

Handläggning av MRB-bärarskap infektionsmottagningen

Syfte

Tydliggöra handläggning av bärarskap av multiresistenta bakterier på infektionskliniken.

Omfattning

Intern rutin som gäller endast för infektionsmottagningen, Sunderby sjukhus.

Introduktion

Information till pt, smittskyddsanmälan, tända smittaknapp, behandling av ev infektion och ev smittspårning åligger i princip behandlande läkare, dvs inremitterande, och görs i normalfallet av denne. I vissa fall - särskilt de som uppdragats inom slutenvården som ofta inte har samma erfarenhet och logistik som primärvården - kan dock både primär smittspårning och kompletterande dito bli aktuell via infektionsmottagningen.

MRSA

Observera att handläggningen av MRSA-bärarskap har reviderats med anledning av nya nationella riktlinjer april 2023.

Ny remiss, MRSA-bärarskap (alltså inte fråga kring akut infektion)

Bedöm först nedanstående (görs vanligen av remissansvarig läkare, dvs konsult)

- Kan *eradikering* bli aktuell? (t ex vårdarbete, önskemål, planerad kirurgi)
-> kalla till besök, valfri läkare genom att bedöma remissen på vanligt sätt.
- *Gravid* pt? Ska övervägas eradikering, syfte att undvika att barnet smittas efter förlossning. Risken med systemisk eradikering (rifampicin är kategori C vid graviditet enligt FASS) vägs gentemot vinsten att eventuellt undvika ett i regel asymtomatiskt men potentiellt långvarigt bärarskap hos barnet. Man måste ta ställning till detta i varje enskilt fall, antingen direkt eller vid ett besök. Kallas eventuellt till besök, valfri läkare genom att bedöma remissen. Om inte planeras för screening av modern som för en icke-gravid pt (se nedan). Att MRSA-provtagning av det födda barnet senare görs åligger barnhälsovården i kommunikation med mödrahälsovården.
- *Oklara omständigheter* såsom oklar hudsjukdom eller möjliga brister eller svårigheter i smittspårning eller något annat som gör att det bedöms lämpligt att infektionsläkare ser och träffar pt -> kalla till besök, valfri läkare genom att bedöma remissen.

- Kan det vara ett *transient bärarskap*? (se separat rubrik)

Om inget enligt ovan är aktuellt: Dela ut remiss till MRB-sjuksköterska som planerar enligt följande (samma görs efter ett eventuellt läkarbesök där eradikering inte bedömts aktuell):

Planering för uppföljning av MRSA-bärarskap enligt följande:

MRSA-provtagning var 6:e till 12:e månad. När negativ provtagning erhålls planeras för ny provtagning efter ytterligare minst 3 månader, detta med syfte att få 2 negativa med minst 3 månaders mellanrum för att kunna avskrivna bärarskapet. Denna planering görs i bokningsmodulen i VAS.

MRB-sjuksköterska ser till att provtagning i enlighet med planering utförs.

Om eradikering, se under den rubriken.

Transient bärarskap av MRSA

Person utan tidigare anamnes/bärarskap som uppvisar positiv MRSA-odling i *näsa eller svalg* vid endast *ett* enstaka tillfälle. Detta kan tillämpas endast i samband med ett tydligt expositionstillfälle för MRSA, t ex vårdpersonal som vårdat patient med riskfaktorer för spridning.

Om transient bärarskap misstänks bör ny MRSA-provtagning genomföras 1-2 veckor efter den första odlingen. Om detta prov är negativt görs ytterligare en provtagning 2-4 veckor efter det första negativa provet. Två negativa konsekutiva provtagningar eftersträvas innan uppföljningen avslutas. Avslut görs på samma sätt som vid etablerat MRSA-bärarskap fränsett att det alltså kan göras snabbare.

Smittspårning MRSA

Inom sjukvården med stöd från Vårdhygien. I samhället beroende på situation men i normalfallet provtas enbart personer som stadigvarande bor under samma tak i samma hushåll. Inte alla personer på ex flyktingboende eller motsvarande. Utvidgad provtagning till mer sporadiska men fysiskt nära kontakter - typfall far- eller morföräldrar - kan övervägas om spridningsbenägenhet föreligger. Görs vanligen av behandlande/inremitterande läkare och via infektionsmottagningen i undantagsfall.

Eradikering MRSA

Se på Smittskyddets hemsida under rubriken Antibiotikaresistenta bakterier - handläggning (tidigare "MRB-portalen"), för indikationer och val av eradikeringsregim. Normal behandlingstid är 14 dagar.

För MRSA-bärande vårdpersonal se separat rubrik.

I de flesta andra sammanhang – dvs där det inte är brådskande att anses någorlunda säkert fri från MRSA - räcker det med 1 st tidig provtagning (minst 2 veckor efter eradikering) och avslutande andra provtagning efter 3 månader.

Inkommet provsvar MRSA på känd patient där det finns planering

Utifrån negativt eller positivt och i vilket sammanhang provet är taget diktteras eller skrivs eventuellt en kort anteckning och om det bedöms lämpligt brev till pt. Justera vb i bokningsmodulen så det stämmer med nästa provtagning.

Denna administration sköts av MRB-sjuksköterska.

Avskrivning vid spontant kvitterat MRSA-bärarskap

När 2 konsekutiva negativa MRSA-provtagningar över en tidsperiod om minst 3 månader erhållits hos patient med intakt hud kan bärarskapet avskrivas. Smittaknappen släcks, anteckning görs i journal och brev till pt. Ta bort planeringen i bokningsmodulen.

Barn med MRSA

Vi följer bärarskap även hos barn på samma sätt som hos vuxna. Eventuell eradikeringsbehandling av MRSA hos barn (val av preparat/dos, bedöma ev kontraindikationer, ordination, information till föräldrar etc) skall dock i sin helhet skötas av barnläkare via exempelvis remiss dit. Man kan gärna i remiss förtydliga vilken bärarskapslokal det gäller och utifrån det om systemisk eradikeringsbehandling behövs eller ej.

MRSA hos vårdpersonal

Sjukvårdspersonal med bärarskap av MRSA ska i normalfallet inte arbeta patientnära utan istället omplaceras alternativt avstängas och i så fall skrivs intyg angående smittbärrpenning.

I samtliga fall erbjuds eradikeringsbehandling om det inte finns kontraindikation. Efter eradikering av MRSA hos sjukvårdspersonal utförs inför återgång i patientarbete vanligen 2 MRSA-provtagningar ungefär 2 resp 3 veckor efter avslutad eradikering och dessa ska vara negativa innan återgång i arbete. Avslutande provtagning därefter efter 3 månader och först då släcks smittaknappen och uppföljningen avslutas.

Detta ska handläggas av läkare på infektionsmottagningen alternativt, om det är praktiskt eller logistiskt svårt, av annan läkare och i sådana fall med stöd från infektionsläkare.

Patientnära arbete kan i vissa fall tillåtas trots påvisat och ännu ej eradikerat eller spontant kvitterat MRSA-bärarskap förutsatt att den MRSA-bärande uppfyller samtliga kriterier enligt nedan:

1. Inte har någon riskfaktor för spridning av MRSA
2. Inte arbetar med riskpatienter och/eller på riskavdelning
3. Kan tillgodogöra sig information om och antas ha följsamhet till basala hygienrutiner

Risikfaktorer för spridning

Hudsjukdom. Rinnande näsa av någon orsak; t ex allergisk rhinit, förkylning. Pågående MRSA-infektion. Antibiotikabehandling av annan orsak med antibiotikum som ej har effekt mot MRSA.

Riskavdelningar, riskpatienter

Neonatalvård. Förlossning. Vård av immunsupprimerade patienter, t ex hematologiska. IVA. Operationsavdelning. Dialysverksamhet. Hudklinik. Skötsel/omläggning av sår oavsett enhet. Äldreomsorg kan övervägas att betraktas som riskarbete beroende på hur arbetsplatsen och arbetsuppgifterna ser ut.

ESBL

Observera att riktlinjer gällande smittaknappen vid ESBL uppdaterats i samband med övergång till journalsystemet Cosmic i november 2024.

Vi har ingen uppföljning av ESBL-bärarskap, remiss ska inte skickas hit och ev remisser besvaras kort av konsultläkare med hänvisning till det. Observera dock att remisser kring ESBL kan gälla annat än bärarskapsuppföljning. Smittaknappen tänds enbart om det finns riskfaktorer för spridning eller i samband med graviditet. Se dokumentet *Hantering av uppmärksamhetsmarkering av ESBL i patientjournal* för detaljer.

ESBLcarba

Remiss till infektion gäller till skillnad från ESBL fortfarande. Dela ut remiss angående *bärarskap* av ESBLcarba till MRB-ansvarig läkare för bedömning, observera dock att remisser kring ESBLcarba kan gälla annat än bärarskapsuppföljning. ESBLcarba är smittspårningspliktig (men ej allmänfarlig) vilket i första hand gäller smittspårning inom sjukvården vilket utförs i berörd verksamhet med stöd från Vårdhygien. Även begränsad samhällelig smittspårning kan bli aktuell i utvalda fall, exempelvis personer i samma hushåll med riskfaktorer för spridning och sjukvårdskonsumtion kan bli föremål för provtagning. Därav följer att pt i vissa fall kallas för ett besök fysiskt eller via telefon för information och eventuell smittspårning men ingen annan uppföljning. Smittaknappen bör vara och förbli tänd.

VRE

Remiss till infektion gäller fortfarande. Dela ut remiss angående *bärarskap* av VRE till MRB-ansvarig läkare för bedömning, observera dock att remisser kring VRE kan gälla annat än bärarskapsuppföljning. VRE är smittspårningspliktig (men ej allmänfarlig) vilket i första hand gäller smittspårning inom sjukvården vilket utförs i berörd verksamhet med stöd från Vårdhygien. Annat än i undantagsfall ingen samhällelig smittspårning, normalt sett inga besök och ingen ytterligare uppföljning via infektionskliniken. Smittaknappen bör vara och förbli tänd.

PNSP

Vanligen är problemet när det gäller bärarskap av PNSP barn i förskoleålder.

der och om de kan gå i förskola eller inte. Detta är en fråga för den som har pt - dvs vanligen primärvård eller barnmedicin - att lösa, v b med stöd från Smittskydd.