

# Förbättrad antibiotikae användning i fokus i regeringens patientsäkerhets satsning

**Smittskyddsinstitutet har fått i regeringsuppdrag att utvärdera patientsäkerhets satsningen vad gäller antibiotikaförskrivning. För att nå målet 250 recept per 1 000 invånare och år krävs ökad följsamhet till rekommendationer. Fortfarande ses dock stora regionala skillnader som saknar medicinsk grund.**

I regeringens patientsäkerhets satsning som lanserades den 16 december 2010 har arbetet för en rationell antibiotikae användning hög prioritet. Under 2011 har prestationsbaserade stimulanspengar på totalt 100 miljoner kronor avsatts för detta område. Patientsäkerhets satsningen bygger på ett avtal mellan staten och Sveriges Kommuner och landsting (SKL) och pågår till 2014.

**Stimulansmedlen syftar till** en ökad följsamhet till behandlingsrekommendationer. Som en konsekvens av det arbetet ska den totala antibiotikaförskrivningen i öppenvården (primärvård och övrig öppen specialistvård) närma sig ett nationellt satt mål på 250 antibiotikarecept per 1 000 invånare och år. Ett mål som är ämnat att nås fullt ut 2014. Det är viktigt att understryka att målet måste tillämpas på tillräckligt stort patientunderlag, och det är därför endast applicerbart på landstingsnivå och inte på en enskild vård-enhet eller vårdcentral.

**KARIN TEGMARK-WISELL**  
överläkare, enhetschef för antibiotika och vårdhygien

**OTTO CARL**  
professor, ordförande i Stramarådet; båda vid Smittskyddsinsti-tutet, Stockholm

Stramagrupperna (Strategigrupp för rationell antibiotikae användning och minskad antibiotikaresistens) har en central roll i arbetet för en ökad kvalitet i antibiotikae användningen inom såväl öppen- som slutenvård. De är också prioriterade i regeringens patientsäkerhets satsning. Ett grundkrav för att få stimulanspengar 2011 är att vårdgivarna senast den 30 september 2011 inrättat en lokal Stramagrupp med ett tydligt uppdrag och erforderlig finansiering. Gruppen ska inneha kompetens inom åtminstone infektionsmedicin, klinisk mikrobiologi, primärvård, smittskydd, vårdhygien och farmaci. Utöver detta är det önskvärt att kompetens inom barn- och ÖNH-specialiteterna samt för information/kommunikation finns tillgänglig för gruppen.

I det av regeringen definierade Stramarbetet ingår att ta fram, analysera och föra ut kunskap om antibiotikaförskrivning och resistensläge på lokal och regional nivå för att nå en förbättrad antibiotikae användning i öppen- och slutenvård. Redan i dag finns Stramagrupper i de flesta landsting som arbetar med dessa frågor, ofta i samarbete med läkemedelskommittéer, vårdhygien och laboratorier. Alla har dock inte finansiering och ett tydligt uppdrag.

**Regeringens långsiktiga** nationella mål för öppenvården har satts till 250 antibiotikarecept per 1 000 invånare och år och utgår från det mål som tidigare nationella Strama (numera Stramarådet vid Smittskyddsinstitutet) lanserade i samband med Europeiska antibiotikadagen den 18 november 2009.

Underlaget till 250-målet baseras på en noggrann analys av registrerade diagnos-

kopplade besök för luftvägsinfektioner i primärvården i Kalmar län [1]. Analysen har skett utifrån nationella behandlingsrekommendationer som Läkemedelsverket tagit fram tillsammans med Strama.

Målet baseras således endast på en bedömning av potentialen för en minskad förskrivning av antibiotika för luftvägsinfektioner i primärvården. Det finns dock tecken på att överförskrivning sker även för andra infektionstillstånd i primärvården, liksom att mindre väl motiverade förskrivningar sker av övriga specialister inom öppenvård såsom tandläkare och sjukhusanslutna mottagningar, vilket motsvarar cirka 40 procent av den totala receptvolymen i öppenvården.

**Förskrivningen av antibiotika** i öppenvården utgör 90 procent av all antibiotikaförskrivning och är självklart ett gemensamt ansvar för både primärvård och övrig öppen specialistvård.

En pågående analys av alla infektionsbesök på 40 vårdcentraler spridda i landet (luftvägsinfektioner, urinvägsinfektioner och hudinfektioner) från 2007-2009 stöder de data som erhållits från Kalmar län. Detta är en databas över infektionsbesök i primärvården som är under uppbyggnad och utvidgning



Illustration: Ewa Knutsson

**Att nu och i framtiden ha tillgång till en effektiv behandling vid bakteriella infektioner är i högsta grad en patientsäkerhetsfråga, anser Smittskydds-institutet.**

för att följa trender i diagnostik och behandling av infektioner i primärvården.

Tillgång till sådana diagnoskopplade förskrivningsdata krävs för all öppenvård för en uppföljning över tid av det nationella 250-målet och för att säkerställa att »underförskrivning« inte sker.

**Läkemedelsverkets och Stramas** behandlingsrekommendationer för infektioner i öppenvård, och de studier dessa baseras på, gäller i övrigt friska personer med normalt immunförsvar. Det är därför viktigt att alltid göra en individuell bedömning och ta

## ■ BAKGRUND

Att nu och i framtiden ha tillgång till en effektiv behandling vid bakteriella infektioner är i högsta grad en patientsäkerhetsfråga. Det finns en klar koppling mellan användning av antibiotika och resistens såväl på befolkningsnivå som på individnivå. Så länge vi an-

vänder antibiotika kommer resistens att vara ett problem. Men det går att minska verkningslös eller felaktig antibiotikae användning som driver på resistensutvecklingen i onödan och som kan ge patienten onödiga biverkningar och en ineffektiv behandling.

hänsyn till om det finns faktorer som ger ökad risk för komplikationer eller långsammare läkning.

Parallellt med en minskad antibiotikaförskrivning måste det fortsatt på nationell nivå utvärderas om komplikationer till vanliga infektioner ökar, till exempel mastoidit, där ingen ökning kunnat påvisas hittills [2].

**I Sverige förskrevs** under perioden oktober 2009 till september 2010 i genomsnitt 386 recept per 1000 invånare och år, men fortfarande finns stora regionala skillnader som saknar medicinsk grund (för mer information se <<http://www.strama.se>>). Förutsatt att landstingen inrättar en Stramagrupp och verkar för ökad följsamhet till gällande behandlingsrekommendationer fördelar regeringen 100 miljoner kronor till de landsting som minskar sin antibiotikaförskrivning inom öppenvården med 10 procent av mellanskillnaden av nuvarande förskrivning och målet 250 recept per 1000 invånare och år under 2011. Brytpunkten för utvärderingen är september 2011.

**Smittskyddsinstitutet** har fått i regeringsuppdrag att utvärdera patientsäkerhets-satsningen inom detta område. Utvärderingen ligger till grund för beslut om stimulan-medel. För att följa upp arbetet med att öka följsamheten till rekommendationer kommer Smittskyddsinstitutet att i dialog med landstingen tidigt under 2011 ta fram utvärderingsinstrument för detta.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

**REFERENSER**

1. Mölstad S, André M, Norman C, Hedin K, Engström S. Vid vanliga infektioner: att ge eller inte ge antibiotika. *Läkartidningen*. 2009;106:3162-6.
2. Diagnostik, behandling och uppföljning av akut mediaotit (AOM). Information från Läkemedelsverket. 2010;21(5):13-24.

**REPLIK TILL LEIJONHUFVUD OCH LYNØ OM SEDERINGSTERAPI:**

**Patienternas uppfattning viktigast**

■ »Vems vården ska accepteras – den palliativa vårdens eller patientens?« frågar sig Madeleine Leijonhufvud och Niels Lynøe i sin replik till vårt inlägg i *Läkartidningen* 50/2010. De menar att den palliativa vården är mer värdebaserad än evidensbaserad [1, 2].

**Vi anser att Leijonhufvud och Lynøe** målar upp en vrågbild av den palliativa vården och sedan använder den som utgångspunkt för sin argumentation, vilket naturligtvis gör det mycket enklare att finna kritik. Leijonhufvud och Lynøe beskriver en palliativ vård som verkar baseras på en systematisk förekomst av (udda) värderingar, som dessutom påtvingas patienter utan respekt för dem som individer, och där vården utnyttjar ett maktöverläge mot den döende patienten.

I *Läkartidningen* 49/2010 (sidorna 3153-4) beskriver Lynøe den palliativa vården som »inofficiella subkulturers värderingar inom sjukvården« och menar att patienterna kan »bemötas av en oförstående och ifrågasättande personal« och att de »blir utsatta för den ultimativa kränkningen: att även på dödsbädden bli bemött som en mindervärdig medmänniska« [3].

**Som läkare verksamma både kliniskt och akademiskt** inom palliativ vård vill vi bemöta denna kritik. Vi känner inte igen den bild som målas upp och kan inte riktigt förstå varifrån Leijonhufvud och Lynøe fått sina intryck.

Enligt vår erfarenhet genomsyras den palliativa vården av samhällets värderingar med en djup respekt för den individuella patienten och hennes autonomi. Vi delar självklart författarnas åsikt att det är patienten som bedömer graden av sitt lidan-

de, och vi särskiljer inte mellan lidande med ursprung i olika dimensioner.

Palliativ vård har samma krav på evidensbaserad och vederhäftighet som all annan medicinsk vård. I det praktiska bemötandet av den döende patienten används en bred terapiarsenal av ett multiprofessionellt team som arbetar med det gemensamma målet att lindra patientens lidande, oavsett lidandets ursprung, samt upprätthålla funktion och livskvalitet och att patienten ska få leva även den sista tiden i livet på sina villkor, vilket naturligtvis ser olika ut för olika människor [4].

**Uppenbarligen är Leijonhufvud och Lynøe** mycket kritiska till den palliativa vården, men för vår del är patienternas egen åsikt det intressanta i frågan. Enligt en pågående kvalitetsuppföljning inom Stockholms läns landsting, där hittills över 800 patienter och närstående har svarat, tyckte 99 procent av patienterna att vården var bra, mycket bra eller utmärkt, 1 procent (8 patienter) tyckte att den var någorlunda, och ingen tyckte vården var dålig (tills vidare opublicerade data). Detta är mycket höga siffror i jämförelse med den övriga vården. Motsvarande siffra för anhöriga, som svarat på frågan efter patientens bortgång, var 97 procent. Den palliativa vården lyckas uppenbarligen svara mot pa-

tientens och familjens behov i synnerligen hög grad.

**Leijonhufvud och Lynøe** hänvisar till att den »palliativa vårdens mål att inte förkorta liv kan vara i strid med svensk hälso- och sjukvårdslagstiftning«. Vi vill påtala att den palliativa vårdens mål fastslagits av WHO, som knappast kan anses företräda någon »inofficiell subkultur« [4]. Utgående från WHO:s definition delas denna formulering av samtliga länder som arbetar med specialiserad palliativ vård. Uppenbarligen har Leijonhufvud och Lynøe varken samsyn med oss eller med WHO.

**Marit Karlsson**

överläkare, Linköpings avancerade hemsjukvård (LAH); doktorand, Karolinska institutet, Stockholm  
marit.karlsson@ki.se

**Peter Strang**

professor i palliativ medicin; Karolinska institutet, Stockholm

**REFERENSER**

1. Leijonhufvud M, Lynøe N. Replik: Vems vården ska accepteras – den palliativa vårdens eller patientens? *Läkartidningen*. 2010;107:3222-3.
2. Karlsson M, Strang P. Replik till Leijonhufvud och Lynøe: Finns det en etisk skillnad mellan döds-hjälp och sederingssterapi? *Läkartidningen*. 2010;107:3221-2.
3. Lynøe N. Nyttigt med Kierkegaard inom den palliativa vården? *Läkartidningen*. 2010;107:3153-5.
4. WHO. Definition of palliative care [citerat 22 december 2010]. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

**REPLIK TILL ENGSTRÖM OCH ECKERDAL:**

**Erbjud sederingssterapi när behov föreligger**

■ Ingemar Engström och Gunnar Eckerdal (E & E) har reagerat på vår debattartikel

»Sederingssterapi som förkortar livet – dråp eller adekvat vård?« (LT 45/2010, sidorna