

\$mittsant

INFORMATION FRÅN SMITTSKYDD I NORRBOTTEN

SMITTSKYDD, REGION NORRBOTTEN, 971 80 LULEÅ, TELEFON 0920-28 36 16

Nr 1 – 2017

Innehåll

Anmälningsskyddiga sjukdomar – årsstatistik 2016 för Norrbotten	2
Mag-tarminfektioner	2-3
Multiresistenta bakterier	4-5
Sexuellt överförda infektioner inklusive hiv	6-8
Hepatiter	9
Sjukdomar ingående i barnvaccinationsprogrammet	10
Infektioner och bärarskap bland migranter	10
Övriga sjukdomar inklusive TBC	11-13
2016/2017 års influensaepidemi	14-15
Tabell fall av anmälningsskyddiga sjukdomar 2016	16



2016 var inte så tokigt ur smittskyddssynvinkel. Inga större epidemier!

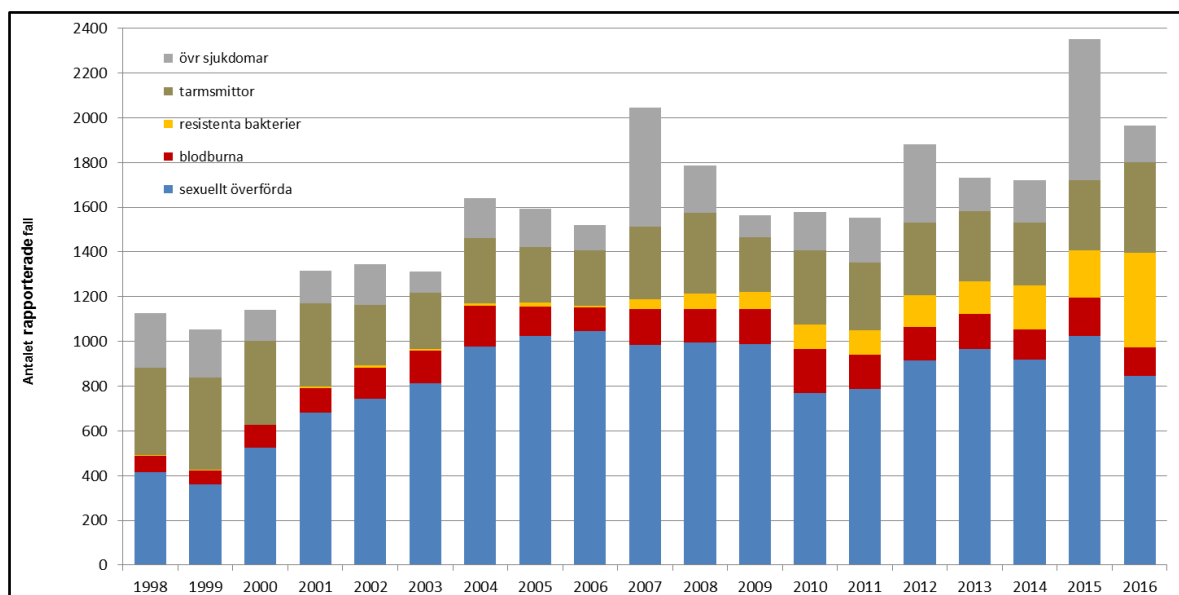
Färre fall av anmälningsskyddiga sjukdomar noteras jämfört 2015, givetvis till stor del beroende på att vi inte hade något harpestår, men också en glädjande minskning av klamydiafallen som står för en stor del av anmälningarna. Screeninginsatserna av våra nyanlända kom igång bra under året även om det finns rätt mycket kvar att göra där. Men inget oväntat i den gruppen. Sen fick vi en ny doktor på ställföreträdandeposten från och med i november – bra! Jonas Hansson ska till att börja med lägga sin energi på Strama-frågor. Viktigt, för där har vi något att lägga på minuskontot. Antalet fall av diagnostiserade multiresistenta bakterier försätter att öka. Och antibiotikaförbrukningen, som minskar i Sverige i stort, ökar i länets öppenvård. Ett annat minus för 2016 var att förberedelserna inför årets influensa tyvärr inte nådde ända fram – ur smittskyddets synvinkel är vi inte bra nog på att vaccinera vare sig länets riskpatienter eller personal på vårdinrättningarna.

Anders Nystedt, Smittskyddsläkare

Anmälningsskyldiga sjukdomar – årsstatistik 2016 för Norrbotten

Viktiga förändringar under året

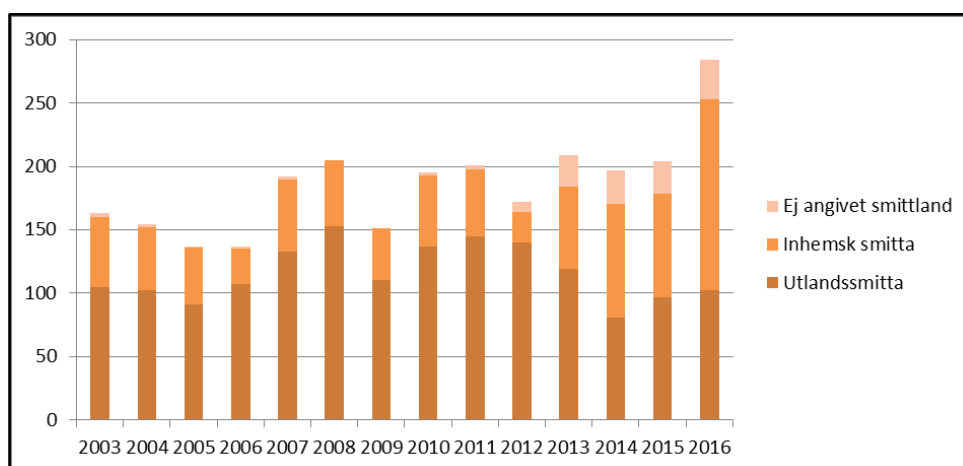
2016 noterades en minskning av antalet anmälda fall enligt Smittskyddslagen med 6,6 %. Till del beroende på att vi i år inte hade någon harpest-epidemi men framför allt glädjande att antalet sexuellt överförbara infektioner minskat. Vi noterar även en liten minskning av de diagnostiserade fallen av blodburna virus. En ökning av antalet framodlade multiresistenta bakterier samt tarmsmittor kommenteras senare i Smittsamt men den ökningen kan givetvis tillskrivas rätt intensiva screening-insatser (den som letar skall finna...) framför allt hos våra migranter.



Mag- tarminfektioner

Campylobakter

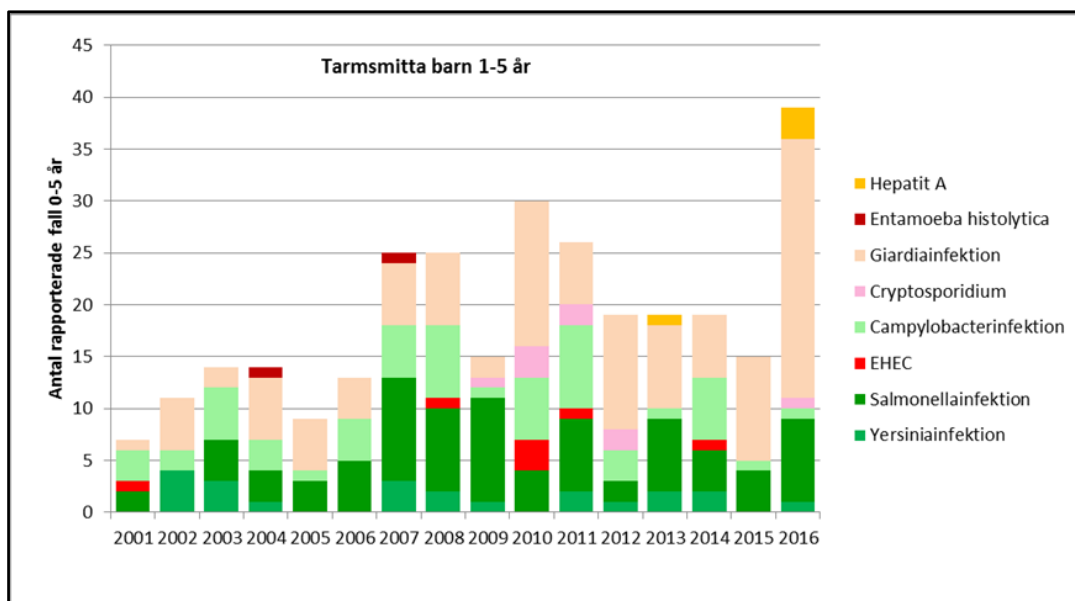
Campylobakter är den vanligaste anmälda gastroenteriten och här noteras, precis som i Sverige i övrigt, ett kraftigt ökat antal framför allt inhemska fall.



Ökningen utreds av Folkhälsomyndigheten och Statens veterinärmedicinska anstalt (SVA), tillsammans med smittskyddsenheterna. Ökningen av antalet rapporterade fall sammanfaller med en rapporterad ökning av campylobakter i kycklingflockar. Prover jämförs nu för att utröna om det är samma typ av bakterie som cirkulerar.

Giardiasis

Giardia ökar rätt kraftigt från 27 fall 2015 till 47 fall 2016. Men här är förklaringen enkel. Endast två av fallen anges smittade i Sverige och en stor majoritet har hittats i samband med screening av nyanlända. Många har plockat upp sitt bärarskap under sin resa till Sverige då man tvingats leva under dåliga sanitära förhållanden. Framför allt är det barnen som drabbats.

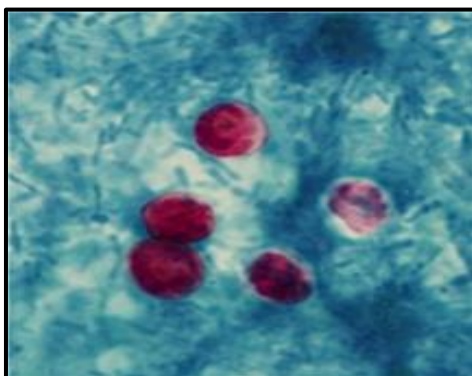


Salmonella, Shigella och Yersinia

60 salmonellafall anmäldes 2016 jämfört med 72 stycken 2015. 15 angavs vara smittade i Sverige. Två fall av shigella – båda sannolikt smittade utomlands. För yersinia summeras tio fall varav fem angetts som inhemskt smittade. Fallen var fördelade över hela året.

Cryptosporidier

Under 2016 hade vi i Norrbotten ett utbrott med cryptosporidier. Bland annat så insjuknade 50 personer efter att ha ätit snittar på ett event i Luleå. Analyser visade att personerna drabbats av cryptosporidier och romansallad som serverades misstänktes vara smittkällan. Trots omfattande lokala och nationella insatser kunde detta dock aldrig bekräftas. Så gåtan förblir olöst.



Cryptosporidium oocystor.
Foto: Marianne Lebbad, Folkhälsomyndigheten

Multiresistenta bakterier

Ytterligare analys och resonemang kring ökningen av antalet multiresistenta bakterier och kopplingen till antibiotikaförbrukning i samhället kommer i Smittsant # 2 2017.

MRSA

Under 2016 rapporterades 165 fall av meticillinresistenta *Staphylococcus aureus* i länet vilket är en kraftig ökning jämfört med tidigare år. 75 % av de fall där smittort angivits är smittade utomlands. 31 av de 165 patienterna hade akut infektion med MRSA, 46 anges som smittbärare, 37 är hittade i samband med screening och 11 vid smittspårning. En del av ökningen förklaras av screeningsprogrammet av migranter men bara en del. Det är givetvis också så att om vi skulle provta etablerade svenskar som till exempel kommer hem efter utlandsresor så skulle vi hitta många, många fler. Situationen ger vid handen att vi nog, i en vårdssituation på sjukhus och hälsocentraler, bör ha inställning till basala hygienrutiner att "alla patienter är MRB-bärare". För oss som var med på 80-talet vill jag påminna om situationen i samband med hiv-epidemin när den vårdhygieniska lösningen då, som nu, blev att vi började handlägga alla patienter som att blodsmitta förelåg. Vilket i princip helt stoppat smittspridning av blodsmitta i vården.

VRE

12 (eller 13 – se nedan!) fall framodlades under 2016. Ett utbrott av vancomycinresistenta Enterokocker noterades på Sunderby sjukhus under våren. Ett utbrott som nog var två. Med tillägg av ett par ströfall... Upprinnelsen var ett fall på IVA som diagnosticerades i januari. Det hittades en *Enterococcus faecium*-stam som primärt spreds till tre ytterligare patienter under vintern men där utbrottet sen åter "flammade upp" under juli månad med fyra nya fall i samband med semestersammanslagningen av avdelningarna under sommaren. Vid smittspårningsinsatserna runt de första fallen hittades en smittkedja till med två fall där indexpatienten var en patient som hade rest runt i Europa och även haft flera sjukvårdskontakter. Kring dessa 8+2 fall hittades dessutom två ytterligare bärare med unika stammar. Samt (om vi ska räkna 13) en norrbottning med unik stam som diagnosticerades och vårdades i Västerbotten.

Den smittspårningsinsats och de vårdhygieniska åtgärder som utfördes av vårdpersonalen med stöd av bland annat Vårdhygien förhindrade en mycket mer allvarlig spridning än den som blev. Situationen kunde ha blivit betydligt mycket värre.

SMITTSKYDD APPLÅDERAR DET ARBETET OCH DE INSATSER SOM GJORDES!

PNSP - Pneumokocker med nedsatt känslighet för penicillin

17 anmälda fall varav 11 är anmälda som smittade utomlands. 6 med okänd smittort. Inga större "förskoleutbrott" noterades under 2016.

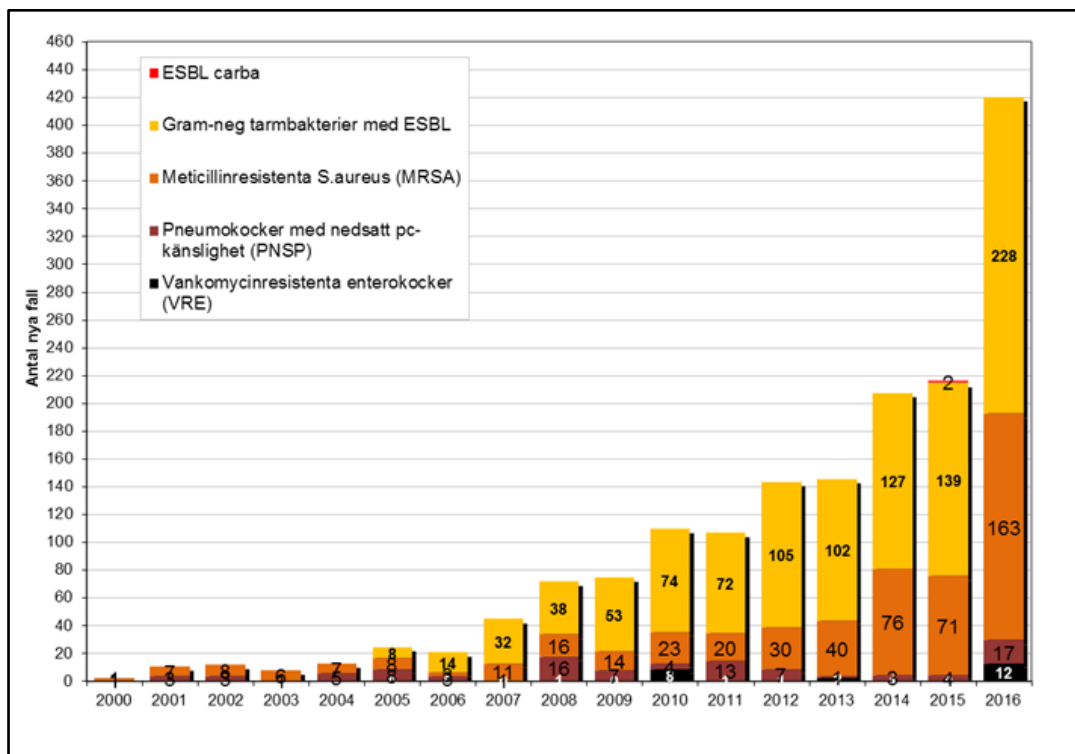
ESBL

Även för ESBL ses en fortsatt kraftig ökning från 139 fall 2015 till 229 stycken 2016. Fem respektive nio av dessa stammar framodlades i blod – bakteriemi/septikemi. Här är majoriteten av fallen hittade hos patienter av svenskt ursprung men inte sällan smittade utomlands även om de uppgifter vi har kring smittort är för dåliga för att riktigt tolka. Mer om detta i Smittsant # 2 2017.

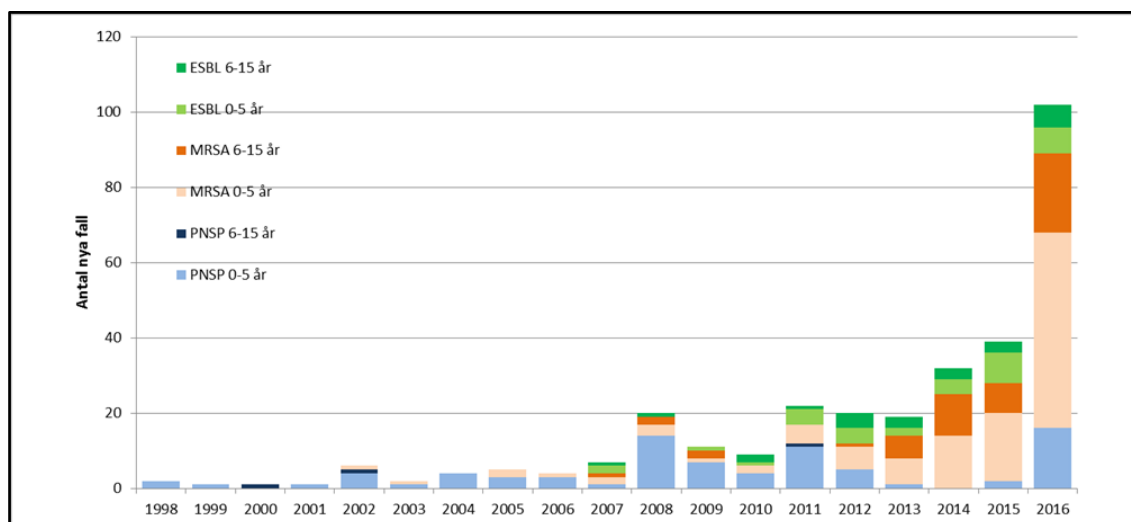
ESBLcarba

Inget fall hittat! Utmärkt!

Och här en graf som beskriver utvecklingen av framodlade resistent bakterier över tid:

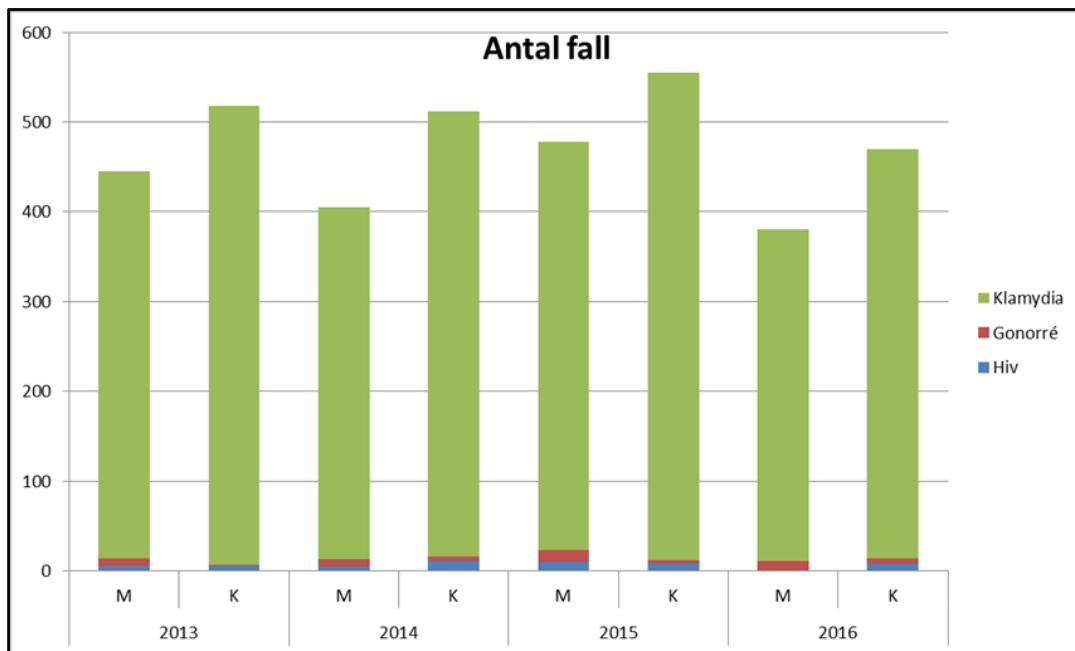


Bärarskap av multiresistenta bakterier plockas givetvis också upp av barn. Så här ser trenden ut i Norrbotten de senaste 19 åren:

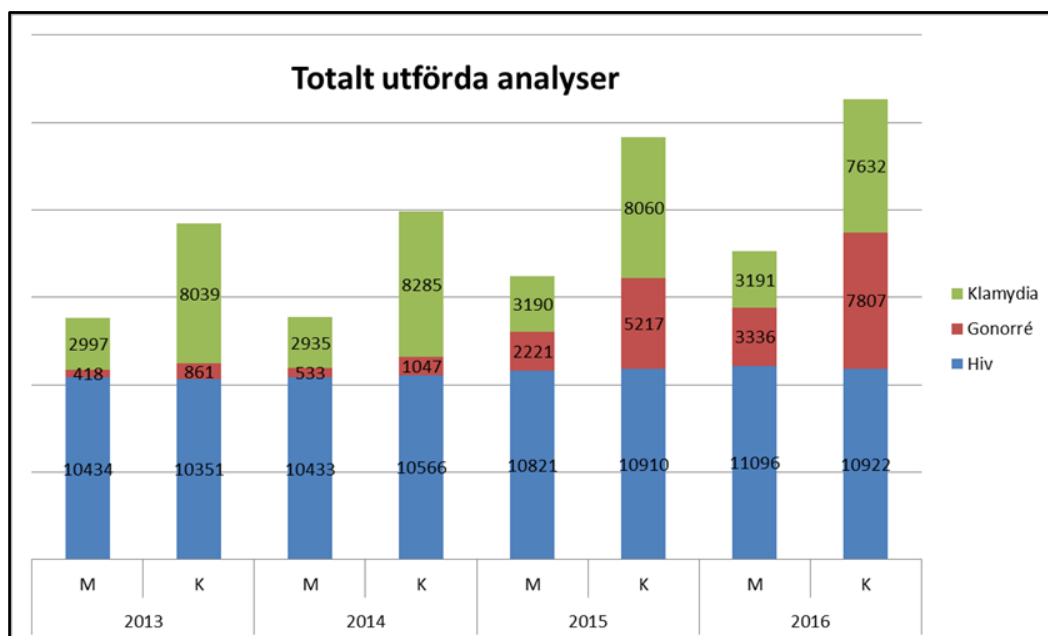


Sexuellt överförbara infektioner

Vi noterar en minskning av antalet fall av sexuellt överförbara infektioner hos både män och kvinnor.

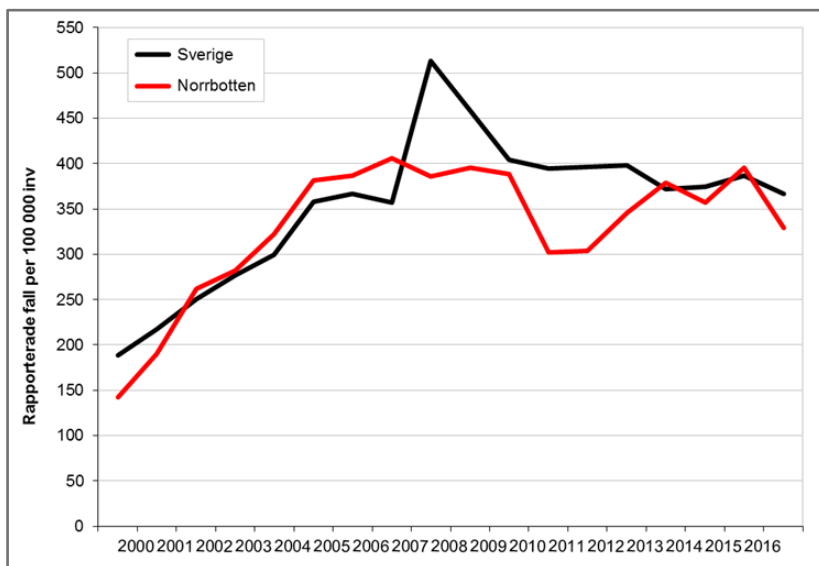


Provtagningsfrekvensen har minskat lite för klamydia hos kvinnor. Men inte i den omfattningen att vi misstror att STI-minskningen är "äkte". Notera också att provtagningsfrekvensen för gonorré ökat men detta beror givetvis på att klamydia- och gonorrétest nu samkörs.

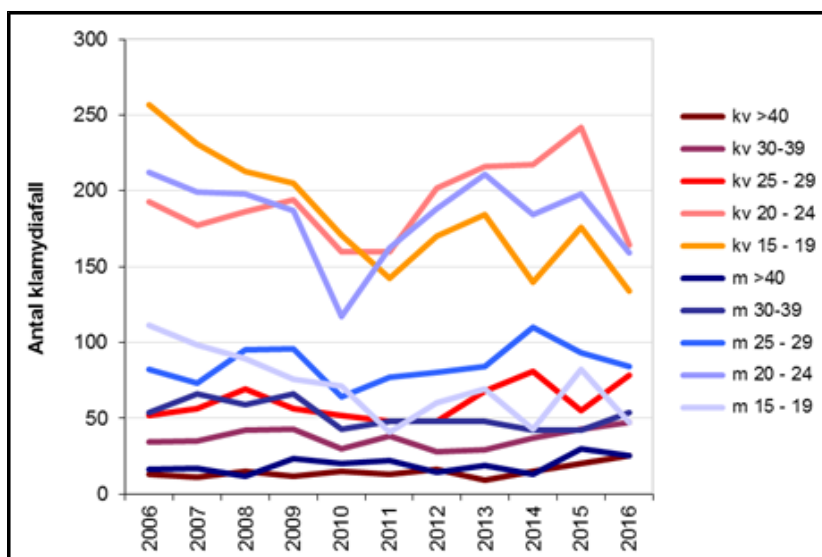


Klamydia

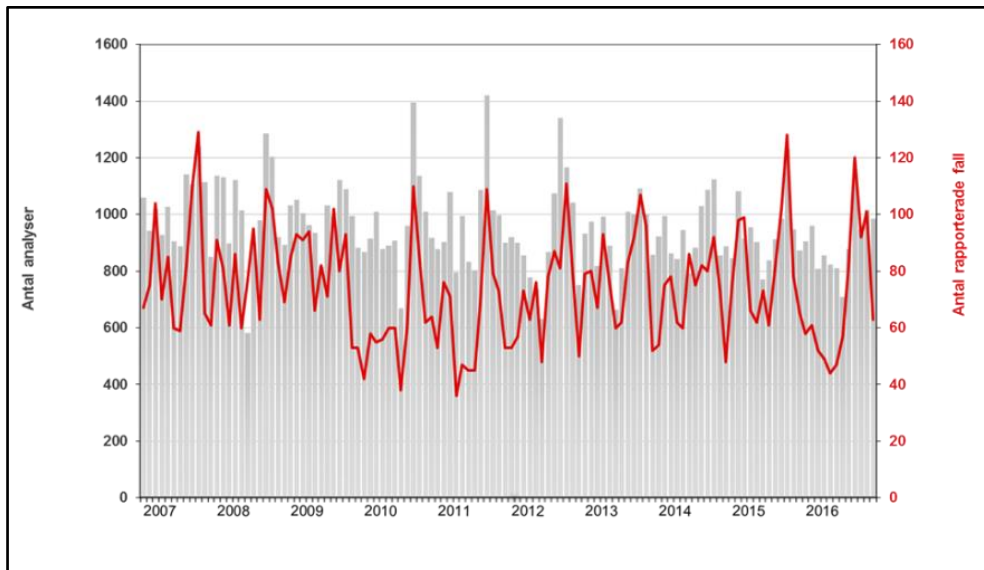
Klamydiaincidensen har minskat under 2016 (825 fall jämfört med 988 stycken 2015). Mycket bra! 45 % av fallen var män vilket är oförändrat jämfört med året innan. Vi ser en minskande trend i alla fem norrlänen (Norr- och Västerbotten, Västernorrland, Jämtland och Härjedalen) och det är nog en "äkta" minskning. Trenden är liknande i hela Sverige men inte riktigt lika uttalat som hos oss i norr.



Klamydiaminskningen är störst i de mest drabbade grupperna - kvinnor 15-24 år och män 20-24 år.



Och provtagningsfrekvensen har minskat något, men inte så att det förklarar hela minskningen.



Gonorré

17 fall rapporterades 2016 (jämfört 16 2015). Elva män och sex kvinnor och för samtliga anges hetero-sexuell smittväg. Sex anmälda som smittade i Sverige, två i övriga Europa, fyra i Asien, två i Afrika och en i Australien. För två fall angavs okänd smittort.

Hiv

Endast sju fall hittades under 2016. Det är det lägsta antal anmälda fall vi haft sedan år 2000. Alla sju patienter var kvinnor, en smittad i Asien, en möjligen smittad i Sverige. Övriga där smittort angivits hade smittats i Afrika.



Hepatiter

Hepatit A

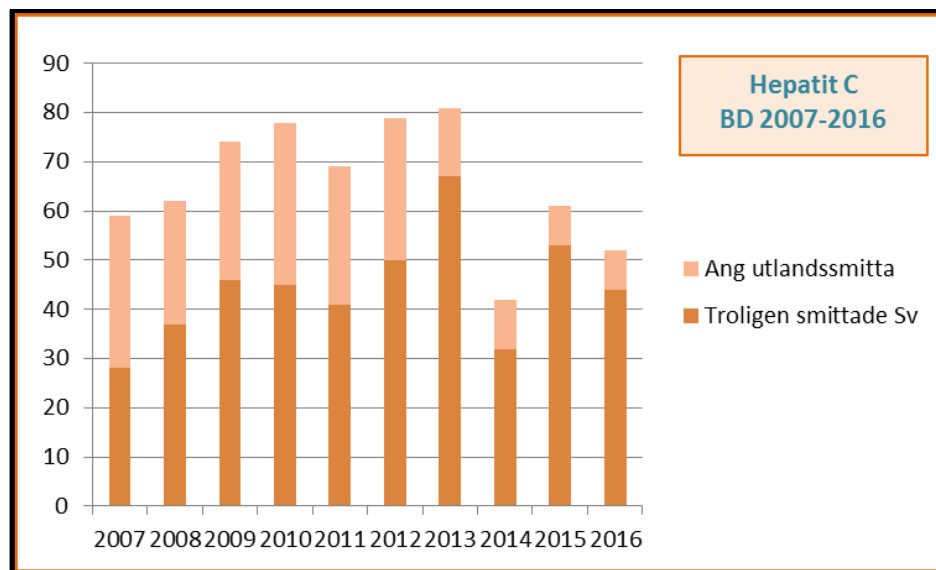
Sex fall och samtliga sannolikt smittade utomlands.

Hepatit B

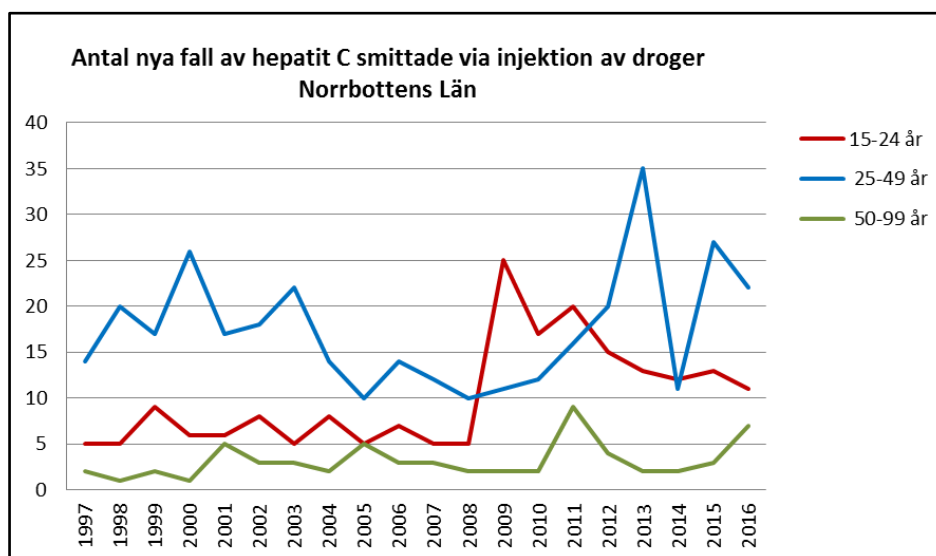
67 fall (jämför 86 i fjol). Inget fall uppgavs smittad i Sverige. Alla fall rörde sig om personer med kroniskt smittbärarskap.

Hepatit C

52 fall varav 8 angavs smittade utomlands. En diskret minskning. Men sannolikt har den behandlingsinsats vi gjort då vi nu har tillgång till nya direktaktiva antivirala medel inte påverkat antalet nysmittade i någon större omfattning. Detta då vi inte behandlar de nysmittade – och man vill misstänka att det är dessa som är mest aktiva avseende intravenöst missbruk som är den huvudsakliga smittvägen i Sverige.



Trenden med färre fall bland mycket unga fortsätter också vilket givetvis är mycket glädjande, men fortfarande ses en fördubbling av antalet fall jämfört med åren innan 2009.



Sjukdomar som ingår i barnvaccinationsprogrammet

Kikhosta.

Glädjande nog kunde inte några större utbrott noteras under 2016. 7 fall diagnosticerades jämfört med 22 fall 2015. Bra! Se även Smittsant 3-2016.

Invasiva infektioner med Pneumokocker och Haemophilus influenzae.

Invasiva Pneumokocker 35 fall vilket kanske kan beskrivas som ett normalår. Bara ett av fallen rörde sig om barn i förskoleåldern. Det framgår inte av anmälan om barnet var vaccinerat men samtidigt var pneumokocken av serotyp 3 som inte täcks av vaccinet Synflorix®. Det pågår en diskussion om det skulle vara dags att byta vaccin till barnen i norra regionen? Synflorix® visar sig vid en genomgång av framodlade invasiva stammar i Norrbotten mellan 2013 – januari 2016 bara täcka 21 % av genotyperna. Det alternativa vaccinet Prevenar® täcker i alla fall dubbelt så många - 42 % av stammarna i genomgången.

Resistenta pneumokockstammar hittas, inte oväntat, oftare hos småtingar. Här var 12 av de framodlade stammarna från barn i förskoleåldern.

Invasiv Haemophilus influenzae och 4 fall 2016. Inga barn.

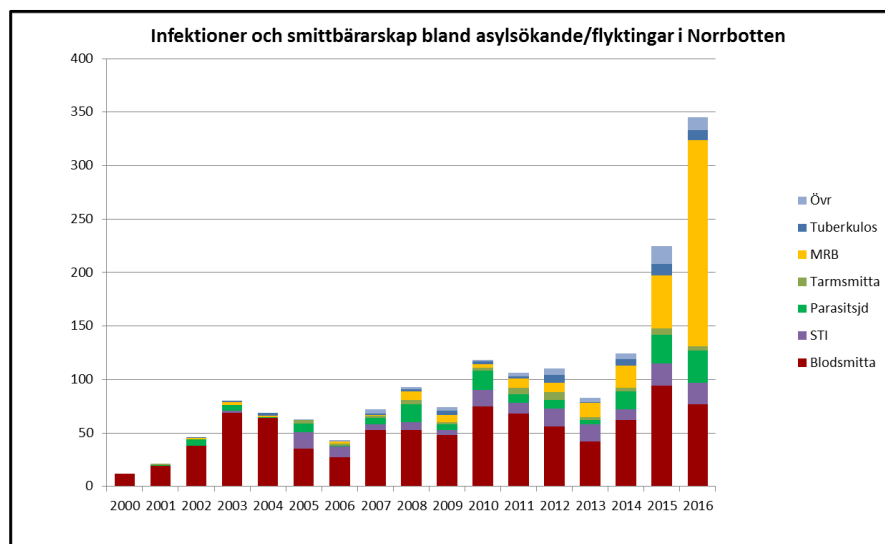
Infektioner och bärarskap bland migranter och asylsökande

En omfattande insats där provtagningar motiverade av smittskyddsskäl har genomförts i samband med hälsoundersökning av asylsökande och flyktingar under 2016. Ännu är man inte ikapp och klara – alla är ännu inte färdigundersökta – men det har gjorts en diger insats!

Screeninginsatserna identifierar behov hos de nyanlända och ger oss möjlighet att sätta in insatser där så behövs men utgör också en bra grund för att stoppa spridning av smitta. Att ha god kännedom om sitt smittbärarskap gör att man inte smittar andra. Vi ser oerhört sällan spridning av känd infektion från migrantgruppen till etablerade svenskar här i länet. Vilket också är helt enligt förväntan. Migranterna själva är nog mer utsatta varför det är viktigt att de snabbt erbjuds hälsoundersökningar.

Se även [vägledningen "Människor på flykt" från Folkhälsomyndigheten](#)

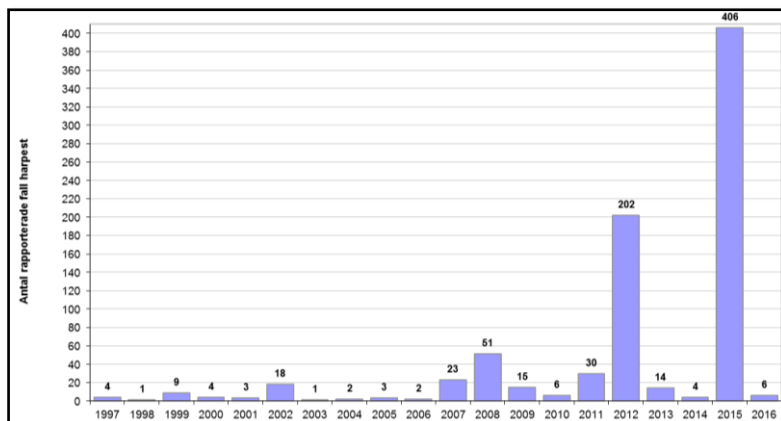
Här statistik från provtagningarna av migranter och asylsökande:



Övriga sjukdomar

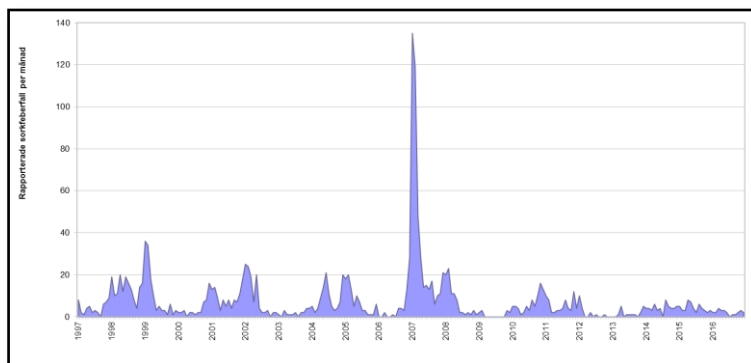
Harpest

2015 års enorma harpestutbrott färskt i minnet! 2016 blev ett mycket lugnare år:



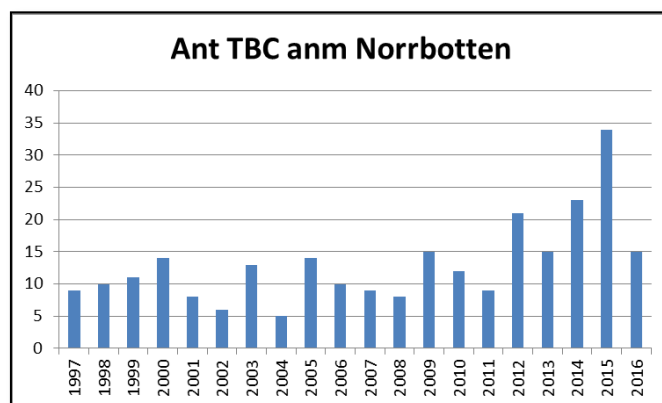
Sorkfeber

Även Nefropathia epidemica-fallen var få...

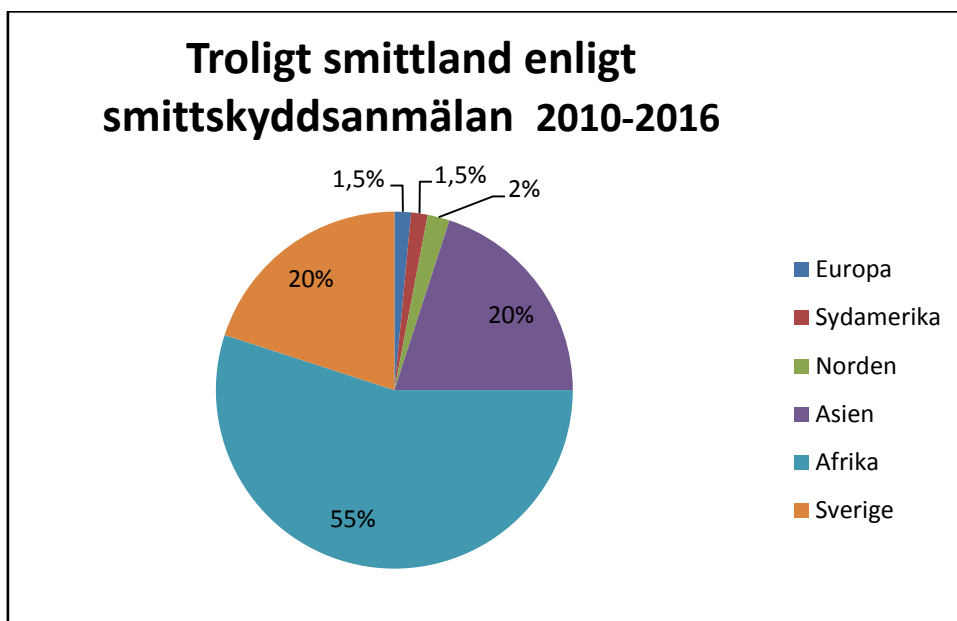


TBC

Och antalet anmälda fall av tbc. Detta då trots en omfattande screeninginsats bland våra nyanlända.

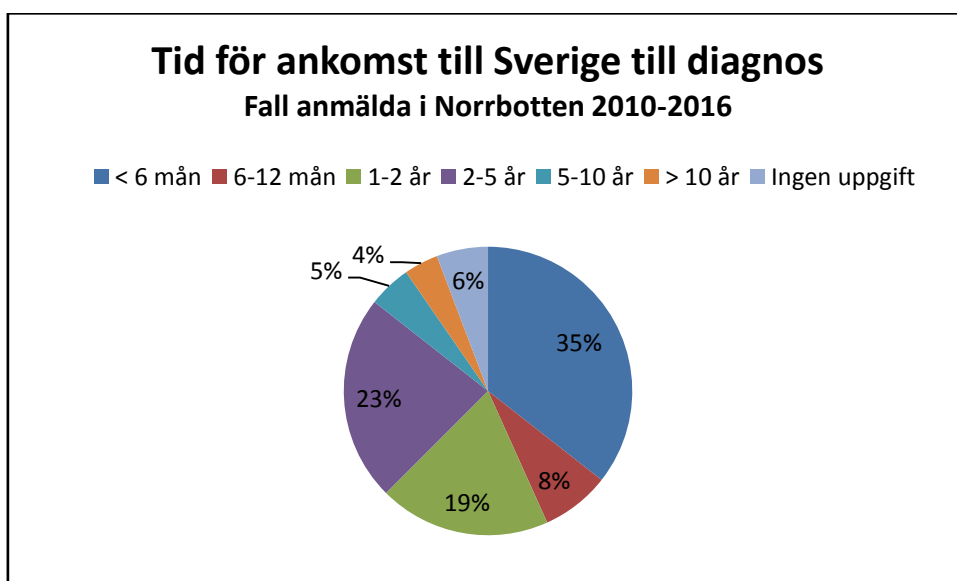


De flesta som insjuknade i TBC under 2016 hade smittats innan ankomst till Sverige. Två personer bedömdes smittade i Sverige. En av personerna hade smittats som ung i mitten av 1900-talet och den andra personen har ursprung i annat land och smittades av en nära kontakt, också med utländsk härkomst.

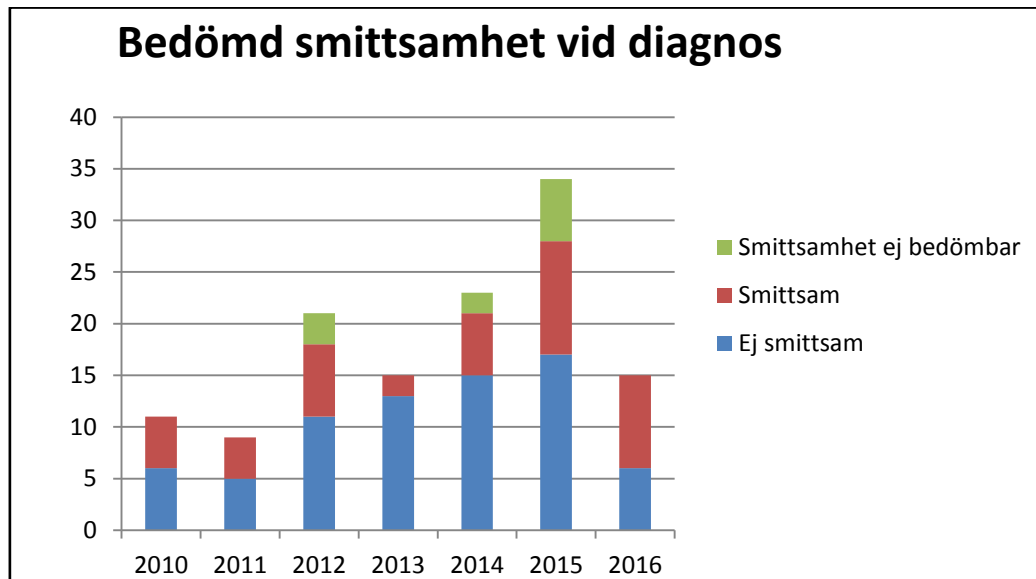


Vid bedömning av troligt smittland ser vi att de flesta fall i Norrbotten liksom nationellt har smittats i regioner med hög förekomst av tuberkulos. Att Sverige fortsatt ligger högt i statistiken beror till största del på att personer som smittats i början/mitten av 1900-talet, då tuberkulos var vanligt i Norrbotten, insjuknat senare i livet. Om en person smittas kan bakterien ligga vilande i kroppen under många år (latent tuberkulos) och för de allra flesta händer inget mer. Mellan 5-10 % av de som smittas insjuknar i en aktiv TBC. Att tuberkulos reaktiveras beror ofta på att personens immunförsvar försvagas av någon orsak, t ex av olika immunhämmande läkemedel eller hög ålder.

De flesta insjuknar inom 2 år efter smittotillfället och detta kan vi också se i statistik från Norrbotten.

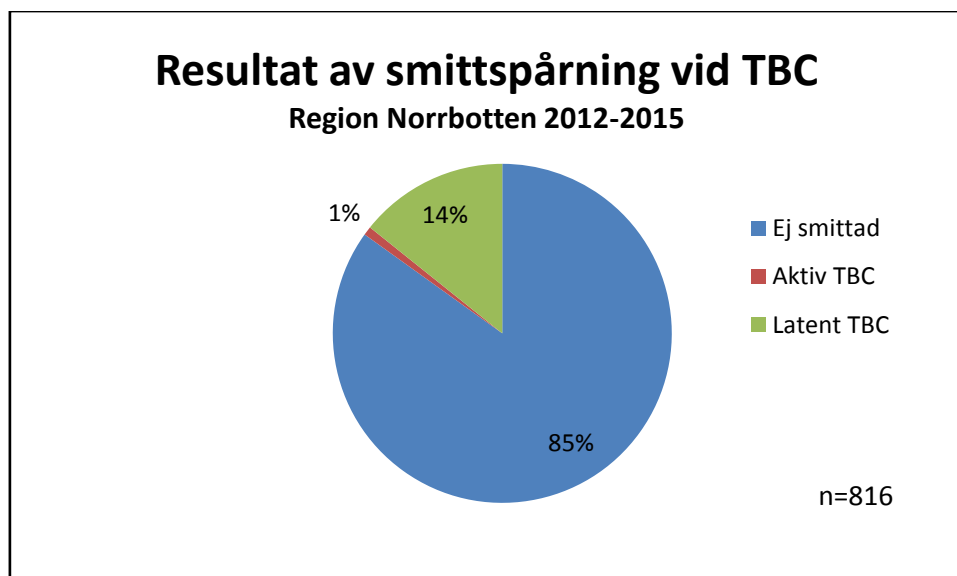


Det är långt ifrån alla som får tuberkulos som har en smittsam sjukdom. Vid varje fall av tuberkulos görs en bedömning av smittsamhet och behov av smittspårning. Tidig diagnos och smittspårning är viktigt för att begränsa eventuell smittspridning.



Vid smittspårning (miljöundersökning) undersöks nära kontakter och mellan åren 2012-2015 undersöktes totalt 816 kontakter (t ex anhöriga, vänner, personal) till personer med smittsam tuberkulos (tbc). Vid dessa miljöundersökningar fann man 8 personer (1 %) som hade en aktiv tuberkulos. Uteslutande rörde det sig om väldigt nära kontakter (anhöriga och nära vänner).

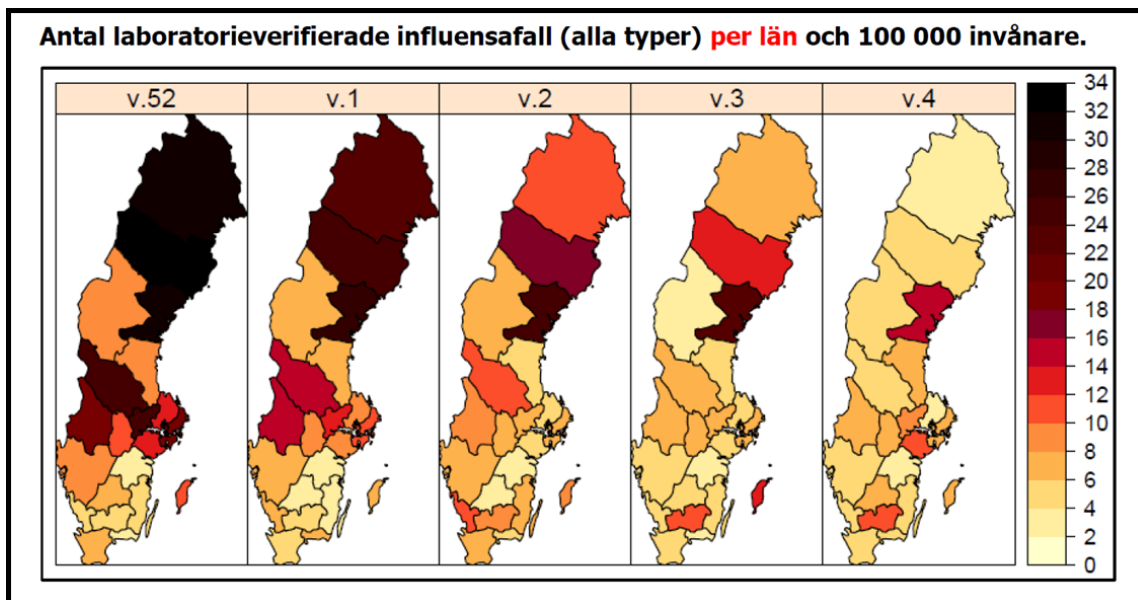
Resultatet av miljöundersökningarna visade också att 14 % av kontakterna hade latent tbc. I de flesta fall går det inte med säkerhet att säga att det är vid detta tillfälle som personen smittats. Det utredningen visar är att personerna någon gång kommit i kontakt med tuberkulosbakterier. De flesta som hade latent tuberkulos kommer från länder med hög förekomst av tbc. Närmare hälften (46 %) av personerna med latent tuberkulos fick, enligt de riktlinjer som finns, förebyggande behandling för att minska risken att insjukna senare i livet.



2016/17 års influensaepidemi

Säsongens influensaepidemi blev ju omfattande och medförde, förutom risk och lidande för våra patienter, också en stor belastning på sjukvården, särskilt då toppen kom redan omkring nyår. Norra delarna av Sverige verkar också ha drabbats särskilt hårt.

Här statistik från Folkhälsomyndigheten:



Orsakerna till att utbrottet blev så stort är säkert många. Delvis kan det bero på att de flesta fallen i år var orsakade av Influenza A (H3N2), det vill säga i nedstigande led från 1968 års Hong Kong-epidemi. Sedan 2009 har ju Influenza A (H1N1) varit vanligast. Troligen har immuniteten i befolkningen mot just H3N2 avtagit? Men sen måste vi också vara självkritiska i sjukvården. Vi har varit alldeles för dåliga på att nå ut till de riskgrupper som bör vaccineras årligen. Framför allt våra ålderspensionärer och de med konkurrerande sjukdomar.

Troligen når årets vaccinationstäckning bara upp till cirka 40 %. Hur vi ska lösa det till nästa år måste vi fundera över. Jag tror att de läkare som har hand om patienter som tillhör riskgrupperna måste "ordinera" influensavaccin på individuell basis. Ska vi börja kalla patienterna till vaccinationsmottagning? Hur kan vi underlätta tillgängligheten till vaccination? Det krävs en ganska stor insats för att lyckas med detta men... Den insats som krävs i det att vi i stället måste ta hand om patienterna när de blir sjuka är mycket större.

I norra Finland vaccinerar man omkring 75 % av riskgrupperna. Och mellan 80-90 % av personalen.

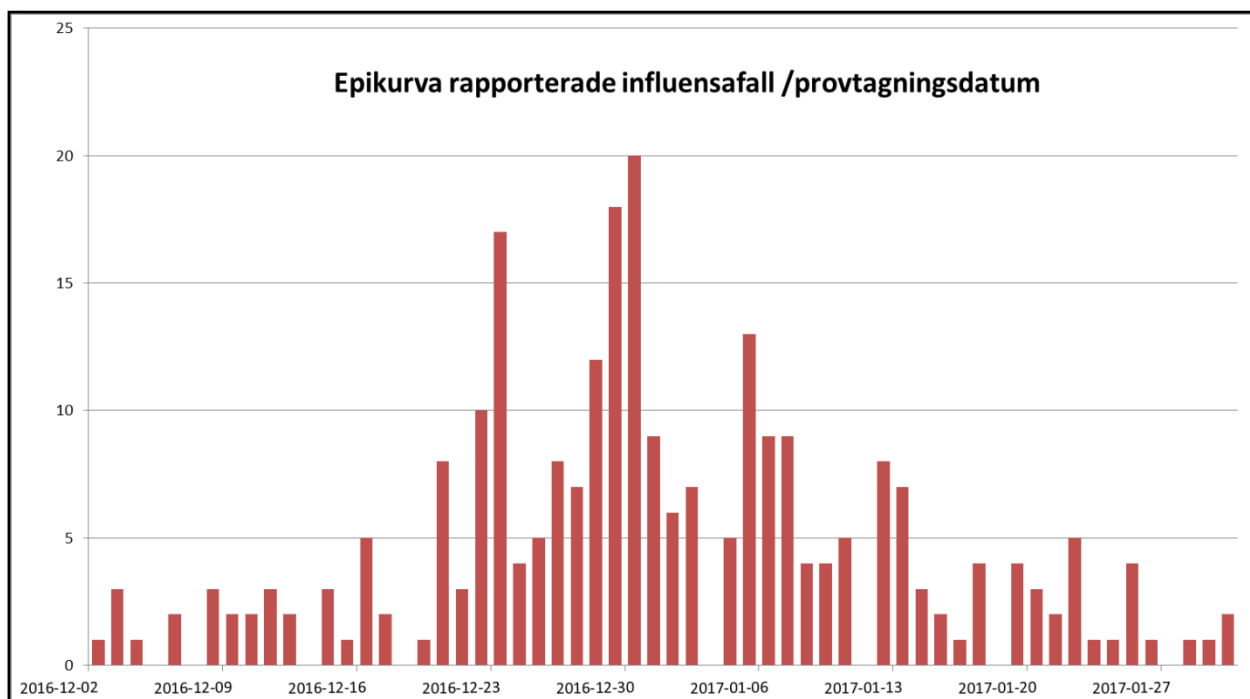
Sen var, verkar det som, skyddseffekten av årets vaccin sämre än vanligt. I data från Stockholm talas om en skyddseffekt på låga 30 %. Vi vill helst ha ett skydd mot allvarlig influensa/komplikationer på 50-70 %. När epidemin väl är över kommer vi att skatta vaccineffekten i Norrbotten också.

Sen bör också vården försöka vara bättre förberedda till nästa års epidemi. Inte minst bör vi väl se till att personalen är vaccinerade. Inte bara för att förhindra sjukdom och sjukfrånvaro utan också då vi i år sett att personal smittat ineliggande patienter på sjukhusen. Så får det inte vara!

Och sist men inte minst! Glöm inte att även vaccinera de patienter ni har som tillhör riskgrupperna mot Pneumokocker också. Med all sannolikhet också en folkhälsoförbättrande åtgärd med god hälsoekonomi. Och pneumokockvaccination kan man ju genomföra när som helst under året!

Se även [länk till vårt pneumokockvaccinations-PM](#)

Så här ser epikurvan ut för diagnosticerad Influenza säsongen 16-17 i Norrbotten:



Tabell – fall av anmälningsskyldiga sjukdomar

Sjukdom (där fall rapporterats i Norrbotten under de senaste fem åren)	2012	2013	2014	2015	2016
Atypiska mykobakterier	4	7	11	7	5
Brucellos	1	0	0	0	2
Campylobacter	228	209	197	204	284
Cryptosporidium	3	1	0	0	13
Denguefeber	2	4	1	8	10
Echinokocker	0	0	1	0	0
EHEC	0	1	1	2	2
ESBL	105	102	122	139	229
ESBL-CARBA	0	0	0	2	0
Entamoeba histolytica	0	0	0	3	0
Giardia	27	16	20	27	47
Gonorré	11	9	13	17	17
Harpest	204	14	4	406	6
Hepatit A	1	3	0	3	6
Hepatit B	48	65	68	86	67
Hepatit C	79	81	42	61	52
HIV	19	12	16	18	7
Inv H.influenzae	3	3	3	2	4
Inv meningokocker	4	2	0	1	4
Inv pneumokocker	38	37	29	36	35
Inv S.pyogenes	11	23	18	20	14
Kikhosta	6	2	14	22	8
Klamydia	857	942	888	988	825
Legionella	8	10	7	7	4
Leptospira	0	0	0	0	0
Listeria	0	2	3	6	6
Malaria	3	1	6	6	0
MRSA	30	40	75	71	165
Mässling	0	0	0	0	0
Papegojsjuka	0	1	0	0	0
Paratyfoidfeber	1	0	0	0	0
PNSP	7	1	2	2	18
Påssjuka	1	0	0	0	0
Salmonella	84	86	58	72	60
SARS	0	0	0	0	0
Shigella	8	1	4	2	2
Sorkfeber	18	18	52	58	24
Stelkramp	0	0	0	0	0
Syfilis	2	2	3	1	3
Tuberkulos	21	15	23	35	15
Tyfoidfieber	0	0	0	0	1
Viral meningoencefalit	5	4	12	14	5
VRE	1	2	1	0	12
Yersinia	8	6	7	4	10

Anders Nystedt
Smittskyddsläkare
anders.nystedt@norrboten.se
0920-28 22 45

Jonas Hansson
Stf. smittskyddsläkare
jonas.hansson@norrboten.se
0920-28 36 19

Ann-Louise Svedberg-Lindqvist
Smittskyddssköterska
ann-louise.svedberg-lindqvist@norrboten.se
0920-28 36 09

Ann-Marie Cylvén
Smittskyddssköterska
ann-marie.cyven@norrboten.se
0920-28 32 93

Inga-Lill Josefsson
Smittskyddssekreterare
inga-lill.josefsson@norrboten.se
0920-28 36 16