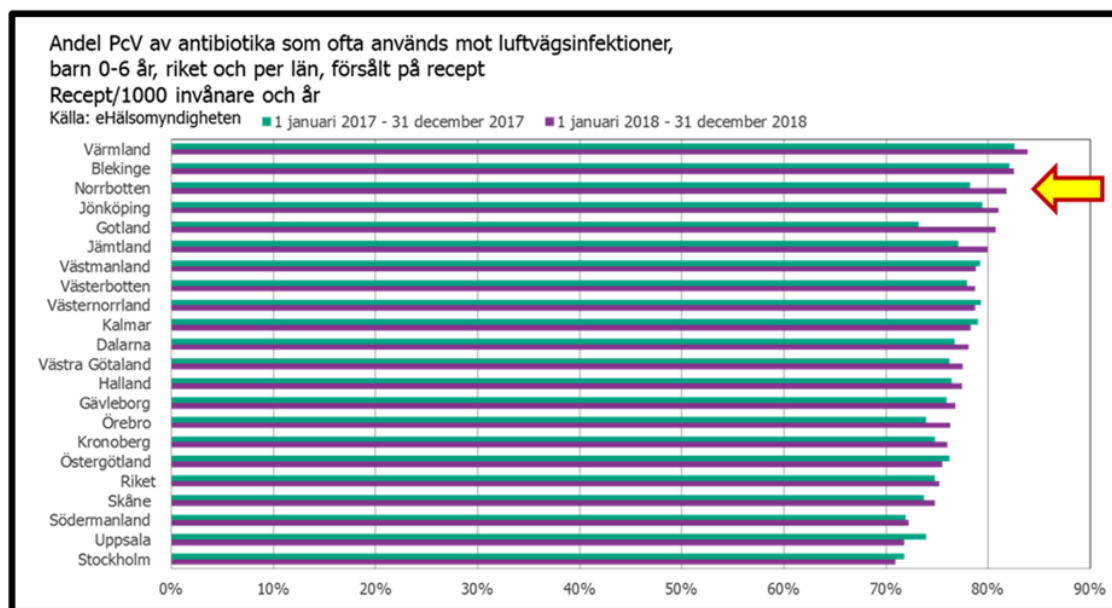


Antibiotikaförskrivning i öppenvård 2018

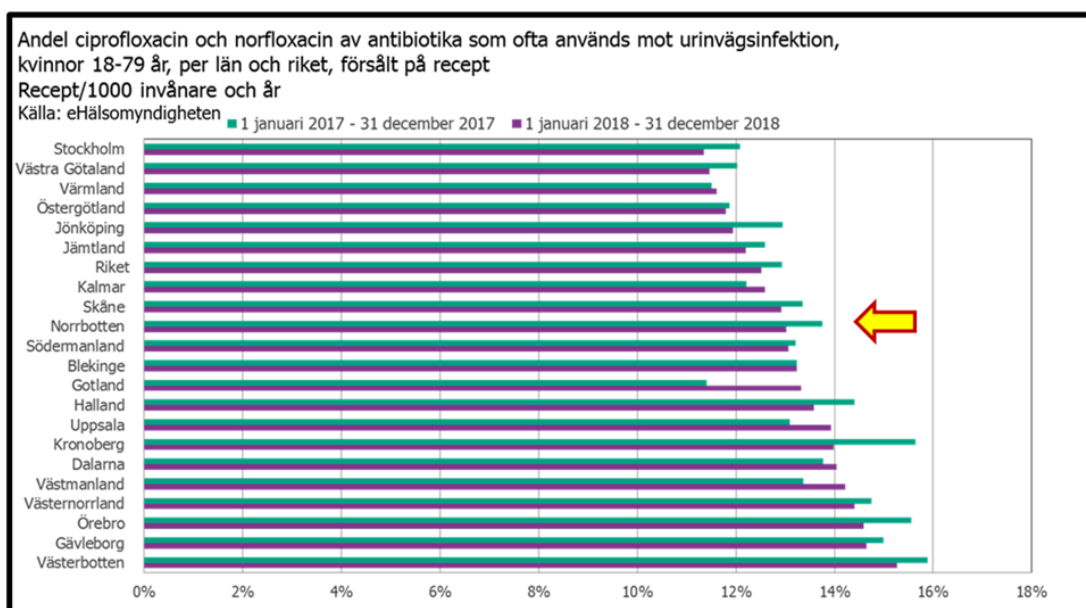
Förskrivning inom öppenvård inbegriper här inte bara primärvård utan även öppenvård på sjukhus samt tandvård. Trenden i riket är liksom 2016 och 2017 fortsatt en försiktig minskning 2018 och även så i Norrbotten. Vi ligger med våra 290 recept per 1000 invånare i en riksjämförelse strax under medelnivån, dock har Jämtland och Västerbotten nått ännu en bra bit längre och når 250-målet (dvs. högst 250 antibiotikarecept per 1000 invånare) så det finns utrymme för förbättring.



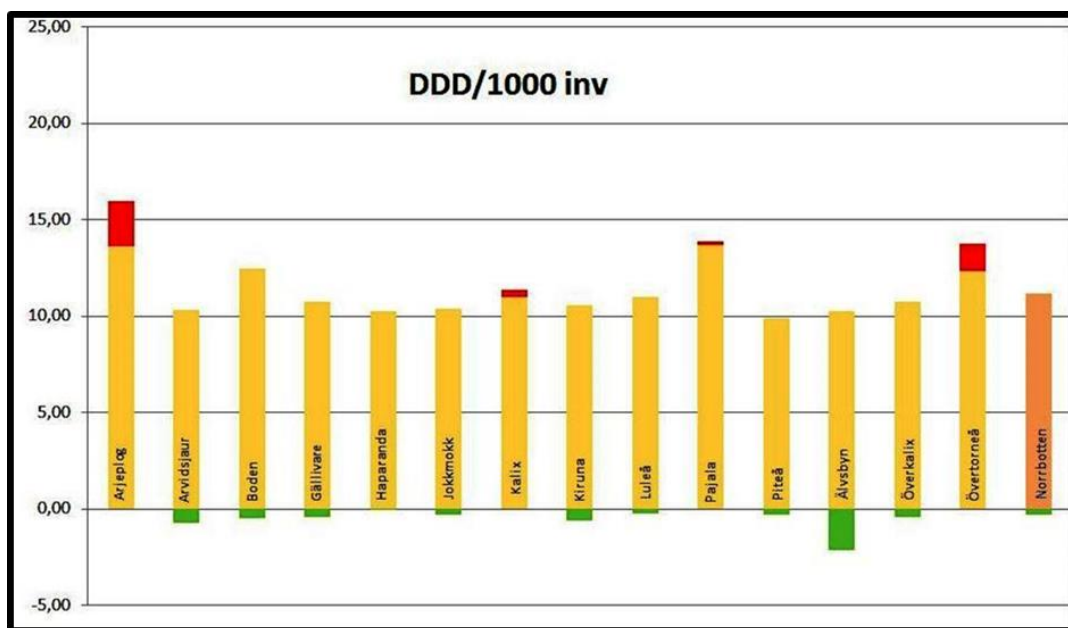
I nationella jämförelser i övrigt ses ett bra resultat i det att PcV (t ex Kåvepenin®) är det som används oftast till luftvägsinfektioner hos barn 0-6 år, här når vi Stramas mål på 80 %.



Vad gäller användning av kinoloner, en antibiotikagrupp som anses driva selektion av ESBL-resistens, vid UVI hos kvinnor placerar sig Norrbotten något över (= sämre än) riksgenomsnittet. Vi ser dock en förbättring jämfört med 2017.



Antibiotikaförskrivning i öppenvård på kommunnivå 2018



Röda staplar indikerar ökning och gröna dito minskning jämfört med föregående år. Liten minskning i de flesta kommuner och Älvsbyn utmärker sig med den största minskningen. I Arjeplog en tydlig ökning.

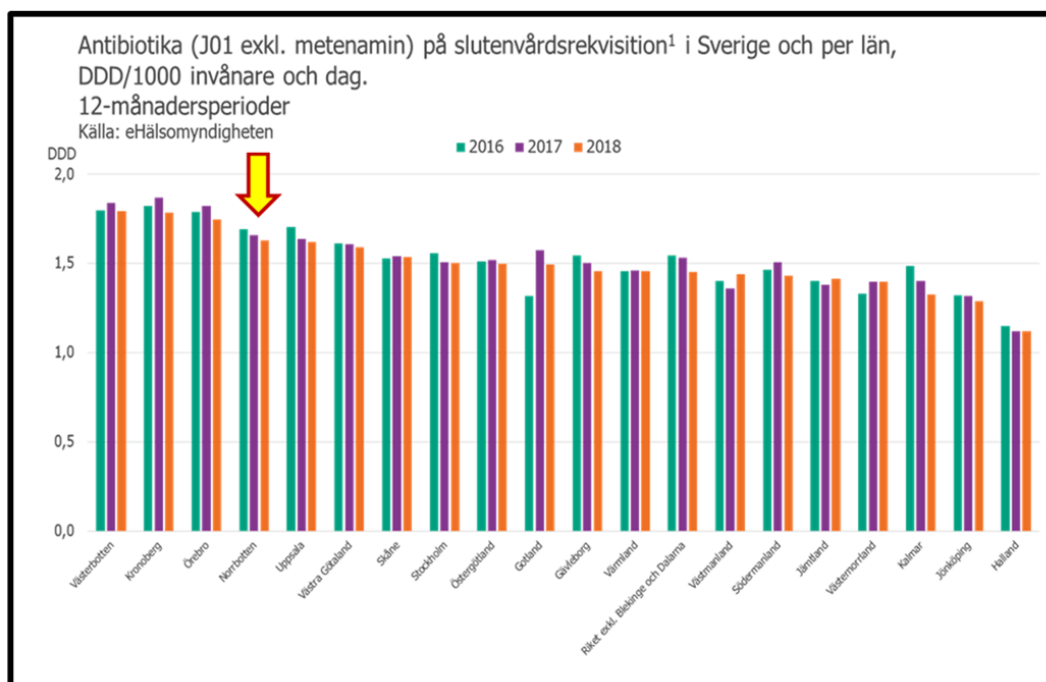
Vår plan var att kunna redovisa förskrivning per hälsocentral också, men vi har inte lyckats med att få fram data. Om det ordnas med det kommer siffrorna att redovisas i ett senare nummer av Smittsant.



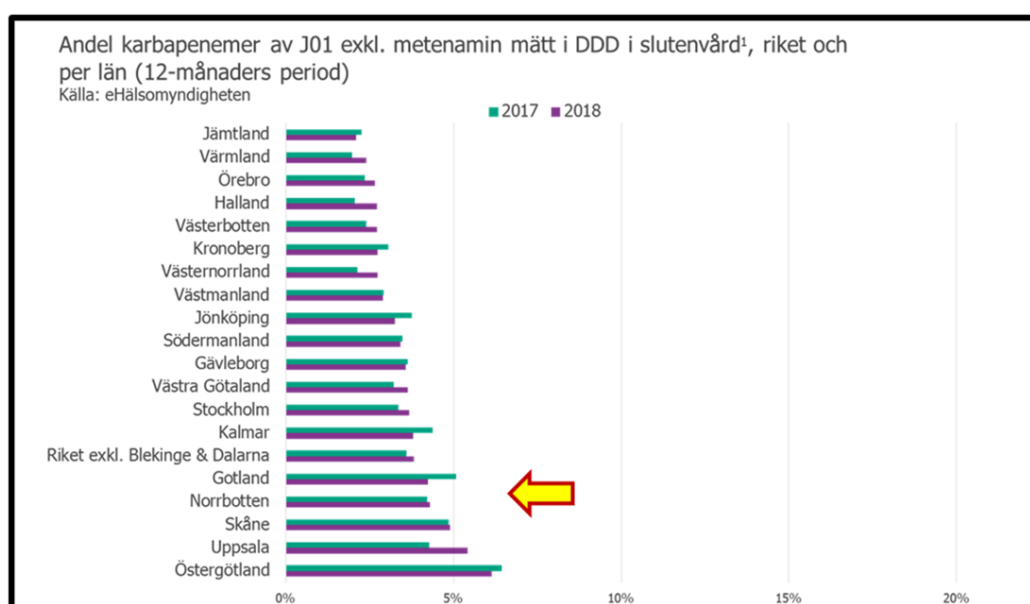
Penicillin...

Antibiotikaförbrukning i slutenvård 2018

I en jämförelse med övriga landet vad gäller antibiotika i slutenvård, se graf nedan, ligger Norrbotten kvar på en inte så tilltalande fjärde sämsta plats. Räknat per invånare minskar användningen något, dock gäller detta inte alls om man räknar per producerat vård dygn vilket visas senare.

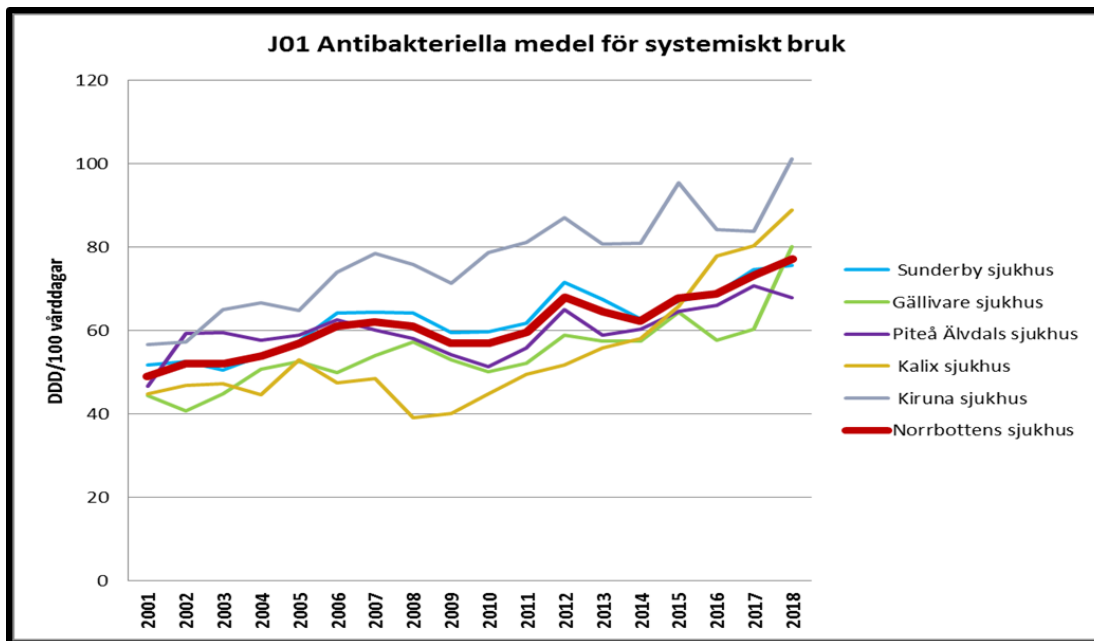


Om man delar upp detta på antibiotikasorter eller grupper är vi vad gäller cefalosporiner, piperacillin-tazobactam och karbapenemer tydligt på den sämre halvan. Figuren nedan visar som exempel karbapenemer. Svårt att se någon rimlighet i att vi här ska använda mer karbapenemer än övriga Sverige. För mer ekologiskt gynnsamma antibiotika som PcV och PcG placerar vi oss i mitten så det är användningen av bredspektrumantibiotika som sticker ut hos oss i negativ bemärkelse.

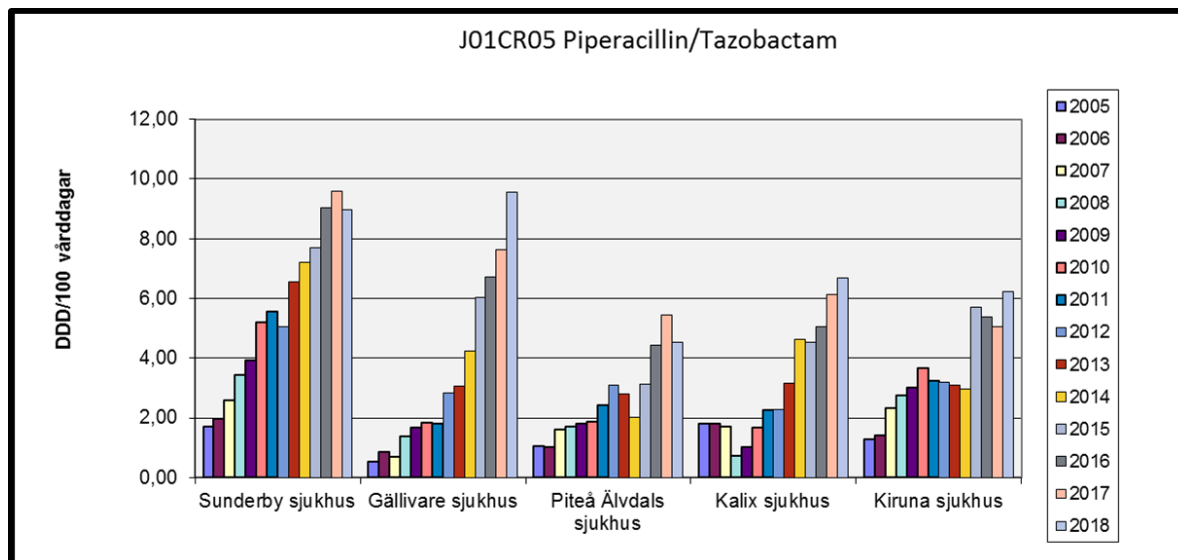


Antibiotikaförbrukning i slutenvård per sjukhus i länet

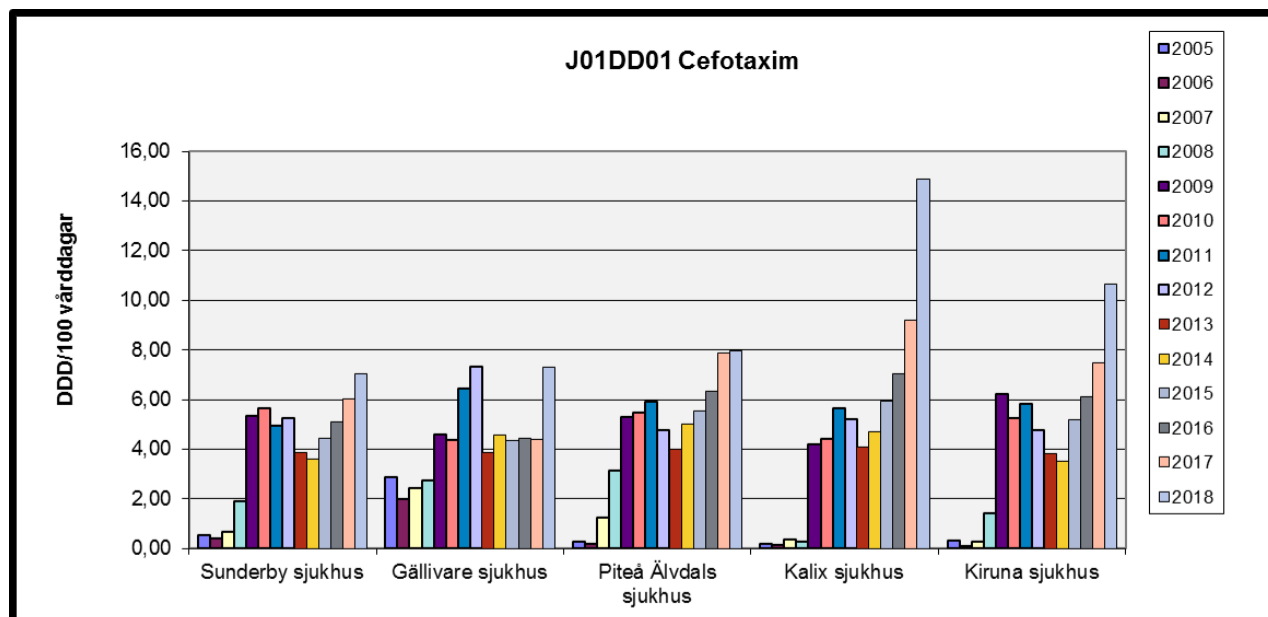
Antibiotikaförbrukningen i slutenvård räknat per invånare minskar alltså en aning men räknat som DDD per 1000 vård dagar fortsätter den att stadigt öka, endast Piteå visar en diskret minskning. Att nämnaren (d.v.s. vård dygn, vilket naturligtvis beror på antal vårdplatser) blir lägre påverkar givetvis kvoten och grumlar tolkningen av resultaten; att de som får plats på de färre vårdplatserna är i genomsnitt mer sjuka och antagligen då också mer antibiotikakrävande. Men borde inte täljaren (d.v.s. antibiotika) följa med något mer proportionerligt än vad den gör? Det är i alla fall inte siffror som är positiva. Särskilt Kiruna och Kalix har en illavarslande trend.



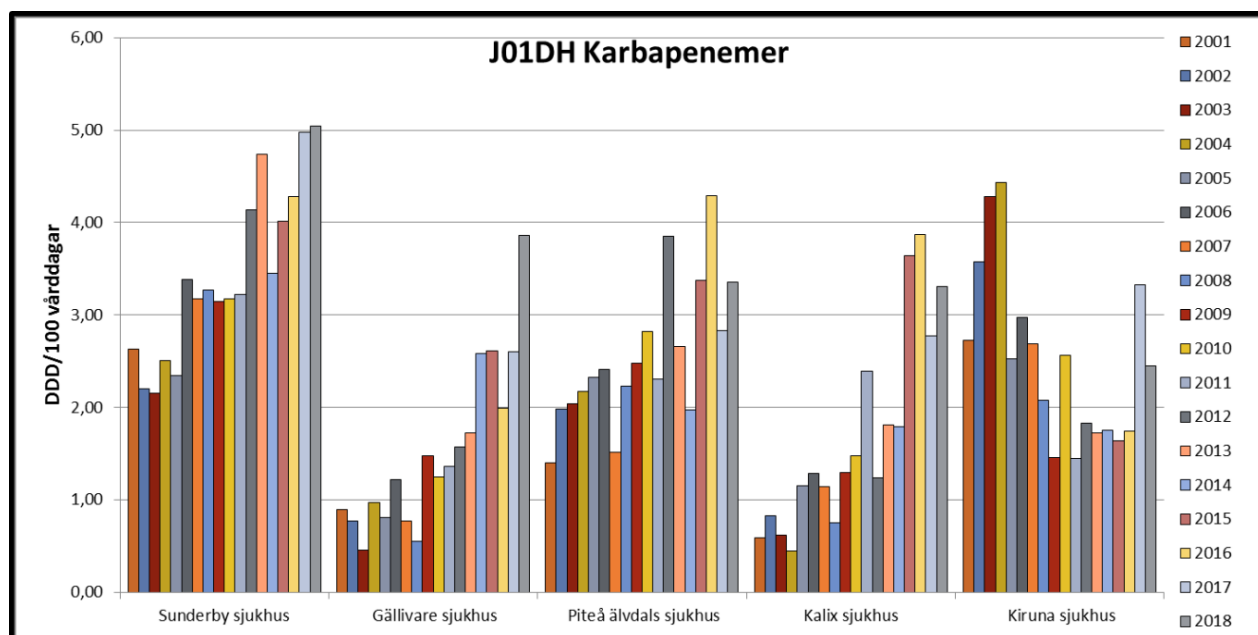
Vad gäller val av preparat är olika sorter av bredspektrumantibiotika viktiga medel för att behandla svårt sjuka patienter. Samtidigt är det också viktigt att inte överanvända dem. På grund av deras förmåga att gynna ESBL-producerande stammar av tarmbakterier har minskat användande av cefalosporiner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



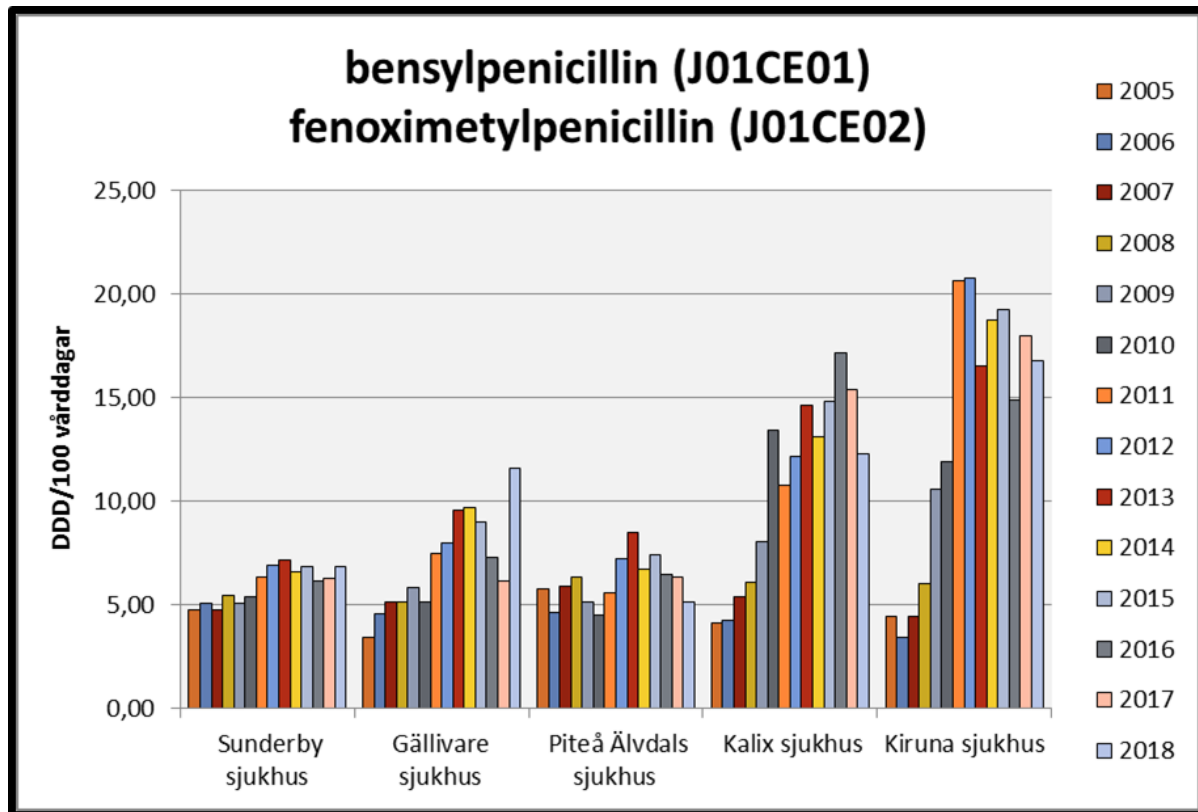
Användandet av piperacillin-tazobactam ökar således på flertalet sjukhus. Man kunde hoppas att denna ökning skulle motsvaras av en minskning av den viktigaste cefalosporinen cefotaxim men även användandet av denna ökar på de flesta håll. Mest utmärker sig Kalix sjukhus med en uppseendeväckande ökning av förskrivningen.



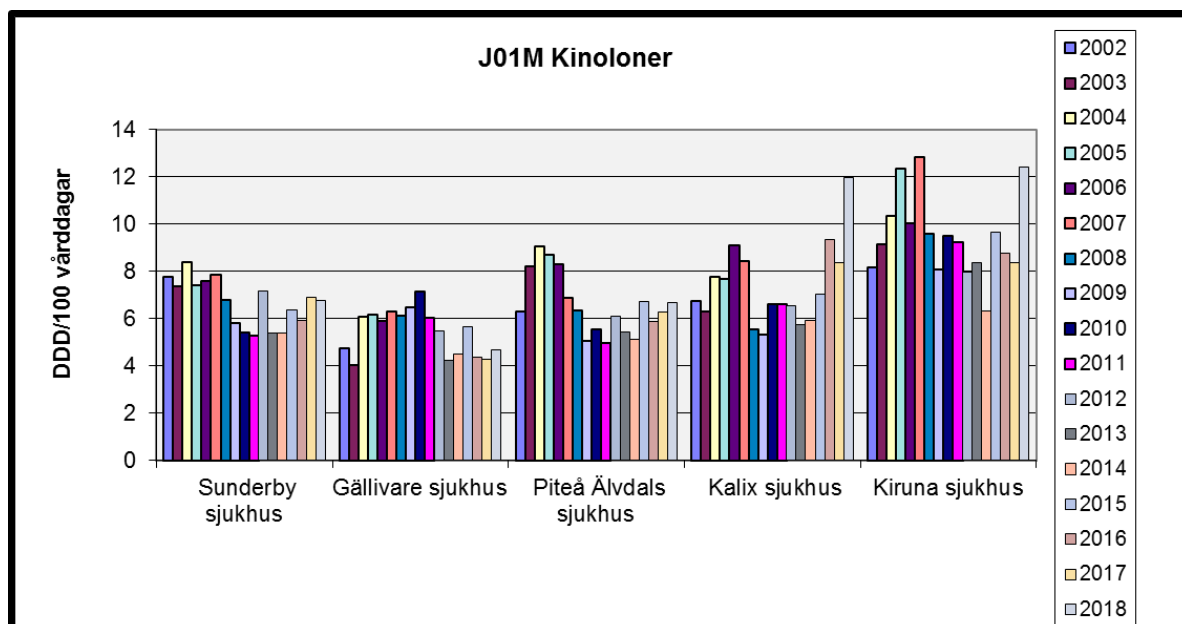
Karbapenemerna (viktigaste preparaten är meropenem och imipenem-cilastatin) betraktas ibland som en sista utväg, det bredaste vi har att ta till i antibiotikaväg och viktiga preparat för de svårast sjuka och inte minst gravt immunsupprimerade. Överanvändande innebär givetvis en risk för att selektera fram bakterier med resistens mot dessa, bland annat bakterier som producerar den typ av resistensgivande enzymer som kallas ESBLcarba. Sunderby sjukhus är fortsatt i topp vilket är förväntat. I övrigt en blandad bild med både ökning och minskning där Gällivare står ut med en tydlig ökning. Men viktigast! Vi är i riksjämförelse storanvändare...



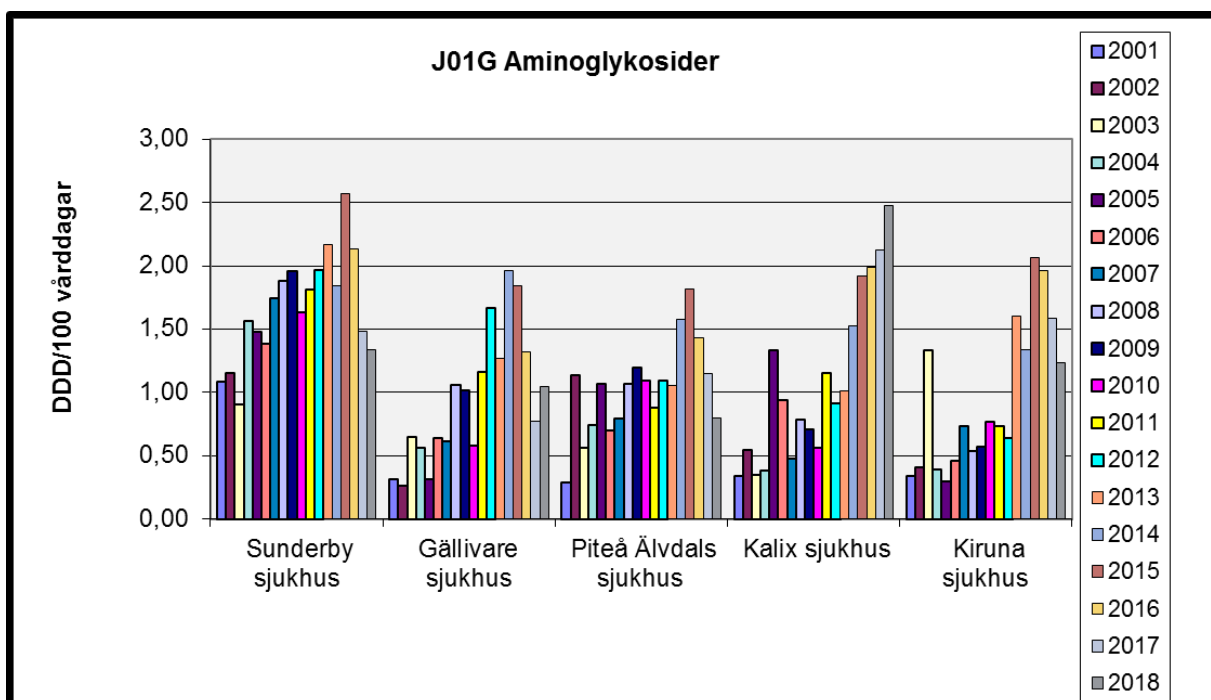
Medel med relativt smalt spektrum som fenoximetylpenicillin (PcV) och bensylpenicillin (PcG) är undantaget där en hög förbrukning - särskilt en hög andel av total antibiotikaförbrukning – är att se som något närmast positivt. Här utmärker sig – som tidigare år – Kalix och Kiruna med ett högt användande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



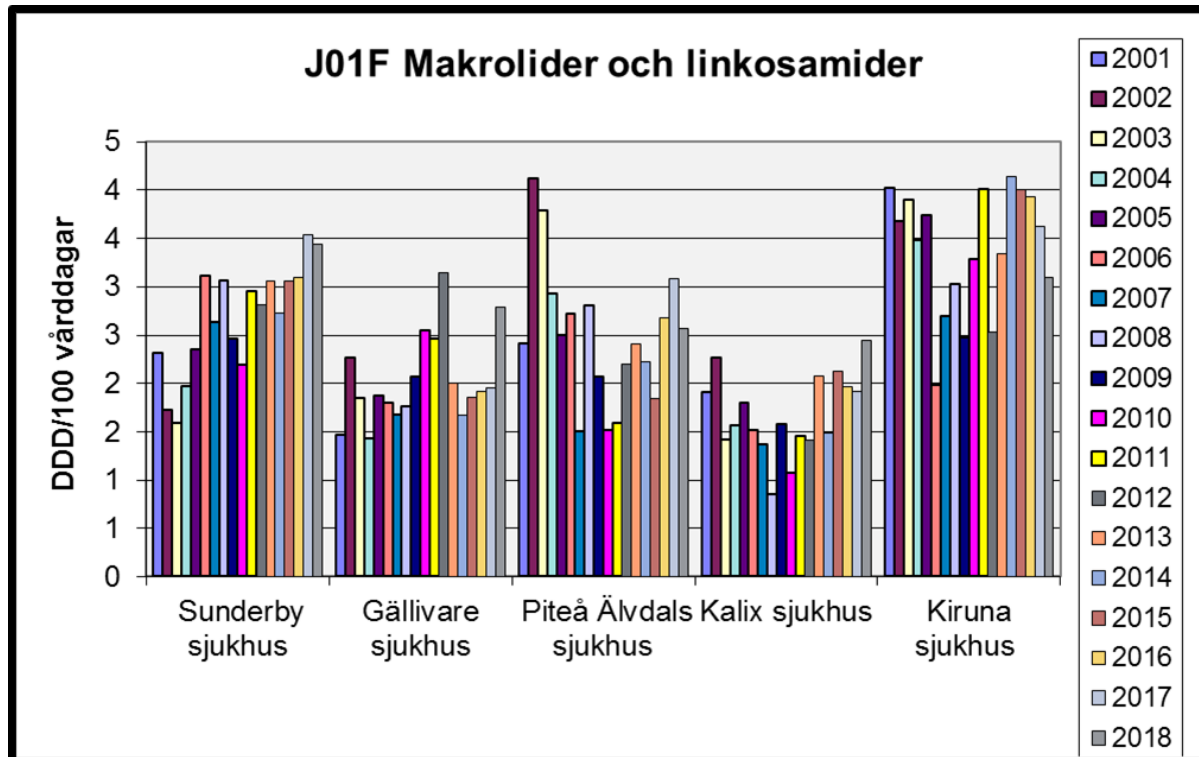
Kinoloner - där lejonparten antagligen utgörs av ciprofloxacin och moxifloxacin – är viktiga preparat som definitivt hotas av för mycket användande med efterföljande resistensutveckling. Kalix och Kiruna ökar.



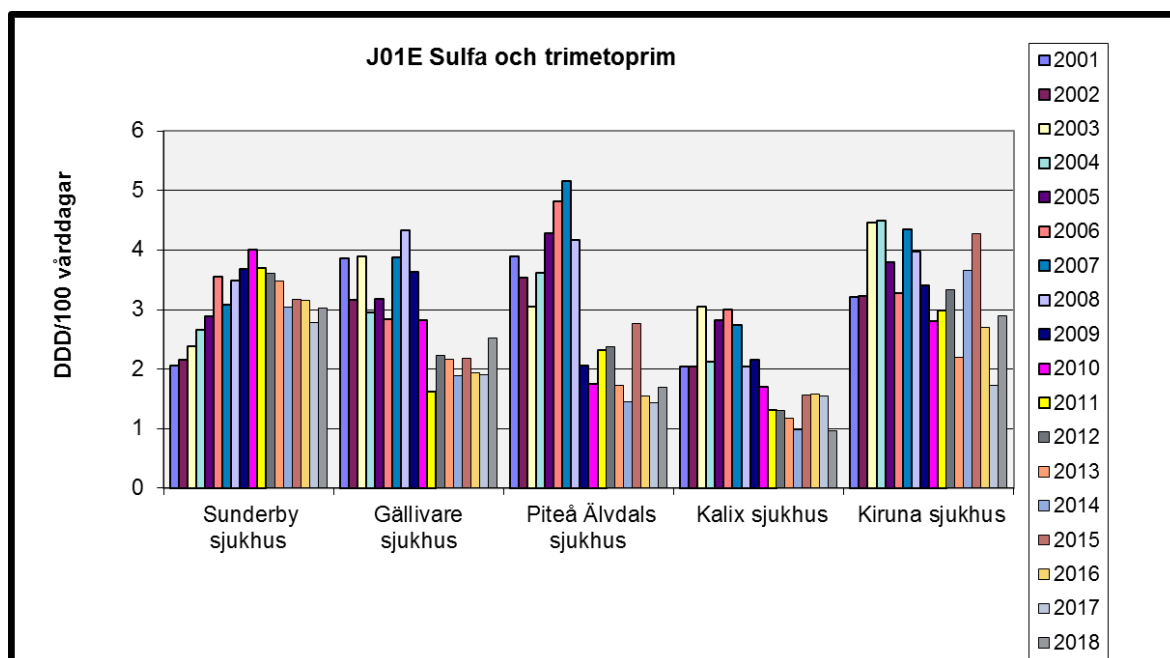
Aminoglykosiderna har sin viktigaste roll vid initial behandling av septiska tillstånd. Förbrukningen minskar i år liksom i föl på bred front efter flera års ökning vilket är lite förvånande. Kalix ökar dock.



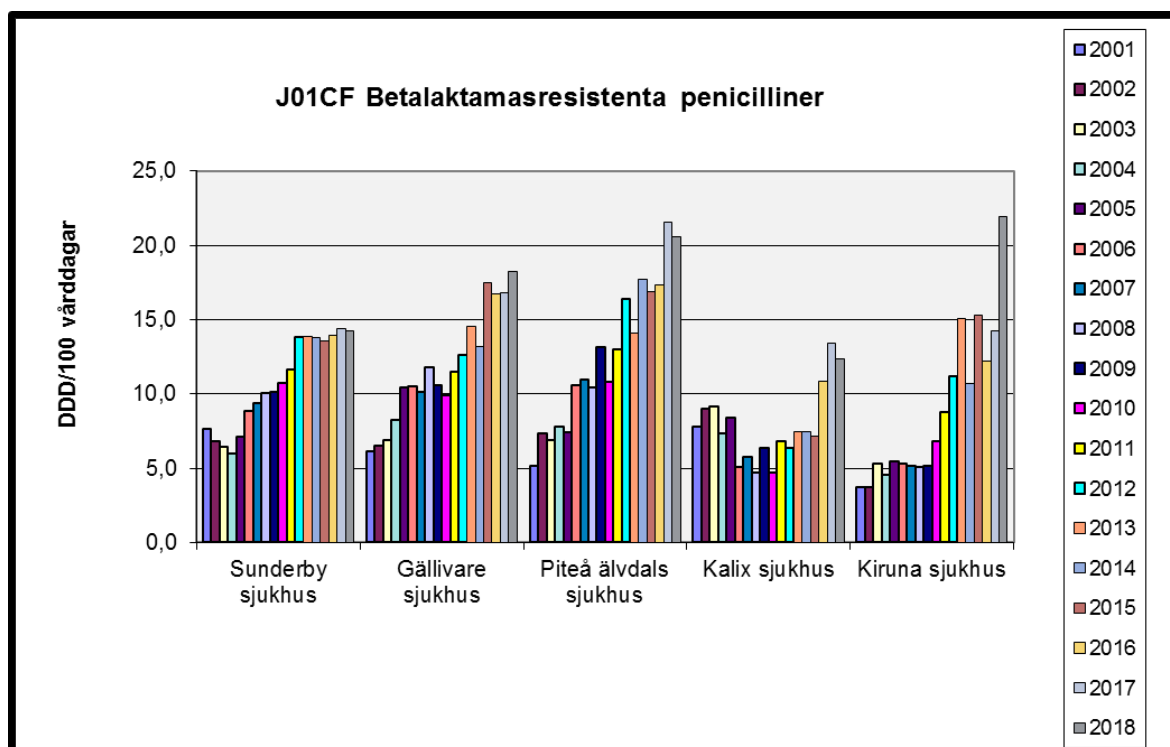
Makrolider (ex. erytromycin) och linkosamider (ex. klindamycin).



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



Stafylokockpenicillinerna (i praktiken kloxacillin och flukloxacillin) är ekologiskt gynnsamma antibiotika. Används till mjukdelsinfektioner och andra stafylokockinfektioner samt som ortopedkirurgisk profylax. Ökat påtagligt i Kiruna.



Strama och slutord

Strama och arbetet med den antagna antibiotikapolicy vi har i Norrbotten har länge bedrivits inom ramen för övrig befintlig verksamhet och då med relativt begränsade resurser. I samband med ett möte i oktober med de viktigaste aktörerna i arbetet, de antibiotikaansvariga läkarna, diskuterades svårigheterna med att få "verkstad" i insatserna. Bland annat framkom att det som till stor del begränsade möjligheterna var svårigheter att få tid till att ta fram och jobba med jämförande data. För att veta hur man ligger till avseende förskrivningsmönster måste man kunna jämföra sig med andra. Det är en tidskrävande process att plocka fram dessa uppgifter och man önskade centralt stöd med sådan datainsamling. Vid horisonten finns hopp om att ett projekt inom FCI (funktionscentrum infektion) skall realiseras med projektanställda vilka ska kunna ägna avsatt tid åt handfast Stramaarbete och inte minst assistera sjukvården med råd och stöd. Vi håller tummarna.

Ett projekt för att engagera sjuksköterskorna vad gäller antibiotikarelaterade frågor i det dagliga arbetet och framför allt i rondsituationen – "antibiotikasmarta sjuksköterskor" – kommer att successivt sjösättas under 2019, till att börja med inom delar av slutenvården.

Antibiotikaresistens är ett stort problem och bara trekvarts sekel efter den gigantiska landvinning som penicillinets medicinska användning innebar är vi med stormsteg på väg in i en dystopisk postantibiotisk era. I själva verket är det väl kanske tvärtom så att den tid vi levt i sedan 1940-talet är en slags Edens lustgård med fungerande antibiotika som vi snart kan kastas ur. Mycket av den sjukvård vi idag tar för given - intensivvård, kirurgi, cytostatika och annan immunhämmande behandling - är en omöjlighet om vi inte längre kan behandla de infektioner som patienterna ofta drabbas av. Tidigare dödliga men under antibiotikans tidevarv banala infektioner blir åter dräpare.

Antibiotikaanvändningen i Norrbotten är orimligt hög, framför allt i slutenvården där vi ligger i toppskiktet i Sverige. Eller rättare sagt bottenskiktet. Det behövs mer stöd till sjukvården för att antibiotikaförskrivningen ska bli mer rationell och användandet av våra mest potenta bredspektrumantibiotika måste begränsas där de inte behövs.

Hans-Olov Hansson hette en man som på sin hembygds dialekt Överkalixbondska och enligt tidens sed med gårdsnamn nog var mer känd som *Åstigål-Hanno*, min farfars far. Han avled strax före penicillinets ankomst på 1940-talet i följderna av vad som började som en banal infekterad "finne" på halsen. Då inget anmärkningsvärt men nu i antibiotikans tidevarv närmast löjeväckande som dödsorsak. Hans barnbarns barn fick nyligen också stifta bekantskap med en invasiv bakteriesjukdom men blev istället för död eller i bästa fall invalidiserad för all framtid relativt enkelt helt botad; allt tack vare antibiotikan och turen att leva i rätt tidsålder. Man kan undra hur det ser ut om ytterligare 2-3 generationer...

Det förtjänar alltså att upprepas att vi måste göra vad vi kan för att förebygga spridning och selektion av antibiotikaresistens, även här uppe i ett av världens hörn.

/Jonas Hansson, biträdande smittskyddsläkare



Överkalix

Influensavaccination av personal säsongen 2018-19

Länssjukvården

VO	Antal anställda 2018 års siffror	Antal vaccinerade 2018
BFM (bild och funktionsmed) länet	171	70 (41 %) Fler hade önskat att få vaccin.
An/Op/IVA SY	241	118 (55 %)
An/Op/IVA Ge	Ca 70	Inget svar
Ögon länet	78	56 (72 %)
Kir/Uro länet	248, alla enheter	146, dock inte svar från alla kirurg avd.
ÖNH länet inkl. syn/hör och käk.	124	39 (31 %)
Ort avd, mott OTA och OP PÅS	219	98 (45 %)
LSS länet	45	9 (20 %)
Ob/Gyn länet	183	76 (42 %)
Barnsjukvården länet	316	163, men saknar svar fr. barnpsykiatri
Laboratoriemedicin länet	134	31 (23 %)
TOTALT	1829	806

Från länssjukvården saknas således svar från enstaka enheter och den täckningsgrad som rapporteras på 44 % är då troligen lite i underkant. Gissningsvis borde länssjukvården ligga på en täckningsgrad på mellan 45-50 %. Därtill bör vi ta i beaktan att flera i vården hade önskat vaccinera sig men blev tvungna att avstå när vaccinet tog slut i november.

Samma nivå av vaccinationstäckning i Länssjukvården som i fjol (då 45 %) och bra, men fortsatt en bit kvar till det uppsatta målet på 75 % täckning.

Närsjukvården

Tyvärr kan data från Division Närsjukvård inte redovisas lika genomarbetat. Man har bara fått in rapporter från vissa enheter och utifrån detta har man data på att 910 stycken personal har vaccinerats. Förhoppningsvis är det sanna antalet betydligt större då divisionen enligt uppgift har cirka 3800 medarbetare, även om alla dessa kanske inte jobbar patientnära? Medicinkliniken på Sunderby sjukhus har skickat in att man vaccinerat 300 stycken. Vi har ingen "nämnare" men det låter ju ändå bra!? Och vi vet att det är flera verksamheter ute i divisionen som har väldigt hög vaccinationstäckning. Dessa applåderas!

Men tyvärr – personalvaccinationskampanjen 2018 är därmed tyvärr inte utvärderbar!

Närsjukvårdsstaben meddelar dock att de ska göra ytterligare försök att få in dessa saknade uppgifter senare under året?



Vacca

Björnen i busken

Jag hörde en radiointervju med en psykolog för några veckor sedan. Man diskuterade människans nedärvda förmåga att känna rädsla och därigenom undvika farliga situationer. Psykologen hävdade att vi var skapta till att vara rädda för direkt överhängande faror men betydligt mindre redo att hantera mer avlägsna, fastän mer faktiska, hot. Det var intressant att höra diskussionen kring hur vi, när det prasslar i buskagen under skogspromenaden, blev jätterädda: ”- Kan vara en björn!?” Och man jämförde detta med den, i realiteten, betydligt större risken att bli dödad i trafiken som vi då inte bekymrar oss för. Sen gick man över till att diskutera riktigt överhängande faror på global nivå. Har vi förmåga att känna rädsla för de konsekvenser som till exempel klimatförändringarna kan föra med sig?



Björnen i busken...

WHO listade nu 2019 de tio största hoten mot global hälsa (<https://www.who.int/emergencies/ten-threats-to-global-health-in-2019>) och där hamnar antibiotikaresistens högt upp. Och otäckt farligt är det! Amerikanska CDC gjorde 2015 en sammanställning av aktuella konsekvenser. I Indien beräknar man att 58 000 barn per år dör på grund av antibiotikaresistens. I Thailand dog 38 000 människor. I USA 23 000. ECDC rapporterade i november 2018 att 33 000 européer dör varje år på grund av infektioner med resistent bakterier (<https://ecdc.europa.eu/en/news-events/33000-people-die-every-year-due-to-infections-antibiotic-resistant-bacteria>)

Kostsam är det också. Och om vi låter resistenssituationen utvecklas på samma sätt som skett de senaste decennierna kommer situationen givetvis att bli mycket värre. Public Health England rapporterar dystra prognoser (<https://www.gov.uk/government/publications/health-matters-antimicrobial-resistance/health-matters-antimicrobial-resistance>) och talar om 10 miljoner dödsfall per år (fler än cancer) till 2050. Och man beräknar kostnaderna för världen till 66 miljarder pund... Hmmm... 801 240 000 000 000 kronor...?

Kan vi göra något åt detta? Ja - det går sannolikt att i alla fall att bromsa utvecklingen. Men vi måste göra det själva! Litar vi på att ”nå n annan” ska göra det åt oss – då kommer det att gå snabbt åt h-vete. Vi måste förhindra spridning av resistent bakterier i samhället och framför allt i vården. Vi måste söka minska antalet vårdrelaterade infektioner (som kräver antibiotikabehandling). Vi måste sluta behandla med antibiotika när det inte verkligen behövs, för att inte selektera fram resistent stammar.

Sverige är, trots att utvecklingen går åt fel håll även hos oss, relativt duktiga på arbetet med att motverka spridning och selektion av antibiotikaresistens. Vi är till exempel bland de bästa i världen på att använda antibiotika på ett stringent sätt. Men Norrbotten släpar efter i jämförelse med resten av landet. Framför allt så är förskrivningssituationen ogynnsam i slutenvården (se s. 5 ff.) där vi använder både mer och bredare antibiotika än riksgenomsnittet. Det går inte att motivera!

Alla i vården måste hjälpa till med att förhindra spridning av antibiotikaresistenta stammar. Att slarva med de infektionsförebyggande åtgärderna och hygienrutinerna är oförsämrat mot och farligt för patienterna.

Förskrivande läkare måste bli bättre på att följa de behandlingsrekommendationer och vårdprogram som finns men även på att följa upp och analysera sitt förskrivningsmönster så att man kan identifiera brister i förskrivningsrutinerna. Selektionstrycket måste ner ytterligare. Och att behandla banala, icke behandlingskrävande, infektioner med antibiotika bara "för säkerhets skull" – det är "björnen i busken".

Även Regionledningen måste se problematiken. Arbetet ute i vården mot spridning och selektion av antibiotikaresistens måste prioriteras och värderas högre. Det finns många björnar i buskarna (också faktiska sådana förstås!) för Regionen, men i den här frågan måste man titta upp och framtidsspana.

Låter vi situationen rinna iväg så skjuter vi problemet vidare till nästa generation. Precis som det är risk för att vi gör med miljöhotet...

Anders Nystedt, smittskyddsläkare



- Antalet norrbottningar dödade av björn ism. skogspromenader 2018.....0

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.cylvén@norrboten.se
0920-28 32 93

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