

Verpleeghuizen

MRSA in verpleeghuizen

Dit document mag vrijelijk worden vermenigvuldigd en verspreid mits steeds de Werkgroep Infectiepreventie als auteur wordt vermeld.

Vergewis u er van dat u de meest recente versie van dit document hebt. Raadpleeg hiervoor www.wip.nl. De Werkgroep Infectiepreventie acht zich na het verschijnen van een nieuwe versie van een richtlijn niet meer verantwoordelijk voor verouderde versies.

Werkgroep Infectie Preventie
Vastgesteld: september 2005
Revisie: september 2010

Inhoudsopgave

Inleiding	3
Definities	4
1 Risicocategorieën	5
1.1 Overzicht 1, Cliënten per risicocategorie.	5
1.2 Overzicht 2, Medewerkers per risicocategorie.	6
2 Maatregelen ten aanzien van cliënten	7
2.1 Bacteriologisch onderzoek	7
2.2 Maatregelen bij cliënten van categorieën 1 en 2 (bewezen MRSA-dragerschap en hoog risico op dragerschap)	8
2.3 Maatregelen bij cliënten van categorie 3 (matig verhoogd risico)	10
2.4 Maatregelen bij cliënten van categorie 4 (geen verhoogd risico)	10
2.5 Maatregelen bij cliënten die onverwacht met MRSA gekoloniseerd blijken	10
2.6 Overplaatsing cliënten	13
3 Behandeling MRSA-positieve cliënten	13
3.1 Behandeling van dragerschap	13
3.2 Behandeling van cliënten met infecties	14
3.3 Informatie cliënt	14
4 Opheffen van beschermende maatregelen	14
5 Ontslag van een met MRSA gekoloniseerde cliënt.	14
6 Maatregelen ten aanzien van medewerkers.	15
6.1 Bacteriologisch onderzoek	15
6.2 Inventarisatiekwaken	15
6.3 Medewerkers van categorie 1	16
6.4 Medewerkers van categorie 2	16
6.5 Medewerkers van categorie 3	17
6.6 Medewerkers van categorie 4	17
7 Epidemische verheffing	19
Bijlage A Literatuur	21

Inleiding

Meticilline-resistente *Staphylococcus aureus* (MRSA) werd voor het eerst gemeld in 1961, binnen 1 jaar na de introductie van meticilline [1]. Snel daarna werden de eerste epidemieën met MRSA in de literatuur gerapporteerd. Sinds de jaren 70 is er een toename van de problematiek in Europa en de Verenigde Staten waar te nemen. In de meeste landen is het percentage MRSA bij ziekenhuispatiënten nu hoger dan 20% [2-4]. In sommige landen worden zelfs percentages van hoger dan 50% gemeld. Nederland is in staat gebleken om het percentage MRSA te beperken (<1%). Dit wordt mede bereikt dankzij een nationaal beleid, dat wordt beschreven in deze richtlijn. Om een dergelijk beleid succesvol te laten zijn, is het van belang dat alle verpleeghuizen in het land dit beleid volgen.

Dit beleid is ook van toepassing op verpleegafdelingen van woonzorgcentra, maar niet voor de overige delen van wooncentra die als normale woon- en leefsituaties worden beschouwd.

De meticilline-ongevoeligheid van *Staphylococcus aureus* wordt veroorzaakt door de aanwezigheid van het *mec-A*-gen. De aanwezigheid van dit gen maakt dat deze stammen ongevoelig zijn voor alle beta-lactam antibiotica. Daarnaast is er een wisselende gevoeligheid voor aminoglycosiden en vele andere groepen antibiotica. Meticillineresistentie wordt in het laboratorium vastgesteld door middel van een gevoeligheidsbepaling. De Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie heeft hiervoor een richtlijn opgesteld. Het RIVM doet surveillance naar het voorkomen van MRSA in Nederland. Daartoe wordt van iedere cliënt of medewerker bij wie MRSA wordt aangetroffen één isolaat naar het RIVM gestuurd. In bijzondere situaties is het in overleg met het RIVM mogelijk meerdere isolaten van één cliënt te laten typeren. Aan dit RIVM-onderzoek zijn voor de inzender geen kosten verbonden.

Bestrijding van MRSA in het verpleeghuis is nodig om te voorkómen dat profylaxe en behandeling van infecties met *S. aureus* niet goed meer mogelijk zijn. Daarenboven is het gevaar van verdergaande resistentie-ontwikkeling niet denkbeeldig sinds het verschijnen van stammen die verminderd gevoelig tot ongevoelig zijn voor glycopeptiden [5-8]. Deze stammen zijn met de beschikbare antibiotica nauwelijks of niet meer behandelbaar. MRSA is even virulent als meticilline-gevoelige *Staphylococcus aureus*. Sommige MRSA-stammen verspreiden zich sneller in het verpleeghuis dan andere, waardoor moeilijk te controleren epidemieën kunnen ontstaan.

De bestrijding van MRSA is erop gericht om enerzijds de detectie van MRSA te optimaliseren door gericht te zoeken en om anderzijds, als een MRSA wordt gevonden, het probleem in te perken door het instellen van behandeling en isolatiemaatregelen. Een vroege signalering van cliënten met MRSA is noodzakelijk om zo snel mogelijk maatregelen te kunnen nemen. Daarom dient onmiddellijk ondersteuning te worden gevraagd van deskundigen zoals bijvoorbeeld een hygiënist en een arts-microbioloog, als er een verdenking is op MRSA, zodat dan direct maatregelen kunnen worden genomen. Omdat gebleken is dat cliënten die in buitenlandse ziekenhuizen of verpleeghuizen opgenomen zijn geweest een verhoogde kans hebben om met MRSA te zijn gekoloniseerd, is het belangrijk om bij deze cliënten direct bij binnenkomst

voorzorgsmaatregelen te nemen. Deze voorzorgsmaatregelen zijn ook nodig bij cliënten die anderszins een verhoogde kans hebben om met MRSA te zijn besmet. Bij cliënten die uit Nederlandse ziekenhuizen of verpleeghuizen worden overgeplaatst zijn deze maatregelen niet nodig, tenzij in de betreffende instelling zich op dat moment een epidemische verheffing van MRSA voordoet. Vooral nog komt MRSA in de Nederlandse verpleeghuizen sporadisch voor [9, 10].

Ook medewerkers die in een buitenlands ziekenhuis of verpleeghuis werkzaam zijn geweest kunnen met MRSA zijn gekoloniseerd, evenals bezoekers die in buitenlandse verpleeghuizen werkzaam zijn. Zij worden zonnodig op MRSA gekweekt..

Definities

In de regel wordt er onderscheid gemaakt tussen kolonisatie en infectie. Van kolonisatie is sprake wanneer een micro-organisme na besmetting gaat uitgroeien. Pas wanneer bij de gastheer een (ontstekings)reactie ontstaat met daarbij passende verschijnselen, wordt van infectie gesproken. Kolonisatie van cliënten en personeelsleden en overdracht van bacteriën via de handen spelen een belangrijke rol in de verspreiding van *Staphylococcus aureus*. Daarom mag de bestrijding van MRSA zich niet beperken tot de personen met infectie. Van een epidemie of uitbraak is sprake wanneer verspreiding naar andere cliënten of personeel is aangetoond. In dat geval is melding bij de GGD verplicht.

In deze richtlijn wordt beschreven welke maatregelen moeten worden genomen ter voorkoming van verspreiding van MRSA in het verpleeghuis en de verpleegafdeling van het woonzorgcentrum. Er is getracht een zeker evenwicht te vinden tussen de wenselijkheid en de praktische uitvoerbaarheid van de te nemen maatregelen. De in de richtlijn aangegeven maatregelen moeten worden gezien als een leidraad voor de ontwikkeling van het plaatselijke beleid. Hierbij moet in acht worden genomen dat deze richtlijn op geen enkele manier aanleiding mag zijn dat een cliënt met MRSA (verdenking) niet de zorg krijgt die voor hem/haar nodig is [11].

Het huidige beleid in Nederland ten aanzien van MRSA wordt ruim 10 jaar gevoerd. Uit surveillance in de periode van 2000 tot 2002 is gebleken dat dragerschap onder de cliënten in het verpleeghuis zeer laag is, hetgeen reden is dit beleid voort te zetten [10].

1 Risicocategorieën

Het risico op de aanwezigheid van MRSA is niet in alle gevallen gelijk. Daarom wordt ten aanzien hiervan een viertal categorieën onderscheiden:

1. bewezen MRSA-dragerschap
2. hoog risico op dragerschap
3. matig verhoogd risico op dragerschap
4. geen verhoogd risico op dragerschap

Bij twijfel worden deskundigen (een arts-microbioloog, infectioloog of hygiënist) betrokken bij de indeling in een risicocategorie. Met name het verschil tussen categorie 3 en categorie 4 vereist veelal afweging door deskundigen.

Welke groepen van cliënten of medewerkers onder welke risicocategorie vallen, wordt in de onderstaande overzichten 1 en 2 weergegeven.

1.1 Overzicht 1, Cliënten per risicocategorie

- Categorie 1
 - Cliënten bij wie het MRSA-dragerschap is aangetoond, zoals:
 - Cliënten bij wie, bij overplaatsing vanuit het ziekenhuis, MRSA-dragerschap bekend is,
 - Cliënten bij wie, bij opname vanuit het buitenland, MRSA-dragerschap bekend is.
 - Cliënten bij wie tijdens de verpleeghuisopname, bij toeval of in ringonderzoek, MRSA-dragerschap is aangetoond.
- Categorie 2
 - Cliënten die minder dan 2 maanden geleden langer dan 24 uur in een buitenlands ziekenhuis of verpleeghuis werden verpleegd, of in het buitenland zijn geopereerd of in het buitenland een drain of katheter kregen, of zijn geïntubeerd of huidlaesies hebben, of mogelijke infectiebronnen zoals abscessen of furunkels.
 - Cliënten afkomstig uit een Nederlands ziekenhuis of verpleeghuis, van een afdeling of unit waar een MRSA-epidemie heerst, die nog niet onder controle is.
 - Cliënten die met een onverwachte MRSA-drager op één kamer hebben gelegen.
- Categorie 3
 - Cliënten die in het buitenland zijn gedialyseerd.
 - Cliënten gedurende het eerste jaar na een behandeling voor MRSA-dragerschap met negatieve controlekwaken.
 - Cliënten die langer dan 2 maanden geleden in een buitenlands ziekenhuis of verpleeghuis werden verpleegd en waarbij nog persistente huidlaesies en/of risicofactoren aanwezig zijn, zoals

bijvoorbeeld chronische lucht- of urineweginfecties, of een blaaskatheter. Dit ter afweging door deskundigen.

- Categorie 4
 - Cliënten die langer dan 2 maanden geleden in een buitenlands ziekenhuis of verpleeghuis werden verpleegd en waarbij geen persisterende huidlaesies en/of risicofactoren aanwezig zijn, zoals bijvoorbeeld chronische lucht- of urineweginfecties, of een blaaskatheter, dit ter afweging door deskundigen.
 - Cliënten die korter dan 24 uur in een buitenlands ziekenhuis of verpleeghuis zijn geweest en niet zijn geopereerd, geen drain of katheter kregen, niet zijn geïntubeerd en geen huidlaesies hebben, of mogelijke infectiebronnen zoals abscessen of furunkels.
 - Cliënten die verblijven op een afdeling waar één of meer cliënten met MRSA worden verpleegd, waarbij adequate voorzorgsmaatregelen getroffen zijn.
 - Cliënten die zijn behandeld voor dragerschap en van wie daarna de controlekwaken een jaar negatief zijn gebleven.

1.2 Overzicht 2, Medewerkers per risicocategorie

Hiermee worden medewerkers bedoeld die contact hebben met cliënten, of werkzaam zijn op afdelingen waar cliënten verblijven.

- Categorie 1
 - Medewerkers bij wie het MRSA-dragerschap bewezen is.
- Categorie 2
 - Medewerkers die onbeschermd met MRSA-dragers in contact zijn geweest.
 - Medewerkers die minder dan 2 maanden geleden in een buitenlands ziekenhuis of verpleeghuis opgenomen zijn geweest, in het buitenland zijn geopereerd of in het buitenland een drain of katheter kregen, of zijn geïntubeerd of huidlaesies hebben, of mogelijke infectiebronnen zoals abscessen of furunkels.
- Categorie 3
 - Medewerkers die beschermd met MRSA-dragers in contact zijn geweest.
 - Medewerkers die, korter dan 2 maanden geleden, langer dan 24 uur in een buitenlands ziekenhuis of verpleeghuis hebben gewerkt.
 - Medewerkers die drager zijn geweest en bij wie de controlekwaken negatief zijn, gedurende 1 jaar na het afnemen van de controlekwaken.

- Categorie 4
 - Medewerkers die meer dan een jaar geleden succesvol voor dragerschap zijn behandeld en van wie de kweken een jaar negatief zijn gebleven.
 - Medewerkers van wie na het laatste beschermd contact met een MRSA-drager de kweken negatief zijn.

2 Maatregelen ten aanzien van cliënten

2.1 Bacteriologisch onderzoek

In het kader van het bacteriologisch onderzoek kan van een tweetal typen kweken gebruik worden gemaakt: *inventarisatiekweken* bij verdenking op of ter uitsluiting van besmetting met MRSA en *controlekweken* na behandeling van besmetting met MRSA.

☞ Er worden kweken afgenomen van:

- neus
- keel
- feces (rectumwat) of perineum
- sputum, indien dit wordt opgegeven
- urine (bij de aanwezigheid van een blaaskatheter)
- huidlaesies en wonden (ook insteekopeningen)

Per persoon wordt het eerste MRSA-isolaat naar het RIVM gezonden, waar kosteloos typeringsonderzoek wordt verricht ter bevestiging en voor nationale surveillance-doeleinden.

Bij epidemieën wordt dus van alle besmette personen één stam opgestuurd. In bijzondere situaties is het in overleg met het RIVM mogelijk meerdere isolaten van één cliënt te laten typeren, bijvoorbeeld na heropname of na een langdurige episode van negatieve kweken.

2.1.1 Inventarisatiekweken

Het aantal inventarisatiekweken is afhankelijk van de gehanteerde methode in het laboratorium.

☞ Wanneer geen ophopingsmedium wordt gebruikt, dienen alle kweken tenminste 2 maal binnen 24 uur te worden afgenomen.

Wanneer wél een ophopingsmedium wordt gebruikt, is één set kweken voldoende [12].

Voor de uitstrijk van de slijmvliezen wordt gebruik gemaakt van een wattenstok, die kan worden bevochtigd met kraanwater of steriel fysiologisch zout.

☞ Bij cliënten met meerdere wonden moet extra aandacht worden gegeven aan het goed uitstrijken van alle wonden.

2.1.2 Controlekweken

- ☞ Controlekweken zijn pas geïndiceerd als behandeling van het dragerschap is voltooid. Zie hoofdstuk Behandeling MRSA-positieve cliënten.

2.2 Maatregelen bij cliënten van categorieën 1 en 2 (bewezen MRSA-dragerschap en hoog risico op dragerschap)

- ☞ Een cliënt van categorie 1 of 2 dient op een éénpersoonskamer te worden verpleegd.

Desgewenst kunnen meerdere cliënten met MRSA bij elkaar op een meerpersoonskamer, in cohort, worden verpleegd.

Onder cohort-isolatie wordt verstaan het in één ruimte verplegen van meerdere cliënten die mogelijk met dezelfde pathogenen zijn besmet. Beschermingsmiddelen (schorten, handschoenen) worden per cliënt gebruikt.

Als de cliënt geen drain of katheter heeft en ook geen huidlaesies of mogelijke infectiebronnen als abcessen, furunkels of chronische luchtweginfecties (zoals copd), mag de cliënt wél buiten de kamer aan sociale activiteiten deelnemen.

De reden dat een cliënt met drain, katheter, huidlaesies of infectiebronnen niet buiten de kamer aan sociale activiteiten mag deelnemen, is dat met de aanwezigheid van deze voorwerpen of aandoeningen de besmettelijkheid wordt bevorderd.

Wanneer langdurige uitsluiting op grond van deze criteria het geval is, wordt aanbevolen met een deskundige te overleggen over eventueel aangepaste maatregelen.

Overdracht van MRSA vindt voornamelijk plaats tijdens direct contact of tijdens verzorging van de cliënt, zoals het wassen, bed opmaken, wondverzorging en dergelijke. Daarom is het van belang dat deze handelingen plaatsvinden in een eenpersoonskamer en moeten dus cliënten van categorie 1 of 2 in een eenpersoonskamer worden verpleegd.

- ☞ In de kamer bevindt zich nooit meer dan een dagvoorraad verplegings- en verzorgingsartikelen.
- ☞ De kamer waarin de cliënt verblijft en het bijbehorend sanitair, moet dagelijks worden gereinigd.

2.2.1 Maatregelen voor verzorgende medewerkers

- ☞ Bij de verzorging (bijvoorbeeld wassen, bed opmaken en dergelijke) van een cliënt met MRSA op een éénpersoonskamer en ook bij het afhalen en opmaken van diens bed (of bij meerdere cliënten op een meerpersoonskamer) dient een chirurgisch mondneusmasker te worden gedragen.

Het dragen van het masker is van groot belang, omdat met name de neus een plaats is waar veel stafylokokken koloniseren. Wanneer de neus van de verplegende tijdens de verpleging van de cliënt met MRSA niet wordt beschermd, kan deze gemakkelijker besmet worden.

- ☞ Er dienen beschermende disposable handschoenen te worden gedragen.
- ☞ Om besmetting van de haren te voorkomen, moet door het personeel een muts worden gedragen.
- ☞ Er moet als beschermende kleding een jas met lange mouwen en manchet worden gedragen.

Met name bij handelingen als het tillen van de cliënt kan er een vrij intensief huidcontact ontstaan.

2.2.2 Maatregelen voor niet-medische of niet-paramedische medewerkers en bezoek

- ☞ Niet-medische of niet-paramedische medewerkers en bezoek (bijvoorbeeld een pastor of maatschappelijk werker en familie van de cliënt) mogen niet in de kamer komen tijdens verzorging van de cliënt.

Als een niet-medische of een niet-paramedische medewerker om een bepaalde reden toch tijdens de verzorging van een cliënt in de kamer moet zijn, gelden dezelfde maatregelen als voor de verzorgende medewerkers (zie hierboven, 2.2.1).

- ☞ Wanneer geen verzorgende activiteiten in de kamer plaatsvinden, hoeven niet-verzorgende medewerkers en bezoekers geen beschermende maatregelen te nemen.

2.2.3 Overige maatregelen

- ☞ Van de cliënt van categorie 2 dienen inventarisatiekweken te worden afgenomen (zie hoofdstuk Bacteriologisch onderzoek).
- ☞ De cliënt dient door een zo klein mogelijk vast team van ervaren verpleegkundigen te worden verzorgd en ook contact met medewerkers van andere disciplines dient zoveel mogelijk te worden beperkt.
- ☞ Medewerkers met huidafwijkingen zoals eczeem of psoriasis mogen niet in contact komen met cliënten met MRSA.

Personen met dergelijke huidafwijkingen raken sneller gekoloniseerd met stafylokokken en zijn moeilijker te behandelen.

- ☞ Er wordt een lijst opgesteld van medewerkers die contact hebben (gehad) met de cliënt.

Voor cliënten van categorie 2 kunnen de voorgeschreven maatregelen worden beëindigd als de inventarisatiekweken negatief blijken te zijn.

Wanneer echter verandering in de toestand van de cliënt optreedt, bijvoorbeeld toediening van antibiotica of wijziging in het ziektebeloop, is er een kans dat de kweken op MRSA weer positief worden. Daarom is het verstandig

in die situaties weer kweken af te nemen. Een deskundige dient dit risico per situatie in te schatten.

- ☞ De cliënt dient door de behandelend arts te worden geïnformeerd over de reden van de extra maatregelen die genomen moeten worden.
- ☞ Als de cliënt na het opheffen van de MRSA-maatregelen uit de kamer is vertrokken, dient de hele kamer, ook het meubilair, te worden gereinigd. De hele kamer, inclusief het meubilair, wordt bovendien gedesinfecteerd met chloor 250 ppm, als:
 - het een cliënt van categorie 1 betrof,
 - het een cliënt van categorie 2 betrof die MRSA-positief is gebleken.
- ☞ De gordijnen moeten, evenals het beddengoed, worden verwijderd om in de wasmachine te worden gewassen, waarbij het gebruikelijke wasprogramma wordt gevolgd.

2.3 Maatregelen bij cliënten van categorie 3 (matig verhoogd risico)

Cliënten van categorie 3 hoeven niet op een éénpersoonskamer te worden verpleegd.

- ☞ Bij opname dienen inventarisatiekweken te worden afgenomen (zie het hoofdstuk Bacteriologisch onderzoek).
- ☞ Tot de uitslag bekend is dient terughoudendheid te worden betracht ten aanzien van overplaatsing, onderzoek en behandeling van de cliënt. Let op dat de noodzakelijke behandeling van de cliënt te allen tijde gewaarborgd moet blijven.
- ☞ Wanneer de uitslag van een kweek MRSA-positief is, valt de cliënt in categorie 1.

Als alle kweken negatief zijn, mag de cliënt als een cliënt van categorie 4 worden beschouwd en hoeven er geen extra maatregelen meer te worden genomen. Uitzondering is de cliënt die korter dan 1 jaar voor MRSA is behandeld.

2.4 Maatregelen bij cliënten van categorie 4 (geen verhoogd risico)

Voor cliënten van categorie 4 zijn geen extra maatregelen noodzakelijk.

2.5 Maatregelen bij cliënten die onverwacht met MRSA gekoloniseerd blijken

- ☞ De onverwachte MRSA-positieve cliënt dient te worden behandeld als een cliënt van categorie 1.

- ☞ Cliënten die op de kamer hebben gelegen bij een cliënt met onverwachte MRSA, behoren tot categorie 2, en dienen op een éénpersoonskamer te worden verpleegd. Desgewenst kunnen deze cliënten ook op een meerpersoonskamer in cohort-isolatie worden verpleegd.
- ☞ Tevens worden bij alle cliënten van de afdeling en bij de medewerkers die in contact zijn geweest, inventarisatiekweken afgenomen (zie het hoofdstuk Maatregelen ten aanzien van medewerkers, paragraaf Inventarisatiekweken).

Zolang er van deze kweken nog geen uitslag bekend is, is het raadzaam opnames op de afdeling uit te stellen.

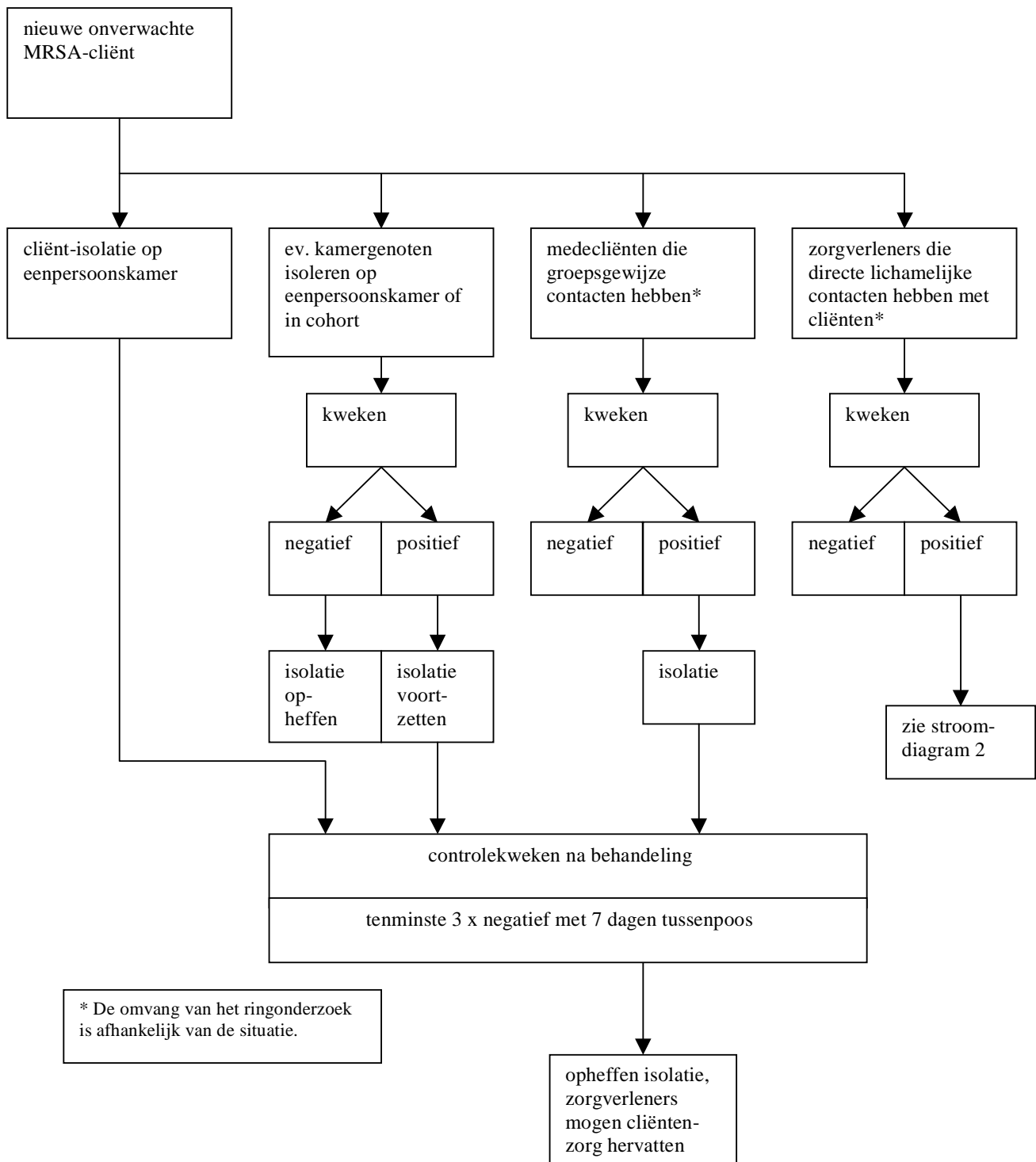
Er zijn nu twee mogelijkheden, namelijk:

1. Alle kweken zijn negatief: de verpleging op een éénpersoons kamer wordt voor al deze cliënten opgeheven (categorie 4).
 2. De kweken van één of meer cliënten of medewerkers zijn positief. Er is nu sprake van een epidemie. Zie voor additionele maatregelen ook het hoofdstuk Epidemische verheffing.
- ☞ Indien de MRSA is gevonden bij cliënten die niet in isolatie zijn, wordt de afdeling gesloten voor nieuwe opnames.
 - ☞ De nieuwe MRSA-positieve cliënten vallen onder categorie 1 en worden afzonderlijk of in cohort verpleegd, waarmee ze worden gescheiden van de MRSA-negatieve cliënten van categorie 2.
 - ☞ Van de overgebleven cliënten worden opnieuw kweken afgenomen. Als deze negatief zijn, wordt bij de voormalige kamergenoten de isolatie opgeheven.
 - ☞ Deze procedure wordt voortgezet totdat de laatst niet-afzonderlijk geïsoleerde cliënt(en) negatief blijkt(t)en te zijn.

Zie voor medewerkers het hoofdstuk Maatregelen ten aanzien van medewerkers.

In onderstaand schema wordt de handelwijze ten aanzien van een nieuwe onverwachte MRSA-cliënt weergegeven.

Stroomdiagram 1: Handelwijze bij nieuwe onverwachte MRSA-cliënt



2.6 Overplaatsing cliënten

- ☞ Indien op een afdeling mogelijk MRSA-verspreiding is opgetreden, moet bij overplaatsing van een cliënt naar een andere afdeling, een ziekenhuis of een ander verpleeghuis, vooraf duidelijke informatie worden meegegeven.

Uiteraard dienen zonodig ook revalidatiekliniek, thuiszorg, verzorgingshuis, huisarts en andere betrokkenen in de keten van zorg geïnformeerd en zonodig geadviseerd te worden. De GGD en andere WIP-richtlijnen (MRSA algemeen en Ambulancezorg) kunnen hierbij ondersteunend zijn[13, 14].

3 Behandeling MRSA-positieve cliënten

3.1 Behandeling van dragerschap

Behandeling van dragerschap is meestal pas succesvol als de cliënt geen infecties, geen wonden (dus ook geen IV-lijnen), geen huidafwijkingen (eczeem) en geen blaaskatheter meer heeft. Zonodig wordt hiervoor deskundig advies ingewonnen.

3.1.1 Huid- en haardesinfectie

- ☞ Huid en haar worden eenmaal dagelijks gedesinfecteerd door gedurende 5 dagen te wassen met povidon-jodium shampoo of een chloorhexidine-zeepoplossing.

3.1.2 Neusdesinfectie

- ☞ De neus wordt behandeld met mupirocine-neuszalf.

De zalf wordt gedurende 5 dagen drie maal per dag met een wattenstokje aangebracht in het vestibulum nasi, ofwel het neuspeutergebied. Daarna wordt de applicatie gestaakt en 48 - 96 uur na het staken worden controleweken afgenomen. Indien deze nog steeds positief blijken te zijn, is overleg met een arts met speciale kennis van infectieziekten (arts-microbioloog, infectioloog) geboden.

Ongecontroleerde applicatie van mupirocine langer dan 5 dagen is niet verantwoord, gezien de mogelijke selectie van resistente stammen.

3.1.3 Behandeling met systemische antimicrobiële middelen ter bestrijding van MRSA

Wanneer voor een systemische antimicrobiële therapie wordt gekozen, is overleg met een arts met speciale kennis van infectieziekten (arts-microbioloog, infectioloog) nodig.

Na behandeling van de cliënt is het nooit geheel zeker of de MRSA is verdwenen. Indien controleweken (3 sets controleweken, afgenomen met een tus-

senpoos van 7 dagen) negatief blijven en de cliënt in redelijke conditie verkeert, kan de isolatie worden opgeheven (cliënt komt dan in categorie 3). Wanneer echter veranderingen in de toestand van de cliënt optreden, bijvoorbeeld door toediening van antibiotica of achteruitgang in de conditie, is er een kans dat de kolonisatie met MRSA weer aantoonbaar wordt. Daarom is het verstandig in die situatie weer kweken af te nemen en eventueel de cliënt in afwachting van de kweekuitslagen op een éénpersoonskamer te verplegen. Een deskundige dient dit risico per situatie in te schatten.

3.1.4 Falende behandeling van het dragerschap

Falende behandeling van het dragerschap kan verschillende oorzaken hebben. In dat geval is overleg met een arts met speciale kennis van infectieziekten (arts-microbioloog, infectioloog) noodzakelijk.

3.2 Behandeling van cliënten met infecties

- ☞ Behandeling van cliënten met infecties met MRSA dient te geschieden in overleg met een arts met speciale kennis van infectieziekten (arts-microbioloog, infectioloog). Dit geldt bij deze cliënten ook voor infecties met andere micro-organismen dan MRSA.

3.3 Informatie cliënt

- ☞ De behandelend arts dient de cliënt te informeren over de reden van de extra maatregelen die genomen moeten worden tijdens bezoek aan of opname in andere zorginstellingen.

4 Opheffen van beschermende maatregelen

- ☞ Verpleging op een éénpersoonskamer mag pas worden opgeheven wanneer redelijkerwijs kan worden aangenomen dat de cliënt MRSA-negatief is. Dit zal zijn wanneer de controlekweken (minimaal 3 maal met 7 dagen tussenpoos) negatief blijven (cliënt komt dan in categorie 3) [12].

5 Ontslag van een met MRSA gekoloniseerde cliënt

- ☞ De huisarts en andere hulpverleners zoals ambulancemedewerkers, dienen op de hoogte te worden gebracht van het feit dat een cliënt met MRSA is besmet.
- ☞ Om het MRSA-beleid met succes te kunnen handhaven, is uitwisseling van gegevens nodig. Daarom moet bij ontslag naar een andere instelling vooraf worden overlegd met de behandelend arts en indien aanwezig de afdeling infectiepreventie [11].

- ☞ De status van de cliënt, ook een eventuele polikliniekstatus, dient te zijn voorzien van de mededeling dat de cliënt met MRSA besmet is (geweest).

6 Maatregelen ten aanzien van medewerkers

6.1 Bacteriologisch onderzoek

Het bacteriologisch onderzoek kan worden onderverdeeld in inventarisatiekweken en controlekweken die na behandeling van dragerschap worden afgenomen om het effect van de behandeling na te gaan. In beide gevallen worden, bij voorkeur telkens bij aanvang van de dienst, kweken afgenomen van neus, keel, perineum en eventuele huidlaesies zoals eczeem. Over het algemeen is niet zeker of de kweken op de juiste wijze worden afgenomen wanneer het personeelslid de kweek zelf afneemt.

Het aantal kweken is afhankelijk van de gehanteerde methode in het laboratorium.

- ☞ Wanneer geen ophopingsmedium wordt gebruikt, dienen alle kweken tenminste 2 maal binnen 24 uur te worden afgenomen.

Wanneer wél een ophopingsmedium wordt gebruikt, is één set kweken voldoende [12].

Voor de uitstrijk van de slijmvliezen wordt gebruik gemaakt van een wattenstok, die kan worden bevochtigd met kraanwater of steriel fysiologisch zout.

6.2 Inventarisatiekweken

Inventarisatiekweken worden afgenomen wanneer er een onverwacht MRSA-positieve cliënt is en ter screening van medewerkers die voor een MRSA-positieve cliënt zorgen, of in een buitenlands ziekenhuis of verpleeghuis hebben gewerkt (zie Medewerkers van categorie 3).

De uitgebreidheid van het onderzoek bij medewerkers is afhankelijk van de bevindingen van het moment.

Indien de cliënt kort (tot 10 dagen) op de afdeling aanwezig is geweest, kan worden gekozen voor het z.g. ringonderzoek. Dit onderzoek is dan alleen geïndiceerd voor personeelsleden die het meest nauw contact hebben met een met MRSA besmette cliënt, bijvoorbeeld de direct verzorgenden, de arts of de fysiotherapeut.

Is de cliënt al langer op de afdeling aanwezig, dan wordt geadviseerd om alle medewerkers van de afdeling te kweken. Medewerkers van buiten de eigen afdeling die contact hebben gehad, zijn in deze late fase vaak moeilijk precies te achterhalen. Hier dient door deskundigen (MRSA-commissie) een situatieafhankelijk beleid te worden bepaald.

6.3 Medewerkers van categorie 1

6.3.1 Medewerkers met MRSA, met huidafwijkingen

- ☞ Medewerkers bij wie MRSA is vastgesteld en die tevens een huidafwijking hebben, mogen niet werken.

Op de dag dat bekend wordt dat de medewerker MRSA-positief is (dag 1), worden weer kweken afgenomen van keel, neus en eventuele huidafwijkingen. Bovendien vindt vanaf deze dag dragerschapsbehandeling plaats, welke zoals bij cliënten onder paragraaf 4.1 bestaat uit huid- en haardesinfectie en behandeling van de neus met mupirocinezalf.

- ☞ Op de 10e, 15e en 20ste dag worden controlekweken afgenomen. De werknemer mag de werkzaamheden pas hervatten als alle 3 sets controlekweken negatief zijn.

6.3.2 Medewerkers met MRSA, zonder huidafwijking

- ☞ Medewerkers bij wie MRSA is vastgesteld en die geen huidafwijking hebben, mogen 2 dagen niet werken. De behandeling wordt direct gestart.

Op de eerste dag dat de kweek bekend is, voorafgaand aan de start van de behandeling, worden weer kweken afgenomen van keel en neus. Bovendien vindt vanaf deze dag dragerschapsbehandeling plaats, welke zoals bij cliënten onder paragraaf 4.1 bestaat uit huid- en haardesinfectie en behandeling van de neus met mupirocinezalf.

- ☞ Zijn op de 5e dag de kweken van dag 1 positief, dan dient opnieuw een werkverbod te worden ingesteld. Vervolgens worden controlekweken afgenomen op de 10e, 15e en 20ste dag. De werknemer mag de werkzaamheden pas hervatten als alle 3 sets controlekweken negatief zijn.

NB. Zonodig moet opnieuw contactonderzoek worden uitgevoerd.

Zijn op de 5e dag de kweken van dag 1 negatief, dan mogen de werkzaamheden worden gecontinueerd. Wel dienen nog controlekweken te worden afgenomen op de 10e, 15e en 20ste dag.

6.3.3 Handelwijze bij falen behandeling met mupirocinezalf

- ☞ Wanneer behandeling met mupirocinezalf geen resultaat heeft, dient de medewerker te worden doorverwezen naar een terzake deskundig arts. Vooralsnog mag de medewerker geen werkzaamheden in de directe patiëntenzorg en op de verpleegafdelingen verrichten.

6.4 Medewerkers van categorie 2

- ☞ Medewerkers van categorie 2 mogen alleen op de eigen afdeling werken, totdat door middel van inventarisatiekweken is vastgesteld dat zij geen MRSA-drager zijn.

- ☞ Een medewerker van categorie 2 die met MRSA blijkt te zijn gekoloniseerd, moet verder worden behandeld als een medewerker van categorie 1.

6.5 Medewerkers van categorie 3

- ☞ Van een medewerker in categorie 3 moeten kweken worden afgenomen. Deze medewerker mag normaal werkzaamheden verrichten.
- ☞ Bij medewerkers die in een buitenlands ziekenhuis of verpleeghuis hebben gewerkt, worden eenmaal kweken afgenomen ter screening op dragerschap.

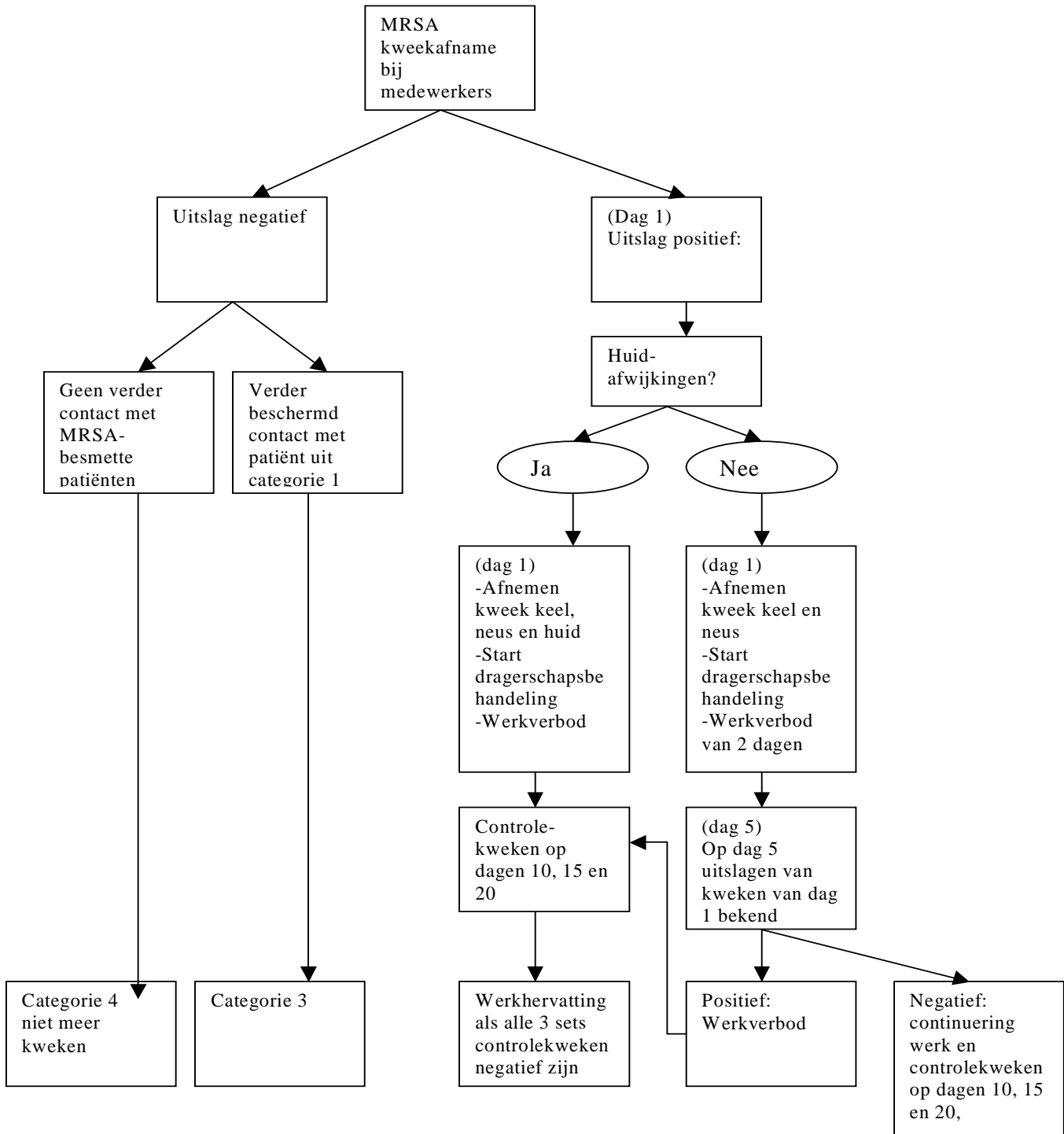
Bij medewerkers die met succes voor MRSA-dragerschap zijn behandeld, wordt gedurende de eerste 3 maanden wekelijks en na 3 maanden maandelijks gekweekt. Na een jaar kan het kweken worden beëindigd.

6.6 Medewerkers van categorie 4

Ten aanzien van medewerkers van categorie 4 hoeven geen speciale maatregelen te worden genomen.

In onderstaand schema wordt de handelwijze ten aanzien van (mogelijk) besmette medewerkers weergegeven.

Stroomdiagram 2: Handelwijze ten aanzien van (mogelijk) besmette medewerkers



7 Epidemische verheffing

☞ Wanneer twee of meer cliënten of medewerkers in het verpleeghuis gekoloniseerd of geïnfecteerd zijn met dezelfde MRSA is er per definitie sprake van een epidemie, er wordt dan een beleidsteam geformeerd om adequaat te kunnen handelen. In dit beleidsteam hebben in ieder geval zitting vertegenwoordigers van het management en medewerkers die met de dagelijkse uitvoering van de werkzaamheden zijn belast.

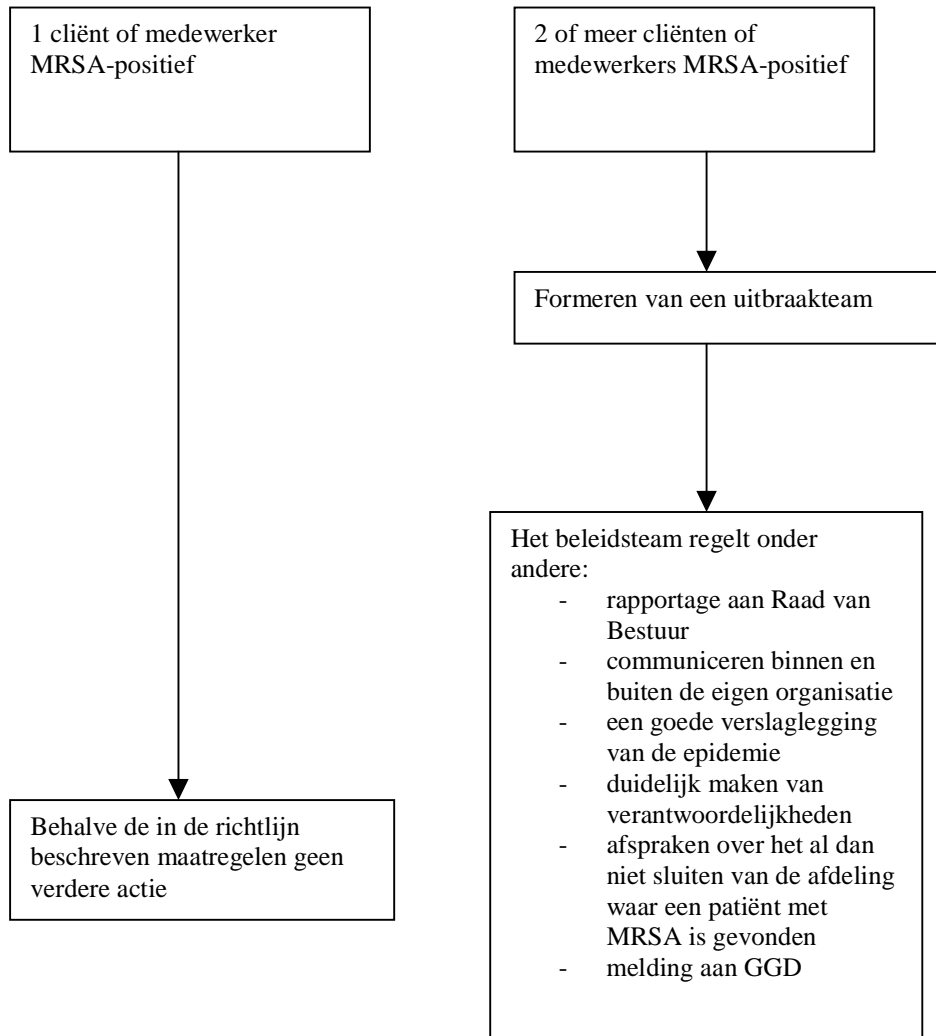
De door dit team te nemen maatregelen omvatten onder andere het organiseren van cohortverpleging en het samenstellen van een vaste groep verpleegkundigen.

Door het beleidsteam wordt het volgende geregeld:

- rapportage aan de Raad van Bestuur en de Inspectie Gezondheids Zorg,
- het communiceren binnen en buiten de eigen organisatie,
- een goede verslaglegging van de epidemie,
- het duidelijk maken van verantwoordelijkheden,
- het maken van afspraken over het al dan niet sluiten van de afdeling waar de cliënt met MRSA is gevonden
- verplichte melding bij de arts Infectieziektenbestrijding van de GGD.

In onderstaand schema wordt de handelwijze bij MRSA in het verpleeghuis weergegeven.

Stroomdiagram 3: Handelwijze bij MRSA in het verpleeghuis



Bijlage A Literatuur

1. Jevons, M., *Celbenin resistant Staphylococci*. British Med Journal, 1961. **i**: p. 124-5.
2. Voss, A. and B.N. Doebbeling, *The worldwide prevalence of MRSA*. Int J Antimicrobial agents, 1995. **5**: p. 101-6.
3. EARSS, *Staphylococcus aureus*, in *Annual report*. 2001, (European Antimicrobial Resistance Surveillance System). p. 39-46.
4. Wannet, W., A. de Neeling, and E. Geubbels, *MRSA in Nederlandse ziekenhuizen: Surveillance-resultaten in 2000 en eerste resultaten moleculaire typering*. Infectieziekten Bulletin, 2001. **(12)3**: p. 82-85.
5. Hiramatsu, K.N., et al., *Dissemination in Japanese hospitals of strains of Staphylococcus aureus heterogeneously resistant to vancomycin*. Lancet, 1997. **350**: p. 1670-3.
6. Tenover, F.C., et al., *Characterization of Staphylococci with reduced susceptibilities to vancomycin and other glycopeptides*. J.Clin.Microbiol., 1998. **36**: p. 1020-7.
7. MMWR, *Public Health Dispatch: Vancomycin-Resistant Staphylococcus aureus-Pennsylvania, 2002*. CDC-MMWR, 2002. **51(40)**: p. 902.
8. MMWR, *Staphylococcus aureus Resistant to Vancomycin*. CDC-MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report, 2002. **51-26**: p. 565-7.
9. Frenay, H.M., et al., *Nursing homes: not a source of methicillin-resistant Staphylococcus aureus in The Netherlands*. Clin Infect Dis, 1994. **19(1)**: p. 213-4.
10. Neeling de, A.J., et al., *Het vóórkomen van MRSA bij verpleeghuispatiënten*. Infectieziekten bulletin, 2003. **14(10)**: p. 394-398.
11. I.G.Z., *Brief m.b.t. MRSA-beleid*. 2002. **IGZ 2002-07**.
12. NVMM, *Richtlijn Detectie van Meticilline resistente Stafylococcus aureus in Nederland*. 2002.
13. W.I.P., *MRSA algemeen*. 2004.
14. W.I.P., *Infectiepreventie ten behoeve van de ambulancesector*. 2003.