

Smittskydd Skåne

Ännu ett år har flutit förbi

I årets första nummer av tidningen Smittskydd Skåne presenterar vi som vanligt statistik över föregående års anmälningar enligt smittskyddslagen. Vi kan konstatera att smittskyddsåret 2010 inte blev lika dramatiskt och händelserikt som 2009 – ett år då det mesta handlade om den nya influensapandemin och samhällsåtgärder för att begränsa pandemin och dess negativa konsekvenser, inklusive den omfattande nationella vaccinationskampanjen.

Influensapandemin 2009 var den första pandemin på 41 år sedan Hong Kong-influensan 1968 och när detta skrivs är vi inne i den andra vågen av influensan A(H1N1)v.

Skåne tycks hittills i år ha drabbats hårdare än många andra delar av landet. Det kan bero på att den första vågen av influensan under 2009 inte blev så utbredd i Skåne och att immuniteten i befolkningen därmed inte blev lika stor som i de delar av landet som drabbades hårdare.

Just nu pågår en utredning i



Foto: Niclas Winqvist

antalet fall av narkolepsi hos barn och ungdomar i Sverige. Fram till den 13 januari 2011 hade man fått in 60 rapporter om narkolepsi från sjukvården där ett samband med vaccinationen misstänks. En liknande misstanke finns också i Finland och på Island medan man i övriga länder i Europa inte sett någon ökning. Totalt har cirka 31 miljoner individer i Europa blivit vaccinerade med Pandemrix. Eftersom ökningen av narkolepsi huvudsakligen setts i tre länder är det sannolikt att flera faktorer samverkar.

Av antibiotika-resistenta bakterier fortsätter MRSA att öka men den smitta som ökade kraftigast under

2010 vad gäller anmälda fall är ESBL-producerande bakterier. En specialartikel som analyserar orsakerna till den fortsatta och kraftiga ökningen presenteras på sidan sex i detta nummer av tidningen.

Jens Boman
Smittskyddsläkare

några Europeiska länder – varav Sverige är ett – om pandemivaccinet Pandemrix medfört en ökad risk hos vaccinerade barn att drabbas av den kroniska sjukdomen narkolepsi vilket är en sjukdom med störningar i hjärnans reglering av sömn och vakenhet.

Läkemedelsverket har nyligen informerat om en ökad rapportering av

Innehåll:

Årsstatistik för Skåne 2010	2	Vi vill bli ännu bättre!	11
ESBL	6	I nästa nummer	11
Juristens krönika: Förhindra smitta – ett delat ansvar	8	Smittspårarutbildning	12
Ökning av cryptosporidiuminfektioner	9	Smittskydd Skåne – ring eller maila	12
Beskrivning av ett Q-feberfall	10		

Årsstatistik för Skåne 2010

Millenniets andra decennium inleddes utan större dramatik på smittskyddsfronten trots uppladdningen inför den väntade urladdningen av seklets första influensapandemi. Nu blev inte skadeverkningarna så svåra som befarat även om det för de som drabbades var illa nog. I kölvattnet av denna händelse återgick smittskyddsarbetet långsamt till de vanliga hjulspåren igen. Icke desto mindre leder några av dessa hjulspår fortsatt åt helt fel håll och det blir alltmer uppenbart att även om antibiotikaresistens inte är

lika dramatiskt och ”sexigt” som en influensapandemi, är det en av våra absolut största utmaningar i framtiden. Och på tal om sexigt är de sexuellt överförda sjukdomarna ingalunda under kontroll.

Under 2010 rapporterades 9 153 fall av anmälningspliktiga sjukdomar till smittskyddsläkaren i Skåne. I tabellen nedan kan du som vanligt jämföra antalet rapporterade fall för det senaste året med de närmast föregående fem åren. Därefter följer en

summerad genomgång av de vanligaste diagnoserna.

Tarminfektioner

I tabellen redovisas det totala antalet fall av tarminfektionerna, såväl inhemskt som utlandsförvärvade. I figur 1 presenteras emellertid endast de inhemska fallen där 1 motsvarar medelvärdet för perioden. På detta vis kan trenden över tid jämföras mellan olika diagnoser.

Campylobacter (figur 1)

Totalt insjuknade 1047 fall, en åtta procentig ökning jämfört med året innan. Av dessa var minst 435 inhemskt smittade, förmodligen något fler då smittland inte alltid framgår av anmälan. Åldersfördelningen bland

Anmälningspliktiga sjukdomar i Skåne 2005-2010 (helårsstatistik)

	2005	2006	2007	2008	2009	Mv05-09	2010
Amöbainf	25	42	31	12	5	23	6
Campylobacterinf	943	829	899	1039	967	935	1047
EHECinf (alla, ej bara 0157)	31	54	41	38	32	39	38
Giardiainf	152	222	259	308	156	219	169
Salmonellainf	557	517	442	542	415	495	465
Shigellainf	76	72	83	84	75	78	92
Yersiniainf	65	70	81	93	56	73	36
Hepatit A	14	11	22	8	18	15	12
Hepatit B akuta	46	27	37	39	14	33	3
Hepatit B kroniska	127	122	128	118	158	131	143
Hepatit C akuta	17	44	31	37	39	34	23
Hepatit C kroniska	360	310	234	255	263	284	204
Gonorré	92	94	64	102	81	87	112
Klamydiainf	4406	4254	6235	4972	4729	4919	4841
Syfilis	17	34	50	19	24	29	26
HIVinf	46	53	75	62	64	60	58
Kikhosta	273 ¹	188 ¹	207 ¹	97 ¹	63 ¹	166	42 ¹
Mässling	0	10	0	9	1	4	3
Påssjuka	3	2	1	6	1	3	4
Legionärssjuka	19	28	33	23	18	24	16
Listerios	6	5	12	9	14	9	7
Malaria	18	11	11	6	3	10	10
Meningokockinf	11	7	11	11	15	11	9
TBE (Fästingburen encefalit)	4	7	4	5	9	6	4
PRP *	224	194	195	217	135	193	108
MRSA **	160	181	159	272	284	211	313
VRE ***	20	4	5	6	3	8	6
ESBL****	-	226	289	368	490	343	775
Tuberkulos	70	50	44	53	60	55	63
Invasiv H. influenzae inf	16	16	24	17	25	20	21
Invasiv grupp A streptokock inf	34	54	58	79	69	59	44
Invasiv pneumokock inf	222	209	220	249	289	238	198

* = Pneumokocker med MIC penicilin > =0,5.

** = Meticillinresistenta Staphylococcus aureus

*** = Vankomycinresistenta enterokocker

**** = Tarmbakterier som bildar Extended Spectrum Beta-Lactamase (labrapporteringsplikt sedan februari 2007). Sedan 2010 ingår Amp C.

¹ = Varav positiv serologi (2005: 120 personer, 2006: 121 personer, 2007: 164 personer, 2008: 74 personer, 2009: 38 personer, 2010: 25 personer)

inhemskt smittade var jämn medan fler män än kvinnor insjuknade.

Som vanligt finns en topp under sommarmånaderna och en djärv hypotes med utgångspunkt från detta är att det är männen som står i trädgården med grillbestyren under denna tid. Vid närmare betraktelse av de utlandsmittade verkar skåningarna åka till Indien under vintern och Spanien på sommaren. Thailand verkar vi besöka året runt.

Salmonella (figur 1)

Som med shigella och campylobacter visar ursprunget till salmonellafynden vart skåningarna företrädesvis åker. Av årets 465 fall var 142 inhemska. Av övriga var 74 upplockade i Thailand, 37 i Egypten och 31 i Turkiet. Bland de inhemska fallen förekom några mindre utbrott och de ständigt småpysande utbrotten av *S. Reading* och "Igelkottssalmonellan" fortsätter att generera ströfall. I Smittskydds-institutets webbtidning EPI-aktuell, vol 9 nr 26 beskrevs ett utbrott av *S. Infantis* som totalt genererade 17 fall i Skåne.

Shigella (figur 1)

Något fler fall än vanligt av shigella registrerades 2010 nämligen 92. Egypten är som tidigare största risklandet. 35 personer återvände därifrån med sand mellan småtårna och shigella mellan stortårna. Elva inhemska fall registrerades. Av den sammanlagda skörden registrerades 66 Shigella Sonnei och 23 *S. Flexneri*.

Yersinia

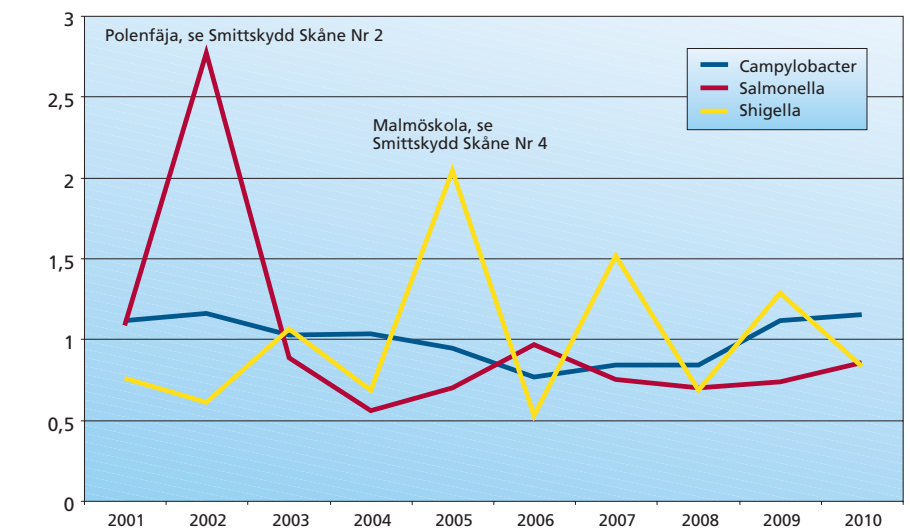
Ovanligt få fall (36) rapporterades men som vanligt infaller toppen under sommarhalvåret, om än på en lägre nivå. Drygt 40% av fallen är under två års ålder.

EHEC-infektion

Tre fjärdedelar eller 28 av 38 fall bedömdes vara inhemskt smittade. Bland dessa utgör nära hälften O157 medan denna serotyp nästan inte ses alls bland de utlandsmittade. Av de inhemskt smittade barnen under 12 år bar 8/22 (36%) på O157 och 7/22 (32%) på O26.

Infektion med cryptosporidium

Med anledning av det massiva utbrottet i Östersund har cryptospori-



Figur 1. Trend över antalet inhemska fall av campylobacter, salmonella och shigella i Skåne 2000-2009 uttryckt som kvoten av antalet årliga fall och medeltalet för perioden. Medeltalet uttryckt som index=1.

dium återfått lite av det rykte den förtjänar. Du kan därför läsa om denna parasit längre fram i tidningen. I Skåne har vi antingen haft bra filter i vattenverken eller bara tur för endast 15 fall är rapporterade 2010.

Hepatit B, C och D

De akuta hepatiterna har varit osedvanligt blygsamma under 2010, möjligen med undantag av hepatit D där fem fall upptäcktes. I figur 2 visas trenden över de senaste tio åren för såväl akut som kronisk hepatit B och C.

Hepatit B (figur 2)

Endast tre akuta fall av hepatit B anmäldes under 2010 vilket torde vara ett "all-time-low". En av dessa var smittad utomlands och de andra två var smittade i Skåne och tillhörde samma smittkedja. Även om de fall som rapporterades som kronisk hepatit B var något färre än året innan (143 mot 158) låg de på samma höga nivå jämfört med genomsnittet för de senaste åren. Sex av de med kronisk sjukdom är rapporterade som smittade i Sverige varav två via intravenöst missbruk, en via mor-barnsmitta, en via sexuell kontakt och två med okänd smittväg. Medan 85 angivits som smittade utomlands saknas smittland i så många som 36% av fallen. Även om det i många fall är svårt att få fram vill vi ändå passa på att efterlysa uppgifter om troligt smittland och smittväg.

Hepatit C (figur 2)

Totalt 227 fall rapporterades under 2010 varav 23 anmäls som akut sjukdom. Medelåldern var 39 år vid diagnos. För 109 saknades uppgift om smittland och bland de övriga bedömdes 86 vara smittade i Sverige, 14 i Östeuropa, tio i Asien och fem i Afrika. Av de som anmäls som akut sjukdom bedömdes 16 vara smittade i Sverige, 13 via intravenöst missbruk och två via heterosexuell smitta.

Totalt sju anmäldes som smittade via blodprodukter varav fyra i Sverige, samtliga före 1992. För de med känd smittväg bedömdes 81% vara smittade via intravenöst missbruk. Av dessa var 77% män. I populationen intravenösa missbrukare brukar man uppskatta att ca 3/4 är män. 84 av de 108 (78%) utan känd smittväg var män d.v.s. samma könsfördelning som de med intravenöst missbruk som känd smittväg vilket skulle kunna stämma med att det i denna grupp finns många med tidigare intravenöst missbruk som troligt smittväg.

Sexuellt överförbara infektioner

De sexuellt överförbara infektionerna fortsätter att öka. För att kunna jämföra trenderna mellan de olika sjukdomarna jämförs i figur 3 respektive års fall med genomsnittet för tioårsperioden.

Gonorré (figur 3)

En smitta som ökat i Skåne under 2010 är gonorré (+ 42%) men med 112 anmälda fall utgör denna infektion endast 2,3% jämfört med klamydia. Ökningen verkar vara nationell då det i Stockholm preliminärt anmäldes 429 fall vilket är en ökning med 70% jämfört med 2009. Medianåldern (30 år) ligger som tidigare år högre än för klamydia. Smittvägen är känd i samtliga fall utom ett och ger vid handen att 74 personer (67%) uppgivit heterosexuell smittväg och resten är MSM.

Syfilis

Av de 26 anmälda fallen har 25 uppgivit homosexuell smittväg, 15 personer är smittade i Sverige och fem i Danmark.

Klamydia (figur 3)

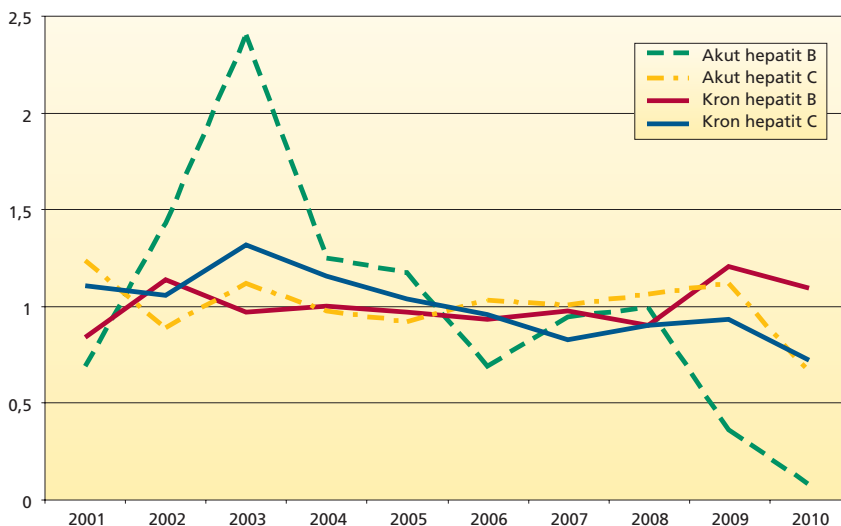
Liksom tidigare år dominerar klamydia som med 4 841 rapporterade fall svarade för 53% av det totala antalet anmälda fall i Skåne. År 2007 bytte mikrobiologiska laboratoriet i Malmö testmetod till en metod som kan detektera den muterade klamydiastammen – en stam som då utgjorde ca 25% av alla klamydiafall i Skåne. Därefter minskade klamydia under 2008 och 2009 men nu ser vi återigen en svag ökning (+ 2,4%) som bara delvis kan förklaras av ökad provtagning.

Antal klamydiafall 2010 per kön och åldersgrupp

Ålder	Män	Kvinnor
<15 år	8	31
15-19	462	1 092
20-24	813	1 054
25-29	367	362
>30	368	284
Totalt	2 018	2 823

Hiv (figur 3)

Efter de senaste årens höga noteringar ses 2010 en blygsam minskning till 58 fall. Som tidigare har vi ingen smittspridning bland intravenösa missbrukare. 19 personer uppges vara smittade i Sverige och 17 i Afrika.



Figur 2. Trend över antalet fall av hepatit B och C i Skåne 2001-2010 uttryckt som kvoten av antalet årliga fall och medeltalet för perioden. Medeltalet uttryckt som index=1.

Vektorburna sjukdomar

Fästingburen hjärninflammation – TBE

Totalt noterades fyra fall av TBE 2010, samtliga smittade i Skåne. Ett fall i sydöstra hörnet (Sandhammarren) där vi tidigare haft fyra fall, ett från området intill tidigare känt riskområde i nordöstra Skåne, ett nära Blekingegränsen och ett fall utanför Landskrona, det första kända fallet från västra delen av Skåne. På vår hemsida, www.skane.se/smittskydd, finns karta och uppdaterad information om TBE-läget i Skåne.

Denguefeber

Den globala spridningen av denguefeber börjar nu ge avtryck även i den skånska statistiken. Nitton fall under

2010 mot nio fall året innan manar till vaksamhet, särskilt efter resor till Syd- och Sydostasien. Dessutom har tre fall rapporterats efter resa till Brasilien och Gambia.

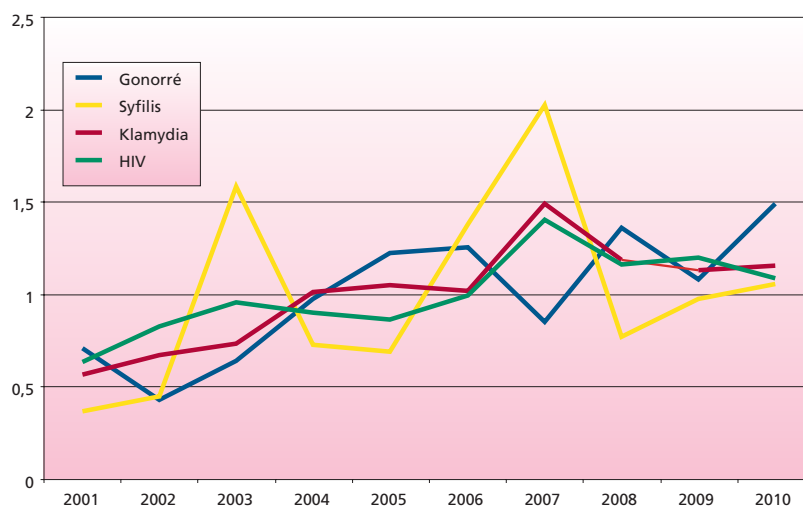
Malaria

Tio fall av malaria motsvarar de senaste årens genomsnitt. Under 2010 noterades emellertid det första dödsfallet på grund av malaria på många år, en tragisk påminnelse om sjukdomens potential om den inte uppmärksammas i tid.

Andra anmälningspliktiga sjukdomar i urval

Invasiva pneumokocker

Ovanligt få fall av invasiva pneumokocker registrerades 2010 med en



Figur 3. Trend över antalet fall av gonorré, klamydia, syfilis och hiv i Skåne 2001-2010 uttryckt som kvoten av antalet årliga fall och medeltalet för perioden. Medeltalet uttryckt som index=1.

minskning från 289 året innan till 198. En skillnad mellan åren är att de fynd som upptäcktes via antigen i urin tidigare räknades med medan de från 2010 inte kommer att inkluderas i statistiken (ytterligare 30 fall hade adderats med samma beräkningsunderlag).

Efter andra året är pneumokockvaccinets genomslagskraft ännu för tidigt att uttala sig om. Noterbart är att vanligaste serotypen hos personer som insjuknat i pneumoni/sepsis var serotyp 7 följt av serotyp 22. Serotyp 7F ingår i det vaccin som används i Region Skåne men vi har i dagsläget endast vetskap om vilken serotyp respektive fall tillhör men inte vilken undertyp.

Att vid smittskyddsanmälan uppge huruvida personen ifråga är vaccinerad eller inte är dock av största vikt för den epidemiologiska övervakningen. Av tre barn under fem år med pneumokockmeningit är det endast känt att ett av dem inte blivit vaccinerad på grund av ringa ålder. För de andra två är vaccinationstatus okänt.

Kikhosta

Av de 42 fallen var 17 fall nasofarynxodlingar. Tyvärr har tio barn mindre än tre månader insjuknat under året. Endast ett barn hann få en dos vaccin. Tre barn var yngre än sex månader varav två var vaccinerade. Två äldre barn, tre och fem år skall enligt anmälan vara vaccinerade.

Mässling

Endast tre fall diagnostiserades under 2010. Samtliga var importerade från Västeuropa och inget resulterade i sekundärfall.

Invasiv Haemophilus influenzae

Av förra årets 21 fall var två barn varav ett insjuknade med serotyp NT/III och det andra, endast två veckor gammalt med serotyp B. Provet på detta nyfödda barn togs från likvor och barnet hade inte hunnit bli vaccinerat. Två äldre syskon var dock vaccinerade.

Legionella

När det gäller förekomsten av smittsamma sjukdomar är bottenrekord något eftersträvt. Med endast 16 registrerade fall 2010 är detta rekord ett välkommet faktum. Av dessa

16 fall var 14 angivna som inhemska, övriga två från Taiwan och Italien. Inga utbrott konstaterades men i 14 av fallen kunde positiva miljöfynd (vatten) säkras i sex fall och negativa i åtta fall.

Meningokockinfektioner

Nio fall under 2010 varav tre insjuknade under juni månad. Fem av fallen var under 20 år. I åtta av fallen är serotyp känd: Fyra typ C, tre typ B och ett fall av typ Y.

Tuberkulos

Antalet tuberkulosfall ökar i Skåne för tredje året i rad men från en ovanligt låg nivå 2007. Med 63 fall får 2010 därför räknas som ett normalår.

Antibiotikaresistenta bakterier

MRSA

Antalet MRSA-fall ökar långsamt, i år med 10% till 313 fall. Enstaka fall av smittspridning mellan ett fåtal personer har skett i vården men inga större utbrott. Under 2010 gjordes tre utredningar på olika hälsovalsenheter. I smittkedjorna har funnits 2-3 patienter med samma MRSA-stam. Gemensamt för dem är att de varit på sår-mottagning för omläggning. Kartläggning har visat gemensamma besökstillfällen. Vårdhygien kommer att besöka hälsovalsenheter i Skåne för hygienuppdatering.

ESBL

ESBL-utvecklingen är så bekymmersam att den fått ett eget avsnitt på nästa sida.

VRE

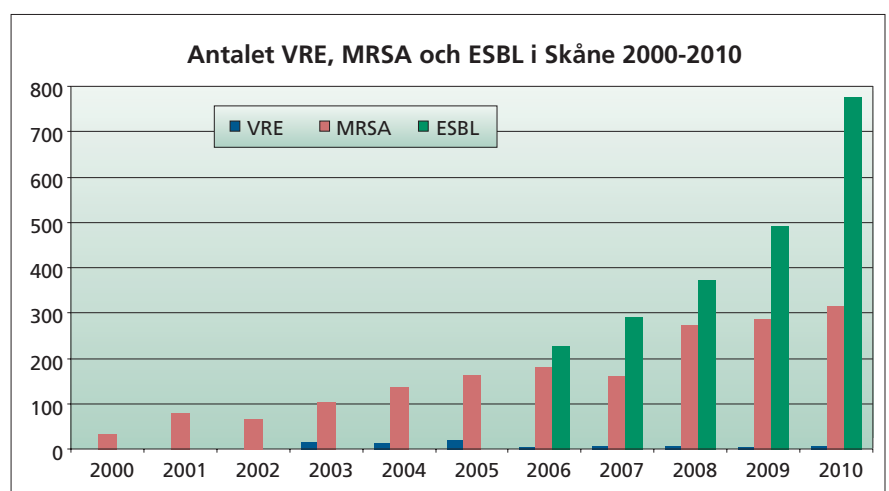
VRE-fallen i Skåne är totalt sex. Fem patienter är funna i screening efter utlandsvård. En patient har haft VRE i ett postoperativt buksår, inga medpatienter smittades.

Penicillinresistenta pneumokocker

Antalet drabbade förskolor under 2010 var 16 vilket är färre än året innan. Även totalantalet fall har minskat från 135 till 108. Hälften av fallen var under tre år vid diagnos. Det är troligt att pneumokockvaccinationen som ingår i barnvaccinationsprogrammet sedan 2009 ska ändra mönstret över vanligast förekommande serotyper på sikt. Hos barn är det därför av största vikt att uppgift om vaccination framgår av smittskyddsanmälan. Det är ännu tidigt att uttala sig om eventuella skiften men vi ser att serotyp 19 ökar, typ 14 har ökat från 4% till 13% medan typ 23 minskat från 19% till 1%!

Även om totalantalet upptäckta fall minskat under 2010 har andelen med MIC \geq 2 ökat de senaste åren, 6% 2009 och 12% 2010. Handläggningen av fall på förskolor är föremål för ett försök till nationell likriktning och förhoppningsvis kan man nå konsensus redan under våren. Vi lär därför få anledning att återkomma till detta. Är du ännaklämd kan du med fördel hålla utkik på vår hemsida.

Rosmarie Fält, Eva Gustafsson,
Per Hagstam, Anna Karlsson,
Lena Melchert-Cacia, Håkan Ringberg,
Ulla Stamer, Åsa Ståhl,
Mattias Waldeck, Niclas Winqvist



ESBL

Grundfakta om ESBL

Extended Spectrum Betalactamase (ESBL) är ett samlingsbegrepp för bakterieenzym som inaktiverar betalaktamantibiotika (penicilliner och cefalosporiner). Generna för denna enzymbildning sitter ofta i plasmider som även kan överföras mellan olika bakteriearter.

ESBL påträffas främst hos tarmbakterier, exempelvis E.coli, Klebsiella och andra enterobakterier. Plasmidburen ESBL har alltså en ofantlig möjlighet att etablera sig i tarmens 1,5 kg bakterier.

Infektionspanoramata för dessa bakterier ter sig likartat oavsett om de bär på ESBL-resistens eller ej. Vanligast är urinvägsinfektion, ibland ses postoperativa bukinfektioner och sepsis.

Det finns ett reellt hot om förverkade möjligheter till behandling av infektioner orsakade av gramnegativa tarmbakterier på grund av att antibiotikaarsenalen tar slut. Ibland finns enbart karbapenemer (Tienam eller Meronem) kvar att tillgå. Så många nya antibiotika är heller inte att vänta. I somras kom dessutom larm från

Storbritannien att patienter som sjukhusvårdats i Indien förvärvat en typ av tarmbakterier med antibiotikanedbrytande enzym (New Delhi metallo-beta-laktamas, NMD-1) där inga antibiotika längre har effekt. Två fall har identifierats i Sverige.

ESBL: Livshotande sjukdom eller del av normalfloran i tarmen?

Vi har mycket kvar att lära om ESBL. Det är definitivt ett sjukvårdsproblem med svårigheter att behandla kliniska infektioner och där hygienrutiner måste skötas för att minimera smitteriskerna. Men så finner vi också ett ökat antal unga och i övrigt friska personer utan mycket sjukvårdkontakt som redan diagnosticeras med ESBL.

Ökningen av ESBL kan också ha att göra med vår livsstil, exempelvis resor och mat. I Uppsala har man provtagit 100 resenärer före och efter utlandsresa. Hos 24 personer kunde ESBL påvisas i tarmen efter hemkomsten, alla hade varit odlingsnegativa före utresan.

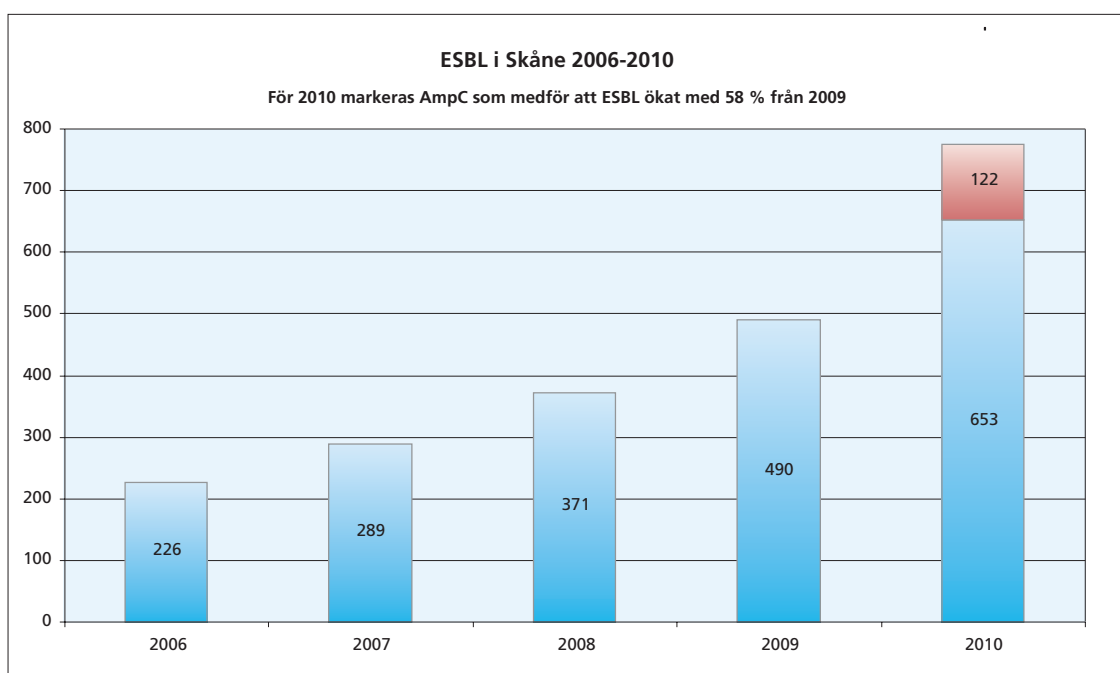
I Danmark har man analyserat köttprodukter från livsmedelsbutiker 2009 och fann att mer än var tredje

importerad kyckling hade gramnegativa tarmbakterier med ESBL. Livsmedelsverket håller på med en liknande studie i Sverige. Bakterierna avdödas vid tillagning men betydelsen av felaktigt handhavande av livsmedel kanske utvidgas till att gälla mer än Salmonella och Campylobacter.

ESBL ökar allra mest

Av de antibiotikaresistenta bakterier som anmäls enligt Smittskyddslagen ökar ESBL allra mest. Från en årlig ökning från 2006 och framåt med cirka 30% per år har det 2010 tillkommit ett nytt ESBL-begrepp: AmpC som svarar för 25% av ökningen. Årets ökning blir med denna inräknad 58%.

Första gången ESBL upptäcktes i en odling anmäls denna från laboratoriet. Nästan alla AmpC återfinns i urinodlingar. Screening från faeces/rectum där provet enbart analyseras för ESBL på riktad frågeställning ökar också. Provtagning sker på personer som vårdats utomlands eller i Sverige där utbrott pågår. De flesta screeningprover tas på sjukhusen men i fjol har också flera vårdcentraler tagit prov. Sedan





Av 100 resenärer kunde ESBL påvisas hos 24 efter hemkomsten.

ett par år förekommer veckoscreening på neonatalavdelningarna, där ESBL ingår. Inga utbrott förekom i vården under 2010.

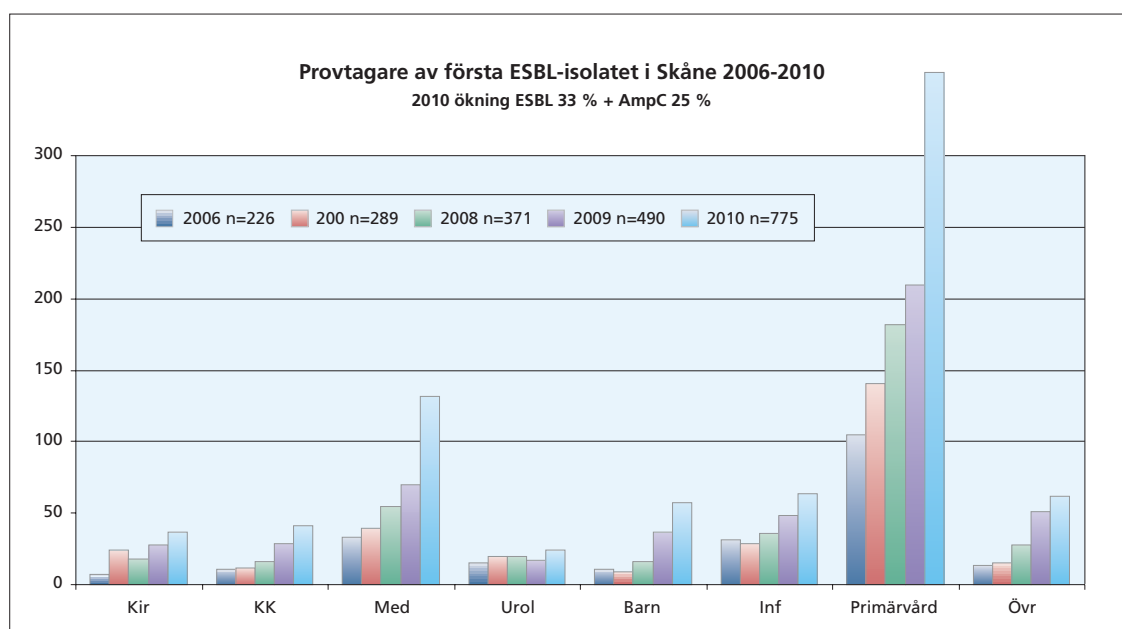
De enheter som har upptäckt flest nya fall av ESBL och dessutom har den procentuellt största ökningen är primärvårdsenheter och medicinkliniker.

ESBL ökar i alla åldersgrupper

men mest dramatiskt hos barn 0-9 år. Av de 93 barnen som diagnosticerades i fjol hittades en tredjedel i screening. Minoriteten av dem var på neonatalavdelningarna eftersom vi inte hade någon omfattande smittspridning där under 2010. Övriga screenades efter utlandsvård eller vård i Sverige där ESBL förekommit. Både på barnkliniker och inom primär-

vården hittas fler barn med ESBL i urinodlingar. Om detta är följden av en ändrad epidemiologi är för tidigt att säga. Under året kommer vi att analysera data tillsammans med mikrobiologiskt laboratorium. Kanske blir vi lite klokare då.

Eva Gustafsson
Bitr. smittskyddsläkare



Förhindra smitta

- ett delat ansvar

Syftet med smittskyddslagen är att förhindra smittspridning. Provtagning av en misstänkt smittad ska avgöra om personen verkligen är smittad. Vård, behandling, o s v tar hälso- och sjukvårdslagen hand om. Smitta är smittskyddslagens grej.

En person som bär på en allmänfarlig smitta har enligt smittskyddslagen flera rättigheter men också skyldigheter. Rätt till kostnadsfri provtagning och vård tillhör rättigheterna, skyldighet att informera i vissa situationer ingår i skyldigheterna.

”Behandling tack.”

– ”Nej, inte här tyvärr”

Kalle K gjorde precis som han skulle göra. Hans behandlande läkare hade sagt att ”går du till sjukvården eller tandläkaren måste du upplysa om att du bär på MRSA”. Kalle hade således en förhållningsregel att upplysa vid dessa tillfällen och det gjorde han.

Tyvärr var hans tandläkare inte riktigt vuxen sin uppgift. Hon vägrade nämligen att behandla Kalle. Några pengar fick han inte tillbaka för besöket: Han hade ju trots allt tagit tid”.

Patienter med en allmänfarlig sjukdom som MRSA eller en blodsmitta har skyldighet att informera om bärarskapet vid kontakt med vården. Man har således en upplysningsplikt. Syftet är naturligtvis att stoppa smittspridning genom att vårdpersonalen (som alltid ska sköta de basala hygienrutinerna och betrakta allt blod som smittat) ska få en extra chans att skydda sig och andra patienter. Samtliga patienter med allmänfarliga sjukdomar har dock samma rätt till vård och behandling som vilken annan patient som helst. Dessutom, har man uppfyllt sin särskilda upplysningskyldighet som kan vara nog så livsinskränkande, ska man inte också behandlas som en paria.

Patienter bör vända sig till patientnämnderna om man blir bemött på ett felaktigt sätt.

Rädsla för smittor – vanligt värre...

Karl C är ålderspensionär och bor på servicehus. Han har fått MRSA via sjukvården. På servicehuset har man tilldelat Karl en egen personal. Denne sitter utanför Karls dörr. När Karl kommer ut och ska ta sig en promenad till matsalen eller annat ställe kontrolleras det först att han har nya rena kläder på sig. Karl måste alltså byta kläder varje gång han vill gå ut ur sitt rum. När Karl kommit ut i korridoren följer en personal sedan efter honom. Så fort Karl tar på ett räcke, hissknappen eller ett handtag är hans tilldelade personal där för att sprita och torka av.

Rädsla för vissa smittor i sjukvården och på andra ställen, t ex äldreboenden, eller bland personal som jobbar med missbruk, är ibland stor och det har sina skäl. Orsaken kan vara att man naturligtvis i större mån utsätts för risken att bli smittad men är också ibland orsakad av bristande kunskap¹).

Vissa sjukdomar orsakar mer rädsla än andra. Blodsmitta och främst hiv är en gammal topp 5 men på senare år har MRSA och andra vårdrelaterade infektioner börjat tränga sig upp i täten. TBC är en smygare. Detta är dock inte taget från Skåne utan från Tjockhult, d v s Stockholm. Men skulle precis lika väl kunna hända här.

Åtgärder som ”skäligen kan krävas”

Doktor K fick en remiss gällande en patient som hade hepatit C. Landstinget i fråga tillämpade kostnadsfri hepatit B- vaccinering av missbrukare och Doktor K:s patient var just en missbrukare. Doktor K ville dock inte genomföra någon hepatit B-vaccination: för tänk om han skulle bli smittad av hepatit C när han vaccinerade patienten mot hepatit B!

Både i den nuvarande och i den förra smittskyddslagen ska läkare vidta de

”åtgärder som skäligen kan krävas” vad gäller de anmälningspliktiga sjukdomarna i smittskyddslagen. I den förra lagen krävdes dock inte att läkaren skulle prova för att ta reda på smitta om han/hon saknade kompetens för detta. Den nuvarande smittskyddslagen innehåller inga sådana begränsningar.

Enligt dagens smittskyddslag ska all hälso- och sjukvårdspersonal vidta åtgärder som kan krävas utifrån smittskyddshänsyn. En behandlande läkare har då också skyldighet enligt 3 kap. 1 § smittskyddslagen att prova en person som har utsatts för någon typ att smittrisk. Att vaccinera kanske inte ingår i skyldigheten, men att ta ett hiv-, klamydia- eller hepatitprov när något slags misstanke om smitta/smittöverföring finns, är ett måste. Om inte läkaren i fråga anser sig ha kompetens för uppgiften ska denne istället se till att annan, kompetent läkare, tar över och genomför provtagningen.

Delat ansvar, d.v.s. din förbannade plikt på ren skånska!

Således är ansvaret för att hejda smitta delat: Varje invånare i Skåne som misstänker att han eller hon kan vara smittad av en allmänfarlig sjukdom måste därför uppsöka sjukvården, och alla vårdgivare som möter en patient där eventuell smitta kan misstänkas måste ta adekvat prov. Patientens skyldigheter måste alltså mötas av att sjukvården tar sitt fulla ansvar. Allt detta för att minimera smittspridning och öka folkhälsan i Region Skåne. Så det så!

Peter Gröön
Jurist

¹ När det gäller arbetsmiljörisiker har arbetsgivaren ett stort ansvar och dess skyldigheter specificeras framför allt i arbetsmiljöverkets föreskrift 2005:1. Se i den bland annat 17 § som ger arbetsgivaren ett ansvar att genomföra medicinsk förebyggande åtgärder och kontroller. Jag återkommer till detta område i en senare krönika.

Ökning av cryptosporidiuminfektioner

Under 2010 rapporterades det fler fall av cryptosporidiuminfektion i Sverige än någonsin. 393 anmälda fall jämfört med vanligtvis 100-160 fall årligen. Anmärkningsvärt är att 65% smittats i Sverige. Före 2010 har ca 60% av fallen rapporterats som utlandssmittade.

Anledningen till detta är matburna utbrott i Umeå, Stockholm-Uppsala och Örebro under oktober 2010 och det vattenburna utbrottet i Östersund som startade i november 2010. Den troliga smittkällan i matutbrotten var, enligt SMI, någon ört, grönsak eller sallad. I samtliga av dessa matutbrott smittades de drabbade med *Cryptosporidium parvum* som kan hittas både hos människa och djur.

I det stora vattenburna utbrottet i Östersund är det däremot *Cryptosporidium hominis* som påvisats, en typ som bara infekterar människa. Ett felkopplat avlopp som ledde till utsläpp nära råvattenintaget i Storsjön har be-

dömts vara orsak till att vattnet förorenats. Detta i kombination med bristande barriär i vattenverket för att eliminera cryptosporidier ledde till det stora antalet insjuknade, ca 12 700 enligt en webbenkät på Östersunds kommuns hemsida.

Spolning av vattenledningsnätet i Östersund har utförts och kokningsrekommendationer gällde för vatten som skall användas till dryck och matlagning fram till den 18 februari då man åter kunde börja dricka det kommunala vattnet.

Detta är första gången *cryptosporidium* påvisats i dricksvatten i Sverige. Detaljanalys av oocysterna har visat samma art och subgenotyp (IbA10G2) i vatten från den misstänkta smittkällan som i prover från sjuka personer. Denna subgenotyp har tidigare påvisats vid andra vattenburna utbrott, däribland det allra största som inträffade i Milwaukee, USA 1993.

På vår skånska hemmaplan har 15 fall anmälts 2010 vilket är ungefär samma nivå som närmast föregående år men i gengäld en tydlig ökning jämfört med åren dessförinnan. För fyra av förra årets skånska fall angavs Sverige som smittland (varav en hade besökt Östersund), resten var utlandssmittade.

Cryptosporidiuminfektion blev anmälningspliktigt 2004. Eftersom det krävs speciell diagnostik (faecesprov för mikroskopi med specialfärgning) är sjukdomen sannolikt kraftigt underdiagnostiserad. Glöm inte att fråga specifikt efter cryptosporidier på remissen.

Mer om *Cryptosporidium* kan du läsa i Smittskydd Skåne nr 3 okt 2009.

Källa: SMI

Mattias Waldeck
Bitr. smittskyddsläkare
Per Hagstam
Bitr. smittskyddsläkare



Vid det vattenburna utbrottet i Östersund är det första gången *cryptosporidium* påvisats i dricksvatten i Sverige.

Beskrivning av ett Q-feberfall

Smittskydd Skåne är för evigt förknipat med statistik och byråkrati, särskilt i detta nummer. För att lätta upp en smula har vi gjort ett nedslag i den så kallade Verkligheten och låtit Jonas Bläckberg på Infektionskliniken i Lund presentera ett fall.

I Smittskydd Skåne nr 2, 2010 frågade biträdande smittskyddsläkare Mattias Waldeck när det första skånska fallet av Q-feber skulle komma och naturligtvis har vi kliniker tagit detta ad notam och spanat fårs kalligt i alla riktningar. Nedan presenterar vi en kort fallrapport om det första (?) fallet i Skåne som dock troligen smittats på Kanarieöarna. För detaljer kring sjukdomen hänvisas till den utmärkta översikten om Q-feber som gavs i nämnda nummer.

Vistats på Kanarieöarna

Fallet rör sig om en 74-årig man som söker infektionsmottagningen i Lund den 27 december 2010 på grund av

två dagars hög feber utan fokala symptom. I anamnesen i övrigt noteras tidigare paroxysmalt förmaksflimmer samt en uppgiven lindrig mitralisinsufficiens. Årligen brukar han åka till Kanarieöarna med sin fru och detta år hade man vistats på Gran Canaria under tiden 101020-101117.

Vid besöket noterades inget i status och labprover visade SR 25 mm, Hb 147 g/l samt CRP 122 mg/l. Odlingar säkrades från blod och urin och patienten gick hem med Bactrim i avvaktan på odlingssvar.

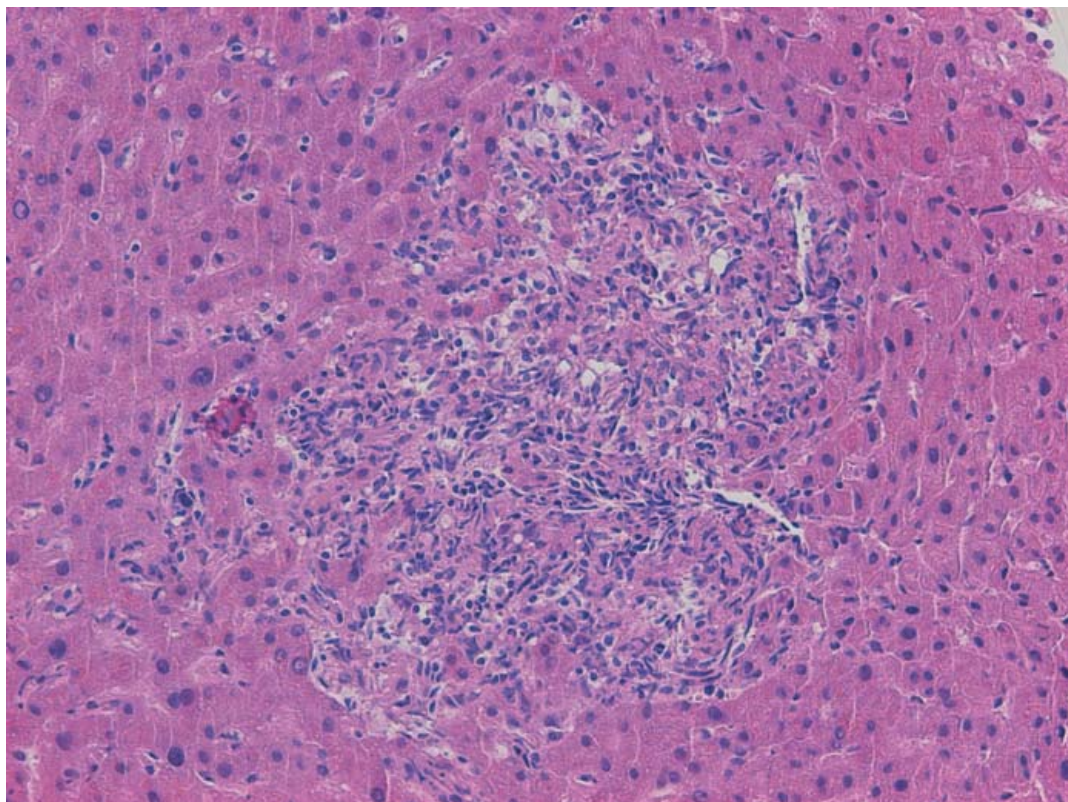
Patienten fortsatte dock att ha feber och inlades på infektionsavdelning 110103. Återigen noterades normalt status men ett patologiskt leverstatus sågs med normalt bilirubin, ALP 3,6 µkat/l, ASAT 9,0 µkat/l, ALAT 8,2 µkat/l.

Empirisk behandling med Tazocin inleddes. Ultraljud av lever och gallvägar utfördes med normalt fynd. Trots Tazocin fortsatte febern och medlet utsattes efter fyra dagar och en

utvidgad feberutredning startades. CT thorax och buk var u.a. Coloskopi utfördes på grund av tillkomst av lätt diarré med normalt resultat. På grund av de förhöjda leverproverna utfördes en leverbiopsi och serologier för Salmonella, Q-feber, Ehrlichia och Brucella togs.

Diskutabel kombination

I avvaktan på provsvar utskrevs patienten fortsatt febril med en något okonventionell och, erkänner jag, diskutabel kombination av doxycyklin och ciprofloxacin för att täcka ovan beskrivna intracellulära bakterier. Vid telefonuppföljning kunde patienten meddela att han blivit feberfri på femte behandlingsdygnet. Ungefär samtidigt anlände ett serologisvar för Q-feber som visade bild förenlig med akut Q-feber d.v.s. IgM-positivitet samt svar på leverbiopsin som visade en granulomatös hepatit (se bild 1). Uppföljande konvalescensprov be-



Granulom i levern.
Foto: Pehr Rissler,
Klin. Patologi, Lund

kräftade akut Q-feber med signifikant IgG titerstegring.

Vid akut Q-feber hos en person med ett hjärtvitium finns en hög risk för endokardit. Risken har uppskattats till så hög som 39% och t o m högre, 75%, hos obehandlade patienter. Då patienten hade uppgivit en möjlig mitralisinsufficiens i anamnesen (hjärtstatus dock utan blåsljud) utfördes ett polikliniskt UKG som inte visade vare sig någon endokardit eller mitralisvitium.

Behandling tolv månader

Doxycyklinbehandlingen avslutades därför efter fyra veckor och patienten är fortsatt feberfri med normaliserade inflammatoriska parametrar och leverprover. SR klättrade som högst till 77 mm. Vid akut Q-feber med samtidigt hjärtvitium rekommenderar Raoult och medarbetare tolv månaders behandling (!) med en kombination av doxycyklin och hydroxiklorokin.

Frågan återstod hur vår patient hade blivit smittad. Kanarieöarna är ett högendemiskt område för Q-feber med en seroprevalens på ca 25% på Gran Canaria och hans insjuknande var inom inkubationstiden på 2-6 veckor. Han hade dock bott på sitt vanliga hotell i Puerto Rico och nästan enbart varit på hotellet. Inga turer gjordes utanför staden, några djurkontakter förekom ej, fästingbett negerades och opastöriserade mjölkprodukter tillhörde ej dieten. Några djurkontakter eller besök på bondgårdar i Sverige har inte skett men patienten själv har spekulerat kring det faktum att han delat tvättstuga med veterinärer. Någon visshet lär vi aldrig få.

Fallet illustrerar också att en leverbiopsi kan vara av värde vid feberutredning. Vid Q-feber förekommer typiska granulom (s k fibrinringsgranulom) i levern. Överhuvudtaget är Q-feber en vanlig orsak till oklar feber i Spanien och Frankrike med prevalenser uppemot 25% i ”oklar-feber”-sammanställningar.

Jonas Bläckberg
Överläkare
Infektionskliniken i Lund

Vi vill bli ännu bättre!

Även om vi själva vet vad vi tycker om vår tidning är vi klädsamt ödmjuka och mottagliga för kritik. Kanske sitter just du och undrar när en artikel om ditt ämne äntligen ska dyka upp i vår tidning.

Även om vi kanske inte bedriver grävande journalistik ingår det i vårt uppdrag att informera om det skånska smittskyddsarbetet och dess utmaningar.

Har du någon bra idé ska du inte tveka att höra av dig till oss. Kontaktuppgifter finns på baksidan.



I nästa nummer...

Även om vår ambition är att ha färskare nyheter vet vi redan nu att nästa nummer av Smittskydd Skåne kommer att innehålla bland annat följande:

- En komplett lista över vilka analyser som kan belastas Smittskydd Skåne
- Allt du behöver veta om badsårsfeber inför badsäsongen
- Dvärgbandmask – bör vi undvika den lingsonspäckade rävmagen på smörgåsbordet?
- Nya anvisningar för handläggande av förskoleutbrott med resistenta pneumokocker

Vad gäller pneumokockerna förutsätter vi att man uppnått nationell konsensus. I annat fall skjuter vi på detta inslag till kommande nummer.

Smittspårarutbildning

Välkommen på smittspårarutbildning! Anmäl er till grundutbildningen eller fortsättningsutbildningen i maj redan nu genom att fylla i anmälningsformuläret på vår hemsida: www.skane.se/smittskydd.

Båda utbildningarna kommer att ge kunskap om epidemiologi, smittspårning i teori och praktik, smittspårningsjuridik samt klinik och diagnostik av sexuellt överförbara infektioner. På fortsättningsutbildningen kommer dock mer tid ägnas åt diskussioner av praktiska smittspårningsfall.

Vi bjuder på lunch och fika under dagen, men resekostnaderna får ni stå för själva.

Ett mer detaljerat program kommer per e-post när det närmar sig.

Grundutbildningen är till för dem som inte har smittspårarkörkort. De som har smittspårarkörkort får istället gå fortsättningsutbildningen. Detta gäller även er som gick smittspårarutbildningen i maj 2010.

Grundutbildningen:

Tid: 11 maj 2011

Plats: Sankt Gertrud Konferens i Malmö

Fortsättningsutbildningen:

Tid: 12 maj 2011.

Plats: Hilton Malmö City

Sista anmälningsdag:

Den 31 mars 2011.

Ny besöksadress!

Numera hittar du Smittskydd Skåne i våra nya lokaler:

MFC-huset

Skånes Universitetssjukhus

Södra Förstadsgatan 101,

ingång 59, plan 5

Malmö

Smittskydd Skåne

Smittskydd Skåne, 205 02 Malmö
Fax: 040-33 71 88

www.skane.se/smittskydd
E-post: smittskydd.skane@skane.se

Jens Boman	Smittskyddsläkare
Håkan Ringberg	Bitr. smittskyddsläkare
Eva Gustafsson	Bitr. smittskyddsläkare
Per Hagstam	Bitr. smittskyddsläkare
Rosmarie Fält	Smittskyddssjuksköterska
Niclas Winqvist	Smittskyddssjukskött. (tjänstled. t. 31/5)
Ulla Stamer	Smittskyddssjuksköterska
Lena Melchert-Cacia	Smittskyddssjuksköterska
Anna Karlsson	Vik. smittskyddssjuksköterska
Peter Gröön	Jurist
Michaela Nilsson	Administratör

Telefon:
040-33 71 81
040-33 71 85
040-33 71 42
040-33 71 84
040-33 71 83
040-33 71 86
040-33 71 87
040-33 71 82
040-33 71 07
040-33 68 70
040-33 71 80

E-post:
Jens.Boman@skane.se
Hakan.Ringberg@skane.se
Eva.X.Gustafsson@skane.se
Per.Hagstam@skane.se
Rosmarie.Falt@skane.se
Niclas.Winqvist@skane.se
Ulla.Stamer@skane.se
Lena.Melchert-Cacia@skane.se
Anna.X.Karlsson@skane.se
Peter.Groon@skane.se
Michaela.Nilsson@skane.se

Smittskydd Skåne, 291 85 Kristianstad
Fax: 044-309 16 77

Mattias Waldeck	Bitr. smittskyddsläkare	044-309 16 08
Åsa Ståhl	Smittskyddssjuksköterska	044-309 16 18
Marie Sten	Assistent	044-309 16 16

Mattias.Waldeck@skane.se
Asa.Stahl@skane.se
Marie.Sten@skane.se

Smittskydd Skåne

Ansvarig utgivare: Jens Boman
Redaktör: Håkan Ringberg och Niclas Winqvist
Layout: Ann-Christin Jönsson
Tryckeri: Wallin & Dalholm AB, Lund
Upplaga: 2.000 ex
Papper: Maxisilk, miljömärkt med Svanen

