



Virker tiltak mot MRSA-smitte?

LEDER

JON BIRGER HAUG

E-post: jobhau57@gmail.com

Jon Birger Haug (f. 1957) er spesialist i infeksjonssykdommer og smittevernoverlege ved Sykehuset Østfold. Han har ledet arbeidet med nasjonale retningslinjer for antibiotika i sykehus og har doktorgrad i antibiotikaepidemiologi og målemetoder i sykehus.

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

Innsatsen mot spredning av meticillinresistente gule stafylokokker er viktig, men tiltakene må evalueres.

En hovedoppgave i smittevernarbeidet i Norge er å hindre spredning av multiresistente bakterier i sykehus og kommunale helseinstitusjoner. Innsatsen har i mange år vært rettet mot meticillinresistente *Staphylococcus aureus* (MRSA), den første av flere problembakterier som truer med å få fotfeste i våre helseinstitusjoner.

Infeksjoner forårsaket av MRSA-smitte gir økt morbiditet og mortalitet og utløser høye kostnader (1, 2). På verdensbasis utgjør slike infeksjoner et stort helseproblem, selv om forekomsten i vestlige land er synkende. Nederland og Norden har alltid hatt lav MRSA-forekomst, noe som antas å skyldes en aktiv «search and destroy»-strategi, dokumentert ved flere studier, særlig i Nederland (3). I Norge ble MRSA-bakterier påvist i 1,6 % av innsendte blodkulturer og spinalvæsker med gule stafylokokker i 2017 (4), mens årlig antall individer registrert med MRSA-bæretilstand økte fra 205 i 2005 til 1 463 i 2016 (5). MRSA har heller ikke fått etablert seg i norske dyrebosetninger (5).

«An ounce of prevention is worth a pound of cure» var rådet fra Benjamin Franklin til branntruede innbyggere i Philadelphia i 1734 (6). Dette rådet har gyldighet for mange typer forebyggende arbeid, også norsk smittevern per 2018. Smitteverntiltak oppleves til tider som hemmende for pasientbehandlingen, og medfører ofte betydelige utgifter. Kostnadene skal ikke hindre gjennomføringen av nødvendige tiltak, men alle som arbeider innen smittevern, bør være seg sitt ansvar bevisst for bruk av felles ressurser ved at «hvert gram med forebygging» veies på gullvekt.

Bakken Jørgensen og medarbeidere presenterer i Tidsskriftet en betydningsfull vareopptelling, der screening av ansatte rundt uventede MRSA-tilfeller hos pasienter i sykehus i perioden 2012–15 er evaluert (7). Over 10 000 ansatte ved 12 sykehus ble screenet. Kun 19 ansatte var MRSA-bærere av samme spa-type som indekspasienten, mens 12 ansatte var bærere av en ubeslektet MRSA-type. Forfatterne konkluderer med at nasjonale anbefalinger på dette området bør revideres og kriterier for screening innsnevres.

Noen vil sikkert reagere på betegnelsen «vareopptelling» om en meget god artikkel som dette (7). Uttrykket er bevisst valgt. Dette er ikke forskning, men bør heller ikke komme i

kategorien «kvalitetsprosjekt», for en slik gjennomgang av hyppige forekommende og ressurskrevende aktiviteter burde være rutine i alle helseforetak. En mangel ved arbeidet til Bakken Jørgensen og medarbeidere er i så måte at det økonomiske aspektet ikke blir omtalt. Dersom slik screening var blitt foreslått som et nytt tiltak for dagens sykehusledere, typisk i form av et «business case» (sic), var nok utfallet gitt: Å avdekke MRSA-krysssmitte hos 19 ansatte gir en kostnad, svært konservativt anslått, på rundt 3,1 millioner kroner. Kalkylen legger bare til grunn en pris på 32 euro, tilsvarende om lag 300 norske kroner, per negative sett med dyrkningsprøver, basert på tall hentet fra en grundig nederlandsk screeningstudie (8).

«Du skal skrive ditt fag», formante Per Fugelli oss (9), og man kan legge til: «Og du bør måle det.» En svakhet ved materialet, som også forfatterne kommenterer, er at data ble fremskaffet på ulike måter, eller rett og slett ikke var tilgjengelig. Smittevernpersonell mangler altfor ofte tilgang til data som grunnlag for evaluering av egen virksomhet. Økende krav til datasikring og personvern skaper i tillegg unødige hindre for smittevernpersonell som har tjenestelige behov for kliniske data til sykehusepidemiologiske formål. Infeksjonsforebygging lider under dette i en grad som er betydelig underkommunisert. I lys av politiske ambisjoner om et europeisk lederskap for Norge innen e-helse (10) er et krav om bedre utnyttelse av verdifull digital informasjon på helseforetaksnivå rimelig.

Evaluering av ansattesscreening bør være ett av flere temaer ved en påkrevet gjennomgang av vår nasjonale MRSA-veileder, sist revidert i 2009 (11). Andre temaer kan være faktisk gevinst av MRSA-screening ved innleggelse i sykehus, ulemper ved pasientisolering, utfordringer forbundet med MRSA-sanering hos fastleger og dokumentasjon av gjennomførte kontroller. MRSA-veilederen blir i praksis oppfattet som en retningslinje, og tiltak følges lojalt i våre sykehus. I en tid med økende utfordringer knyttet til bakterier med utvidet spektrum-betalaktamase (extended spectrum betalactamase, ESBL) og utbrudd av vankomycinresistente enterokokker i flere norske sykehus, må man nøye vurdere prioriteringen av begrensede ressurser.

LITTERATUR:

1. Cosgrove SE, Qi Y, Kaye KS et al. The impact of methicillin resistance in *Staphylococcus aureus* bacteremia on patient outcomes: mortality, length of stay, and hospital charges. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2005; 26: 166 - 74. [PubMed][CrossRef]
2. Gould IM, Reilly J, Bunyan D et al. Costs of healthcare-associated methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* and its control. *Clin Microbiol Infect* 2010; 16: 1721 - 8. [PubMed][CrossRef]
3. Vos MC, Behrendt MD, Melles DC et al. 5 years of experience implementing a methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* search and destroy policy at the largest university medical center in the Netherlands. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2009; 30: 977 - 84. [PubMed][CrossRef]
4. NORM/NORM-VET. 2016. Usage of antimicrobial agents and occurrence of antimicrobial resistance in Norway. NORM/NORM-VET 2017, Tromsø/Oslo. <http://bit.ly/2l5Y8AT> (1.3.2018).
5. Espenhain L, Alberg T, Holen Ø et al. Årsrapport 2016: Helsetjenesteassosierte infeksjoner og antibiotikabruk i Norge. Folkehelseinstituttet 2017. <http://bit.ly/2oKKGup> (1.3.2018).
6. Fire Department. The Electric Ben Franklin, USHISTORY.ORG <http://www.ushistory.org/franklin/philadelphia/fire.htm> (20.2.2018).
7. Bakken Jørgensen S, Handal N, Fjeldsæter KL et al. MRSA-forekomst blant helsepersonell ved smitteoppsporing i sykehus. *Tidsskr Nor Legeforen* 2018. [CrossRef]
8. Souverein D, Houtman P, Euser SM et al. Costs and benefits associated with the MRSA search and destroy policy in a hospital in the region Kennemerland, The Netherlands. *PLoS One* 2016; 11: e0148175. [PubMed][CrossRef]
9. Fugelli P. Du skal skrive ditt fag. *Tidsskr Nor Legeforen* 1984; 104: 1343 - 6.
10. Støre JG. Norge skal bli verdensledende på hav og helse. Arbeiderpartiet landsmøtetale 2017.

<https://www.arbeiderpartiet.no/arrangementer/landsmote/landsmote-2017/store:-norge-skal-bli-verdensledende-p%C3%A5-hav-og-helse/> (20.2.2018).

11. Nasjonalt folkehelseinstitutt, Helsedirektoratet. MRSA-veilederen. Nasjonal veileder for å forebygge spredning av meticillinresistente *Staphylococcus aureus* (MRSA) i helseinstitusjoner. 2009. <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/moba/pdf/mrsa-veilederen.pdf> (1.3.2018).

Publisert: 19. mars 2018. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.18.0166

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no