

Hjälper alltid isolering mot resistenta pneumokocker?

Handläggningen av barn som är bärare av pneumokocker med nedsatt penicillinkänslighet har debatterats de senaste åren bl a i Läkartidningen [1, 2]. I december 1997 publicerades en rapport i Läkartidningen [3] med rekommendation att nyligen hitkomna adoptivbarn som är bärare av resistenta pneumokocker ska isoleras från andra barn tills odling visat att de ej längre är smittbärare.

Vi vill ifrågasätta om dagens kunskap är tillräcklig för en sådan rekommendation.

I Örebro län har ett fåtal pneumokocker med nedsatt penicillinkänslighet isolerats från barn, ej bara adoptivbarn, nyligen hitkomna från olika delar av världen. Den mest penicillinresistenta stammen hade ett MIC-värde på 4,0 mg/l. I inget av våra fall har någon isolering vidtagits och några sjukdomsfall har inte förekommit kring dessa indexpatienter, trots aktiv eftersökning kring fallen.

Liknande erfarenheter finns från Norge redan från mitten av 1980-talet [4, 5]. Hos dessa barn fann man även multiresistenta stammar av *Haemophilus influenzae* [4].

Långdraget bärarskap finns beskrivet [5]. Som längst har i Örebro noterats sju månaders bärarskap av antibiotikaresistenta pneumokocker med återinsjuknande i luftvägssjukdom. Detta är ett barn som bor på ett inackorderingshem med 14 flerhandikappade barn. Under denna 7-månadersperiod har två av barnen varit bärare av en trimetoprimresistent pneumokock med nedsatt penicillinkänslighet, utan att några isoleringsåtgärder vidtagits. Någon ytterligare bärare bland de multihandikappade barnen har inte kunnat diagnostiseras under sju månadersperioden trots att man på hemmet tagit 21 nasofarynxodlingar vid luftvägsbesvär. Smittsamheten tycks ha varit relativt låg.

Utan isolering ingen skillnad

Vi anser att man saknar grund för att med säkerhet kunna påstå att vidtagna isoleringsåtgärder är orsaken till att antibiotikaresistenta pneumokocker inte sprider sig i Sydsverige. Utan isoleringsåtgärder tycks liknande bakterier i andra delar av Sverige och i Norge inte heller sprida sig. Någon vetenskapligt

invändningsfri undersökning av effekten av isolering är inte gjord och är knappast möjlig. Vi måste därför bygga vår policy på annan grund.

Det är viktigt att arbeta med problematiken kring antibiotikaresistens och vi tror att kraften i detta arbete skall generaliseras utöver att isolera personer med antibiotikaresistenta pneumokocker. Sannolikt kommer sådan isolering på intet sätt att påverka t ex multiresistenta *H influenzae*. Flera liknande exempel kan ges. Den viktigaste faktorn för att begränsa resistensutvecklingen är att minska antibiotiketrycket. Landstingens Strama-grupper arbetar intensivt med antibiotika- och bakterieresistensfrågor på ett mångfasetterat sätt. Satsa resurserna på detta arbete!

Innan man tar till en så drastisk metod som att förbjuda vissa barn att träffa andra barn så måste man vara säker på att detta har en mycket god effekt på det man önskar. Förfaringssättet har väl definierade negativa effekter för barnet och familjen, i synnerhet om det blir långa isoleringsperioder. Vi vill idag inte rekommendera denna metod vad gäller pneumokocker. Den goda effekten av isolering är enligt vårt förmenande hittills otillräckligt underbyggd för att denna åtgärd skall kunna rekommenderas på ett så generellt sätt.

Hans Fredlund

med dr, smittskyddsläkare,

Maria Björkqvist

specialist i infektionssjukdomar, ST-läkare i pediatrik,

Jens Schollin

docent i pediatrik,

samtliga vid Regionsjukhuset i Örebro

Referenser

1. Alestig K, Bores M, Ek E, Fredlund H, Gustavsson O, Larsson P et al. Läkartidningen 1996; 93: 2356-7.
2. Kalin M. Penicillinresistenta pneumokocker. Valfritt följa programmet men det »köper oss tid». Läkartidningen 1996; 93: 2357-8.
3. Ekdahl K, Melander E, Persson K. Undersök adoptivbarn för resistenta pneumokocker. Läkartidningen 1997; 94: 4726.
4. Jenum PA, Høiby EA. Adoptivbarn fra Sørkorea. MSIS-rapport (Statens institutt for folkehelse, Oslo, Norge) 1984; 12: 28.
5. Høiby EA, Jenum P, Sandven P. Antibiotikaresistens hos pneumokocker. MSIS-rapport (Statens institutt for folkehelse, Oslo, Norge) 1985; 13: 19-20.

Först med Du och med rehabilitering

»Du! eller Ni?» Under denna rubrik skriver Stephan Rössner ett trevligt kåseri i Läkartidningen 3/98.

Där beskrivs hans infarktenhet som varande en av de första arbetsenheter inom sjukvården där all personal sa Du till varandra, »helt sanningsenligt» av Hänt i veckan.

Redan 1962

»Om sanningen ska fram» tror jag att den klinik jag hade förmånen att bygga



Du! – eller Ni?

upp från sommaren 1962 vid Bollnäs sjukhus, var steget före både Bror Rexed – dåvarande Medicinalstyrelsen 1967 – och nämnda infarktenhet 1969. Jag började faktiskt verksamheten med att införa att all personal skulle säga Du. Det blev omedelbart två läger på sjukhuset, den äldre personalen med chefsläkare, intendent och husmor i spetsen som protesterade, och den yngre som jublade. Du-reformen segrade och blev kvar.

Verksamheten fortsatte med rehabilitering i alla former, »autodidakt» som jag var, inspirerad av kollegan Gösta Eriksson på Solhems-klinikerna i Borås, sannolikt den första rehabiliteringskliniken i landet med start 1958.

Vår aktiva vård av långtidssjuka skulle nog ha gillats av dagens Socialstyrelse av aktuell debatt att döma. Vår »lek med pensionärer» gav genljöd i FN.

Finnes någon minnesgod läsare som kan säga vilken klinik som var först, dels med Du, dels med rehabilitering?

Då Ni, nu Du!

Jern Hamberg

dr,

Alfta Rehab Center