

Håndvask og hånddesinfeksjon

Preben Aavitsland beskriver i sin lederartikkel i Tidsskriftet nr. 2/2005 en «overgang fra håndvask til hånddesinfeksjon» i helsetjenesten, og at dette er «rene revolusjonen» (1).

Alkoholer har vært i bruk som hånddesinfiserende midler i mange år i tallrike studier og kampanjer, også i Norge, blant annet i Østfold. Internasjonale studier og veiledere har gjentatte ganger satt søkelys på problemet (2, 3). Det er derfor ikke nytt eller «revolusjonerende», men positivt at det blir en landsdekkende kampanje i 2005 og en nasjonal veileder (4) i tråd med veilederen fra Centers for Disease Control and Prevention fra 2002 (3).

Det er imidlertid misforstått med en «overgang fra håndvask til hånddesinfeksjon», slik Aavitsland skriver (1). Det er en fornuftig bruk av begge deler, både i vanlig pasientbehandling og ved kirurgi, som anbefales (2, 3, 5, 6). Dersom man er forurenset på hendene, skal ikke dette smøres utover med hånddesinfeksjonsmiddel. Da skal man vaske hendene grundig med såpe og vann. Ved kontakt med biologisk materiale som blod, vev, puss og liknende skal man bruke hansker. Håndhygiene før og etter bruk av disse må være god, for hansker har som regel hull. Ved store mengder bakterier på hendene er ikke alkoholer effektive nok, selv om det skjer en kraftig reduksjon av mikrobene (5). Derfor bør man ha et edruelig forhold også til sprit som desinfeksjonsmiddel. Det samme bør man ha når det gjelder pasienten.

Aavitsland skriver at man kan sette «spritdispenser» på pasientens nattbord (1), noe som også står i Folkehelseinstituttets veileder (4). Nattbordet er pasientens «eiendom»; her står også medisiner, frukt, godteri og vannglass. Med en 70 % spritflaske på nattbordet i tillegg kan det i beste fall bli en gratis rus for pasienten, og i verste fall ødeleggelse av slimhinner, intoksikasjon og letal utgang. Derfor: Slutt opp om håndhygienekampanjen på fornuftig vis. Det er et godt tiltak, men sett ikke spritflasken på pasientens nattbord!

Björg Marit Andersen

Ullevål universitetssykehus

Litteratur

1. Aavitsland P. Ren rutine. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 145.
2. Larson EL. APIC Guideline for handwashing and hand antisepsis in health care settings. Am J Infect Control 1995; 23: 251–69.
3. Boyce JM, Pittet D. Guidelines for hand hygiene in health-care settings. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, 2002.
4. Nasjonal veileder for håndhygiene. Smittevern 11. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2004.
5. Kjølén H, Andersen BM. Handwashing and disinfection of heavily contaminated hands – effective or ineffective? J Hosp Infect 1992; 21: 61–71.
6. Bucher A. Håndhygiene – er hånddesinfeksjon den beste løsningen? Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 472–5.

P. Aavitsland svarer:

Jeg takker Björg Marit Andersen for støtten til den store håndhygienekampanjen som lanseres 14. februar (1), og for at hun minner om et par av de nye anbefalingene (2):

- Hånddesinfeksjon er førstevalget for håndhygiene i alle situasjoner hvor hendene er synlig rene. Bare når hendene er tilsølt eller er forurenset med kroppsvæsker, velges håndvask.
- Hansker brukes i tillegg ved forventet kontakt med kroppsvæsker, slimhinner, ikke-intakt hud eller infeksjøs materiale.

Hånddesinfeksjonsmidler leveres i veggfaste dispensere, pumpeflasker og små plastflasker. Ingen av dem er utformet slik at de lett kan forveksles med mineralvannflasker eller andre drikkebeholdere. Vi anbefaler derfor overfor sykehus at midlene oppbevares på nattbordet eller annet sted nær pasienten, slik at personellet ser dem og bruker dem. Produsentene av håndhygienemidler vil snart lansere nye produkter som er tilpasset plassering på nattbordet og som ivaretar krav til sikkerhet og brukervennlighet for pasienter og personale.

Fra 14. februar 2005, nær 160 år etter at Semmelweis viste nytten (3), blir hånddesinfeksjon førstevalg ved rengjøring av hendene i hele den norske helsetjenesten. Rene revolusjonen? Ja visst.

Preben Aavitsland

Nasjonalt folkehelseinstitutt

Litteratur

1. www.renomsorg.no (27.1.2005).
2. Nasjonalt folkehelseinstitutt. Nasjonal veileder for håndhygiene. Smittevern 11. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2004. www.fhi.no/dav/A670B7F77D.pdf (27.1.2005).
3. Aavitsland P. Ren rutine. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 145.

Viktige risikofaktorer for hjerte- og karsykdom

Det har nylig vært en diskusjon i Tidsskriftet om blodkolesterols rolle som risikofaktor for hjerte- og karsykdom. Jan I. Pedersen og medarbeidere hevder at «reduksjonen i serum-kolesterolnivået kan forklare det meste av nedgangen i dødelighet av iskemisk hjertesykdom og plutselig død i Norge de siste 50 årene» (1), noe Uffe Ravnskov mener ikke kan være korrekt (2).

Det diskuteres nå internasjonalt hvilke faktorer som har størst betydning i forhold til risiko for hjerte- og karsykdom. Totalkolesterol i blodet har sine begrensninger som risikofaktor. Korrelasjonen mellom totalkolesterol og LDL-kolesterol i serum er meget høy (over 90 %) (3), og nivået av LDL-kolesterol vil heller ikke alene identifisere høyrisikoindivider. Ratio mellom apo B og apo A-I i blodet er av flere blitt regnet

som den viktigste risikofaktoren (4, 5).

I INTERHEART-studien nevnes ikke blodkolesterol som risikofaktor for hjerte- og karsykdom (4). Yusuf og medarbeidere har vist at ni risikofaktorer kan forklare det vesentligste av risiko for hjerte- og karsykdom; viktigst var høy apo B/apo A-I-ratio. Yusuf mener at apo B/apo A-I-ratio er en sikrere risikofaktor enn LDL/HDL-ratio (personlig meddelelse). Andre risikofaktorer i studien, som omfattet 52 land, var røyking, diabetes, blodtrykk, abdominal fedme, lav psykososial indeks, lite mosjon og lavt inntak av frukt og grønnsaker samt lite eller mye alkohol (4). I en annen studie førte kombinasjonen av vin (1,5 dl), fisk, frukt, grønnsaker, hvitløk, mørk sjokolade og mandler til 76 % reduksjon i risiko for hjerte- og karsykdom (6).

Det er vist sammenheng mellom visceral fettakkumulering og C-reaktivt protein. Dyslipidemi kan relateres til livvidde (7), og det anbefales å ta i bruk målebånd. Akkumulert visceral fettvev er en god indikator for blodets nivå av triglyserid, apo B og ratio mellom totalkolesterol og HDL-kolesterol (7).

**Anna Haug
Hanne Müller**

Norges landbrukskole

Litteratur

1. Pedersen JI, Tverdal A, Kirkhus B. Kostendringer og dødelighetsutvikling av hjerte- og karsykdommer i Norge. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 1532–6.
2. Ravnskov U. Forhastede konklusjoner om hjertedødeligheten i Norge. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124; 2153.
3. Müller H, Kirkhus B, Pedersen JI. Serum cholesterol predictive equations with special emphasis on trans and saturated fatty acids. Lipids 2001; 36: 783–91.
4. Yusuf S, Hawken S, Lisheng L et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. Lancet 2004; 364: 937–52.
5. Walldius G, Jungner I, Steiner E et al. High apolipoprotein B, low apolipoprotein A-I, and improvement in the prediction of fatal myocardial infarction (AMORIS study): a prospective study. Lancet 2001; 358: 2026–33.
6. Franco OH, Bonneux L, Mackenbach JP et al. The Polymeal: a more natural, safer, and probably tastier (than the Polypill) strategy to reduce cardiovascular disease by more than 75 %. BMJ 2004; 329: 1447–50.
7. Despres JP, Moorjani S, Bouchard C et al. Regional distribution of body fat, plasma lipoproteins, and cardiovascular disease. Arteriosclerosis 1990; 10: 497–511.