

STRAMA

Strategigruppen för rationell
antibiotikaanvändning och
minskad antibiotikaresistens

Landstingens arbete med att förebygga antibiotikaresistens – hinder och framgångsfaktorer

Seth-Olof Bergquist
maj 2004

Sammanfattning

I bekämpningen av antibiotikaresistens är många åtgärder nödvändiga och problemet berör därför många aktörer. Av detta skäl etablerades 1995 det nationella nätverket STRAMA – Strategigruppen för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens. Arbetet bedrivs huvudsakligen utifrån de i dag fungerande 24 STRAMA-grupperna, men i vissa landsting/regioner även utanför sådana. Under tiden mars 2003 och februari 2004 genomfördes en inventering av landstingens arbete med denna fråga inom hälso- och sjukvården som gav en tydlig bild av ett mycket väl fungerande nätverk. Inom nästan samtliga landsting/regioner bedrivs ett aktivt arbete för rationell antibiotikaanvändning, dels som en löpande del av verksamheten, dels i form av många lokala projekt.

Inventeringen har emellertid även klarlagt ett flertal brister/bristområden som utgör hinder för att målen i ”*Förslag till svensk handlingsplan mot antibiotikaresistens*” (SoS juni 2000, artikelnr.2000-00-044) skall uppnås. Den bör också kunna tjäna som vägledning för STRAMAs nationella ledningsgrupp om vad som de närmaste åren behöver prioriteras i arbetet för att minska risken för ytterligare resistensutveckling och för att nedbringa andelen vårdrelaterade infektioner. Arbetet behöver drivas dels genom stöd till de lokala STRAMA-grupperna, dels genom diskussioner såväl lokalt som nationellt med beslutsfattare inom hälso- och sjukvård.

Viktiga områden som definierats är:

- Brister i återrapportering av resistenssituationen från de mikrobiologiska laboratorierna
- Brist på enkelrum med egen toalett/dusch
- Akutmottagningar med brister som ökar risken för smittspridning
- Brist på vårdhygieniska resurser inom stora delar av landet inklusive inom den kommunala vården
- Avsaknad av infektionsmedicinsk kompetens vid flera sjukhus med somatisk vård
- Resurshinder för fortlöpande personalutbildning inom infektions- och antibiotikaområdet
- Stora ojämnheter över landet i arbetet med att öka vaccinationstäckningen mot influensa för riskpatientgrupper
- Ofullständigt utvecklade journaldatasystem för registrering av diagnos och terapi vid infektionssjukdomar
- Nästan uteslutande producentbaserad läkemedelsinformation till förskrivarna
- Otillräcklig prioritering av slutenvårdsarbetet inom STRAMA

Historik

Nätverket STRAMA – Strategigruppen för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens – fick under 1990-talets mitt en bred täckning över hela Sverige. På nationell nivå formades på frivillig basis en nationell STRAMA-grupp av berörda myndigheter och organisationer. I de allra flesta landsting bildades också lokala STRAMA-grupper. I några landsting har antibiotika-intresserade läkare och apotekare arbetat med dessa frågor utan formell förankring i någon STRAMA-grupp.

Rapporter från flera smittskyddsläkare har under senare tid indikerat att det initialt vitala STRAMA-arbetet avtagit i många landsting bl.a. på grund av ökande uppgifter för smittskyddsläkarna och sjukvårdens trängda ekonomiska läge, där läkare haft svårigheter att hinna med att delta i STRAMA-arbete.

Uppdraget

För att få en samlad bild av de lokala STRAMA-gruppernas struktur och landstingens aktiviteter inom området beslutade nationella STRAMAs arbetsutskott (AU) att avsätta medel för att bekosta en ”inventering av det lokala STRAMA-arbetet inom svensk hälso- och sjukvård”. Uppdraget gavs till Seth-Olof Bergquist, infektionsläkare, att med bistånd av Gunilla Skoog, apotekare, genomföra inventeringen och medverka vid utformandet av en rapport. I uppdraget ingick att inventeringen skulle relateras till ”*Förslag till Svensk handlingsplan mot antibiotikaresistens*”, (SoS juni 2000, artikelnr.2000-00-044), nedan kallad handlingsplanen.

Metod

Utifrån delar av innehållet i handlingsplanen framtogs ett dokument med relevanta frågor med anknytning till de hörnpelare, som bedömdes viktiga för ett framgångsrikt STRAMA-arbete. Frågedokumentet lämnades för synpunkter och kompletteringar till bl.a. nationella STRAMAs ledningsgrupp, AU och smittskyddsläkare och utprovades av en STRAMA-grupp. Det slutgiltiga formuläret användes sedermera som underlag för en strukturerad diskussion med samtliga Sveriges STRAMA-grupper, vilka besöktes av Bergquist/Skoog under perioden mars 2003 - februari 2004.

Tillsammans med STRAMAs AU identifierades dessutom ett antal nyckelbefattningar inom landsting/regioner, vars innehavare var önskvärt att intervjua. Dessa personer besöktes personligen av Bergquist endast om de icke ingick i den lokala STRAMA-gruppen eller ej heller för dagen hade adjungerats.

I de landsting där STRAMA-grupp saknades samlades genom resp. smittskyddsläkares kallelse samtliga s.k. nyckelpersoner till en diskussion motsvarande den som fördes med STRAMA-grupperna. Smittskyddsläkaren var i varje landsting/region kontaktperson i ärendet.

De *nyckelpersoner* som blev föremål för samtal/intervju var:

- Smittskyddsläkare
- Apotekare
- Verksamhetschef infektionsklinik
- Verksamhetschef mikrobiologiskt laboratorium
- Hygienöverläkare
- Primärvårdschef alt. chefläkare inom primärvård
- Ordförande i läkemedelskommitté
- Landstingsdirektör

Sammanfattningsvis har med mycket få undantag samtliga dessa befattningshavare varit föremål för samtal/intervju, vanligen med en tidsåtgång på ca 1 timme vardera. Diskussionerna med STRAMA-grupperna varierade i tid mellan 1½ - 4 timmar. Därutöver hade Gunilla Skoog i anslutning till varje besök hos lokal STRAMA-grupp ett personligt möte med den aktuelle apotekaren. Hon har bl.a. därigenom skapat ett separat nätverk för de apotekare som i Sveriges landsting/regioner arbetar med antibiotikafrågor.

Totalt gjordes under inventeringens gång 28 besök i de 21 landstingen/regionerna. För varje landsting/region fördes ett protokoll med markering av givna svarsalternativ. För vissa frågor blev det slutliga svarsalternativet en sammanjämkning från flera intervjuade inom samma landsting men samstämmigheten inom respektive landsting var överväldigande.

Resultat

1. Struktur

1.1 Antal befintliga STRAMA-grupper

Totalt antal STRAMA-grupper	24
Av dessa:	
Öppenvårdsgrupper	15
Kombinerade grupper	6
Slutenvårdsgrupper	3

Kommentar 1: Inom de allra flesta lokala STRAMA-grupper pågår ett kontinuerligt arbete av engagerade ledamöter och med ibland flera pågående projekt, oftast med inriktning mot optimal användning av antibiotika. Exempel finns dock på ett fåtal STRAMA-grupper med namngivna ledamöter men med mycket blygsam STRAMA-aktivitet.

Kommentar 2: Stor samstämmighet råder över landet om att det ökade koordineringsarbetet inom STRAMA initialt var nästan helt riktat mot öppenvårdsförskrivning av antibiotika. Med tiden har intresset från STRAMA-grupperna generellt kommit att riktas även mot slutenvården, men enigheten är närmast total om att man p.g.a. resursbrist och sparåtgärder ej haft förmågan att prioritera arbetet med slutenvårds-STRAMA.

Egentliga slutenvårds-grupper har bildats endast vid universitetssjukhusen i Lund, Malmö och Uppsala men inom många landsting i övrigt har flera enskilda initiativ tagits, såväl inom som utom STRAMA för att kartlägga och optimera antibiotikaanvändning inom slutenvården. Ett generellt problem är dock att få särskilt avsatta resurser för ett fortlöpande *infektionskontrollprogram* inom slutenvården. Vid Huddinge sjukhus pågår ett sådant projekt, som för närvarande är under utvärdering av Socialstyrelsen.

1.2 Landsting som saknar STRAMA-grupper

Blekinge
 Gotland
 Jämtland
 Stockholm
 Västerbotten
 Västernorrland

Kommentar: Inventeringen har visat att ett mycket gott STRAMA-arbete kan utföras i ett landsting utan etablerad STRAMA-grupp, åtminstone om landstinget är litet och därmed närheten stor mellan nödvändiga aktörer. I tre av de landsting som saknar STRAMA-grupp har bildandet av en eller flera grupper förannonserats. Tre landsting väljer att avstå från att bilda STRAMA-grupp – ett av dem p.g.a. resursbrist.

1.3 Sammansättning av de 21 STRAMA-grupperna med öppenvårds- eller kombinerad verksamhet

Profession/specialist	Med representation i antal grupper av 21
Primärvårdsläkare	21
Apotekare	21
Smittskyddsläkare	20
Infektionsläkare	20
Barnläkare	19
Bakteriolog	18
Öronläkare	16
Hygienläkare	15
Privatläkare	4
Sjuksköterska (= smittskydd, hygien resp distrikt)	4
Invärtesmedicinare	3
Kirurgläkare	2
Ortoped	2
Läkemedelskommitté ordf/sekr	2
Tandläkare	1
Länsveterinär	1
Informatör	1

Kommentar: Representationen är fortsatt präglad av att arbetet huvudsakligen varit fokuserat på användning av antibiotika i öppen vård (primärvård, barnmedicin). Generellt framkommer svårigheter att engagera övriga specialitetens slutenvårdsläkare i det fortlöpande STRAMA-arbetet. Bidragande härtill kan vara den brist på resurser som omnämns ovan samt ett otillräckligt krav från sjukvårdsledningarna på prioritering av kampen mot resistenta sjukhusbakterier och därmed sammanhängande förekomst av vårdrelaterade infektioner. Sammanställningen belyser också det goda samarbetsklimat som råder över landet mellan sjukvården och apotekare.

1.4 Ordförande i befintliga 24 STRAMA-grupper

Fördelning av ordförandeskapet i de 24 STRAMA-grupperna:	
Smittskyddsläkare	17 grupper
Infektionsläkare	4 grupper
Primärvårdsläkare	2 grupper
Bakteriolog/hygienläkare	1 grupp

1.5 Ekonomi/budget för lokala STRAMA-grupper

I endast ett landsting förfogar STRAMA över en egen budget (50.000:-) för gruppmedlemmarnas deltagande vid konferenser och utbildningar. För övriga landsting förutsattes att kostnaderna för ledamöternas aktiviteter inklusive sammanträdestid belastar respektive ledamots verksamhet. Inom ett landsting utgår från *läkemedelskommitténs* budget en timersättning till respektive verksamhet, som bidrar med ledamot vid STRAMA-möten. I några landsting finns ett årligt anslag hos *läkemedelskommittén* (storlek 20 – 50000:-) avsett för STRAMA-ledamöternas konferensdeltagande m.m. Det finns på några platser i landet tydliga hinder för klinikers/ verksamheters deltagande i STRAMA-arbetet p.g.a. att verksamhetschefer ej anser sig ha resurser/ekonomi att avsätta tid för läkares deltagande.

2. Antibiotikaförbrukning

2.1 Samverkan med läkemedelskommitté

Betydelsen av läkemedelskommittéernas arbete med respektive ordförandes centrala roll inom Landstingens arbete med läkemedelsfrågor har haft stor genomslagskraft även för STRAMA-arbetet. Samtliga STRAMA-grupper vittnar om ett mycket nära samarbete med landstingets läkemedelskommitté och i två landsting ingår ordförande eller sekreterare i läkemedelskommittén i STRAMA-gruppen. I mer än hälften av STRAMA-grupperna finns dessutom någon av ledamöterna i landstingets läkemedelskommitté även som medlem i STRAMA-grupp. Vid vår inventering hade till flera grupper dessutom läkemedelskommitténs ordförande adjungerats.

Samtliga intervjuade läkemedelskommittéordförande poängterade vikten av ett aktivt STRAMA-arbete inom sina respektive landsting. Många framhöll dock problemet med att flera andra terapiområden på kort sikt rymmer betydligt större besparingspotential än antibiotikaområdet.

I flertalet landsting/regioner är STRAMA-gruppen eller del av denna även liktydig med läkemedelskommitténs terapigrupp för antibiotika/infektioner, och svarar för faktainnehåll i ”Terapirekommendationer inom infektionsområdet”. Sådana rekommendationer för antibiotika revideras och utges minst vartannat år i 20 av 21 landsting/regioner.

2.2 Återföring av förskrivningsstatistik till förskrivarna

Antibiotikaförskrivningen per landsting jämfört med riksgenomsnittet sprids till förskrivarna i samtliga landsting/regioner dels via nationella kanaler, men oftast även via smittskyddsläkarnas olika informationsblad och/eller via läkemedelskommittéernas periodiska skrifter.

Huruvida enskilda läkare via sin personliga förskrivarkod, i någon större utsträckning, begär sitt förskrivarmönster från Apoteket är det mycket svårt att få svar på vid inventeringen. Möjligheten tycks användas av ytterst få läkare. Åsikten bland STRAMA-ledamöterna är att systemet är för krångligt, bl.a. med inbyggd tidsbegränsning.

På vår fråga till STRAMA-grupp inkl. apotekare och läkemedelskommitté ”hur man arbetar med listor över läkemedelsförskrivning/förbrukning, och hur man återför dessa till förskrivarna” erhöles följande svar:

Slutenvård = 21 landsting/regioner	
Redovisas på avdelnings/ kliniknivå regelbundet	19
Redovisas på landstingsnivå på begäran	1
Redovisas ej alls	1

Öppenvård = 21 landsting/regioner	
Redovisas på vårdcentralnivå regelbundet	12
Måste begäras	4
Redovisas på landstingsnivå	3
Finns endast på ”hemsida”	1
Redovisas ej alls	1

Kommentar 1: Som framgår finns för övervägande delen av slutenvården en regelbunden redovisning från apotek till respektive verksamhetschef om läkemedelsrekvisition från klinik/avdelning. Inom öppenvården är rutinerna för återrapportering sämre och samstämmigt anges tidsbrist, oftast hos läkarna vid vårdcentralerna, som största hindret. I några få landsting finns mycket goda undantag från dessa hinder: här besöker apotekare och/eller läkare (informationsläkare/smittskyddsläkare/infektionsläkare) samtliga vårdcentraler 1 – 2 ggr årligen för att diskutera bl.a. antibiotikaanvändningen vid vårdcentralen. Vid dessa besök utgår man från framtagna förskrivningsstatistik.

Kommentar 2: Möjligheterna att följa antibiotikaförskrivning relaterat till diagnos är över landet närmast obefintligt utom i projektform. Sådana projekt har funnits och finns pågående. Bristande datarutiner med heterogen diagnosmarkering och ojämn eller obefintlig inmatning av givet antibiotikum gör sådan uppföljning omöjlig. Här finns utrymme för stora förbättringar, varigenom STRAMA-arbetet skulle påtagligt gynnas.

2.3 Läkemedelsinformation

Vi ställde frågan till de intervjuade: ”hur stor del av läkemedelsinformationen uppskattar ni är fristående från industrin inom slutenvård och öppenvård?”

Andel fristående information inom slutenvården (16 av 21 gav svar)	
0-10%	10 landsting/regioner
11-25%	6 landsting/regioner
Andel fristående information inom öppenvården (14 av 21 gav svar)	
0-10 %	9 landsting/regioner
11-25 %	5 landsting/regioner

Kommentar: Såväl inom STRAMA-grupperna som hos läkemedelskommittéernas företrädare och hos landstingsdirektörerna är man medveten om producenternas dominerande ställning som läkemedelsinformatör till förskrivarna. Som allt överskuggande orsak till att ingen märkbar förändring i balansen skett anges det ekonomiska läget. Man hoppas dock samstämmigt att på längre sikt kunna åstadkomma en balansering av läkemedelsinformationen.

3. Övervakning av antibiotikaresistens

3.1 Det mikrobiologiska laboratoriets roll

En viktig förutsättning för ett framgångsrikt STRAMA-arbete är tillgång till ett väl fungerande mikrobiologiskt laboratorium med väl fungerande diagnostik och goda svarsrutiner. För detta krävs resurser under veckans samtliga dagar samt tillgång till ett väl fungerande data system med återföring till de provtagande läkarna av förändringar i bakteriernas resistensmönster. För att kartlägga dessa förhållanden i landet ställde vi en rad frågor till såväl de besökta STRAMA-grupperna som övriga intervjuade nyckelpersoner:

Redovisas sammanställningar från ert bakteriologiska laboratorium av resistensläget utifrån gjorda rutinodlingar?	
Svar från 21 landsting/regioner:	
7 JA (33%)	14 NEJ (67%)

Kommentar: I endast 1/3 av Sveriges landsting/regioner får provtagande läkare med automatik någon form av sammanställning över olika bakteriers resistensmönster inom landstinget/regionen. Förklaringen från ansvariga chefer till denna brist är dels outvecklat datasystem och/eller annan resursbrist. I ytterligare några landsting finns dock möjligheten för verksamhetschef eller läkare att begära motsvarande sammanställning, men den allmänna uppfattningen är att så sällan sker.

Är odlingsfrekvensen tillräcklig för att uppnå resistensövervakning?	
Svar från 19 landsting/regioner	
5 JA (26%)	14 NEJ (74%)

Kommentar: Tre fjärdedelar av svarande landsting/regioner är bekymrade över att bakteriologisk provtagning från särskilt nasopharynx och svalg har minskat i sådan omfattning att man befärrar att undgå att upptäcka en resistensutveckling hos i första hand pneumokocker och Grupp A streptokocker. Införandet av s.k. snabbtest som alternativ samt besparingskrav anges som orsaker. Här bör man diskutera alternativa vägar för att bibehålla en god resistensövervakning.

Hur snabbt kan bakteriologiska laboratoriet ge ett <i>negativt</i> svar på MRSA-odling?	
Svar från 21 landsting/regioner.	
Inom 24 timmar	8
Inom 48 timmar	11
Inom 72 timmar	2

Kommentar: Svarstidens längd är viktig för att minimera den vårdtid som patienten behöver innan misstanken om MRSA-bärarskap är verifierad eller avförd. Angivna svarstider gäller vardagar. För ett fåtal bakteriologiska laboratorier är svarstiden över helgdagar förlängd p.g.a. minskad bemanning. Samtliga med 24 timmars svarstid har infört s.k. PCR-teknik.

Finns för övrigt möjlighet för bakteriologiska laboratoriet att ge preliminärsvaret inom ett dygn?	
Svar från 21 landsting/regioner.	
19 JA (90%)	2 NEJ (10%)

Kommentar: Här råder bra rutiner över nästan hela landet. Ett observandum är dock att vid några laboratorier gäller inte samma goda service helgdagar.

Vem betalar bakterieodlingarna?	
Svar från 21 landsting/regioner.	
Fri nyttighet, d.v.s. budgeten ligger på laboratoriet	5 (24%)
Respektive verksamhet betalar	16 (76%)

Finns hinder för önskvärd utökad bakteriologisk provtagning vid behov?	
Svar från 21 landsting/regioner.	
6 JA (29%)	15 NEJ (71%)

Kommentar: Det är ur smittskyddssynpunkt en fördel om bakteriologisk diagnostik är en fri nyttighet. Därmed undanröjs ekonomiska motiv för att avstå odlingar av epidemiologisk natur. I samtliga 6 landsting/regioner som angivit förekomst av hinder för utökad provtagning vid behov belastar diagnostiken respektive verksamhet, och besparingskrav anges här som orsak.

4. Vårdhygien

4.1 Personalresurser/organisation

Sammanställning över faktisk tillgång på hygienläkartjänst resp hygiensjukskötersketjänst. Svar från 21 landsting/regioner.		
Landsting/region	Läkare	Sjuksköterska
Stockholm	5.0	12.0
Uppsala	2.0	4.0
Södermanland	0.5	1.5
Östergötland	1.0	2.5
Jönköping	0.2	2.0
Kronoberg	0.1	1.0
Kalmar	0.1	3.0
Gotland	0.05	0.5
Blekinge	0.2	1.0
Skåne	1.55	8.75
Halland	0.3	3.0
V:a Götaland	6.5	17.0
Värmland	1.0	2.0
Örebro	0.5	3.0
Västmanland	0.5	2.0
Dalarna	0.2	1.0
Gävleborg	0.5	3.0
Västernorrland	0.75	3.5
Jämtland	0.25	2.0
Västerbotten	0.75	4.5
Norrbottn	0.0	3.0

Kommentar: Som framgår av sammanställningen varierar tillgängliga resurser påtagligt mellan de 21 landsting/regionerna. Utrymmet för hygienläkartid är påtagligt låg i flera landsting. Inom 8 landsting/regioner är hygienläkaruppgiften kopplad till verksamhetschefen vid det mikrobiologiska laboratoriet med en genomsnittlig veckoarbetstid som hygienläkare = 12 timmar, med variation i veckotid inom gruppen på 4 – 30 tim. Kopplingen förekommer bl.a. vid två av landets universitetssjukhus.

Konsekvensen av ovan beskrivna personalresurser för vårdhygien återspeglas i våra intervjuvar enligt följande:

Är behovet av hygienläkare resp hygiensjuksköterska tillgodosett inom ert landstingsområde? Svar från 21 landsting/regioner.	
Hygienläkare:	
4 JA (19 %)	17 NEJ (81%)
Hygiensjuksköterska:	
8 JA (38 %)	13 NEJ (62%)

Kommentar 1: Här finns en fullständig korrelation mellan antal tillgängliga tjänster och graden av tillfredsställelse.

Kommentar 2: Under året som inventeringen pågått kan justeringar ha skett i antalet faktiska tjänster för såväl hygienläkare som hygiensjuksköterskor. Här har redovisats de för oss senast kända förhållandena.

4.2 Vårdplatstillgång

En viktig faktor för förhindrande av smitta till patient och/eller personal under sjukhusvård (nosokomial smitta) och därmed åtföljande risk för spridning av resistenta bakterier, är god tillgång på dels isoleringsrum, dels enkelrum med tillhörande hygienutrymmen. Under vår inventering införskaffade vi så aktuella uppgifter som möjligt från varje landsting/region om:

- ✓ totala antalet vårdplatser inom somatisk vård
- ✓ antalet isoleringsrum
- ✓ totala antalet enkelrum
- ✓ av dessa antalet enkelrum med egen toalett/dusch

Utifrån dessa uppgifter redovisas följande:

Andelen <i>enkelrum</i> inom svensk somatisk sjukvård 2003 i % av totala antalet vårdplatser för landstinget/regionen.		
Landsting/region	Total andel enkelrum %	Andel enkelrum med egen toalett %
Stockholm	19	16
Uppsala	31	14
Södermanland	34	24
Östergötland	38	32
Jönköping	27	14
Kronoberg	28	10
Kalmar	30	25
Gotland	51	51
Blekinge	30	15
Skåne	26	18
Halland	31	20
V:a Götaland	27	22
Värmland	30	17
Örebro	27	23
Västmanland	26	17
Dalarna	21	21
Gävleborg	33	11
Västernorrland	36	13
Jämtland	21	21
Västerbotten	30	15
Norrbottn	37	32

Kommentar 1: Angivna uppgifter är ungefärliga och grundas på de svar som givits från respektive landstings hygiensektion. Redovisning av antalet *isoleringsrum* har utelämnats p.g.a. svårigheter med enhetlig definition.

Kommentar 2: Den genomsnittliga andelen enkelrum med egen toalett/dusch av totala antalet vårdplatser sett över hela landet är 20 %. 10 av redovisade 20 landsting/regioner har <20% av vårdplatserna som enkelrum med egen toalett/ dusch. Den allmänna uppfattningen vid inventeringen är att dessa enkelrum ofta i första hand används för svårt sjuka patienter, ofta i livets slutskede. Endast Gotland (51 %), Östergötland och Norrbotten (32 %) har >30 % av vårdplatserna som enkelrum med egen toalett/dusch.

Landstingens bedömning av tillgången till undersökningsrum och vådrum framgår nedan (svar från 21 landsting/regioner).

Finns tillräckliga resurser för <i>isolering</i> inom ert landsting?	
10 JA (48%)	11 NEJ (52%)
Finns tillräcklig tillgång till <i>enkelrum</i> ?	
6 JA (29%)	15 NEJ (71%)
Är <i>akutmottagningarna</i> utformade för att förhindra smittspridning även under influensatider?	
2 JA (10 %)	19 NEJ (90%)
Finns tillgång till <i>akutrum med direktgång</i> för smittsamma patienter på akutmottagningarna?	
5 JA (24 %)	16 NEJ (76%)

Kommentar 1: Anmärkningsvärt är att av de 6 landsting som förklarat sig nöjda med tillgången på enkelrum har 3 redovisat andelen enkelrum med egen toalett/ dusch som <20 %. Ett av de landsting/regioner som förklarat att andelen enkelrum är otillräcklig har redovisat andelen enkelrum med egen toalett/dusch som >30%.

Kommentar 2: Inventeringen har visat att 90 % av landstingen/regionerna har akutmottagningar som inte uppfyller tillräckliga krav för att förhindra smittspridning mellan patienter.

Kommentar 3: En ökad bevakning behövs för att vid minskning av vårdplatsantal rädda enkelrum med egen toalett/dusch som fortsatta vådrum och inte omvandla dessa rum till kontor.

4.3 Förebyggande rutiner

Finns fungerande rutiner för informationsöverföring vid flytt av patient med riskinfektioner, exempelvis MRSA?	
21 JA (100 %)	
Har det kommunala äldreboendet tillgång till hygiensjuksköterska?	
9 JA (43 %)	12 NEJ (57%)

Kommentar: En uppskattning utifrån befolkningsunderlaget visar att minst hälften av Sveriges befolkning bor i kommuner som år 2003 saknar avtal med sitt landsting om tillgång till särskild hygienkompetens i form av hygiensjuksköterska.

Har det kommunala äldreboendet till sig knutet fast läkare?	
14 JA (67 %)	7 NEJ (33%)
Har varje daghem/förskola tillgång till egen fast läkare för rådgivning?	
3 JA (14 %)	18 NEJ (86%)

Kommentar: Under inventeringens intervjuer framkommer att allt fler kommunala äldreboenden fått tillgång till egen fast läkare. Däremot omvittnas brister i möjligheterna för föreståndare/personal vid daghem/förskola att på ett enkelt sätt få tillgång till läkarkompetens vid infektionsproblem inom verksamheten. Inom några landsting fungerar områdets BVC-sjuksköterska som kontaktperson.

5 Förbättrad diagnostik och antibiotikaanvändning

Flera av de viktiga faktorer som hör under denna rubrik har redovisats under tidigare avsnitt. Lätt tillgänglig kompetens inom infektions-/antibiotikaområdet är viktig inom samtliga sjukvårdens verksamhetsområden både vad gäller råd om diagnostik och behandling samt om kunskapsöverföring till all vårdpersonal, kanske i första hand till läkarna. Inventeringen har visat att de senaste årens ekonomiska problem för sjukvården har inneburit en nedrustning inom dessa områden.

Infektionskonsult saknas vid 13 länsdelssjukhus inom 6 landsting/regioner.

Kommentar: Frågan avsåg infektionsspecialist, som besöker klinikerna vid somatiskt sjukhus som saknar infektionsklinik. Vanligen återkommer dessa besök varje vecka. Vid den årliga verksamhetsbeskrivning, som sedan många år görs för infektionssjukvården i landet via Svenska infektionsläkarföreningen, noterades under 1990-talets mitt att samtliga länsdelssjukhus, med något undantag, hade infektionskonsult. Den påtagliga försämring som inträtt har som enda förklaring – resursbrist.

I inget av landets landsting/regioner finns återkommande utbildningsprogram i infektioner/antibiotika för primärvårdens läkare.

Kommentar 1: Fortbildningen för läkare kan självklart bedrivas på många skilda sätt. Ett återkommande svar på frågan i samband med inventeringen är ”att primärvårdens läkare själva avgör vilken fortbildning som efterfrågas”.

Kommentar 2: Inom samtliga landsting/regioner förklaras, med något undantag, den låga förekomsten av utbildning inom *infektioner/antibiotika* till primärvårdens läkare med tidsbrist inom primärvårds-kåren.

6. Infektionsförebyggande åtgärder

Under inventeringen har försök gjorts att kartlägga hur man inom svensk hälso- och sjukvård arbetar utifrån Socialstyrelsens allmänna råd om ”Vaccination mot influensa”. Att inventeringen gjorts under ett års tid medför svårigheter att göra en aktuell sammanställning, eftersom många och viktiga förändringar under år 2003 gjorts i flera landsting/regioner. En intressant diskussion har dock förevarit med varje STRAMA-grupp och onekligen är den arbetstid som avsätts och de metoder som används för att öka vaccinationstäckningen mot influensa hos s.k. riskgrupper mycket heterogen över landet.

Några slutsatser efter inventering av arbetet med influensavaccination:

Vaccinationstäckningen hos åldersgruppen 65+ är <40 % i ca 50 % av landets landsting/regioner,

Vaccinationstäckningen varierar mellan <25% och 68% i åldersgruppen 65+,

Kostnaden för en vaccindos för 65+ varierar mellan 0:- och 180:-,

I ca *hälften* av landets landsting/regioner är influensavaccination kostnadsfri för 65+,

Vaccinationstäckningen är genomgående högst där vaccinationen är kostnadsfri, dock med ett undantag,

Vanligaste förklaringarna till låg vaccinationstäckning är bristande tid för vaccination inom primärvården samt hög kostnad för patienten,

Kommentar 1: De metoder som använts för att studera vaccinationstäckningen inom de olika landstingen/regionerna varierar och angivna uppgifter kan av denna anledning vara ungefärliga.