Mere af noget godt er ikke altid bedre

LEDER

Henrik Ib Nielsen

Ugeskr Læger 2017;179:V69192

Antibiotika har reddet flere menneskeliv end cancerkemoterapi, invasiv kardiologi, transplantation etc. tilsammen. Succesen har varet længe og er blevet hverdag på en måde, så befolkning og sundhedssystem har taget antibiotikas effekt for givet. Sådan er det desværre ikke længere. Et voldsomt stigende forbrug af antibiotika hos mennesker og dyr verden rundt har fremmet en udvikling, hvor bakterier i højere og højere grad er blevet resistente over for de foretrukne antibiotika. På det seneste er problemet vokset yderligere, idet bakterier, der er resistente for selv de mest bredspektrede antibiotika, er påvist både i udlandet og herhjemme. Truslen om »den postantibiotiske ære« er nået medierne og de politiske organer, og forventninger om faglig handling er en naturlig reaktion. Dette må vi hilse velkomment, idet der er behov for en øget indsats på mange områder af sundhedssystemet for at fastholde antibiotikafølsomheden hos patogene bakterier. Forudsætningen for store dele af moderne avanceret medicinsk og kirurgisk behandling er muligheden for effektiv og bivirkningsfri antibiotisk behandling. Derfor er det så kritisk, at vi bevarer muligheden for virksomme lægemidler mod infektioner.

Indsatsen i de kommende år bør bygge på fagligt funderede metoder, hvor det dokumenteres efter almindelige videnskabelige kriterier, at interventionerne har effekt. I et nyt Cochranereview [1] gennemgår man al tilgængelig viden om effekt af en række forskellige interventioner på hospitalers forbrug af antibiotika. Den gode nyhed er, at der på flere områder er evidens. Især skal det fremhæves at: 1) Anvendelse af tværfaglig supervision i ordination og anvendelse af antibiotika virker, 2) en fastlagt central styring og begrænsning i klinikerens adgang til valg af antibiotika hjælper bedre end udgivelse af guidelines til frivillig benyttelse, og 3) personlig feedback fra eksperter til den enkelte kliniker øger effekten af intervention.

Et gennemgående træk ved de 211 analyserede studier [1] er, at afkortning af varigheden af behandling ikke medførte dårligere overlevelse. Brug af defensiv medicin er en kendsgerning i mange aspekter af sundhedsvæsenet, og oftest har det overvejende negativ økonomisk betydning. På antibiotikaområdet, derimod, medfører unødigt overforbrug – ud over spild af penge – en udvikling mod højere forekomst af resistens. Tendensen i de nyeste anbefalinger til antibiotisk behandling er derfor at anvende kortere varighed, end vi har været vant til.

Hertil kommer, at forskellige grupper af antibiotika ikke har samme evne til at fremme udvikling af resistens. Valget af empirisk behandling kan derfor foretages mere eller mindre hensigtsmæssigt på dette punkt, og Sundhedsstyrelsen vejledte i 2012 [2] landets læger i at være særligt tilbageholdende med brugen af cefalosporiner, kinoloner og karbapenemer. Vi må derfor omlægge vanerne med ukritisk at ordinere disse lægemidler, medmindre det understøttes af mikrobiologisk diagnostik, og i stedet huske de velkendte antibiotika, f.eks. aminoglykosider, som har høj effektivitet. Beklageligvis har frygt for bivirkninger bidraget til aftagende brug af gentamicin, men det er ved bakteriæmi påvist, at kortvarig (< 5 dage) anvendelse ikke øger de renale bivirkninger [3]. Erfaringer fra Herlev Hospital viser, at hensigtsmæssig omlægning af antibiotika kan gennemføres med succes, uden at slutresultatet for patienten er ringere [4]. Vi må også lægge endnu mere vægt på optimeret – og hurtig – mikrobiologisk diagnostik for at kunne målrette behandlingen. Selv hos de mest syge patienter på intensivafdelinger har empirisk anvendelse af mere bredspektret behandling – uden underliggende mikrobiologisk diagnose – ingen virkning på overlevelsen [5].

Antibiotika er godt og nødvendigt for fortsat gode resultater i behandlingen af patienter med infektioner, men (endnu) mere brug af antibiotika er *ikke* godt. Fagligt baserede og målrettede interventioner kan heldigvis hjælpe os til at opnå et mindre forbrug. Det vil indskrænke den enkelte klinikers ubetingede frie valg, men det er en nødvendighed for fremtidens muligheder for effektiv behandling.

LITTERATUR

1. Davey P, Marwick CA, Scott CL et al. Interventions to improve antibiotic prescribing practices for hospital inpatients. Cochrane Database Syst Rev 2017;2:CD003543.
2. www.sst.dk/media/34F841A604D94FD596168CAC4F2D8A3D.ashx (6 jun 2017).
3. Spanggaard MH, Hønge BL, Schønheyder HC et al. Short-term gentamicin therapy and risk of renal toxicity in patients with bacteraemia. Scand J Infect Dis 2011;43:953-6.
4. Boel J, Søgaard M, Andreasen V et al. Evaluating antibiotic stewardship programs in patients with bacteremia using administrative data: a cohort study. Eur J Clin Microbiol Infect Dis 2015;34:1475-84.
5. Jensen JU, Hein L, Lundgren B et al. Procalcitonin-guided interventions against infections to increase early appropriate antibiotics and improve survival in the intensive care unit: a randomized trial. Crit Care Med 2011;39:2048-58.

KORRESPONDANCE:
Henrik Ib Nielsen, Infektionsmedicinsk Afdeling, Klinik Medicin, Aalborg Universitetshospital.
E-mail: henrik.nielsen@rn.dk

INTERESSEKONFLIKTER: ingen. Forfatterens ICMJE-formular er tilgængelig sammen med lederen på Ugeskriftet.dk