

# Aktivt uppsökande infektionskonsult bör införas på sjukhus

**AUTOMATISERAD RISKBEDÖMNING GER MÖJLIGHET TILL PREVENTION – OCKSÅ FÖR ÖVERVAKNING AV VÅRDRELATERADE INFEKTIONER**

Växt av *Staphylococcus aureus* är ett av de vanligaste behandlingskrävande blododlingsfynden inom sjukvården. Ändå varierar handläggningen både inom och mellan sjukhus.

Fynd av *Staphylococcus aureus* i blododling bör medföra en klinisk undersökning där man letar efter septiska nedslag och infekterade katetrar, och patienterna ska genomgå ekokardiografi för att undersöka förekomst av klaffvegetationer. Transesofageal ekokardiografi görs efter individuell riskbedömning.

Behandlingen är intravenös antibiotika, där förstahandsvalet är kloxacillin med åtminstone 3 doser per dygn. Kortaste behandlingstid med intravenös antibiotika brukar anges till 7 dygn; internationellt behandlar man ofta längre.

Studier visar att evidensbaserad handläggning (borttagande av infekterade katetrar, dränering av abscesser, riktad undersökning med ekokardiografi och följsamhet till antibiotikariktlinjer) och klinisk undersökning och handläggning av infektionsläkare leder till minskad dödlighet [1,2].

I detta nummer av Läkartidningen visar Christoffer Ruus et al i en observationsstudie från Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg, att ett förändrat arbetssätt där infektionskonsult aktivt söker upp, undersöker och bedömer patienter med



**Anders Ternhag**, med dr, överläkare  
• anders.ternhag@sl.se



**Pontus Naucleur**, docent, specialistläkare; båda infektionskliniken, Karolinska universitetssjukhuset, Solna

växt av *Staphylococcus aureus* i blod leder till minskad dödlighet, återinläggning och behandling med bredspektrumantibiotika och att fler behandlas med intravenösa antibiotika >7 dygn. Studien ger ytterligare stöd för att detta arbetssätt ska införas på svenska sjukhus.

**Innovativa proaktiva** arbetssätt är en möjlighet att förbättra vård av patienter. Med hjälp av automatiserad riskbedömning av patienter, baserad på t ex mikro-

biologiska resultat, antibiotikabehandling eller annan information från elektroniska journalsystem, kan en arbetslista skapas så att konsultrollen ändras från att vara reaktiv (svara på skickad remiss) till att vara aktivt uppsökande av patienter med hög risk för komplikationer.

Utformning av nya arbetssätt bör baseras på vetenskaplig litteratur som artikeln av Christoffer Ruus et al, och det är viktigt att nya arbetsformer införs på ett sätt som gör systematisk utvärdering av process-och utfallsmått möjlig.

**Vi anser att fler** liknande, sjukhusövergripande strategier behövs och att deras kvalitet bör utvärderas för att öka kostnadseffektiviteten samt att ersättning bör gå till berörda enheter. Vetenskapligt finns det stöd för flera interventioner på sjukhus inom infektionsområdet, t ex styrning av antibiotikaanvändning och att infektionsläkare är med i den akuta bedömningen och handläggningen av patienter med bakteriell meningit, pneumoni, allvarliga svampinfektioner och sepsis. Detta kan också vara kostnadssparande [3-7].

Dessutom är det viktigt att utveckla nya arbetssätt på sjukhus för att förebygga vårdrelaterade infektioner, t ex *Staphylococcus aureus* i blod. Mycket fokus har varit på att centralt mäta vårdrelaterade infektioner och ta fram hygienriktlinjer. Detta bör kompletteras med nya arbetssätt där strukturerad riskbedömning av patientrelaterade riskfaktorer sker och åtgärder vidtas i det dagliga arbetet [8].

Framöver bör vi verka för att övervakningen av vårdrelaterade infektioner automatiseras med regelbunden feedback till enheterna lokalt. Dessutom saknas i dag nationellt heltäckande data över resistensläget för bakterier som orsakar vårdrelaterade infektioner; även antibiotikaanvändningen på sjukhus är svår att följa nationellt [9].

Det preventiva arbetet på vårdavdelning bör fokusera på påverkbara riskfaktorer för att undvika kateterrelaterade infektioner i blod och urin, infektioner i operationssår, *Clostridium difficile*-infektioner och andra vårdrelaterade infektioner. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: Läkartidningen. 2018;115:EWPI

## REFERENSER

1. Forsblom E, Ruotsalainen E, Ollgren J, et al. Telephone consultation cannot replace bedside infectious disease consultation in the management of *Staphylococcus aureus* bacteremia. *Clin Infect Dis*. 2013;56(4):527-35.
2. López-Cortés LE, Del Toro MD, Gálvez-Acebal J, et al; REIPI/SAB group. Impact of an evidence-based bundle intervention in the quality-of-care management and outcome of *Staphylococcus aureus* bacteremia. *Clin Infect Dis*. 2013;57(9):1225-33.
3. Baur D, Gladstone BP, Burkert F, et al. Effect of antibiotic stewardship on the incidence of infection and colonisation with antibiotic-resistant bacteria and *Clostridium difficile* infection: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis*. 2017;17(9):990-1001.
4. Nilholm H, Holmstrand L, Ahl J, et al. An audit-based, infectious disease specialist-guided antimicrobial stewardship program profoundly reduced antibiotic use without negatively affecting patient outcomes. *Open Forum Infect Dis*. 2015;2(2):ofv042.
5. Grindborg Ö, Naucleur P, Sjölin J, et al. Adult bacterial meningitis – a quality registry study: earlier treatment and favourable outcome if initial management by infectious diseases physicians. *Clin Microbiol Infect*. 2015;21(6):560-6.
6. Spindler C, Örtqvist Å. Prognostic score systems and community-acquired bacteraemic pneumococcal pneumonia. *Eur Respir J*. 2006;28(4):816-23.
7. Schmitt S, McQuillen DP, Nahass R, et al. Infectious diseases specialty intervention is associated with decreased mortality and lower healthcare costs. *Clin Infect Dis*. 2014;58(1):22-8.
8. Vårdrelaterade infektioner. Framgångsfaktorer som förebygger. Stockholm: Sveriges Kommuner och landsting; 2014.
9. Hanberger H, Skoog G, Ternhag A, et al. Antibiotic consumption and antibiotic stewardship in Swedish hospitals. *Ups J Med Sci*. 2014;119(2):154-61.

## HUVUDBUDSKAP

- Aktiv uppsökande verksamhet och klinisk bedömning av infektionskonsult vid växt av *Staphylococcus aureus* i blododling minskar dödlighet och återinläggningar.
- Automatiserad övervakning av ineliggande patienter med avseende på både infektioner och riskfaktorer för vårdrelaterade infektioner skulle innebära möjligheter att arbeta proaktivt i större utsträckning än vad som görs i dag.