
Skreddersydde tiltak gir bedre antibiotikastyring i norske sykehus

FRA FAGMILJØENE

INGRID CHRISTENSEN

christingrid@gmail.com

Ingrid Christensen er lege i spesialisering i samfunnsmedisin og stipendiat ved Avdeling for smittevern, Sykehuset Østfold Kalnes. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

DAG BERILD

Dag Berild er dr.med., spesialist i infeksjonssykdommer og professor ved OsloMet – storbyuniversitetet. Han er tidligere overlege og leder av antibiotikastyringsprogrammet ved Oslo universitetssykehus. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

LARS-PETTER JELSNESS-JØRGENSEN

Lars-Petter Jelsness-Jørgensen er ph.d., professor ved Avdeling for helse og velferd, Høgskolen i Østfold, og seniorforsker ved Sykehuset Østfold. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

JØRGEN VILDERSHØJ BJØRNHOLT

Jørgen Vildershøj Bjørnholt er spesialist i medisinsk mikrobiologi og infeksjonssykdommer, overlege ved Avdeling for mikrobiologi, Oslo universitetssykehus, og førsteamanuensis ved Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

JON BIRGER HAUG

Jon Birger Haug er ph.d., spesialist i infeksjonssykdommer og smittevernoverlege og leder av antibiotikateamet ved Sykehuset Østfold Kalnes.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

For bedre antibiotikastyring og bekjempelse av antibiotikaresistens i norske sykehus er funn fra kvalitative studier et nyttig supplement.

Antibiotikastyringsprogram består av koordinerte handlinger som skal sikre bærekraftig antibiotikabehandling. Slike tiltak er ofte basert på internasjonal forskning, men bør tilpasses lokale forhold for best mulig effekt [\(1, 2\)](#). Her kan kvalitativ forskning bidra, og vi ønsker å formidle hovedfunn fra nylige norske studier.

I 2016 ble antibiotikastyringsprogram et nasjonalt krav, og i løpet av 2017 hadde alle norske sykehus opprettet slike program [\(3\)](#). Etter en god trend frem til 2020 gikk bruken av bredspektrede antibiotika opp, og reduksjonen per 2021 var kun rundt 15 % sett i forhold til 2012, kun halvveis til den nasjonale målsettingen om 30 % reduksjon [\(3, 4\)](#). Covid-19-pandemien kan ha vært medvirkende for den negative trenden [\(5\)](#), også internasjonalt [\(6\)](#). Likevel finnes ukjente faktorer som motvirker god forskrivningspraksis. Kvalitative studier er egnet til å kartlegge slike.

Basert på fire kvalitative studier fra norske sykehus vil vi sammenfatte funn som kan være nyttige for videre arbeid med antibiotikastyring i norske sykehus [\(7–10\)](#).

Struktur og prioriteringer

Tidspress blir pekt på som en vesentlig barriere for å forskrive antibiotika riktig. Tre konkrete områder er beskrevet nedenfor.

Oppfølging av pasienter på sengepost

Sykehusleger rapporterer at det ofte blir gitt mer antibiotika, og gjerne bredspektret, «for sikkerhets skyld», dersom oppfølgingskapasiteten vurderes som mangelfull [\(8\)](#). Slik kompensatorisk adferd er ikke overraskende, da det er påvist en sammenheng mellom sykepleiers arbeidspress og pasientsikkerhet [\(11\)](#).

Forslag: Det kan være nyttig å gjennomgå ansattstruktur og rutiner, spesielt sykepleierkapasitet.

Infeksjonslegers rådgivende funksjon

Sykehusleger opplever god nytte av å konferere med infeksjonsleger, mens infeksjonslegene rapporterer at deres rådgivning har et forbedringspotensial, og at mer tid bør settes av til oppgaven [\(7, 8\)](#).

Forslag: Evaluere rutiner for konferering.

Rutiner for mikrobiologi

Ofte er ikke mikrobiologiske prøver representative, enten pga. feil prøvetakingsteknikk eller -materiale eller pga. feil indikasjon, og det vises til tidspress som årsak [\(7, 8\)](#). Videre viser en forskningsrapport fra et norsk lokalsykehus at antibiotikabehandling ofte ikke blir justert etter mikrobiologisk prøvesvar [\(12\)](#).

Forslag: Økt innsikt i hverandres fagfelt kan gi bedre kommunikasjonsrutiner og forbedre nytten av mikrobiologiske prøver [\(9\)](#).

Klinisk etikk-komité

Klinisk etikk-komité kan i større grad benyttes aktivt og strukturert ved vanskelige antibiotikavalg, for eksempel ved dilemma rundt seponering [\(8\)](#). Komiteen kan også ha en rolle som rådgiver i vanskelige helseprioriteringer [\(13\)](#).

Styrket lederansvar

Et gjennomgående funn i de kvalitative studiene er at organisatoriske endringer (f.eks. arbeidsstrukturendring) er utslagsgivende for optimal antibiotikastyring. Lederforankring er en forutsetning [\(7, 8\)](#). En nylig, omfattende kartlegging av antibiotikastygingsprogrammet i Norge viste mangelfull lederforpliktelse selv om programmet var etablert [\(14\)](#).

Inflammasjonsmarkøren prokalsitonin

Prokalsitonin er vist å bidra til kortere antibiotikabehandlingstid ved pneumoni og sepsis [\(15\)](#). Selv sykehusleger som er kjent med denne markøren, har behov for mer veiledning [\(10\)](#). I en ikke-publisert spørreundersøkelse fra 2019 fant vi at 27 av 28 (96 %) norske sykehus hadde tilgang til analyse av prokalsitonin, men at kun 5 (19 %) av disse hadde systematisert bruk av prokalsitonin i sitt antibiotikastygingsprogram.

REFERENCES

1. Charani E, Edwards R, Sevdalis N et al. Behavior change strategies to influence antimicrobial prescribing in acute care: a systematic review. Clin Infect Dis 2011; 53: 651–62. [PubMed][CrossRef]

2. Davey P, Marwick CA, Scott CL et al. Interventions to improve antibiotic prescribing practices for hospital inpatients. *Cochrane Database Syst Rev* 2017; 2: CD003543. [PubMed][CrossRef]
3. Helse- og omsorgsdepartementet. Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/915655269bc04a47928fce917e4b25f5/handlingsplan-antibiotikaresistens.pdf> Lest 28.1.2022.
4. Nasjonalt kompetansesenter for antibiotikabruk i spesialisthelsetjenesten (KAS). Søkeresultater for «forbruksrapporter» - antibiotika.no.
https://www.antibiotika.no/?post_type=post&s=forbruksrapporter Lest 27.1.2022.
5. Øverstad S, Tjønnfjord E, Olsen MK et al. 70 pasienter med covid-19 innlagt ved Sykehuset Østfold. *Tidsskr Nor Legeforen* 2020; 140: 1885–90. [CrossRef]
6. Rawson TM, Moore LSP, Zhu N et al. Bacterial and fungal coinfection in individuals with coronavirus: a rapid review to support COVID-19 antimicrobial prescribing. *Clin Infect Dis* 2020; 71: 2459–68. [PubMed][CrossRef]
7. Skodvin B, Aase K, Charani E et al. An antimicrobial stewardship program initiative: a qualitative study on prescribing practices among hospital doctors. *Antimicrob Resist Infect Control* 2015; 4: 24. [PubMed][CrossRef]
8. Christensen I, Haug JB, Berild D et al. Factors Affecting antibiotic prescription among hospital physicians in a low-antimicrobial-resistance country: a qualitative study. *Antibiotics (Basel)* 2022; 11: 98. [PubMed][CrossRef]
9. Skodvin B, Aase K, Brekken AL et al. Addressing the key communication barriers between microbiology laboratories and clinical units: a qualitative study. *J Antimicrob Chemother* 2017; 72: 2666–72. [PubMed][CrossRef]
10. Christensen I, Haug JB, Berild D et al. Hospital physicians' experiences with procalcitonin - implications for antimicrobial stewardship; a qualitative study. *BMC Infect Dis* 2020; 20: 515. [PubMed][CrossRef]
11. Brubakk K, Svendsen MV, Hofoss D et al. Associations between work satisfaction, engagement and 7-day patient mortality: a cross-sectional survey. *BMJ Open* 2019; 9: e031704. [PubMed][CrossRef]
12. Andreassen V, Waagsbø B, Blix HS. Bruk av ciprofloksacin ved et lokalsykehus. *Tidsskr Nor Legeforen* 2020; 140: 1463–5.
13. Magelssen M, Pedersen R, Førde R. Hvordan arbeider klinisk etikk-komiteene? *Tidsskr Nor Legeforen* 2018; 138: 134–7.
14. Skodvin B, Høgli JU, Gravningen K. Nationwide audit and feedback on implementation of antibiotic stewardship programmes in Norwegian

hospitals. JAC-Antimicrobial Resistance 2021; 3: dlab063.

15. Schuetz P, Beishuizen A, Broyles M et al. Procalcitonin (PCT)-guided antibiotic stewardship: an international experts consensus on optimized clinical use. Clin Chem Lab Med 2019; 57: 1308–18. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 22. mars 2022. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.22.0094

Mottatt 3.2.2022, godkjent 18.2.2022.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2025 Lastet ned fra tidsskriftet.no 27. desember 2025.