

Gäller för: Sahlgrenska Universitetssjukhuset
Innehållsansvar: Nahid Kondori, (nahko1), Enhetschef
Granskad av: Sofia Myhrman, (sofmy1), Specialistläkare
Godkänd av: Anneli Fagerberg, (annfa26), Chefläkare

Giltig från: 2026-04-17

Giltig till: 2028-04-17

Vårdhygien – Smittspårning av multiresistent bakterie/svamp

Gäller även för Capio Lundby Specialistsjukhus, Carlanderska sjukhuset, Habilitering & Hälsa samt Sjukhusen i väster och är godkänd av respektive chefläkare.

Förändringar sedan föregående version

Ersätter tidigare version publicerad 2024-10-14. Tillägg avseende smittspårningsprovtagning vid vankomycin-variabel enterokock (VVE). I övrigt endast redaktionella ändringar.

Bakgrund och syfte

Syftet med rutinen är att klargöra handläggning och ansvarsfördelning vid smittspårning av multiresistent bakterie/svamp. Rutinen innefattar smittspårning i berörd verksamhet inom de förvaltningar rutinen gäller för.

Patientens medicinska omhändertagande får inte förhindras eller fördröjas på grund av misstänkt eller bekräftat bärarskap av multiresistent bakterie/svamp.

Smittspårning innebär kartläggning och identifiering av individ som har utsatts för ökad risk för smitta och utförs i enlighet med Smittskyddslag (2004:168) och Hälsa- och sjukvårdslag (2017:30). Omfattning av smittspårning är en sammantagen bedömning där hänsyn tas till riskfaktorer för smitta samt vilka konsekvenser smittspridning kan få på individ- och verksamhetsnivå. Enligt smittskyddslagen är MRSA, VRE/VVE och tarmbakterier (Enterobacterales) med ESBLcarba anmälnings- och smittspårningspliktiga.

Utförande

- Smittspårning omfattar indexfallets aktuella vårdtid men kan även omfatta tidigare slutenvårdsperiod inom tre (till sex) månader.
- Bedömning avseende smittspårningens omfattning och åtgärder sker i samråd mellan Vårdhygien, berörd linjechef och smittspårningsansvarig (behandlande läkare eller utsedd hälso- och sjukvårdspersonal, enligt nedan).
- För att identifiera om smittöverföring skett eller bedöma varifrån smittan kommit kan provtagning vara aktuell.

Smittspårningsprocess

- Behandlande läkare har, enligt smittskyddslagen, ansvar för att smittspårning utförs. Behandlande läkare är den som ordinerat provet och/eller den som ansvarar för provsvaret.
 - Det praktiska utförandet av smittspårning kan överlämnas, till av verksamhet annan utsedd hälso- och sjukvårdspersonal med särskild kompetens för uppgiften.
- Vårdenhetsöverläkare (VÖL) eller motsvarande har övergripande ansvar för att smittspårning på enheten utförs.
- Vårdenhetens linjechef bistår smittspårningsansvarig i smittspårningsarbetet.
- Vårdenhetens linjechef och VÖL/motsvarande ansvarar för att
 - identifiera patient som vårdats på samma rum med indexfall eller på annat sätt utsatts för ökad smittrisk (exponerats). Använd vid behov smittspårningsrapport, för mer information se rutin [Smittspårningsrapport – framtagande av information inför smittspårning – Power BI](#)
 - vid beslut om provtagning upprätta lista av exponerad patient inklusive utskrivna patienter i [smittspårningshandling](#)
 - initiera provtagning av listad (exponerad) patient, se nedan
 - förmedla resultat av smittspårning till kontaktteam på Vårdhygien.
- Vid slutenvård inom tre (till sex) månader, på annan enhet inom Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Sjukhusen i väster, informerar Vårdhygien berörd enhet för råd avseende smittspårning för aktuellt vårdtillfälle.

Handläggning av exponerad patient

- Exponerad patient kvar i vården provtas samma dag som beslut om provtagning i smittspårningssyfte tas. Upprepa provtagning tre dagar efter **senaste** exponeringen eller vid utskrivning, om det sker tidigare.
 - Pågående/nyligen avslutad antibiotikabehandling kan ge falskt negativt provsvar, ta ställning till om provtagning behöver upprepas en vecka efter avslutad behandling.
- Vårdhygien kan rekommendera ytterligare situationsanpassad provtagning i dialog med verksamhet, t.ex. provtagning av alla patienter på vårdenhets
- Utifrån riskfaktorer kan exponerad patient behöva vårdas på eget rum i avvaktan på provsvar.
- Vid byte av vårdform/vårdenhets säkerställ informationsöverföring, inklusive dokumentation i journal, till mottagande enhet samt eventuell uppföljande provtagning.
 - För patient som överförs/överförs till kommunal vård och omsorg rekommenderas [brev](#) till mottagande enhet.
- För hemskriven patient, kontakta patient för provtagning. Se förslag på [brev](#). Brev kan även nås via Smittspårningsrapport – Power BI.

Dokumentation i samband med provtagning

- Dokumentera i **indexfallets** journal att smittspårning påbörjats.
- Dokumentera i exponerad patients journal att provtagning i smittspårningssyfte utförts alternativt att provtagning ska utföras (t.ex. datum, vid nästa vårdtillfälle, på vårdcentral) och resultat av provtagning.
- Dokumentera i [smittspårningshandling](#).
 - Indexfall.
 - Patient som ingår i smittspårning.
 - När provtagning utförts.
 - Resultat av provtagning.
 - När återkoppling till patient utförts.
- Smittspårningshandling sparas i verksamheten i 10 år för att sedan arkiveras enligt respektive förvaltnings dokument-/informations-hanteringsplan.

Information om provtagning

- För anvisning avseende provlokal för respektive bakterie/svamp (analys), se tabell nedan.
- Ange på remissen: Analys (bakterie/svamp), smittspårning, vårdenhet som initierat smittspårning (denna enhet är också svarsomtagare).
- Prov från samma individ buntas ihop med gummiband. Används pappersremiss räcker en remiss för samtliga prov.
- För provtagningsanvisning se respektive mikrobiologiskt laboratorium. Analys gällande MRSA är kostnadsfri.
- Vid vankomycin-variabel enterokock (VVE) skicka prov till Klinisk mikrobiologi i Göteborg, Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Ange på remiss ”VVE -smittspårning”.

PROVTAGNING - ANALYS avseende	PROVLOKAL - alltid				PROVLOKAL – vid förekomst		
	främre näsöppning	svalg	perineum	rektum (feces- pinnprov)	sår, hud- lesioner ^a	övrigt ^b	urin ^c
MRSA	X	X	X		X	X	X
VRE eller VVE ^d				X	X	X	X
ESBLcarba ^e				X	X	X	X
Karbapenemresistent Acinetobacter ^e		X	X	X	X	X	X
Multiresistent Pseudomonas ^e				X	X	X sputum ^f	X
Annan multiresistent gramneg. bakterie ^e				X	X	X	X
	främre näsöppning	axiller och ljumskar (samma pinne)			sår, hud- lesioner ^a	övrigt ^b	urin ^c
Candida auris	X	X			X	X	X

^a i samband med planerad omläggning

^b t.ex. insticksställe i samband med planerad omläggning, dränvätska, tub-/trachealsekret

^c om patient har/nyligen haft KAD, kateteriseras intermittent eller har UVI-symtom

^d vid provbeställning ange VVE-smittspårning

^e vid provbeställning i ROSP välj ”ESBL-screening”. Ange i fält remisskommentar, smittspårning och aktuell analys, t.ex. ESBLcarba, Karbapenemresistent Acinetobacter osv.

^f om patient har produktiv hosta

Misstänkt/bekräftad smittspridning

Vid fynd av möjligt sekundärfall (misstänkt smittspridning) utförs ny bedömning avseende smittspårningens omfattning, i samråd med Vårdhygien (kontaktteam) under kontorstid.

- Säkerställ att vårdhygieniska rutiner är kända och efterlevs.
- Verksamhetschef informeras och bedömer behov av kontakt med områdesansvarig chefläkare.
- Vårdhygien kontaktar vid behov Smittskydd Västra Götaland och områdesansvarig chefläkare.
- Bedöm behov av att aktivera utbrottsgrupp eller motsvarande. För Sahlgrenska Universitetssjukhuset se riktlinje, Utbrott av smittsam sjukdom inom SU. För Sjukhusen i väster se rutin, Utbrott av smittsam sjukdom inom sjukhusen i väster.
- Vid utbrott, bedöm om utbrottet behöver kommuniceras lokalt, regionalt och/eller nationellt. Bedömning sker i dialog mellan verksamhet, chefläkare, Vårdhygien och vid behov Smittskydd Västra Götaland.
- Vid bekräftad smittspridning bedömer verksamhet behov av utredning för identifiering av trolig orsak till smittspridning.

Avsteg

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.

Ansvar

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

Relaterad information

Information till patient som vårdats samtidigt med en patient som visats sig ha antibiotikaresistenta bakterier (brev) – [Brev - Samlingssida](#)

[Smittspårningshandling](#)

[Smittspårningsrapport – framtagande av information inför smittspårning – Power BI. Rutin](#)

[Smittspårningsrapport i Power BI. Lathund](#)

[Utbrott av smittsam sjukdom inom sjukhusen i väster. Rutin](#)

[Utbrott av smittsam sjukdom inom SU. Riktlinje](#)

Tillämpliga lagar, föreskrifter eller externa riktlinjer

[Hälso- och sjukvårdslag \(2017:30\)](#)

[Smittskyddslag \(2004:168\)](#)

Kunskapsöversikt

[ESBL-producerande tarmbakterier. Kunskapsunderlag med förslag till handläggning för att begränsa spridningen av Enterobacteriaceae med ESBL.](#)

Reviderad 2014. Folkhälsomyndigheten, art.nr 978-91-7603-178-0

European Centre for Disease Prevention and Control. Survey on the epidemiological situation, laboratory capacity and preparedness for Candidozyma (candida) auris, 2024. September 2025. Stockholm: ECDC; 2025

[Sjukdomsinformation om Candidozyma auris-infektion.](#) Folkhälsomyndigheten

[Sjukdomsinformation om bakterier med ESBL-CARBA.](#) Folkhälsomyndigheten

[Sjukdomsinformation om meticillinresistenta gula stafylokocker.](#) Folkhälsomyndigheten

[Sjukdomsinformation om Vancomycinresistenta enterokocker.](#) Folkhälsomyndigheten

[Vankomycinresistenta enterokocker – VRE. Kunskapsunderlag samt Folkhälsomyndighetens rekommendationer för att begränsa smittspridning med VRE. Mars 2014.](#) Folkhälsomyndigheten, art.nr 978-91-7603-115-5

Arbetsgrupp

Representanter arbetsgrupp Vårdhygien SU

Sofia Myhrman, hygienläkare

Kerstin Möller, hygiensjuksköterska

Granskare

Susann Skovbjerg, överläkare Klinisk mikrobiologi, Sahlgrenska Universitets-
sjukhuset

Thomas Wahlberg, smittskyddsläkare, Smittskydd Västra Götaland

Godkänt av

Capio Lundby Specialistsjukhus

Carlanderska sjukhuset

Habilitering & Hälsa

Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Sjukhusen i väster

Inger Holm Gunnarsson, chefläkare

Karin Möller, chefläkare

Anne-Berit Ekström, chefläkare

Anneli Fagerberg, chefläkare

Philipp Meijing, chefläkare

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Innehållsansvar: Nahid Kondori, (nahko1), Enhetschef

Granskad av: Sofia Myhrman, (sofmy1), Specialistläkare

Godkänd av: Anneli Fagerberg, (annfa26), Chefläkare

Dokument-ID: SU9992-381335686-138

Version: 4.0

Giltig från: 2026-04-17

Giltig till: 2028-04-17