



Antibiotikaresistensen i Europa øker

Det er store forskjeller mellom de europeiske landene både hva angår antibiotikaresistens og forbruket av disse legemidlene. Det ser også ut til å være en klar sammenheng mellom de to fenomenene. Norge ligger godt an når det gjelder antibiotikaresistens, men vi kan godt skjerpe oss når det gjelder forskrivning i utrengsmål. Tannlegene kan bidra med sitt.

I Stockholm finner vi det europeiske senteret for sykdomsforebygging og -kontroll (ECDC), som ble etablert så sent som i mai i fjor. Seniorekspert Dr. Peet J. Tüll er den som har best oversikt over problemområdet antibiotikaresistens, som er ett av senterets fire hovedsatsingsområder.

– Hvordan arbeider dere for å få oversikt over graden av antibiotikaresistens i Europa?

– Før senteret ble opprettet, var det allerede etablert flere nettverk for informasjonsutveksling, bestående av laboratorier som var opptatt av de samme spørsmålene. Disse nettverkene drar vi nytte av i vårt arbeid, i et system der noen ledende laboratorier har fått i oppgave å være knutepunkt. De samordner informasjonen, som i neste omgang kommer inn til oss. Om noen år vil nettverkene drives herfra.

– Hva vet dere om antibiotikaresistens i de ulike landene per i dag?

– Den mest omfattende oversikten vi har, gjelder resistens hos stafylokokker som har forårsaket blodforgiftning. Oversikten er basert på data fra sykehus i mange europeiske land. Det varierer riktignok fra land til land hvor mange sykehus vi har data fra, og noen land har vi ikke fått noe fra i det hele tatt. Ennå. Nettverkene utvikles stadig, og i takt med dette forbedres datagrunnlaget vårt.

– Hvordan ser det ut for et land som Norge?



Seniorekspert Peet J. Tüll ved ECDC ser at utviklingen går i retning av mer antibiotikaresistens, men er likevel ikke blant de mest pessimistiske.

– I Norge er resistensen under én prosent ifølge våre data, og bedre enn det kan det ikke bli. Det er det samme som på Island og i Nederland, som sammen med Norge er de landene som ligger best an. Sverige har til sammenligning en resistensgrad på mellom én og fem prosent. De landene som ligger dårligst an, med resistens på mellom 25 og 50 prosent, er Belgia, Hellas, Irland, Portugal, Spania og Storbritannia, mens aller verst er det i Romania med over 50 prosent resistens.

– Hvordan henger disse tallene sammen med forbruket av antibiotika i de ulike landene?

– Det ser ut til å være stor grad av sammenheng mellom forbruk og resistens. Parallelt med resistensen har vi fått kartlagt forbruket, angitt ved antall døgndoser av de ulike typer antibiotika per 1 000 innbyggere, og kurvene for resistens og forbruk følger hverandre nesten helt nøyaktig. De landene med høyest forbruk ligger på 30 døgndoser

per ett tusen innbyggere i 2003, mens Norge ligger på 15. Det er litt over det vi har fått oppgitt for Sverige og Danmark, så en helt nøyaktig sammenheng er det ikke.

Utviklingen kan snus

Norge har altså et relativt høyt forbruk i forhold til den lave graden av resistens. Tendensen for hele Europa er at resistensen øker, mens forbruket enkelte steder er på vei ned. Det er mulig å snu utviklingen, men det trengs betydelig innstramning på forbruket for at det skal skje. Likeledes kreves det strenge rutiner i de enkelte land for å hindre import av resistente bakterier. Disse rutinene svikter mange steder.

– Hva mener dere ved ECDC at man kan gjøre for å hindre utviklingen i å gå i gal retning?

– Det vi kan gjøre er å fortsette kartleggingen, slik at datagrunnlaget blir bedre. Samtidig er vi opptatt av å bidra med opplysning, både overfor leger og pasienter. Legene må være nøye med diagnostiseringen og ikke forskrive antibiotika der det ikke er til noen hjelp. Parallelt må pasientene opplyses, slik at de ikke ber om antibiotika for plager der disse legemidlene ikke har noen effekt. Her kan det være mye å hente. Personlig har jeg stor tro på folkeopplysning, gjerne gjennom lokale medier. I det hele tatt er vi opptatt av å bringe problemet ned på et lavest mulig nivå, og ansvarliggjøre mest mulig lokalt. I tillegg ser vi at det kanskje kan nytte med en offensiv mot forsikringsselskapene, som gjerne ser antibiotika som et billig alternativ til mange andre typer behandling. Dermed er de ikke så restriktive som vi kunne ønske når det gjelder å utbetale erstatningssummer for slik behandling.

Noen land jobber systematisk lokalt

I Sverige har de laget et system der farmakologer og leger som forskriver anti-

biotika møtes i grupper for å diskutere ulike former for praksis og utveksle erfaringer. Belgia og Tsjekkia har etablert tilsvarende systemer, men ifølge samtalepartnere som Dr. Tüll har i Norge, er det visst umulig å få til noe sånt her til lands. Hvorfor det ikke skulle være mulig, har han ikke fått noe godt svar på.

– Vi er svært opptatt av å påvirke hverdagsatferden til alle som kan bidra. Vi setter mye inn på å kartlegge praksis og rutiner i de ulike land, og sette inn virkemidler som er tilpasset den lokale virkeligheten. Hygienerutiner er ikke minst viktig i denne sammenheng. Vi har en lang liste over indikatorer som vi diskuterer med de ulike landene. I tillegg til at vi spør hvordan det står til med de enkelte rutinene, legger vi stor vekt på å få svar på hvordan de vet at rutinene følges.

Tannlegenes bidrag

– På hvilken måte kan tannlegene bidra til at utviklingen av antibiotikaresistens begrenses?

– Jeg har ingen egne tall som viser tannlegenes forskrivningshyppighet, bare så det er sagt. Og når det gjelder bakteriene i munnfloraen er det heller ikke der man ser mest resistens. Men vi vet at tannleger forskriver antibiotika i relativt stor grad, så også for dem gjelder det å være nøyaktige og tydelige i diagnostiseringen, og ikke forskrive antibiotika der det ikke er nødvendig. Som for alle andre gjelder det også å velge et minst mulig bredspektret preparat. Jeg sier ikke dermed at man skal være restriktiv, man må for all del forskrive antibiotika når det er nødvendig, og også velge et preparat man er sikker på tar knekken på uhumskeheten. Likeledes er det like viktig for tannlegene, som for andre, å være nøye med hygien. Og er det ikke noe synlig smuss på hendene er sprit langt å foretrekke fremfor såpe og vann.

Ikke pessimistisk

– Enkelte sier at om et visst antall år, noen sier fem og andre sier ti, har vi ikke lenger noe antibiotika å sette inn mot bakterielle sykdommer. Hva er din spådom?

– Jeg er ikke så pessimistisk. Men utviklingen går i retning av at det blir flere og flere pasienter som ikke kan hjelpes av antibiotika.

– Hva med nye preparater, eller andre typer legemidler – er det noe under utvikling?

– Industrien har ikke kommet med noe nytt antibiotikum på 15 år. Det kunne vært mulig, men de finner det ikke lønnsomt nok. Når det gjelder andre typer behandlingsmåter, foregår det forskning innenfor genteknologien, men det er ikke kommet til noe gjenombrudd ennå. Foreløpig har vi bare antibiotikaen, og den kan hjelpe oss godt også i lang tid fremover, tror jeg. Men som sagt, antallet tilfeller der ingenting hjelper kommer til å stige hvis vi ikke endrer atferd, avslutter Peet J. Tüll, som ikke kan få understreket nok at det er et kollektivt ansvar å begrense resistensutviklingen. Alle kan bidra, tannlegen også; både som vanlig borger og pasient og som forskriver.

Tekst og foto: Ellen Beate Dyvi

www.ecdc.europa.eu/en/int