



INDENRIGS- OG SUNDHEDSMINISTERIET

Indenrigs- og
Sundhedsministeriet

Enhed: BESS
Sagsbeh.: DEPLAEC
Koordineret med:
Sagsnr.: 2207829
Dok. nr.: 2570574
Dato: 28-04-2023

Til Folketingets Sundhedsudvalg

Monitoreringsnotat over de nationale mål for antibiotika til mennesker i 2021

Indledning

I indeværende notat opsummeres resultaterne af monitorering af de tre nationale mål for antibiotika til mennesker i perioden 2016-2021. Mål 1 om færre indløste recepter på antibiotika og mål 3 om lavere forbrug af kritisk vigtige antibiotika er opfyldt, mens mål 2 om behandling med smalspektrede frem for bredspektrede antibiotika endnu ikke er opnået. Der er ikke sket en stigning i dødsfald af blodforgiftning (ulempeindikator), hvilket indikerer, at arbejdet med at opfylde de nationale mål for antibiotika til mennesker ikke har givet anledning til en stigning i dødelighed efter blodforgiftning.

Baggrund

Der blev i juli 2017 offentliggjort en national handlingsplan for antibiotika for at reducere forbruget af antibiotika til mennesker. Handlingsplanen gjaldt oprindeligt indtil udgangen af 2020, men er blevet forlænget til 2023. Handlingsplanen opstillede tre målbare mål for en reduktion i forbruget af antibiotika til mennesker i primær- og hospitalssektoren (jf. tabel 1). Der udarbejdes en årlig monitorering af målene, som offentliggøres og sendes til Folketingets Sundhedsudvalg. Med nærværende notat gøres der for femte gang status på opfyldelsen af de nationale mål for antibiotika til mennesker.

Tabel 1 – Mål og målintikatorer fra Antibiotikahandleplanen, 2017

Overordnet mål	Målintikator
Mål 1: Antallet af indløste recepter på antibiotika bør reduceres.	Antallet af indløste recepter på antibiotika i primærsektoren bør reduceres fra 460 recepter/1.000 indbyggere/år i 2016 til 350 recepter/1.000 indbyggere/år i 2021.
Mål 2: Der bør ske et skifte i forbruget af bredspektrede til smalspektrede antibiotika.	Der bør i højere grad behandles med mere smalspektrede antibiotika. Penicillin V bør således stige fra at udgøre ca. 31% af det samlede antibiotikaforbrug i primærsektoren i 2016 til at udgøre 36% i 2021 målt i antal recepter/1.000 indbyggere.
Mål 3: Forbruget af de antibiotika, som er kritisk vigtige for behandlingen af infektioner, bør reduceres.	Forbruget af de kritisk vigtige antibiotika bør reduceres med 10% i 2020 målt i DDD*/100 sengedage for indlagte patienter på hospitalerne sammenlignet med forbruget i 2016.

**DDD: Den definerede døgndosis.*

Det er vigtigt at bemærke, at mens mål 1 handler om at begrænse det samlede brug af antibiotika, handler mål 2 og 3 om at gøre forbruget mere hensigtsmæssigt, dvs. ved valg af antibiotikatypen i hver behandling at overveje og begrænse den samtidige risiko for påvirkning af patientens naturlige bakterieflora og resistensudvikling i denne. Helt overordnet er det betydeligt nemmere at gennemføre en almen reduktion af forbruget end at ændre på valget af de enkelte stofgrupper i den konkrete kliniske situation. Der er derfor en forventning om, at mål 1 vil være hurtigere at gennemføre end mål 2 og 3.

Status på opnåelsen af de nationale mål for antibiotika til mennesker

Mål 1: Antallet af indløste recepter på antibiotika bør reduceres.

Det første mål lyder, at antallet af indløste recepter på antibiotika i primærsektoren bør reduceres fra 462 recepter/1.000 indbyggere/år i 2016 til 350 recepter/1.000 indbyggere/år i 2021.

Som tabel 2 viser, er antallet af recepter pr. 1.000 indbyggere faldet fra 462 i 2016 til 333 i 2021. Det bemærkes, at mål 1 allerede blev opnået i 2020, samt at der er sket en lille stigning i antal recepter pr. 1.000 indbyggere fra 2020 til 2021. Der sås imidlertid et markant fald fra 2019 til 2020, som formentlig kan tilskrives covid-19 situationen. Den lille stigning fra 2020 til 2021 giver derfor ikke anledning til bekymring, idet antallet af recepter pr. 1.000 indbyggere fortsat ligger på under 350.

Tabel 2 – Antal recepter/1.000 indbyggere i primærsektoren

År	Antal recepter pr. 1.000 indbyggere pr. år
2016	462
2017	428
2018	397
2019	382
2020	329
2021	333

Kilde: Lægemiddelstatistikregisteret, opgjort den 24. februar 2022, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Recepter til enkeltpersoner i primærsektoren undtagen recepter udskrevet af sygehusansatte læger.

Mål 2: Der bør ske et skifte i forbruget fra bredspektrede til smalspektrede antibiotika.

Mål 2 omhandler, at der i højere grad bør behandles med smalspektrede antibiotika frem for bredspektrede antibiotika. Dette måles konkret ved andelen af recepter med det smalspektrede antibiotika penicillin V ud af det samlede antibiotikaforbrug i primærsektoren. Målsætningen vedrørende forbruget af penicillin V var, at forbruget skulle stige fra at udgøre 31% af det samlede antibiotikaforbrug i primærsektoren i 2016 til at udgøre 36% i 2021. Som det fremgår af tabel 3, ses et fald i andelen af recepter med penicillin V fra 31,4% i 2016 til 28,3% i 2021. Mål 2 er således ikke blevet opnået, om end der ses en lille stigning i andelen af penicillin V recepter fra 2020 til 2021.

Tabel 3 – Andel recepter med penicillin V af alle recepter med systemiske antibiotika i primærsektoren

År	Andel (pct.) penicillin V
2016	31,4
2017	31,8
2018	31,4
2019	30,5
2020	27,9
2021	28,3

Kilde: Lægemiddelstatistikregisteret, opgjort den 24. februar 2022, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Recepter til enkeltpersoner i primærsektoren undtagen recepter udskrevet af sygehusansatte læger.

Mål 3: De kritisk vigtige antibiotika på sygehusene skal falde med 10% fra 2016 til 2021 målt i DDD pr. 100 sengedage.

Mål 3 omhandler, at forbruget af de kritisk vigtige antibiotika bør reduceres med 10% i 2020 målt i DDD/100 sengedage for indlagte patienter på hospitalerne sammenlignet med forbruget i 2016. Som det kan ses i tabel 4, er det samlede forbrug af de kritisk vigtige antibiotika på sygehusene faldet fra 23,7 DDD/100 sengedage til 21,1 DDD/100 sengedage. Det svarer til et fald på 11%, og mål 3 er dermed opnået i 2021.

Tabel 4 – Forbrug af de kritisk vigtige antibiotika på sygehuse, DDD/100 sengedage

År	Carbapenemer	Cefalosporiner	Fluorokinoloner	Kritisk vigtige antibiotika, samlet	Procentvis ændring fra 2016
2016	3,1	12,1	8,5	23,7	-
2017	3,0	13,2	7,6	23,8	+ 0,4%
2018	3,3	12,1	8,1	23,5	- 0,8%
2019	3,4	11,1	7,8	22,3	- 5,9%
2020	3,7	10,9	7,5	22,2	- 6,3%
2021	3,6	10,4	7,1	21,1	- 11,0%

Kilde: Lægemiddelstatistikregisteret, Sundhedsdatastyrelsen opdateret 22. april 2022 og Landspatientregisteret, (LPR/LPR3), Sundhedsdatastyrelsen opdateret 10. marts 2022.

Note: For Lægemiddelstatistikregisteret er sygehusdata afgrænset til antibiotikaforbrug på somatiske afdelinger på offentlige sygehuse. For Landspatientregisteret inkluderer opgørelsen antal sengedage på offentlige somatiske sygehusafdelinger, for patienter registreret med dansk bopæl på indlæggelsestidspunktet. Beregningen af sengedage følger en ny algoritme efter, at Landspatientregisteret er overgået til LPR3.

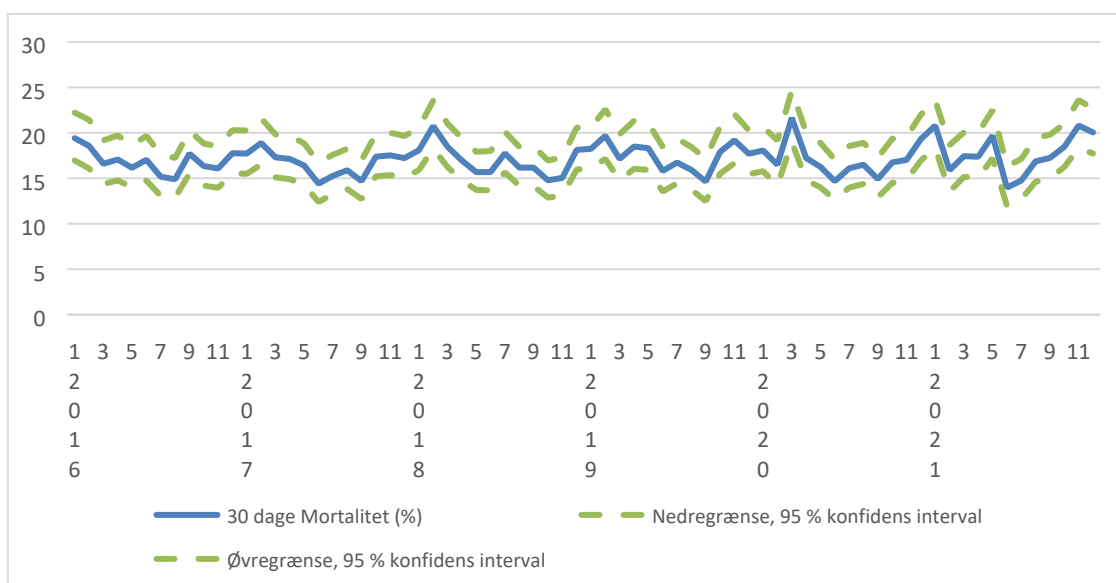
Ulempeindikator

Som indikator for, at der ikke sker øget sygdom som konsekvens af et reduceret, følges 30-dages mortalitet efter en bakteræmi (blodforgiftning). Indikatoren kaldes en ulempeindikator, da den indikerer, om arbejdet med at reducere forbruget af antibiotika resulterer i utilsigtede konsekvenser, som i værste fald kan resultere i dødsfald efter bakteræmi. Fordi det er meget vigtigt at få den rigtige antibiotikabehandling, når man er blevet diagnosticeret med en bakteræmi, kan en sådan utilsigtet konsekvens eksempelvis være underbehandling. Udover at være en god indikator for utilsigtede konsekvenser af et reduceret antibiotikaforbrug, er andre fordele ved indikatoren, at der på tværs af landet er en relativ ensartet dyrkningspraksis for bakteræmier, ligesom det er praktisk muligt at beregne data baseret på konceptet fra HAIBA (Healthcare-Associated Infections

Database). En bakteræmi er defineret som mindst én positiv bloddyrkning, der viste en patogen mikroorganisme. En ny bakteræmi tælles, når der er en ny positiv bloddyrkning mere end 30 dage efter den første positive bloddyrkning. Ulempeindikatoren inkluderer alle bakteræmier, hvor den første bloddyrkning blev taget under en indlæggelse. En indlæggelse er defineret som en hospitalskontakt på ≥ 12 timer.

I nedenstående figur 1 og tabel 5 ses resultaterne af monitoreringen af ulempeindikatoren målt som 30-dages mortalitet efter bakteræmi. I perioden 2016-2021 døde i gennemsnit 17% af patienterne med bakteræmi under en hospitalsindlæggelse inden for 30 dage efter bakteræmidagnosen. Ud over en tendens til sæsonvariation ses der over perioden ingen tendens i forhold til ændret dødelighed efter bakteræmi. Dette indikerer, at arbejdet med at opfylde de nationale mål for antibiotika til mennesker ikke har givet anledning til en stigning i dødelighed efter bakteræmi.

Figur 1 – Bakteriæmi, 30-dages mortalitet (2016-2021)



Kilde: Statens Serum Institut

Tabel 5 – Bakteriæmi under indlæggelse, antal dødsfald indenfor 30 dage, samt 30-dages mortalitet (2016-2021)

År	Antal bakteræmier	Månedligt gennemsnit for bakteræmier	Antal dødsfald indenfor 30 dage	Månedligt gennemsnit for dødsfald	30-dages mortalitet (%)
2016	13709	1142	2312	193	17
2017	14657	1221	2438	203	17
2018	15643	1304	2646	221	17
2019	13037	1086	2280	190	17
2020	13549	1129	2309	192	17
2021	13702	1142	2442	204	18

Kilde: Statens Serum Institut

Primærsektor:

Primærsektoren er i *"Den nationale handlingsplan for antibiotika til mennesker"* defineret til at være indløste recepter ordineret af almen praktiserende læger, herunder recepter under lægevagt, praktiserende speciallæger, tandlæger og recepter fra ukendt lægetype. En recept i denne opgørelse er opgjort som ét køb på recept af én person, af én ATC-kode på én dato. En recept er dermed et estimat for en antibiotikakur. Recepter til personer med dansk CPR-nummer og bopæl i Danmark indgår.

Recepter fra læger ansat på sygehuse er ikke med i målene. Dette er f.eks. recepter udskrevet ved ambulante besøg og behandlinger samt recepter udskrevet til patienter, der tager hjem efter endt indlæggelse. Den samlede andel af recepter fra sygehusansatte læger udgør ca. 16% af det personhenførbare salg i primærsektoren i 2021, hvor det i 2016 var ca. 12%. For beregningen i denne rapport er recepter med sygehusafdelingskoderne 1308017 og 1308018 medregnet som almen praktiserende læge, idet det vurderes, at disse koder er anvendt i lægevagten i Region Hovedstaden 1813. For 1813 anvendes endvidere et almindeligt ydernummer tilknyttet hovedspecialet almen praksis.

For en mindre del af recepterne er der mangelfulde/ukorrekte oplysninger om lægen (ydernummer/kode for hospital). Ændringer i metode til opsporing eller rekodning af dette kan medføre ændringer i "lægetype" mellem opgørelser. Dette kan påvirke resultatet, da recepter fra sygehusansatte læger ikke er med i opgørelsen.

Primærsektoren inkluderer normalt også receptsalg, der ikke er personhenførbart, f.eks. salg til lægeklinikker, tandlægeklinikker, mv. Dette salg er ikke med i denne opgørelse og udgør 3-4% (målt i DDD) af forbruget i den samlede primærsektor.

Antibiotika i primærsektoren er systemisk virkende antibiotika: ATC-gruppe J01 og ATC-kode P01AB01, metronidazol til oral anvendelse. Penicillin V er ATC-kode J01CE02, phenoxymetylpenicillin.

Hospitalssektor:

Forbruget på sygehuse er forbruget på somatiske afdelinger på offentlige sygehuse, som indberettet til Lægemiddelstatistikregisteret. Der er tale om salg til afdelingerne. Ca. 1-2% af kritisk vigtige antibiotika anvendt på sygehuse er, målt i DDD, derfor ikke med i opgørelsen. Antal sengedage er tilsvarende sengedage på somatiske afdelinger på offentlige sygehuse for personer med dansk bopæl på udskrivningstidspunktet. Årstallet i opgørelsen henviser til årstallet for indlæggelsens slutning (uafsluttede indlæggelser er derfor ikke inkluderet).

Lægemidler solgt på udleveringstilladelse og magistrelt fremstillet indberettes til Lægemiddelstatistikregisteret, men uden et specifikt varenummer, og det kan derfor ikke ses, at der er tale om antibiotika. Det tæller derfor ikke med i statistikken.

Kritisk vigtige antibiotika, som defineret i *"Den nationale handlingsplan for antibiotika til mennesker"*, er: cefalosporiner, carbapenemer og fluorokinoler. Konkret opgøres cefalosporiner som 1. generationscefalosporiner (ATC-gruppe J01DB), 2. generationscefalosporiner (ATC-gruppe J01DC), 3. generationscefalosporiner (ATC-gruppe J01DD) og andre cefalosporiner og penemer (ATC-gruppe J01DI). Carbapenemer opgøres på ATC-gruppe J01DH, og fluorokinoloner opgøres på ATC-gruppe J01MA.