

# Screening för multiresistenta bakterier (MRB) - Rutin - Hälso- och sjukvård Region Gävleborg

<b>Titel:</b> Screening för multiresistenta bakterier (MRB)	<b>Dokumentkategori:</b> Rutin	<b>Omfattning:</b> Hälso- och sjukvård Region Gävleborg
<b>Dokumentägare:</b> Stabschef Hälso- och sjukvårdsgemensamma resurser	<b>Dokumentansvarig:</b> Administratör Vårdhygien	<b>Beslutsinstans:</b> Stabschef Hälso- och sjukvårdsgemensamma resurser
<b>Diarienummer:</b> Ej tillämpligt		<b>Datum för översyn:</b> Se giltigt t.o.m.

**Innehåll**

1.	Syfte och omfattning .....	2
2.	Innehåll .....	2
2.1.	Patient .....	2
2.1.1.	Screening inför slutenvård och/eller poliklinisk sjukvårdande behandling 2	
2.2.	Vårdpersonal .....	2
2.3.	Provtagning .....	2
3.	Kommunikation och implementering .....	3
4.	Medverkande och granskare .....	3
5.	Referenser .....	3

---

## 1. Syfte och omfattning

Syftet med denna rutin är att ge vägledning för när screening av multiresistenta bakterier (MRB) är aktuellt. Rutinen omfattar all personal inom hälso- och sjukvård Region Gävleborg.

## 2. Innehåll

### 2.1. Patient

#### 2.1.1. Screening inför slutenvård och/eller poliklinisk sjukvårdande behandling

Utför screening för MRB (MRSA, ESBL, ESBL Carba och VRE) om patienten de senaste 6 månaderna har:

- Vårdats ineliggande på sjukhus i Sverige med känd smittspridning av MRB
- Vårdats ineliggande på sjukhus eller annan vårdinrättning (vårdhem, rehabiliteringsanläggning eller tandvårdsklinik) utanför Norden
- Fått avancerad poliklinisk behandling, till exempel dialys, poliklinisk kirurgi eller sårvård, utanför Norden
- Vistats utanför Norden mer än 2 månader sammanhängande

### 2.2. Vårdpersonal

Vårdpersonal i patientnära vård ska, före återgång till arbete, screenas för MRSA om personen har:

- Vårdats på sjukhus utanför Norden under de senaste 6 månaderna
- Arbetat på sjukhus utanför Norden under de senaste 6 månaderna

### 2.3. Provtagning

Information angående provtagning finns här, se MRB [Provtagningsanvisningar - Region Gävleborg](#)

### 3. Kommunikation och implementering

Detta överordnade styrdokument får inte brytas ner på underliggande nivå utan samråd med dokumentansvarig.

Kvalitetssamordnare utses som extra uppföljare för dokumentet och ansvarar för att dokumentet kommuniceras inom berörda verksamhetsområden. Verksamhetschef och Vårdenhetschef ansvarar för att rutinen är känd, implementeras och tillämpas.

För privata hälsocentraler skickas rutin till chefer på varje hälsocentral som ser till att rutinen är känd, implementeras och tillämpas.

### 4. Medverkande och granskare

Denna rutin är framtagen av Vårdhygien.

### 5. Referenser

Dokumentnamn	Plats
<a href="#">Provtagningsanvisningar - Region Gävleborg</a>	Regiongavleborg.se
<a href="#">Screening för antibiotikaresistenta bakterier</a>	Folkhalsomyndigheten.se