

Infeksjoner og bruk av antibiotika i sykehjem

De senere årene har det vært stor oppmerksomhet omkring sykehusinfeksjoner. Vi vet mye om omfang og risiko og har betydelig kunnskap om hvilke tiltak som er nødvendige for å forebygge mange av disse infeksjonene i sykehus. Men i institusjonshelsetjenesten utenfor sykehus er infeksjonspanorama og antibiotikaforbruk hittil lite kartlagt både i Norge og i utlandet (1). Mange sykehjems pasienter har redusert helse og økt mottakelighet for infeksjoner, og infeksjoner medfører derfor et vesentlig problem i sykehjem.

Flere artikler i dette nummer av Tidsskriftet bringer interessante og nyttige data når det gjelder å belyse disse medisinske utfordringene (2–4). Bjørg Marit Andersen & Mette Rasch (2) har registrert infeksjoner i 80 sykehjem i Oslo på ulike dager i 2000 og 2001 og fant at 6,6 % av pasientene hadde en form for infeksjon. Infeksjoner forekom altså omtrent like hyppig i disse sykehjemmene som sykehusinfeksjoner i norske sykehus. Urinveisinfeksjoner utgjorde nesten halvparten av infeksjonene, dernest fulgte hud- og bløtdelsinfeksjoner, nedre luftveisinfeksjoner og øyeinfeksjoner. Andre infeksjoner var sjeldne.

Nasjonalt folkehelseinstitutt organiserer fra 2002 standardiserte prevalensundersøkelser av sykehusinfeksjoner i sykehus og sykehjem to ganger årlig. For å forenkle bruken av omfattende infeksjonskriterier er den nasjonale statistikken for sykehjem begrenset til å omfatte infeksjoner i urinveier og nedre luftveier, postoperativ sårinfeksjon og hudinfeksjon. Foreløpige data fra nesten 11 000 pasienter ved 240 sykehjem fra hele landet viser at 6,8 % av disse pasientene hadde en av de aktuelle infeksjoner (H.-M. Eriksen, personlig meddelelse, Nasjonalt folkehelseinstitutt).

Tore Tobiassen og medarbeidere (3) har kartlagt forbruket av antibiotika i løpet av ett år ved et stort sykehjem i Oslo og fant at halvparten av alle pasientene ble behandlet med antibiotika minst én gang, og at halvparten av kurene ble gitt ved urinveisinfeksjoner, vel en firedel ved nedre luftveisinfeksjoner og i overkant av en tidel ved hud- og bløtdelsinfeksjoner. Over halvparten av dødsene som ble gitt var penicillin V eller trime-toprim. Forfatterne konkluderer med at forskrivningen av ulike antibiotika synes å være i overensstemmelse med nasjonale retningslinjer for allmenn praksis (5). Selv om det nå utarbeides nasjonale statistikker over forekomsten av antibiotikaresistente bakterier og forbruk av antibiotika (6), er denne

type undersøkelser om praksis ved enkeltinstitusjoner svært nyttig.

I «Forskrift om smittevern i helseinstitusjoner – sykehusinfeksjoner» er det bestemt at alle helseinstitusjoner skal ha et eget infeksjonskontrollprogram for å forebygge og begrense infeksjonene. Det er med medhold i smittevernloven bestemt at både pasienter som legges inn i norske helseinstitusjoner, og helsepersonell som har arbeidet i helseinstitusjon utenfor Norden, skal undersøkes for smittebæretilstand av meticillinresistente gule stafylokokker (MRSA) ved hjemkomst. Utvikling og spredning av antibiotikaresistente bakterier har vært utførlig omtalt i flere artikler i Tidsskriftet (7–9). Andersen & Rasch presenterer i en annen artikkel resultatene av en spørreundersøkelse ved 59 sykehjem i Oslo (4), hvorav 21 sendte pasienter og personell til opphold på utenlandske helseinstitusjoner. Det må antas at denne virksomheten medfører en betydelig risiko for import av resistente bakterier, kanskje særlig MRSA-infeksjoner. Det er oppsiktsvekkende at bare fire av de 21 sykehjemmene hadde rutiner i samsvar med forskriftene.

Det er grunn til å minne om de nye nasjonale retningslinjene for forebygging av MRSA-infeksjoner i sykehus og sykehjem (10). Disse retningslinjene er modifikasjoner av tidligere pålegg og anbefalinger. Det er svært viktig at helsepersonell følger anbefalingene og at ledelsen ved institusjonene kjenner sitt ansvar for å iverksette nødvendige tiltak. Her er det åpenbart betydelig potensial for forbedring.

Ved den siste europeiske kongress i klinisk mikrobiologi og infeksjonssykdommer ble et arbeid fra Norge omtalt som «forbilledlig» av en av foredragsholderne. Sykehuset hadde implementert retningslinjer for bruk av antibiotika for å styre bruken av antibiotika aktivt. Foredragsholderen, som kommer fra et land med langt større resistensproblemer enn Norge, skjønte imidlertid ikke hvorfor man hadde gjort dette – man hadde jo ikke noe stort problem med resistente bakterier ved sykehuset! Det er nettopp her man kan gjøre den største feilen: å se det hele an til problemene har vokst en over hodet. For å oppnå suksess i forebyggende medisiner er det vesentlig å være «etterpåklok» på forhånd.

Stig Harthug

stig.harthug@helse-bergen.no
Avdeling for sykehushygiene
Haukeland Sykehus
5021 Bergen

Litteratur

1. Bucher A, Sorknes N, Lundqvist K, Rønning K. Infeksjoner og antibiotikabehandling ved sykehjem. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 827–30.
2. Andersen BM, Rasch M. Nosokomiale infeksjoner i sykehjem i Oslo. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2371–3.
3. Tobiassen T, Berild D, Hjortdahl P. Bruk av systemiske antibiotika ved et norsk sykehjem. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2376–8.
4. Andersen BM, Rasch M. Kontroll av importinfeksjoner ved sykehjem. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2374–5.
5. Smittevernloven. Håndbok: Antibiotikabruk i allmenn praksis. IK-2693. Oslo: Statens helsetilsyn, 2000.
6. Norm – Normvet 2000. Consumption of antimicrobial agents and antimicrobial resistance in Norway. Tromsø: Norm, 2001.
7. Onarheim H, Høivik T, Harthug S, Digraanes A, Mylvaganam H, Vindenes HA. Utbrudd av infeksjon med multiresistent *Acinetobacter baumannii*. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 1028–33.
8. Bøe K, Rustad L, Harthug S, Akselsen PE, Tveten Y. Infeksjonsutbrudd med meticillinresistente gule stafylokokker ved Haukeland Sykehus. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 204–8.
9. Andersen BM, Syversen G. Meticillinresistente *Staphylococcus aureus* i Oslo i 2000. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1844.
10. Nasjonale anbefalinger for å forebygge infeksjoner med meticillinresistente *Staphylococcus aureus* (MRSA) i sykehus og sykehjem. Oslo: Statens folkehelseinstitutt, 2001.

Stig Harthug (f. 1956) er spesialist i indremedisin og infeksjonssykdommer med doktorgrad fra 2001 om spredning av resistente enterokokker i sykehus. Avdeling for sykehushygiene, som er regionalt kompetansesenter for sykehushygiene i Helse Vest, har utviklet et konsept for smittevern i sykehjem og yter bistand til sykehjem i smittevernspørsmål.