

# MRSA-avdelinger i sykehjem i Oslo

Sykehjemsbeboere med meticillinresistente *Staphylococcus aureus* (MRSA) skal ikke isoleres over lengre tid. Et alternativ til å ha MRSA-bærere i vanlige avdelinger er å opprette egne enheter. I Oslo er det to MRSA-avdelinger, opprettet i 2006 og 2008.

I 2004 var det et stort MRSA-utbrudd i et sykehjem i Oslo. Dette er tidligere beskrevet i Tidsskriftet (1). Under utbruddet ble flere pasienter utsatt for langvarig isolering. Vårt inntrykk er at dette var en stor påkjenning for både pasienter og pårørende. Involvert personale fortalte at de opplevde det som et betydelig etisk problem. Dette dannet noe av grunnlaget for at kommunen i mai 2006 besluttet å opprette en MRSA-avdeling ved Ammerudlunden sykehjem. Formålet med etableringen var først og fremst å skape et godt og likeverdig bomiljø for kroniske MRSA-bærere samt å organisere enheten innenfor smittevernmessig akseptable rammer (2).

Allerede fra starten av ble det åpnet for også å ta imot pasienter for sanering. Grunnet manglende kapasitet ved Ammerudlunden ble en tilsvarende avdeling åpnet ved Solvang sykehjem i 2008. Samme år kom en revidert MRSA-veileder der det ble slått fast at isolering bare anbefales for en begrenset periode i sykehjem, og at det krever samtykke (3).

## Høy- og lavrisikosone

Forut for åpningen av MRSA-posten på Ammerudlunden sykehjem ble det gjort bygningsmessige tilpasninger og utarbeidet kravspesifikasjon til drift fra den daværende Helse- og velferdsetat i kommunen (4), dessuten ble det laget en rekke prosedyrebeskrivelser for arbeidsoppgaver mv.

Avdelingen ligger i 4. etasje og har adgang via egen heis i fra 1. etasje. Det er definert en høyrisikosone, som består av seks beboerrom, alle med eget bad og toalett. Det tilstrebes minst mulig personlige eiendeler på rommene. Høyrisikozonen er som hovedregel forbeholdt beboere og personell. Resten av avdelingen (oppholdsrom, spiserom, korridor og besøksrom) er definert som lavrisikosone. Sår mv. hos beboere skal være optimalt tildekket, og tekniske hjelpemidler som rullestol eller rullator blir desinfisert med sprit før de kommer inn i lavrisikozonen. Beboerne i avdelingen deltar som en hovedregel ikke i sykehjemmets fellesaktiviteter, men kan gjerne tas med ut på tur.

Pasientrom og vanlig brukte berøringspunkter som dørhåndtak og kraner desinfiseres daglig med Virkon. Ved søl av organisk materiale brukes Virkon 1 % til flekkdesinfeksjon, og beboernes tøy blir lagt i bløt i Virkon før det maskinvaskes. Sengetøy, pasienttøy og håndklær blir skiftet

daglig. I tillegg brukes desinfeksjonsrobot med hydrogenperoksidgass som et supplement til tradisjonell kjemisk desinfeksjon når en beboer reiser fra et rom i høyrisikozonen.

Avdelingen har forsterket bemanning. Opprinnelig var det sykepleier på alle vaktlag, etter hvert har man imidlertid gått over til erfarne hjelpepleiere på nattevakt, da med sykepleier i bakvakt. Hvis det er et forventet behov for sykepleierkompetanse om natten, skal det være sykepleier på nattevakt i enheten. Det faste personalet i avdelingen skal ikke arbeide i andre helse-

«Beboerne i avdelingen deltar som en hovedregel ikke i sykehjemmets fellesaktiviteter, men kan gjerne tas med ut på tur»

institusjoner eller andre avdelinger. Det er gjort et unntak for avdelingsleder, som har en administrativ funksjon og ikke deltar i stedet. Tjenester fra personell utenfor avdelingen begrenses til det aller nødvendige – oppsatte vaktlag dekker alle vanlige tjenester, inkludert renhold. Personalet skal bruke beskyttelsesutstyr ved arbeid i høyrisikozonen.

I lavrisikozonen brukes vanlig arbeidsantrekk. Personalet skal ikke ha kroniske hudlidelser eller annen tilstand som kan disponere for MRSA-smitte. Ansatte MRSA-screenes når de starter i jobben, deretter månedlig.

Sanering skjer etter vanlige retningslinjer (2, 5) – med daglig helkroppsvask i ti dager med klorheksidinholdig såpe og bruk av mupirocinholdig nesesalve to ganger daglig, eventuelt med tillegg av klorheksidin munnskyllevæske ved halsbærerskap. I enkelte tilfeller brukes andre midler og/eller det gis tillegg av antibiotika. Under sanering skiftes også tannbørste daglig.

Avdelingen på Solvang sykehjem ligger i en egen fløy i 1. etasje, noe som gir direkte tilgang til utearealer. I tillegg er det der inngang via sluse, og hvert beboerrom har

egen forgang. Avdelingen drives ellers etter samme kravspesifikasjoner som Ammerudlunden.

Pasienter søkes inn til MRSA-avdelingene via formidlingsenheten i kommunens sykehjemsetat. For pasienter som skal saneres, gjøres inntil tre forsøk. Ved vellykket sanering (definert som negative prøver etter én, to og tre uker) skrives pasienten ut, de fleste til et annet sykehjem. Hvorvidt en MRSA-smittet pasient skal innlegges spesialavdeling eller ikke, bestemmes av flere faktorer. For eksempel har en del eldre sykehjem kun felles toaletter og bad, noe som vanskeliggjør sanering. Ved større MRSA-utbrudd i sykehjem kan overføring av smittede pasienter til spesialavdeling avlaste situasjonen betraktelig.

## Erfaringer fra Oslo

I hele perioden 2006–11 var det 133 påviste MRSA-tilfeller hos blant beboere i sykehjem i Oslo (6). I samme periode hadde MRSA-avdelingene 80 innleggelser, hvorav 44 pasienter ble innlagt for sanering. Litt under halvparten av pasientene ble innlagt for pleie og ble ikke forsøkt sanert – enten fordi de hadde hatt flere mislykkede saneringsforsøk og var blitt definert som kroniske MRSA-bærere, eller fordi sanering ble ansett som kontraindisert på grunn av dårlig allmenntilstand eller antatt kort levetid. I samme seksårsperiode ble det funnet MRSA-smitte hos personale i fire tilfeller, men bare to av disse ble antatt å skyldes smitte fra pasient.

Avdelingene er relativt dyre i drift, mest på grunn av den økte bemanningen. Årspris per plass i 2012 var 1,514 millioner kroner. Av dette betalte pasientens bostedsbydel 0,664 millioner kroner, mens det ble gitt en sentral prissubsidiering på 0,85 millioner kroner til hver MRSA-plass (7). Beleggsprosenten har gjennomsnittlig ligget på rundt 90 for hver avdeling i perioden.

Som nevnt i innledningen åpner retningslinjene fra 2008 for at kroniske MRSA-bærere kan være i vanlige sykehjemsavdelinger (3). Etter det har flere sykehjem i Oslo hatt bærere i «vanlige» avdelinger over tid. Vi mener imidlertid at det er en forutsetning at bæreren har rom med eget bad og toalett, at vedkommende forstår instruksjoner og kan samarbeide og at verken MRSA-bæreren eller medpasienter er såkalt vandrende dement (5, s. 152).

Totalt sett er erfaringene med MRSA-avdelinger gode. Undergruppen av kroniske

MRSA-bærere som ikke bør være i vanlig avdeling, har fått en tilnærmet normal bosituasjon. Sykehjem der forholdene ikke ligger til rette for sanering har kunnet få hjelp med dette, og avdelingene har bidratt med avlastning ved MRSA-utbrudd i andre sykehjem.

Utenom storbyene er det neppe pasientgrunnlag for permanent drift av MRSA-avdelinger. Så vidt vi vet finnes det en liknende avdeling bare i Trondheim. I mindre kommuner kan det være aktuelt å bruke kohortisolering ved større MRSA-utbrudd i sykehjem (8), og i så fall bør erfaringene fra Oslo kunne være nyttige.

**Tore Wælgaard Steen**

tore.steen@hel.oslo.kommune.no

**Kirsten Marie Garder**

**Samir Kadiric**

**Gunnar Kvalvaag**

**Marit Velten Loraas**

**Margit Sivertsen**

Tore Wælgaard Steen (f. 1950) er dr.med., spesialist i samfunnsmedisin og smittevernoverlege i Helseetaten, Oslo kommune. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Kirsten Marie Garder (f. 1957) er helsesøster og jobber i Folkehelseavdelingen i Helseetaten, Oslo kommune, blant annet med rådgivning innen smittevern og hygiene. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Samir Kadiric (f. 1969) er avdelingssykepleier for to avdelinger ved Ammerudlunden sykehjem, inkludert MRSA-posten. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Gunnar Kvalvaag (f. 1947) er spesialist i allmenntidsskikk og samfunnsmedisin og etats-overlege i Sykehjemsetaten, Oslo kommune. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Marit Velten Loraas (f. 1956) er hygienesykepleier ved Smittevernseksjonen, Avdeling for mikrobiologi og smittevern, Akershus universitetssykehus.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Margit Sivertsen (f. 1968) er avdelingssykepleier for to avdelinger ved Solvang Sykehjem, inkludert MRSA-posten.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

**Litteratur**

1. van der Werff HF, Steen TW, Garder KMK et al. Et MRSA-utbrudd i et sykehjem i Oslo. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 12: 2734–7.
2. Etablering av enhet for smittevern ved Ammerudlunden sykehjem – evaluering etter ett års drift. Oslo: Oslo kommune, Helse- og velferdsetaten, 2007.
3. MRSA-veilederen. Nasjonal veileder for å forebygge spredning av meticillinresistente Staphylococcus aureus (MRSA) i helseinstitusjoner. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt og Helsedirektoratet, 2008.
4. Brev til Adecco A/S fra Helse- og velferdsetaten, Oslo kommune 24.3.2006. Oslo: Helse- og velferdsetaten, Oslo kommune, 2006.
5. Infeksjonskontrollprogram for sykehjem og langtidsinstitusjoner i Oslo. Oslo: Helse- og velferdsetaten, Oslo kommune, 2011.
6. Steen TW, Jørgensen SB, Garder KM et al. MRSA-funn i sykehjem i Oslo 2005–11. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 1819–23.
7. Byråds sak 1023/12. Prismodell for sykehjemsplasser 2012. Oslo: Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester, 2012.
8. Isoleringerveilederen. Bruk av isolering av pasienter for å forebygge smittespredning i helseinstitusjoner. Oslo: Folkehelseinstituttet og Sosial- og helsedirektoratet, 2004.

Mottatt 11.2. 2013, første revisjon innsendt 31.5. 2013, godkjent 24.06. 2013. Medisinsk redaktør Siri Lunde Strømme.

> Se også side 1793

## Delta i debatten om Tidsskriftets artikler – bruk kommentarfeltet i nettutgaven



- Debatten skjer under fullt navn.
- Interessekonflikter må oppgis.
- Kommentarer postet innen en måned etter at artikkelen er publisert, vurderes for publisering i papirutgaven.



www.tidsskriftet.no

Tidsskrift for  
Den norske legeforening