

# Thema MRSA

## Commentaar bij 'Stoppen met de studie geneeskunde omwille van MRSA-dragerschap?'

P.J. van den Broek

Het Nederlandse beleid ten aanzien van meticillineresistente *Staphylococcus aureus* (MRSA), zoals dat is verwoord in de WIP-richtlijnen, streeft ernaar de verspreiding van MRSA in de gezondheidszorg zoveel mogelijk te voorkomen. Dit streven dient het belang van de individuele patiënt, de individuele werker in de gezondheidszorg en het algemene belang. De individuele patiënt en gezondheidszorgwerker lopen minder kans op een infectie met MRSA, met alle gevolgen van dien, en het algemeen belang is gediend met de mogelijkheid van een terughoudend antibioticumbeleid en lagere kosten voor de gezondheidszorg. Dit beleid is inderdaad kosteneffectief gebleken. (1,2) Meestal ontstaat er geen belangrijk conflict, tussen de genoemde belangen en kunnen ze allen in redelijkheid gediend worden. Maar een enkele keer ontstaat er wel een conflict.

Een voorbeeld is het verhaal van de geneeskundestudent in het artikel 'Stoppen met de studie geneeskunde omwille van MRSA-dragerschap?' Dit is geen unieke situatie. Los van de vraag of bij deze student alle behandelmogelijkheden uitgeput zijn (de geboden informatie is te beperkt om dit te beoordelen), bestaat het dilemma of iemand het werk in de gezondheidszorg definitief ontzegd kan worden als behandeling van MRSA-dragerschap niet lukt. De auteurs geven een aantal overwegingen waaraan de volgende nog kan worden toegevoegd.

Ongeveer 30% van de mensen in Nederland, dus ook van de werkers in de gezondheidszorg, is drager van een meticillinegevoelige *Staphylococcus aureus*. Deze dragers vormen net zo goed als MRSA-dragers een risico voor patiënten. We sporen ze alleen op wanneer er een uitbraak is met stafylokokkeninfecties. Draggers worden dan behandeld en er is alleen sprake van een werkverbod nadat bewezen is dat de medewerker de bron van besmetting is. Medewerkers waarvan we 'toevallig' weten dat ze drager zijn, krijgen geen werkverbod. De vraag is of er reden is om bij MRSA anders te handelen.

Voor wat betreft een tijdelijk werkverbod is het antwoord ja gezien het belang van de patiënten waar de gezondheidszorgwerker voor zorgt en het algemene belang. Als het gaat om een blijvend werkverbod in de gezondheidszorg wordt de schade voor de gezondheidszorgwerker zo groot dat het niet onredelijk is te stellen dat eerst bewezen moet zijn dat de betreffende medewerker daadwerkelijk een bron van besmetting is. Daarbij kan nog de eis gesteld worden dat de medewerker geen stafylokokkenstrooier is (strooiproeven werden vroeger veel gedaan maar zijn uit de mode geraakt) want dan kan overdracht niet alleen worden voorkomen door stipte persoonlijke hygiëne van de medewerker.

Er is hier een analogie met HbsAg-positieve chirurgen die ook een gedeeltelijk werkverbod krijgen indien zij te hoge antigeenspiegels in hun bloed hebben en daarom te besmettelijk worden geacht om bepaalde invasieve handelingen bij patiënten te verrichten. Een andere voorwaarde is dat wel actief gecontroleerd moet worden of de gezondheidszorgwerker geen bron van besmetting is, door bij te houden voor welke patiënten de werker heeft gezorgd en te registreren of deze patiënten een infectie hebben opgelopen. Dit kan zonder grote inbreuk op de privacy wanneer dit wordt gedaan in de vorm van surveillance van zorginfecties op de afdeling waar de medewerker werkt. Door infectie als criterium te nemen is geen screening van patiënten nodig om besmetting uit te sluiten, met deze kanttekening dat die surveillance wel voldoende gevoelig moet zijn doordat kweken worden gedaan bij verdenking op infectie, iets wat niet altijd vanzelf de praktijk is. Dus ook hier wordt dan de bewijsvoering gelijk aan die voor meticillinegevoelige stafylokokken. Dit beleid kan alleen als de oorinfectie is genezen, de student zich ten volle bewust is van zijn verantwoordelijkheid en zijn werkzaamheden direct stopt als hij zelf weer tekenen van een infectie heeft.

Aan deze zaak zitten uiteraard ook arbeidrechtelijke aspecten. De WIP is op dit terrein niet deskundig en daarom blijft dit onbesproken. In het tijdschrift *Nursing* uit februari 2004 is vanuit dit perspectief de vraag aan de orde geweest 'Welke gevolgen heeft MRSA voor mijn carrière?'. (3)

Tot slot nog een kanttekening bij de optie de student naar het buitenland te sturen voor het vervolg van zijn studie. Het is waar dat in verschillende omliggende landen de prevalentie van MRSA hoger is en dat medewerkers daar om uiteenlopende redenen niet worden gescreend, maar dit betekent niet dat in die landen geen

inspanningen worden gedaan om MRSA te bestrijden en de prevalentie drastisch te verlagen. Exporteren van het probleem en buitenlandse patiënten stilletjes aan een risico blootstellen omdat ze toch al een hoger risico lopen is niet te rechtvaardigen. Eerder kan de student er voor kiezen om uit zijn ouderlijk huis te verhuizen en zo veel minder blootgesteld te worden aan de mogelijk belangrijkste bron voor herhaalde besmetting met MRSA. Nederland kan en moet zijn eigen problemen oplossen.

## Auteurs

P.J. van den Broek, namens de Werkgroep Infectie Preventie (WIP)

Correspondentie:

P.J. van den Broek | [P.J.van\\_den\\_Broek@Lumc.nl](mailto:P.J.van_den_Broek@Lumc.nl)

## Literatuur

1. Vos MC, Behrendt MD, Melles DC, Mollema FP, de Groot W, Parlevliet G, Ott A, Horst-Kreft D, van Belkum A, Verbrugh HA. 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.
2. Van Rijen MM, Kluytmans JA. Costs and benefits of the MRSA Search and Destroy policy in a Dutch hospital. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis.* 2009; 28: 1245-52
3. Vraag over MRSA als beroepsaandoening. Welke gevolgen heeft MRSA voor mijn carrière? *Nursing* 2004; februari: 42-43.