

Hovedpunkter fra MRSA-mødet den 5. december 2006.

MRSA vejledningen.

Lovgivningen

Med MRSA vejledningen er der sket en udvidelse af risikosituationer for MRSA og af tidsperioden hvor patienterne skal isoleres/screenes for MRSA.

De vigtigste elementer i vejledningen er beskrivelse af personlig instruktion, behandling, kontrolundersøgelser, skriftlig information til patienten og regler for videregivelse af helbredsoplysninger og journalføring.

Patientens samtykke skal så vidt muligt indhentes ved videregivelse af oplysninger om MRSA bærertilstand. Man er dog fortsat forpligtet til at videregive oplysninger selv om patienten ikke er indforstået.

Udarbejdelse af hygiejnebilagene til MRSA vejledning vil blive lagt ud på Statens Serum Instituts (SSI) hjemmeside, da de vil blive revideret løbende.

Sundhedsstyrelsens (SST) MRSA vejledning er bindende i henhold til epidemiloven. Epidemiloven er under revision. SST forsøger at få MRSA ind på liste B.

Ifølge epidemiloven har man krav på erstatning hvis man påføres et tab i forbindelse med de forebyggende foranstaltninger, som loven giver hjemmel for. Denne erstatning omfatter dog ikke lægemidler ifølge epidemiloven og økonomien omkring MRSA-eradikation er fortsat uafklaret.

Ingen læger hverken private eller offentlige kan afvise at behandle patienter, der er bærere af/inficerede med MRSA.

Vedrørende implementering af MRSA vejledning på specielt plejehjem er der en stor mangel på hygiejnesygeplejersker til at tage sig af hygiejne i primærsektoren.

MRSA kortet, (som udleveres til patienter efter at der er påvist MRSA første gang) er ment som en hjælp. Brug af det er frivilligt.

Personale

Tove Rønne, SST præciserede at det er vigtigt at huske at personalemedlemmer har samme rettigheder og skal behandles på samme måde som andre MRSA positive personer.

Det er vigtigt at præcisere hvem, der behandler personalemedlemmer med MRSA og at henvise dem til enten egen læge eller til specificeret klinisk afdeling.

Udgifterne til at undersøge et personale for MRSA afholdes af arbejdsgiveren.

Der henvises i øvrigt til ”Sundhedsstyrelsens præcisering af reglerne om information til sundhedspersonale, der skal undersøges for MRSA:

http://www.sst.dk/upload/forebyggelse/cff/smitsomme_sygdomme/mrsa/praecisering_af_f%20_information_af_personale.pdf

Ledelsen i den pågældende afdeling beslutter om et personalemedlem må gå på arbejde iht. vejledningen eller om der skal tages særlige forbehold.

Kan et personale medlem ikke MRSA-eradikeres, er det ledelsen der træffer aftale om varig omplacering, (dette angår ikke SST).

Vedrørende anmeldelse og typning

Alle tilfælde, hvor MRSA påvises for første gang efter 1. november 2006 anmeldes. For hurtigere at få overblik over situationen er det ok også at anmelde tilfælde, hvor MRSA påvises efter 1. november 2006 (selvom MRSA også har været påvist tidligere), men det er ikke noget krav.

Patienter genanmeldes ved ny subtype (dette vil oftest blive initieret via besked fra Stafylokoklaboratoriet) på SSI.

Hvis en person er vedvarende positiv indsendes nyt isolat, såfremt det er mere end 12 måneder siden, der sidst er indsendt et isolat fra denne person (der skal ikke foretages ny anmeldelse, brug blanket 9). Af hensyn til EARSS overvågning bedes der desuden indsendt et isolat fra alle bakteriami episoder.

SSI overgår til *spa* som primær typningsmetode. Pulsefieldgelelectroforese (PFGE) er fortsat den bedst egnede typningsmetode til udbruds- og smitteopsporing, men Stafylokoklaboratoriet har vurderet at *spa* typning er bedre egnet til national overvågning og metoden har samtidig en ret høj diskriminatorisk evne). PFGE samt en ny hurtig metode "SIRU" udføres efter bestilling. Sidstnævnte kan udføres som "dag til dag" analyse. *Spa* typning samt *mecA* konfirmation tilbydes gratis som referencefunktion. Der påregnes svarafgivelse på *spa* typning 2 gang om ugen.

Alle MRSA isolater screenes desuden for glycopeptid resistens. Udvalgte isolater vil desuden blive typet med multiple locus sequencing (MLST) og/eller SCC*mec* typning.

Nogle klinisk mikrobiologiske afdelinger udfører følgende på isolaterne:

- *mecA* PCR
- Screening for glycopeptid resistens
- PFGE, SPA- typning (protein A), (MLST), nævnt i rækkefølge fra størst til mindst differentieringsgrad.
- Typning af SCC*mec* kassette.
- Udbrudsanalyse

MLST og SCC*mec* laves på udvalgte isolater.

Der arbejdes på at gøre MRSA anmeldelsesproceduren elektronisk. Det undersøges endvidere hvilke muligheder, der er for tilbagerapportering elektronisk (web-baseret) Det er et ønske fra hygiejneorganisationer og praktiserende læger, at typningssvarene lægges ud og tolkes på en måde, så de kan bruges i den kliniske hverdag.

Der er fundet mere end 90 forskellige MRSA SPA- typer alene på Sjælland, hvilket afspejler en vældig mobilitet i *mecA* genet.

Udenlandske betegnelser for de samme SPA typer kan være forskellige, men I Danmark anvendes Ridom nomenklaturer, (Segmet.org) fordi der er behov for en klar og brugervenlig nomenklatur, der giver overblik over smittespredning.

Klinisk erfaring og erfaring med udbrud på hospital.

Resultater specielt fra Vejle udbruddet

I Vejle havde de en ophobning af infektioner med MRSA, som de først fik nedbragt, da de påbegyndte en intensiv indsats mod MRSA bærertilstand.

78 personale medlemmer er blevet smittet med MRSA i Vejle. Alle har modtaget MRSA-eradikationsbehandling med god effekt.

Det var af stor betydning at indsatsen var ledelsesforankret, både i amt, kommune og på sygehusene. Der var et højt informationsniveau og en velfungerede logistik. Et meget stort antal personer blev screenet, således blev alle patienter fra afdeling med MRSA udbrud, screenet ved udskrivelsen, fra maj 2005 blev alle patienter screenet ved indlæggelsen. Indsatsen kostede 1 mio. kr. om måneden.

Som nogle af hovedhjørnestenene i det vellykkede resultat fra Vejle blev nævnt uddannelse af alle nøglepersoner, og rapportering af alle indlagte MRSA positive patienter.

Økonomi

Der var en del diskussion om fraværsmelding og økonomisk kompensation. SSTs vejledning er et minimumskrav og anbefaler ikke fraværsmelding efter start af MRSA-eradikationskur. I Vejle benyttede de fem dages fraværsmelding. Personale med eksem eller sår blev fraværsmeldt eller omplaceret til der forelå 3 negative screeningspodninger efter MRSA-eradikationskur.

I Vejle afholdt amtet udgifterne forbundet med MRSA-eradikationskur.

MRSA-Eradikation

Patienter, der er oplagt inficerede med MRSA, skal have behandlet deres infektion inden start af eradikation. Der er ringe succes med MRSA-eradikationskur af patienter med infektion.

Patientgrupper, som er vanskelige at MRSA-eradikere omfatter gravide, nyfødte, umotiverede personer, personer hvor egen læge siger fra, patienter med skinnedbussår og fremmedlegemer som PEG-sonde og KAD. Det er ofte, at det først lykkes at eradikere MRSA, som er erhvervet ved fødslen i 3-års alderen.

Det er dog lykkedes i Vejle også at MRSA-eradikere patienter med fremmedlegemer ved en ihærdig indsats.

Der er forskellige erfaringer med MRSA-eradikationskur. For svælgbærere kan det være nødvendigt at supplere med systemisk antibiotisk behandling. Konventionel behandling bør dog som hovedregel afprøves først. Clindamycin og kombinationsbehandling med fucidin og rifampicin samtidig med MRSA-eradikationskur har været afprøvet med god effekt.

Miljøprøver

Miljøprøver indsamlet i afdeling med gentagne MRSA-udbrud fandt MRSA på apparatur, tastatur, stole med mere. Dette indskærper øget krav til rengøring og desinfektion, samt fokus på patienters og pårørendes håndhygiejne.

Der var en tendens til øget smitte fra patienter med MRSA i urinvejene.

MRSA i primærsektor.

Praksis

Praktiserende læger i København vil i gennemsnit se en MRSA patient hvert 7. år og har derfor ingen erfaring og rutine i behandling og MRSA-eradikation. Ofte får de praktiserende læger ikke oplysninger om deres patienters hospitalsophold og risikosituationer

Praktiserende læger ønsker som udgangspunkt ikke at anvende værnemidler i praksis. De kan være bekymrede for at få MRSA patienter ind i egen praksis, da de udgør en potentiel smitterisiko. De ønsker mere hjælp fra mikrobiologisk afd. og hygiejnefunktion. Der er behov for øget fokus på hygiejne i almen praksis og rådgivning omkring MRSA.

Økonomisk finansiering og uddannelse af praktiserende læger omkring MRSA er et ønske fra de praktiserende lægers side.

Primærsektor i øvrigt

Indsats mod MRSA udbrud på plejehjem/dagcenter kræver et meget stort koordineringsarbejde med egen læge, plejehjems personale, hjemmeplejen, de sociale myndigheder, embedslægeinstitution, hygiejneorganisation og klinisk mikrobiologisk afdeling.

Embedslæger skal have et tæt samarbejde med kliniske mikrobiologer og hygiejnesygeplejersker omkring håndtering af MRSA i primærsektoren på plejehjem, daginstitutioner og sportsklubber.

Det er en fordel at drage den kommunale sundhedstjeneste med ind i arbejdet omkring MRSA patienterne i primær sektoren. Den kommunale sundhedstjeneste har et godt indblik i, hvor der kan søges om tilskud til MRSA-eradikation. Det kan fremme processen og er en klar fordel, hvis den kommunale sundhedstjeneste i udvalgte situationer hvor der er børn kan deltage i samarbejdet med hjemmesygeplejersken/hygiejnesygeplejerske og embedslægen omkring MRSA-eradikation. For en god compliance er det vigtigt med gratis behandling, hvis det kan forhandles på plads.

Børn i institution

Børn med MRSA følger SSTs normale retningslinier med hensyn til om de må møde i institution/skole. Børn med sår og/eller øvre luftvejsinfektion skal sygemeldes fra daginstitution, men skolebørn må møde, hvis sårene ikke er meget udbredte.

Videregivelse af oplysning ved børn med MRSA ifølge Anne Marie Plesner:

Før-skolebørn:

Et barn med bærertilstand i behandling vil ikke p.t. give anledning til information af daginstitutionen.

Et barn med klinisk sygdom med MRSA vil foranledige opslag i daginstitutionerne.

Skolebørn:

Hvis der kun er et barn med MRSA i en skole, vil det ikke give anledning til rutinemæssig information.

Lene Nielsen, referent