

# Sammen om smittevern

## ■ KIRSTEN GRAVNINGEN

Regional smittevernoverlege ved Kompetansesenter i smittevern Helse Nord (KORSN), Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)

## ■ ANNE METTE ASFELDT

Rådgivende smittevernoverlege for Finnmarksykehuset, KORSN

## ■ TORNI MYRBAKK

Smittevernoverlege ved UNN HF

## ■ HILDE ISAKSEN

Smittevernsykepleier med ansvar for rådgivning i kommunehelsetjenesten ved UNN HF

Pasienter i sykehus har stadig kortere liggetid, mens dagbehandling og poliklinisk behandling øker. Som følge av Samhandlingsreformen utskrives sykere pasienter til kommunene i større grad enn før (1).

Pasientene flyttes mer mellom ulike nivåer i helsetjenesten, noe som øker risikoen for smittespredning. Både sykehus og kommuner må ha smittevernet på plass i egen tjeneste – og ikke minst i samhandling med hverandre. Det samarbeides om smittevern daglig. Figur 1 viser pasientflyten mellom senger i spesialisthelsetjenesten, kommunale og private helseinstitusjoner og hjem/kommunal omsorgsbolig.

## Er vi klar for (morgen)-dagens utfordringer?

Smittevern er i vinden som aldri før. Økt internasjonal reiseaktivitet og medisinsk behandling i utlandet medfører økt smitterisiko. Nye epidemier er en uunngåelig del av fremtiden. Multiresistente bakterier er en av de største utfordringene for moderne medisin, i økende grad også i Norge. Det vil til enhver tid finnes symptomfrie bærere av slike bakterier i befolkningen. Noen smittebærere kjenner vi til, men langt fra alle. Dette betyr at det må være godt smittevern i møte med alle pasienter, uavhengig av smittestatus. Bærerskap av multiresistente bakterier skal ikke forsinke diagnostikk, behandling eller utskriving for den

enkelte pasient. Det skal være gode rutiner som hindrer smitte når pasienten innlegges, under opphold i sykehus, og når pasienten skrives ut til sykehjem, rehabilitering eller hjemmebasert omsorg i kommunen. Dette stiller økte krav til smittevernkompetanse i hele helsetjenesten. Godt smittevern hindrer infeksjoner, smittespredning og utbrudd i helseinstitusjoner.

Når kommunen får ansvar for flere og sykere pasienter, samt et økende antall kommunale akutte døgnplasser (KAD), må smittevernet prioriteres opp. Kommunale helseinstitusjoner må ha operative og oppdaterte infeksjonskontrollprogram. Overvåking av antibiotikabruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner er et myndighetskrav både i sykehus og sykehjem. Rutiner for screening for multiresistente bakterier og informasjonsoverføring mellom ulike nivåer i pasientforløpet må være på plass. Den økte flyktningstrømmen har medført rask etablering av asylmottak i mange kommuner. Personer som bor tett med andre og deler kjøkken og bad i mottak, utsettes for større smittepress enn i private hjem. Dermed får bærerskap av multiresistente bakterier og infeksjoner som gastroenteritt og influensa ypperlig mulighet til å spres og gi omfattende utbrudd. Boforhold, tuberkulosekontroll, vaksinasjon og helseundersøkelse av flyktninger og asylsøkere er oppgaver for kommunalt smittevernpersonell. Flyktningstrømmen høsten 2015 viste at kommunenes smittevernressurser var altfor små i forhold til oppgavens omfang. Migrasjon og smittevern vil fortsette å utfordre helsetjenesten i årene som kommer.

## Smittevernansvar og -kompetanse i spesialisthelsetjenesten

Fokus på smittevern og kvalitet i sykehus er intensivert de siste årene, og smittevern-faget er blitt mer spesialisert og krever spisskompetanse. Ledelsen skal sørge for at sykehuset har nødvendig og kvalifisert smittevernpersonell, herunder leger og sykepleiere, og at de har avsatt tilstrekkelig tid til å utføre oppgavene og får nødvendig opplæring og vedlikehold av sine kunnskaper (2). Smittevernlegen koordinerer smittevernarbeidet i sykehus og skal i slike spørsmål være direkte underlagt ledelsen. Erfaring viser at tydelig ledelsesforankring er en forutsetning for å lykkes med smittevernarbeid i sykehus.

## Smittevernansvar og -kompetanse i kommunehelsetjenesten

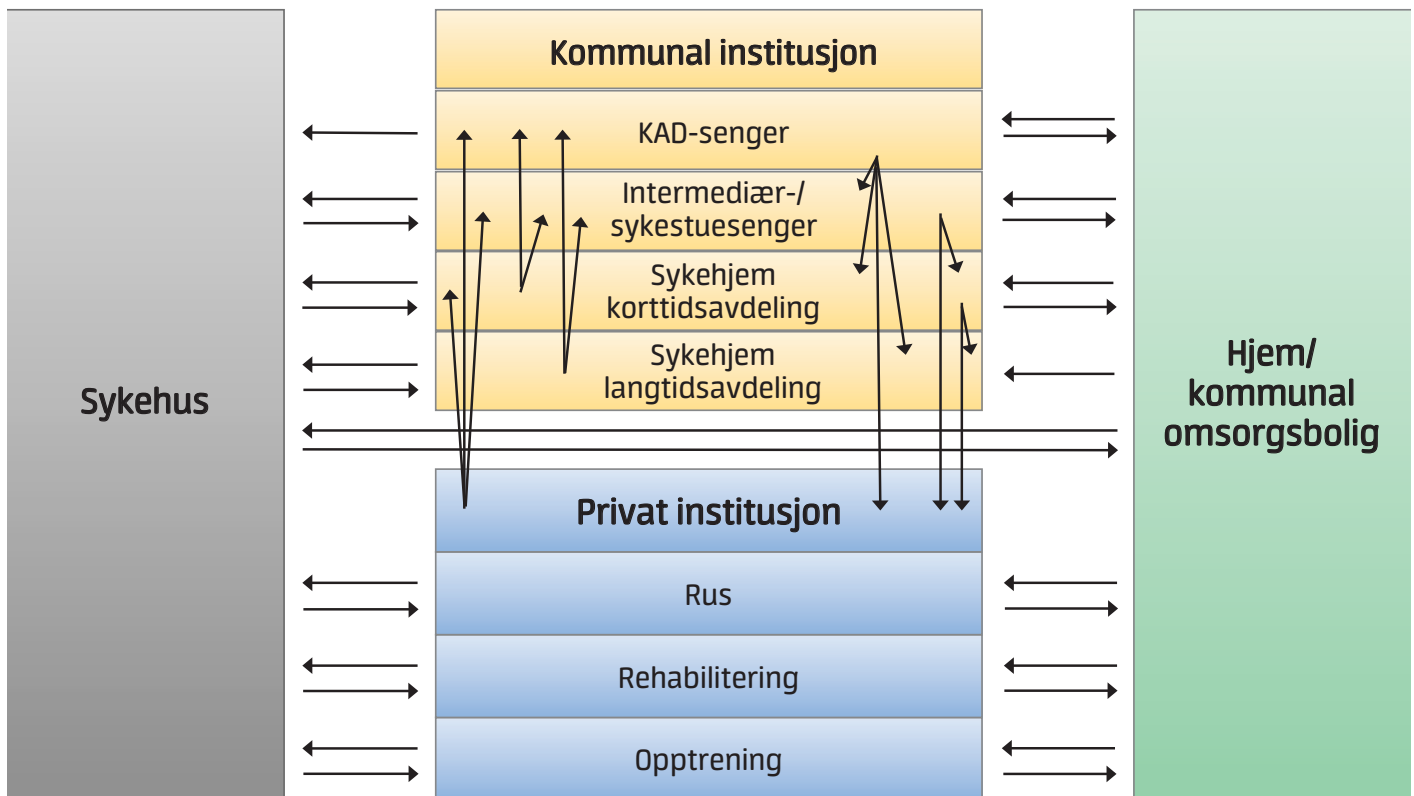
Kommunen er pålagt å ha en kommunal smittevernlege som ivaretar oppgaver innen smittevern, og en kommunal smittevernplan. I mindre kommuner tilfaller denne oppgaven kommuneoverlegen hvis ikke annet er besluttet. Smittevern kommer i tillegg til andre omfattende ansvarsområder. Større kommuner har vanligvis egen smittevernlege i hel- eller deltidstilling. Enkelte større kommuner i Sør-Norge har ansatt egne smittevernsykepleiere, mens nordnorske kommuner, så vidt vi vet, ikke har etablert slike stillinger. Kommunen har i likhet med sykehus, et overordnet ansvar for infeksjonskontrollprogram i sine helseinstitusjoner (2).

## Smittevernådgiving til kommunehelsetjenesten

Det regionale helseforetaket skal sørge for at det utarbeides tilbud om nødvendig smittevernassistans til kommunale institusjoner i regionen dersom kommunen ønsker det (2). Helseregionene har løst denne oppgaven forskjellig. Noen steder yter sykehusets smittevernpersonell systematisk smittevernassistans til kommunene på timebasis og mot betaling. Denne ordningen mener vi i Helse Nord kan virke mot sin hensikt, da gode smittevernråd ikke skal være dyre. I 2012 etablerte Helse Nord RHF derfor stillinger som smittevernsykepleier med ansvar for rådgivning i kommunehelsetjenesten i hvert helseforetak – «smittevernsykepleier KHT». Disse er organisert sammen med smittevernpersonell i sykehus i et miljø med høy fagkompetanse, men de jobber utadrettet. Tjenestene er gratis for kommunene. Smittevernsykepleier KHT kan blant annet gi råd:

- ved håndtering av personer som er bærere av resistente mikrober
- ved smitteutbrudd
- ved utarbeiding av infeksjonskontrollprogram
- for å ivareta smittevern ved nybygg og ombygging av helseinstitusjoner i helseinstitusjoner, hjemmebasert omsorg, asylmottak og andre kommunale institusjoner. Videre driver smittevernsykepleier KHT ustrukt undervisning og kan også rådgive fastleger om enkeltpasienter.





FIGUR 1. Pasientflyt mellom senger i spesialisthelsetjenesten, kommunale og private helseinstitusjoner og hjem/kommunal omsorgsbolig.  
KAD: Kommunale akutte døgnplasser

### Er kommunal smittevernlege kjent med tilbudet om gratis smittevernrådgivning?

Eller passerer smittevernsykepleier KHT under smittevernlegens radar? Da Helse Nord valgte en ordning som ikke medfører fakturering av tjenester, ga det rom for et ubyråkratisk samarbeid. Haken med dette er at den formelle forankringen i kommunene har forblitt mangelfull. I dag er det litt tilfeldig og varierende fra kommune til kommune hvem som er kontaktperson for smittevernsykepleier KHT. Kontakten går mest via ledere i sykehjem og mindre via kommunal smittevernlege som har beslutningsmyndighet og øverste ansvar for smittevern i sin kommune.

Vi ser et klart behov for at kommunal smittevernlege alltid er en part i dette samarbeidet. For det første er det på sin plass at kommunal smittevernlege (gitt sitt ansvar og myndighet) er orientert om helseforetakets bidrag og tar stilling til om det er ønsket. For det andre vil smittevernsykepleier KHT kunne utgjøre en større ressurs for kommunen dersom det oppnås en tettere og mer gjensidig kommunikasjon som sikrer at vi går i takt. Dermed vil samarbeidet få en tydeligere struktur med mulighet for langsiktighet. Dette er i tråd med en kronikk i *Dagens Medisin* hvor tidligere kommunal smittevernlege og regional smittevernoverlege i Helse Midt-Norge, Bodil Dyrstad, konkluderer med at kommunalt smittevern må styrkes på struk-

tur, kunnskaper og kapasitet, samt at kompetansen til kommunal smittevernlege må brukes bedre enn i dag (3).

### Smittevern i tjenesteavtaler og kommunale smittevernteam

Kommuner og helseforetak plikter å inngå såkalte tjenesteavtaler om pasientforløp. I tjenesteavtalene i helseregion nord har smittevern hittil vært lite omtalt. I forbindelse med påbegynt revisjon av avtalene i februar 2016, har en gruppe med representanter fra samhandlingsenhetene, kommunene, smittevernsykepleiere KHT og Kompetansesenter i smittevern Helse Nord (KORSN) utarbeidet et forslag for å styrke og utdype smittevernet. Formålet er å sikre god informasjonsflyt, kompetanseoverføring og tilpassede smittevernløsninger både ved innleggelse i og ved utskrivelse fra sykehus. Gruppen foreslår blant annet å opprette et kommunalt «smittevernteam» bestående av kommunal smittevernlege og kommunal sykepleier med oppgaver innen smittevern. Hver kommune må vurdere om den vil benytte helseforetakets tilbud om smittevern bistand. Samarbeidet ivaretas i så fall av kommunens smittevernteam og helseforetakets smittevernsykepleier KHT. Tjenesteavtalene skal gjennom forhandlinger, og vi venter spent på den endelige utformingen.

### Gevinster ved god samhandling i smittevern

Det er lett å finne grelle eksempler på kommunikasjon som har feilet og resultert i unødvendige smitteverntiltak som griper dypt inn i menneskers private liv og som ingen er tjent med. Men heldigvis har vi også gode eksempler å strekke oss etter der helsepersonell sammen har beredt grunnen slik at tjenestene er rustet til å motta smitteførende pasienter – i samsvar med nasjonale retningslinjer i smittevern og kyndig utøvelse av faget. Slik ønsker vi å samhandle!

Godt samarbeid om smittevern vil bidra til økt pasientsikkerhet, mindre smittespredning, færre helsetjenesteassosierte infeksjoner og mindre antibiotikabruk (og dermed reduserte kostnader). Det vil sikre raskere, mer fleksible og tryggere pasientforløp og et bedre liv for mennesker med smittebærerskap eller langvarige infeksjoner.

#### REFERANSER

1. Abelsen B, Gaski M. Hvordan endrer samhandlingsreformen kommunens pleie- og omsorgsbehov. *Utposten* 7/2015, s 41–44.
2. Forskrift om smittevern i helse- og omsorgstjenesten FOR-2005-06-17-610 HOD. Tilgjengelig på: [www.lovdata.no](http://www.lovdata.no).
3. Dyrstad, Bodil. Debatt og kronikk, *Dagens medisin* 5.5.2014. Tilgjengelig på: <http://www.dagensmedisin.no/artikler/2014/05/05/samhandling-kan-gi-gevinst/>.

■ KIRSTEN.GRAVNINGEN@UNN.NO