

Innehåll:

- **Influensa**
- **Spårning av klamydia**
- **MRSA**
- **Karbapenemresistenta bakterier**
- **Löss**

Influensa

Den 11 augusti deklarerade WHO att världen inte längre befinner sig i pandemiläge. Pandemigrad 6 hade gällt sedan 11 juni 2009. Beslutet togs efter att man studerat influensaläget på södra halvklotet nu under deras vinter. På vissa håll har man haft kraftigare smittspridning som t.ex. i Nya Zeeland men det har ändå tett sig som en säsongsinfluensa. Hos oss kan vi räkna med att svininfluensan åter sprider sig till vintern men troligen blir det inget stort utbrott då en så stor del av befolkningen vaccinerade sig i vintras.

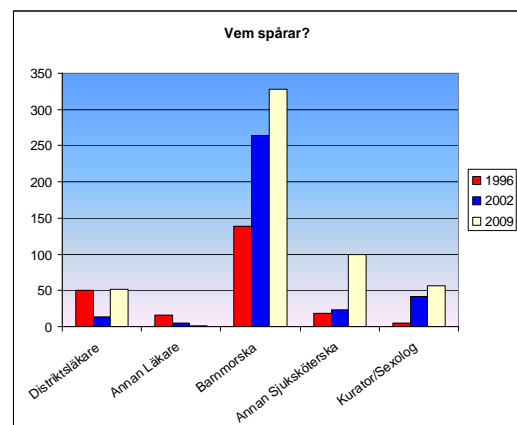
Vid tidigare pandemier har det nya viruset helt tagit över på bekostnad av tidigare cirkulerande stammar. Om det blir så även nu vet vi inte men sedan svininfluensan snabbt upphörde vid nyår har vi bara haft få fall av influensa i landet. H3N2 har cirkulerat men med låg aktivitet.

Till hösten kommer vi ha en vanlig influensakampanj som riktar sig till ålderspensionärer och yngre med främst hjärt- och lungsjukdomar. Brev kommer att skickas till alla hushåll med ålderspensionärer. Vaccinet innehåller tre virusstammar där H1N1-stammen är svininfluensa, dessutom ingår en H3N2 och en B-stam. Vaccinet innehåller inte det adjuvans som Pandemrix® innehöll. I den mån patienter, som inte tog vaccinet förra vintern, vill vaccinera sig mot svininfluensan bör vi ge Pandemrix®. Adjuvans gör nämligen att man får ett bättre skydd. Det vanliga säsongsvaccinet bygger på att kroppen redan har antikroppar mot besläktade virusstammar och fungerar därför sämre då det kommer ett helt nytt virus.

Spårning vid klamydia

En effektiv partnerspårning är kanske den mest effektiva åtgärden vi har för att begränsa smittspridning av klamydia. Genom åren har vi haft många utbildningssatsningar i länet, inte minst efter 2004 då det kom en helt ny lagstiftning med ökade krav på dokumentation och smittspårningsjournaler. För att utvärdera verksamheten har vi under tre år (1996, 2002 och 2009) skickat ut enkäter till alla som anmäler klamydiafall. Sammanfattningsvis har mycket blivit bättre. Problemet är att arbetet är fördelat på för många personer, vilket gör det svårt att få erfarenhet. Skall vi få en ännu bättre spårning behövs någon form av central spårning där ett fåtal personer med specialintresse blir riktigt duktiga.

Genom åren är det främst barnmorskor som stått för spårningen. Första året 1996 hade vi även en kurator som spårade på hudkliniken men nu utförs jobbet av sköterskor. Sexolog har vi bara en som främst spårar killarna på



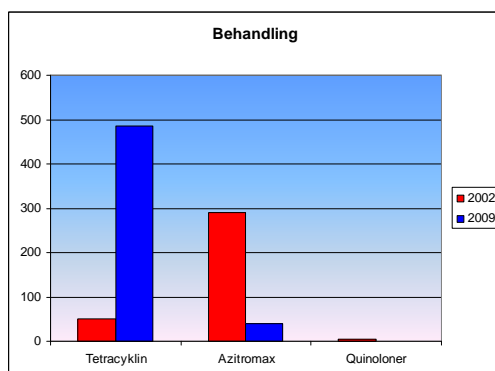
ungdomsmottagningen. När det gäller spårningar som görs av läkare är det nästan uteslutande distriktsläkare. I den fortsatta utvärderingen har jag sammanfört barnmorskor sjuksköterskor och sexolog i en grupp kallad sjuksköterskor. Alla dessa har spårningen som en viktig del av sin verksamhet medan det för en distriktsläkare bara blir enstaka fall.

Tidigare rekommendation var att man skulle spåra 6 månader tillbaka i tiden. Efter att man i Umeå gjort en studie som visade att så många som 30 % av kontakterna från 6-12 månader var positiva ändrade vi våra lokala rekommendationer. Som synes har detta fått ett bra genomslag hos sjuksköterskorna som nu spårar de flesta fall upp till ett år tillbaks i tiden.

När det gäller hur många kontakter man får fram vid varje spårning har detta ökat genom åren. Detta kan bero på att vi blir bättre på att ta anamnes men troligen är det så att många även har fler partners i dag än tidigare. Det finns många undersökningar i landet som tyder på detta. Orsaken till att alla sedan inte blir testade har tre förklaringar:

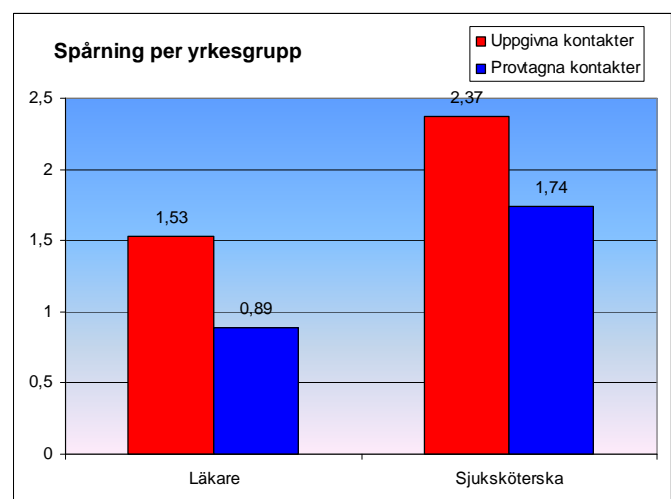
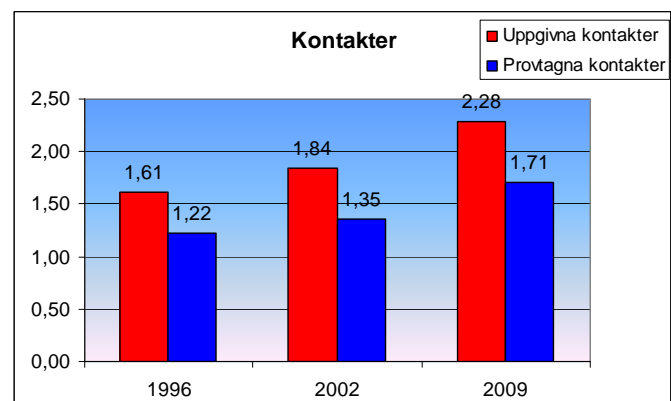
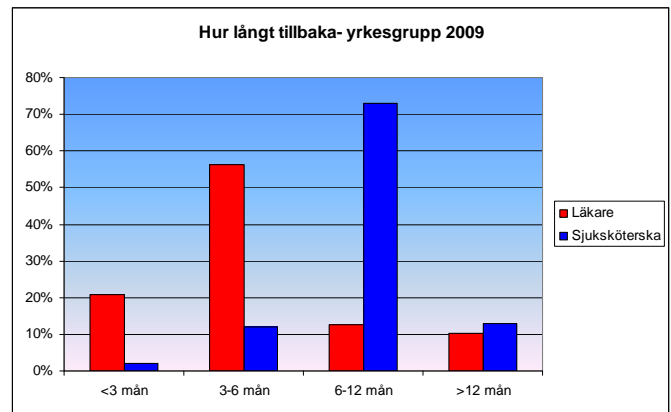
1. Kontakt utomlands där vi inte kan följa upp om man låter testa sig.
2. Osäkra personuppgifter. Det är i dag vanligt att man bara har ett förnamn och ett mobilnummer till sina kontakter. Eftersom de flesta sedan har betalkort på mobilen kan man inte spåra personen om de inte svarar.
3. Sedan är det alltid en del som inte kommer trots upprepade brev. Den som har ansvaret för spårningen skickar då in en s.k. paragrafanmälan till smittskyddet som sedan försöker få personen att testa sig. Under förra året fick vi in 192 sådana anmälningar.

Nästa figur påvisar en rätt stor skillnad i antalet uppgivna kontakter beroende på vilken yrkesgrupp som spårar. Delvis är det nog en reell skillnad där ungdoms-mottagningens patienter har fler kontakter än de som söker vårdcentralerna men till en viss del beror det säkert på att sköterskorna har större vana och träning på att föra dessa samtal.

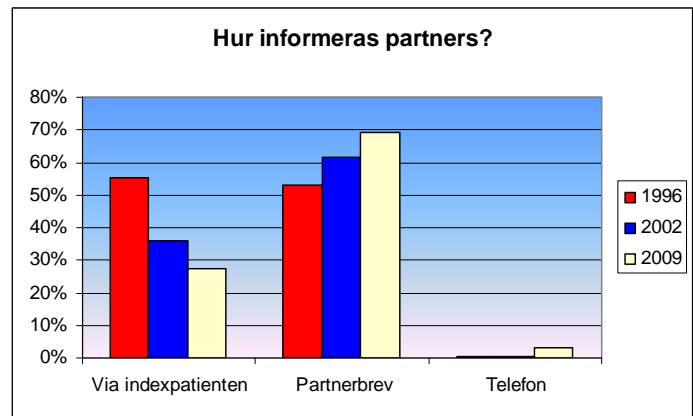


År 2002 var

Azitromax® standardbehandling. Fördelen var att det gavs som engångsdos och man kunde dela ut tablettorna redan på mottagningen och observera att patienten tog medicinen. Vår behandlingsrekommendation har sedan bytts till Doxyferm® som är billigare och troligen en säkrare behandling. Azitromax är nu andrahandspreparat i de fall där man inte tror patienten klarar av att ta hela kuren. Figuren visar att de ändrade rekommendationerna fått bra genomslag.



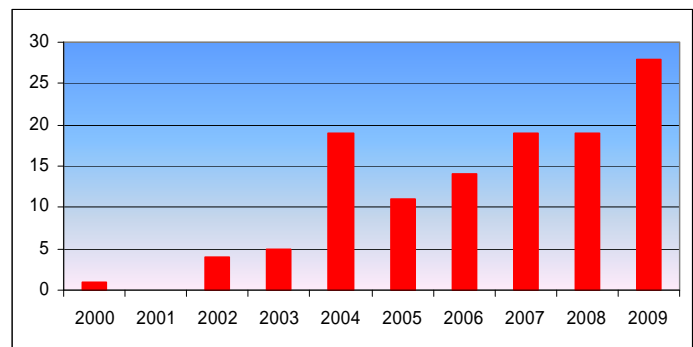
Den sista figuren visar hur kontakterna får sin information. Många gånger tycker man kanske att det är lättast att låta indexpatienten själv informera sina partners. För att den som spårar skall vara säker på att kontakterna får rätt information är det dock säkrast att skicka partnerbrev. Är det så att indexpatienten själv vill informera bör man skicka med ett partnerbrev som denne får överlämna. Genom åren har andelen som får partnerbrev skickade ökat. Däremot är andelen som använder telefon och personliga besök lågt.



Sammanfattningsvis har spårningen blivit bättre. Vi spårar nu längre tid och fler personer blir undersökta. Att föra ett bra spårningssamtal är dock en svår konst. Samtidigt är det en ypperlig möjlighet att med motiverande samtal påverka en person med ett riskfyllt sexuellt beteende. När Norrbotten införde central smittspårning, där ett fåtal personer hand om alla klamydiafall för behandling och spårning, såg man stora skillnader. Antalet kontakter som man fick fram ökade med 40 %. Av alla anmälda klamydiafall upptäcktes nu över hälften vid spårning. I vårt län är 45 % av killarna och 32 % av tjejerna upptäckta i samband med spårning. Inom länets STI-grupp undersöker vi nu om det finns möjlighet även för vårt län att införa en organisation med centrala smittspårare.

MRSA

MRSA är gula stafylokocker som utvecklade resistens mot stafylokockpenicilliner och cefalosporiner. Under senare år har vi i hela landet sett en kraftig ökning. För 10 år sedan såg vi enstaka patienter som då oftast var smittade via sjukvård utomlands. I dag har dessa bakterier etablerat sig i samhället och flertalet av fallen inkommer som samhällsförvärvade bölder. I år har vi redan haft 20 fall. Några av dessa blev smittade i samband med neonatalvård.



Vårt arbete får i första hand inriktas på att förhindra att dessa bakterier får fotfäste inom vården. Grunden här är de basala hygienrutinerna vi har inom vården. Många av de drabbade patienterna känner sig stigmatiserade när de bär på MRSA. Det är då viktigt att förklara att dessa stafylokocker kräver en annan behandling men i övrigt skiljer de sig inte från känsliga stammar. Man blir således inte lättare och ej heller svårare sjuk om man får en infektion av dessa bakterier. Vi har sedan flera år en rutin där vi "friförklarar" smittbärare efter tre negativa provomgångar. I många landsting har man inte gjort detta utan varningen i journalen har fått stå kvar. Socialstyrelsen har nu kommit ut med riktlinjer för att få till en likartad hantering i hela landet. Enligt dessa kan man sluta kontrollera patienten och ta bort märkningen om man har minst tre negativa provomgångar och det har gått ett år sedan de första negativa proven. Vi har nu ändrat våra rutiner och följer alla minst ett år. Naturligtvis kan man inte ge några garantier att bakterierna ej dyker upp även efter ett år men risken bör då vara i samma storleksordning som i den övriga ej testade befolkningen. I samband med att vi avbryter kontrollerna brukar vi informera om att bakterierna kan dyka upp igen och att man bör informera vården om att man tidigare haft MRSA om man åter får antibiotikakrävande infektioner. Detta för att vi skall kunna ta odlingar och säkerställa en adekvat behandling. I ett separat dokument tar man upp förskolan. Man slår fast att barn med MRSA inte skall vistas i förskolan vid följande tillstånd:

- klinisk infektion av sin MRSA
- hudlesioner som vätskande eller svårläkta sår, eksem, bölder, impetigo eller paranykier
- om barnet är bärare i luftvägarna bör de vara hemma vid rinnande snuva oberoende av om den orsakas av förkylning eller allergi.

För den som vill fördjupa sig går det att hämta hem dokumenten från www.socialstyrelsen.se och www.strama.se Det finns även länk från smittskyddets hemsida.



Karbapenemresistenta bakterier

Lancet har publicerat en artikel där man rapporterar om ett nytt resistensenzym som verkar vara vanligt i Indien och Pakistan. Resistensgenen kallas NDM-1 (New Delhi Metallobetalaktamas) och gör att bakterierna blir resistenta mot penicilliner, cefalosporiner och karapenemer. Ofta har det bara varit colistin, ett gammalt preparat som vi normalt inte använder, som haft effekt. Oftast har det rört sig om K. pneumonie men även E. coli stammar har haft NDM-1 men även andra enterobakterier kan ta upp enzymet. Under senare år ser man även en snabb ökning i Storbritannien. Många av deras patienter har smittats på den indiska subkontinenten men man ser nu även samhällsförvärvade fall i England. I Sverige har vi konstaterat två fall med NDM-1 genen. Båda dessa patienter var smittade i Indien.

Resistensen ökar och kommer allt närmare oss. Redan i dag utgör NDM-1 genen ett folkhälsoproblem i Indien och Pakistan.

Huvudlöss- nya rekommendationer

Läkemedelsverket har kommit med nya rekommendationer när det gäller behandling av löss, detta då det nu finns resistens mot både Prioderm® och Nix®. Ingen vet hur vanligt resistensen är, ofta beror terapivikt på att man ej följt förpackningens instruktioner. Diagnostiken bygger på noggrann kamning med luskam i fuktigt hår med balsam. Endast personer med levande löss ska behandlas. Förstahandsmedel är nu medicintekniska produkter som silikonolja (Hedrin®) eller växtolja (Paranix®). Kostnaden för en kur ligger på drygt 150 kr. I andra hand används Tenutex®. För preparatet finns ingen resistens noterad men medlet är besvärligt att använda då det måste sitta i under 24 timmar. I tredje hand rekommenderas Prioderm® kutan lösning och först i fjärde hand kommer Prioderm® och Nix® schampo. Se även Läkemedelsverkets hemsida <http://www.lakemedelsverket.se/Alla-nyheter/NYHETER-2010/Sa-behandlar-du-huvudloss--ny-rekommendation-fran-Lakemedelsverket/>

Kontakt:

Smittskyddsläkare: Arne Runehagen
 Bitr. Smittskyddsläkare: Christian Blomqvist
 Smittskyddssköterska: Magnus Hermann
 Sekreterare: Gunilla Lundberg

Tel: 0470-58 82 78 Fax: 0470-58 71 59
 E-post: clv-smittskydd@ltkronoberg.se