

Det er mulig å bekjempe infeksjonssykdommer mer effektivt enn i dag. Men det vil koste, særlig å endre holdninger

Plagsomme infeksjoner – bryssomme implikasjoner

Journalister i den danske avisen Berlingske Tidende (BT) har for annet år på rad gjennomført en ikke strengt vitenskapelig, men ikke desto mindre interessant undersøkelse for å kartlegge de hygieniske forholdene ved danske sykehus. Journalistene la igjen kunstig hundelort på sentrale steder på sykehusene og fulgte med på hvor langt tid det tok før etterlatenskapene ble fjernet. Resultatene var nedslående. Verst var det på Rigshospitalet i København der tre av fem «prøver» fortsatt lå på gulvet etter en uke (1). Helseministeren var fortørnet og sykehusdirektørene lovet bot og bedring. Redaktøren i BT var mindre imponert. Hun hadde hørt det samme året før da avisen gjorde en tilsvarende test med omtrent samme resultater og reaksjoner. «Etterfølgende blev der sat forskellige kontrol-initiativer i gang, men altså ikke noget, der synes at fungere endnu. Det er endnu mere nedslående. For imens de ansvarlige åbenbart ikke kan løse en simpel rengjøringsoppgave, så er der hvert år folk, der får alvorlige infeksjoner, mens de er indlagt» (2). Det kan selvsagt hevdes at det ikke er påvist noen direkte årsakssammenheng mellom skitne toaletter og gulv og livsfarlige sykehusinfeksjoner. Men at den generelle holdningen til hygiene spiller en rolle, er det neppe tvil om.

Mangelfull rengjøring og infeksjoner på sykehus er ikke et problem som er spesielt for Danmark. I USA dør nær 100 000 pasienter av sykehusinfeksjoner hvert år. I en lederartikkel i Tidsskriftet i 2005 anslo Preben Aavitsland at det til enhver tid er innlagt om lag 1 300 pasienter med en infeksjon de har fått på norske sykehus, og at mange hundre flere utskrevne pasienter sitter hjemme med infeksjoner de ikke hadde da de ble lagt inn (3). Mange av infeksjonene kunne vært unngått, bl.a. ved bedre håndhygiene (4).

God håndhygiene og vanlig rengjøring er verken særlig dyrt eller komplisert. Hvorfor tar vi da så lett på det? Det er neppe fordi vi ikke lenger er redd for mikrober og infeksjoner, men kanskje fordi vi kvier oss for å endre prioriteringer og holdninger?

Infeksjonssykdommer er utfordrende på flere enn én måte. Infeksjoner er plagsomme, tar svært mange liv og er et betydelig folkehelseproblem globalt. I en periode trodde vi at vi kunne beseire mikrobene med makt – med antibiotika – og dermed kvitte oss med disse sykdommene. Det klarte vi ikke. Det er utviklet en rekke nye medikamenter, men det er også oppstått nye mikrober – og mikrober har utviklet resistens. Dessuten er det ikke bare mikrober og enkeltindivid, men også holdninger, miljø og sosiale forhold som er avgjørende for sykdomsutvikling og spredning. Frich & Røttingen diskuterte i en kronikk i Tidsskriftet i 2001 boken *Infections and inequalities – the modern plagues* av Harvard-professoren Paul Farmer (5, 6). De skrev: «Fremveksten av infeksjonssykdommer som AIDS og tuberkulose er i dag en betydelig utfordring for folkehelsen globalt. Paul Farmer stiller i boken en samfunnsmedisinsk diagnose: HIV-infeksjon og tuberkulose må forstås og håndteres innen et globalt samfunnsmedisinsk perspektiv som vektlegger

sosial og økonomisk ulikhet som viktige underliggende årsaker til sykdom. Farmer hevder at infeksjonssykdommer representerer en internasjonal utfordring som må møtes med strukturelle endringer i samfunnsforholdene og verdensøkonomien.»

Fattigdom og sosiale ulikheter er de viktigste årsakene til alvorlige infeksjonssykdommer i et verdensperspektiv. Men vi behøver ikke reise til fjerne strøk for å finne eksempler som viser hvilke holdningsendringer Farmer har i tankene. Hvilke strukturelle forhold og verdimeslige prioriteringer er det f.eks. som ligger til grunn for at man ikke er så nøye på rengjøringen på sykehus? Hvorfor oppfattes det ikke som viktig?

Kan det være fordi vi har konstruert et system som belønner visse aktiviteter og, som en konsekvens av det, nedprioriterer andre? Renhold på sykehus er ikke definert som en kjernefunksjon, det finnes ingen «rengjørings-DRG». Det lønner det seg (for å få økonomien til å gå opp) å kutte alle slike «ekstrakostnader» – i alle fall på kort sikt. Det er ingen insentiver – utenom de medisinskfaglige – som tilsier at hygienen bør prioriteres for å redusere antall sykehusinfeksjoner. Det er faktisk enda mer paradoksalt: Det kan til og med lønne seg med infeksjoner. For infeksjoner kan defineres som en komplikasjon, og da kan man oppnå høyere DRG-refusjon! Eller enda «bedre»: infeksjonen kommer etter utskrivning og pasienten må reinnlegges. Da utløses en helt ny DRG og sykehusøkonomien bedres ytterligere. Dette belønningssystemet har vi valgt selv.

På samme måte vet vi at globalisering, enklere transport og stadig mer effektiv matvareproduksjon gir billigere og mer variert mat. Men dette medfører også større fare for infeksjonssykdommer (7). Det er et valg.

Det særlig utfordrende ved de infeksjonstruslene vi utsettes for, enten det er på sykehus, i matvarebutikken eller på reiser, er at vi vet svært mye om hva som skal til for å minske risikoen for alvorlig sykdom. Det koster ikke så mye i kroner og øre. Men det vil kreve at vi prioriterer og verdsetter annerledes.

Charlotte Haug
redaktør

Litteratur

1. Svanborg NC, Sorgenfri S, Schmidt LB. Hospitalerne møgbeskidte. BT (Berlingske Tidende) 29.1.2007: 6–9.
2. Kristensen TC. Beskidte hospitaler – igen! BT (Berlingske Tidende) 29.1.2007: 2.
3. Aavitsland P. Ren rutine. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 145.
4. Lystad A. Håndhygiene. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 2454.
5. Røttingen JA, Frich JC. Fremveksten av infeksjonssykdommer – en konsekvens av ulikheter? Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 841–4.
6. Farmer P. *Infections and inequalities – the modern plagues*. Berkeley, CA: University of California Press, 1999.
7. Hodges JR, Kimball AM. The global diet: trade and novel infections. *Globalization and Health* 2005; 1: 4. (www.globalizationandhelath.com/content/1/1/4 (2.2.2007).)