

# Smittskydd Skåne

## Slingrig väg till enkelspårigt vaccinationsregister

De sedvanliga oktober- och decembernumren av denna tidning blir i år sammanslagna till ett dubbelnummer i månadskiftet oktober-november i besparingarnas tecken. Antalet utgåvor nästa år kan vi ännu bara spekulera om men den läsarenkät som genomfördes tidigare i år gav ett entydigt svar med önskemål om fortsatt utgivning av vår tidning i pappersform, tack för det!

Våra halvdagsutbildningar för smittskyddsansvariga på Hälsovalsenheterna fortskrider gällande resistent bakterier och följs sedan av STI/blodsmittor. Vi upplever ett fortsatt stort intresse och planerar med glädje kommande utbildningar.

Pneumokocker med nedsatt känslighet för penicillin har sedan de infördes i smittskyddslagen varit ett större problem i Skåne än på andra håll i Sverige. Då detta ledde till stora olikheter i handläggningen i landet har nu en arbetsgrupp

i Socialstyrelsens regi utarbetat nya rekommendationer där resistensnivån för att vidta åtgärder har höjts men när pneumokocken uppnått den nya nivån så är det väsentligen de gamla skånska rutinerna som gäller.

Under många år har framtida vaccinationsregister diskuterats i Sverige. Önskemålet från alla har varit ett register som samtidigt med att alla epidemiologiska data samlas in skulle kunna fungera som vaccinationsjournal för

vaccinatören och ”vaccinationskort” för den enskilde. Nu verkar det sluta med ett nytt vaccinationsregister som inte erbjuder de två sistnämnda funktionerna, det får alltså ett betydligt mindre värde samtidigt som det genererar mer arbete.

Den ovanliga zoonosen leptospiros berörs i detta nummer både ur veterinär och human synpunkt. Så sent som i fjol förekom humanfall i Köpenhamn i samband med över-  
svämningarna där och i Skåne hittas speciella leptospi-ravarianter i ökande frekvens hos våra vänner hundarna.

Så hälsar vi Anna-Lotta varmt välkommen som ny teamledare efter Michaela som nu givit sig ut på en världsomspännande resa. Smittskyddsläkartjänsten är utlyst och i process men i skrivande stund är det fortfarande okänt vem det blir.

*Håkan Ringberg  
Tf smittskyddsläkare*



### Innehåll:

Nytt nationellt vaccinationsregister från den 1 januari 2013 .....	2	STI-trender går att vända .....	10
Juristens krönika: Vaccinera lag-om .....	3	Underbart är kort .....	11
PRP blir PNSP .....	4-5	Utbildning: Att skydda barn mot tuberkulos – Det viktiga preventiva arbetet .....	11
Leptospiros – tropikinfektionen som även finns i Skandinavien .....	6	Seminarium för smittskyddsansvariga i primärvården .....	12
Leptospiros hos djur .....	7	Ring, maila, faxa Smittskydd Skåne .....	12
Nytt på antibiotikafronten – säsongrapport från Strama Skåne .....	8-9		

# Nytt nationellt vaccinationsregister från den 1 januari 2013

Vid årsskiftet införs ny lagstiftning som reglerar nationella vaccinationsprogram. För barnvårdscentralerna (BVC) och skolhälsovården kommer detta direkt att få praktiska konsekvenser genom att alla vacciner som ges inom det allmänna barnvaccinationsprogrammet (se tabell 1) ska registreras i ett nytt nationellt vaccinationsregister. Den obligatoriska information som ska registreras vid varje vaccinationstillfälle är:

- \* Datum för vaccinationen
- \* Den vaccinerades personnummer eller samordningsnummer
- \* Vilket vaccin som givits inklusive satsnummer
- \* Vårdgivaren som har ansvarat för vaccinationen
- \* Den vaccinerades folkbokföringsort

Det nationella vaccinationsregistret är efterlängtat och kommer att få stor betydelse för att bättre kunna följa vaccinationstäckningen i olika delar av landet för de vacciner som ingår i barnvaccinationsprogrammet. Dessutom för att förbättra möjligheterna att följa vaccinerarnas skyddseffekt på kort och lång sikt samt utvärdera eventuella vaccinbiverkningar. Smittskyddsinstytutet kommer att ansvara för det nya vaccinationsregistret.

## Borde kunna användas även som vaccinationsjournal

Synpunkter på utformningen av det nya vaccinationsregistret har framförts från flera håll. Som registret nu är planerat kommer informationen inte att kunna nyttjas som vaccinationsjournal av de vaccinerande enheterna och inte heller av den vaccinerade individen. Förhoppningsvis lyckas man att skapa ett gränssnitt mellan det nya nationella vaccinationsregistret och det journal-system, PMO, som används av BVC i Skåne idag. Annars kommer man att behöva registrera varje vaccinering två gånger vilket skulle innebära ett omfattande merarbete.

Det finns sedan flera år ett webbaserat informationssystem, Svevac,

**Tabell 1 Det allmänna barnvaccinationsprogrammet i Sverige**

Ålder	Vaccinationer mot
3 mån	Difteri, stelkramp, kikhosta, polio, haemophilus typ b (Hib), pneumokocker
5 mån	Difteri, stelkramp, kikhosta, polio, haemophilus typ b (Hib), pneumokocker
12 mån	Difteri, stelkramp, kikhosta, polio, haemophilus typ b (Hib), pneumokocker
18 mån	Mässling, påssjuka, röda hund
5-6 år	Difteri, stelkramp, kikhosta, polio
Årskurs 1-2	Mässling, påssjuka, röda hund
Årskurs 5-6	Papillomvirus (HPV)
Årskurs 8-9	Difteri, stelkramp, kikhosta

i Sverige som skulle kunna användas både som journalsystem och som vaccinationsregister för de ändamål som nu planeras. I de län där Svevac har införts, bland annat Värmlands och Kalmar län, har man goda erfarenheter av systemet som också upplevs som användarvänligt. All HPV-vaccinering i Sverige registreras redan i Svevac.

Kanske borde man nu ha satsat på att bygga ut Svevac som system för nationellt vaccinationsregister och vaccinjournal i hela Sverige. I Danmark och Norge finns sedan tidigare landsomfattande datoriserade vaccinationsregister inklusive journalfunktion.

## Övriga vacciner

Det har också framförts önskemål om att andra vacciner än de som ingår i nationella vaccinationsprogram, exempelvis resevacciner och influensavaccin, också borde registreras i det nya vaccinationsregistret. Det finns ett behov av att bättre kunna övervaka vaccineffekt och biverkningsprofil för dessa vacciner och täckningsgraden för influensavaccin bland äldre är i vissa landsting, bland annat Skåne, inte exakt känd utan bygger på enkätundersökningar.

För dessa vacciner finns också ett behov av att införa en webbaserad journal. De flesta vet inte i detalj vilka sjukdomar de vaccinerats mot tidigare i livet eller när de fått dessa vacciner. Många har tappat bort sina gula vaccinationskort och minns inte vilka vac-

ciner de tagit inför olika resor. Om man skapade ett system där man i framtiden kan se sin personliga vaccinationshistorik i en webbaserad journal, skulle såväl över- som undervaccinering kunna undvikas.

## Ny beslutsordning för de nationella vaccinationsprogrammen

Den nya lagtext som införs vid årsskiftet kommer också att innebära en ändrad beslutsprocess när nya vacciner hädanefter införs i de nationella vaccinationsprogrammen. Regeringen kommer från och med årsskiftet att fatta dessa beslut, medan Socialstyrelsen kommer att fortsätta ansvara för att ta fram beslutsunderlag. Det gäller inte bara det allmänna barnvaccinationsprogrammet utan också särskilda vaccinationsprogram riktade till barn och vuxna i riskgrupper. I våra grannländer Danmark, Norge och Finland fattas beslut om nationella vaccinationsprogram redan idag på regeringsnivå.

I många länder upphandlas och finansieras vacciner som ingår i allmänna vaccinationsprogram av staten. I Sverige sker upphandlingen på landstingsnivå och på den punkten planeras nu ingen förändring. Om vårt system med mindre regionala upphandlingar leder till högre eller lägre vaccinkostnader är omdiskuterat.

Simon Werner  
Bitr. smittskyddsläkare

## Juristens krönika

# Vaccinera lag-om

*När vaccinationsutredningen satte på sig sina stövlar 2008 för att vandra ut och rensa i vaccinationsträsket tyckte alla (nästan) att vaccinationer var något bra, viktigt och nödvändigt. Alla (nästan) ville också ha ett vaccinationsregister. Många är dock idag besvikna på den lösning som blev.*

### Vaccinationsframtiden - fördelar

Regeringen har lagt all ny lagstiftning om vaccinationer i smittskyddslagens tredje kapitel. Smittskyddslagen blir genom detta tillägg tydligare med att myndigheten smittskyddsläkaren genom smittskyddslagen både organiserar och genomför individ- och befolkningsriktade åtgärder.

Ytterligare en nyhet är att regeringen i framtiden kommer att ta det formella beslutet om vilka vaccinationer som kommer att ingå i de nationella vaccinationsprogrammen. Personligen tycker jag det tydliggör vaccinationers betydelse för folkhälsan och att det är ett viktigt nationellt ansvar.

Den nya lagstiftningen tydliggör också ansvaret för landsting och kommuner och omfamnar dessutom både allmänna och särskilda vaccinationsprogram. Frågor som klargörs är till exempel praktiskt genomförande, kostnadsfrihet för invånare, vilka som är huvudmän (inklusive kostnadsansvar) samt vilka som ansvarar för komplettering av tidigare ofullständigt vaccinerade personer.

### Vaccinationsframtiden – nackdelar

Ett av osäkerhetsmomenten i den nya

lagstiftningen kan vara, utifrån den pessimistiskt lagdes perspektiv, finansieringen av "nyordningen". Som jag tidigare nämnt så kommer regeringen att besluta om vilka vacciner som ska ingå i de nationella vaccinationsprogrammen samt att de ska vara kostnadsfritt för individen. Detta, dvs. inte kostnadsfriheten utan betalningsansvaret för något staten bestämt, är ett läge som vi i landstinget inte ofta kombinerar med "Gilla" på facebook, då det sägs ha hänt vid andra tillfällen att notan för det statliga kalaset hamnat i knäet på hukande landsting och kommuner. Dock så är det skrivet i propositionen till den nya lagstiftningen att finansieringsprincipen ska gälla, det vill säga: om nya vaccinationer läggs på landsting och kommuner ska dessa fullt ut bekostas av staten. Kommuner och landsting ska således inte av staten kunna åläggas nya uppgifter/utgifter utan att samtidigt erbjudas finansiering. Ett exempel på denna princip är att utvidgningen av barnvaccinationsprogrammet avseende pneumokockvaccination och HPV är en utvidgning av rådande vaccinationsprogrammet där finansieringsprincipen tillämpas. Principen finns dock inte nedskrivet i någon lagtext och gäller så länge båda parter överens – ja men sedan då? Det är tämligen oklart.

Ett annat osäkerhetsmoment är att regeringen inte ville ha en centraliserad upphandling. Detta innebär fortsatt upphandling för varje landsting eller region för att införskaffa de vacciner/material som behövs för att uppfylla sina skyldigheter. Dock kan bristen på

centraliserad upphandling bli ekonomisk – åtminstone från arbetssynpunkt, men också ojämlik... det kan bli så att olika vaccin används i olika delar av landet och dessa kan vara olika effektiva samt kanske ge kompatibilitetsproblem för individen vid flytt mellan landsänder.

### Nu får vi ett vaccinationsregister – Nähe, inte det...

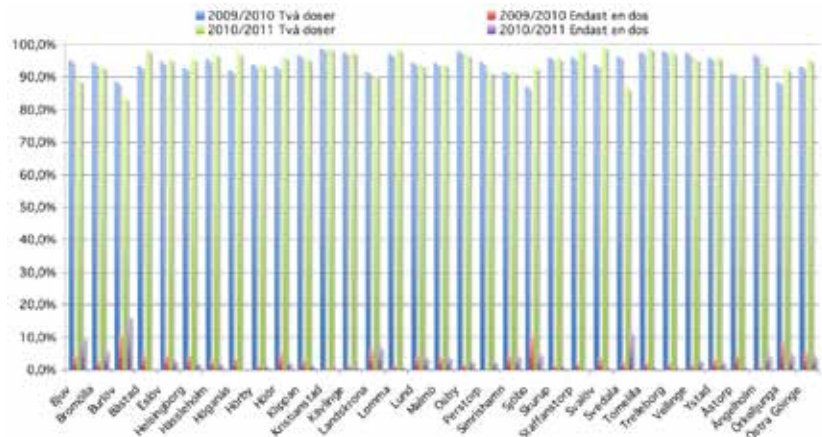
Naturligtvis skulle det ingå ett förslag om vaccinationsregister i regeringens vaccinationsproposition. Det bidde dock bara en tumme vilket framgår av artikeln här intill. Inte mycket till nytta för individen, (patienten kan dock begära ut en kopia om vad som finns i det nationella registret), inte till nytta för vårdgivaren som inte får ut någon info från registret och svårt att se någon nytta för smittskyddsläkaren och dennes skyldighet att ha uppsikt över vaccinationstäckningen i landstinget/regionen. Frågan är också hur mycket rapporterade personalen kommer att mäta med – patientjournalen, Smittskyddsinstitutets register och till Smittskyddsläkaren. Det känns som åtminstone den sistnämnda kommer att lida men här...

Nu är det kanske ingen ko på isen gällande vaccinering och man behöver inte jämt misströsta för att det går fel och för att staten inte "alltid" lyssnar på landsting och kommun i sina remissvar. Men det kunde ju blivit så bra!

*Peter Gröön  
Smittskyddsjurist*

## Trippelvaccinationstäckning

Siffrorna för 2011/2012 håller på att komma in från Skånes skolskötorskor. Dessa kommer att publiceras på vår hemsida så fort alla siffror finns på plats. Till dess får ni hålla till godo med de senaste två årens vaccinationstäckning per kommun. På hemsidan finner du en mer lättläst version.



# PRP blir PNSP

*Nya rekommendationer från socialstyrelsen för handläggning av pneumokocker med nedsatt känslighet för penicillin (PNSP) har ersatt de gamla från 1 juli 2012.*

Pneumokocken är en vanlig bakterie, speciellt som kolonisator i bakre svalget hos barn. Bärarskap avtar med stigande ålder. Det finns ett stort antal serotyper som varierar över tid, en del är vanligare än andra och vissa är kända för att ge allvarligare infektioner, i första hand öron-, bihåle- eller lunginflammation men i enstaka fall även svåra infektioner såsom hjärnhinneinflammation och blodförgiftning. Det är dessa serotyper man riktar pneumokockvaccinet mot.

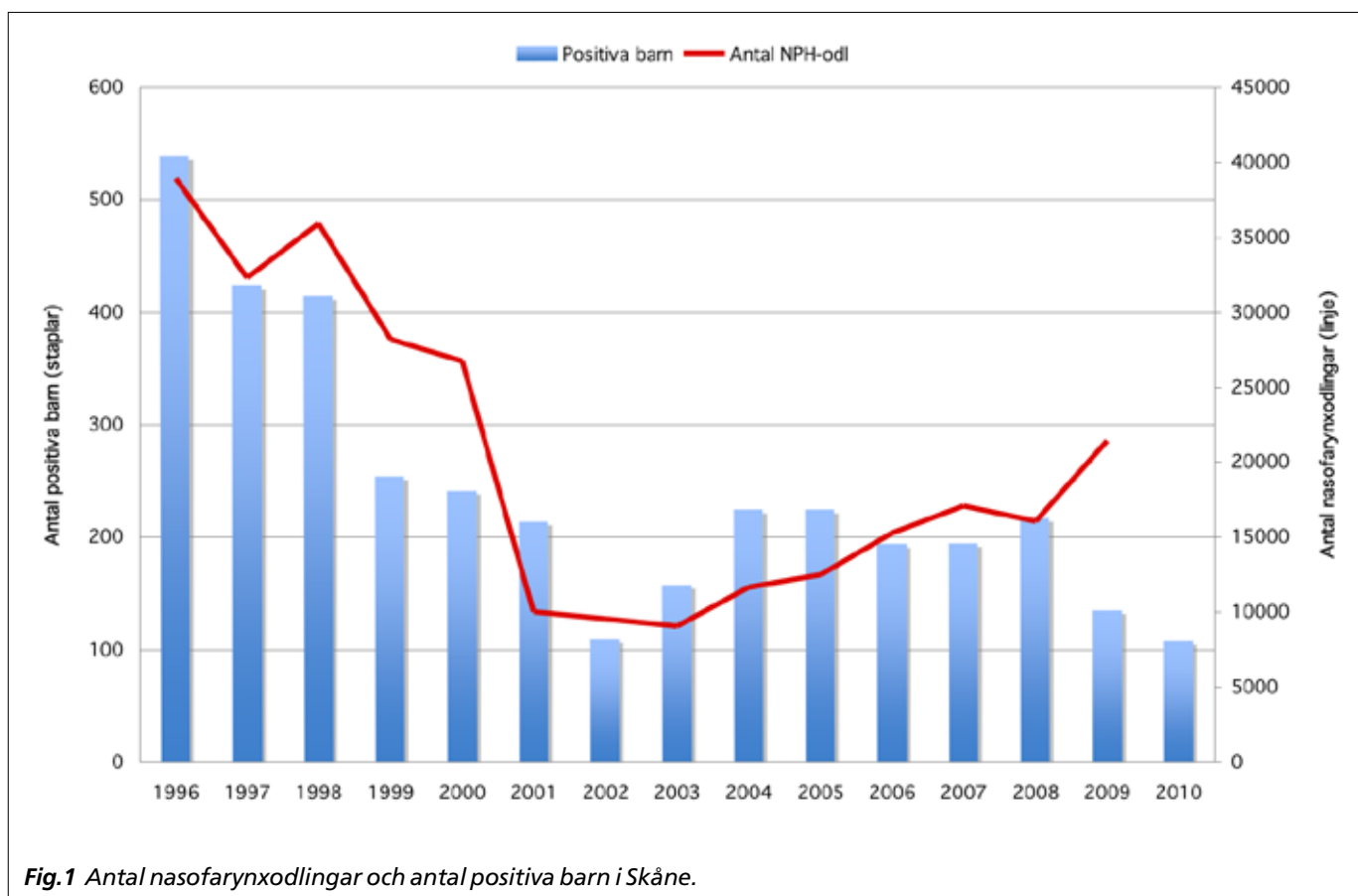
I mitten av 1990-talet noterades ett problem med ökande antibiotikaresistens hos pneumokocker i Sverige. Dess-

förinnan hade samma sak noterats runt om i världen, inte minst i Europa där Island utmärkte sig med spridning av en multiresistent stam. En epidemiologisk modell med erfarenheter från flera länder beskrev att andelen pneumokocker med nedsatt känslighet ökade snabbt efter att den nått upp till en viss kritisk gräns. Skåne låg då strax intill den kritiska gränsen varför problemet i Sverige uppmärksammades här. Det gavs här benämningen penicillinresistenta pneumokocker (PRP) vilket egentligen var felaktigt då flertalet inte var helt resistenta utan intermediärt känsliga. Detta har betydelse för möjligheten att kunna behandla med penicillin då man vid högre grad av resistens är hänvisad till andra antibiotika än penicillin och som kanske måste ges i injektionsform.

Efter att Socialstyrelsen, Smittskyddsinstitutet och Smittskyddsläkarföreningen gjort en genomgång av bakgrund och analyserat situationen i

Sverige infördes PRP i smittskyddslagen som anmälningspliktig sjukdom 1996. Samtidigt startades ett projekt i Malmöhus och Kristianstads län, sedermera Region Skåne. Det skapades aktiva rutiner för smittspårning omkring fall som hade pneumokocker med MIC  $\geq 0,5$  mg/L för penicillin. Positiva barn stängdes av från förskolan för att förhindra fortsatt smittspridning tills de kunde uppvisa två negativa kontrollodlingar i rad från nasofarynx. Ca 75% av barnen blev negativa i sina odlingar och återvände till förskolan inom fyra veckor. En del blev bärare längre tid. Vid långvarigt bärarskap övervägdes eradikeringsbehandling i det individuella fallet men principen har alltid varit att i första hand undvika behandling för att inte riskera utvidgad resistensutveckling.

Med denna intervention har antalet fall i Skåne minskat. Figur 1 ger vid en första anblick intryck av att ju mer



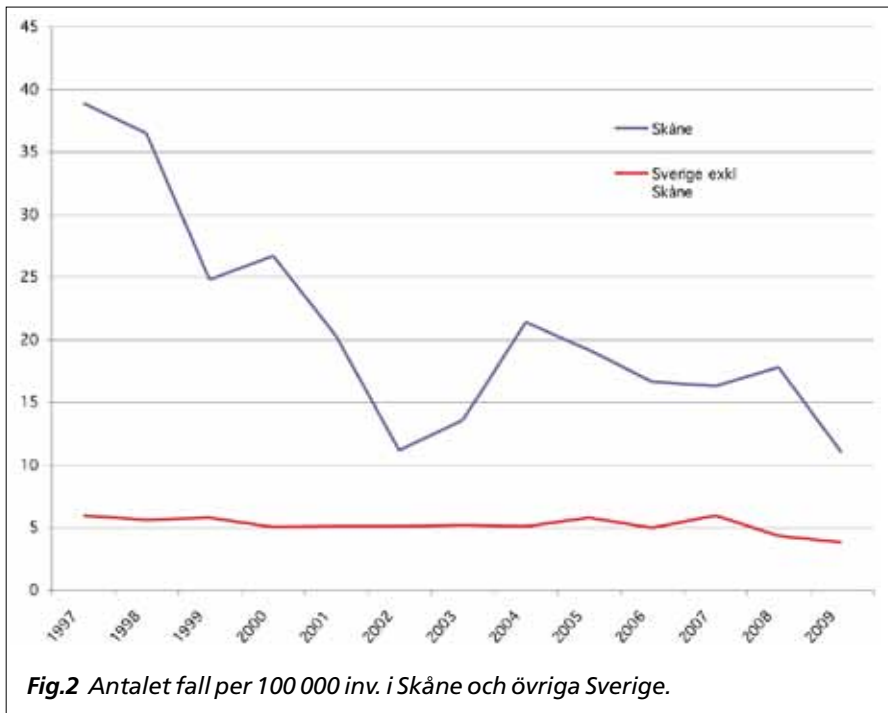


Fig. 2 Antalet fall per 100 000 inv. i Skåne och övriga Sverige.

man provtar desto mer finner man. Det är emellertid så att även det omvända gäller då ju fler man finner desto fler provtas i smittspårning. Eftersom vi har gjort på samma sätt med alla barn har vi aldrig kunnat bevisa hur stor effekten av enbart intervention har varit. Andra faktorer som minskad antibiotikaförbrukning hos barn, förbättrade hygienrutiner på förskolor och tillkomsten av pneumokockvaccination har haft sin betydelse för att problemet faktiskt har minskat i motsats till alla andra resistent bakterier som ständigt ökar.

### PRP upphöjdes 2004 i smittskyddslagen till allmänfarlig sjukdom.

Rutinerna för handläggningen av PRP har genom åren utvecklats olika i landet. På de flesta håll där man inte haft någon intervention har, av okänd anledning, antalet fall av PNSP fortsatt legat betydligt lägre än i Skåne, sannolikt

delvis pga. mindre provtagning och lägre smittspårningsaktivitet, i Skåne har omkring 60% av fallen hittats genom smittspårning. Man har å andra sidan inte heller sett motsvarande minskning av incidensen i övriga landet, se fig. 2. Detta talar för att interventionen haft sin betydelse i Skåne.

Denna utveckling med helt olika rutiner i olika delar av landet blev dock till slut ohållbar och 2009 påbörjades ett arbete lett av Socialstyrelsen för att likrikta handläggningen i Sverige. Slutresultatet av detta arbete presenterades i maj 2012 i skriften "Pneumokocker med nedsatt känslighet för penicillin (PNSP) – kunskapsunderlag och rekommendationer för handläggning" och finns att hämta på Socialstyrelsens hemsida. Rutinerna är implementerade i Skåne från 12 07 01.

De nya rutinerna innebär att nivån för penicillinresistensen höjts från MIC  $\geq 0,5$  till MIC  $> 1$  (i praktiken MIC  $\geq 2$ )

vilket alltså innebär två titersteg. Detta kommer att innebära att antalet fall minskar dramatiskt men de fall som uppnår denna höga MIC-nivå omfattas av liknande rutiner som tidigare i Skåne dvs. man ska smittspåra familjen och den närmsta omgivningen samt på barnets förskola. (Se vår hemsida.) Förskolebarn med PNSP med MIC  $> 1$  får inte vistas på förskola och har skyldighet att hålla kontakt med sin behandlande läkare för regelbundna kontrollodlingar. Det krävs fortfarande två negativa nasopharynxodlingar i rad för att barnet ska få återgå till förskola. Större vikt läggs vid goda hygienrutiner både individuellt och på förskolan.

Provtagning sker vanligen på en vårdcentral. Enligt hälsovalsavtalet ansvarar en vårdgivare för hela utredningen t.ex. på en förskola. Ansvar för smittskyddsutredningen har den vårdcentral där indexfallet är listat, men vårdgivaren kan i överenskommelse överlåta ansvaret till annan, t.ex. mer närliggande, vårdcentral. Smittskydd Skåne kan vid behov kontaktas för samråd.

Det är även fortsättningsvis viktigt med goda rutiner för pneumokockprovtagning, speciellt nasopharynxodling vid terapivikt eller antibiotikabyte. Pneumokocker kommer laboratoriemässigt att följas med serotypning även på nivåer MIC  $< 2$  för att få tidiga signaler på ekologiska förändringar.

Observera att vid invasiv infektion med PNSP ska anmälan göras både för invasiv pneumokockinfektion och för infektion orsakad av pneumokocker med nedsatt känslighet för penicillin.

Håkan Ringberg  
Tf smittskyddsläkare

### PNSP faktaruta:

**Pneumokocker:** *Streptococcus pneumoniae*

**PRP:** "penicillin-resistent pneumococci"

**PNSP:** "penicillin non-susceptible pneumococci"

**MIC:** "minimum inhibitory concentration"

Socialstyrelsens dokument kan hämtas här:

<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2012/2012-5-13>

Uppdaterade informationssidor om PNSP finns på Smittskydd Skånes hemsida.

Nya smittskyddsblad för PNSP, läkar- och patientinformation, läggs inom kort ut på Smittskydd Skånes hemsida.



När ditt barn blir sjukt

Det finns nu en ny, omarbetad upplaga av den populära broschyren "När ditt barn blir sjukt". Broschyren är riktad till barn i barnomsorgen och kan enklast beställas online via formulär på vår hemsida.

# Leptospiros

## – tropikinfektionen som även finns i Skandinavien

*Den minnesgode läsaren har kunnat ana ett mönster, ett tema, i vår tidning de senaste åren. För att öka vaksamheten inom den skånska sjukvården har vi presenterat ett antal sjukdomar som ett varmare klimat och ändrade resvanor skulle kunna göra vanligare. Denna gång ger vi oss i kast med såväl human- som veterinärmedicinska aspekter på leptospiros.*

De allra flesta svenskar som får leptospiros har blivit smittade under resa i Asien i länder som Laos, Thailand, Kambodja och Malaysia. Sjukdomen är därför främst känd som en i raden av sjukdomar som bör övervägas vid feber efter resa till tropiska breddgrader. Leptospiros finns dock i nästan hela världen och så sent som 2011 blev människor smittade av leptospiros på så nära håll som i Köpenhamn, i samband med skyfallen där.

Leptospiros är en bakteriesjukdom som är kraftigt underdiagnostiserad, dels eftersom sjukdomen inte är så välkänd och dels därför att symtomen i flertalet fall är lindriga och ganska snabbt övergående men man kan bli allvarligt sjuk. I typiska fall har sjukdomen två faser. Efter en inkubationstid på en till två veckor insjuknar man med hög feber, huvud- och muskelvärk och buksmärta. Röda ögon (konjunktival injektion) kan i vissa fall vara ett tydligt symptom. Efter ungefär en vecka avtar febern men kan återkomma cirka två till tre veckor efter symptomdebuten. Vissa utvecklar meningit och i 5–10 % av fallen utvecklas Weils syndrom med uttalad lever- och njurpåverkan och blödningsbenägenhet. Allvarliga lungblödningar förekommer också och mortaliteten vid Weils syndrom är cirka

10 %. Sjukdomen är behandlingsbar med antibiotika. Vid lindriga symtom kan man ge doxycyklin i tablettform och i svårare fall bensylpenicillin intravenöst på sjukhus. Diagnosen fastställs genom serologisk metodik som utförs på Smittskyddsinstitutet i Solna. Det är också möjligt att odla bakterien från blod eller urin.

### Smittar via råtturin

Sjukdomen är en zoonos som oftast smittar människan via råtturin, men man kan också bli smittad av urin från andra gnagare och i enstaka fall från större djur som hundar eller hästar (Se länsveterinärens artikel här intill). Bakterierna som är trådsmala och spiralformade smittar oftast människan genom småsår i huden. Direktkontakt med råtturin är ovanligt, oftast är smittkällan vatten som kontaminerats av gnagarurin. Kontaminerad fuktig jord kan också utgöra en smittrisk.

Sedan leptospiros blev en anmälningspliktig sjukdom 2004 har endast 29 fall anmälts i Sverige varav fyra i Skåne, en i Sydosteuropa och tre i Sydostasien.

I Asien är sjukdomen sedan länge känd som fältfeber eftersom den historiskt drabbat lantarbetare som smittats ute på risfälten. De européer som fått sjukdomen under resa till Sydostasien under senare år har däremot oftast haft sötvattenkontakt i samband med djungelvandringar eller vattensportaktiviteter som exempelvis simning eller paddling. Det gäller även tre av de fyra anmälda skånska fallen, varav en ägnat sig åt så kallad ”inner tubing”, det vill säga färd på traktorslang utför vattendrag.

### Endemiskt även i Europa

Efter de kraftiga skyfallen i Köpenhamn i juli 2011 insjuknade två män i Köpenhamnsområdet i leptospiros varav den ena, en 62-årig man, dog. Ris-

ken att bli smittad av leptospiros ökar vid översvämningar eftersom råttorna tvingas fly undan vattenmassorna så att närheten till människor ökar. Båda Köpenhamnsfallen hade sanerat översvämmade källare och sannolikt blivit smittade i samband med detta.

Att leptospiros är endemiskt i Europa är känt sedan mer än 100 år. Under första världskriget spred råttor sjukdomen i skyttegravarna. På våra breddgrader sprids leptospiros till människor främst under sommarhalvåret, dels eftersom bakterien trivs i varmt vatten och dels eftersom fler människor ägnar sig åt aktiviteter som innebär risk för smitta då. Leptospirosutbrott har setts hos kanotister på den irländska floden Liffey 2004 och den brittiske roddaren och olympiske guldmedaljören Andy Holmes dog 2010 i sviterna av sjukdomen. 2007 drabbades 24 jordgubbsplockare på en tysk gård av leptospiros och sjukdomsfall har också setts hos golfare som letat efter bollen i diket intill golfbanan, för att nämna några exempel. Leptospiros är en av de sjukdomar som riskerar att öka i framtiden när klimatet blir varmare och skyfall vanligare.

Simon Werner  
Bitr. smittskyddsläkare

Länsveterinären i Skåne har ordet:

## Leptospiros hos djur

*Leptospirabakterier kan infektera ett stort antal djurarter. Mest känt och vanligast i Sverige är förekomsten hos smågnagare som råttor och möss. Eftersom bakterien finns i bl.a. gnagarnas njurar är urinen smittförande och kan kontaminera vatten, foder och miljöer där råttor och möss uppehåller sig.*

För några år sedan insjuknade en hundvalp i Kristianstad i leptospiros. Valpen hade svåra njur- och leverskador och dog. Det framkom att valpen rastats vid kanalbrinkarna i Kristianstad och just det året hade det varit massförekomst av råttor vid kanalerna. Hypotesen var att hundvalpen slickat i sig råtturin under någon kanalpromenad. Tyvärr gick det inte att knyta ihop säcken helt eftersom den råttbekämpning kommunen hade satt in varit så effektiv att inga råttor fanns att provta när valpens sjukdom väl var diagnosticerad.

### Förekomst i världen

Leptospirabakterien (eller spiroketen) förekommer över hela världen men är vanligare i varmare klimat än vårt. Det finns cirka 200 underarter (serovarer) av *Leptospira* av vilka långt ifrån alla påvisats i Sverige. Nötkreatur kan vara reservoar för *L. Hardjo* medan *L. Pomona* främst har svin som reservoar. Båda dessa underarter, som inte påvisats i Sverige, ger allvarliga reproduktionsproblem och kan som andra leptospirotyper smitta till människor, främst genom direktkontakt med sjuka djur eller aborterat material. För

*L. Canicola* är hundar främsta reservoaren medan *L. Icterohaemorrhagiae* främst ses hos råttor.

### Förekomst i Sverige

Leptospiros är en anmälningspliktig djursjukdom men relativt ovanlig hos husdjur och sällskapsdjur i Sverige. Men med ändrat och mer extremt klimat finns farhågor för att t.ex. översvämningar skulle kunna göra att smittan lättare sprids. Fuktiga och varma miljöer med stillastående vatten och samtidig förekomst av infekterade smågnagare eller infekterade husdjur är en gynnsam kombination för spridning av leptospirasmita. Vissa vattenrika områden i norra Italien har pekats ut som riskområde för t.ex. jakthundar.

Serologiska reaktioner mot någon av de olika serovareorna diagnostice-ras ibland hos i första hand hundar men också hos hästar. Hos häst har det ofta varit reaktion mot *L. Bratislava*. Från 2010 fram till september 2012 har elva fall av leptospiros hos djur i Skåne rapporterats, tio hundar och en häst. I samtliga fall har samma serovar påvisats, Lep-

*tospira Mus 2A (Sejroe)*. Titern hos de undersökta djuren har varierat mellan 1:200 upp till 1:1600. I flera av dessa fall finns en anamnes om att hunden fångat eller lekt med möss eller råttor. Vanliga symtom hos hundarna har varit slöhet, kräkningar, ökad blödnings-tendens samt andra tecken på njur- och leverinsufficiens. Efter insatt antibiotikabehandling och allmänt understöd-jande behandling har flertalet hundar tillfrisknat. Symtomen hos häst brukar vara milda med lätt feber och sänkt ap-petit.

### Förebyggande åtgärder

För att förhindra att *L. Hardjo* och *L. Pomona* m.fl. serovarer förs in till landet blir lantbruksdjur som importerats till Sverige för avelsändamål regelmä-sigt undersökta avseende eventuell lep-tospirainfektion. För hundar som ska resa till riskområden utomlands och vistas i vattenrika lantbruksmiljöer, delta i jakt eller vistas i hundrika miljöer brukar vaccinering mot leptospiros rekommenderas. Tillgängliga vaccin ger inte ett fullständigt skydd men en fullgod grundvaccination minskar ris-kena för att hunden utvecklar allvar-liga sjukdomssymtom om den smittas. För hundar som bara vistas i de nord-iska länderna anses det inte föreliggande behov av att de vaccineras.

Lennart Sjöland  
Länsveterinär



Foto: Colourbox.

# Nytt på antibiotikafronten

## – säsongrapport från Strama Skåne

De senaste åren har mängden antibiotika som skrivs ut till befolkningen i Sverige fått stor uppmärksamhet. Färsk statistik över förskrivning av antibiotika i öppenvård från de senaste fyra säsongerna (juli 2008–juni 2012) visar att nio av 21 landsting har minskat sin totala antibiotikaförskrivning något under säsongen juli 2011–juni 2012 jämfört med föregående säsong (figur 1).

Fjorton av 21 landsting (inklusive Skåne) har minskat sin förskrivning till barn 0-6 år. Det är fortfarande stor skillnad i total antibiotikaanvändning mellan Sveriges län. Skåne ligger fortfarande tillsammans med Stockholm högst i total antibiotikaförskrivning

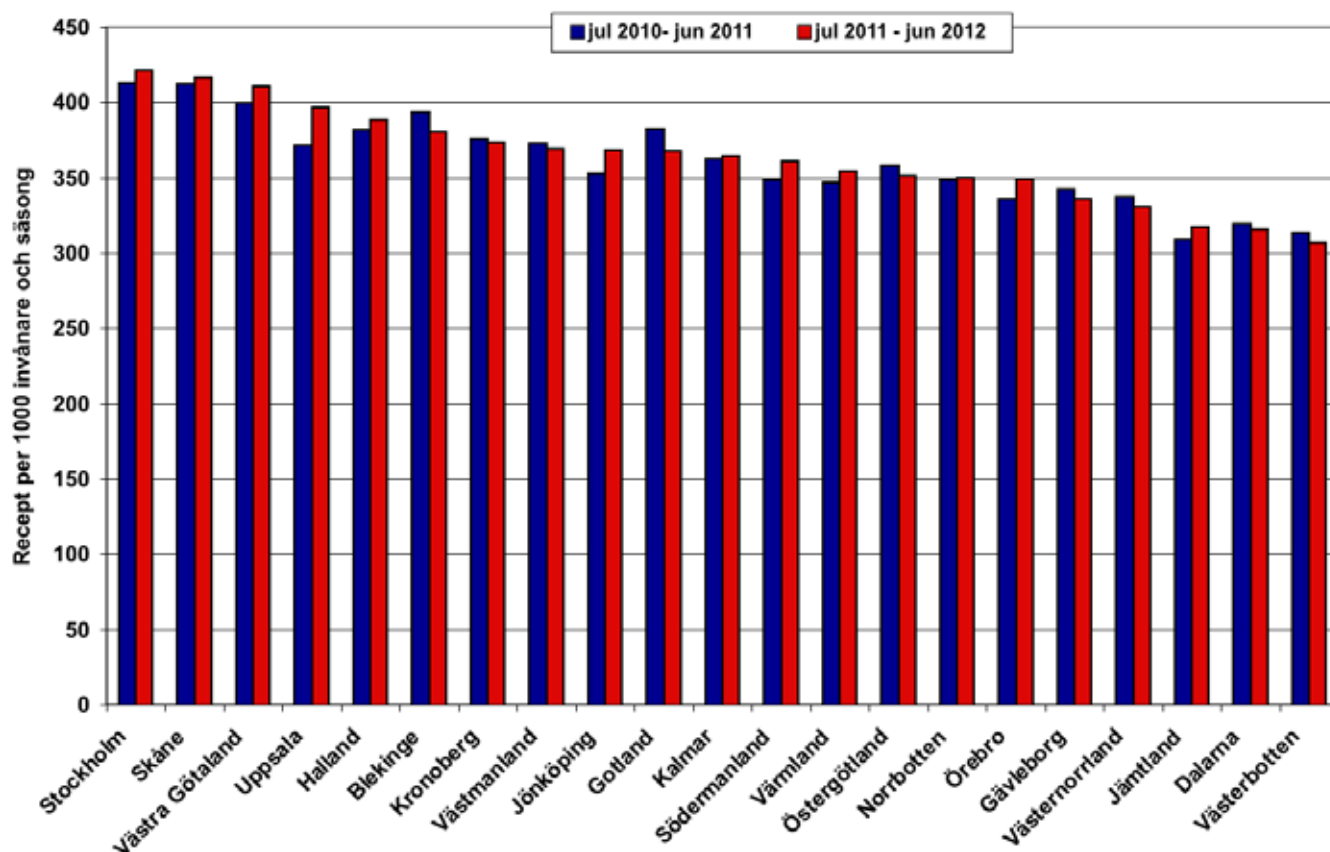
och Västerbotten ligger lägst. Som ett grovt mått på följsamhet till behandlingsriktlinjer, både nationellt och lokalt, har indikatorerna andel penicillin V av luftvägsantibiotika till barn 0-6 år (>80%) respektive kinoloner av urinvägsantibiotika vid nedre UVI hos kvinnor 18-79 år (<10%), tagits fram. Under de senaste säsongerna har inget landsting nått ändå fram till målet. Skånes kvoter är 70,5% respektive 13,7%.

### Penicillin V-användningen minskar

Den totala antibiotikaförskrivningen i öppen vård i Skåne är väsentligen oförändrad jämfört med föregående säsong. Uppdelat på antibiotikagrupp syns heller inga stora förändringar, men däremot finns det skillnad om man delar upp dessa grupper i preparat eller åldersgrupper (figur 2). I åldersgruppen 0-6 år har antibiotikaanvändningen minskat och det beror på minskad an-

vändning av antibiotika mot luftvägsinfektioner, framförallt av penicillin V och amoxicillin. Detta är en önskad effekt eftersom det finns tydliga indikationer på överanvändning av antibiotika i dessa åldersgrupper, dvs. att dessa antibiotika används på infektioner där det inte är indicerat. För äldre barn och vuxna har användningen av antibiotika legat stilla eller ökat något jämfört med föregående säsong. Detta beror till största del på att användningen av tetracykliner ökat markant i åldrarna 15 år och uppåt och att makroliderna ökat markant i åldergruppen 5-14 år. En förklaring till den ökade användningen av dessa antibiotika är att säsongen 2011-2012 bjöd på ett kraftigt ökat antal fall av mykoplasmainfektioner jämfört med tidigare säsonger och makrolider och tetracykliner utgör de antibiotika som är aktuella som behandlingsalternativ vid mykoplasmainfektion.

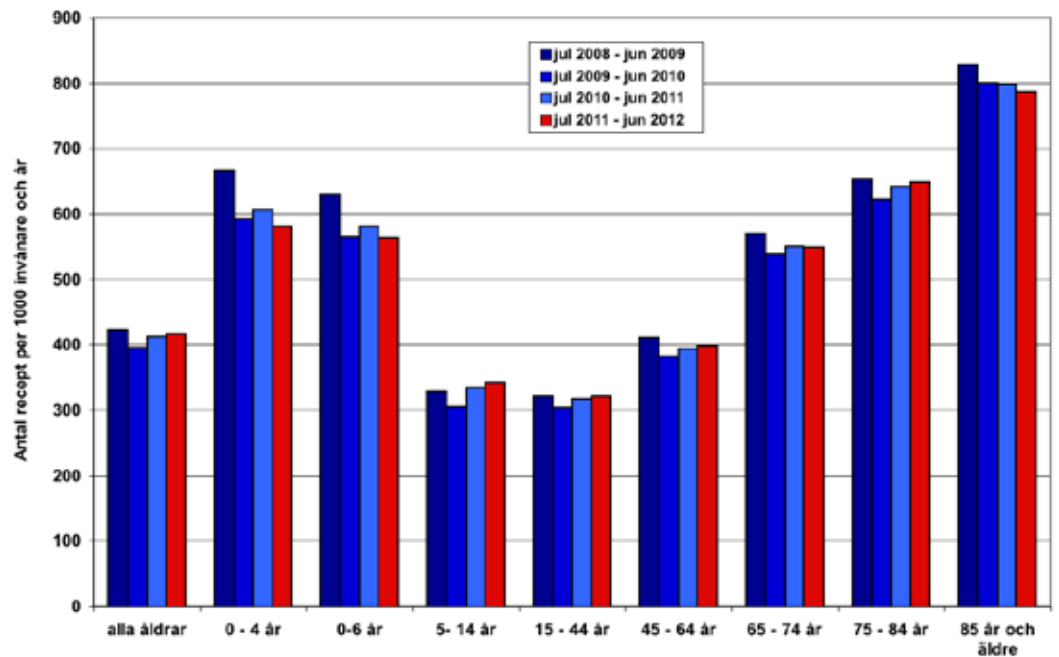
Bland antibiotika som vanligen an-



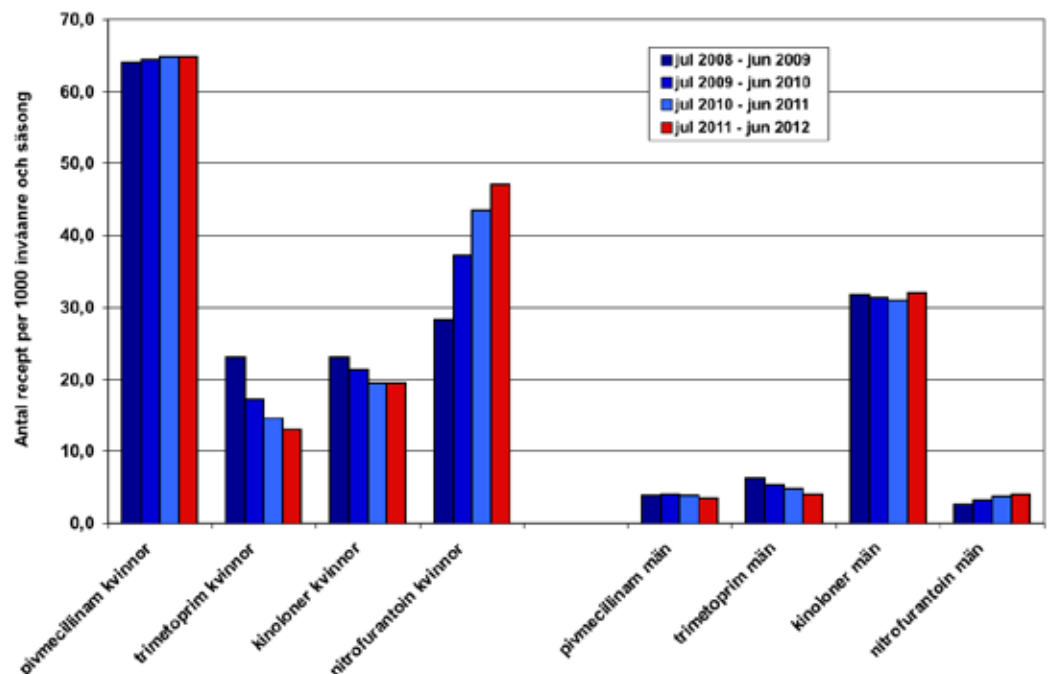
Figur 1. Antibiotika i öppenvård Sveriges län



**Figur 2.**  
Antibiotika som används  
vid luftvägsinfektioner i  
öppen vård Skåne



**Figur 3.**  
Antibiotika som används  
mot urinvägsinfektioner i  
öppenvård Skåne



vänds för urinvägsinfektioner fortsätter trenden att förskrivning till kvinnor av trimetoprim och kinoloner minskar och nitrofurantoin ökar (figur 3). Detta är precis enligt behandlingsrekommendationerna. Hos män fortsätter användningen av trimetoprim att minska, men en trend till ökning för kinoloner kan noteras.

Förskrivningen av antibiotika som används mot hud- och mjukdelsinfektioner är väsentligen oförändrad jämfört med tidigare säsonger.

### Stora lokala variationer

Det är fortfarande stor skillnad i antibiotikaförskrivning mellan Skånes

kommuner, i synnerhet när det gäller barn 0-6 år. Där är användningen dubbelt så hög i de kommuner där det förskrivs mest (700 recept per 1000 invånare och säsong) som i den kommun där det förskrivs som minst antibiotika (328 recept per 1000 invånare och säsong).

Sammanfattningsvis kan sägas att antibiotikaavändningen hos barn har minskat, antibiotikaprofilen vad gäller luftvägsinfektioner och urinvägsinfektioner är god och förbättras för varje säsong. I Skåne används drygt 100 fler recept per 1000 invånare och säsong jämfört med de län som ligger lägst i Sverige och grundar sig

framförallt på skillnader i användning av antibiotika mot luftvägsinfektioner i alla åldersgrupper. Detta tillsammans med svenska diagnos-recept studier pekar på att det finns utrymme för att minska användningen genom att avstå att behandla luftvägsinfektioner där antibiotika inte gör nytta.

På vår hemsida [www.skane.se/strama](http://www.skane.se/strama) hittar du information om utbildningar, aktiviteter, presentationer, behandlingsriktlinjer, informationsmaterial, mm.

Eva Melander  
Ordförande Strama Skåne

# STI-trender går att vända

Vi har tidigare skrivit om nästan arkeologiska fynd av rapporter om smittsamma sjukdomar (se nr 4/2010). Nu har jag städat igen och på vår vind i vårt gamla sommarhus fann jag en vältummad bok från 1968: "Kvinna och man" från När, var, hur-serien (Bokförlaget Forum AB, Stockholm). Huvudredaktör var ingen mindre än Maj-Briht Bergström-Walan, känd bland annat som Sveriges första auktoriserade sexolog. Bland kapitel om "Sexuella samlivets psykologi", "Några varianter av sexuellt beteende" och "Den förändrade moraluppfattningen", fastnade jag för ett kort kapitel om "Könssjukdomar", skrivet av Ulf Larsson-Cohn.

Det som genast var anslående var hur lite som förändrats på 44 år: folkhälsostategier och myndigheter ser, trots informationskampanjer och lagstiftning, uppgivet på hur trendkurvorna över STI bland ungdomar stadigt går åt fel håll. Men det finns också en del skillnader. Gonorré och syfilis behandlades utan förbehåll med penicillin. Och klamydia var okänt! Så här inleds texten:

*"I Sverige har vi i praktiken bara två könssjukdomar eller veneriska sjukdomar att räkna med: gonorré (=dröppel) och syfilis. Båda har ökat i frekvens på senare år, trots att vi i penicillinet har fått ett högeffektivt botemedel mot dem."*

Det är också svårt att inte imponeras en smula över antalet fall: "År 1957 nyanmälades 12 730 fall av gonorré, en bottennotering. För 1966 var motsva-



rande siffra 25 524." Efter att ha konsulterat Statistiska centralbyrån motsvarade detta en gonorréincidens på 172 fall per 100 000 invånare 1957 och 325/100 000 år 1966. Syfilisen var inte lika utbredd men antalet fall steg från under 100 1960 till 430 fall 1966 (5,5 fall/100 000 inv.). Utvecklingen vad gäller gonorré har därefter varit sensationellt god och man var inte långt ifrån att utrota sjukdomen i Sverige. 1996 rapporterades 211 fall av gonorré i hela Sverige, motsvarande en incidens på 2,4 fall/100 000. Att det därefter bara stigit år från år till 950 rapporterade fall år 2011 (10,0/100 000) är i sig oroväckande men det hade nog inte imponerat på Ulf Larsson-Cohn.

Då som nu skyldes allt på ungdomen. "Delvis kan ökningen bottna i en tilltagande nonchalans bland ungdomen. Det är inte populärt att försöka vara försiktig."

## Lagen vill hjälpa

Någon smittskyddslag så som vi känner den fanns inte 1968 men väl en Lex veneris, som bland annat stadgade "att var och en som är smittad eller tror sig vara smittad av könssjukdom måste gå till läkare. Kontrollerna och behandlingarna är helt kostnadsfria om de

sköts av tjänsteläkare eller vid de speciella könspoliklinikerna. Varje person hos vilken man upptäcker en könssjukdom blir utfrågad om vem som möjligen kan vara upphov till smittan. Vederbörande kallas till kontroll, naturligtvis utan att få reda på vem anmädlaren är."

De som har synpunkter på huruvida lagens långa arm bör sträckas in under täcket må slipa sina argument men en sak är säker: det var inte bättre förr. Så här fortsätter stycket:

*"Om den kallade inte frivilligt följer uppmaningen, har polisen skyldighet att se till att han eller hon kommer till läkare. Samma sak gäller om någon avbryter en behandling. Medan behandlingen pågår är det strängt förbjudet att ha samlag."*

En uppgivenhet vi tyvärr alltför väl kan känna igen avslutar kapitlet: "Man får hoppas att framför allt ungdomarna lär sig inse att det pris de kan få betala för sin nonchalans är alltför högt."

Man kan välja att roat läsa denna bok som ett minnesmärke över flydda tider och ackompanjera den med bilder av korta kjolar, tajta nylonjumprar och långhåriga killar. Men man kan också välja att se hur trenden efter 1968 vändes tack vare utbildningsinsatser och dedikerat smittskyddsarbete på flera nivåer. Gick det att minska antalet gonorréfall med 99 % på 30 år borde det gå fint att halvera klamydiafallen på tio år nu. Och gick det att tämja 40-talisterna, som var de nonchalanta ungdomar som beskrivs i boken, går det förmodligen att få bukt med vem som helst.

Niclas Winqvist  
Epidemiolog

# Underbart är kort

## Tack Michaela!

Att Michaela Nilsson var överkvalificerad för tjänsten som administratör och sedermera teamledare stod ganska tidigt klart för de flesta. Trots sin ungdom har hon som den naturligaste sak i världen tagit på sig ledarrollen för utvecklingsarbetet på Smittskydd Skåne. Med moderna idéer och ett otvunget sätt har vår roll inte bara blivit tydligare för oss själva utan förhoppningsvis även för vår omgivning. Michaela har fått oss att prioritera, engagera och utvärdera på ett sätt som förhoppningsvis gjort oss mer effektiva.

Nu ska Michaela uppleva smittskydd så att säga från den andra sidan, såväl geografiskt som organiskt. Under tio månader kommer hon att luffa runt i Latinamerika, Indonesien, Filippinerna för att till slut hamna i Stockholm och lär då sannolikt få stifta bekantskap med allehanda saker som slutar på -it, -os och -ella. Förutom alla lyckönskningar skickar vi med dig Povel Ramels vackra ord: *”Följer du ödets väg genom dunkla gränder, når dig solen en glimt i sänder, ty underbart är kort, alldeles för kort.”*

*Tack för allt, Michaela!*

## Tack Ann-Christin!

I princip så länge vår smittskyddstidning funnits är det Ann-Christin Jönsson som har fått det att se ut som just en tidning. Hon har stått för layouten sedan 1900-talet och har haft ett omåttligt tålamod med olika redaktörers velighet och sena ändringsförslag. Nu har hon dock fått nog! Till dem som ändå känner Ann-Christins ande svävande över detta dubbelnummer kan sägas att hennes under åren upparbetade ramverk för tidningslayouten, generöst lämnats kvar hos oss.

*Lycka till med dina nya uppgifter,  
Ann-Christin!*

## Välkommen Anna-Lotta!

Nu ska det bli andra bullar! I Anna-Lotta Svenssons CV stod det nämligen att hon gillar att baka. Nu har vi för säkerhets skull kollat upp även andra meriter så även om det inte går att bli en ny Michaela kommer Anna-Lotta säkerligen att bli en lika lysande teamledare. Hon kommer från en central funktion på rekryteringscenter på Region Skåne där hon bland annat arbetat med ett projekt kring avidentifierade arbetsan-



*Anna-Lotta Svensson, ny teamledare.*

sökningar. Anna-Lotta har till att börja med skrivit på för ett halvår med option på förlängning när organisationen väl satt sig efter att en smittskyddsläkare installerats. Genom sin folkbokföringsadress ser hon också till att åter koppla Eslöv till Smittskydd Skåne.

*Varmt välkommen hit, Anna-Lotta!*

## Att skydda barn mot tuberkulos – Det viktiga preventiva arbetet

Tillsammans med Kunskapscentrum för barnhälsovård i Skåne arrangeras en utbildningsdag om tuberkulos och det viktiga preventiva arbetet med att identifiera och vaccinera barn som löper ökad risk att smittas. Dagen är avsedd att ge kunskaper om tuberkulos och dess symtom, smittvägar, PPD, IGRA, BCG-vaccin och rutiner för det preventiva arbetet i Region Skåne.

- **Onsdagen den 5 december 2012**  
**klockan 09.00 – 15.30, Jubileumsaulan,**  
**Jan Waldenströms gata 5 (f.d. ing. 59),**  
**SUS Malmö**

All personal som i sina verksamheter arbetar med preventiva insatser mot tuberkulos när det gäller barn är välkommen att anmäla sig via vår hemsida eller på Kunskapscentrum för barnhälsovårds hemsida:

[www.skane.se/kunskapscentrumBHV](http://www.skane.se/kunskapscentrumBHV)

Utbildningen är kostnadsfri men sena återbud kan komma att debiteras.

## Kan din patient ha fått blodtransfusion mellan 1965–1991?

### Glöm inte att erbjuda hepatit C-test.

Socialstyrelsen har reviderat sina rekommendationer vad gäller sökandet efter personer som kan ha fått blodtransfusion under åren 1965–1991. Man framhåller dock vikten av att vården även fortsättningsvis erbjuder hepatit-C test till dem som fått blodtransfusion under den aktuella perioden och ännu inte testat sig. Särskilt bör man vara observant på de patientgrupper som kanske inte själva är medvetna om att de fått blodtransfusion. Till dessa hör de som vårdats pga. för tidig födelse, fått utbytetransfusion i nyföddhetsperioden, vårdats för cancer i barneåren och de som genomgått barnhjärtkirurgi under åren 1965–1991. Även de som fått blodtransfusion i samband med förlossning, trauma eller stor operation bör erbjudas hepatit C-test. Provtagningen är gratis för patienten. Skriv "Transfusionsspårning" på remissen.

## Seminarium för smittskyddsansvariga i primärvården

Våra smittskyddsseminarier där vi på ett givet tema informerar och diskuterar smittskyddsaspekter på primärvårdens dagliga värv har börjat hitta formen. Nordvästskåne är först ut med varje tema vilket sedan ges i östra och sydvästra Skåne terminen efter. Inbjudan har redan gått ut till de smittskyddsansvariga i öst och sydväst men det finns fortfarande möjlighet att anmäla sig till eftermiddagen i Malmö.

**Smittskyddsseminarium om resistent bakterier hålls i:**

- **Waldenströmsalen,  
Inga Marie Nilssons gata 46 (f.d. ing 35)  
tisdagen den 20 november 2012  
klockan 13.00–16.00**

För smittskyddsansvariga i primärvården i Nordvästskåne har inbjudan gått ut om ett nytt tema, nämligen **STI och blodsmittor. Detta seminarium hålls i:**

- **Hotell Mollberg,  
Stortorget 18, Helsingborg,  
tisdagen den 13 november 2012,  
klockan 13.00–16.30**

## Smittskydd Skåne

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

Smittskydd Skåne, 205 02 Malmö

Tel växel: 040-33 71 80. Fax: 040-33 71 88

Håkan Ringberg

Eva Gustafsson

Per Hagstam

Simon Werner

Rosmarie Fält

Niclas Winqvist

Ulla Stamer

Lena Melchert-Cacia

Anna Karlsson

Peter Gröön

Anna-Lotta Svensson

Mariam el Moghrabi

Magdalena Nilsson

Ida Hall

Pernilla Göransson

Tf. smittskyddsläkare

Bitr. smittskyddsläkare

Bitr. smittskyddsläkare

Bitr. smittskyddsläkare

Smittskyddssjuksköterska

Epidemiolog

Smittskyddssjuksköterska

Smittskyddssjuksköterska

Smittskyddssjuksköterska

Jurist

Teamledare

Assistent

Folkhälsoarbetare

Projektleddare för projektet Kondomkunskap

Vik. smittskyddssjuksköterska

Telefon:

040-33 71 85

040-33 71 42

040-33 71 84

040-33 71 81

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 41

040-33 71 80

040-33 71 34

040-33 69 77

0766-48 60 98

E-post:

Hakan.Ringberg@skane.se

Eva.X.Gustafsson@skane.se

Per.Hagstam@skane.se

Simon.Werner@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

Anna-Lotta.Svensson@skane.se

Mariam.el.Moghrabi@skane.se

Magdalena.Nilsson@skane.se

Ida.Hall@skane.se

Pernilla.Goransson@skane.se

Smittskydd Skåne, 291 85 Kristianstad

Fax: 044-309 16 77

Mattias Waldeck

Åsa Ståhl

Marie Sten

Bitr. smittskyddsläkare

Smittskyddssjuksköterska

Assistent

044-309 16 08

044-309 16 18

044-309 16 16

Mattias.Waldeck@skane.se

Asa.Stahl@skane.se

Marie.Sten@skane.se

Smittskydd Skåne

Ansvarig utgivare:

Redaktör:

Layout:

Tryckeri:

Upplaga:

Papper:

Håkan Ringberg

Håkan Ringberg och Niclas Winqvist

Åsa Annemark

Elander Sverige AB

2.000 ex

Maxisilk, miljömärkt med Svanen

