

Hygieneplan

Prävention und Kontrolle von MRSA/ORSA im Krankenhaus

Methicillin-/oxacillin-resistente Staphylococcus aureus Isolate

Allgemeine Information	<p>MRSA/ORSA sind in der Regel Hospitalkeime, die vor allem im stationären und pflegerischen Bereichen endemisch auftreten können. Sie können wichtiger Verursacher von schwerwiegenden Infektionen wie Endokarditis, Osteomyelitis, Pneumonie, Wundinfektionen, Sepsis etc. sein, die sich nur mit potentiell toxischen und teuren Antibiotika wie z.B. Vancomycin, Linezolid und Synercid therapieren lassen. Erregerquelle ist der kolonisierte und infizierte Patient als auch kolonisiertes Personal. MRSA/ORSA werden hauptsächlich von dem kolonisierten/infizierten Patienten übertragen; weitere Infektionsquellen sind die Hände, die intertriginösen Hautbereiche, Atemwegssekrete, Wundsekrete und bei Bakteriämien das Blut. Die vorrangige Übertragung von MRSA erfolgt über die Hände des medizinischen Personals. Indirekte Übertragungsmöglichkeiten ist der Kontakt mit kontaminierten Flächen, Gegenständen oder Geräten der Patientenumgebung oder aerogen durch Niesen, Husten ggf. sprechen (feuchte Aussprache). Der Erreger besitzt eine sehr hohe Widerstandsfähigkeit gegenüber Trockenheit und Wärme und ist in der unbelebten Umgebung (Kittel, Luft, Oberflächen, Geräte etc.) mehrere Monate lebensfähig.</p>
Personalanforderungen	<p>Das Personal medizinischer Einrichtungen ist hinsichtlich des Umgangs mit MRSA -kolonisierten oder -infizierten Patienten zu schulen. Bei begründetem Verdacht oder Nachweis von MRSA ist die Krankenhaushygiene <u>umgehend</u> zu informieren. Die erforderlichen Hygienemaßnahmen müssen ohne Verzug nach Bekannt werden einsetzen. An der Behandlung des Patienten beteiligte Abteilungen und Personal ist umgehend von der Stationsleitung oder deren Vertreter bzw. vom behandelnden Arzt zu informieren.</p>
Räumliche Unterbringung Kat. IB	<p>MRSA -kolonisierte oder- infizierte Patienten sollen räumlich getrennt von anderen Patienten untergebracht werden, möglichst im Zimmer mit eigener Nasszelle und einem Vorraum mit Schleuse. Eine gemeinsame Unterbringung mehrerer Patienten mit MRSA ist möglich (Kohortenisolierung). Die Türen des Zimmers sind geschlossen zu halten. Warnhinweise sind gut sichtbar an der Außenseite der Tür anzubringen (z.B. "Vor Eintritt beim Personal melden") Schutzkleidung wie Kittel, Handschuhe und Mund-Nasenschutz sind <u>in der Schleuse bzw. vor dem Patientenzimmer</u> gut erreichbar bereitzustellen. Die Lagerung von Gebrauchsartikeln im Zimmer sind möglichst auf einen Tagesbedarf zu beschränken.</p>
Personalhygiene Kat. IB	<p>Wichtigste Verhütungsmaßnahme gegen eine Ausbreitung von MRSA ist die hygienische Händedesinfektion. Bei Betreten des Zimmers verbunden mit intensiven Patientenkontakt, ist ein Schutzkittel, Handschuhe und ein Mund-Nasenschutz (bei nasopharyngealer Besiedlung) anzulegen. Bei Verlassen des Zimmers ist die Schutzkleidung in der Schleuse, oder im Zimmer <u>am türnahen Bereich</u> wieder abzulegen. Handschuhe und Mund-Nasenschutz sind zu entsorgen (B-Abfall), der Kittel kann bis zu 8 Stunden (eine Schicht lang) getragen werden. Nach Abwerfen der Handschuhe ist eine hygienische Händedesinfektion durchzuführen! Die Zahl der Mitarbeiter für die pflegerische und medizinische Betreuung ist auf das erforderliche Minimum zu reduzieren.</p>
Besucher	<p>Besucher und stationsfremdes Personal muss auf die Einhaltung und Durchführung der Hygienemaßnahmen hingewiesen werden. Ein entsprechendes Informationsmerkblatt zu MRSA ist dem Patienten</p>

Erstellt:

Geprüft:

Freigegeben:

Datum: August 2009

Datum: August 2009

Datum: August 2009

	auszuhändigen. Besucher ziehen sich vor Betreten des Zimmers einen Schutzkittel und ggf. einen Mund-Nasenschutz an. <u>Bei Verlassen des Zimmers</u> wird die Schutzkleidung abgeworfen und <u>eine hygienische Händedesinfektion durchgeführt</u> . Jedem Besucher ist ebenfalls ein MRSA Merkblatt zu übergeben.
Transport / Verlegung Kat. IB	Transporte oder Verlegungen innerhalb und außerhalb der Station bzw. Einrichtung sind zu vermeiden und auf Fälle mit strenger Indikation zu beschränken. Sofern ein Transport oder die Verlegung notwendig ist, muss die Zieleinrichtung vorab mündlich informiert werden; ein entsprechender Verlegungsbericht mit dem aktuellen Stand der MRSA-Problematik, der Screening Befunde werden mitgegeben, damit notwendige Schutzmaßnahmen eingeleitet werden können. Der Patient erhält unmittelbar vor dem Transport einen Mund-Nasenschutz (bei nasopharyngealer Besiedlung), Wunden werden dicht und neu abgedeckt. Ferner muss der Patient eine Händedesinfektion durchführen und erhält ein frisches Nachthemd/Kittel. Der Patient wird im Zimmer auf eine Trage, frisches Bett oder einen Rollstuhl umgelagert. Für das Transportpersonal sind von der Station für die Patientenumlagerung Schutzkittel und Mund-Nasenschutz und Handschuhe bereitzustellen.
Entlassung des Patienten Kat. IB	MRSA- Patienten sollten baldmöglichst entlassen werden, wenn ihr klinischer Zustand es zulässt, ggf. auch trotz MRSA -Kolonisation. Die Zieleinrichtung muss entsprechend informiert werden, hier ist eine Kopie des MRSA Dokumentationsbogens mitzugeben. Die Hygienemaßnahmen sind wie auch beim Transport durchzuführen. Der Patient sollte aufgeklärt werden, dass kein Risiko für gesunde Kontaktpersonen besteht; gefährdet sind Personen mit offenen Wunden, Ekzemen oder Immunsupprimierte. Ein entsprechendes Informationsblatt sollte dem Patient ausgehändigt werden.
Desinfektionsmaßnahmen	Alle Flächen und Geräte einschließlich des Bettgestells sind innerhalb des Zimmers 1x täglich in entsprechender Konzentration desinfizierend zu reinigen. Das gleiche gilt auch für diagnostisches und therapeutisches Equipment bevor es aus dem Zimmer entfernt wird. Alle am Patient benutzten Instrumente werden im geschlossenen Behälter gesammelt und der Zentralsterilisation zugeführt. Abfall wird im Patientenzimmer entsorgt (Abwurf mit Deckel). Nach Entlassung oder Aufhebung der Isolierung erfolgt eine Scheuer-Wischdesinfektion als Schlussdesinfektion in entsprechender Konzentration.
Therapie von Infektion und Kolonisierung mit MRSA / ORSA Kat IB	Bei Infektionen sollte vorzugsweise die Therapie mit dem beratenden Mikrobiologen oder Facharzt für Hygiene abgestimmt werden. Die Dekolonisierung erfolgt in der Regel lokal. Bei Kolonisation der Nase erfolgt die Gabe einer Mupirocin-haltigen Salbe (Turixin®-Salbe 3x tägl. für 3-5 Tage). Bei einer Mupirocinresistenz kann Bacitracin verwendet werden. 1x tägl. erfolgt eine Ganzkörperwaschung mit Dekontaman® EWZ 30 Sekunden einschl. der Haare . Die Mundspülung erfolgt morgens und abends über 5 Tage mit Octenisept® oder Dekontamanlösung . Abschließende Kontrollabstriche sind frühestens 3 Tage nach Therapieende abzunehmen. Weiter ist ein täglicher Bettwäschewechsel, der Bekleidung und Körperpflegeutensilien vorzunehmen.
Kontrollabstriche	Die Kontrollabstriche sind an den typischen Prädilektionsstellen wie Nase, Rachen separat abzustreichen, Achsel/ Leiste (kann 1 Tupfer verwendet werden), Perineum, ggf. Wunde sowie der ursprüngliche Nachweisort ist bei dem Screening ebenfalls zu berücksichtigen. Bei Patienten mit Katheter werden zusätzlich Abstriche an sämtlichen Devices entnommen (ZVK, PEG, andere Katheteraustrittsstellen). Ferner sind gemäß RKI (Robert-Koch-Institut)

Erstellt:

Geprüft:

Freigegeben:

Datum: August 2009

Datum: August 2009

Datum: August 2009

	<p>folgenden Patienten mit erhöhtem MRSA Risiko zu screenen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bei Wiederaufnahme mit bekannter MRSA- Anamnese, - Patienten aus Ländern mit hoher MRSA- Prävalenz (USA, England, Japan), - MRSA- Kontaktpatienten - Patienten, die beruflich direkten Kontakt zu Tieren in der landwirtschaftlichen Tiermast (Schweine) haben, - bei Patienten die einen stationären KH-Aufenthalt (> 3 Tage) in den zurückliegenden 12 Monaten hatten, - <u>als auch Patienten die zwei oder mehr der nachfolgenden Risikofaktoren aufweisen:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Pat. mit chron. Pflegebedürftigkeit, • Patienten die eine Antibiotikatherapie in den zurückliegenden 6 Monaten hatten, • Pat. mit liegenden Katheter (Harnblase, PEG-Sonde), • Dialysepflichtigkeit, • Hautulcus, Gangrän, chronische Wunden, tiefe Weichteilinfektionen, Brandverletzungen • Patienten mit chronischen Wunden, Hautulcus, Gangrän, tiefe Weichteilinfektionen und liegenden Kathetern (PEG, Harnblasenkatheter). <p>Bis zum Ausschluss einer Kolonisation/Infektion sind die Patienten zunächst zu isolieren.</p>
<p>Aufhebung der Isolierung</p>	<p>Die Isolierungsmaßnahmen für Patienten und Mitarbeiter dürfen erst nach drei negativen Abstrichserien (3 Tage nach Beendigung der Therapie) von Nase, Rachen, Leiste/Achsel, ggf. Perineum und des ursprüngl. Nachweisortes und ggf. der Wunde, wenn vorhanden aufgehoben werden; es sollte <u>unbedingt Rücksprache mit der Krankenhaushygiene</u> gehalten werden.</p> <p>Weitere Abstriche sollten nach 10 Tagen, 4 Wochen und drei Monaten zur Kontrolle des Sanierungserfolges durchgeführt werden.</p> <p>Lässt sich MRSA in einer Abstrichserie erneut nachweisen, sind Kontrollabstriche 1x wöchentlich vorzunehmen.</p>
<p>MRSA-Kontaktpatienten</p>	<p>Sind diejenigen Patienten, die mit MRSA- kolonisierten oder- infizierten gemeinsam in einem Zimmer gelegen haben. Sofern eine negative Abstrichserie vorliegt (Nase, Rachen, Wunden, wenn vorhanden und Devices) kann die Isolationsmaßnahme des Kontaktpatienten aufgehoben und dieser in ein Zimmer mit anderen Patienten untergebracht werden.</p>
<p>Gehäufter MRSA-Nachweis innerhalb einer Station</p>	<p>Bei gehäufter Nachweis von MRSA bei mehreren Patienten (>2 Patienten) die im zeitlichen und kausalem Zusammenhang stehen ist eine Genotypisierung anzustreben. Bei klonaler Identität sollte ein Screening mittels Abstrichen der Nasenvorhöfe und des Rachens aller Patienten der betroffenen Station/Abteilung sowie des medizinischen Personals, das unmittelbar Kontakt zu den MRSA- Patienten hat, erfolgen.</p>
<p>Eingriffe am MRSA-Patienten Kat. IB</p>	<p>Diagnostische und kleine therapeutische Eingriffe sollten, soweit vertretbar, im Patientenzimmer durchgeführt werden.</p> <p>Elektiv und invasiv- diagnostische Eingriffe sind möglichst zu vermeiden. Operative Eingriffe sollten wie Operationen der Gruppe C gehandhabt werden und sind am Ende des OP-Programms durchzuführen. In jedem Fall ist unmittelbar nach dem Eingriff eine Schlussdesinfektion des OP-Sales durchzuführen.</p>

Literatur:
Richtlinie des Robert-Koch-Institutes

Erstellt: _____ Geprüft: _____ Freigegeben: _____

Datum: August 2009

Datum: August 2009

Datum: August 2009

Desinfektion –Rechtsvorschriften von Walter Bodenschatz
NRZ – Nationales Referenzzentrum für Surveillance , Prof. Gastmeyer
Hygienepraxis im Gesundheitswesen, Herausgeber: G. Daeschlein, S. Ryl

Erstellt:

Geprüft:

Freigegeben:

Datum: August 2009

Datum: August 2009

Datum: August 2009
