

sieringsstøtte til arrangementet. I andre arrangørland har legemiddelindustrien gitt sponsorstøtte, men så langt har legemiddelindustrien i Norge avslått forespørsler om økonomisk støtte under henvisning til den nye avtalen med Legeforeningen. Deltakerne betaler selvfølgelig deltakeravgift, men selv om Universitetet i Oslo og Rikshospitalet yter generøse bidrag, mangler det fremdeles 50 000 kroner i forhold til budsjettet. Det ville være svært synd om prisnivået i Norge skulle holde deltakere fra mindre velstående land fra å delta i prosjektet.

Vi er mange leger som har spilt musikk i årevis og som gjerne skulle hatt et slikt tilbud i vår tid som studenter og unge leger. Derfor vil vi nå oppfordre alle musikkinteresserte kolleger til å støtte orkesteret med et pengebeløp, forslagsvis 500 kroner, som kan bidra til at arrangementet kan gjennomføres etter planen. Alle beløp er kjærkomne og kan settes inn på EMSOs konto: EMSO Oslo 2005 med konto-nummer 6039.05.87328. For ytterligere opplysninger, besøk EMSOs nettsider på www.emso2005.info.

Marit Hellebostad

Ullevål universitetssykehus

Dagfinn Gedde-Dahl

Olav Kåre Refvem

Øystein Sørbye

Per Harald Årva

Tenåringer og amblyopi behandling

I det siste har det kommet flere rapporter fra USA hvor man bemerker at amblyopi kan behandles i tenårene. I Tidsskriftet nr. 9/2005 (1) er det referert til en randomisert studie publisert i aprilutgaven av *Archives of Ophthalmology*, hvor barn i alder 7–17 år deltok (2). Blant deltakerne var kun 103 i aldersgruppen 13–17 år, mens 404 var i aldersgruppen 7–12 år. 25 % av tenåringene responderte på behandling, og ingen oppnådde visus 1,0. Endelig visus ble sammenliknet med visus før bruk av ny optimal brillekorreksjon. Opplysninger om mange basisfakta mangler, slik som hvor mange som tidligere var behandlet før skolealder og hvilket visusnivå deltakerne hadde ved avsluttet eller oppgitt behandling. Uten slik kunnskap om deltakerne og med utgangsvissus registrert uten at optimal brillekorreksjon er brukt i seks uker, kan man ikke konkludere med at tenåringene er behandlet for amblyopi. Forbedringen av visus kan skyldes bedre briller. Det er et kjent faktum at visus kan svekkes med en rekke på synstavlen når lappebehandlingen seponeres, men det er vanlig at den opparbeides ved ny omgang med lappetrening.

Norske Ortoptisters Forening er bekymret for konsekvensen av en forandring i den i dag velfungerende synsscre-

ningen av fireåringer på helsestasjonene (3–5). All klinisk erfaring tilsier at tidlig behandlingsstart gir bedre prognose, flere oppnår visus 1,0. For barnet er det lettere å gjennomføre amblyopibehandlingen i barnehagealder enn i skolealder. Øyeskader, komplikasjoner ved kataraktoperasjoner og aldersrelatert maculadegenerasjon har en overhyppighet på det dominante øyet, det med best visus. Pasienter med amblyopi vil ha en større risiko for å bli sosialt blinde, med større behov fra hjelpeapparat.

Norske Ortoptisters Forening er betenkt over at Tidsskriftet publiserer sammenfatning av rapporter uten at man har sett på rapportens faglige nivå. Synsscreening av fireåringer må beholdes.

Karin Wranne Tangen

Norske Ortoptisters Forening

Litteratur

1. Tenåringer kan behandles for amblyopi. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 1146.
2. Scheiman MM, Hertle RW, Beck RW. Randomized trial of treatment of amblyopia in children aged 7 to 17 years. Arch Ophthalmol 2005; 123: 437–47.
3. Haugen OH. Behold synsscreening av fireåringer. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 593.
4. Feiring E. Nytt blikk på synsundersøkelser. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 70–2.
5. Hem E. Synsscreening av femåringer? Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 143.

Smittevern i sykehjem

Tidsskriftet har nylig hatt en temaserie om sykehusmedisin (1). De eldre blir flere, krever mer og lever lenger med til dels komplekst sammensatte medisinske sykdommer som de også skal kunne behandles for i sykehus. Slike pasienter utgjør en økende andel av sykehuspasientene (1, 2). Institusjonsinfeksjoner er relativt hyppig forekommende, og er en viktig medvirkende årsak til at pasienten blir lagt inn i sykehus (3, 4). Infeksjoner utgjør et smittepress både i sykehjem, sykehus og andre helseinstitusjoner som deltar under en pasients behandlingsforløp. Pasienter kan ha nedsatt infeksjonsforsvar på grunn av sin helsemessige tilstand (svelgproblemer, inkontinens osv.) og er infeksjonsutsatt som følge av stor kontaktflate med mange mennesker.

Infeksjoner utløser ofte generelt forverret allmenntilstand og redusert mobilitet, noe som fører til økt omsorgs- og pleienivå og risiko for fallskader og demens. Hyppig forekommende infeksjoner er infiserte liggesår, bløtdelssår, luftveisinfeksjon, urinveisinfeksjon, konjunktivitt og postoperativ sårinfeksjon (3, 4). Norovirusinfeksjoner er vanlig vinterstid, det samme gjelder influensa dersom pasientene er uvaksinerte. Det kan være *Clostridium difficile*, som kan erverves under sykehusopphold. Økende forekomst av mer resistente mikrober, f.eks.

meticillinresistente *Staphylococcus aureus* (MRSA) og andre resistente bakterier, er et problem i sykehjem og hjemmesykepleien (5). Smitten blir ofte tilfeldig oppdaget, i noen tilfeller etter lengre tid.

Pasienter som vandrer med meticillinresistente *Staphylococcus aureus* og andre resistente bakterier i helsevesenets forskjellige nivåer, utgjør en relativt stor risiko for smittespredning. Det samme gjelder smittet helse- og pleiepersonell som har deltidsarbeid ved flere helseinstitusjoner. Både pasienter og personell smittet med resistente mikrober blir utsatt for en stor påkjenning ved å være blitt «smitteførende».

Smittevernloven med forskrifter om smittevern i helseinstitusjoner tar dessverre ikke nok hensyn til krav om god kvalitet på hygiene og smittevern for pasienter og personell som befinner seg i langtidsinstitusjoner eller i hjemmesykepleien. Det må rettes mer oppmerksomhet mot et trygt arbeidsmiljø for personell og et godt smittevern for pasienter også i omsorgstjenester utenfor sykehus.

Bjerg Marit Andersen

Avdeling for hygiene og smittevern
Ullevål universitetssykehus

Litteratur

1. Wyller Bruun T. Sykehjemsmedisin frem i lyset. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 993.
2. Når du blir gammel og ingen vil ha deg. Oslo: Den norske lægeforening, 2001.
3. 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.
4. Andersen BM, Rasch M. Nosokomial infeksjoner i sykehjem i Oslo. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2371–3.
5. Andersen BM, Syversen G. Meticillinresistente *Staphylococcus aureus* i Oslo i 2000. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1844–7.

■ RETTELSE

Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 1387

Det er bilde av Randi Sundbøe Brantzæg i Leger i Norge nr. 10/2005, ikke Elisabeth Bratland Johansen.