

Ny smittevernveileder på trappene

En egen smittevernveileder for tannhelsetjenesten er snart klar til å sendes til høring. Bakgrunnen er behovet for en egen veileder tilpasset odontologisk praksis. Målet er å styrke og standardisere innsatsen innenfor smittevern, fordi erfaringen var at praksis her varierte og det fantes ingen standard å vise til.

Et styrket smittevern er også viktig i møte med økt globalisering, og utfordringer med spredning av antibiotikaresistente bakterier.

I 2016 ble det opprettet en arbeidsgruppe for å utarbeide råd om smittevern og hygiene i tannlegepraksis. Deltakerne var representanter for Folkehelseinstituttet, Det odontologiske fakultet ved Universitetet i Oslo og Tannlegeforeningen (NTF). Gruppen er koordinert av Folkehelseinstituttet, og i tillegg er Helsedirektoratet og de to andre odontologiske lærestedene representert. Utgangspunktet var «Retningslinjer for smittevern ved de odontologiske lærestedene i Norge», og de nye rådene vil være utarbeidet og revidert til å passe en vanlig tannlegepraksis.

Forskjell på asymptomatisk bærerskap og infeksjon

– I lys av dagens smittetrussel og det vi nå vet om antibiotikaresistens, hva vil du si er viktigst for tannleger å vite? Vi spør NTFs representant i arbeidsgruppen, tannlege og spesialrådgiver Vibeke Lochner.

– Vi får mange spørsmål om både smittevern, dekontaminering og MRSA-smitte hit til NTFs sekretariat. MRSA er en av de tre mest fryktede antibiotikaresistente bakterievariantene. De andre to er ESBL og VRE, sier hun. – Aller først: Det er viktig å få fram forskjellen på asymptomatisk bærerskap og det å ha en MRSA-infek-



Vibeke Lochner er tannlege og spesialrådgiver i NTF. Hun har vært foreningens medlem i gruppen som utarbeider den nye smittevernveilederen.

sjon. Det er to forskjellige ting. Man vet som regel ikke at man har et asymptomatisk bærerskap. Det kan være så tilfeldig som å ta på et feil sted på bussen, så har du bakterien på huden i en viss tid, men så forsvinner den som oftest igjen. Hvis du har en MRSA-infeksjon, ligger du vanligvis på sykehus og er veldig syk, sier Lochner.

Hvor vanlig er disse bakteriene?

Folkehelseinstituttet anslår at mellom 20 og 40 prosent av befolkningen kan være langvarige bærere av gule stafylokokker, hvor MRSA er en undergruppe, og at de fleste av oss kommer i kon-

takt med dem i løpet av livet. Hos friske personer gir bakteriene sjelden sykdom, men på sykehus og helseinstitusjoner er gule stafylokokker en av bakterietypene som oftest påvises som årsak til infeksjon. Antibiotikaresistente bakterier gjør behandlingen vanskelig og dødeligheten høy.

Stafylokokkene hører til menneskets normalflora på hud og slimhinner og regnes som opportunistiske patogene mikrober. MRSA er gule stafylokokker som har utviklet resistens mot alle betalaktamantibiotika og kan være et problem i helseinstitusjoner. I de senere årene har det vært en økning av MRSA-tilfeller smittet utenfor helseinstitusjoner,

mens antall tilfeller som kan relateres til helsetjenesten har holdt seg stabilt lavt.

I Norge er det et avgrenset problem. Norge har blant annet et svært godt program for å hindre MRSA-smitte hos dyr, og gjennom det hindres smitte fra dyr til mennesker. Men også her i landet ser vi en økt forekomst av resistente bakterier grunnet stort og feilaktig antibiotikaforbruk og import av bakterier fra andre land.

Smitte ved turistreiser og andre reiser er sannsynligvis en viktig spredningsmåte for antimikrobiell resistens. Forekomsten er ifølge Folkehelseinstituttet

høy i mange europeiske land, samt i Asia og Afrika.

Under kontroll i Norge

– Det har vært mye snakk om å hindre antibiotikaresistente bakterier i å spre seg. Hvordan er status for smittetruslen for tannleger i Norge i dag?

– I Norge ser spredningen av MRSA ut til å være under kontroll, sier Lochner. Dessverre er ESBL et økende problem. Fremdeles gjelder hovedregelen om at gode basale hygienerutiner er det aller viktigste. Tannbehandling skal allerede i dag være trygt for både pasi-

ent og behandler med dagens hygienerutiner, uavhengig av smittestatus. Tannleger har et svært godt basalt smittevern og gode rutiner fra før.

Refrenget er håndhygiene, dekontaminering og at alt som *kan* steriliseres, *skal* steriliseres, sier Lochner.

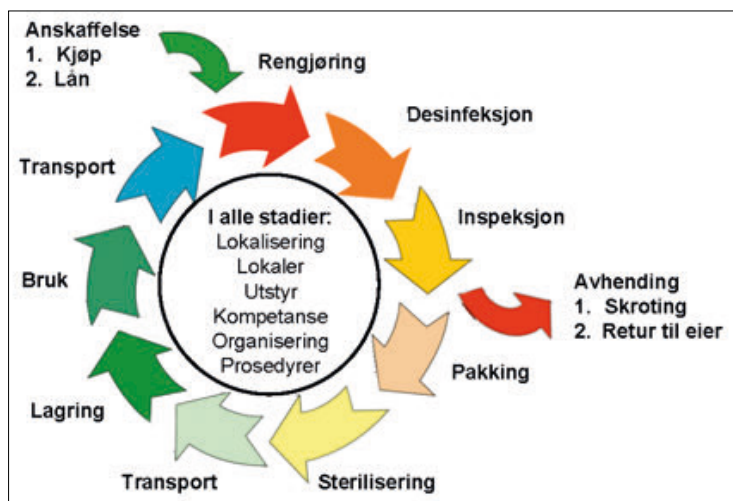
– Har den nye smittevernveilederen kapitler som er spesielt rettet mot antibiotikaresistente bakterier?

– Det kommer til å være noen få, korte kapitler helt til slutt som nevner det. Men det dette handler om fra mitt synspunkt, er dekontaminering og smittevern, og hvordan man gjør det på

en best mulig måte. Smittevern er jo så mangt, det er vaksiner, håndhygiene, avfallshåndtering og dekontaminering. Dekontaminering innebærer rengjøring, desinfeksjon, og sterilisering. Smittevern er også hva som skjer med vannet i uniten. MRSA er bare en liten bit av alt dette. Men det stemmer at MRSA, ESBL og VRE har fått mer oppmerksomhet, også her.

Forskjell på døgninstitusjon og poliklinikker

Dette arbeidet har pågått lenge, og en egen MRSA-veileder for å forebygge



Figur. Dekontamineringssirkelen. Sterile produkter må gjennomgå flere delprosesser før de brukes på pasienten. Hver delprosess har egne krav til kvalitetssikring. Sammenhengen mellom disse er illustrert i dekontamineringssirkelen for medisinsk flerbruksmaterieill. Illustrasjonen er hentet fra «Retningslinjer for smittevern ved de odontologiske læresteder i Norge».

spredning i helseinstitusjoner kom allerede i 2004. I følge veilederen skal risikopasienter screenes for MRSA og ESBL, blant annet dersom de har vært innlagt på sykehus eller fått tannbehandling utenfor Norden, før behandling eller opphold på helseinstitusjon.

ner med sengeplasser. Dersom MRSA eller ESBL blir vanlig forekommende i sykehus og andre helseinstitusjoner, vil det føre til endring i førstevalg av antibiotika ved infeksjoner som kan være forårsaket av resistente bakterier. Dette vil virke veldig resistensdrivende og gi økte kostnader.

Antibiotikaresistente bakterier

- Stafylokokker er en fellesbetegnelse for en gruppe bakterier som normalt finnes på huden til mennesker. Stafylokokkus aureus (gule stafylokokker) er en av hovedgruppene. Bakterien er harmløs og ufarlig og bidrar til å holde farligere bakterier borte. Men dersom hudens barriere blir brutt, for eksempel ved sår, skader eller sykdom i huden, kan disse ufarlige overflatebakteriene trenge inn i kroppen og spres lokalt under huden, eller med blodet til andre deler av kroppen. De vanlige stafylokokkene var opprinnelig enkle å behandle med penicillin. Men tidlig etter at penicillinet ble oppdaget greide noen av bakteriene å forandre seg slik at de ikke lot seg drepe av penicillin. Dette førte til utvikling av meticillin, som er et spesial-penicillin beregnet for motstandsdyktige stafylokokker. Men det

samme skjedde på ny, det tok ikke lang tid før det utviklet seg bakteriestammer som også var motstandsdyktig (resistent) mot meticillin. Det er dette som kalles MRSA – Meticillin Resistent Stafylokokkus Aureus.

- Infeksjonene opptrer særlig på sykehus, og de fører til økt sykkelighet, økte kostnader og høyere dødelighet.

I de fleste land i Europa og i USA og Japan utgjør infeksjoner med MRSA i dag 30–60 prosent av alle *S. aureus*-infeksjoner. I Nederland og de nordiske landene er imidlertid forekomsten fortsatt lav, vanligvis under 1%, og det er et uttalt ønske i disse landene å holde forekomsten på et slikt lavt nivå.

- ESBL er en forkortelse for Extended Spectrum Betalaktamase. Betalaktamaser og er betegnelsen på spesielle enzymer som produseres av både

grampositive og gramnegative bakterier. Mange av våre mest brukte antibiotika er ikke effektive mot infeksjoner med ESBL-produserende bakterier, og dette begrenser både nåværende og framtidige behandlingsmuligheter. Infeksjoner forårsaket av ESBL-holdige bakterier er forbundet med økt sykkelighet og høyere dødelighet.

- VRE er en forkortelse for Vancomycin-Resistant Enterococci. Bakteriene er i stor grad resistente mot antibiotika. De finnes først og fremst i helseinstitusjoner, hvor de spres lett. Pasienter med betydelig svekket infeksjonsforsvar er mest utsatte for å få alvorlig enterokokkinfeksjon.

Kilde: Folkehelseinstituttet

– Og her ligger et av hovedpoengene, sier Lochner. En spesiell oppmerksomhet rundt resistente bakterier er viktig for sykehus og sykehjem.

Her er folk spesielt sårbare og utsatte for infeksjoner, og de oppholder seg der lenge. Formålet med MRSA-veilederen er å holde MRSA ute av norske helseinstitusjoner, altså døgningstusjo-

Ingen undervurdering

– Ved behandling hos andre helseaktører, som for eksempel private kirurgiske praksiser, private gynekologer eller tannlegeklinikker, skal man ikke screene slike pasienter for MRSA eller ESBL. Det er ingen som undervurderer smittepresset i tannlegevirksomheter, det er bare rett og slett et annet formål med MRSA-screening: Resistente bakterier må ikke bli en del av den lokale sykehusfaunaen, hvis man kan si det slik. Da vil man som sagt måtte endre empirisk antibiotikabehandling for svært mange sykehusinfeksjoner.

– I tannklinikker er det mange tiltak som skal være på plass. Med et godt basalt smittevern og gode rutiner for dekontaminering, slik man skal ha i tannlegenorge, er smittevernet på plass. Men med kjente smittebærere er det kanskje slik at man bør tenke litt mer på det pasientnære området, som bør rengjøres og desinfiseres ekstra grundig, sier Lochner.

Gode, grunnleggende rutiner

– Kan man be om å få oppgitt smittestatus?

– I MRSA-veilederen står det at pasienter med MRSA anbefales å opplyse om bærerskap når de er i kontakt med helsetjenesten. Alle MRSA-positive anmodes om å følge rådet, men pasienter har etter helseovngivningen ikke plikt til å gi slik informasjon-

– Men det er egentlig ikke størst bekymring rundt MRSA. Den situasjonen er for tiden under kontroll her i Norge. Bekymringen er mer knyttet til ESBL-produserende bakterier. Den største risikofaktoren for å bli kolonisert av slike bakterier, er faktisk bare det å oppholde seg i Asia. Alle kan få slike bakterier, her hjemme også, men i Asia er de spesielt vanlige. De forsvinner som oftest av seg selv etter en stund. Men hvis du er helsearbeider og ligger på sykehus i Asia, bør du testes for MRSA og ESBL når du kommer hjem, og saneres hvis du er positiv. Dette gjelder også tannleger. Imidlertid får ikke tannleger yrkesforbud ved MRSA eller ESBL-kolonisering, dersom de jobber utenfor helseinstitusjon.

– Hva med screening for MRSA-smitte? Er det aktuelt for tannlegeklinikker?

– Dagens screeningkriterier for antibiotikaresistente bakterier er upresise, og det er vanskelig å fange opp alle som har resistente bakterier på eller i seg, også for sykehusene. Sykehusene screener per i dag for alle innleggelser og behandlinger, men her kan det bli

endringer. Så nei, tannleger skal ikke screene pasientene for MRSA eller ESBL. De skal ha gode basale smittevern- og hygienerutiner. Det som er refrenget her, er basalt smittevern, håndhygiene og dekontaminering, opp og ned, dagen lang. Tannlegene må ha gode rutiner for det, og det er jeg ganske trygg på at de aller fleste har, sier Lochner.

Dekontaminering

– Og så er det hvordan dekontaminering skal gjennomføres. Dette avhenger av hvordan man definerer utstyr. Ikke-kritisk utstyr, semi-kritisk utstyr og kritisk utstyr (se figur 1). For alle praktiske formål kan man si at alt som *kan* steriliseres, det *skal* steriliseres, men før det, så skal det både rengjøres og desinfiseres – akkurat i den rekkefølgen. Alt som *kan*, *skal* utsettes for alle disse tre trinnene. Større og pasientnære ting som røntgenlampe og instrumentbrygga må også desinfiseres etter hver pasientbehandling. Man skal rengjøre, det vil si fjerne synlig forurensing, og så kan man desinfisere. Og hånddesinfeksjon med sprit er fremdeles best så lenge hendene ikke er synlig forurenset.

– Figuren i veilederen heter dekontamineringssirkelen (gjengitt på forrige side), og illustrerer tankegangen for en god dekontamineringsrutine. Her vises alle trinnene og rekkefølgen på en god måte. Alt utstyr kan ikke gjennomgå alle faser, det er ikke mulig, men alt gjenbruksutstyr skal gjennom hele sirkelen.

– Nasjonalt kompetansesenter for dekontaminering arbeider med denne problematikken. Det er paradoksalt at i disse tider, hvor alle er redde for antibiotikaresistens, går millionene og oppmerksomheten til optimalisering av antibiotikaforskrivning, mens de som arbeider med forebygging, smittevern og dekontaminering blir usynlige og ser liten eller ingen økning i budsjettene, sier Lochner. Smittevern og antibiotikaresistens er to sider av samme sak. Det samme gjelder vaksinerings.

Høringsrunde

– Når venter dere at veilederen er ferdig?

– Høringsrunden begynner om kort tid, og vi håper veilederen kan bli ferdig i løpet av året, avslutter Vibeke Lochner.

TANK-kurs

I den nye reviderte versjonen av Tannlegeforeningens nettbaserte kurs om smittevern, finner du de viktigste elementene fra den nye veilederen.

Mer informasjon

Mer informasjon om antibiotikaresistente bakterier, forekomst og smittevern generelt kan du også finne på hjemmesidene til Folkehelseinstituttet og hos Nasjonal kompetansetjeneste for dekontaminering ved Oslo universitetssykehus, i tillegg til på NTFs hjemmesider.

Tekst og foto: Kristin Aksnes