

Gäller för: Avdelning 34 NÄL

Innehållsansvar: Ida Tollmar, (idato3), Överläkare

Godkänd av: Magdalena Åberg, (magst), Verksamhetschef

Giltig från: 2025-11-13

Giltig till: 2027-11-13

Multiresistenta bakterier (MRB), handläggning Neonatal

Syfte

På avdelningar som bedriver intensivvård är det viktigt att ha kännedom om det finns patienter som är bärare av multiresistenta bakterier, MRB. Detta för att förhindra smittspridning och orsakar infektion hos immunedsatta barn, samt förhindra att MRB etablerar sig i vårdmiljön.

Förändringar sedan föregående version

Förenklad rutin pga förutsättningar för god vårdhygien med ändamålsenliga lokaler samt omprovning av kliniskt behov av upprepade screeningodlingar vid positiva odling.

Bakgrund

MRB = MRSA, VRE, ESBL och ESBL-Carba bildande tarmbakterier. Serratia Marcescens hanteras vårdhygienmässigt som en multiresistent bakterie på neonatalavdelningar och inkluderas därför i screeningodlingar.

Arbetsbeskrivning

Vgs även rutin Multiresistenta bakterier (MRB), hygienrutiner Neonatal.

Rutinmässig provtagning

Rutinmässigt tas varje måndag odlingar på alla barn som vårdas inneliggande på avd 34 (inkl samvårdsbarn på BB). Detta gäller oavsett ålder, gestationsvecka, pågående antibiotikabehandling, förväntad vårdtid eller sjukdomstillstånd.

Barn som överflyttas från annat sjukhus provtas vid ankomst och därefter enligt rutinscreening. När vi tar emot barn, ansvarar den som tar emot överrapporteringen för att ta reda på om barnet är screenat. Vid ev positiva screeningodlingar ska både journal i Melior och Cha smittmärkas (görs av ssk i samband med inskrivning). Rutinmässigt tas screeningodlingar vid ankomst även vid känd smitta.

Alla barn som varit inskrivna på avd 34 inklusive samvårdsbarn på BB odlas vid utskrivning/hemgång. Ingen odling behövs vid utskrivning efter ev hempermission. Om barnet skrivs ut/går hem på en tisdag behövs inte upprepad odling.

Nyupptäckt fall av MRB

Vid positiv odling fortsätter den rutinmässiga screeningodlingen för de MRB som barnet inte haft en positiv odling. Det betyder att vid tex positiv odling för MRSA så tas fortsättningsvis rutinmässig screeningodling bara för VRE och ESBL, likadant vid positiv odling för ESBL tas fortsättningsvis rutinmässig screeningodling bara för MRSA och VRE (=endast en remiss för VRE skickas med provet till labb).

Föräldrar skall ges information skriftligt och muntligt angående positiv odling MRB eller Serratia (oavsett resistensmönster) hos deras barn så fort detta är bekräftat (ej då enbart misstanke föreligger).

Avdelningens hygienföreskrifter skall delges, vg se rutin Multiresistenta bakterier (MRB), avdelningsrutiner Neonatal.

Via www.vgregion.se/smittydd kan man hitta specifik information och patientinformation som finns på flera språk (dock finns inget specifikt patientmaterial för Serratia).

Smittskyddsanmälan ska göras samma dag som bekräftad smitta. Detta utförs av avdelningsläkare via <https://sminet3-prod.sminet.sjunet.org/>
Inloggning med ditt SITHS-kort vid följande diagnoser:
ESBL-CARBA, VRE, MRSA. Välj avdelning 34, Trollhättan.
Skriv ut och lägg till journal.

Remiss till infektionskliniken vid MRSA, VRE och ESBL-CARBA.

Smittmärkning av journalen (Melior och Cha) och separat journalanteckning i Melior vid MRSA, VRE, ESBL och ESBL-CARBA.

MRB-bärarskap hos föräldrar

Om mor är känd MRB-bärare utgår vi från att barnet också kommer att bli MRB-bärare och vi följer samma hygienföreskrifter under hela vårdtiden på avd 34 oavsett barnets provsvar.

Om mor ej är screeningodlad för MRB på MVC el annan vårdinstans görs detta vid ankomst till förlossnings avd eller BB. Mor och barn räknas i detta fall som MRB-bärare fram tills mors provsvar är negativt.

Övrigt

Mikrobiologen svarar ut vilken den dominerande arten, om sådan finns, i rectalodlingen. Dominerande art kan växla hos den enskilda individen och därför kan odlingssvar variera vid olika provtagningstillfällen på samma barn.

Bärarskap behandlas aldrig. Vid misstanke om allvarlig sepsis orsakad av MRB eller *Serratia marcescens* insättes behandling i samråd med infektionsläkare.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Avdelning 34 NÄL

Innehållsansvar: Ida Tollmar, (idato3), Överläkare

Godkänd av: Magdalena Åberg, (magst), Verksamhetschef

Dokument-ID: NU10035-986315719-104

Version: 13.0

Giltig från: 2025-11-13

Giltig till: 2027-11-13