

esterol lowering with simvastatin in 20,536 high-risk individuals: a randomised placebo-controlled trial. *Lancet* 2002; 360: 7–22.

## Nosokomiale infeksjoner i sykehjem i Oslo

Vi ønsker å knytte noen kommentarer til artikkelen om nosokomiale infeksjoner i sykehjem i Oslo av Andersen & Rasch i *Tidsskriftet* nr. 24/2002 (1). Andersen & Rasch har lagt ned et stort arbeid innen infeksjonsforebyggende arbeid i Oslo, og vi synes det er fint at dette emnet tas opp. Vi er enige i at forebyggende tiltak mot infeksjoner må prioriteres høyt.

Vi er imidlertid uenige i fortolkningene i artikkelen. Det er viktig å følge utviklingen over tid når det gjelder prevalens av infeksjoner. Men vi mener det blir galt å legge så mye vekt på variasjoner fra ett år til et annet som Andersen & Rasch har gjort. Prevalensen var 5,6% i 2000 og 7,5% i 2001. Selv om forskjellen er statistisk signifikant, kan det likevel være uttrykk for tilfeldig variasjon. I juni 2002 fant vi en prevalens på 5,9%, noe som vel taler for det siste.

Det samme kan anføres om den lille reduksjonen i forekomst av postoperative sårinfeksjoner. Dersom det virkelig er en nedadgående tendens, må det vel dessuten først og fremst skyldes bedre rutiner på sykehuse- ne der pasientene er blitt operert.

Forfatterne er ikke mindre beskjedne enn at reduksjonen i prevalens fra 1999 (som var 6,4%, ikke 5,6%) til 2000 delvis tilskrives egne publikasjoner. Men det var kun et mindretall av institusjonene som etablerte infeksjonskontrollprogrammer i 1999–2000. Vi mener det kan være på sin plass å nevne at Helsevernetaten i Oslo har arbeidet med et omfattende infeksjonskontrollprogram for sykehjem og langtidsinstitusjoner som ble implementert høsten 2001 (2).

Forfatterne skriver at forbruket av antibiotika generelt sett er for høyt. Vi kan ikke se at det er belegg i resultatene for å hevde dette. Et forbruk av antibiotika på 6,1% svarer ganske bra med prevalensen av infeksjoner. En del utgjøres antakelig av antibiotika til lokalt bruk, som f.eks. øyedråper. Ved Lille Tøyen sykehjem i Oslo var gjennomsnittlig forbruk i 1998 av systemiske antibiotika 4,5% til enhver tid (3). Dersom Lille Tøyen sykehjem er representativt for Oslo, er det neppe grunnlag for å hevde at forbruket er for høyt.

Oslo

Petter Elstrøm  
Tore W. Steen  
Helsevernetaten

### Litteratur

1. Andersen BM, Rasch M. Nosokomiale infeksjoner i sykehjem i Oslo. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122: 2371–3.
2. Infeksjonskontrollprogram for sykehjem og langtidsinstitusjoner. Oslo: Oslo kommune, Helsevernetaten, 2001.

3. Tobiassen T, Berild D, Hjordt Dahl P. Bruk av systemiske antibiotika ved et norsk sykehjem. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122: 2376–8.

## B.M. Andersen & M. Rasch svarer:

Tilfeldig variasjon i forekomst av sykehusinfeksjoner ble påpekt i vår artikkel (1). Signifikant økning av nedre luftveisinfeksjon høsten 2001 kan trolig relateres til utstrakt bruk av forurenset Dent-o-sept ved sykehjem i Oslo (1). Etter at Dent-o-sept-saken ble oppklart, har man observert en generell nedgang (B.M. Andersen, upubliserte data). Forbruket av antibakterielle midler varierer sterkt mellom institusjoner i Oslo (1, 2). Psykiatriske langtidsinstitusjoner har færre infeksjoner og betydelig mindre bruk av antibiotika enn andre (3).

Det er bekymringsfullt at Oslo kommune nå mangler sykehushygienisk bistand til sine over 5 000 langtidspasienter. Årsaken er manglende avtale mellom kommunen og sykehuset. Slik bistand skal i henhold til smittevernlovens forskrift forankres ved regionsykehus. I Oslo ble institusjonshygiene lagt til Ullevål sykehus i 1993, og fra 1999 (bystyrevedtak) etablert som kompetansesenter for Oslo. Overgang til statlig helseforetak medførte behov for ny avtale mellom Ullevål universitetssykehus og kommunen. Denne er ennå ikke etablert, til tross for tilbud fra sykehuset til kommunen om bistand.

Derfor ble våre prevalensmålinger, utsendt til sykehjem i Oslo i juni 2002, samlet inn av Helsevernetaten istedenfor som tidligere hos oss (2, 3). Dette er beklagelig. Hver institusjon bør få en kompetent tilbakemelding og oppfølging vedrørende sykehusinfeksjoner i relasjon til aktuelle og tidligere funn, slik de tidligere fikk fra Ullevål sykehus (2, 3). Det gjelder alle typer langtids helseinstitusjoner og over flere år. Mange års praktisk infeksjonsforebyggende arbeid ved helseinstitusjoner i Oslo ser nå ut til å smuldre opp, noe som fører til økt lidelse for pasientene og merkostnader for samfunnet. Tilstanden som er beskrevet i våre artikler (1, 2) forverres ytterligere ved at smittevernloven ikke følges når det gjelder sykehushygienisk bistand.

Oslo

Bjørg Marit Andersen  
Mette Rasch

Kompetansesenter for institusjonshygiene  
Avdeling for sykdomsforebygging  
hos risikogrupper  
Ullevål universitetssykehus

### Litteratur

1. Andersen BM, Rasch M. Nosokomiale infeksjoner i sykehjem i Oslo. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122: 2371–3.
2. 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: 288–98.
3. Andersen BM, Ringertz SH, Petersen TG, Hermansen W, Lelek M, Norman BI et al. A

three-year survey of nosocomial and community-acquired infections, antibiotic treatment and re-hospitalization in a Norwegian health region. *J Hosp Infect* 2000; 44: 214–23.

## Reorienteringsterapi – etisk uforsvarleg?

Eg vil gjerne kommentere ein artikkel av Kari Ronge i *Tidsskriftet* nr. 21/2002, der temaet er homofili (1). Eg siterer frå ein resolusjon som fleirtalet i Norsk psykiatrisk forening har slutta opp om: «Homofili er ingen sykdom eller sykelig tilstand og kan derfor ikke være gjenstand for behandling. En «behandling» hvis hensikt er å endre seksuell legning fra homofil til heterofil, må betraktes som etisk uforsvarlig og hører ikke hjemme i helsevesenet» (1).

Først nokre fakta: Over fleire tiår har det vorte hevda at ca. 10% av befolkninga er homofil. Dette er no tilbakevist i fleire undersøkingar, m.a. seksualvaneundersøkinga frå Oslo i fjor, der ein ut frå tala kan finne at under 1% av den norske befolkninga er homofile og lesbiske (2). I ei britisk og ei fransk undersøking vart det funne at berre 1,1% hadde seksuell erfaring med personar av same kjønn «siste året». Ei amerikansk undersøking viste i snitt 2,6% (3).

Mange homoseksuelle har ein usunn livsstil med promiskuitet, med fare for livsfarlige smittsame sjukdomar, som HIV/AIDS og syfilis. Dei som har anal samleie (også heterofile), har særleg risiko for m.a. hepatitt B, giardiasis, amoebiasis, Chlamydia trachomatis og herpes simplex.

Alkohol- og stoffproblem hos homoseksuelle er tre gongar så vanleg som i resten av befolkninga (3). Ein forskar, Michael Bailey, skriv m.a. at homofile, lesbiske eller bifile har ein livsvarig risiko for sjølvmoordstankar og -åtfærd, alvorleg depresjon, generalisert angstlign, åtferdsproblem og trong til nikotin som ligg frå 2,8 til 6,2 gongar høgare enn hos heteroseksuelle (4).

Den engelske forskaren Patricia Morgan hevdar i si bok (5) at homoseksuelle foreldre har fleire partnerar, er meir valdelege og er årsak til større frustrasjonar hos borna enn heteroseksuelle foreldre. Andre forskarar har konkludert med at born som veks opp med homoseksuelle «foreldre», har 3–4 gongar så høg risiko for å bli homoseksuelle som born elles i samfunnet (6).

Den behandlinga som innleiingsvis vert beskriven som etisk uforsvarleg, er den såkalla reorienteringsterapien. Merton Strommen refererer i si bok (3) til Throckmorton, som i ei oversikt over alle publiserte rapportar om reparativ terapi i 83 vitskaplege fagtidsskrift konkluderer med at slik terapi har effekt og kan gjennomførast på ein etisk måte.

Dersom det kjem ein homofil som ynskjer å endre seksuell legning, skal vi då avvise han avdi ei slik behandling er «etisk uforsvarlig og ikke hører hjemme i helsevese-