

Enorma vårdkostnader väntar

Problemet med resistensutvecklingen måste tas på allvar!

Siffror talar ett tydligt språk. Och det är lätt att räkna ut hur mycket en ökning av andelen multiresistenta bakterier, t ex MRSA, kostar i bara reda läkemedelspengar. Den totala kostnaden riskerar att bli enorm, på sikt!

Den kanske biter sig själv i svansen, sparniten inom svensk sjukvård.

Dagens nedskärningar av såväl personalen som antalet vårdplatser – med stressade vårdarbetare och korridoröverbeläggningar som resultat – kan i framtiden ge ett rejält bakslag med ökade läkemedels- och sjukvårdskostnader.

Tidspressad vårdpersonal och överbeläggningar är en knäck för sjukhushygien. Och bristande hygien är en grogrund för spridning av multiresistenta bakterier, t ex MRSA (meticillinresistenta *Staphylococcus aureus*), i sjukvården.

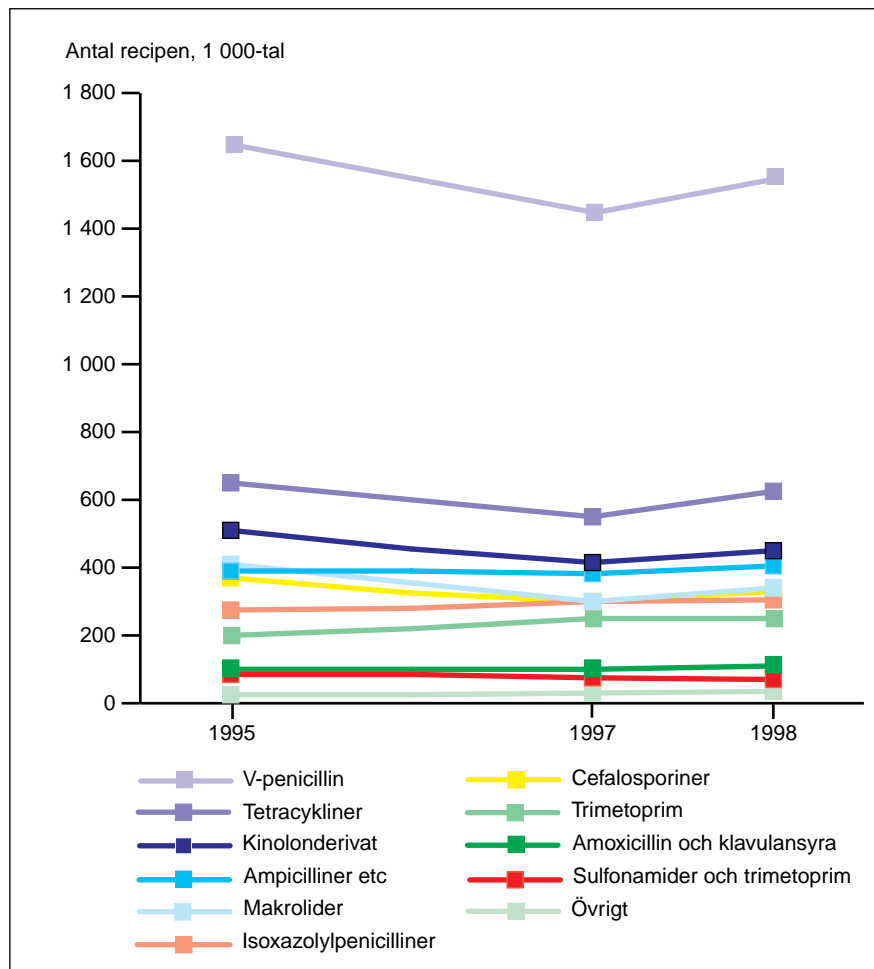
Kostnaden skjuter i höjden

– Idag använder vi i landet specifika intravenösa stafylokockantibiotika till en årskostnad av ungefär 25 miljoner kronor, berättar docent Otto Cars, chefsöverläkare vid infektionskliniken, Akademiska sjukhuset i Uppsala, och ordförande i den nationella Stramagruppen (Strategigruppen för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens).

Denna kostnad utgörs till huvuddelen av isoxazolylpenicilliner och till en mindre del (8 procent) av vankomycin. Vankomycin är den sista utpostens antibiotika, då inget annat biter.

– Dagens vankomycinförbrukning beror på att vi har en del penicillinresistenta vita stafylokocker, s k koagulasnegativa, som kräver vankomycinbehandling.

Men om frekvensen av de hotande MRSA ökar, då ökar också behovet av vankomycin. Och därmed skjuter läkemedelskostnaden i höjden, vankomycin



Ett trendbrott – antibiotikaförskrivningens nedåtgående kurva bröts under förra året, nu pekar den återigen uppåt. Källa: Receptundersökningen, Apoteket AB. Se även <http://www.strama.org>

är betydligt dyrare än penicillin.

– Om vi måste använda vankomycin i 20 procent av den totala stafylokockbehandlingen, ökar kostnaden med 20 miljoner kronor. Kommer vi upp till 50 procent vankomycin, får vi en totalkostnad på 100 miljoner kronor.

Ärligen! Och detta är enbart läkemedelskostnaden!

Kostnader för dåliga operationsresultat, förlängda vård- och sjukskrivningstider etc kommer utanpå.

– Det blir fruktansvärda kostnader för samhället totalt sett, konstaterar Otto Cars.

De »små» utbrotten av MRSA i Göteborg 1995 respektive i Linköping 1988 beräknas ha kostat 5–6 miljoner vardera.

Använd mindre – och bättre

Nu är hygien en av två viktiga komponenter i resistensproblemet – den andra är antibiotika. Hög förbruk-

ning och ensidiga preparatval gynnar dels uppkomsten av resistenta bakterier, dels selektionen av resistenta bakteriestammar i miljön, poängterar Otto Cars.

Det är därför önskvärt att dels få ner den totala antibiotikaanvändningen, dels få till en bra användning av olika antibiotikapreparat inom sjukvården.

»Växelbruk» kan vara en väg, att inte år ut och år in köra med samma medel. Kombinationsbehandling med preparat från olika antibiotikaklasser, och kanske också kortare behandlingstider, kan vara en annan väg för att gardera sig mot ökad resistensutveckling.

Men, detta kräver en bra bild av hur förskrivningsmönstret – och även resistensläget – ser ut på t ex den egna kliniken.

Så – mer kontinuerliga registreringar och provtagningar behövs. Och då kanske framför allt på intensivvårdsavdelningar och sjukhem, som tycks vara bra grogrunder för antibiotikaresistenta



TEXT

BIRGIT
WILHELMSEN

bakterier, betonar Otto Cars.

– Vi tar prov när vi har nytta av det för att rikta behandlingen. Men vi tar inte tillräckligt många prov för att få en bra övervakning av vad som händer i vårdmiljön.

Förskrivningen ökar igen

Efter en nedåtgående trend ökade den totala antibiotikaförskrivningen (i öppen och sluten vård) i landet åter under 1998.

Ökningen gäller alla antibiotikagrupper, och alla åldersgrupper. Den högsta förskrivningen sker till barn i åldern 0–6 år och till de allra äldsta, de över 80 års ålder.

– Hos de äldsta är faktiskt antibiotikaförbrukningen högre än hos de minsta barnen, räknat i dygnsdoser per 1 000 invånare.

– Där tror vi att sjukhemmen och den kommunala sjukvården har betydelse. Läkarledningen är ofta bristfällig, det blir lätt så att patienter får antibiotika för länge, och kanske också i onödan.

Och att den kostnadsfria sjukvården för barn har inverkat på antibiotikaförskrivningen i de yngsta åldrarna, det är en kvalificerad gissning. En gissning som nu ska analyseras vidare.

– Ju fler läkarbesök tidigt i sjukdomsförloppet, desto fler recept, det är en uppenbar koppling.

Otto Cars betonar också att det svenska arbetet mot antibiotikaresistens måste få bättre resurser för att arbeta mer konsekvent och målinriktat.

Det nationella nätverket Strama har ännu inte funnit en fast plattform i sjukvården. Här har entusiasm varit drivkraft under de fyra år som nätverket varit igång med att skapa enhetliga principer för antibiotikabehandling – som en länk mellan öppen-, sluten-, specialist- och privatvård.

En stor del av Strama-arbetet har gjorts på obetald fritid!

Men nu har eldsjälsarbetet haft sin tid, nu finns en trötthet i organisationen. Nu krävs resurser och en fast förankring i vårdorganisationen, konstaterar Otto Cars.

Samtidigt poängterar han att diskussionsklimatet med såväl Socialdepartementet som Landstingsförbundet nu är mycket gynnsamt, t ex har det pratats om Dagmar-pengar.

– Det skulle vara en bra lösning för år 2000 och framåt.

Hejda skräckscenariot

Skräckscenariot – med en galopperande resistensutveckling och därmed accelererande sjukvårdskostnad – måste hejdas, betonar Otto Cars och nämner England som varnande exempel.

– År 1994 gjordes en »punktstudie» av MRSA på intensivvårdsavdelningar

»Antibiotikaresistens inom sjukvården måste tas på allvar. Skräckscenariot är en galopperande resistensutveckling, med en accelererande ökning av sjukvårdskostnaderna», säger Otto Cars.



FOTO: ROULF NOBEN

i hela Europa. Sverige, Nederländerna, Danmark hade inga MRSA just den dag då studien gjordes. England hade knappt 10 procent meticillinresistens av samtliga Staphylococcus aureus.

– Idag är den siffran 30 procent, och den ökar linjärt. Där har man tappat greppet, det går inte att komma tillbaka till en lägre resistensnivå. Och så småningom måste man ge vankomycin till alla med stafylokockinfektion, man vågar inte lita på vanliga penicilliner.

Kampen mot sjukhusinfektioner tar hjälp av cyberrymden

Handlingsprogram på Internet

Ett praktiskt, lättöverskådligt handlingsprogram för att tidigt upptäcka och hindra spridning av multiresistenta bakterier inom sjukvården finns sedan kort tid tillgängligt via Internet. Programmet, som ständigt ska hållas up to date, riktar sig till såväl hälso- och sjukvården som vårdhygienisk expertis och mikrobiologiska laboratorier.

Bakom programmet står de »tunga» svenska intressenterna i bekämpandet av antibiotikaresistens inom sjukvården, dvs Strama (Strategigruppen för rationell antibiotikaa användning och minskad antibiotikaresistens), Raf (Referensgruppen för antibiotikafrågor) och SFSS (Svensk förening för sterilisering och sjukvårdshygien).

Visserligen har Sverige ännu ett gynnsamt resistensläge, sett i ett globalt perspektiv. Men oron växer nu för att den svenska sjukvården ska tappa kontrollen över spridningen av multiresistenta bakterier.

I takt med ett allt större internationellt utbyte av såväl patienter som personal ökar riskerna. Bakterier stoppas inte av nationsgränser.

Och ett rejält memento är utbrottet av MRSA (meticillinresistenta Staphylococcus aureus) i Göteborg under 1998.

Desutom – den alltmer pressade sjukvården gör det allt svårare att upprätthålla gängse hygienrutiner.

– Patienter vårdas på många håll i

Det ger i sin tur en kraftig selektion av vankomycinresistenta enterokocker. Och så är hela cirkeln igång, understryker Otto Cars.

– Det scenariot tror vi att vi kan förhindra i Sverige. Men det kräver dels att MRSA-utbrottet i Göteborg kommer under kontroll, dels att sjukvården respekterar antibiotikaresistens som ett mycket allvarligt problem och tar till sig handlingsprogrammet för multiresistenta bakterier, och följer det.

Det goda internationella exemplet är Nederländerna. Där är antibiotikaförbrukningen lägst i EU, och där accepterar man över huvud taget inte MRSA. Så fort ett fall konstaterats på en avdelning, stängs avdelningen, smittan isoleras och en ny, ren avdelning öppnas ...

Detta kräver pengar, men kanske är det ändå en insats som förräntas i fram-

landet i lokaler som inte är ägnade för patientvård, där det inte finns tillgång till bra tvättutrustning, desinfektionsmöjligheter eller ens handspritbehållare, poängterar Gunnar Kahlmeter, klinikchef vid kliniskt mikrobiologiska laboratoriet, Växjö centrallasarett.

– Fler patienter per kvadratmeter i kombination med alltmer jäktad personal, det ökar självklart spridningen av bakterier. Detta ställer allt högre krav på hygiendisciplinen, krav som nu blivit omänskliga. På många håll går det inte att uppfylla, hur god viljan än är.

Ett program för användarna

Ett enhetligt, enkelt handlingsprogram för att tidigt upptäcka och förhindra spridningen av multiresistenta bakterier i sjukvården behövs därför! Nu!

Handlingsprogrammet är helt och hållet webbaserat.

– Fördelen är att informationen då blir tillgänglig för alla. Och det är lätt och billigt att snabbt uppdatera den, säger Gunnar Kahlmeter, som haft huvudansvaret för att utforma dessa totalt 33 webbsidor, tillsammans med Barbro Isaksson, överläkare vid mikrobiologiska kliniken, Universitetssjukhuset i Linköping.

Ledstjärnan för programmet är den praktiska användarnytta. Det ska vara lätt för »vanliga» läkare (utan mikrobiologisk specialkunskap) – och för alla andra som kommer i kontakt med eventuella smittbärare – att snabbt hitta adekvat, och garanterat aktuell, information.

Ingången till programmet är enkel. Klicka fram till rätt nivå – en nivå för