

Smittsant

INFORMATION FRÅN SMITTSKYDD I NORRBOTTEN

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

Nr 3 - 2011

Innehåll

Allmän vaccination mot hepatit B i Norrbotten.....	2
Sviter efter sommaren.....	3
Baksmällan efter sommarens sexuella risktagande	3
Sensommarens magsjukor	3
Mer harpest än vanligt	5
Antibiotika - halvårsstatistik	6
Förskrivning i öppenvård och "250-målet"	6
Förskrivning i sjukhusvård	7
Procalcitonin (PCT) ett bra stöd för att avstå från antibiotikabehandling	8
Årets influensa	9

Allmän vaccination mot hepatit B i Norrbotten

Hepatit B är en sjukdom där svårighetsgraden kan variera mycket mellan olika individer, från lindrig trötthet, dålig matlust, magont och ibland gulsot till allvarlig infektion med bestående skador på levern eller död.

Det finns ett säkert och effektivt vaccin mot hepatit B, och WHO rekommenderar sedan 1991 att vaccinet ska ingå i de nationella vaccinationsprogrammen. De flesta länder i världen har redan infört detta i sina allmänna vaccinationsprogram, men i Sverige har Socialstyrelsens hittills rekommenderat en begränsad profylax för riskgrupper. I Norrbotten har denna riskgruppsvaccinering medfört att ett stort antal personer som i sitt yrke eller på grund av riskbeteende har en ökad risk att exponeras för hepatit B-smitta och cirka 10 procent av barnen i länet har vaccinerats mot hepatit B. Av Socialstyrelsens kostnadsanalys för en allmän hepatit B-vaccination, som publicerades i januari i år, framgår att vaccination mot hepatit B är ekonomiskt lönsamt för landstingen sett över flera år men att det under de första åren medför en ökad kostnad.

Integrationen ökar ständigt även i Norrbotten, och hepatit B-smittade barn (vanligen adopterade eller invandrade) dyker emellanåt upp i förskolegrupper. För att förhindra smittspridning vaccineras hela barngruppen innan ett sådant barn börjar på förskolan. Detta väcker ofta starka känslor, och det smittade barnet riskerar att bli utpekad som syndabock. Är barnen i förskolegruppen redan vaccinerade behövs ingen åtgärd inför det nya barnets ankomst, och en onödig stigmatisering av det smittade barnet kan undvikas.

Då det finns lång erfarenhet av vaccinet, och det bedöms som säkert, erbjuder man i flera landsting aktivt föräldrarna att mot en avgift komplettera de sedvanliga vaccinationerna med vaccination mot hepatit B. Detta förhållningssätt medför en risk för ojämlik hälso- och sjukvård.

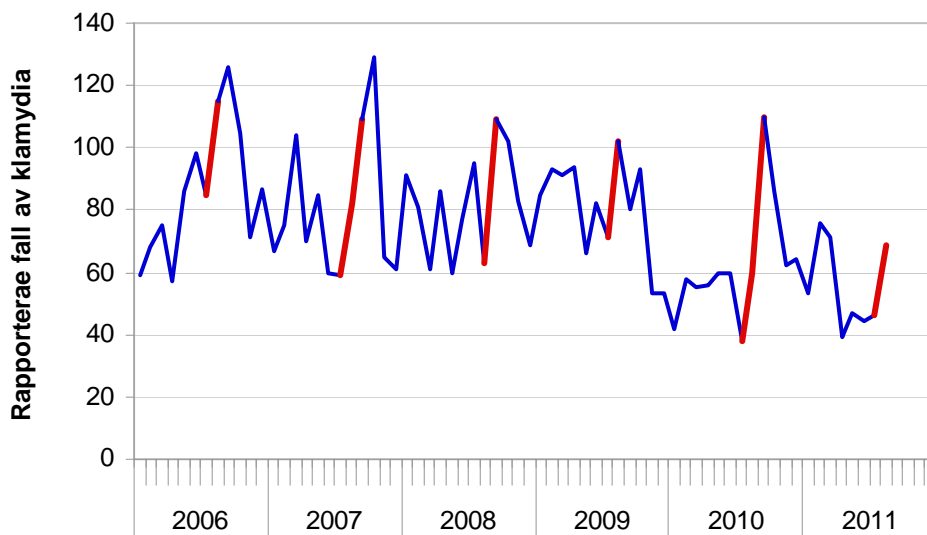
Mot denna bakgrund har landstingsstyrelsen beslutat att till landstingsfullmäktiges möte 13 oktober föreslå att vaccination mot hepatit B ska införas kostnadsfritt i barnvaccinationsprogrammet i Norrbotten från och med den 1 januari 2012. De barn som föreslås omfattas är de som från denna tidpunkt inträder i vaccinationsprogrammet.

Sviter efter sommaren

Baksmällan efter sommarens sexuella risktagande

Klamydia

Som vanligt ser vi en ökning av antalet rapporterade fall av klamydia under perioden augusti-september, markerat med röda linjer i figuren nedan. Då detta är välkänt sedan många år tillbaka, vill vi bara passa på tillfället att påminna om hur viktigt det är att möta det extra behov av provtagning med en god tillgänglighet för dem som vill lämna prov för analys.



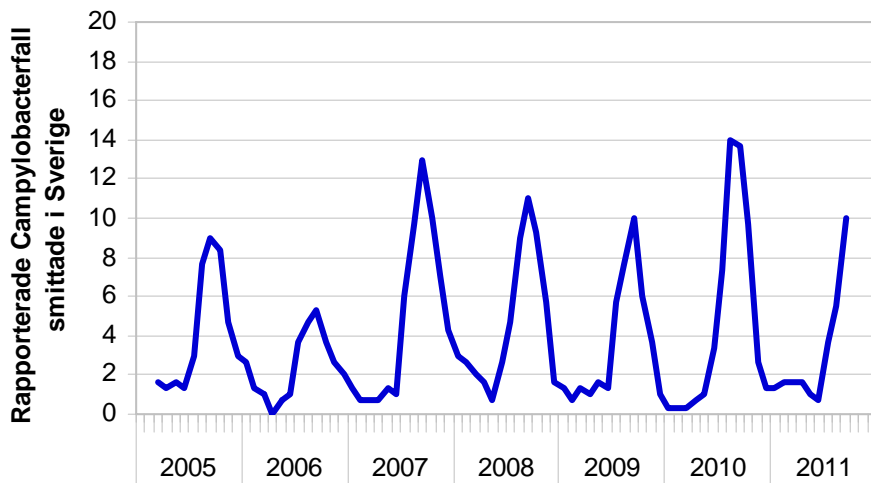
Spridning av syfilis i Norrbotten

Under 2007-2008 sågs ett mindre utbrott av syfilis kring en man i Norrbotten. Han hade smittats av en norsk kvinna och förde smittan vidare till några kvinnor i länet. Sedan dess har vi inte haft spridning av syfilis i Norrbotten förrän i år. Hittills i år har vi fått rapporterat om fem män och en kvinna som smittats med syfilis i Norrbotten. Bland de smittade var tre symptomfria bärare, en hade primär syfilis och två hade sekundär syfilis. De här personerna ingick i en smittspårning bland homosexuella, bisexuella och heterosexuella där ca 40 personer hade exponerats för smittan. Då inte alla inblandade ärklart uppgett vilka partners de haft, är det möjligt att det finns fler norrbottningar med upptäckt syfilis. Eftersom vi sällan ser inhemsk syfilis i Norrbotten, och eftersom den många gånger kan vara svår att upptäcka, är det extra viktigt att ha sjukdomen i åtanke vid oklar sjukdom.

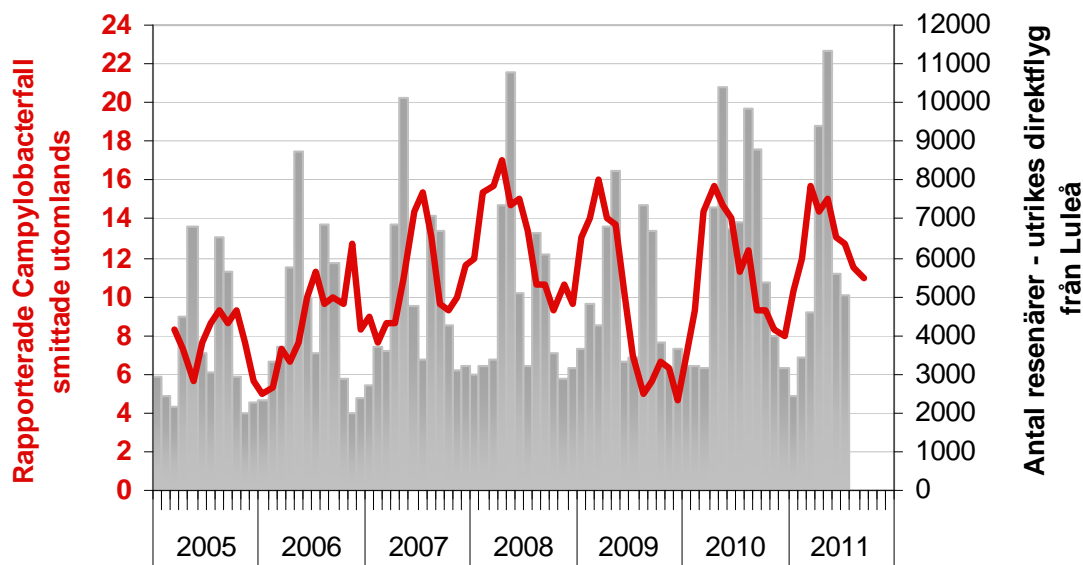
Sensommarens magsjukor

Campylobacter

Under sensommaren och tidig höst ser vi regelbundet en ökning av anmälningspliktiga diarré-sjukdomar, i synnerhet *Campylobacter*, se figuren nedan. När det gäller personer som smittats i Sverige ger de anamnestiska uppgifterna ofta vid handen att den som smittats antingen druckit vatten från vattendrag ute i naturen, ätit kyckling som inte är producerad i Sverige eller grillat kött eller korv.

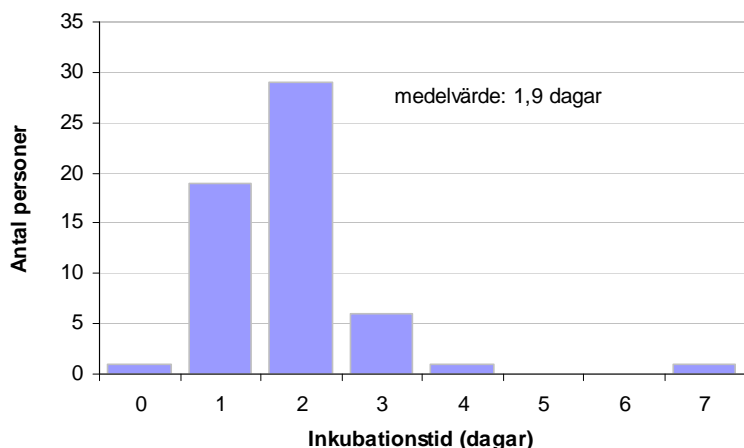


Antalet personer som smittats av *Campylobacter* utomlands samvarierar som väntat med antalet utrikes resenärer, se figuren nedan. I figuren markerar röd linje antalet personer som smittats utomlands och grå staplar antal flygresenärer från Luleå med direktflyg till destinationer utomlands (statistik från Swedavia.se). Förutom att det framgår att det är flest utlandsresenärer under tidig sommar och höst, ser man också att influensapandemin medförde att färre smittades av *Campylobacter* efter utlandsresor under hösten 2009.



Livsmedelsburet utbrott av magsjuka i Luleå

Under slutet av augusti insjuknade 90 av 216 personer som ätit buffé från ett cateringföretag i Luleå. Efter en enkel enkätundersökning om vilka rätter man ätit från buffén inkom svar från 57 personer som varit magsjuka och 30 personer som inte insjuknat till Smittskydd. Följande frekvens av symtom noteras: diarré 84 %, kräkningar 30 %, feber 35 %, huvudvärk och eller värk i kroppen 14 %. Inkubationstiden för dem som insjuknat var i medeltal knappt två dygn, se figuren nedan. Resultat från enkätundersökningen visar att några av livsmedlen var mer frekvent förekommande bland dem som varit sjuka, men inte att något enskilt livsmedel säkert kunde utpekas som smittkälla, se tabellen nedan.



<u>Livsmedel</u>	<u>OR (95 % CI)</u>
Kycklingspett	11 (2,1-53)
Rostbiffsrulader	3,4 (0,9-13)
Tzatziki	2,6 (1,1-6,6)
Blandsallad	2,4 (1,0-5,9)
Mangocrème	2,0 (0,8-5,1)
Bacondadlar	1,7 (0,7-4,3)
Chilliräkor	1,7 (0,7-4,1)
Fläskfilé	1,6 (0,7-3,9)
Lufttorkad skinka	1,6 (0,7-3,9)
Potatissallad	0,9 (0,2-3,0)
Järpar	0,7 (0,2-1,9)
Tunnbrödsrullar m lax	0,6 (0,2-2,1)

Resultat av analys av livsmedel:

En extensiv undersökning av de aktuella livsmedlen gjordes avseende totalantalet aeroba mikroorganismer, Enterobacteriaceae, Escherichia coli, Enterokocker, Staphylococcus aureus (inklusive toxiner), Bacillus cereus, Clostridium perfringens, Salmonella, Campylobacter, Shigella och virulensmarkörerna för EHEC (vtx1, vtx2 och eae). Inget av dessa tester gav svar på vad som var smittkällan.

Resultat av analys av patientprover:

Initialt analyserades avföringsprover från fyra personer, samtliga var negativa avseende salmonella, shigella, campylobacter och yersinia. Därefter provtogs ytterligare tre personer. Samtliga analyser avseende sedvanliga tarmpatogena bakterier, inklusive kända patogena E. coli, tarmparasiter och diarréframkallande virus var negativa.

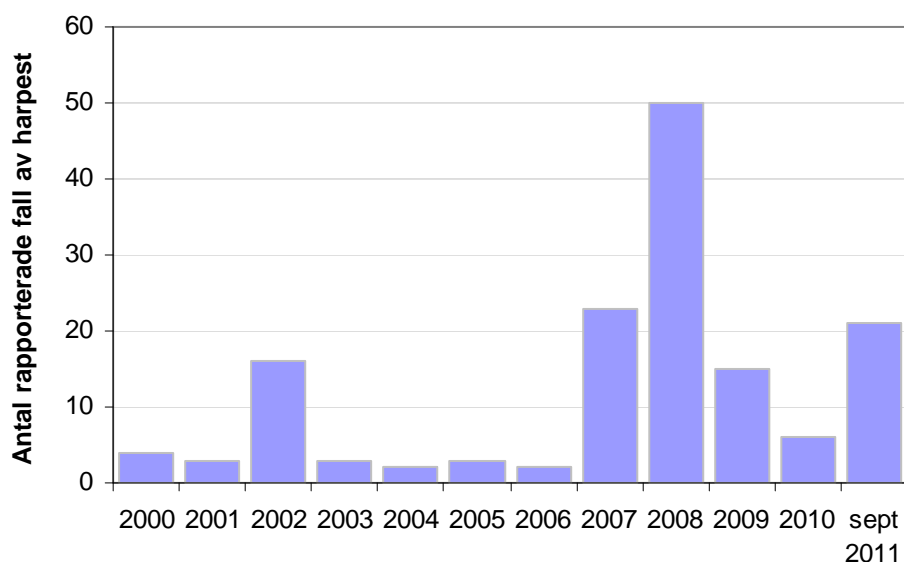
Trots omfattande analyser av prover från både livsmedel och sjuka personer har orsaken till utbrottet inte kunnat fastslås.

Mer harpest än vanligt

Under sensommaren och hösten har hittills 21 fall av harpest rapporterats. Det är fler än under ett "normalår". Under de år då vi haft mycket harpest har utbredningen som regel varit mycket lokal, ofta koncentrerad till en kommun. I år har det dock rapporterats fall från vitt skilda områden i länet.

Vanligtvis smittas man via insektsbett eller direktkontakt med sjukt djur (ofta hare). Skydd mot myggbett samt skyddshandskar är därför bra försiktighetsåtgärder när man tar hand om döda gnagare. Sjukdomen yttrar sig i typiska fall som ett sår och där de näraliggande lymfknutorna förstoras och blir ömma. Några får lindriga symtom i övrigt, medan andra insjuknar akut med hög feber, huvudvärk och illamående. Harpest botas av antibiotika.

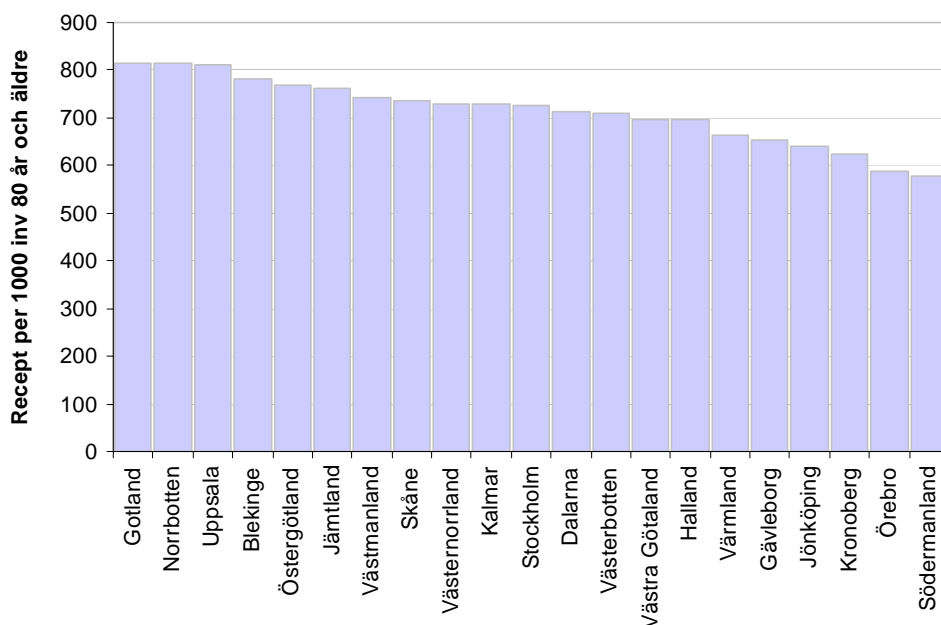
Då det fortfarande är många som vistas ute i skog och mark kan det vara bra att ha sjukdomen i åtanke.



Antibiotika - halvårsstatistik

Förskrivning i öppenvård och "250-målet"

I förra numret av "Smittsant" beskrev vi Regeringens patientsäkerhetsåtgärder och dess morot om ersättning till de landsting som uppnår målet om maximalt 250 antibiotikarecept per 1000 invånare till år 2014. Delmålet för Norrbotten, att under perioden 1 oktober 2010 till 31 september 2011 högst förskriva 331 recept per 1000 invånare, kommer dessvärre inte att lyckas. I själva verket är det ytterst få landsting som kommer att uppnå sina delmål i år. I Norrbotten är det framför allt förskrivningen av antibiotika till äldre som bör minska. I ett nationellt perspektiv förskrivs mycket antibiotika till äldre personer, se figuren nedan.

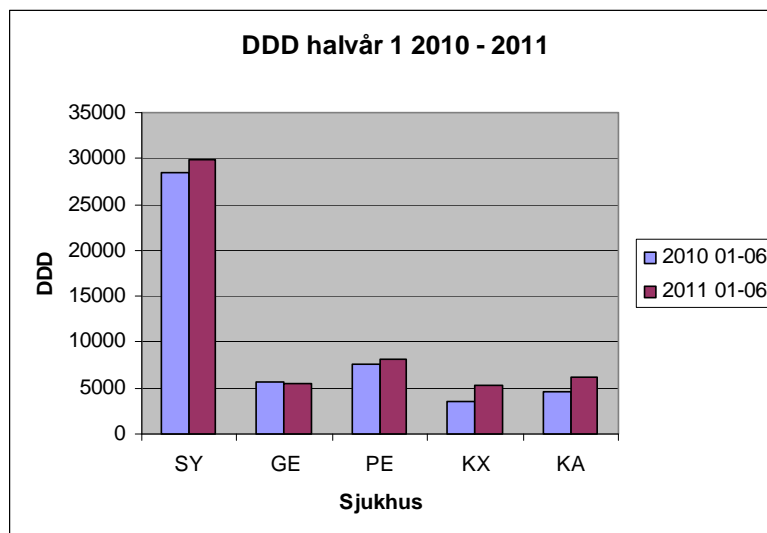


För att öka kunskapen om antibiotikabehandling av patienter i kommunala äldreboenden, kommer landstingets läkemedelskommitté i samarbete med den lokala Stramagruppen att erbjuda läkare och sjuksköterskor i primärvården samt kommunala sjuksköterskor en fortbildning om antibiotika med början nu i höst.

Förskrivning i sjukhusvård

Vi har nu fått in antibiotikaupphandlingsstatistiken från Apoteket Farmaci AB, avseende slutenvården för första halvåret 2011. Siffrorna gäller inhandlade dagliga dygnsdoser antibiotika. Sjukhusen upphandlade 18 % fler DDD antibiotika (J01) första halvåret 2011 jämfört med samma tid 2010. Förändringarna för de olika sjukhusen fördelade sig så här:

Kalix	+ 47 %
Kiruna	+ 34 %
Piteå	+ 7 %
Sunderbyn	+ 5 %
Gällivare	- 3 %



Ingen munter läsning ur Stramaperspektiv, men samtidigt en statistik med en del fallgropar. Från apoteket utlämnade läkemedel är ju inte samma sak som att läkemedlen givits till patienter och en längre uppföljningsperiod än 6 månader krävs för att säkerställa trendbrott.

Kalix har sedan tidigare alltid legat lägst i länet i sin förbrukning när vi räknat statistik i DDD per producerat vård dygn. Aktuell kraftig ökning av upphandlingen må ju i alla fall analyseras. Antibiotikaansvariga i Kalix har redan börjat fundera.

Kiruna är nog värre. Sjukhuset har länge legat i topp i landet avseende antibiotikaförbrukning och här ökar man alltså ytterligare med 34 %. Konsultstöd från infektionskliniken mot sjukhuset i Kiruna har startats på försök från och med vecka 37. Finns det något annat vi kan göra?

Sunderby sjukhus och **Piteå** ökar måttligt. Sunderbyn står för 42 % av volymen VT 2011.

Ökningen i länet är till största delen i gruppen penicilliner (J01C + 27%) vilket väl, om man nu ska öka, får anses gynnsamt. Gynnsamt också att karbapenemerna minskar med 2 %. Detaljer i tabellform har skickats ut till verksamheternas antibiotikaansvariga läkare.

Hög användning av antibiotika från grupperna cefalosporiner och kinoloner gynnar sannolikt spridning av bakterier med så kallad ESBL-resistens. Tyvärr ökar upphandlingen kinoloner (ciprofloxacin med flera) i länet med 20 % och tredje generationen cefalosporiner (Claforan med flera) ökar med 5 %. Kinoloner ökar i Kiruna med 69 % och i Kalix med 57 % medan de minskar på Sunderbyn samt i Piteå och Gällivare. Cefotaxim (Claforan®) ökar i Kalix med 75 % och i Kiruna med 22 %. I Gällivare ses en liten ökning men den kompenseras av att man minskat användandet av Zinacef till nästan noll. PÅS ligger oförändrat och Sunderbyn har minskat.

/Anders Nystedt

Procalcitonin (PCT) ett bra stöd för att avstå från antibiotikabehandling

Inte sällan träffar jag i egenskap av infektionskonsult på antibiotikabehandlade patienter med blossande inflammatoriska tillstånd - feber, frossa, allmänpåverkan och förhöjda infektionsprover (framför allt CRP) där jag får en känsla av att symtomen inte orsakas av bakteriell infektion. Det kan finnas annan orsak till inflammationen som till exempel immunologisk sjukdom, malignitet eller att tillståndet inte synes påverkas av bred antibiotikaanvändning. Tvivel uppstår också om jag inte kan hitta något fokus till den förmodade infektionen. Vid dessa tillfällen har jag i snart ett år kontrollerat procalcitonin (PCT) och funnit detta prov vara till stor hjälp. Ett lågt PCT-värde (se nedan) är ett oerhört starkt stöd för att bakteriell infektion inte föreligger och att antibiotika på ett säkert sätt kan sättas ut. Provet är betydligt mer specifikt än till exempel CRP och har en mycket snabbare dynamik – stiger på 2-4 timmar vid bakteriell infektion och faller direkt i samband med tillfrisknandet. Jag har kunnat sätta ut antibiotika hos patienter med skyhöga CRP-värden och symptom som lätt kunnat tolkas som infektionsorsakade utan att infektion ”missats”.

Grovt kan man tolka PCT-svar på följande sätt;

- < 0,25 ug/L Inga hållpunkter för bakteriell infektion. Sätt ut antibiotika.
- 0,25-0,5 ug/L Talar mot bakteriell infektion. Överväg att sätta ut antibiotika.
- 0,5-1,0 ug/L Grå-zonen. Följ upp!
- > 1,0 ug/L Talar för bakteriell infektion.

Falskt högt PCT kan förekomma vid virus-, parasit- eller svampinfektioner men provet är alltså betydligt mer specifikt än CRP. Brännskador, trauman och större kirurgiska ingrepp kan också göra att PCT stiger. Provet är heller inte bra i nyföddhetsperioden.

Falsk lågt PCT kan ses vid väldigt lokala infektioner (ex UVI/cystit), vid infektioner med intracellulära bakterier samt hos patienter som HD-dialyseras (med high-flux membraner).

PCT-stöd i infektionsbehandling kan definitivt leda till minskat antibiotika-tryck i vården. Därför stöder Strama NLL användningen av analysen. Önskemål har framkommit, framför allt från intensivvårdsverksamheterna, att analysen tas upp på fler laboratorier i Norrbotten. Detta vore önskvärt.

Provet har hittills mest använts inom intensiv- och slutenvården men i framtiden kommer PCT att användas även i öppenvården för att avgöra antibiotikabehov vid till exempel luftvägsinfektioner. /**Anders Nystedt**

Se review-artikeln “Procalcitonin to Guide Duration of Antimicrobial Therapy in Intensive Care Units: A Systematic Review” av Agrawal och Schwarz: <http://cid.oxfordjournals.org/content/53/4/379.full.pdf+html>
eller läs mer på nationella Stramas hemsida
<http://soapimg.icecube.snowfall.se/strama/Microsoft%20Word%20-%20Ternhag%20Procalcitonin%20091023.pdf>
eller denna artikel från Läkartidningen
<http://www.lakartidningen.se/07engine.php?articleId=14149>

Årets influensa

I år kommer vi sannolikt att drabbas av samma influensavirus som förra året. De tre viruskomponenter som ingår i årets säsongsinfluensavaccin är därför desamma som förra året:

- Influenza A/California/7/2009 (H1N1)
- Influenza A/Perth/16/2009 (H3N2)
- Influenza B/Brisbane/60/2008).

Start för årets nationella influensavaccinationskampanj är 11 oktober. Det av Norrbottens läns landstings upphandlade vaccinet Vaxigrip finns redan att beställa från SBL Vaccin Distribution.

Årets vaccination inriktar sig som vanligt på att skydda riskgrupper. Socialstyrelsen har dock enligt följande utökat denna grupp något eftersom vi fortfarande befinner oss i så kallad post pandemisk fas:

A) personer över 65 års ålder

B) personer med kroniska sjukdomar:

- kronisk hjärt- och/eller lungsjukdom
- instabil diabetes mellitus
- kraftigt nedsatt infektionsförsvar (av sjukdom eller medicinering)
- kronisk lever- eller njursvikt
- astma (för barn- och ungdom gäller svår astma (grad 4) med funktionsnedsättning)
- extrem fetma (störst risk vid BMI > 40) eller neuromuskulära sjukdomar som påverkar andningen
- flerfunktionshinder hos barn
- friska gravida kvinnor utan skydd mot A(H1N1) 2009, det vill säga de som inte varit sjuka eller tidigare vaccinerats med Pandemrix.

C) hushållskontakter och personal som vårdar personer med kraftigt nedsatt infektionsförsvar.

Eftersom skyddet efter säsongsinfluensavaccination avtar snabbt, behöver personer som tillhör medicinsk riskgrupp vaccinera sig i år också även om de vaccinerat sig för ett år sedan.

Säsongsinfluensavaccin har använts i många år. Det har visats vara säkert, och det finns ingen koppling till narkolepsi som för pandemivaccinet Pandemrix.

Glöm inte att alla influensavaccinationer ska registreras i Svevac som tidigare!

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