Om rutinerna för god handhygien inte följs hjälper inga enkelrum i världen!

En nyligen publicerad engelsk studie ger intryck av att det inte lönar sig att isolera känt MRSA-positiva patienter i enkelrum på intensivvårdsavdelningar (IVA). I Sverige har vi hittills hållit nere spridningen av MRSA i vården. Vi hävdar att detta beror på god följsamhet till basala hygienrutiner och god tillgång på enkelrum, och på att vi isolerar såväl smittade som misstänkt MRSA-smittade patienter.

Foto: Christer Häggström

Traditionen att tvätta med handsprit har motverkat spridningen av MRSA i Sverige.

ANNA HAMBRAEUS
docent, senior consultant, Vaxholm

ULRIKA RANSJÖ
docent, överläkare
ulrika.ransjo@akademiska.se

ERIK TORELL
med dr, överläkare; båda vid sektionen för vårdhygien, Akademiska sjukhuset, Uppsala

CHRISTINA ÅHRÉN
docent, överläkare, infektionshygien, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg

Hans Blomqvist [1] har, liksom vi, med uppmärksamhet läst en i Lancet publicerad engelsk undersökning som påstår att det inte lönar sig att flytta MRSA(meticillinresistenta Staphylococcus aureus)-positiva patienter till enkelrum [2]. Vi delar helt hans tolkning »att isoleringen per se kanske inte är viktigast, utan följsamheten till basala hygienföreskrifter«.

Allt fler studier beskriver ökad mortalitet och morbiditet vid MRSA-infektion jämfört med motsvarande MSSA-(methicillin-sensitive Staphylococcus aureus)infektion [3]. Sverige tillhör än så länge den krympande skaran av länder där prevalensen av MRSA är mycket låg, men vi ser nu en snabbt ökande förekomst av inhemsk MRSA-smitta.

Orsaker till Sveriges positiva situation

Att vi hittills har lyckats hålla MRSA utanför vården kan bero på många faktorer, såsom vår tradition att rekommendera handsprit i stället för handtvätt i daglig vård, vårt internationellt sett sparsamma och relativt smala antibiotikabruk, en välutbildad personal samt god tillgång på enkelrum. Att kritiskt utvärdera dessa olika faktorer är naturligtvis viktigt.

MRSA sprids på samma sätt som de flesta mikroorganismer: genom kontaktsmitta via händer och kläder och ibland genom dropp-kontaktsmitta eller luftkontaktsmitta via förorenade föremål och patientnära ytor.

Att bryta dessa smittvägar genom att bl a förbättra handhygienen och att ha ordentligt avstånd mellan patienterna, helst på enkelrum, är därför de enskilt viktigaste åtgärderna för att förhindra smittspridning [4, 5]. Basala hygienrutiner omfattar handdesinfektion med sprit före och efter all patientkontakt, och vid behov bruk av patientbundna handskar och skyddsrock/plastförkläde i vårdarbetet. I Sverige råder numera samsyn om att basala hygienrutiner skall tillämpas för alla patienter, alltid.

Dålig handhygien i studien

Handhygienen var mycket dålig i den refererade studien; endast vid var femte patientkontakt utfördes adekvat handhygien (följsamhet 21 procent). Enligt vår mening handlar därför den citerade studien inte i första hand om effekter av enkelrum utan om resultatet av bristande handdesinfektion. Förbättrad tillgång till handfat förbättrar inte MRSA-läget om man inte samtidigt ökar följsamheten till basala hygienrutiner [6].

Pittet och medarbetare har inte bara visat att det går att öka följsamheten till god handhygien utan också att det är effektivt [7]. Genom en kampanj för handdesinfektion på universitetssjukhusen i Genève ökades följsamheten från 40–50 procent till uppemot 70 procent, vilket halverade prevalensen vårdrelaterade infektioner liksom risken att sprida MRSA-smitta.

Vård på enkelrum?

Bör man dessutom vårda MRSA-patienten på enkelrum? Vård på enkelrum med stängd dörr kan vara nödvändig för

- att förhindra smittspridning i intensivvård:
- att avgränsa de ytor där dropp-kontaktsmitta och luft-kontaktsmitta från patienten kan finnas, så att punktdesinfektion lättare blir gjord
- att förbättra följsamheten till basala hygienrutiner, genom att påminna om att detta är en smittsam patient.

Det lönar sig att lägga misstänkt MRSA-smittade på enkelrum på IVA: smittrisken minskar upp till 16 ggr jämfört med vård på stor sal [8, 9]. Det är dock ingen större mening med att vårda patienter på enkelrum och införa basala hygienrutiner om detta sker först när MRSA-smittan konstaterats [10], som man gjorde i den engelska studien. Man kan inte vänta i flera dagar på odlingsresultat innan adekvata skyddsåtgärder vidtas, då blir det för sent.

Tyvärr räcker i dagens Sverige varken personal eller rum inom intensivvården till för att vårda alla misstänkt smittade på enkelrum. Vid brist måste man prioritera de som mest sannolikt är smittade, alltså patienter som vårdats i områden med hög förekomst av MRSA, och de som kan utgöra en smittrisk, t ex patienter med stora infekterade sår.

Kohortvård nämndes också i den engelska artikeln, och man skilde där odlingspositiva patienter från odlingsnegativa. Kohortvård betyder emellertid att i stället skilja redan exponerade/tänkbart smittade från dem som inte utsatts för smitta, och att personal under samma arbetspass inte får gå mellan de olika kohorterna. Även på den punkten fallerade engelsmännen.

MRSA är, liksom andra Staphylococcus aureus-stammar, spridningsbenägna och virulenta. Spridning av MRSA kan tjäna som ett mått på hur vårdhygienen

fungerar. Påvisad smittspridning bör inte fokusera på enbart MRSA utan leda till förebyggande av smittspridning generellt.

Vi har fortfarande goda möjligheter

Den engelska IVA-studien visar enligt vår mening effekten av alltför låg följsamhet till handhygien, inte avsaknad av effekt av enkelrum. Vi vet inte idag om vi i en endemisk situation skulle klara vården av MRSA-patienter bättre än engelsmännen. Vi tror att vi i Sverige fortfarande har möjligheter att med god vårdhygien både i intensivvård, akutsjukvård och andra vårdformer hålla smittspridningen på en låg nivå.

Att basala hygienrutiner tillämpas konsekvent, oberoende av vilken patient det gäller och oberoende av var patienten ligger, är en förutsättning för att lyckas. Goda vårdlokaler med god tillgång på enkelrum underlättar arbetet och minskar spridningsriskerna. Självklart måste man alltid sätta patientsäkerheten i första rummet, men att förhindra smittspridning är också i högsta grad en patientsäkerhetsfråga.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

1. Blomqvist H. Måste MRSA-patienter på IVA isoleras? Läkartidningen 2005;102:543.
2. Cepeda JA, Whitehouse T, Cooper B, Hails J, Jones K, Kwaku F, et al. Isolation of patients in single rooms or cohorts to reduce spread of MRSA in intensive-care units: prospective two-center study. Lancet 2005;365:295-304.
3. Engemann JJ, Carmeli Y, Cosgrove SE, Fowler VG, Bronstein MZ, Trivette SL, et al. Adverse clinical and economic outcomes attributable to methicillin resistance among patients with Staphylococcus aureus surgical site infection. Clin Infect Dis 2003;36:592-8.
4. Kibbler CC, Quick A, O'Neill AM. The effect of increased bed numbers on MRSA transmission in acute medical wards. J Hosp Infect 1998;39:213-9.
5. Eveillard M, Eb F, Tramier B. Schmit JL, Lescure FX, Biento M, et al. Evaluation of the contribution of isolation precautions in prevention and control of multi-resistant bacteria in a teaching hospital. J Hosp Infect 2001;47:116-24.
6. Vietri NJ, Dooley DP, Davis CE, Longfield JN, Meier PA, Whelen AC. The effect of moving to a new hospital facility on the prevalence of methicillinresistant Staphylococcus aureus. Am J Infect Control 2004;32:262-7.
7. Pittet D, Hugonnet S, Harbarth S, Mourouga P, Sauvan V, Touveneau S, et al. Effectivness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene. Infection Control Programme. Lancet 2000; 356:1307-12.
8. Jernigan JA, Titus MG, Groschel DH, Getchell-White S, Farr BM. Effectiveness of contact isolation during a hospital outbreak of methicillinresistant Staphylococcus aureus. Am J Epidemiol 1996;143: 496-504.
9. Gastmeier P, Schwab F,Geffers C, Rûden H. To isolate or not to isolate? Analysis of data from the German nosocomial infection surveillance system regarding the placement of patients with methicillin-resistant Staphylococcus aureus in private rooms in intensive care units. Infect Control Hosp Epidemiol 2004;25:109-13.
10. Hartstein AI, Denny MA, Morthland VH, LeMonte AM, Pfaller MA. Control of methicillin-resistant Staphylococcus aureus in a hospital and an intensive care unit. Infect Contr Hosp Epidemiol 1995;16:405-11.

Bättre bläckfisk än inget alls

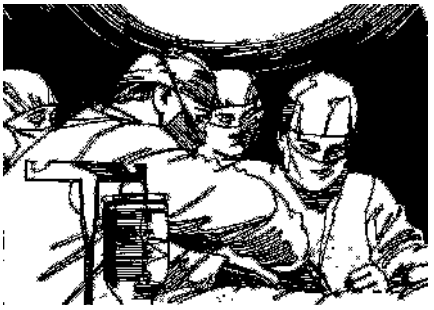
I Läkartidningen 45/2005 (sidan 3424) tar Göran Greider upp läkarkårens enligt honom bristfälliga rapportering av biverkningar. Han avslutar med: »Utan den [läkemedelsindustrin] vill nog ingen av oss leva, men det är viktigare än någonsin att läkarkåren sakta men säkert slingrar sig ur dess bläckfiskarmar och gör sig mer självständig. Det har ju trots allt varit trenden de senaste åren.«

Ja du, Göran Greider, tänk så bra det vore, ifall de offentliga arbetsgivare, som du värnar så intensivt, tagit sitt ansvar och avsatt tillräckliga resurser för sina anställdas vidareutbildning och fortbildning. Under det dryga kvartssekel jag arbetat som läkare har så inte varit fallet. (Hänger detta måhända samman med det djupa kunskapsförakt, som – förklätt till jämlikhetssträvan – präglat dina partivänner i decennier, vilket resulterat i att skolan idag visar sämre resultat än någonsin tidigare i modern tid, samtidigt som universitetsutbildningen urvattnats på ett närmast häpnadsväckande sätt eftersom alltför många studenter är så illa förberedda för akademiska studier?)

Specialistkompentens på fritiden

De obligatoriska kurser som under 1980-talet krävdes för att få ut specialistkompetens gick jag på jourkomptid, dvs på min fritid, utan lön från arbetsgivaren. Staten var så pass »generös« att den via Socialstyrelsen täckte ungefär halva kostnaden för kost och logi.

Efter det att specialistkompetensen utkvitterats har genomtänkta fortbildningsinitiativ från arbetsgivarens sida varit sällsyntare än hönständer. Däremot har industrin visat framfötterna och genom åren inbjudit till ett antal högklassiga kurser, godkända som fortbildning av



Utbildningsfrågorna i centrum!

dåvarande Landstingsförbundet – arbetsgivarorganisationen!

Alltså, Göran, du och jag kan vara överens om att det hade varit »moraliskt bättre« om arbetsgivarna själva satsat tillräckliga resurser på min professionella utveckling så att industrins kurser inte behövts. Vem vet – det kanske till och med hade stimulerat mig både till att vara lyhörd för berättelser om egendomliga bieffekter och att sända in betydligt fler biverkningsrapporter?

Så korkade är vi inte

Tyvärr har arbetsgivarens satsning uteblivit. I stället har nämnda bläckfiskarmar fått nappa efter läkarna, bäst de kunnat. Däråt bör nog även du vara glad, för utan det initiativet skulle hela min kår vara avsevärt sämre skickad att ta hand om dig.

Och du kan vara lugn; få av oss är så korkade att vi tror att industrin gör detta för våra vackra ögons skull. Vi vet att den är ute efter att tjäna pengar, och de flesta av oss har detta i bakhuvudet såväl under som efter genomgångna kurser.

Bror Gårdelöf
överläkare, Linköping
Bror.Gardelov@lio.se

Alfred Bjure, engagerad reumatolog

I en Medicinhistorisk minipaus i Läkartidningen 45/2005 (sidan 3328) berättar Nils Brage Nordlander om radiologen Hugo Laurells speciella intresse för ortostatisk arteriell anemi. Ett intresse som han delade med Alfred Bjure, kollega på medicinkliniken vid Akademiska sjukhuset i Uppsala.

Bjure, som själv upplevde återkommande ischemiska episoder, beskrev tillståndet och dess orsaker i föredrag och artiklar. Bjure–Laurells syndrom står sedan dess som en eponym för en inte ovanlig reaktion hos unga människor, ibland långt upp i åren.

Efter utbildning och disputation 1925 blev Alfred Bjure lasarettsläkare i Västerås. Där engagerade han sig särskilt i vården av de reumatiskt sjuka och bildade en reumatologisk avdelning. Han organiserade därtill en uppsökande verksamhet i länet – en modell som fick efterföljd på andra håll.

Som pensionär i Uppsala åtog han sig under en följd av år motsvarande verksamhet i landstingets hägn och tog initiativ till att bilda en länsförening mot reumatism.

Nils-Johan Höglund
MD, Uppsala
nj.m.hoglund@telia.com