

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 respektar 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 de 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

hälso- och sjukvårdspersonal, en för sjukvårdshygienisk expertis (dvs smittskyddsläkare, sjukhushygieniker etc) och en för de mikrobiologiska laboratorerna.

För läkaren på »vårdgolvet» finns tex grundläggande information om bakgrund och förekomst av multiresistenta bakterier, om smittspridning, om barriärvård etc.

Här finns också anvisningar för när man bör misstänka att en patient är bärare av multiresistenta bakterier (tex om patienten vårdats utomlands någon gång under det senaste halvåret) och vad som då bör göras till dess man får kontakt med sjukvårdshygienisk expertis, vilka prov som bör tas etc.

Även färdiga informationsblad (också på engelska) för patienter och anhöriga är utlagda i programmet.

Bro över informationsglappet

Just användarnytan ligger också



FOTO: MATHIAS MALMGREN

»Ett 'bärarkort' för patienter ska minska informationsglappet mellan sjukhusvården och den öppna eller kommunala vården», berättar Gunnar Kahlmeter.

bakom den pragmatiska samlingsbe-teckningen »multiresistenta bakterier i sjukvården», dvs sjukhushygieniska problembakterier. I floran av sk sjukhuspatogener som MRSA, VRE (vankomycinresistenta enterokocker), ARE

(ampicillinresistenta enterokocker) etc, är det lätt för den icke-bevandrade att villa bort sig, betonar Gunnar Kahlmeter.

Handlingsprogrammet ska också fungera som en bro över glappet mellan sjukhusvården och den öppna eller kommunala vården – här brister det idag.

– Det är ofta här vi tappar kontrollen, poängterar Gunnar Kahlmeter.

– Därför finns en tydlig remissblankett för hur vi »gör oss av» med en smittbärande patient. Vi är faktiskt skyldiga att meddela mottagaren att patienten är smittbärande, vilka i vården som haft ansvaret, vilka de kvarstående problemen är och förslag till hur patienten bör följas upp.

Kanske bör handlingsprogrammet kompletteras med en enkel synopsis för icke-medicinskt utbildad personal inom tex hemsjukvården, säger Gunnar Kahlmeter.

Socialstyrelsen skärper bevakningen

MRSA i Göteborg – har hygienrutinerna inte respekterats?

Socialstyrelsen kartlägger nu hur rutinerna i den svenska vården egentligen fungerar vid misstänkta/bekräftade fall av MRSA (meticillinresistenta Staphylococcus aureus). Och MRSA-problemet i Göteborg, där en läkare som nekat provtagning kan ha spridit smitta vid ett tillfälle för några år sedan, följs särskilt.

– Det är inte ett problem bara för Göteborg, det berör hela riket, säger Peet Tüll, chef för smittskyddsenheten på Socialstyrelsen.

I Göteborg har antalet fall av MRSA stadigt ökat under 1990-talet, med 1998 i topp: Med 78 fall står man där för ungefär hälften av MRSA-fallen i hela landet förra året! Och trots aktiv smittspårning är spridningsvägarna i många fall oklara.

Ingen omöjlig situation

Och det är just så det kan börja. Det fallerar på något ställe, smittan sprids ut i landet, antalet fall ökar sedan med en accelererande hastighet. Till slut blir det mycket svårt, eller omöjligt, att hejda smittspridningen. Det visar alla internationella exempel, poängterar Peet Tüll.

– Men jag betraktar inte situationen i Göteborg som omöjlig att lösa. Om de

lägger ner de resurser som behövs och gör det som måste göras, bums, då är det fortfarande gripbart.

Smittskyddsläkaren i Göteborg har fått landstingsdirektörens uppdrag att ta fram en handlingsplan.

– Det handlar om att följa alla kända fall och se till att såväl patienter som omgivning är korrekt informerade, att vård- och hygienrutinerna är glasklara osv. Jag tror att landstingsledningen har full förståelse för vad som behöver göras, och att det behöver göras.

Socialstyrelsen tänker följa utvecklingen.

Ett problem i Göteborg är kanske att sjukvård och läkare här i viss mån har prioriterat annat än risken för smittspridning, säger Peet Tüll.

– Det har nog komplicerat tillvaron där, har jag förstått. Att smittan har spridits till 30 avdelningar, det måste vara ett uttryck för att rutinerna inte fungerat eller respekterats. Och att en läkare nekar provtagning... I det fallet är man vid infektionshygien på Sahlgrenska sjukhuset ganska säkra på att vederbörande vid ett tillfälle för några år sedan var en smittspridare, en felande länk i en annars oförklarlig smittspridningskedja.

I sådana fall måste arbetsgivaren självklart ställa krav om provtagning, eller i annat fall befria läkaren från sitt uppdrag, poängterar Peet Tüll.

– Jag tror att arbetsgivaren också förstått allvaret nu.

För att skärpa bevakningen av resistensproblemen i svensk sjukvård har Peet Tüll nu initierat en kartläggning av hur rutinerna kring detta fungerar – i verkligheten. Till sommaren ska den vara klar.

– Vi vill veta hur man egentligen gör ute i landet. Tex: Hur tar man hand om patienter som kommer utomlands ifrån? Vilka prov tar man? Hur aktivt smittspårar man? Hur noga och hur länge följer man smittbärande? Etc. Det har vi inte riktigt klart för oss.

MRSA anmälningspliktiga

I en första omgång koncentreras kartläggningen på MRSA: »De är det största hotet», säger Peet Tüll. Och MRSA blir nu också anmälningspliktiga enligt Smittskyddslagen. Detta underlättar för smittskyddsläkarna att kunna ta sitt övergripande ansvar för behandling, uppföljning osv.

Socialstyrelsen kommer sannolikt att begära att även VRE (vankomycinresistenta enterokocker) blir anmälningspliktiga.

– Men vi har inte uppfattat VRE som ett problem ännu, vi tror att vi fortfarande har mycket få fall. Och vad gäller andra resistenta sjukhuspatogener som Klebsiella och coli, så har de inte riktigt samma potential att spridas.

Resultaten av kartläggningen ska ligga till grund för eventuella riktlinjer eller föreskrifter i vissa nyckelfrågor, baserade på det nationella handlings-

För att ytterligare minska informationsglappet finns här också ett »bärarkort» som varje smittbärare ska få vid utskrivning från sjukhusvården – att visa upp vid varje ny vårdkontakt.

– Detta måste givetvis skötas pietetsfullt. Det är viktigt att patienten också blir fråntagen kortet när hon/han bedöms smittfri. Kortet måste både överlämnas och tas tillbaka i en dialog med någon som faktiskt bryr sig, det ska vara slutresultatet av en diskussion med t ex hygiensjuksköterska eller sjukhushygieniker. Om vi bara delar ut kort, då är vi illa ute, säger Gunnar Kahlmeter.

Och återigen poängterar han att spridningen av resistent bakterier hör ihop med bristande hygien.

– Vissa av de här multiresistenta bakterierna är utomordentligt lättspreda via kontaktsmitta.

Och (frånsett den pressade sjukvårdens problem) läkare tycks vara sämre på att följa enkla hygienrutiner, t ex att

tvätta händerna, än övrig vårdpersonal.

– Det som tar skruv för att väcka kollegernas intresse för frågan är när de plötsligt upptäcker att en engelsk, fransk eller italiensk kollega inte tillåts operera därför att hon/han inte undersökts om eventuellt bärarskap av multiresistenta bakterier.

Missriktad kollegialitet

Det har varit lättare att vara hård mot sjuksköterskor och undersköterskor än mot kollegerna, i en missriktad kollegial lojalitet, säger Gunnar Kahlmeter.

– Men hos oss är vi idag ytterst tuffa mot läkarna. Det har till och med hänt att utländska doktorer blivit bortplockade från operationsavdelningen under pågående operation därför att man underlåtit att undersöka om de utgör någon smittrisk för patienten.

Birgit Wilhelmson

Fotnot: Se även Internetsidan www.itkronoberg.se/ext/raf/mrb/index.html

programmet för multiresistenta bakterier inom sjukvården (se artikeln här intill).

En sådan nyckelfråga, som kanske behöver stärkas från Socialstyrelsen, är att patienter som kommer från utlandet ska vårdas i enskilt rum till dess det är visat att de inte bär på MRSA.

Om kartläggningen visar att det redan fungerar bra i landet, då behövs kanske inga ytterligare regler för att ge legitimitet åt handlingsprogrammet.

– Då kan det räcka att vi från Socialstyrelsen säger att det här handlingsprogrammet är bra, det stöder vi, säger Peet Tüll som varit med som bollplank och stöttare i jobbet med att ta fram programmet.

– Det är ett digert och evidensbaserat program. Några frågor har det varit viktigt att diskutera extra kring, t ex hur vi ska hantera vårdpersonalens roll i smittspridning. Där har det varit väsentligt att nå en enhetlig syn, det har vi inte haft tidigare.

Men att nå konsensus till 100 procent i alla frågor, det är omöjligt, och inte ens önskvärt, betonar Peet Tüll.

– Då riskerar vi att få ett urvattnat handlingsprogram. Det är bättre att 95 procent är nöjda, än att 100 procent är nästan nöjda.

»Bakterieteorin»

Peet Tüll själv är nöjd med programmet. Och det akuta MRSA-problemet i Göteborg tror han kommer under kontroll. Den mer långsiktiga frågan om att mota en potentiell spridning av multiresistenta bakterier inom t ex äldreården i kommunerna, den

»För att ge legitimitet åt handlingsprogrammet för multiresistenta bakterier inom sjukvården kanske Socialstyrelsen gör vissa nyckelfrågor i programmet till riktlinjer/föreskrifter», berättar Peet Tüll.

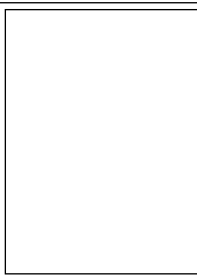


FOTO: HANS PETERSSON

handlar till stor del om att bygga upp den basala hygienrutinen. Och här finns inget motstånd, betonar han.

– Jag har aldrig hört någon kommunföreträdare som varit ointresserad av problemet. Där måste vi bara hitta en bra pedagogisk vinkling för att förmedla kunskaper och insikter. Och det måste göras över lång tid, det är ingen akutinsats. Problemet är kanske snarare att entusiasmera sjukvården att lämna sina »tränga väggar» och dela med sig av sin kunskap.

Inför frågan om vad som kan göras åt en del doktorers nonchalans/ointresse för hygienfrågor blir Peet Tüll svarslös. Efter en lång stund svarar han.

– Nej, jag vet inte riktigt hur vi ska gå tillväga där. Men det är riktigt, alla studier som gjorts på detta visar att det är ett problem. Och läkarna borde ha både kunskapen och förståelsen. Uppenbart är det något som fattas, men vad?

– Ibland tror jag att den här »bakterieteorin», den har ännu inte riktigt gått hem.

I år, 150 år efter Ignaz Semmelweis' pionjärinsatser inom antiseptikens område?

Birgit Wilhelmson

Hygientekniker i Göteborg:

Orena händer orsak till smittspridning

Det var uteslutningsmetoden som gav de starka misstankarna om att en läkare i Göteborg var smittbärare och spred MRSA vidare vid ett tillfälle för några år sedan, bekräftar Leif Larsson, hygientekniker vid Infektionshygien, Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg, i en kommentar till Läkartidningen:

– Den läkaren var den enda som nekade att lämna prov för odling, av den handfull grupp läkare som teoretiskt sett hade kunnat sprida denna speciella stam av MRSA.

Detta fall är idag utagerat och är nu intressant enbart som ett exempel på hur svårt det kan vara att få förståelse för allvaret i antibiotikaresistensproblemet – även bland läkare.

Idag görs generella provtagningar på all vårdpersonal, dvs även läkarna, vid minsta misstanke om att någon i personalgruppen är smittspridare. Och ingen har, efter exemplet med läkaren ovan, varit ovillig att lämna prov, poängterar Leif Larsson. Tvärtom ser han idag en stor samarbetsvilja bland personalen.

– Och det är ju faktiskt så att personalens orena händer i stor utsträckning är en orsak till smittspridning. Det är viktigt att snabbt hitta och isolera smittkällan.

Nu bedriver man vid Infektionshygien också en stor informationskampanj om basala hygienrutiner, smittspridning och MRSA – för att öka medvetenheten bland vårdpersonalen.

– Vi har bl a på varje avdelning ett smittskyddsombud som vi träffar regelbundet och som vi skickar material till.

Och nyligen har samtliga läkare vid Sahlgrenska universitetssjukhuset (dvs Sahlgrenska, Östra och Mölndal) fått ett brev om MRSA-dagsläget, om åtgärder för att förhindra smittspridning osv.

Vad gäller vårdpersonalens följsamhet till hygienrutiner, så tror Leif Larsson att man i Göteborg egentligen varken är bättre eller sämre än på många andra sjukhus i landet.

– Vi har fått in en indikatorbakterie som visar att alla inte alltid är så noga med hygien. Och att vi haft så många fall under 1998 tyder på att någonting inte stämmer, att alla inte alltid följer de basala hygienrutinerna.

Leif Larsson tycker t ex att det varit svårt att få gehör för principen att alla inläggande patienter med infekterade sår ska barriärvårdas, dvs inte bara MRSA-fall.

– Det verkar ibland som om det inte riktigt vill gå in.

Birgit Wilhelmson