

Forebyggelse af stikskader og blodbåren smitte – endnu ikke helt i mål

LEDER

Suzanne Lunding

Ugeskr Læger
2014;176:V66785

Med hiv-epidemiens komme i starten af 1980'erne kom der øget fokus på sundhedspersonales risiko for smitte med blodbårne infektioner gennem stikskader og mukokutan blodeksposition. Litteraturen viser, at omkring 60 patogener, herunder 26 virus og 18 bakterier/*Rickettsie*-arter er beskrevet at være blevet overført [1]. Senest har der været fokus på risiko for smitte med Ebola-virus blandt sundhedspersonale i flere vestafrikanske lande. Opmærksomheden har dog primært været rettet mod risikoen for smitte med hiv og hepatitis B og C, der udgør størsteparten af de rapporterede tilfælde af smitte. Der har i årenes løb været gjort en række tiltag for at nedsætte risikoen for blodeksposition såvel internationalt som i Danmark:

Procedurerelaterede retningslinjer for anvendelse af personlige værnemidler er nu veletablerede, kanylebokse og adgang til handsker og andre personlige værnemidler er tilgængelige i et helt andet omfang end i 1980'erne. Der er veletablerede retningslinjer for forebyggelse af og forholdsregler i tilfælde af stikskader eller anden blodeksposition [2, 3].

BrancheArbejdsmiljørådet Social & Sundhed har oprettet websiden www.stikboksen.dk med information om risici for og forebyggelse af stikskader [3].

På flere hospitaler har man udviklet særlige e-læringsprogrammer med undervisning i sikre arbejdsprocedurer. Sikkerhedsinstrumenter (instrumenter med indbyggede sikkerhedsmekanismer, der skal forebygge stikskader) vinder frem.

Anbefalinger for hepatitis B-vaccination før eksposition af sundhedspersonale er revideret og udvidet til at omfatte alt sundhedspersonale, inkl. studerende, der har væsentlig risiko for smitteoverførsel og stiklæsioner [2]. Senest har man i et EU-direktiv fastslået medlemslandenes forpligtelse til at fjerne eller minimere sundhedspersonales risiko for stikskader og infektioner [4].

I adskillige danske undersøgelser har man påvist en hyppig forekomst af stikskader og en betydelig grad af underrapportering [3]. Størsteparten af undersøgelserne er imidlertid af ældre dato, og vi har ikke noget klart billede af situationen i dag. Det er derfor velkomment, at *Eskandarani et al* nu kan bidrage til at opdatere vores viden med tiårsdata fra Odense Universitetshospital [5] (dette nummer af Ugeskriftet for Læger side 2452).

I artiklen bekræfter de først og fremmest, at vores reelle risiko for smitte med hiv og hepatitis B og C

fortsat, og heldigvis, er beskeden. Også selvom 5% af smitekilderne i studiet var personer, der enten var hiv-positive eller havde påvist kronisk hepatitis B- eller C-infektion.

Betyder det, at vi i dag kan erklære, at risikoen for erhvervsbetinget blodbåren smitte i sundhedsvæsenet er fjernet eller minimeret mest muligt? Næppe. *Eskandarani et al* viser nemlig samtidig, at der fortsat hyppigt sker uheld med potentiel smitterisiko for blodbåren smitte. En stor del af disse bliver ikke anmeldt, ligesom mange ikke lader sig teste og vaccinere efter retningslinjerne. Blandt personer, der havde haft uheld i 2012, mindedes kun 37% at være hepatitisvaccineret.

Det er således vigtigt fortsat at have fokus på forebyggelse af blodeksposition. Også selvom risikoen for smitte med hiv samt hepatitis B og C er beskeden. Smittebilledet kan ændre sig, prævalensen af kendte infektioner kan stige og falde, og nye infektioner kan komme til. Der er behov for nye undersøgelser, der kan belyse uheldshyppighed og uheldsmekanismer i dag. Hepatitis B-vaccinationsdækningen bør øges i grupper, der er udsat for hyppige stikskader. For lægernes vedkommende kan vi begynde med at styrke hepatitis B-vaccination allerede på medicinstudiet. Risikoen er lille, men til gengæld nem at eliminere helt, og den mulighed bør udnyttes.

Ansvaret for at tilbyde hepatitis B-vaccination, såvel det organisatoriske som det økonomiske, påhviler arbejdsgiveren [2]. Dette bør også omfatte de medicinstuderende, der jo er kommende medarbejdere og under deres ophold på hospitalerne udfører opgaver, der indebærer risiko for stikskader [2, 3].

Samlet set er vi altså ikke i mål endnu. Men der er dog ingen tvivl om, at vi er kommet langt, og at historien viser, at vores risiko for erhvervsbetinget blodbåren smitte i Danmark er beskeden.

LITTERATUR

1. Tarantola A, Abiteboul D, Rachline A. Infection risks following accidental exposure to blood or body fluids in health care workers. *Am J Infect Control* 2006;34:367-75.
2. Vejledning om HIV (human immunodefekt virus), hepatitis B og C virus. Forebyggelse af blodbåren smitte, diagnostik og håndtering i sundhedsvæsenet og på andre arbejdspladser. København: Sundhedsstyrelsen, 2013.
3. www.stikboksen.dk (29. sep 2014).
4. Jennings K, Perera G. Rådets Direktiv 2010/32/EU af 10. maj 2010 om iværksættelsen af rammeaftalen indtået af HOSPEEM og EPSU om forebyggelse af stikskader i sygehus- og sundhedssektoren. *Den Europæiske Unions Tidende* 1. jun 2010;L 134:66-72.
5. Eskandarani HA, Kehrner M, Christensen PB. No transmission of blood-borne viruses among hospital staff despite frequent blood exposure *Dan Med J* 2014;61(9):A4907.

KORRESPONDANCE:

Suzanne Lunding, Lunge- og infektionsmedicinsk Afdeling, Nordsjællands Hospital, Dyrehavevej 29, 3400 Hillerød.
E-mail: lunding@dadlnet.dk

INTERESSEKONFLIKTER:

ingen. Forfatterens ICMJE-formular er tilgængelig sammen med lederen på Ugeskriftet.dk