

Mistanke om infeksjon er den vanligste årsaken til innleggelse i nyfødtavdeling for barn født til termin. Symptomer på infeksjon hos nyfødte er uspesifikke og det er vanskelig å avgjøre om symptomene skyldes en behandlingskrevende infeksjon eller er forbigående. Det er derfor bred enighet blant nyfødtleger om at det er god klinisk praksis å starte antibiotika når symptomer kan være uttrykk for en begynnende infeksjon, men at slik behandling raskt skal avsluttes når symptomene er avklart.

Bakgrunn

Totalt får 40 % av alle innlagte nyfødte og 3,8 % av alle nyfødte antibiotikabehandling av kortere eller lengre varighet hvert år.

Å la være å bruke antibiotika kan i verste fall føre til dødsfall. Det er imidlertid ingen holdepunkter for en slik praksis i Norge. Overforbruk av antibiotika har flere bieffekter, blant annet utvikling av antibiotikaresistens. Antibiotikabruk påvirker også barnets tarmflora og kan bidra til økt risiko for senere sykdom. Nyere retningslinjer anbefaler å stoppe antibiotikabehandlingen 36-48 timer etter oppstart hvis det ikke lenger er mistanke om infeksjon/sepsis.

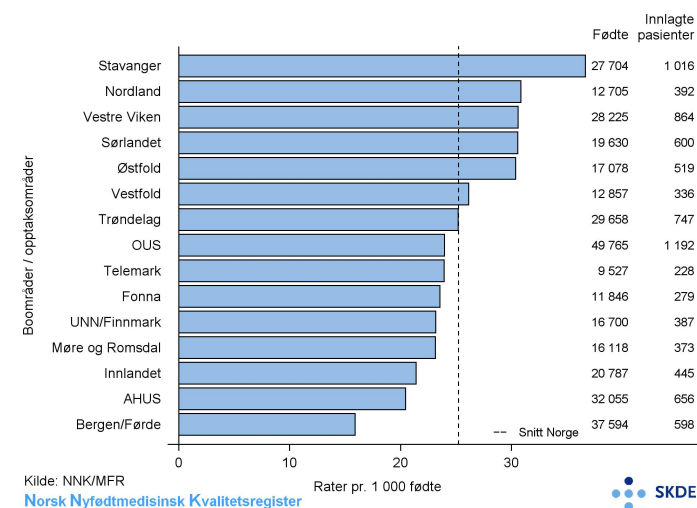


Fig.1. Antibiotikabehandling, antall pasienter pr. 1 000 fødte, gestasjonsalder 37 uker eller mer

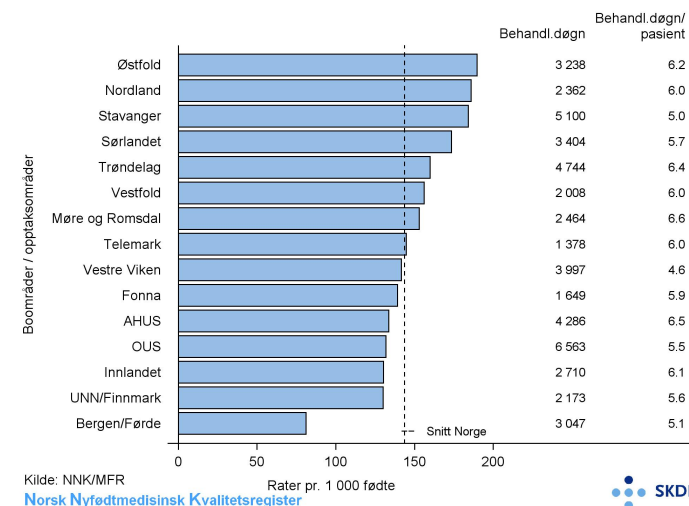


Fig.2. Antibiotikabehandling, antall behandlingsdøgn pr. 1 000 fødte, gestasjonsalder 37 uker eller mer

Resultater

For bruk av antibiotika er variasjonen størst for terminfødte barn (gestasjonsalder 37 uker eller mer). Det er 2,3 ganger så mange terminfødte barn som får antibiotikabehandling i boområdet Stavanger som i boområdet Bergen/Førde (Fig.1). Varigheten av antibiotikabehandlingen varierer like mye. I boområdet Østfold er det 2,3 ganger så mange behandlingsdøgn for terminfødte barn som i boområdet Bergen/Førde (Fig.2). Forskjellen i behandlingsdøgn skyldes både at flere terminfødte barn startes på antibiotika i Østfold enn i Bergen/Førde, men også at behandlingen varer lengre i Østfold.

Variasjonen er relativt stor (Fig.3) også for sent premature barn (gestasjonsalder 34 uker til 36 uker og 6 dager), og noe mindre for tidlig premature (gestasjonsalder under 34 uker).

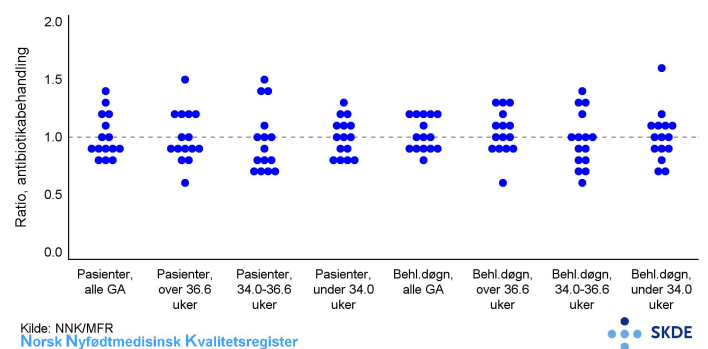


Fig.3. Variasjonsprofil, antibiotikabehandling, pasienter og behandlingsdøgn. Ratio=Rate for boområde/nasjonal rate. Ratio for et boområde er lik én når raten for boområdet er lik nasjonal rate. Variasjonen er liten når mange boområder har ratio lik eller nært én.

Kommentarer

Den observerte variasjonen i antibiotikabruk mellom boområdene lar seg ikke forklare med medisinske forhold eller ulike risikofaktorer, verken for barn født til termin, for barn født sent prematurt eller for de tidligst fødte barna (Fig.3). Variasjonen karakteriseres derfor som uberettiget.

Bruk av diagnosen sepsis varierer også betydelig mellom boområdene (se rapport). Sepsisdiagnosen settes 5,5 ganger så ofte på terminfødte barn i boområdet Nordland som i boområdet Bergen/Førde. Selv i boområdet med den laveste raten brukes sepsisdiagnosen vesentlig oftere enn hva som er dokumentert om forekomst av sepsis i Norge. Overdiagnostikk av sepsis synes å være knyttet til høye rater for oppstart og varighet av antibiotikabruk.