

Legemiddelverket si ekspertgruppe for impetigo (2). Lise Kragøe Andresen har i to innlegg i Utposten reist liknande innvendingar mot Legemiddelverket si tilråding om fusidin (3, 4), og Sverre Rørtveit har svart på vegne av gruppa (5, 6).

Som Andresen påpeiker, har impetigo i Norge og andre nordeuropeiske land etter år 2000 for det meste vore forårsaka av ein klon av *Staphylococcus aureus* som er fusidinresistent. Det at klonen er fusidinresistent, er sjølvstg ein grunn i seg sjølv til ikkje å bruke middelet. Men hovudgrunnen er at bruk av fusidin er hovudårsaka for framveksten av resistens mot det same antibiotikumet. I artikkane i Utposten vert dokumentasjonen for denne samanhengen referert.

Mot dette hevdar Andresen at ein antibiotikaresistent klon kan oppstå ved spontan mutasjon, og at bruk av lokalt fusidin derfor ikkje har spela nokon rolle i framveksten, og deretter ekspansjonen, av denne impetigoklonen.

Andresen meiner Howden & Grayson's artikkel (7) gjev belegg for dette synet. Det er uforståeleg for oss at Andresen kan referere den omtalte artikkelen slik. Ved grundig gjennomlesing har den overhovud inga tilvising til fusidinbruk-uavhengige klonale fusidinresistente utbrot i USA eller andre land. Tvert om gjev artikkelen fleire argument for at bruk av fusidin forsterkar ekspansjonen av den fusidinresistente klonen, når den først er etablert.

Rapportane frå NORM-overvakinga av antibiotikaresistens i Noreg viser fallande del av *S aureus* som er resistente mot fusidinsyre etter år 2004. Men den omtalte impetigoklonen er årsak eksklusivt for impetigo. Medan NORM-frekvensen av fusidinresistente *S aureus* i sårinfeksjonar for perioden 2002–05 i gjennomsnitt var ca. 23 % (8), så var fusidinresistensfrekvensen for impetigo i ein norsk kommunepopulasjon i det same tidsrommet 76 % (9). Den bakteriologiske situasjonen for impetigo må vurderast uavhengig av andre stafylokokkinfeksjonar.

To korte randmerknader: Andresen refererer behandlingstal frå ein studie frå 2002 (10). I artikkane i Utposten vert det gjort greie for kvifor desse tala ikkje kan brukast slik Andresen gjer. Den engelske ekspertgruppa som ho viser til, har først og fremst vurdert introduksjonen av eit nytt lokalt antibiotikum (retapamulin), og går grundig gjennom dokumentasjonen for dette middelet. Fusidin vert ikkje underlagt nokon gjennomgang i denne artikkelen.

Sverre Rørtveit
Bekkjærsvik

Erlend Tolaas
Haukeland universitetssykehus

Knut Eirik Eliassen
Morten Lindbæk
Universitetet i Oslo

Litteratur

1. Nasjonale faglige retningslinjer for antibiotikabruk i primærhelsetjenesten. Oslo: Helsedirektoratet, 2008: 133–6.
2. Legemiddelbehandling ved impetigo. Oslo: Statens legemiddelverk, 2008.
3. Andresen LK. Behandling av impetigo. Utposten 2008; nr. 5: 38. <http://gulewebsider.dyndns.tv/dnn46/LinkClick.aspx?fileticket=RPXk2Rb50%3d&tabid=309&mid=1030>. [16.2.2009].
4. Andresen LK. Fusidin, resistens og antibiotikaretningslinjer. Utposten 2008; nr. 7: 41–2.
5. Rørtveit S. Lokalt fusidin eller ikkje i behandling av impetigo. Utposten 2008; nr.5: 39. <http://gulewebsider.dyndns.tv/dnn46/LinkClick.aspx?fileticket=RPXk2Rb50%3d&tabid=309&mid=1030> [16.2.2009].
6. Rørtveit S. Fusidin og impetigo. Utposten 2009; nr. 1: 40–1.
7. Howden BP, Grayson ML. Dumb and dumber – the potential waste of a useful antistaphylococcal agent: emerging fusidic acid resistance in *Staphylococcus aureus*. Clin Infect Dis 2006; 42: 394–400.
8. Veterinærinstituttet. www.vetinst.no/nor/Forskning/Rapporter/Norm-Norm-Vet-rapporten/Norm-Norm-Vet-rapporten-2007 (11.2.2009).
9. Rørtveit S, Rørtveit G. Impetigo in epidemic and nonepidemic phases: an incidence study over 4 1/2 years in a general population. Br J Dermatol 2007; 157: 100–5.
10. Rørtveit S, Rørtveit G. Epidemien av bulløs impetigo i Austevoll kommune år 2002. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 2557–60.

Blodprøvetaking på post fungerer godt!

I Tidsskriftet nr. 21/2008 løfter Brit Valaas Viddal helt korrekt frem nødvendigheten av riktig blodprøvetaking (1). Hun kritiserer blant annet Akershus universitetssykehus for å overlata blodprøvetakingen til sykepleiere. Vi vil gjerne presentere vår erfaring med dette.

Da Akershus universitetssykehus i 2001 besluttet å legge prøvetaking i størst mulig grad til de kliniske avdelingene, var det ut fra flere forhold. For det første reduseres forflytningstiden når blodprøvene sendes laboratorieresenteret i røpøst. For det andre kan prøvene tas rett etter legens bestilling. For det tredje er det færre rundt pasientens seng, noe som skaper ro og trygghet og muligens færre sykehusinfeksjoner. For det fjerde får sykepleierne bedre oversikt over prøvestatus, slik at dobbeltrekvireringer unngås.

Det ble fulgt opp med en detaljert plan for opplæring og iverksettelse. Mer enn 1 000 sykepleiere har deltatt i opplæringen, som består av en teoretisk og en praktisk del. Sjekklister sikrer at hver enkelt har fått med alle elementene. Etter selve opplæringen var den første tiden bioingeniør til stede for å bistå sykepleierne.

Vi valgte omfattende opplæring, nettopp for å sikre god preanalytisk kvalitet. Analysesvar kan aldri bli bedre enn kvaliteten på prøvematerialet. Gode prosedyrer, opplæring og klare ansvarsforhold er derfor viktig for alle ledd preanalytisk. Vi utarbeidet samarbeidsavtaler med alle avdelinger, for å sikre at alle som skal ta blodprøver, har kursbevis. Samarbeidsavtalen formaliserer også ansvarsfordelingen mellom Divisjon for sykepleie og Laboratoriemedisinsk senter.

Vi har definert og fulgt opp kvalitetsindikatorer. Vi benyttet som kvalitetsindikatorer synlig hemolyse, feilklistring av etiketter, feil prøvetakingstidspunkt og svartid for CRP. Før omleggingen hadde vi synlig hemolyse i 0–4 % av prøvene. Dette har etter omleggingen vært stabilt på maksimalt 3 % av prøvene. Vi har lav forekomst av feilklistring av etiketter eller feil tidspunkt for prøvetaking. Svartiden for CRP er blitt betydelig redusert, hvilket definitivt er en fordel i en travel klinisk hverdag. Antall rekvireringer og antall analyser er også redusert – noe vi mener reflekterer redusert antall dobbeltbestillinger.

Trinn 1 var innføring i vårt akuttmottak – hvor tiltak som bidrar til rask diagnostikk og avklaring er særlig viktig. Vi evaluerte erfaringene derfra før videre implementering.

Opplæring er sentralt for å sikre korrekt prøvetaking, uansett profesjon. Viddal forteller i november 2008 til *Bioingeniøren* at sykepleiere ikke lærer blodprøvetaking i sin grunnutdanning (2). Dette er ikke korrekt. Som følge av våre rutiner får sykepleierstudenter ved Høgskolen i Akershus slik opplæring. – Men vi kjenner ikke til at noen andre høgskoler gir denne type undervisning – å lære sykepleierstudenter blodprøvetaking mener vi er fremtidsrettet.

Vårt primære mål var å integrere og tilpasse prøvetakingen til de øvrige aktivitetene omkring pasienten. Dette reduserer antall personer pasienten må forholde seg til, prøvetaking skjer når det er hensiktsmessig, og det sikrer rask prøvetaking ved akutt diagnostikk. Vi ser denne ordningen som ønskelig og hensiktsmessig, med fortsatt oppmerksomhet på avvik, kvalitet og oppfølging av opplæring og faktiske ferdigheter.

Bjørn Magne Eggen
Erik K. Normann
Kariann Vangen Frøystein
Akershus universitetssykehus

Litteratur

1. Viddal B. Blodprøvetaking bør gjøres av kvalifisert personell. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 2472.
2. NITO Bioingeniørfaglig institutt. www.nito.no/organisasjon/Bioingeniørfaglig-institutt/nyheter-fra-bioingeniørfaglig-institutt/La-bioingeniøreneta-bloedprovvene/ [20.1.2009].

Hva er «faglig forsvarlig»?

I Tidsskriftet nr. 21/2008 henviser Brit Valaas Viddal til forsvarlighetskravet i helsepersonelloven (1). Det er lett å innfortolke en høy kvalitetsstandard i forsvarlighetskravet, men det er viktig å være klar over at dette er en juridisk gråsoner.

Forsvarlighetsprinsippet kommer til uttrykk i helsepersonelloven § 4 (2) og spesialisthelsetjenestelovens § 2-2 annet ledd. Forsvarlighetskravet har som hovedformål å bidra til en viss kvalitetsstandard på helsehjelpen. Skal man vurdere om ytelsen er forsvarlig, kan man stille seg spørsmålet: «Kunne vi eller burde vi handlet anner-