
Er det mulig å endre antibiotikaforbruket?

REDAKSJONELT

PREBEN AAVITSLAND

Preben Aavitsland (f. 1963) er fagredaktør i Tidsskriftet og var sekretær for utvalget som laget planen for å motvirke antibiotikaresistens.

Seksjon for forebyggende infeksjonsmedisin

Statens institutt for folkehelse

Postboks 4404 Torshov

0403 Oslo

Antibiotikaresistens har de siste årene fått stor oppmerksomhet i Norge. Et norsk overvåkingssystem for resistens hos mikrober (Norm) er under oppbygging, meldingsbladet *Resistens* sendes til over 5 000 leger omtrent hver måned og regjeringen har kommet med en tiltaksplan mot antibiotikaresistens, basert på anbefalinger fra et utvalg ledet av Bodolf Hareide ved Statens institutt for folkehelse (1).

I dette nummer av Tidsskriftet viser Hege Salvesen Blix at det brukes så mye antibiotika i Norge at 1,4 % av befolkningen kunne være under behandling til enhver tid (2). Over 90 % forskrives til bruk utenfor helseinstitusjoner, og tetrasykliner utgjør 25 % av dette forbruket.

Utenfor sykehus er resistensproblemet begrenset. Hyppige sykdomsfremkallende bakterier, som gruppe A-streptokokker og pneumokokker, er så å si alltid følsomme for penicillin. I sykehus er problemet noe større, som Christensen og medarbeidere viser fra Buskerud sentralsykehus (3).

Et nytt syn på antibiotika er vokst frem. Nå vektlegges økologiske argumenter for forsiktig bruk. Systematiske litteraturoversikter gir støtte til dette synet (1): Kroppen selv håndterer de fleste øvre luftveisinfeksjoner, og tilleggsnytt av antibiotika er liten eller null.

Flottorp og medarbeidere viser at problemene til pasienter med sår hals kan håndteres over telefon og at laboratorieprøver og antibiotika er unødvendig (4). Videre mener de at det ikke er nødvendig med urinundersøkelse hos kvinner med typiske symptomer på urinveisinfeksjon, og at man kan velge å se tilstanden an uten antibiotika (5).

Retningslinjene bygger på et eksplisitt kunnskapsgrunnlag (6) og bør føre til at mange leger endrer praksis. Det finnes ingen enkle metoder for å oppnå slik atferdsendring. Praksisregistreringer kombinert med tilbakemeldinger er trolig mest effektivt (7).

Hareide-utvalget pekte på at den farmasøytiske industrien kan påvirke legene i uheldig retning (1). For eksempel har det i et halvt år nå pågått en intensiv kampanje for å få norske allmennleger til å forskrive azitromycin til barn med ørebetennelse (8). Dette er en tilstand der antibiotika har liten effekt, og der penicillin bør velges de sjeldne gangene antibiotika er nødvendig.

Mange pasienter forventer å få antibiotika ved legebesøk for øvre luftveisinfeksjoner (9). Når legen fornekter disse forventningene, er det flere ganger så stor sjans for at antibiotika faktisk blir forskrevet (10). Imidlertid har legen en tendens til å overvurdere hvor mange av pasientene som faktisk forventer antibiotika (11). Dermed oppstår forventningssirkler som fremmer unødvendig antibiotikabruk.

Hvorvidt antibiotika blir rekvirert eller ikke, kan ha betydning for pasientens tilfredshet med konsultasjonen (12, 13). Andre faktorer har imidlertid også betydning (9).

Pasienten ønsker først og fremst å bli tatt på alvor og ikke bli avfeid med utsagn som: "Dette er bare en virusinfeksjon som går over av seg selv". Pasientene vil ha forklart hvorfor de fikk infeksjonen, hvorfor antibiotika ikke er nødvendig, hvordan de skal bli kvitt infeksjonen, og hva de kan gjøre for å lindre plagene.

Grunnlaget for bedre antibiotikabruk er dermed bedre informasjon til og samarbeid med pasientene.

LITTERATUR

1. Sosial- og helsedepartementet. Tiltak for å motvirke antibiotikaresistens (2000 – 2004). Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 2000.
2. Blix HS. Antibiotikaforbruk i og utenfor helseinstitusjoner i Norge 1998 Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 1731 – 4.
3. Christensen A, Scheel O, Alme V. Antibiotikaresistens i blodkulturisolater i Buskerud i 1994 og 1998 Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 1727 – 30.
4. Flottorp S, Oxman AD, Cooper JG, Hjortdahl P, Sandberg S, Vorland LH. Retningslinjer for diagnostikk og behandling av sår hals Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 1754 – 60.
5. Flottorp S, Oxman AD, Cooper JG, Hjortdahl P, Sandberg S, Vorland LH. Retningslinjer for diagnostikk og behandling av akutte vannlatingsplager hos kvinner Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 1748 – 53.
6. Oxman AD, Flottorp S, Cooper JG, Hjortdahl P, Sandberg S, Vorland LH. Nivået på dokumentasjonen og styrken av anbefalingene i kliniske retningslinjer Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 1791 – 5.
7. O'Brien T, Oxman AD, Davis DA, Haynes RB, Freemantle M, Harvey EL. Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes. I: The Cochrane Library, utgave 2, 2000. Oxford: Update Software, 2000.

8. Aavitsland P. Hva med bare null? Azitromycin er ”aldri” indisert til barn. *Resistens* 1999; 3: 3.
 9. Butler CC, Rollnick S, Pill R, Maggs-Rapport F, Stott N. Understanding the culture of prescribing: qualitative study of general practitioners’ and patients’ perceptions of antibiotics for sore throat. *BMJ* 1998; 317: 637 – 42.
 10. Cockburn J, Pit S. Prescribing behaviour in clinical practice: patients’ expectations and doctors’ perceptions of patients’ expectations – a questionnaire study. *BMJ* 1997; 315: 520 – 3.
 11. Virji A, Britten N. A study of the relationship between patients’ attitudes and doctors’ prescribing. *Fam Pract* 1991; 8: 314 – 9.
 12. Kai J. What worries parents when their preschool children are acutely ill, and why: a qualitative study. *BMJ* 1996; 313: 983 – 6.
 13. Kai J. Parents’ difficulties and informations needs in coping with acute illness in preschool children: a qualitative study. *BMJ* 1996; 313: 987 – 90.
-

Publisert: 10. juni 2000. *Tidsskr Nor Legeforen*.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 11. juli 2026.