

Gäller för: Skaraborgs Sjukhus

Innehållsansvar: Julia Lenzen, (julle), Överläkare

Granskad av: Annette Treng Jarlshammar, (anntr2), Utvecklingschef

Godkänd av: Christer Printz, (chrpr), Chefläkare

Giltig från: 2024-12-12

Giltig till: 2026-12-12

# Extended Spectrum Beta-Laktamase (ESBL) – vårdhygienisk handlingsplan

## Förändringar sedan föregående version

Redaktionella förändringar

## Innehållsförteckning

Förändringar sedan föregående version .....	1
Syfte .....	2
Medicinsk bakgrund.....	2
Smittspridning, smittspårning och riskfaktorer .....	2
Initial handläggning av patient med nyupptäckt bärarskap av ESBL.....	3
Handläggning av patient med känt bärarskap av ESBL i slutenvård.....	3
Vårdrutiner .....	3
Vårdrum och personal .....	3
Städ, tvätt och disk .....	4
Träning och mobilisering .....	4
Materiel och hjälpmedel .....	4
Undersökningar, mottagningsbesök, konsulter, operation och byte av vårdform ..	5
Besök.....	5
Ansvar och avsteg .....	5
Relaterad information .....	6
Källförteckning .....	6

## Syfte

Syftet med rutinen är att minska risken för spridning av tarmbakterier (Enterobacteriaceae) med Extended Spectrum BetaLaktamase (ESBL) samt att tillgodose att patienten får adekvat information och behandling.

## Medicinsk bakgrund

ESBL är ett samlingsnamn för en typ av enzymer som bryter ned antibiotika tillhörande grupperna penicilliner och cefalosporiner. ESBL- bildande bakterier bär ofta också på andra resistensgener som gör dem motståndskraftiga även mot andra antibiotikagrupper (kinoloner, aminoglykosider, trimsulfa etc.).

ESBL-bildande bakterier koloniserar oftast tarmfloran hos patienter utan att ge symtom, men kan orsaka infektioner som urinvägsinfektioner, intraabdominella infektioner, sårinfektioner, pneumonier och sepsis.

Rutinen omfattar alla som någon gång varit odlingspositiva för ESBL. Hur länge bärarskap av ESBL- bildande bakterier varar är okänt.

Patientens medicinska omhändertagande får inte förhindras eller fördröjas på grund av misstänkt eller konstaterat bärarskap av ESBL- bildande bakterier.

## Smittspridning, smittspårning och riskfaktorer

### Smittspridning

ESBL- bildande bakterierna sprids som fekal-oral smitta och kan spridas mellan patienter via direkt eller indirekt kontaktsmitta. Smittspridning sker främst via kontaminerade händer, föremål eller utrustning.

### Smittspårning

Smittspårning i vården vid anhopning av fall på en enhet kan smittspårning samt ytterligare vårdhygienisk åtgärd bli aktuell. Behov av smittspårningsodlingar hos medpatienter avgörs i samråd mellan Vårdhygien och berörd enhetschef.

### Riskfaktorer

- diarré
- Faeces-/urininkontinens
- KAD/RIK
- stomi/PEG/bukdånage
- större omlägningskrävande sår

- tracheostoma
- bristande kognitiv förmåga.

## Initial handläggning av patient med nyupptäckt bärarskap av ESBL

Behandlande/ansvarig läkare på aktuell enhet (gäller oavsett vårdform):

- Kontinuerlig bedömning av patientens riskfaktorer.
- Informerar patienten om odlingsresultatet. För patientinformation se smittskyddsblad [ESBL bildande- bakterier](#) [Patientinformation ESBL-bildande bakterier på olika språk](#).
- Informerar patienten om vikten av att vid ny vårdkontakt informera om bärarskap för att vid behov få rätt antibiotikabehandling. Patienten ges inga förhållningsregler enligt smittskyddslagen.
- Ansvarar för att bärarskap journalförs under symbolen utropstecken/observandum i Melior.
- Ingen smittskyddsanmälan behövs, anmälan sker endast från laboratoriet.

## Handläggning av patient med känt bärarskap av ESBL i slutenvård

Kontinuerlig bedömning av patientens riskfaktorer.

Handläggs enligt nedanstående vårdrutiner.

### Vårdrutiner

Basala hygienrutiner tillämpas Se [Vårdhandboken](#)

### Vårdrum och personal

#### Vårdrum

Patient med diarré eller faeces/urininkontinens vårdas i eget rum med egen toalett och rumsvistelse. Serveras alla livsmedel som intas på vårdrummet.

Patent med övriga riskfaktorer vårdas om möjligt i eget rum med egen toalett. Serveras alla livsmedel men kan äta tillsammans med andra.

Patient utan riskfaktorer vårdas utan restriktioner kan röra sig fritt på enheten.

## Städ, tvätt och disk

### Städning

Daglig patientnära städning/slutstädning sker med alkoholbaserat ytdesinfektionsmedel med rengörande effekt enligt ordinarie rutiner.

### Punktdesinfektion

Punktdesinfektion utföres med alkoholbaserat ytdesinfektionsmedel vid spill och stänk.

### Tvätt och avfall

Tvätt och avfall hanteras som vanligt det vill säga, endast kraftigt förorenad tvätt och avfall skickas som smittförande. Oanvänd tvätt som förvarats hos patienten sänds som smutstvätt när patienten skrivs ut.

### Disk

Disk hanteras som vanligt det vill säga, skickas till centralkök eller i avdelningens diskmaskin.

## Träning och mobilisering

Mobilisering av patient med diarré och faeces/urininkontinens kan ske utanför rummet under kontrollerade former.

## Materiel och hjälpmedel

Begränsa mängden vårdmateriel på rummet så mycket som möjligt. Oanvänt material för engångsbruk kasseras när patienten skrivs ut. Flergångsartiklar rengörs och desinfekteras efter användning, följ leverantörens anvisningar.

Hjälpmedel ska vara patientbundna och efter användning desinfekteras med alkoholbaserat ytdesinfektionsmedel.

# Undersökningar, mottagningsbesök, konsulter, operation och byte av vårdform

## Undersökningar

Patient med diarré tas direkt in på undersökningsrummet, inga restriktioner gällande mottagningsbesök eller genomförande av undersökningar och liknande.

Inga restriktioner för patient utan riskfaktorer vid mottagningsbesök eller genomförande av undersökningar och liknande.

## Operation

Inga restriktioner att genomföra operationer eller invasiva ingrepp.

ESBL- bärarskap meddelas mottagande enheter i vårdkedjan, till exempel operation, postoperativ enhet och röntgen.

Eftervård sker på eget rum alternativt avdelad personal på uppvakningsenhet.

## Byte av vårdform

Informera mottagande enhets ansvarig sjuksköterska/läkare om patientens ESBL- bärarskap. Då patient med riskfaktorer skrivs ut till korttidsboende i kommunal vård informeras Vårdhygien 0500-432084.

För primärvård och kommunal vård finns [Handläggning av multiresistenta bakterier \(MRB\)](#)

## Besök

Inga restriktioner för besök hos patienten. Besökare ska informeras om god handhygien.

## Ansvar och avsteg

Linjechef ansvarar för att denna rutin är känd och följs av alla medarbetare.

Hälso- och sjukvårdspersonal är ansvariga för att rapportera vårdskador som en avvikelseanmälan. En vårdrelaterad infektion är en vårdskada om man inte vidtagit de adekvata åtgärder som hade kunnat förhindra infektionen.

Medvetet avsteg från denna rutin dokumenteras i patientjournal om avsteg är kopplat till patient. Annan orsak till avsteg rapporteras i [MedControl PRO](#) eller befintligt avvikelshanteringssystem.

## Relaterad information

SkaS rutin: [Vårdhygieniska riskfaktorer för smittspridning i vård och omsorg](#)

Smittskyddsblad [Läkarinformation ESBL-bildande Enterobacterales](#)

Smittskyddsblad [Patientinformation ESBL-bildande bakterier](#)

Smittskyddsblad Stockholm [Patientinformation ESBL- bildande bakterier på olika språk.](#)

Regional rutin VGR [Handläggning av multiresistenta bakterier \(MRB\)](#)

Vårdhandboken [Basala hygienrutiner och klädregler](#)

## Källförteckning

Folkhälsomyndigheten. (2014). *ESBL-producerande tarmbakterier Kunskapsunderlag med förslag till handläggning för att begränsa spridningen av Enterobacteriaceae med ESBL.*

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/f4df42e7e643414ba3499a9ee1801915/esbl-producerande-tarmbakterier.pdf>

Folkhälsomyndigheten. (2016). *Sjukdomsinformation om bakterier med Extended Spectrum Beta-Lactamase (ESBL).*

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/smittsamma-sjukdomar/extended-spectrum-beta-lactamase-esbl/>

*Smittskyddslagen.* (2004:158). 1 kap. 4 §. Socialdepartementet.

[https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/smittskyddslag-2004168\\_sfs-2004-168/](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/smittskyddslag-2004168_sfs-2004-168/)

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** Skaraborgs Sjukhus

**Innehållsansvar:** Julia Lenzen, (julle), Överläkare

**Granskad av:** Annette Trengde Jarlshammar, (antr2),  
Utvecklingschef

**Godkänd av:** Christer Printz, (chrpr), Chefläkare

**Dokument-ID:** SKAS9729-602154698-58

**Version:** 1.0

**Giltig från:** 2024-12-12

**Giltig till:** 2026-12-12