

evaluere tiltakene og å frembringe epidemiologiske data. Tilsynslegen skal ha en sentral rolle i arbeidet med å vedlikeholde og fornye programmet.

En bistandskontrakt gjelder for to år om gangen. Ordningen finansieres ved at kommunen betaler en timepris på kr 750 for tjenestene, som inkluderer undervisning, veiledningsmøter og telefonkontakt. Små institusjoner med færre enn 50 senger tilbys et program på 36 timer per år, mens større institusjoner blir anbefalt programmer med flere timer.

Hygienesykepleierne Anne Dalheim og Trine Herud ved Haukeland Sykehus har, sammen med andre hygiene-sykepleiere i Hordaland, det praktiske ansvaret for å følge opp kontakten med sykehjemmene som er med i prosjektet. De mener at alle helsepersonell-grupper, også leger, vil ha stort utbytte av undervisningen og arbeidet med å videreutvikle hygienepermen lokalt.

– Det er meningen at hygienepermen skal være en nyttig oppslagsbok, men vi håper også å se konkrete resultater, for eksempel i form av færre infeksjonsutbrudd i sykehjemmene, sier de to sykepleierne, som er fast bestemt på å nå målet om å rekruttere 75 % av fylkets sykehjem til undervisningsprosjektet. Til nå har ti av ca. 30 kommuner meldt seg på.

Kjærkomment tiltak

– Hygienepermen er et kjærkomment tilbud til vårt sykehjem, sier Dagmund Flaktveit, daglig leder ved Landås Menighets Alders- og Sykehjem i Bergen. Institusjonen har vært en prøveklut i arbeidet med å utvikle og



Hygienepermen har med bakgrunnsstoff og anbefalinger om sentrale temaer innen smittevern og infeksjonskontroll. Faksimile av innholdsfortegnelsen

ta i bruk undervisningsopplegget som Helse Bergen har laget.

– Vi har sett et økende antall infeksjoner de siste årene, og ønsker å snu denne utviklingen. Da vi tok kontakt med Haukeland Sykehus sist vinter, ble vi invitert til å prøve ut bistandsprosjektet, sier Flaktveit. Han sier det er sår-, urinveis- og luftveisinfeksjoner

som forekommer hyppigst ved sykehjemmet. Av de 87 pasientene og beboerne ved sykehjemmet, er to tredeler pleietrengende. Det er også en klar trend at pasientene blir eldre og sykere.

– Dette øker behovet for å skjerpe oppmerksomheten rundt smitteverntiltak, sier Flaktveit, som opplyser at alt pleiepersonell ved sykehjemmet har vært med den første delen av undervisningsprogrammet i bistandspakken. Sykehjemmet har opprettet avdelingsvise grupper som skal følge opp prosjektet og videreutvikle hygienepermen til å bli en sentral prosedyrebruk. – Hvordan har responsen fra de ansatte vært?

– Entusiasmen er stor blant. Prosjektet har skapt en ny kontaktflate med fagmiljøet ved Haukeland Sykehus. Vi ser at personalet er mer bevisst på holdninger og rutiner i det daglige arbeidet, for eksempel nytten av god håndhygiene, sier Flaktveit.

– Tom Sundar, *Tidsskriftet tom.sundar@legeforeningen.no*

Litteratur

1. Andersen BM. Nosokomiale infeksjoner i sykehjem i Oslo. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122: 2371–3.
2. Andersen BM. Kontroll av importinfeksjoner ved sykehjem. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122: 2374–5.
3. Harthug S. Infeksjoner – bruk av antibiotika i sykehjem. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122: 2349.
4. Bucher A, Sorknes N, Lundqvist K, Rønning K. Infeksjoner og antibiotikabehandling ved sykehjem. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 827–30.

Smittevern som konkurransefaktor i foretakene

– Sykehusreformen gir nye muligheter for å samordne og effektivisere smittevernet, og stille krav om infeksjonskontroll, sier Stig Harthug ved Haukeland Sykehus.

Stig Harthug, som er avdelingsoverlege ved avdeling for sykehushygiene ved Haukeland Sykehus, har ledet arbeidet med den nye smittevernplanen i Helse Vest RHF (1). Etter at helseforetaksreformen trådte i kraft har de regionale helseforetakene overtatt ansvaret for smittevernet i spesialisthelsetjenesten. Tidligere var dette et fylkeskommunalt ansvar, men arbeidet ble ikke fulgt opp. Smittevern har derfor vært et nedprioritert satsingsområde i helsevesenet.

Helse Vest først ute

– Men nå blir det forandringer, sier Stig Harthug, som tror at det vil bli lagt mer vekt på smittevern i tiden som kommer. En av grunnene er den økende oppmerksomheten rundt svikt i rutiner og utstyr som årsak til infeksjoner. En annen viktig grunn er at infeksjonskontroll i økende grad vil bli brukt som et kvalitetsmål på sykehusenes virksomhet.

– Effektivt smittevern vil være et av flere kvalitetskrav som stilles når funksjoner skal fordeles og kontrakter inngås. Dette er en direkte følge av den nye foretaksstrukturen, sier Harthug. Han presiserer at smittevernplanen for Helse Vest RHF ikke bare er en plikt som følger av myndighetskrav, men en utfordring i de enkelte helseforetakenes egeninteresse.

Planen oppsummerer sentrale lovbestemmelser, beskriver hvordan smittevernet er organisert i helseforetakene og foreslår tiltak for å effektivisere og styrke smittevernet. Tiltak for å utvikle felles retningslinjer for smittevernet, blir særlig vektlagt. For å få en bedre infeksjonskontroll ved sykehusene i regionen, foreslås det å etablere et infeksjonsregistreringssystem for postoperative sårinfeksjoner i henhold til EU-standarder.

– I Danmark har man gode erfaringer med det EU-støttede Helics-prosjektet, en standard for registrering og rapportering som tar hensyn til ulike risikofaktorer hos pasientgruppene, og som gjør det mulig å sammenlikne sykehusene. Vi tar høyde for å etablere et tilsvarende system i Norge neste år, sier Stig Harthug.

Han understreker at prinsippet om infeksjonskontroll vil bli videreført i sykehusreformene. For eksempel kan det på sikt bli aktuelt å bruke sykehusinfeksjoner som en konkurransefaktor ved fritt sykehusvalg.

– Poenget er at bestillerrollen gir de regionale helseforetakene muligheten til å stille visse minstekrav til helseforetakene når oppgaver skal fordeles, sier han. Han viser til fjorårets pasientbro til utlandet (2), der en rekke sykehus falt fra i kampen om kontraktene, nettopp på grunn av sviktende infeksjonskontroll. Sykehus som ikke kunne dokumentere MRSA-forekomst eller hyppighet av postoperative infeksjoner, ble ikke vurdert.

Må prioriteres

En rekke av forslagene i den regionale smittevernsplanen vil kreve øremerking av betydelige midler. Det dyreste er å bygge ut isolatkapasiteten i Helse Vest, et prosjekt som vil koste 50–60 millioner kroner. Andre forslag er å styrke det regionale kompetansesenter for sykehushygiene, opprette stillin-



Smittevern er ikke et fagfelt forbeholdt noen få interesserte laboratorieleger, men et bredt og viktig satsingsområde for helseforetakene, mener Stig Harthug. Foto T. Sundar

ger for tuberkulosekoordinatorer og etablere et laboratorium for spesialiserte sykehushygiene undersøkelser.

Stig Harthug legger ikke skjul på at planarbeidet i Helse Vest har vært påskyndet av Dent-o-sept-saken (3), der det i vår ble avslørt at en munnfuktepinne hadde forårsaket spredning av farlige pseudomonasbakterier i mange sykehus.

– Arbeidet var godt i gang da smittesaken kom opp, men den førte til at vi fremskyndet tidsplanen. Dent-o-sept-saken viste hvor sårbart helsevesenet kan være hvis ikke infeksjonskontrollen fungerer godt nok, og den var et varsel om at smittevern bør prioriteres høyere, sier han.

– Tom Sundar, Tidsskriftet
tom.sundar@legeforeningen.no

Litteratur

1. Smittevernplan for Helse Vest RHF. Bergen: Helse Vest RHF, 2002.
2. Sundar T. Pasientbroen kan bli en bakteriebro. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 235.
3. Husom N. Bedre rutiner nytter lite når meldekulturen er slett. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1239.

For dårlig infeksjonskontroll i norske sykehjem

Infeksjoner er et vel så stort problem i sykehjem som i sykehus. Det fremgår av analysene fra de nasjonale prevalensmålingene som Folkehelseinstituttet har gjennomført.

Hittil har det vært begrenset informasjon om infeksjonsforekomsten og antibiotikabruken ved sykehjemmene på landsbasis, men resultatene fra en nasjonal prevalensmåling som Nasjonalt folkehelseinstitutt har gjort, viser at det er all grunn til å styrke smittevernet ved disse institusjonene.

Første nasjonale måling

Målingen, som ble gjennomført på en valgfri dag i uke 22, viste at 6,6% av sykehjemspasientene hadde en nosokomial infeksjon. En tilsvarende registrering i sykehusene rett før sommeren gav en infeksjonsprevalens på 5,3%.

Punktprevalensundersøkelsen i sykehjem-

mene viste følgende fordeling av de dominerende infeksjonstypene: urinveisinfeksjoner (ca. 50%), hudinfeksjoner (25%), nedre luftveisinfeksjoner (20%) og postoperative sårinfeksjoner (5%).

– Dette er første gang det blir gjennomført en nasjonal punktprevalensmåling i kommunale helseinstitusjoner. De foreløpige analysene viser at infeksjonsproblemer er minst like store her som i sykehusene, og utfordringene innen smittevern likeså, sier Hanne Merete Eriksen ved Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Få respondenter

Oppslutningen rundt prevalensundersøkelsen i sykehjemmene er imidlertid et sorgens kapittel. Bare 300 av 976 inviterte kommunale helseinstitusjoner gjennomførte registreringen i vår. Ved tilsvarende registrering i sykehusene derimot, var det 66 av 80 institusjoner som responderte.

Nå håper Folkehelseinstituttet på bedre oppslutning ved den neste nasjonale prevalensregistreringen som skal gjennomføres i oktober.

– Punktprevalensundersøkelser gir nyttige data som kan brukes ved planlegging av tiltak for bedre smittevern og infeksjonskontroll, både i sykehus og sykehjem. For å få et reelt bilde av den epidemiologiske situasjonen, er det viktig at så mange institusjoner som mulig deltar i undersøkelsen, sier Eriksen.

Hun opplyser at høstens prevalensregistrering i de kommunale helseinstitusjonene vil foregå i uke 43. Alle sykehjem og aldershjem har mottatt registrerings- og summeringsskjemaer, men disse kan også lastes ned fra Internett (www.fhi.no/tema/prevalens/).

– Tom Sundar, Tidsskriftet
tom.sundar@legeforeningen.no

Kompetanseutvikling i eldreomsorgen

Nasjonalt formidlingssenter i geriatri (NFG) utgir fire nye rapporter som bidrar til kompetanseutvikling i eldreomsorgen, i serien *Undervisningssykehjem og Geriatri i Norge*.

Å ha kontakt med hode, hender og hjerte handler om prosjektet Alderspsykiatri ut til helse- og sosialtjenesten i kommunene, finansiert av Nasjonalt Geriatriprogram. Opplæringsmodellen tar sikte på å gi pleie- og omsorgspersonell kompetanse innen alderspsykiatri, for å forebygge og lindre psykiske lidelser og gi bedre livskvalitet for pasientgruppen.

NFG gir også ut rapporten *Variert kompetanse – del 3*. Den retter seg mot kliniske ernæringsfysiologer og logopeder, og handler om hva disse faggruppene kan bidra med ved ulike sykdommer som rammer eldre mennesker.

To rapporter er knyttet til Undervisningssykehjemprosjektet, som ble etablert i Oslo i 1999. *Kompetanseutvikling i eldreomsorgen* presenterer et program for klinisk kompetanseutvikling i eldreomsorgen for hjelpepleiere, aktivtører og miljøarbeidere. Programmet er utformet med tanke på å skulle inngå som en del av en klinisk kompetansestige eller klinisk spesialistgodkjenningsordning for helse- og sosialpersonell med eksamen fra videregående skole.

Rapporten *Program for å rekruttere og beholde nye sykepleiere* presenterer et studieopplegg. Studieopplegget tar utgangspunkt i deltakernes kompetanse og er direkte rettet mot den enkeltes arbeidssituasjon.

Rapportene kan bestilles fra Nasjonalt formidlingssenter i geriatri, tlf. 55 97 91 99, e-post: nfg@uib.no