

Kontroll av importinfeksjoner ved sykehjem

Bakgrunn. Opphold ved norskeide helseinstitusjoner i utlandet tilbys mange pasienter ved sykehjem.

Materiale og metode. Et anonymisert spørreskjema ble sendt til alle sykehjem i Oslo primo februar 2001; 59 av 62 svarte.

Resultater. I alt 21 sykehjem (36 %) sendte pasienter til norskeide institusjoner i utlandet. Kontroll med henblikk på meticillinresistente *Staphylococcus aureus* (MRSA) etter slike opphold ble gjennomført ved 4/21 (19 %) sykehjem for pasienters vedkommende og ved 3/21 (14 %) for medfølgende personell. 13/59 (22 %) gjennomførte rutinemessig utspørring av nytilsatte vedrørende arbeid ved helseinstitusjoner i andre land og 8/59 (14 %) MRSA-testet nytilsatte som oppgav opplysninger om arbeid ved slike helseinstitusjoner. De 59 sykehjemmene hadde til sammen 4 409 sengeplasser, derav 2 896 (66 %) enerom og åtte (0,2 %) isolater. Det var ingen luftsmitteisolater ved sykehjem i Oslo.

Fortolkning. Import av meticillinresistente *S aureus* og annen smitte via pasienter og personell ved sykehjem i Oslo kan skje ved bruk av helseinstitusjoner i utlandet, manglende infeksjonskontroll og manglende isolasjonsmuligheter.

Opphold i sykehjem medfører mange infeksjonsutsatte personer på et lite areal, ofte med felles toalett/dusj, matsal, kjøkken, tøy- og rekvisitarom (1–4). Mangel på fagpersonell, ofte høyt arbeidstempo og personell som til dels arbeider flere steder samtidig, medfører risiko for smittespredning (1–5).

I de senere år har pasienter ved sykehjem fått tilbud om opphold ved norske helseinstitusjoner i Syden. Høy forekomst av resistente bakterier som meticillinresistente *Staphylococcus aureus* (MRSA), resistente enterokokker, pneumokokker og streptokokker gruppe A og gramnegative stavbakterier med utvidet resistens mot betalaktamantibiotika (ESBL) er et økende problem i Europa (2, 3, 5). I Oslo har det vært en økt forekomst av meticillinresistente *S aureus* blant pasienter i sykehus, sykehjem og i langtids hjemmesykepleie, og de første funn av gramnegative stavbakterier med utvidet resistens mot betalaktamantibiotika er rapportert (1, 6–9).

Björg Marit Andersen

bjorgmarit.andersen@ulleva.no

Mette Rasch

Avdeling for sykdomsforebygging hos risikogrupper
Klinikk for forebyggende medisin
Medisinsk divisjon
Ullevål universitetssykehus
0407 Oslo

Andersen BM, Rasch M.

Control of imported infections in nursing homes.

Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2374–5

Background. Nursing home residents and accompanying staff often go on stays in Norwegian-owned health institutions in southern Europe and may bring infections back with them.

Material and methods. We studied infection control routines for residents and staff returning home from health institutions abroad as well as isolation capacity by an anonymous questionnaire to 59 nursing homes with a total of 4,409 residents.

Results. 21 nursing homes (36%) sent their residents and staff members to health institutions abroad. Testing for methicillin resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) was performed upon return by 4 out of 21 nursing homes for residents and 3 out of 21 for staff members. 22% of the 59 nursing homes had routines for infection screening of staff members working abroad. 14% would perform MRSA tests on all staff members giving such information. The nursing homes had a total of 4,409 beds, 66% of them in single rooms. There were a total of eight (0.2%) contact infection isolates but no isolate for airborne infections.

Interpretation. Resistant bacteria may be imported and spread through lack of infection controls of residents and staff members returning home from health care institutions abroad. The lack of isolation facilities make matters worse.

☞ Se også side 2349

Pasienter og helsepersonell som innlegges/arbeider ved norske helseinstitusjoner skal rutinemessig MRSA-testes etter opphold/arbeid ved helseinstitusjoner i utlandet (10, 11).

I den aktuelle studie vurderes Oslos sykehjems bruk av norske institusjoner i utlandet, infeksjonstesting etter opphold ved slike institusjoner og mulighet for isolasjon av pasienter med infeksjoner ved sykehjem i Oslo.

Materiale og metode

Et anonymisert spørreskjema ble sendt til ledelsen ved alle byens sykehjem primo feb-

ruar 2001. Det ble stilt spørsmål vedrørende sykehusbehandling i utlandet for sykehjemmets pasienter, bruk av norske helseinstitusjoner i utlandet, MRSA-testing av pasienter og personell ved retur fra helseinstitusjoner i utlandet, sykehjemmets rutiner for nytilsatte vedrørende mulig eksponering for meticillinresistente *S aureus*, og sykehjemmets isolasjonsmuligheter.

Resultater

59 av 62 sykehjem i Oslo responderte på undersøkelsen. 21 (36 %) sykehjem sendte pasienter til norskeide institusjoner i utlandet i to uker eller mer. Alle kategorier pasienter ble sendt til utlandet. Seks sykehjem ville sende pasienter med kroniske sår til utlandet. Tre sykehjem oppgav at det hendte at pasientene ble syke og trengte legetilsyn eller sykehusopphold i utlandet.

Fire av 21 sykehjem ville gjennomføre MRSA-testing av pasienter etter opphold på norske helseinstitusjoner i utlandet. Fem av 21 sykehjem gjennomførte MRSA-testing av pasienter som hadde hatt opphold i sykehus i utlandet i løpet av de siste 12 måneder.

Tre av 21 sykehjem testet medfølgende personell etter opphold ved norsk helseinstitusjon i utenland. Fem av 21 gjennomførte MRSA-testing av personell som hadde hatt opphold i sykehus i utlandet i løpet av de siste 12 måneder.

13 av 59 sykehjem (22 %) spurte rutinemessig nytilsatte vedrørende arbeid ved helseinstitusjoner i land utenfor Norden de siste 12 måneder. Åtte sykehjem testet nytilsatte som gav opplysninger om arbeid ved slike institusjoner.

De 59 sykehjemmene hadde til sammen 4 409 sengeplasser, derav 2 896 (66 %) enerom og åtte (0,2 %) isolater. Det var ingen luftsmitteisolater ved sykehjemmene.

Diskusjon

Hvert tredje sykehjem (36 %) i Oslo sender pasienter til to ukers opphold eller mer ved norske helseinstitusjoner i utlandet. Institusjonene er norske i den forstand at de drives av norske interesser, private eller offentlige, men uten tilsyn av norske helsemyndigheter. Etter smittevernloven og kommunehelse- tjenesteloven skulle tilsyn omfatte alle de helsetilbud loven gir anvisning på, uansett om tilbudet gis i Norge eller andre land. Justisdepartementet har i brev av 28.7 2000 konkludert med at «norskeide sykehjem i Spania har plikt til å underkaste seg tilsyn i samme utstrekning som tilsvarende institusjoner her hjemme». Begrensninger er be-

stemmelser i folkeretten eller følger av overenskomst med fremmed stat.

En undersøkelse ved tre norske helseinstitusjoner i utlandet våren 2000 og 2001 viste at det der ikke var norsk offentlig helsetilsyn. Det var heller ikke norsk sykehjemsstandard med hensyn til hygiene og smittevern. En del av personalet, inkludert leger, var fra vertslandet, og noen var samtidig i arbeid i vertslandets helsevesen. Norsk næringsmiddeltilsyn stiller helt andre krav til kjøkkenhygiene enn for eksempel spansk næringsmiddeltilsyn (Rasch M, Andersen BM, upubliserte data).

Helsepersonell returnerer fra slike institusjoner til sine arbeidsplasser i Norge. Mange arbeider ved flere sykehjem og sykehus her i landet og kan dermed bringe resistente bakterier eller andre patogene bakterier med seg tilbake. Pasienten skal tilbake til sykehjemmet, hjemmesykepleien, dagsenter, oppfølging i primærhelsetjenesten, osv. Noen har vært innlagt i sykehus i utlandet for forskjellige sykdommer under oppholdet.

I den aktuelle undersøkelsen var rutiner for MRSA-testing fulgt opp av et mindretall av sykehjem, både med hensyn til pasienter og medfølgende personell; henholdsvis 5/21 og 3/21 sykehjem. I tillegg gjennomførte bare hvert femte sykehjem rutinemessig utspørring av nytilsatte vedrørende arbeid/opphold ved helseinstitusjoner i andre land, og bare 14 % av sykehjemmene MRSA-testet nytilsatte som hadde arbeidet i helsesektoren i utlandet. Manglende infeksjonstesting kan medføre smittespredning i sykehjem, hjemmesykepleien og tilhørende sektorsykehus.

Denne situasjonen – som kan øke risikoen for import og spredning av resistente mikrober til langtidsinstitusjoner i Oslo – er bekymringsfull, siden syke, eldre pasienter benytter en betydelig andel av hovedstadens helsetilbud. Årlige prevalenstall viser at infeksjoner spres ved sykehjem (1).

En årsak til at rutiner for infeksjonskontroll ikke blir fulgt, kan være at man ser på disse norske helseinstitusjonene som «helnorske» – med norsk hygienestandard og norsk personell, noe som ikke er tilfelle.

For å kartlegge omfang og risiko for mulig importsmitte assosiert med institusjonsopphold i Syden, er det vesentlig at mikrobiologiske undersøkelser blir gjennomført. Søkelyset bør i tillegg til meticillinresistente *S aureus* rettes mot en rekke «vanlige», nosokomiale mikrober som *Escherichia coli*, pneumokokker, enterokokker og streptokokker gruppe A som kan være mer resistente i Syden enn i Norge.

Har sykehjem i Oslo mulighet til å kunne håndtere pasienter smittet etter opphold i utlandet eller smittet på annen måte? Aktuelle undersøkelser viser at andel enerom er økende i Oslo: 66 % av sengene, mot bare 10 % for noen år siden (1). Stor mangel på fagpersonell og mange pasienter per pleier (1, 5, 12), er risikabelt når det gjelder hygiene og

smittevern, og kan føre til smittespredning pga. manglende kunnskaper om bruk av smitteregimer osv. Gode isolater mangler fremdeles; det var bare åtte isolater ved sykehjem i Oslo (0,2 % av sengekapasiteten), og ikke et eneste luftsmitteisolat. Dette medfører at luftsmitte vil kunne spre seg uhemmet.

Konklusjon

Import og spredning av meticillinresistente *S aureus* og annen smitte via pasienter og personell ved sykehjem kan skje ved utstrakt bruk av norske helseinstitusjoner i utlandet, manglende MRSA-testing og infeksjonskontroll og manglende isolasjonsmuligheter.

Litteratur

1. Andersen BM, Rasch M. Hospital-acquired infections in Norwegian long-term-care institutions. A three-year survey of hospital-acquired infections and antibiotic treatment in nursing/residential homes, including 4500 residents in Oslo. *J Hosp Infect* 2000; 46: 288–96.
2. Garibaldi R, Brodine S, Matsumiya R. Infections among patients in nursing homes: policies, prevalence and problems. *N Engl J Med* 1981; 305: 731–5.
3. Stone SP. Soil, seed and climate: developing a strategy for prevention and management of infections in UK nursing homes. *J Hosp Infect* 1999; 43 (suppl): 29–38.
4. Arbeidstilsynet. Beboere og ansatte ved sykehjem i Oslo i uke 39, 1996. Oslo: Statens arbeidstilsyn, 1998.
5. Garibaldi RA. Residential care and the elderly: the burden of infections. *J Hosp Infect* 1999; 43 (suppl) 9–18.
6. 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.
7. Andersen BM, Lindemann R, Bergh K, Nesheim B-I, Syversen G, Solheim N et al. Spread of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* in a neonatal intensive unit associated with understaffing, overcrowding and mixing of patients. *J Hosp Infect* 2002; 50: 18–24.
8. Andersen BM, Syversen G. Meticillinresistente *Staphylococcus aureus* i Oslo i 2000. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 1844.
9. Andersen BM. Bekymringsfullt. *Dagens Medisin* 16.8.2001.
10. Forskrift om forhåndsundersøkelse av arbeidstakere innen helsevesenet – antibiotikaresistente bakterier. August 1996 I – 0872B. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 1996.
11. Råd for anvendelse av Smittevernloven §3-3 Forhåndsundersøkelse av pasienter – smittsomme sykdommer. Rundskriv IK-28/96 november 1996. Oslo: Statens helsetilsyn, 1996.
12. Fryjordet J, red. Når du blir gammel og ingen vil ha deg. En statusrapport om situasjonen i helsetjenesten fra Den norske lægeforening. Oslo: Den norske lægeforening, 2001.

○