Minifall Multiresistenta bakterier 1 a-c

2020-09-04, reviderat senast 2026-10-08

Om ni har valt Minifall Multiresistenta bakterier 1 som del av ert självdeklarationsarbete, ska ni diskutera alla de tre korta journalanteckningarna (1a-c). Är diagnosen adekvat? I förekommande fall: Var provtagning, behandling och smittspårning och övrig handläggning adekvat? Har riktlinjerna följts? Är det uppgifter som saknas?

Minifall Multiresistenta bakterier 1 a:

Siv 81 år

Kontakttyp	Mottagningsbesök planerat
Kontaktorsak	Bensår med rodnad
ANAMNES	
Hälso- och sjukdomshistoria	Hypothyreos sedan -82, op lap-galla -98. Återkommande depressioner. Djup ventrombos vänster ben -08. Sedan ett halvår bensår ovan mediala malleolen vä ben. Smärre varicer. Utredning inklusive duplex på klin fys har visat enbart djup insufficiens. Går hos distriktssköterska för omläggning.
Aktuellt	För 4 dagar sedan konstaterade dsk att det var rodnat runt såret när patienten kom för omläggning och därför togs en sårodling som det nu kommer svar på. Den visar växt av MRSA. Tätare omläggningar har gjorts och man har använt Prontosan och varit noga med kompressionen. Dsk har mätt rodnaden som ser väs oförändrad ut idag jämfört med för 4 dagar sen. Ingen värk.
STATUS	
Allmäntillstånd	Pigg och opåverkad. Temp 37,4℃.
Hud	På vänster underben ett 3,5 x 4,5 cm stort, lätt gulsmetigt sår med en omkringliggande rodnad som sträcker sig drygt 2 cm ut.
BEDÖMNING/ ÅTGÄRD	Lokal bensårsinfektion. Odling visar MRSA, känslig för klindamycin. Får därför en Dalacin-kur. Remiss till infektionsklinik för vidare handläggning. Anmäles i Sminet. Pat har inte varit utomlands.
DIAGNOS ENL ICD-10-SE	Venös insufficiens (kronisk) (perifer) I872 Andra specificerade lokala infektioner i hud och underhud L088

Minifall Multiresistenta bakterier 1 b:

Sofie 18 år

ANTECKNING	
Kontakttyp	Mottagningsbesök oplanerat
Kontaktorsak	Oro för MRSA
ANAMNES	
Hälso- och sjukdomshistoria	Tidigare väs frisk.
Aktuellt	Pat söker då hon är orolig för att ha smittats med MRSA. Hennes bästa kompis har fått en sårinfektion med MRSA efter en knäoperation i Italien. Sofie körde omkull med cykel för några dagar sen och ådrog sig ett sår på vänster knä. Hon är orolig för smitta och vill ta prov. Inga symtom, inga sår.
STATUS	
Allmäntillstånd	Opåverkad, afebril.
Hud:	Skrubbsår på vänster knä, mäter 4 x 5 cm. Inga infektionstecken.
BEDÖMNING/ÅTGÄRD	Får ta odling (näsa, svalg, perineum). Telefonkontakt om svaret.
DIAGNOS ENL ICD-10- SE	Kontakt med och exponering för andra smittsamma sjukdomar Z208
TEL-KONTAKT	Odling från näsa visar MRSA. Information muntligt och skriftligt enligt Smittskyddsblad. Jag ringer upp inf klin, som kommer att kalla patienten.
DIAGNOS ENL ICD-10-SE	Bärare av andra specificerade patogena bakterier Z223

Minifall Multiresistenta bakterier 1 c:

Layla 43 år

ANTECKNING	
Kontakttyp	Mottagningsbesök oplanerat
Kontaktorsak	Miktionsbesvär
ANAMNES Hälso- och sjukdomshistoria	Tidigare haft akut cystit vid 3 - 4 tillfällen med glesa mellanrum, senast för 5 år sen.
Aktuellt	Sedan igår intensiv sveda vid miktion och känner sig konstant kissnödig. Mikterar 1 - 2 gånger per timma. Ingen feber eller värk i ryggen. Inga genitala symtom. Ingen läkemedelsallergi. Kom hem från en resa till Egypten för en vecka sen. Ej gravid.
STATUS	
Allmäntillstånd	Opåverkad, temp 37,1℃.
Buk	U.a. Ingen dunkömhet över njurloger.
BEDÖMNING/ ÅTGÄRD	Akut cystit. Urinodling tagen eftersom hon nyligen varit utomlands. Svåra besvär och får därför tabl Furadantin 50 mg 1x3 i fem dagar. Tel-kontakt om odlingssvaret föranleder någon åtgärd.
DIAGNOS ENL ICD-10-SE	N300 Akut cystit
Tel-kontakt	Urinodlingen visar växt av E coli med ESBL, S för nitrofurantoin. Pat är mycket bättre. Ingen ytterligare åtgärd.

”Facit” till Minifall Multiresistenta bakterier 1 a-c

Minifall Multiresistenta bakterier 1a MRSA – Siv 81 år

- Siv har ett venöst bensår med en lokal bensårsinfektion. Rätt handläggning är i första hand tätare omläggningar, sårrengöring med ljummet vatten, mekanisk debridering och eventuellt antibakteriell lokalbehandling, t.ex. Prontosan samt **adekvat kompressionsbehandling**, precis som man gjort. Utvärdera efter 14 dagar. Om det inte har blivit bättre: Överväg sårodling och peroral antibiotika. Om såret kraftigt försämras under de två veckorna med intensivare lokalbehandling, får man givetvis ta ställning till sårodling och antibiotika tidigare.

- I detta fall förelåg det inte någon indikation för sårodling så tidigt i förloppet.

- Det förelåg heller inte någon indikation för antibiotika eftersom adekvat lokalbehandling endast hunnit fortgå i fyra dagar och såret inte hade försämrats. Att odlingssvaret visar MRSA är i sig ingen indikation för antibiotikabehandling. Vid behov av antibiotikabehandling vid klinisk infektion med misstanke om stafylokockgenes i framtiden, bör sårodling tas. Diskutera vid behov med infektionsläkare.

- Det är nu viktigt att Siv får nödvändig information (både muntligt och skriftligt) om sjukdomen och dess smittvägar samt förhållningsregler. MRSA sprids genom kontaktsmitta. Information om MRSA finns i Smittskyddbladen: Läkarinformation och Patientinformation. Smittskyddsbladen är översatta till flera språk (språkval längst upp till höger).

- Den som har tagit provet som är positivt för MRSA är behandlande läkare enligt smittskyddslagen och har ansvar för smittspårning och information till den smittade till dess ansvaret övertagits av en annan kollega. Patienten remitteras till infektionsklinik för uppföljning samt eventuell provtagning av hushållskontakter.

- Inledande smittspårning behöver göras. Var kan Siv ha förvärvat MRSA och vilka kan ha exponerats? Hon hade inte varit utomlands. Vårdkontakter? Kontakt med djur? Tidigare episoder med misstänkt stafylokockinfektion hos patienten, hos personer i samma hushåll eller i den nära omgivningen? Spridning av MRSA på vårdcentraler, framför allt i samband med såromläggning, förekommer. Vid misstanke om smittspridning på vårdcentralen kontaktas den vårdhygienenhet i regionen som är ansvarig för vårdcentralen. De bistår i kartläggningen av situationen på vårdcentralen och kan ge råd om åtgärder för att se över aktuella hygienrutiner. Infektionskliniken smittspårar och provtar hushållskontakter vid behov.

- Dokumentera MRSA-bärarskapet i patientens journal.

- I appen Strama Nationell föreslås diagnosen L089 *Lokal infektion i hud och underhud, ospecificerad* som tillägg till grunddiagnosen (etiologisk diagnos).

  Handläggning av multiresistenta bakterier (MRB) och svamp.pdf

Minifall Multiresistenta bakterier 1 b MRSA – Sofie 18 år

- Anmälan måste göras. MRSA är en allmänfarlig och smittspårningspliktig sjukdom. Den är anmälningspliktig enligt Smittskyddslagen. Anmälan görs i SmiNet. Anmälan ska göras senast dagen efter diagnos.

- Den som har tagit provet som är positivt för MRSA är behandlande läkare enligt smittskyddslagen och har ansvar för smittspårning och information till den smittade till dess ansvaret övertagits av en annan kollega. Patienten remitteras till infektionsklinik för uppföljning samt eventuell provtagning av hushållskontakter.

- Inledande smittspårning måste göras. Den mest troliga förklaringen är INTE att Sofie förvärvat MRSA från sin kompis, såvida hon inte har en närmare kroppslig relation med henne. Finns det någon annan orsak till att hon förvärvat bärarskap? Tränar hon t.ex. kampsport? Gör hennes kompis också det? Har Sofie varit på utlandsresa och haft sjukvårdskontakt där? Vilka kan hon i sin tur ha exponerat för smitta? Om flera fall med misstänkt smittsamband uppdagas utanför hushållet, kontaktas Smittskyddet som sedan gör en bedömning om ytterligare åtgärder är indicerade.

- Ge Sofie nödvändig information (både muntligt och skriftligt) om MRSA. Smittskyddsblad för läkare och patient finns här: Läkarinformation och Patientinformation. Smittskyddsbladen är översatta till flera språk (språkval längst upp till höger).

- Dokumentera MRSA-bärarskapet i patientens journal. Om patienten återigen skulle få klinisk infektion med misstanke om stafylokockgenes, ska relevanta odlingar kontrolleras innan behandling och vid behov får antibiotikaval diskuteras med infektionsläkare. Även om patienten bär eller har varit bärare av MRSA så behöver det inte alltid vara den bakterien som orsakar en eventuell kommande infektion. Försök undvika systemantibiotika. Störning av normalfloran gynnar MRSA.

Minifall Multiresistenta bakterier 1 c ESBL – Layla 43 år

- Gradera alltid patientens besvär vid diagnosen akut cystit hos kvinnor: Är de lindriga, måttliga eller svåra? Om patienten ***upplever*** svåra besvär samt minst 2 symtom (sveda vid miktion, täta trängningar, frekventa miktioner), erbjud antibiotikabehandling direkt. Vid måttliga besvär: symtomlindrande behandling, ökat vätskeintag samt antibiotikarecept i reserv. Vid lindriga besvär rekommenderas exspektans, ökat vätskeintag och symtomlindrande behandling (=smärtlindrande receptfria läkemedel). Här är det uppenbart att Layla har svåra besvär.

- Eftersom Layla nyligen varit utomlands i en del av världen där det är en ökad risk för att drabbas av en infektion med resistenta bakterier, föreligger indikation för urinodling.

- ESBL-bildande tarmbakterier (med undantag för ESBLcarba-producerande bakterier) anmäls endast av det mikrobiologiska laboratoriet. Klinisk anmälan behövs alltså inte.

- Patienten ges inga förhållningsregler enligt smittskyddslagen eftersom diagnosen inte är allmänfarlig. Patienten har ingen informationsplikt gentemot anhöriga, arbete eller skola/barnomsorg. Vid antibiotikabehandling rekommenderas patienten att informera vårdgivaren om sitt ESBL-bärarskap så att rätt antibiotika kan ges. Använd alltid Smittskyddsläkarnas smittskyddsblad till läkare och patient för skriftlig information. De finns här: Läkarinformation och Patientinformation. Smittskyddsbladen är översatta till flera språk (språkval längst upp till höger).

- I en stor holländsk studie av bärarskap efter utlandsresa var 50% bärare i mer än 1 månad och cirka 10% var bärare efter ett år. Det finns ingen etablerad rutin för att med säkerhet avgöra när en patient inte längre är bärare av ESBL-bildande tarmbakterier. Kontroll av avföringsprov är därför inte indicerat. Vid ett eventuellt recidiv av urinvägsinfektion är det som alltid viktigt att odla. Sannolikheten är stor för att ett efterföljande recidiv inom 6 månader orsakas av samma stam, d.v.s. den ESBL-bildande E. coli-stammen.

- Vid behov av antibiotikabehandling kan infektionsläkare kontaktas för diskussion om antibiotikaval. Ta relevanta odlingar innan antibiotikabehandling påbörjas. E. coli med ESBL är i de flesta fall känsliga för nitrofurantoin och pivmecillinam. Däremot är de ofta resistenta mot kinoloner och trimetoprim. Väljer man att behandla med pivmecillinam rekommenderas numera (Vårdprogram från infektionsläkarföreningen) att ge 400 mg x 3 i sju dagar för båda könen om patienten har en akut cystit där E. coli med ESBL påvisats i odling.

- Dokumentera bärarskapet i patientens journal.

- Vid diagnosklassificering anges först diagnoskod för typ av infektion, därefter kod för bakterieart och sist U822 *Resistens på grund av betalaktamaser med utvidgat spektrum*. Om patienten endast har ett bärarskap utan klinisk infektion anges Z221 *Bärare av andra patogena tarmbakterier.*

Referenser:

Behandlingsrekommendationer för vanliga infektioner i öppenvård (Regnbågshäftet). Folkhälsomyndigheten
Läkemedelsbehandling av bakteriella hud och mjukdelsinfektioner i öppenvård – behandlingsrekommendation, Läkemedelsverket 2018

Smittskyddsläkarnas smittskyddsblad om MRSA

Smittskyddsläkarna smittskyddsblad om ESBL-bildande tarmbakterier

Sjukdomsinformation om MRSA-infektion — Folkhälsomyndigheten

Handläggning av multiresistenta bakterier (MRB) och svamp.pdf

Vårdprogram UVI 2026 från Svenska Infektionsläkarföreningen