

Meticillinresistente Staphylococcus aureus i Oslo i 2000

I alt 107 personer i Oslo-regionen har fått påvist meticillinresistente Staphylococcus aureus (MRSA) siden 1993; 50 % ved Ullevål sykehus, 13 % ved sykehusets poliklinikk, 22 % ved andre sykehus, 8 % ved sykehjem og 7 % i primærhelsetjenesten. Insidensen har vært raskt økende og gjelder flere deler av helsetjenesten (tab 1). I alt 13 personer som arbeider innen helsetjenesten er blitt smittet med MRSA.

Siden 1993 har Ullevål sykehus hatt tre MRSA-utbrudd – ett i 1995–96 (1), ett i 1999 og ett i desember 2000 (2). Utbruddet i 2000 medførte spredning til Aker sykehus og Sentralsjukehuset i Rogaland. Alle disse pasientene var infisert med en resistent MRSA-type (2). I 2000 ble MRSA påvist hos 34 personer i Oslo – 26 pasienter, to pårørende og seks personer som arbeider i helsetjenesten. Pasientene var stort sett koloniserte/infiserte uten alvorlig infeksjon.

I alt seks personer med arbeid i helsetjenesten ble påvist MRSA-positive i forbindelse med smitteoppsporing ved sykehjem (3) og ved Ullevål sykehus (3). To ble påvist i forbindelse med indeksskasus for Ullevåls-utbruddet i desember 2000. En ble påvist i forbindelse med stell av ikke-isolert importpasient ved Ullevål sykehus. En hadde arbeidet gjentatte ganger ved sykehus i utlandet (Asia) ti år tidligere, en hadde besøkt en pårørende og deltatt i stell i tre dager ved sykehus i Hellas høsten 1998 (vedkommende hadde vært plaget med sår og kviser fra 1999). Endelig var det én fra et asiatisk land som hadde ekstravakter ved sykehjemmet, og som angivelig hadde hatt «indirekte kon-

takt» med engelsk helsevesen ca. 14 dager før påvist infeksjon hos sykehjemspasient.

Det økende antall MRSA-funn blant pasienter og særlig blant helsepersonell – i sykehus og langtids helseinstitusjoner i Oslo – skyldes større og mindre utbrudd med spredning av MRSA i miljøet. Dette er bekymringsverdig og bør følges opp med forebyggende tiltak.

Oslo

Björg Marit Andersen
Gaute Syversen

Seksjon for sykehushygiene
Mikrobiologisk avdeling
Ullevål sykehus

Litteratur

- Andersen BM, Bergh K, Steinbakk M, Syversen G, Magnæs B, Dalen H et al. A Norwegian nosocomial outbreak of methicillin-resistant Staphylococcus aureus resistant to fusidic acid and susceptible to other antistaphylococcal agents. J Hosp Infect 1999; 41: 123–32.
- Andersen BM. MRSA-utbrudd ved Ullevål sykehus – obs pasienter fra Ullevål sykehus. MSIS 2001; nr. 29: 3.

Akupunktur ved akutt lumbago

Vi takkar for Erik L. Werners interessante kommentarar i Tidsskriftet nr. 14/2001 (1) til artikkelen vår i Tidsskriftet nr. 10/2001 om akupunkturbehandling av akutt lumbago (2). Werner finn det overraskande at vi ikkje har med sjukefråver som effektmål. Vi er einig med han, men dessverre viste dataene våre at mesteparten av sjukmeldingsdagane skuldast eit par langtidssjukmelde pasientar. Dermed ville desse resultata ha mindre overføringsverdi med tanke på andre pasientar. Til saman dreier det seg om 27 sjukmel-

dingsdagar i akupunkturgruppa og 62 sjukmeldingsdagar i naproksengruppa.

Werner påpeikar med rette at pasientane ikkje vart behandla med antiflogistika aleine. Dei fekk også informasjon, rettleiing, sjukmelding og det som konsultasjonar vanlegvis elles inneheld. I så måte vart det ikkje gjort nokon skilnad mellom dei to gruppene. Resultata våre gjenspeglar dermed behandlingssituasjonen i allmennpraksis.

Når vi først får høve til å reflektere meir over studien, kan det vere spanande å beregne NNT (number needed to treat) for å unngå eitt tilfelle av akutt lumbago. Over 18 månader fann vi 17 residiv som førte til legebesøk i gruppa som fekk akupunkturbehandling, og 43 i gruppa som fekk antiflogistika. Kor mange pasientar som må behandlast med akupunktur for at ein skal unngå eitt tilfelle av akutt lumbago i løpet av eitt år, blir då NNT = 1,6. Dette er ikkje dårleg i forebyggjande samanhang.

Ålesund/Bergen

Geir Kittang
Anders Bærheim

Litteratur

- Werner EL. Akupunktur ved akutt lumbago. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1737–8.
- Kittang G, Melvær T, Bærheim A. Akupunktur kontra antiflogistika ved akutt lumbago. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1207–10.

Luftambulansetjenesten må forvaltes på helsetjenestens premisser

Legeforeningens utvalg for prehospital akuttmedisin gav i Tidsskriftet nr. 10/2001 (1) uttrykk for misnøye over at luftambulansetjenestens flyoperative kontrakter til-

Tabell 1 MRSA-tilfeller i Oslo-regionen (Ullevål sykehus, Mikrobiologisk avdeling) 1993–2000

Årstall ¹	Totalt	Pasienter/personell			Import ²	Påvist MRSA ved						Sekundær?
		Pasienter	Pårørende	Personell		Ullevål sykehus	Ullevål sykehus' poliklinikk, inkludert Legevakten	Andre sykehus	Sykehjem	Primærhelsetjenesten	Hjemmesykepleien	
1993	1	1	0	0	1			1				Nei
1994	2	2	0	0	1			1		1		Nei
1995 ¹	9	7	0	2	3	6	1	2				Ja
1996 ¹	10	7	0	3	1	7	1	2				Ja
1997	3	3	0	0	1		1	1			1	Nei
1998	26	26	0	0	7	10	3	7	2	4		Nei
1999 ¹	22	20	0	2	9	13	4	1	2	2		Ja
2000 ¹	34	26	2	6	23	17	4	8	5	0	0	Ja
Totalt	107	92	2	13	46	53	14	23	9	7	1	

¹ Utbrudd ved Ullevål sykehus i 1995–96, 1999 og 2000

² Import – kan være usikre opplysninger, inkludert desemberutbrudd ved Ullevål sykehus 2000

deles uten at medisinske myndigheter involveres i prosessen. Denne ulykkelige situasjonen har sin bakgrunn i en todelt organisering av tjenesten. Transportkontraktene konkurranseutsettes. Markedet er tøft, og prisene presses. Dette medfører at luftambulansebaser skifter operatør, noe som også finner sted denne våren. Basemiljøer brytes opp, og helsepersonellet må igjen tilpasse seg nye operative rammebetingelser. Legearbeidet forstyrres i månedsvis. Legeheli-koptertjenesten er sikkerhetsutsatt på to måter. For det første håndterer tjenesten svært syke pasienter, og behandlingstiltakene er krevende. Dette skulle tilsi maksimalt stabile arbeidsforhold. For det andre er det en operativ risiko. Etter et havari i 1996 nedsatte Sosial- og helsedepartementet en arbeidsgruppe som anviste flere viktige risikoreducerende tiltak (2). De viktigste var:

- Best mulig kompetanse hos det personellet som tjenestegjør i cockpiten.
- Seleksjon, utdanning og trening av hele besetningen i kommunikasjon, rollefordeling og samhandling (Crew Resource Management).
- Gode styrings- og organisasjonssystemer.

Også disse forhold betinger stabilitet og kontinuitet i tjenesten. Det motsatte skjer, noe som burde bekymre departementet.

Den kommende sykehusreformen skal inkludere luftambulansetjenesten (3). Dermed får man en anledning til å sikre tjenesten som det medisinske verktøy den skal være. Luftambulansetjenesten bør underlegges de regionale helseforetak. Velges anbudsprinsippet, må regionens medisinske behov være styrende. Kvalitet, langsiktighet og kontinuitet må prioriteres. Det er imidlertid behov for et sentralt myndighetsorgan som setter en nasjonal standard. Spesielt hensynet til flysikkerhet tilsier dette. Rikstrygdeverket har siden 1988 bygd opp en nasjonal infrastruktur for Statens luftambulans. Ulike samarbeidsfora arbeider for å høyne flysikkerheten og utvikle tjenesten videre. Her er det gjort en meget god jobb, og denne infrastrukturen må ikke gå tapt.

Akuttmeldingen (4) varsler etablering av et Statens luftambulanseskontor i Rikstrygdeverket. Denne plasseringen er imidlertid ikke naturlig i den nye foretaksmodellen. Det kommende Sosial- og helsedirektoratet kan være et bedre valg, eventuelt i en nettverksmodell som involverer relevante kompetanseorganer. Norsk akuttmedisinsk kompetansesenter (NAKOS) og Flymedisinsk Institutt (FMI) burde inkluderes i dette nasjonale kompetansenettverket for luftambulansetjenesten.

Høvik

Pål Madsen
sjeflege
Norsk Luftambulans AS

Litteratur

1. Sundar T. Luftens leger føler seg skviset. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1295.

2. Sluttrapport. Arbeidsgruppen for økt flysikkerhet i Statens luftambulans. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 1997.
3. Ot.prp. nr. 66 (2000–2001). Lov om sykehusforetak m.m.
4. St.meld. nr. 43 (1999–2000). Om akuttmedisinsk beredskap.

Statens luftambulans og «luftens leger»

Det vises til artikkelen *Luftens leger føler seg skviset* (1) i nr. 10/2001. Rikstrygdeverket vil be om spalteplass for en liten rede-gjørelse.

Driftsansvaret for Statens luftambulansetjeneste er delt mellom Rikstrygdeverket, som har ansvaret for transporttjenesten, og fylkeskommunene, som har ansvaret for den medisinske tjenesten. Rikstrygdeverket utøver den operative del av transportansvaret gjennom kontrakter med fly- og helikopter-selskaper, mens fylkeskommunen enten iver-retar sitt medisinske driftsansvar gjennom egne ansatte eller ved å kontrahere tjenester fra private helseforetak.

Når det gjelder transporttjenesten, er Rikstrygdeverket underlagt de normale statlige regler når det gjelder tilbudsinnhenting, objektiv tilbudsvurdering, kontraktsinngåelse etc. Fly- og helikopterkontraktene for den samlede luftambulansetjeneste, i alt 11 heli-kopterbaser og sju flybaser, utgår i løpet av første halvår 2001. Rikstrygdeverket inviter-te derfor våren 2000 interesserte luftfartsselskaper innenfor EØS-området til å inngi tilbud på en ny kontraktsperiode frem til 31.12. 2004, med mulighet for forlengelse frem til 31.12. 2007. Innkomne tilbud ble vurdert i samsvar med foreliggende regelverk, og kontrakter ble inngått på grunnlag av de fastsatte tildelingskriterier. Disse kriteriene var utarbeidet i samråd med medisinsk personell og hadde vært på høring hos samtlige fylkeskommuner.

Det er ikke riktig at «Rikstrygdeverket legger vekt på å spare penger, uten å ta tilstrekkelig hensyn til arbeidstidsordninger, lokalkunnskap og medisinsk kvalitet», slik det hevdes i artikkelen. All virksomhet skal foregå i samsvar med gjeldende lover og forskrifter. Luftfartstilsynet, Arbeidstilsynet og Statens helsetilsyn har det formelle ansvaret for å føre tilsyn med dette. I tillegg følger Rikstrygdeverket selv opp alle forhold som kan ha betydning for den transportmessige sikkerheten til de involverte, dvs. både flyoperativt personell, medisinsk personell og pasienter.

Rikstrygdeverket får sine budsjettammer fra Storting og regjering. Det er Rikstrygde-verkets plikt å sørge for et helhetlig, landsdekkende luftambulansesystem, i samsvar med spesifiserte krav til bl.a. kvalitet og sikkerhet.

Det har gjennom en årrekke vært et, etter

vår vurdering, godt samarbeidsforhold mellom leger, flysykepleiere og Rikstrygdeverket. Rikstrygdeverket er innstilt på å videreføre og videreutvikle dette samarbeidet, til beste for både pasientene og det personellet som deltar i Statens luftambulansetjeneste.

Oslo

Tone Mørk
avdelingsdirektør
Helse- og rehabiliteringsavdelingen

Litteratur

1. Sundar T. Luftens leger føler seg skviset. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1295.

Hvordan finne nordiske artikler på nettet?

I anmeldelsen av den siste utgaven av Medisinsk årbog ble det etterlyst et bedre system for gjenfinning av artikler fra tidligere utgaver (1). Gjenfinningsmetoden som ble skissert i bokanmeldelsen var basert på papirindeksen i den omtalte utgaven. Jeg vil her gjøre oppmerksom på at det også er mulig å søke opp artikler i databasen Svemed+, som finnes fritt tilgjengelig fra hjemmesidene til Karolinska Institutets Bibliotek: <http://micr.kib.ki.se/>. Denne databasen gir tilgang til referanser til medisinsk litteratur fra de nordiske landene, og for enkelte av tidsskriftene er det lagt inn referanser fra tidsskrifter helt tilbake til 1980-årene. Det er i alt ca. 125 tidsskrifter som referansene er hentet fra, og databasen gir mulighet til å benytte både engelske eller nordiske søkeord.

Trondheim

Solveig Isabel Taylor
universitetsbibliotekar

Litteratur

1. Fosse A. Medisinsk årbok – bredspektret opplysning. Anmeldelse av boken: Medisinsk årbog 2001. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1210.

Henvisningsplikten – nok en gang

Jeg vil gjerne komme med noen kommentarer og spørsmål angående henvisningsplikten i den nye normaltariffen – denne gang ikke om ordningen, men om prosessen frem til denne.

I medlemsbrevet 18.4. 2001 står det: «Forhandlingene har vært både langvarige og kompliserte. Fra Statens side har det vært en forutsetning at kravene til henvisning til spesialisthelsetjenesten skjerpes.» Mandatet til våre forhandlere var landsstyrets vedtak fra oktober 1999, der de «pålegges å motvirke at pasientenes rettigheter til refusjon ved behandling hos spesialist svekkes». Og dette er de vitterlig blitt! Dette kan da vel ikke tolkes på annen måte enn at våre forhandlere ble overkjørt, at staten fikk presset sitt standpunkt igjennom, trass i protester? Stor blir