

SJUKHUSINFEKTION. Clostridium difficile är en tarmbakterie som kan ge dödlig diarré i kombination med antibiotika och dålig sjukhushygien. Antalet diagnostiserade fall har ökat med 60 procent under de senaste tio åren, och sjukdomen dominerar bland de sjukhusöverförda infektionerna. Smittskyddsinstitutet vill få den anmälningspliktig enligt smittskyddslagen.

TEXT: BIRGIT ANDERSSON, FRILANSJOURNALIST

Markant ökning av Clostridium difficile

– en av de vanligaste sjukhusbakterierna

En enkätundersökning som Smittskyddsinstitutet nyligen genomfört i samarbete med landets mikrobiologiska laboratorier visar på en markant ökning av antalet diagnostiserade fall av Clostridium difficile-infektion.

Bakterien har inte bara ökat med 60 procent de senaste tio åren. Enligt en gemensam studie, utförd av Smittskyddsinstitutet och Socialstyrelsen, påvisas att antalet dödsfall där Clostridium difficile nämns som huvudorsak eller bidragande dödsorsak i dödsbevisen, också har ökat från 90 till 136 mellan 1997 och 2004.

– Ökningen beror framför allt på ökad antibiotikaanvändning och bristande hygien i vården, säger Torbjörn Norén, överläkare vid infektionskliniken på Universitetssjukhuset i Örebro.

– Som sjukvården ser ut i dag kan vi inte isolera de drabbade patienterna, och vi ger ibland antibiotika i onödan därför att vi tvingas skicka hem patienterna snabbt.

Nästan alla antibiotika har associerats med CDI (Clostridium difficile-infektion), men det gäller framför allt klindamycin, cefalosporiner och kinoloner.

– Vi måste nu verka för en rationell antibiotikaanvändning, där vi undviker bredspektrumantibiotika och där vi måste vara mer restriktiva med att sätta in antibiotika profylaktiskt. På sjukhusen bör man i större utsträckning använda aminoglykosider vid allvarligare buk- och urinvägsinfektioner, säger Torbjörn Norén.

– Det handlar om en mycket utbredd komplikation som innebär stort lidande för patienterna, kostar mycket pengar men som går att förebygga.

Redan 1995 var CDI den vanligaste bakteriella tarminfektionen i Sverige, med 5 000 fall, och har sedan ökat till över 8 000 fall under 2007, enligt Smittskyddsinstitutets enkätundersökning.

Detta kan jämföras med de vårdrelaterade infektioner som orsakas av meticillinresistenta stafylokocker (MRSA), vankomycinresistenta enterokocker (VRE) och ESBL-bildande bakterier, som sammantaget uppgår till cirka 5 000 fall 2008, enligt statistik från Smittskyddsinstitutet.

Är resistens överhuvudtaget en fråga vad gäller CDI?

Både ja och nej, svarar Torbjörn Norén.

– När det gäller behandling av CDI med metronidazol eller vankomycin blir svaret tills vidare nej.

– Resistens har däremot betydelse för deponering av infektiösa sporer i sjukhusmiljön. De flesta studier visar att minst femtio procent av CDI-fallen på sjukhus infekteras av sporer i miljön. Det innebär att



Torbjörn Norén

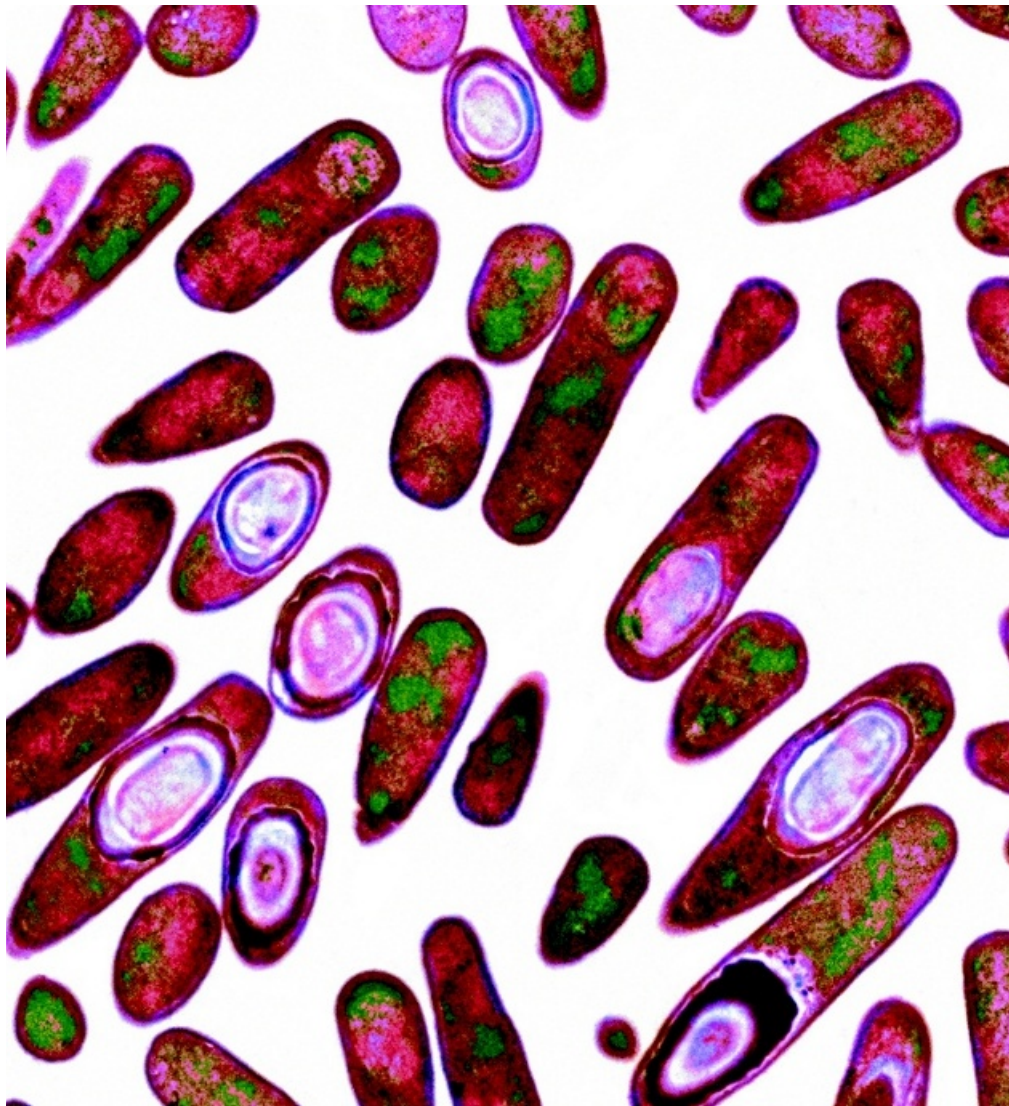
om en avdelning frekvent använder breda antibiotika och får många fall av Clostridium difficile-diarré, kombinerat med svårigheter att upprätthålla isolering och handhygien, kommer »taggytor« som textil, sänggrindar, handtag och så vidare att bli nedsmutsade av just de mest resistenta Clostridium difficile-bakterierna.

– Denna selektion i miljön underlättar kolonisering i en antibiotikastörd tarm av just dessa resistenta typer, fortsätter Torbjörn Norén.

– Med tiden är ju risken att vi ändrar den naturliga smittpopulationens resistensförhållanden och detta är ju i analogi med MRSA.

Trenden som nu ses i Sverige är väl känd internationellt och är i många länder kopplad till framför allt vissa stammar av bakterien.

En av stammarna, en hypervirulent typ kallad Clostridium difficile PCR-ribotyp 027, upptäcktes 2003 i Kanada och har nu spritt sig från den nordamerikanska kontinenten ut över världen och till Europa.



Bakterien *Clostridium difficile* finns naturligt i vår miljö; vi konfronteras med den redan när vi föds och har en tolerans för den det första levnadsåret. Men i kombination med antibiotika kan den ge allvarlig antibiotikautlöst diarré. Den sporbildande bakterien överlever under mycket lång tid och är resistent mot såväl upphettning som desinfektionsmedel.

Foto: SPL/IBL

Stammen visar en betydligt svårare sjukdomsbild med förhöjd dödlighet, ökad smittsamhet och ökad återfallsfrekvens.

I en rapport från 2008 konstaterar EU-organet ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control) att *Clostridium difficile* typ 027 nu etablerat sig i 16 europeiska länder. Nio av dem har haft epidemier, däribland England, Irland, Frankrike, Holland, Belgien, Tyskland och Finland. Bakterien finns även i Danmark och Norge. I Sverige har det hittills kon-

staterats ett fall i Uppsala.

Riskgrupperna anses vara äldre och kroniskt sjuka, men i södra Finland, där 49 procent av CDI-proven utgörs av den här stammen, finns ett fall där en 44-årig man utan riskfaktorer dog i en akut förlöpande infektion.

– Det är mycket oroande när en ung människa utan riskfaktorer dör i den här diarrén. Vi vet att den här stammen är mycket virulent och kan leda till kolit och sekundär blodför-

giftning när tarmen brister, säger Torbjörn Norén.

»Det är mycket oroande när en ung människa utan riskfaktorer dör i den här diarrén.«

Karaktäristiskt för de olika stammar som orsakar CDI är att de var för sig är dominerande på olika orter, vilket är onaturligt och tyder på att det florerar en lokal spridning inom respektive sjukhus.

Det betyder också att man sannolikt har en lokal problematik som går att åtgärda. Universitetssjukhuset i

Örebro ligger långt fram, både vad gäller forskningen och hanteringen av CDI.

– Tre avdelningar här har väldigt hög frekvens och är nu under övervakning. Vi planerar bland annat att införa begränsningar av antibiotikaval och att intensifiera städ- och handhygienåtgärder samt att kunna isolera patienterna på eget rum, säger Torbjörn Norén.

Man har också t ex lokala hygienombud som kallar till riktade workshopar på avdelningarna.

På en konferens om CDI som Smittskyddsinstitutet nyligen anordnade i Örebro tog Olle Aspevall, överläkare inom vårdhygien på Karolinska Universitetssjukhuset, upp vårdhygieniska interventioner.

Han menade att nuvarande vårdhygieniska riktlinjer för infektiös gastroenterit respektive CDI gäller om de kompletteras med kohortvård kring en isolerad patient.

Rum där patienter med CDI vårdas ska desinficeras regelbundet, och efter att en patient med CDI skrivits ut ska slutstädning och desinfektion ske med medel som har sporicid effekt (klorinnehållande medel).

Enligt Torbjörn Norén är tidsfaktorn också enormt viktig. Epidemisk *Clostridium difficile*, till exempel typ 027, måste snabbt kunna upptäckas så att spridning kan stoppas.

– Vi har en bra och snabb diagnostik, men inte på alla laboratorier. Man upptäcker exempelvis inte 027 om man inte lägger en diskdiffusion mot moxifloxacin på odlingsplattan och sedan typar resistent isolat. PCR-ribotypning görs i dag endast på Smittskyddsinstitutet och på Universitetssjukhuset i Örebro.

Trots den ökande spridningen av allvarliga typer av CDI finns det inte i Sverige någon standardiserad och landsomfattande statistik över inträffade fall.

SJUKHUSINFEKTION

Våren 2008 kontaktade därför Smittskyddsinstitutet Socialstyrelsen för en diskussion kring frågan om att få Clostridium difficile anmälningspliktig enligt smittskyddslagen.

Förslaget var att laboratoriediagnosen skulle bli anmälningspliktig i analogi med vad som gäller för ESBL.

– Med en anmälningsplikt för laboratorerna får vi en uppfattning, om problemets omfattning och det skapas en basincidens som möjliggör upptäckt av såväl utbrott som förändringar över tiden, säger Karin Tegmark Wisell, medicinskt ansvarig läkare för Clostridium difficile vid bakteriologiska avdelningen på Smittskyddsinstitutet.

– Genom att tidigt upptäcka utbrott eller en långsam ökning av antalet Clostridium difficile-fall får vi möjlighet att föreslå riktade interventioner. Detta är extra aktuellt i dag med vår åldrande befolkning,



Karin Tegmark Wisell

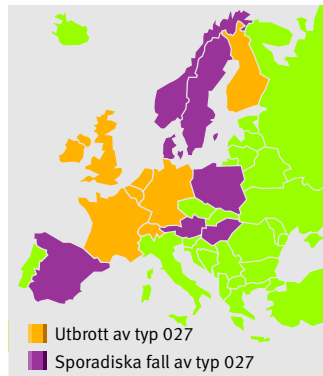
liksom att flera landsting arbetar med förändrade antibiotikastrategier där effekten på Clostridium difficile måste bevakas. Man bör generellt vara restriktiv med antibiotika, oavsett ålder, men personer över 65 år utgör den huvudsakliga riskgruppen för CDI.

Smittskyddsinstitutet har ännu inte fått något officiellt svar från Socialstyrelsen, men diskussion pågår, enligt Karin Tegmark Wisell.

I väntan på besked från Socialstyrelsen kommer nu Smittskyddsinstitutet – från och med september 2009 – att införa ett frivilligt anmälningsystem för de mikrobiologiska laboratorerna.

Anmälan kommer att ske elektroniskt via SmiNet2, det system som redan används för anmälan enligt smittskyddslagen.

I Uppsala län, där man haft Sveriges enda fall av Clostridium difficile typ 027, har man redan i dag – som enda



Utbrott samt enstaka fall av Clostridium difficile typ 027 i Europa till och med juni 2008.

Källa: ECDC, juli 2008.

område i landet – en lokal anmälningsplikt.

Anders Tegnell, enhetschef på Socialstyrelsens smittskyddsenhet, kommenterar att det ännu inte finns tillräckliga data för att göra CDI anmälningspliktig.

– Man måste ha väldigt bra skäl för att vidta en sådan åtgärd, säger han. Anmälningsplikten är ett ganska tungt system som måste leda till direkt nytta i samhället och direkt vara kopplad till åtgärder som ger en nytta för den enskilde patienten. Den är inte en metod som kan användas till att få en uppfattning om problemets omfattning.

– Jag tror inte man löser Clostridium difficile-problemet enbart genom att föra in det i smittskyddslagen, men förfrågan ligger som en del i arbetet med att gå igenom hela anmälningsystemet.



Anders Tegnell

Birgit Andersson
frilansjournalist

Läs mer

Läs även den medicinska kommentaren »Clostridium difficile-associerad diarré hotar patientsäkerheten« av Bo Svenungsson och Torbjörn Norén i Läkartidningen nr 28–29/2008, sidorna 2001–2.



Utfrågning i riksdagen: 20-tal olika vårdvals

Meningarna går isär om etableringsfriheten. Enligt hälso- och sjukvårdsforskare måste alla landsting på sikt komma att behöva kompensera för socioekonomisk vårdtyngd. Läkare och sjuksköterskor vill ha ett nationellt fastställt primärvårdsuppdrag.

Socialutskottet höll på tisdagen i förra veckan en utfrågning om vårdvalet, med anledning av regeringens proposition »Vårdval i primärvården«, som ligger på Socialutskottets bord.

Företrädare från hälso- och sjukvårdsprofessionerna, forskare, företagare och regeringsrepresentanter samt folkvalda samlades för att ventilera sina åsikter. Knappt hälften av landstingen och regionerna har i dag antingen infört eller fattat beslut om att införa vårdval. Halland, Stockholm, Västmanland, Gotland, Skåne (»hälsoval«), Västra Götaland, Kronoberg och Östergötland. Sörmland har fattat beslut om en ersättningsmodell.

Regeringens förslag innebär potentiellt att ett 20-tal olika system kan komma att inrättas. Professionen förespråkar ett nationellt definierat uppdrag, vilket också var den ursprungliga tanken i det för-

slag som låg till grund för reformen, men som regeringen backade på inför massiva protester från landstingen (LT sidorna 2082-3 nr 30/2008).

– Med hänsyn till det kommunala självstyret så lägger vi inte ett nationellt uppdrag, sa vid utfrågningen Tobias Nilsson, politiskt sakkunnig och socialministerns högra hand på Socialdepartementet.



Ylva Johansson

Ylva Johansson

(s), vice ordförande i socialutskottet, beklagade att regeringen inte talat om vad primärvården ska ägna sig åt, däremot hur detta

något ska utföras, genom att påbjuda etableringsfrihet.

– Man förespråkar en modell som gör att det mesta som finns inom primärvården i dag måste göras om. De flesta befintliga modeller innehåller inte etableringsfrihet, kommenterade Ylva Johansson innan hon skickade bollen vidare till Anders Anell, adjungerad professor, företagsekonomiska institutionen i Lund.

Hur får man en »rättvis« vård? Ersättningsystemen har en mycket stor betydelse för vårdutfallet. Det finns en risk att kostnadsersättningen

Sjukhus kräver rökstopp inför operation

Ortopeden vid Norrlands universitetssjukhus, Umeå, har beslutat om två månaders obligatoriskt rökstopp för patienter inför planerade operationer. Klarar man inte detta ställs operationen in. Orsaken är de väl doku-

menterade effekter när det gäller att minska risken för postoperativa infektioner och öka läkningsförmågan. Socialstyrelsen ställer sig dock tveksamt till att sjukhuset har rätt att införa denna typ av krav. ■

Vaccinationsprogrammen ska ses över

Bo Jonsson, generaldirektör Statens fastighetsverk, har av äldre- och folkhälsominister Maria Larsson fått i uppdrag att göra en genomgripande översyn av regleringen av de nationella vaccinationsprogrammen.

Bland annat ska hanteringen av vacciner inom ramen för läkemedelsförmånssystemet utredas, liksom kriterierna för vilka vaccin som bör ingå i de nationella vaccinationsprogrammen. ■

system kan bli verklighet

blir alltför dominerande och att vården tar ut i vinster, svarade Anders Anell som dessförinnan kommenterat befintliga vårvälsmodeller utifrån ett konkurrensperspektiv:

– Med Hallandsmodellen är det svårare att uppnå konkurrens, eftersom den driver mot större enheter. Stockholmsmodellen passar bäst i glesbygd medan Hallandsmodellen egentligen passar bäst i Stockholm – om målet med metoden är att skapa konkurrens. I Halland är det risk för alltför liten konkurrens, vilket kan få negativa effekter för befolkningen, sade Anders Anell.



Anders Anell

På sikt kommer det sannolikt att bli nödvändigt för alla landsting att införa en riktad vårdpeng, anser Anders Anell, som samtidigt menar att en satsning på primärvården i sig utgör en rättviseprofil.

Den aktuella svenska vårdvalsreformen är dock, överlag, inte kopplad till att pengar tillskjuts vården, så som var fallet i Norge, där man för några år sedan genomdrev det så kallade fastlegesystemet. Ebba Sjögren, ekonomie dok-

»Stockholmsmodellen passar bäst i glesbygd medan Hallandsmodellen egentligen passar bäst i Stockholm.«

tor, Handelshögskolan i Stockholm, har skrivit delar av förarbetena till den svenska primärvårdsreformen.

– Den stora skillnaden med fastlegesystemet är att där tillskötts pengar. Man satte inget avgiftstak för den prestationsbaserade ersättningen. Reformen var en utbyggnad av primärvården. Man förstatligade den norska sjukvården och fick fler remitteringar till specialistläkare. I Sverige kan det bli svårare att styra mot nationella mål. Det blir därför viktigt att följa upp, underströk Ebba Sjögren.

Oljenationen Norge har bättre förutsättningar än Sverige. På vårdcentralerna i Stockholms ytterområden har man valt att ta igen på gungorna vad man förlorat på karusellerna. Elisabet Svensson är distriktsläkare och verksamhetschef

på Vårby vårdcentral:

– I Stockholm är ersättningen lika för alla, sjuk som frisk, fattig som rik, säger hon och fortsatte att berätta om hur man på hennes vårdcentral i Vårby medvetet i rask takt under ett förmiddagspass 9.30–12.30 betar av 19 patienter, »som egentligen skulle blivit friska av sig själva«, men som i besöksintäkter genererar tre gånger så mycket mer i inkomster än de sex multisjukinbokade patienterna som behandlas parallellt.

– Vi kräver en primärvård som kan skilja på behov och efterfrågan. Inte all vård som efterfrågas är medicinskt motiverad, framhöll Elisabet Svensson mot bakgrund av sin arbetssituation.

Anders Olsson, utredare, Stockholms läns landsting, ville inte instämma i den bilden utan lade grafer på overhead som skulle visa på något annat:

– Vi har fått en debatt som att vi förlorat något som var rättvist. Produktionen skiljer sig mellan de olika mottagningarna, men vi har inget samband mellan olika sociala områden.

Marie Närlid

marie.narlid@lakartidningen



Maria Dalemar lämnar posten som ordförande i DLF

Maria Dalemar, ordförande i Distriktsläkarförbundet, DLF, blir biträdande sjukhusdirektör vid Södra Älvsborgs sjukhus i Borås och lämnar därför ordförandeposten i DLF på fullmäktigemötet den 8 maj.

Maria Dalemars tid som DLF-ordförande blir därmed kort. Hon valdes till ordförande i DLF våren 2008. Förutom sina



Maria Dalemar

fackliga uppdrag är hon i dag verksam som distriktsläkare på en vårdcentral i Lidköping.

Vad fick dig att ta beslutet?

– Chefs- och ledarskapsfrågorna ligger mig väldigt varmt om hjärtat, och det är en utmaning att få jobba med de frågorna.

Maria Dalemar valdes in i Läkarförbundets centralstyrelse, CS, vid förbundets fullmäktigemöte i december 2008 för en mandatperiod på två år. Fyllnadsval tillämpas inte. Nästa fullmäktigemöte i Läkarförbundet hålls hösten 2010.

Ska du sitta kvar i CS?

– Där för vi nu en dialog. I CS sitter man på personligt mandat, säger Maria Dalemar.

Ännu finns ingen föreslagen efterträdare till Maria Dalemar som ordförande i DLF.

– Vårt huvudspår är att det finns flera meriterade personer i den kvarvarande styrelsen, säger Göran Fälthammar, ordförande i valberedningen.

Elisabet Ohlin

Läs mer En längre version av artikeln finns att läsa på lakartidningen.se