

# Screening for MRSA på danske hospitaler – virker det?

## LEDER

Henrik Westh

Ugeskr Læger  
2015;177:V67312

Meticillinresistent *Staphylococcus aureus* (MRSA) har resistensgenet *mecA* (nogle få *mecC*) og er dermed resistent over for alle penicilliner, cefalosporiner og carbapenemer. MRSA er ofte også resistent over for andre antibiotikaklasser – men vi har fortsat antibiotika, der kan bruges til inficerede patienter. Der er tre hovedgrupper af MRSA: 1) hospitalserhvervet MRSA, som er udviklet på hospitaler, 2) samfundserhvervet MRSA, som vi har skabt hos almindelige mennesker, og 3) svine-MRSA, som er skabt af landbruget. Alle MRSA-grupper er udviklet på grund af et stort antibiotikaforbrug på hhv. hospitaler, i samfundet og i landbruget. Inden for hver MRSA-gruppe er der mange varianter. I 2015 spreder samfundserhvervet MRSA sig nu på hospitaler i hele verden, og svine-MRSA har forladt staldene.

I mere end 25 år var patienter med MRSA sjældne i Danmark med fund hos under 100 personer årligt, men i 2003 begyndte en stigning, og i 2014 var antallet blevet 30-doblet til knap 3.000 personer. Foruden de kendte MRSA-tilfælde er der et mørketal, der betyder, at der er 20.000-30.000 danskere, hvilket svarer til ca. 0,4% af befolkningen, der bærer MRSA.

Fra andre lande ved vi, at MRSA er en bakterie, som patienter får, når de indlægges på hospitalet. Disse MRSA-infektioner er årsag til megen morbiditet og mortalitet, og MRSA-infektioner kan lægges som en ekstra byrde oven på infektioner, der er forårsaget af almindelig *S. aureus*. Ved en undersøgelse på 590 hospitaler i USA i 2010 fandt man MRSA hos 6,6% af patienterne, og halvdelen var samfundserhvervet [1]. På 76% af de amerikanske hospitaler podede man alle patienter for MRSA ved indlæggelse.

Med Sundhedsstyrelsens MRSA-vejledning i 2006 begyndte en verbal screening af danske patienter med tre spørgsmål. Har du MRSA? Bor du i en husstand med MRSA? Har du modtaget behandling på et udenlandsk hospital i de sidste seks måneder? Ved en revision i 2012 blev der tilføjet et fjerde spørgsmål: Har du kontakt med levende svin? Hovedformålet med den danske MRSA-handleplan er at holde MRSA ude af danske hospitaler, for som beskrevet af Andersen & Nielsen vil indlagte patienter med MRSA kunne forårsage hospitalsudbrud [2]. De beskriver ganske små udbrud, og deres optimisme må tages med et gran salt. I 2003-2007 var der et større udbrud i København, hvor plejehjem og Amager Hospital var hårdt ramt. Et endnu større udbrud i Vejleområdet startede i 2002, og kurven knækkede først i 2006, da der blev indført polymerasekæde-

reaktionsbaseret screening af alle patienter ved indlæggelse [3]. Udbruddene på Amager og i Vejleområdet ramte over 1.000 patienter og sundhedsansatte. Endelig har man i Region Hovedstaden haft ti udbrud af MRSA på neonatalafdelinger [4]. Disse udbrud har ramt mere end 200 familier, der typisk skal følges i to år for at blive MRSA-fri. Håndtering af alle disse udbrud skønnes at have kostet mere end 40 mio. kr. Men bortset fra på neonatalafdelingerne har vi ikke haft større MRSA-udbrud på hospitalerne i de seneste år. I de seneste fire år er der fundet et stabilt gennemsnit på 19 patienter med MRSA pr. måned på Region Hovedstadens hospitaler. Så trods et større MRSA-pres i samfundet kan vi endnu beskytte hospitalerne ved at følge de nationale retningslinjer.

I 2015 starter en systematisk screening for MRSA hos Hvidovre Hospitals gravide. Formålet er at beskytte mødre mod MRSA-infektioner efter kejsersnit og beskytte neonatalafdelingerne mod MRSA-udbrud. Omkring 2007 indførte man i Storbritannien generaliseret MRSA-screening. På seks år reduceredes MRSA-bakteriæmiraten fra 17,7 til 3,2 pr. 100.000 sengedage (i Danmark 0,7 pr. 100.000 sengedage i 2013), og antallet af kirurgiske sårinfektioner forårsaget af MRSA blev reduceret fra 27% til 4%. I Storbritannien anbefaler man fremover screening af patienter, der indlægges på højtspecialiserede afdelinger til karkirurgi, dialyse, neurokirurgi, thoraxkirurgi, hæmatologi, onkologi, transplantation og ortopedkirurgi samt på traumecentre og alle typer af intensivafdelinger [5]. Jeg formoder, at vi inden for de næste ti år vil nå et MRSA-niveau i samfundet på ca. 2%, som vil gøre det nødvendigt at pøde for MRSA hos definerede hospitalpatientgrupper.

## LITTERATUR

- Jarvis WR, Jarvis AA, Chinn RY. National prevalence of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* in inpatients at United States health care facilities, 2010. *Am J Infect Control* 2012;40:194-200.
- Andersen LP, Nielsen X. Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* transmission: unrecognized patient MRSA carriage. *Dan Med J* 2015;62(4):A5047.
- Böcher S, Skov RL, Knudsen MA et al. The search and destroy strategy prevents spread and long-term carriage of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*: results from the follow-up screening of a large ST22 (E-MRSA 15) outbreak in Denmark. *Clin Microbiol Infect* 2010;16:1427-34.
- Ramsing BG, Arpi M, Andersen EA et al. First outbreak with MRSA in a Danish neonatal intensive care unit: risk factors and control procedures. *PLoS One* 2013;8:e66904.
- www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\_data/file/345144/Implementation\_of\_modified\_admission\_MRSA\_screening\_guidance\_for\_NHS.pdf (5. mar 2015).

## KORRESPONDANCE:

Henrik Westh,  
MRSA VidenCenter,  
Klinisk Mikrobiologisk  
Afdeling, Hvidovre Hospital,  
Kettegård Alle 30,  
2650 Hvidovre.  
E-mail: henrik.torkil.westh@  
regionh.dk

## INTERESSEKONFLIKTER:

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