

Smittsant

INFORMATION FRÅN SMITTSKYDD I NORRBOTTEN

SMITTSKYDD, NORRBOTTENS LÄNS LANDSTING, 971 80 LULEÅ, TELEFON 0920-28 36 16

Nr 3 - 2012

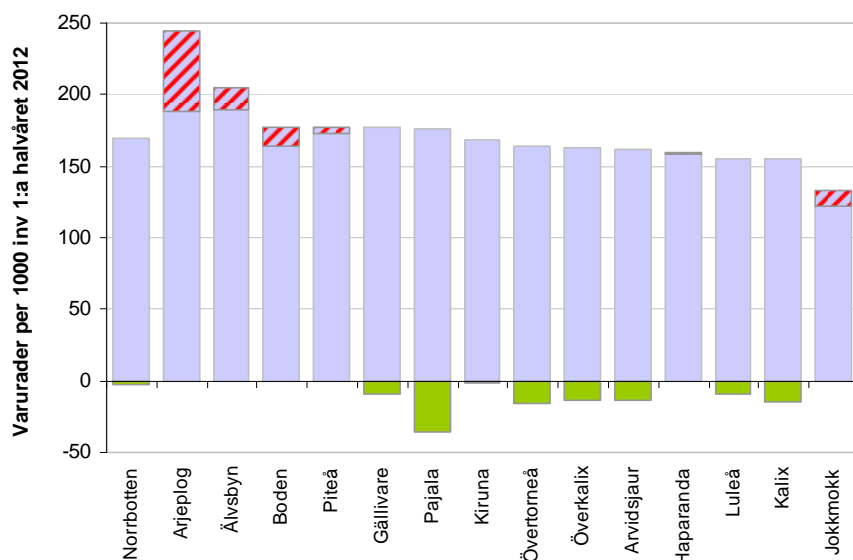
Innehåll

Antibiotika	2
Öppenvårdsförskrivning.....	2
Slutenvårdsförbrukning.....	2
Hur motverkar vi spridning av multiresistenta bakterier?	3
Vaccinationer	3
Ny lag om vaccinationsregister.....	3
Vaccination av barn	4
Influensavaccination av medicinska riskgrupper	5
Sexuellt överförda infektioner	6
Klamydia	6
Rekordmånga fall av harpest.....	6
Fakta om harpest.....	7
Nya rutiner vid hälsoundersökning av immigranter	8
Pneumokocker med nedsatt känslighet för penicillin.....	8
Förebyggande arbete efter ett fall av hepatit A	9

Antibiotika

Öppenvårdsförskrivning

Under första halvåret 2012 minskade antibiotikaförskrivningen i öppenvård med 1,5 % jämfört med 2011. Om man jämför förskrivningen i länets olika kommuner med varandra så ser man att antibiotikaförskrivningen ökat i sex av de 14 kommunerna (blå-rödrandiga staplar). Arjeplog och Älvsbyn utmärker sig särskilt i detta avseende. Östra Norrbotten, med Pajala i topp, uppvisade den största minskningen av förskrivna antibiotikarecept.



Eftersom Norrbotten tillhör de landsting där förskrivningen av antibiotika till äldre är högst, har Robert Svartholm, läkemedelskommittén, och Anders Österlund, Smittskydd, undervisat allmänläkare, distriktssköterskor och kommunalt anställda sjuksköterskor om antibiotika och äldre på sju olika orter under året.

Slutenvårdsförbrukning

Siffrorna för slutenvårdsförbrukningen (baseras på rekvisitioner till vårdavdelningar mm) för första halvåret 2012 har kommit. Precis som tidigare är dessa data svårtolkade och några långt dragna slutsatser kan inte göras. Trenden synes dock lite oroande. Den totala förbrukningen antibiotika (J 01) ökade med 8 % jämfört samma period i fjol. Division kirurgi ökade med 11 % och medicin med 6 %.

Ser man till förändring per sjukhus så ser listan ut så här:

Piteå sjukhus:	+ 25 %
Sunderby sjukhus:	+ 10 %
Gällivare sjukhus:	+ 8 %
Kalix sjukhus:	- 12 %
Kiruna sjukhus:	- 18 %

Förändringen i karaktär på förskrivningen förtjänar kanske kommentaren ”ömsom vin, ömsom vatten”? Om man ser till de profilantibiotika vi följer – då mest på grund av risk för ESBL- och ESBL_{CARBA}-spridning – cefotaxim (Claforan®) och ciprofloxacin så minskar cefotaxim med 8 % medan ciprofloxacin ökar med 23 %.

För att hålla antibiotikaresistens på armlängds avstånd i framtiden måste vi alla hjälpas åt och...

- *välja rätt antibiotika och gärna med ledning av Strama NLL's rekommendationer. Se Strama NLL på Insidan, NLL+ eller vår antibiotika-app! Undvik om möjligt resistensdrivande preparat!*
- *inte behandla i onödan, inte behandla "för säkerhets skull" och inte behandla lab-svar (CRPiter finns inte!)*
- *deescalera antibiotikabehandlingar. Smalna efter odlingssvar, övergå till p o behandling när patienten svarar och sätt ut antibiotika när infektion inte längre misstänks.*
- *odla innan antibiotikabehandling startas. Om iv antibiotika obligat!*
- *planera datum för utsättande av antibiotika redan i samband med insättandet.*
- *följa hygienrekommendationerna. Basala hygienrutiner. Åtgärder för att minska spridning t ex avveckla onödiga katetrar etc.*

Hur motverkar vi spridning av multiresistenta bakterier?

Det tas flera initiativ på landstingsnivå för att motverka spridning av multiresistenta bakterier:

- **Antibiotikaansvariga läkare.** Uppväxling av funktionen som egentligen infördes redan 2009 men som bara fungerat som det var tänkt på vissa vårdcentraler och kliniker. Ett "återuppstartsmöte" kommer att hållas 9-10 oktober, och en stor majoritet av länets antibiotikaansvariga läkare kommer då att träffas och diskutera uppdragets upplägg och målsättningar.
- **Infektionskonsult** veckovis till länsdelssjukhusen
- **MRB-team** som remissinstans för fall med resistenta bakterier
- **250-målet** för förskrivningen i öppenvård har ju tidigare beskrivits i Smittsant! Spännande! Mer om detta kommer i nästa nummer av smittsant.

Vaccinationer

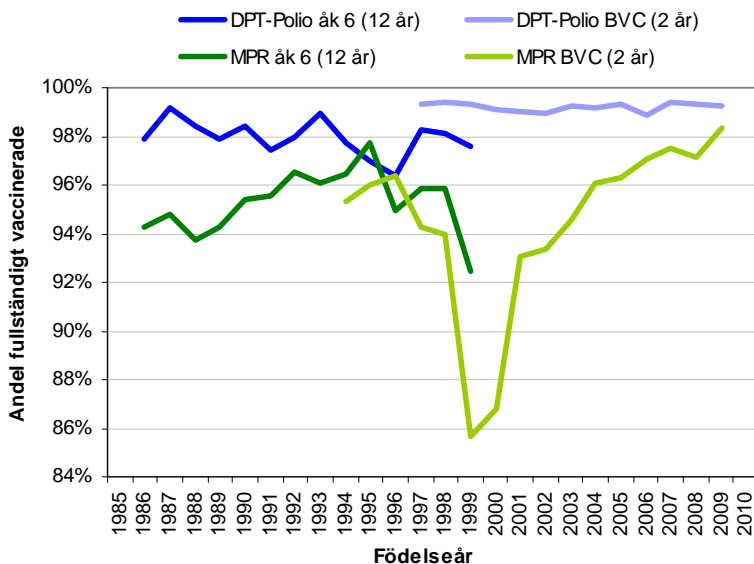
Ny lag om vaccinationsregister

Från första januari 2013 får vi en ny lag om hälsodataregister för nationella vaccinationsprogram med Smittskyddsinstitutet som personuppgiftsansvarig. Det är fortfarande oklart på vilket sätt detta praktiskt kommer att påverka vaccinerande verksamheter i Norrbotten. Vi hoppas att uppgifterna kommer att kunna extraheras direkt från Svevac så att de personer som vaccinerar slipper att fylla i data på fler ställen. Vi har tyvärr inte svar på detta i nuläget.

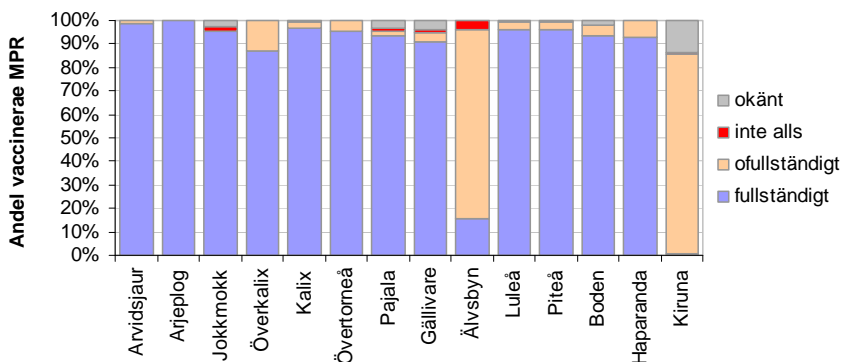
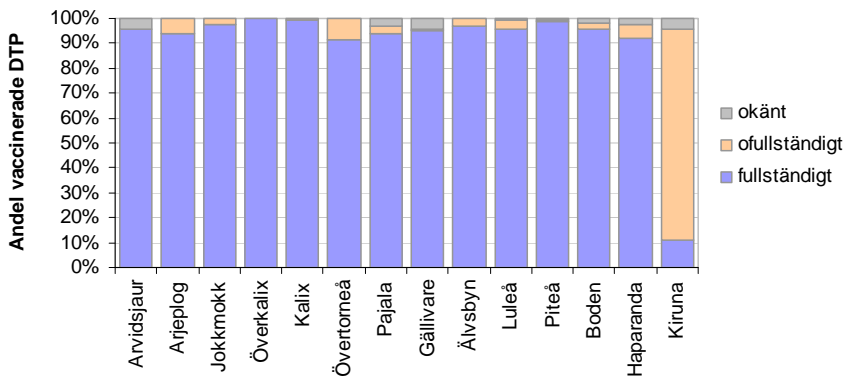
I propositionen 2011/12:123 "Ny ordning för nationella vaccinationsprogram" föreslås att vi ska få en ny lag om vaccinationer nästa år. Man föreslår att begreppet nationellt vaccinationsprogram införs. Ett sådant program är, förutom nuvarande barnvaccinationsprogram, även så kallade "särskilda program för barn och vuxna i riskgrupper". I propositionen föreslås att smittsamma sjukdomar, "där vaccination kan förväntas effektivt motverka sjuklighet i samhället, vara samhälls-ekonomiskt kostnadseffektivt samt hållbart från etiska och humanitära utgångspunkter", ska ingå i nationella vaccinationsprogram. Det blir Regeringen, och inte Socialstyrelsen, som beslutar om vilka sjukdomar det blir. Landstingen och kommunerna ges uppgiften att genomföra programmen och får dessutom stå för kostnaderna. De aktuella vaccinerna ska ges utan kostnad för den enskilde. De nationella vaccinationsprogrammen förs in i smittskyddslagen (2004:168). Den aktuella lagen har dock inte presenterats ännu

Vaccination av barn

Vaccinationstäckningen bland norrbottniska barn är på det stora hela lysande. Flera av de barn som på grund av felaktig information avstått från sin första MPR-vaccinspruta på BVC har dock inte kompletterat vaccinationerna efteråt (mörkgrön linje i diagrammet nedan). Dessa barn bör erbjudas kompletterande vaccination via skolhälsovården så att de får ett fullgott skydd även mot mässling, påssjuka och röda hund.



Av stapeldiagrammen nedan framgår att det främst är i Älvsbyns och Överkalix kommuner där dessa problem är av större omfattning. Beklagligt nog har det som tidigare varit omöjligt att för- må skolköterskorna i Kiruna kommun att i sin statistik inkludera de vaccinationer som skolbar- nen fått före skolåldern. Denna statistik blir därför ofullständig (se figurerna nedan). Återigen får vi därför skämmas för våra resultat i en nationell jämförelse.



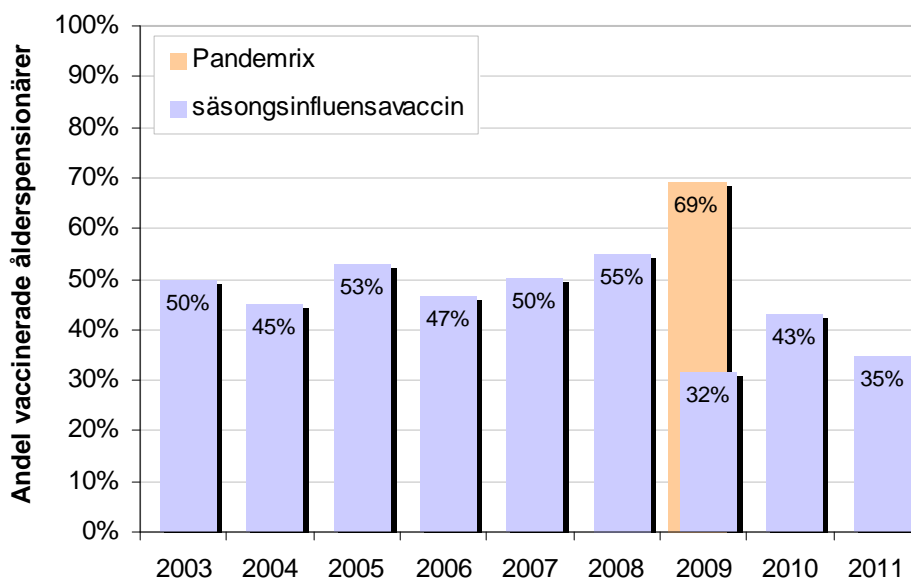
Influensavaccination av medicinska riskgrupper

Influensa kan vara en farlig sjukdom för människor som är äldre än 65 år eller som tillhör grupp med ökad risk för svår influensa. Influensavaccinerade ålderspensionärer har betydligt mindre behov av sjukhusvård i samband med ett influensautbrott jämfört med ovaccinerade, och risken att avlida i förtid minskar också för vaccinerade ålderspensionärer.

Vaccinet rekommenderas i första hand till dem som av medicinska orsaker kan drabbas extra svårt. Därför rekommenderas alla som är 65 år eller äldre, samt personer som tillhör någon av följande riskgrupper att vaccinera sig:

- personer med kronisk hjärt- och/eller lungsjukdom
- personer med instabil diabetes mellitus
- personer med gravt nedsatt infektionsförsvar (av sjukdom eller medicinering)
- personer med kroniska sjukdomar som medför ökad risk för allvarligt förlopp såsom kronisk lever- eller njursvikt
- personer med astma (för barn- och ungdom gäller svår astma med funktionsnedsättning)
- personer med extrem fetma eller neuromuskulära sjukdomar som påverkar andningen
- barn med flerfunktionshinder
- friska gravida som inte har vaccinerats med Pandemrix® eller insjuknat i influensa A(H1N1)pdm09
- anhöriga eller andra som vårdar personer med kraftigt nedsatt infektionsförsvar

Tyvär tillhör Norrbotten de landsting där uppslutningen till influensavaccinationsprogrammet är sämst. Förra året var det bara 35 % av ålderspensionärerna som vaccinerade sig.



Skyddet efter vaccination avtar relativt snabbt. En ny vaccination måste därför göras inför varje influensasäsong för att man ska vara skyddad. Det är också skälet till varför man numera senare lägger vaccinationsstarten, i år till den 22 oktober. På så sätt räknar man med att vaccinations-skyddet kommer att vara optimalt när influensan kommer. Följande tre komponenter ingår i årets influensavaccin:

A/California/7/2009 (H1N1)pdm09

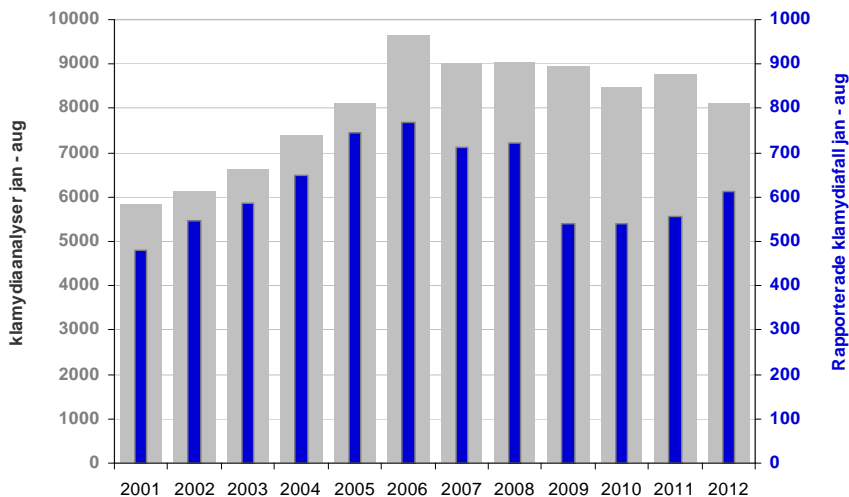
A/Victoria/361/2011 (H3N2)

B/Wisconsin/1/2010

Sexuellt överförda infektioner

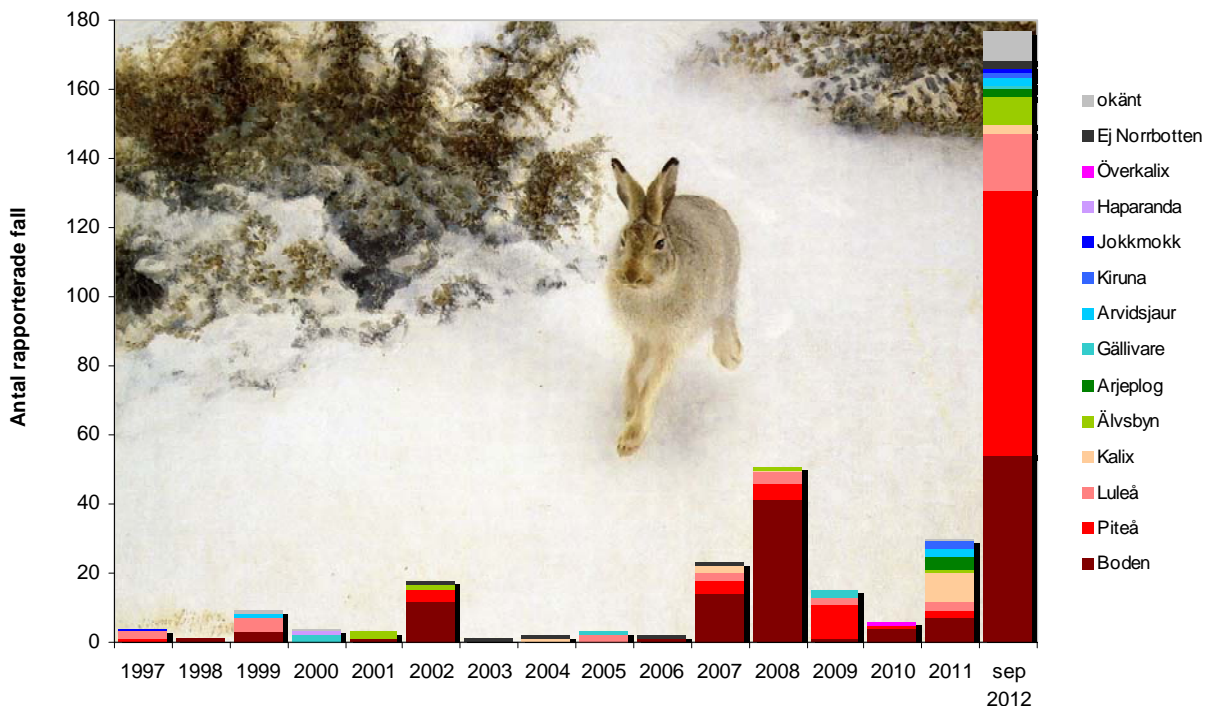
Klamydia

Som vanligt ser vi en ökning av antalet rapporterade fall av klamydia under perioden augusti-september. I år har extra många nya fall rapporterats under den senaste månaden. Trots att antalet analyserade prover minskat med 8 % har antalet rapporterade klamydiafall t o m augusti ökat med 10 % jämfört med förra året. Orsaken till denna oönskade förändring är i nuläget inte känd.



Rekordmånga fall av harpest

185 fall av harpest har anmälts till Smittskyddsläkaren i Norrbotten fram till 1 oktober i år och anmälningarna fortsätter att strömma in. De flesta fallen kommer från de sydöstra kommunerna och samtidigt meddelar Smittskydd Västerbotten ett ökat antal fall, hittills upp mot ett 50-tal, och där med de flesta anmälningarna från nordost.



Efter de stora harpestutbrotten i norra Sverige i slutet på 1960-talet (2700 anmälda fall i landet 1967) avtog incidensen av tularemi under 1970-talet. Under 1980- och första halvan av 1990-talet var klinisk infektion hos människa sällsynt och i Norrbotten gick det år mellan diagnostiserade fall. Sedan 1995 har dock allt fler, om än sporadiska fall dykt upp.

2008 noterades också ett mer samlat utbrott då 52 patientfall anmäldes, vilket fram till i år var det högsta antalet sjuka som diagnostiserats i Norrbotten under en säsong. Utbrottet var relativt lokalt och 84 % av fallen rapporterades från Bodens kommun. Utbrottet i år är med andra ord inte bara betydligt större utan också geografiskt mer utbrett.



Intressant är att den kliniska presentationen av fallen verkar skilja sig något i år jämfört med tidigare. Förut är bedömningen att fler än 90 % av fallen utgjordes av så kallad ulceroglandulär form, men i år presenterar sig infektionen även relativt ofta som långdragen lunginflammation med en besvärlig torrhosta. Det har också rapporterats enstaka fall av tyfös form. Smittskydd Norrbotten planerar att göra en kartläggning av årets utbrott och då bland annat titta på hur den kliniska presentationen har tett sig. Preliminärt i samarbete med kollegorna från Västerbotten och SMI i Stockholm. Vi återkommer till detta längre fram.

Tularemi är anmälningspliktig sjukdom enligt Smittskyddslagen. Det är att rekommendera att anmäla även fall med klassik klinik (i samband med den här typen av epidemier) även om mikrobiologisk verifikation saknas.

Vi ser nu fram mot den myggfria säsongen och lingonplockarna och älgjägarna har börjat packa ihop bärrivare och bössor så sannolikt kommer nu den värsta spridningen av harpest att avta. Det är vi glada över!

Fakta om harpest

Harpest orsakas av bakterien *Francisella tularensis*. Inkubationstiden för human sjukdom är i normalfallet 1-10 dagar (normalt 3 dygn). Människor smittas antingen via myggor, genom direktkontakt med sjuka eller döda djur, genom inandning av smittförande damm eller genom att ha druckit smittat vatten.

Ett stort antal djurarter - hare, lämmel, ekorre, smågnagare men även fåglar, insekter och fästingar - kan infekteras.

Det brukar talas om 5 olika kliniska presentationer av sjukdomen. Dessa är:

- Ulceroglandulär form med karaktäristiskt sår på platsen för ingångsporten samt svullnad av lymfkörtlar vid anslutande lymfkörtelstation.
- Pulmonell form med torrhosta. Lungröntgenbilden är varierande. Ofta ser man förstörade lymfkörtlar och ganska diffusa infiltrat. Lungsäcksinflammation sägs ska vara ganska vanlig.
- Oropharyngeal form med sårbildning i mun eller svalg och lymfkörtelsvullnad på halsen.
- Oculoglandulär form med ensidig konjunktivit och preauricular lymfkörtelsvullnad.
- Tyfös form som karakteriseras av långdragen hög feber utan fokala symtom.

Den ulceroglandulära formen är den vanligaste men känslan är att det i årets epidemi setts fler lunginflammationer än normalt. Det beskrivs också en tyfös/pulmonell blandform.

Diagnostik kan ibland vara svår men vid den vanligaste presentationen – ulceroglandulär form är det ofta lätt att ställa klinisk diagnos. Vill man driva mikrobiologisk utredning rekommenderas:

- Serologi. Tänk då på att antikroppar utvecklas sent i förloppet. Ofta först ca 14 dagar efter sjukdomsdebut.
- PCR har relativt hög sensitivitet och specificitet. Lyft på sårkrustan och ta prov från sårkanten med bomullsarmerad provtagningspinne. Se labhandboken! Analysen görs i Umeå.
- Sårodling bör i normalfallet göras mer sällan då det föreligger stor risk för laboratoriesmitta. Ange alltid på remissen om ni har misstanke om harpest! Blododlingar är sällan positiva men tas ofta för att utesluta annan septisk infektion. Ange, med tanke på smittorisken, då alltid klinisk misstanke om harpest om ni skickar blododling.

Behandling av harpest kan ske med ciprofloxacin i dosen 500 mg x 2 per os i 10 dagar. Även barn kan behandlas med ciprofloxacin 15-20 mg/kg/dygn, delat i två doser. Till vuxna kan doxycyklin per os 100 mg x 2 i 14 dagar vara ett alternativ. Aminoglykosider är också användbara på sjukhusbehandlade fall. Penicilliner och cefalosporiner är verkningslösa.

Hur kan man skydda sig från att bli smittad?

- Använd skyddskläder och handskar vid kontakt med döda gnagare.
- Om en jägare upptäcker vita fläckar på inre organ vid slakt av hare ska slakten avbrytas och händerna tvättas omedelbart.
- Använd täckande kläder och myggyggsmedel vid vistelse i skog och mark.

Kommersiellt tillgängligt vaccin saknas.

Nya rutiner vid hälsoundersökning av immigranter

Smärre justeringar har gjorts i de rekommendationer vi har vad gäller provtagning av immigranter av smittskyddsskäl i samband med hälsoundersökningar. Det är främst avseende tuberkulos, där lungröntgen rekommenderas till alla, samt screening avseende multiresistenta bakterier. Det reviderade dokumentet finner man via följande direktlänk:

<https://nlplus.se/upload/IB/dk/stdk/Smittskydd/Informationsblad-smittskyddsblad/Hälsous%20immigranter%202012-05-29.pdf>

Pneumokocker med nedsatt känslighet för penicillin

Pneumokocker med nedsatt känslighet/sensitivitet för penicillin (PNSP) har betraktats som allmänfarlig sjukdom sedan 2004. Med hänsyn till laboratoriebestämningens inbyggda metodvariation valdes då MIC (minsta inhiberande koncentration) $\geq 0,5$ mg/L som gränsvärde för anmälningsplikt eftersom penicillin aldrig är ett behandlingsalternativt för bakterier med

MIC över 1 mg/L. Eftersom det utvecklats olika rutiner i landet för att minska risken för spridning av dessa bakterier har Socialstyrelsen tagit fram riktlinjer för att harmonisera handläggningen av dessa fall. De riktlinjer som Socialstyrelsen publicerade i maj i år gäller i huvudsak för fall av PNSP med den nya gränsen på MIC över 1 mg/L. För dessa fall ska:

- anmälan enligt smittskyddslagen göras
- smittspårning utförs
- förhållningsregler utfärdas, som bland annat innebär att barn med pneumokocker med MIC över 1 mg/L inte får vistas i förskola.

Två på varandra följande odlingar där man inte påvisat PNSP i nasofarynx krävs för att förhållningsreglerna ska lyftas. För mer information och praktiskt flödesschema, se vårt lokala dokument: <https://nllplus.se/upload/IB/dk/stdk/Smittskydd/Informationsblad-smittskyddsblad/PNSP%20rek%20handläggning%202012-05-18.pdf>

För dem av er som vill läsa Socialstyrelsens dokument (54 sidor) finns länken till detta här: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18700/2012-5-13.pdf>

Förebyggande arbete efter ett fall av hepatit A

I början av september inkom en anmälan till Smittskydd om att en person insjuknat i hepatit A. Hepatit A kallas ibland epidemisk gulsot och är en virusinfektion som drabbar levern. Viruset sprids via mat och vatten som förorenats. Det kan även spridas från person till person vid nära kontakt, t ex mellan dem som lever i samma hushåll eller i barngrupper på förskola eller skola. Sjukdomen klassas som allmänfarlig enligt smittskyddslagen.

En person som exponerats för hepatit A virus kan insjukna ca 2-6 veckor efter smittotillfället. Insjuknande kan dock förhindras med vaccination alternativt gammaglobulin om behandlingen ges tidigt efter smittotillfället. Eftersom den insjuknade personen vistades på en skola beslutades att elever och personal, som varit utsatta för smittrisk, skulle erbjudas gammaglobulin för att förhindra nya insjuknanden. Totalt fick 134 personer (108 barn) erbjudande om gammaglobulin-profylax och av dessa var det 113 personer som behandlades med gammaglobulin. Detta utfördes av vårdcentralen på ett föredömligt sätt. I dagsläget har vi inga indikationer på nya fall.

Det är viktigt att komma ihåg att gammaglobulin enbart ger ett kortvarigt skydd (cirka 3 månader). För ett bra långvarigt skydd vid utlandsvistelse rekommenderas att man vaccinerar sig!

Anders Österlund
Smittskyddsläkare
anders.osterlund@nll.se
0920-28 36 19

Anders Nystedt
Bitr smittskyddsläkare
anders.nystedt@nll.se
0920-28 22 45

Ann-Louise Svedberg
Smittskyddssköterska
ann-louise.svedberg@nll.se
0920-28 36 09

Ann-Marie Cylvén
Smittskyddssköterska
ann-marie.cylven@nll.se
0920-28 32 93

Inga-Lill Lundqvist
Smittskyddssekreterare
inga-lill.lundqvist@nll.se
0920-28 36 16