



## Innehåll

- [Epidemirapport januari - september 2014](#)
  - [Statistik](#)
  - [Kommentarer för utvalda diagnoser](#)
- [ESBL – avhandling](#)
- [Utbrott av hepatit B bland intravenösa missbrukare i östra länsdelen i Östergötland](#)
- [Ebola/högrisenheten](#)
- [Kikhosta](#)
- [Influensa, säsongsvaccination 2014 – 2015](#)
- [Nya smittskyddsblad](#)

## Epidemirapport 1 januari – 30 september 2014

### Statistik

Diagnoser	130101- 130930	140101- 140930
Atypiska mykobakterier	37	28
Betahemolyserande grp A streptokocker (GAS) (invasiv infektion)	21	12
Botulism	1	0
Brucellos	0	0
Campylobacter	274	253
Cryptosporidium (infektion med)	1	0
Denguefeber	7	5
Difteri	0	0
Echinokockinfektion	0	0

EHEC (Enterohemorragisk E coli)	19	17
Entamöba histolytica	0	1
ESBL (Extended Spectrum Beta-lactamase)	190	178
ESBL-carba (anmälningspliktig sedan 2012)	3	3
Fågelinfluensa (H5N1)	0	0
Giardia	29	42
Gonorré	21	30
Gula febern	0	0
Hiv	6	5
HTLV I el II (infektion med)	1	0
Haemophilus influenzae (invasiv infektion)	6	6
Harpest (Tularemi)	2	0
Hepatit A	3	4
Hepatit B	41	70
Hepatit C	66	48
Hepatit D	0	2
Hepatit E	1	0
Influensa A(H1N1)pdm09	1	0
Kikhosta	12	31
Klamydiainfektion	1171	1185
Kolera	0	0
Legionellainfektion	4	3
Leptospirainfektion	0	0
Listeriainfektion	0	3
Malaria	4	5
Meningokockinfektion (invasiv infektion)	4	1
MRSA (Meticillinresistenta gula stafylokocker) (infektion med)	47	70
Mjältbrand	0	0
Mässling	0	3
Papegojsjuka	1	0
Paratyfoidfeber	1	0
Pest	0	0
PNSP (Pneumokocker med nedsatt känslighet för PcG)	0	3
Pneumokockinfektion (invasiv infektion)	36	46
Polio	0	0
Påssjuka	0	0
Q-feber	0	0
Rabies	0	0
Röda hund	0	0
Salmonellainfektion	122	84
SARS	0	0

Shigellainfektion	3	2
Sorkfeber (Nephropathia epidemica)	0	0
Stelkramp	0	2
Syfilis	0	0
TBE (Viral meningoencefalit)	11	8
Trikinos	0	0
Tuberkulos	18	20
Tyfoidfieber	0	2
VRE (Vancomycinresistenta enterokocker)	1	5
Vibrioinfektion (exkl kolera)	1	4
Viral meningoencefalit (utom TBE)	22	13
Virala hemorragiska febrar	0	0
Yersinia	9	1

\* Influenta A(H1N1)pdm09. Statistik baserad på säsong, dvs 130701-140630 och 140701-150630

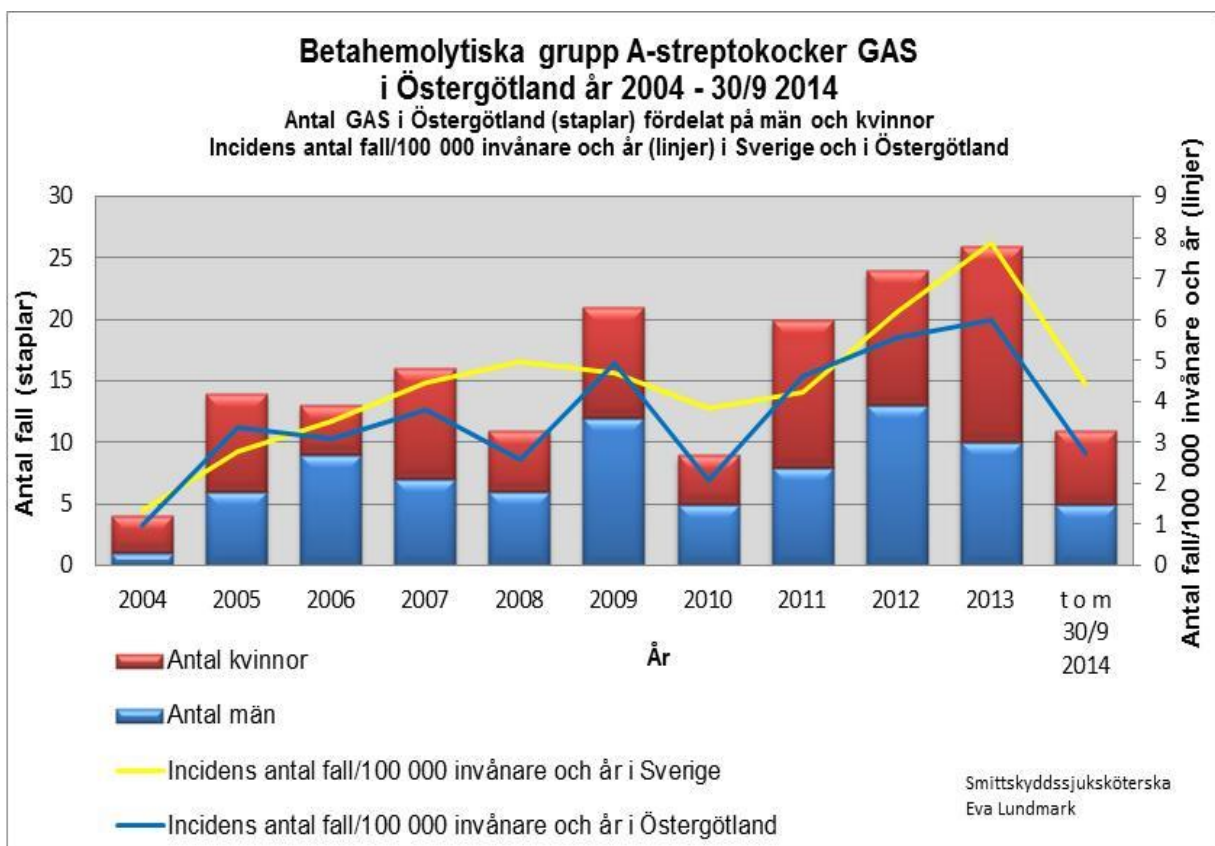
## Kommentarer för utvalda diagnoser

### Betahemolyserande grupp A streptokocker (GAS)

Under 2014 har antalet invasiva infektioner med betahemolyserande grupp A streptokocker minskat. Under perioden januari-september 2014 anmäldes 11 fall av invasiv sjukdom jämfört med 2013 års 21 fall.

Den utökade nationella övervakningen av invasiva GAS-infektioner pågår fortfarande där Folkhälsomyndigheten typar alla isolat av invasiv sjukdom. De vanligaste T-typerna under året har varit fyra fall av B3264 och tre fall av

T1. Folkhälsomyndigheten har hittills använt typningsmetoden T-typning som nu kommer att bytas till emm-typning. Det finns inget absolut samband mellan typningsmetoderna, däremot är vissa kombinationer av T-/emm-typ betydligt vanligare än andra. Emm-typning är en internationell standardmetod, med över 200 specifika emm-typer beskrivna. Övergången kommer att underlätta jämförelser både nationellt och internationellt. En [databas över emm-typer](#), där även korrelation till T-typer anges, finns att tillgå på CDCs hemsida.



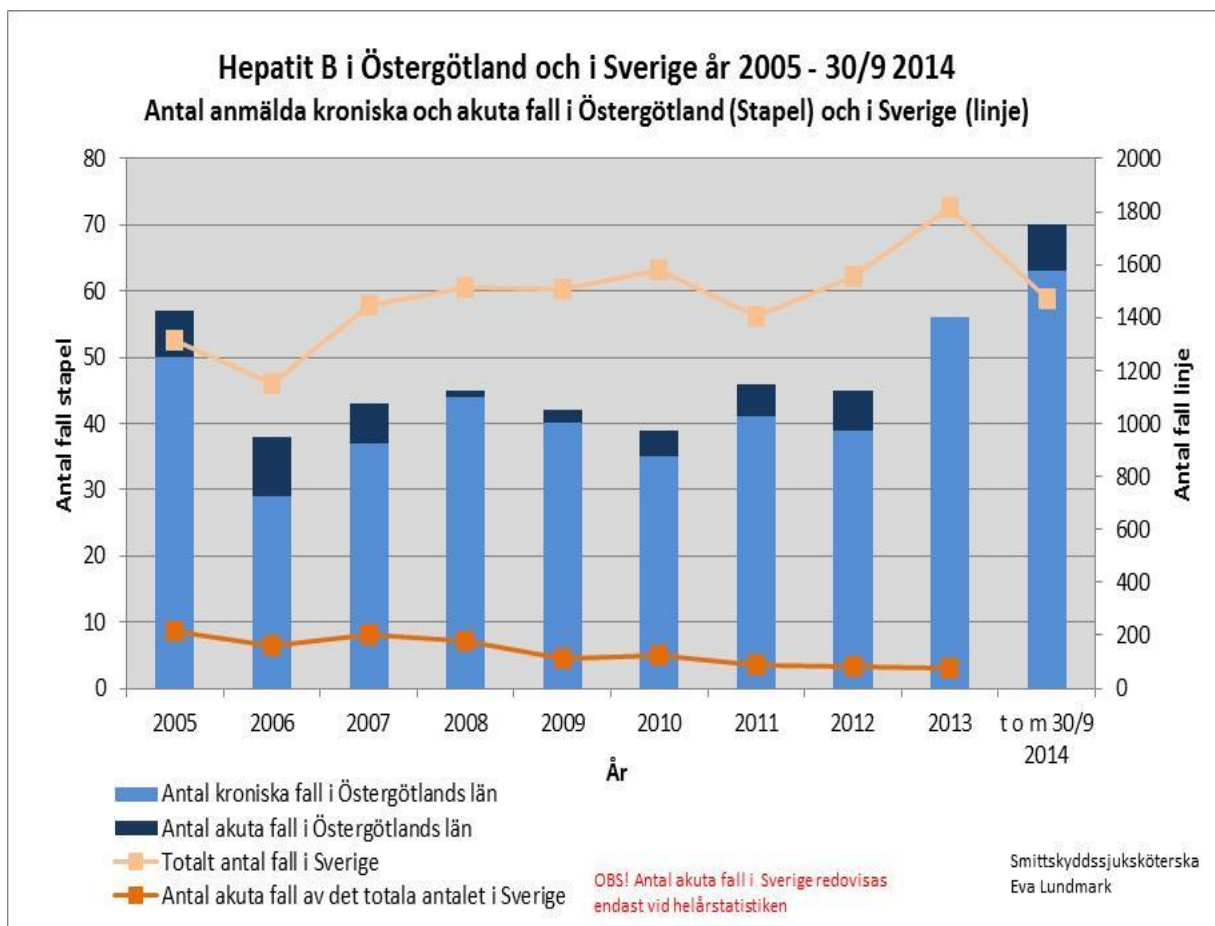
### Hepatit B

Till och med den 30 september 2014 har 70 fall av hepatit B anmäls. Det är 14 fall fler än det totala antalet anmälda under 2013. Sextiotre av de 70 fallen bedömdes ha en kronisk infektion vid diagnos. Smittvägen var okänd i 89 % av fallen, sannolikt beroende på att smittan överförts för många år sedan. Majoriteten av

fallen var sannolikt smittade i afrikanska- och asiatiska länder samt länder i Mellanöstern. Migrantströmmarna har stor betydelse för antalet fall. Det är viktigt att migranter tidigt nås av informations- och preventionsinsatser exempelvis vid de kostnadsfria hälsoundersökningar som erbjuds vid inflyttningen till Sverige.

De övriga sju fallen bedömdes ha en akut infektion när de anmäldes. Samtliga fall var sannolikt smittade i Sverige. I anamnesen framkom att i ett fall var smittvägen okänd, fem har sannolikt smittats via intravenöst missbruk och en kvinna med i v missbruk som ej delat

injektionsverktyg var sannolikt smittad heterosexuellt. De sex personerna som vid tillfället för diagnos hade ett aktuellt missbruk tillhör ett pågående utbrott i Sverige. För utförligare beskrivning av utbrottet, se utbrottsbeskrivning.



## ESBL - avhandling

### Avhandlingssammanfattning

**Författare** Åse Östholm Balkhed

**Klinik** Infektionskliniken i Östergötland

**Titel** Extended-Spectrum  $\beta$ -Lactamase-Producing Enterobacteriaceae- Antibiotic consumption, Detection and Resistance Epidemiology

**Huvudhandledare** Prof. Lennart E. Nilsson, Klin. Mikrobiologi

**Bihandledare** Prof. Håkan Hanberger, Prof Hans-Jürg Monstein, M.D. Anita Hällgren

**Tidpunkt för disputation** 11/4 2014

**Opponent** Prof. Mats Kalin, Stockholm

### Resumé av avhandlingen:

Gramnegativa tarmbakterier tillhörande familjen Enterobacteriaceae kan orsaka urinvägsinfektioner men även allvarigare infektioner såsom till exempel pyelonefrit, sepsis och postoperativa bukinfektioner. De orsakande bakterierna kommer ofta från patientens egen tarmflora. Under de senaste åren har produktion av "extended spectrum beta lactamases" (ESBL) hos gramnegativa bakterier blivit ett snabbt växande antibiotika-resistensproblem över stora delar av världen.

Ofta har bakterier med ESBL även förvärvat resistensmekanismer mot andra antibiotikagrupper, dvs. multiresistens. Patienter infekterade med dessa bakterier riskerar att svara sämre eller inte alls på behandling med antibiotika. I avhandlingen beskrivs ESBL-producerande Enterobacteriaceae ur flera aspekter. I det första delarbetet utvecklade vi en molekylärbioologisk analys för att påvisa ESBL-gener hos Enterobacteriaceae i kliniska prover. I delarbete 2 studerades förekomsten av ESBL-producerande Enterobacteriaceae i kliniska odlingar under perioden 2002-2007 i Östergötland och dessa var fortfarande på en låg nivå och under samma period var förbrukningen av antibiotika oförändrad. I vår region, precis som i övriga Europa, dominerar ESBL-enzym tillhörande CTX-M grupp 1. I delarbete 3 och 4 testades olika antibiotika för att se vilka preparat som ESBL-producerande *E. coli* bakterier är känsliga för och som skulle kunna vara möjliga behandlingsalternativ. Bland antibiotika som kan tas peroralt var det fosfomycin (finns enbart att tillgå på licens), nitrofurantoin och mecillinam som mer än 90 % av bakterierna var känsliga för. Ytterligare behandlingsalternativ är karbapenemer, colistin, tigecyclin, och amikacin men nackdelen med dessa är att de måste ges parenteralt. Det framkom skillnader i känslighet mellan olika grupper av ESBL-enzym där CTX-M grupp 9 är generellt mer känsliga för antibiotika än CTX-M grupp 1-producerande bakterier. Sextioåtta procent av alla ESBL-producerande *E. coli* som vi undersökte från Östergötland var multiresistenta det vill säga resistent mot flera olika grupper av antibiotika och det medför att infektioner orsakade av dessa bakterier blir svårbehandlade. I delarbete 5 undersökte vi huruvida resande till länder med hög förekomst av ESBL-producerande tarmbakterier medför en risk för förvärvande av sådana bakterier till tarmfloran, och vi fann att ca 30 % av studiepersonerna förvärvade ESBL-producerande tarmbakterier när de reste utanför Norden. Risker var störst vid resor till den indiska subkontinenten, följt av Asien och Nordafrika. Resenärerna som blev bärare av ESBL-producerande bakterier i tarmfloran under resan rapporterade oftare besvär från

buken såsom exempelvis diarré i samband med utlandsresan och dessutom innebar ålder 65 år eller äldre en ökad risk för bärarskap. Det finns ett stort behov av nya antibiotika utvecklade för att kunna behandla multiresistenta gram-negativa infektioner samtidigt som det bör betonas att det inte är lösningen på problemet med antibiotikaresistens. Det krävs åtgärder på global nivå med tillgång till rent vatten och fungerande avlopp, dessutom krävs förbättrad mikrobiologisk diagnostik, hygien och rationell användning av antibiotika inom både human- och veterinärmedicin.

#### **Lite om mig själv:**

Ursprungligen kommer jag från Strängnäs och flyttade till Linköping 1992 för att läsa medicin på Hälsouniversitetet. Därefter AT-tjänstgöring i Norrköping och alltsedan 2000 har jag arbetat på Infektionskliniken i Linköping. Att det blir infektionsmedicin beror på den stora spännvidden inom ämnet och att vi till stor del botar våra patienter vilket ger stor tillfredsställelse, jag går fortfarande varje dag till jobbet med stor arbetsglädje och nyfikenhet! Mitt intresse för ESBL väcktes under randning på mikrobiologen 2002 då vi hittade de första isolaten i Östergötland och då började vi samla på alla ESBL-stammar, fundera över analysmetoder samt vad ESBL-ökningen berodde på vilket ledde vidare till denna avhandling. Efter disputationen kommer jag att fortsätta arbeta med resistensproblematik och rationell antibiotikaanvändning inom STRAMA i Östergötland samt på forskningssidan fortsätta studier av tarmfloras betydelse.



Foto: Bilda media/Thor Balkhed

## Utbrott av hepatit B bland intravenösa missbrukare i östra länsdelen i

### **Översikt av utbrottet i Sverige**

I östra delen av Sverige pågår ett utbrott med hepatit B bland intravenösa missbrukare. Totalt har över 20 fall anmälts i Stockholm, Södermanlands-, Västmanland- och Östergötlands län. Den molekylära typningen av proverna visar genotyp D/ayw3. Enligt Folkhälsomyndigheten har D/ayw3 stor likhet med de stammar som tidigare påvisats hos injektionsmissbrukare med hepatit B-infektion i Sverige sedan 1970-talet.

### **Beskrivning av fall som är kopplade till Östergötland**

Hittills har sju fall koppling till Östergötland (ett av fallen provtogs och anmäldes i Stockholm). De diagnostiserades via vårdcentral (2), akutmottagning (1), slutenvårdsavdelning (1), kriminalvård (1) och beroendevård (2). Det första fallet anmäldes i början av maj och det senaste i början av september. Det var fyra män och tre kvinnor mellan 25–56 år, samtliga med ett pågående intravenöst missbruk när de anmäldes. Av de sju fallen var fem inte vaccinerade mot hepatit B, en har okänt vaccinationsstatus och en var vaccinerad med tre doser men insjuknade trots det i en akut hepatit B-infektion. Att inte få en skyddande antikropps nivå efter primärimmuniseringen är sällsynt. I de flesta fall 95 % får de vaccinerade ett fullgott skydd efter tre doser vaccin (0, 1 och 6 månader).

### **Smittspårning och Vaccination**

Det är väl känt att intravenösa missbrukare ofta delar injektionsverktyg med varandra vilket också framkom vid smittspårningssamtalen med de sju fallen i utbrottet. Intravenösa missbrukare löper därmed en ökad risk för att exponeras för smittat blod. Av statistik från tidigare utbrott och även vid detta ses också sekundär spridning av smittan genom sexuella kontakter. Enligt Socialstyrelsen ["Rekommendationer för profylax mot hepatit B. Profylax med vaccin och immunoglobulin – före och efter exposition"](#) Artikelnr 2005-130-6 så rekommenderas sjukvårdspersonal i varje kontakt med riskgrupper att efterfråga om personen har skydd mot hepatit B och vid behov vaccinera. Under 2013 startade Folkhälsomyndigheten en 2-årig nationell

molekylärepidemiologisk baslinjestudie för akuta fall med hepatit B-infektion. Analyser har visat att undersökta virusstammar är känsliga mot antiviraler som finns tillgängliga och att vaccinet skyddar mot de cirkulerande stammarna.

### **Interventioner**

I maj månad var Smittskyddsenheten tillsammans med Infektionskliniken och informerade om hepatit B på ett boende för missbrukare, efter önskemål från personal och boende. Ett informationsblad om hepatit B utarbetades av Smittskyddsenheten innan besöket. Tanken var att både ge muntlig information vid besöket men även att ge skriftlig information om frågor skulle uppkomma senare. Broschyren beskriver på ett enkelt sätt vad hepatit B är, hur det smittar och inte smittar, hur man skyddar sig, symtom, provtagning och vaccination. Vid besöket erbjöds provtagning och vaccination, som senare följdes upp på Infektionskliniken.

När fler fall diagnostiserades mejlade Smittskyddsenheten ut information om utbrottet och rekommenderade frikostig provtagning och vaccination av riskgrupperna. Informationen gick ut till Infektionskliniken, Beroendeklinikerna, Psykiatriska klinikerna, Primärvården, STI klinikerna, Akutmottagningarna och Kriminalvården i länet. I utskicket bifogades en informationsbroschyr till de personer som tillhör riskgruppen intravenösa missbrukare för information om varför Smittskyddsenheten rekommenderar kostnadsfri provtagning och vaccination.

Smittskyddsenheten har även initierat att kommunens boenden för missbrukare och närliggande vårdcentraler ska samarbeta. Personalen på vårdcentralerna ska arbeta förebyggande med information om blodsmittor, provtagning och vaccination. Till hjälp för både personalen på boendena och vårdcentralerna skickades informationsbroschyren om hepatit B och informationsbroschyren om kostnadsfri provtagning och vaccination ut till samtliga boenden för missbrukare.

Arbetet med att förbättra det förebyggande arbetet runt riskgruppen intravenösa missbrukare och personer som lever i missbruksmiljö fortsätter. Smittskyddsensheten ska initiera ett möte mellan Beroendekliniken, Infektionskliniken och Primärvården för att hitta strategier för att förbättra samordning och samarbetet mellan aktörerna. På förekommen anledning kommer arbetet att börja i den östra länsdelen.

Flera landsting har infört sprututbytesprogram för injektionsmissbrukare för att stärka hälsarbetet runt denna utsatta grupp. Syftet är bland annat att minska risken för blodsmitta genom att den intravenösa missbrukaren får tillgång till rena sprutor och kanyler. Samtidigt

ökar tillgången till testning av blodsmittor och vaccination mot hepatit A och B vilket leder till förbättrat immunitetsläge bland de intravenösa missbrukarna. Verksamheten erbjuder också motiverande samtal med syfte att missbruket ska brytas och att personen blir motiverad till vård och behandling. Med dessa förebyggande åtgärder så minskar risken för utbrott av hepatit B och de andra typerna av blodsmitta som exempelvis hepatit C och hiv. För närvarande har bland annat Region Skåne vid infektionsklinikerna i Malmö, Lund och Helsingborg, Landstinget i Kalmar län vid infektionsmottagningen i Kalmar och Stockholms läns landsting sprututbytesverksamhet.

## Ebola/högrisenheten

### EBOLA



Ebola är ett filovirus som ger upphov till viral hemorragisk feber. Det första kända utbrottet av ebola inträffade 1976 i Demokratiska republiken Kongo (dåvarande Zaire). Sedan dess har det förekommit med än 20 utbrott i centrala Afrika med en dödlighet som varierat mellan 25 och 88 procent. Oftast har utbrotten klingat av inom några månader.

En typ av fladdermus, flyghund (eng. fruit bat) anses kunna vara den naturliga värden för ebola och utgöra reservoar för viruset. Flyghunden överför ebola till apor och däggdjur (tex schimpanser, gorillor, skogsantiloper och piggsvin) som insjuknar i blödarfeber. Genom att vara i kontakt med sjuka djur eller smittade flyghundar ådrar sig människor ebola.

Inkubationstiden för ebola varierar mellan 2-21 dagar, men är vanligtvis 4-10 dagar.

Sjukdomen börjar med influensaliknande symtom som feber, muskelvärk, svaghet och huvudvärk. Kräkningar, diarré och buksmärter är vanliga. Svårt sjuka får ofta ymniga blödningar i huden och från slemhinnorna.

Studier pågår men det finns ännu inget godkänt vaccin eller godkänt läkemedel för ebolabehandling.

Ebolavirus smittar via kontakt med blod och andra kroppsvätskor från infekterade personer samt föremål som nyligen varit i kontakt med infekterade kroppsvätskor. En infekterad person smittar inte innan han eller hon har börjat få symtom.

Smittan sker i första hand vid vård och omhändertagande av sjuka personer. Det är framför allt den sjukas familjemedlemmar och oskyddad sjukhuspersonal som löper störst risk att smittas. Smittan sprids inte genom luften.

Sedan mars 2014 pågår ett utbrott av ebola i Västafrika. De länder som drabbats hårdast är Liberia, Sierra Leone och Guinea. I Nigeria verkar man ha lyckats stoppa smittspridning och i Senegal har man rapporterat ett importerat fall utan någon spridning. I USA har fyra fall diagnostiserats, två som smittats i Västafrika och två personer som smittats vid vård av ebolasjuk patient. Spanien har också rapporterat ett fall, en sjuksköterska som smittats vid vård av en ebolasjuk patient.



Nyligen har ett fall diagnostiserats även i Mali, ett barn som rest från Guinea.

CDC (i samarbete med WHO) rapporterar tom 29 oktober 13703 fall av ebola i Västafrika och av dessa har 4920 avlidit. Dödligheten i Afrika i det nu aktuella utbrottet är ca 50-60%. I de nu drabbade länderna saknar man tillgång till avancerad sjukvård varför dödligheten troligen skulle vara lägre om sådana resurser fanns tillgängliga.

Socialstyrelsen har med anledning av ebolaepidemin tagit fram en [rekommendation för handläggning av misstänkta fall av ebola](#). Vårdhygien och Smittskyddsenheten har tillsammans tagit fram ett lokalt [PM för omhändertagande av misstänkt ebolasmittad patient](#)

Den 23 oktober beslutade regeringen att ebola ska klassas som en samhällsfarlig sjukdom. Samhällsfarliga sjukdomar regleras i smittskyddslagen. Det innebär att de är allmänfarliga sjukdomar som skulle få förödande konsekvenser för viktiga samhällsfunktioner om de sprids. Att ebola nu klassas som samhällsfarlig innebär att myndigheterna har större befogenheter att vidta extraordinära smittskyddsåtgärder.

Om en svensk medborgare drabbas av ebola så är det på högisoleringsenheten i Linköping som personen kommer att vårdas. Med anledning av det aktuella utbrottet av ebola och den centrala roll som Landstinget i Östergötland får vid ett bekräftat svenskt ebolafall har en särskild sjukvårdsledning etablerats. Sjukvårds-

ledningen har till uppgift att samordna de olika insatser som krävs, fånga upp frågor som behöver hanteras, följa utvecklingen och planera utifrån olika scenarion. Information om arbetet samt aktuella länkar finns nu på Lisa (Landstingets intranät). Bra information om ebolautbrottet finns även på [Krisinformation.se](#) där man kan läsa om svenska myndigheters information och svar på frågor. Allmänheten kan ringa 11313 vid frågor om ebola.



Källor:

Socialstyrelsen: [Rekommendation för handläggning av misstänkt fall av ebola](#)  
Socialstyrelsen: [Bra att veta om ebola](#)  
ECDC: [Epidemiological update](#)  
[Krisinformation.se](#)

## Kikhosta

Nationellt har noterats en ökning av antal fall av kikhosta, så även i Östergötland. Hittills i år har det anmälts 31 laboratorieverifierade fall. Infektionen har drabbat spädbarn och personer upp till 82 år. Nationellt har detta uppmärksammas och nyhetsrapportering har skett avseende kikhosta. Utifrån dessa signaler har antalet provtagna personer med symptom samt personer i smittspårningar ökat. Bland våra 31 fall uppges 19 vara familjesmitta.

### Sjukdomen

Kikhosta är framför allt ett hot mot ovaccinerade spädbarn och de som inte hunnit bygga upp ett skydd av vaccinet givet vid 3 och 5 månaders ålder. Kikhosta kan här ge en mycket allvarlig sjukdom med risk för apnéer och är potentiellt livshotande.

Vid *misstanke* om kikhosta är det särskilt viktigt att fråga efter kontakter med spädbarn och kvinnor som har kort tid till beräknad förlösning.

Kikhosta kan vara svårt att tänka på idag när de flesta av alla små barn vaccineras. Kikhosta är därmed en ovanlig barnsjukdom.

Det är angeläget att vara uppmärksam på när personer som har nära kontakt med spädbarn har långvarig hosta. [Folkhälsomyndigheten](#)

Skyddet efter genomgången kikhosta är långvarig men inte livslång.

#### **Vaccination och extra uppmärksamhet**

Vaccinet mot kikhosta skyddar mot klassiska kliniska symtom, men kan inte hindra förekomsten av bakterien *Bordetella pertussis* i luftvägarna. Bakterien kan därmed bäras av tidigare vaccinerade och vid förkylningssymtom överförs till spädbarnet.

De försiktighetsåtgärder som kan företas för att skydda spädbarnen är att ha en god handhygien vid förkylningssymtom och att vara uppmärksam på och provta personer med långvarig hosta som har nära kontakt med spädbarn.

Gravida kvinnor som har långvarig hosta rekommenderas vara extra uppmärksamma

och vid symtom söka vård för provtagning.

#### **Behandling**

Det är indicerat att profylaktiskt *behandla spädbarn under sex månaders ålder*, om de exponerats för kikhosta, även om de inte har symtom på sjukdom. Om barnet är mellan sex och tolv månader är det indicerat med antibiotikabehandling vid första symtom på sjukdom, även vuxna och andra barn i familjen för att minska risken för smittöverföring till spädbarnet.

#### **Provtagning**

Provtagningsanvisningar, Klinisk mikrobiologi:

Ju tidigare i sjukdomsförloppet provet tas desto större chans att med PCR-teknik eller odling påvisa *B. pertussis*. PCR har högre känslighet än odling och kan detektera *B. pertussis* även något senare i förloppet.

Om misstanke om pertussisinfektion kvarstår trots negativ odling/PCR, rekommenderas antikroppsanalys i parade serumprov, analysen utförs av externt laboratorium. Antikroppar kan påvisas först efter ca 3-4 veckor.

## **Influensa, säsongsvaccination 2014 - 2015**

#### **Inledning**

Under vecka 40 startade den nationella övervakningen av influensa. För tillfället är det mycket låg influensaaktivitet i landet och endast sporadiska fall av influensa har diagnosticerats (12 fall) under sommaren och hösten. I Östergötland kom det första positiva influensa A provet under vecka 41. Det är en patient som vårdas inlagd på sjukhus och enligt kliniken råder stor osäkerhet om patienten smittats i Sverige eller utomlands. Både A(H1N1)pdm09 och A(H3N2) har cirkulerat på södra halvklotet. Enligt Folkhälsomyndigheten så är det för tidigt att säga hur denna säsong kommer att se ut, men eftersom influensaaktiviteten var låg under förra säsongen och influensa A(H3N2) inte cirkulerade i någon större omfattning så är det möjligt att den kommer att dominera denna säsong. A(H3N2) drabbar framför allt äldre och därför är det extra viktigt att personer över 65 år vaccinerar sig mot säsongsinfluensan i år.

#### **Vaccinationsstart**

Årets nationella vaccinationskampanj kommer att starta under vecka 43 den 21 oktober. I Östergötland börjar vårdcentralerna att vaccinera vid patientbesök så snart det finns tillgång på vaccin men den stora kampanjen med öppna vaccinationsmottagningar kommer igång den 3 november, vecka 45. Öppetider för vårdcentralernas vaccinationsmottagningar kommer att annonseras i dagspress och på 1177.

#### **Vaccinationsresultat från säsong 2013-2014 och Vaccinationsmål för 2014-2015**

Under förra säsongen låg vaccinationstäckningen i åldersgruppen 65 år och äldre på 44 % i länet vilket är strax under riksgenom-snittets 45,7%. De län som har bäst vaccinations-täckning i landet kommer upp i 55 - 60%. Årets vaccinationsmål för Östergötland är 60 % vilket vi hoppas nå genom att bland annat skicka hem vykort med rekommendation att vaccinera sig till alla personer som är 65 år eller äldre.

### **Grupper som rekommenderas influensavaccination**

Vaccinationsstrategin syftar till att skydda grupper med ökad risk för allvarlig sjukdom, det vill säga såväl allvarlig influensasjukdom som allvarliga komplikationer av influensa samt allvarlig försämring av underliggande grundsjukdom på grund av influensa. Det gäller både de grupper som har ökad risk för allvarlig sjukdom vid infektion med vanliga säsongsinfluensavirus och de grupper som identifierats ha ökad risk för allvarlig sjukdom av pandemiviruset A(H1N1)pdm09, däribland gravida kvinnor. Socialstyrelsen rekommenderar att samma grupper vaccinerar sig mot säsongsinfluensa i år som förra året.

- personer över 65 års ålder
- gravida kvinnor i andra och tredje trimestern
- 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

#### *Gravida kvinnor*

Erfarenheter från säsongen 2012-2013 talar för att gravida kvinnor behöver ha fortsatt skydd mot A(H1N1)pdm09. Vid inskrivningssamtalet på mödravårdscentralen tas frågan upp om vaccination och kvinnan vaccinerar sig efter graviditetsvecka 16 eller efter ett normalt ultraljud under perioden då vaccinationskampanjen pågår.

#### *Kringvaccination av hushållskontakter och personal som vårdar personer med kraftigt nedsatt infektionsförsvar*

Personer med kraftigt nedsatt infektionsförsvar (t ex efter stamcellstransplantation, patienter

med akuta leukemier, T-cellsdefekter, vissa organtransplanterade mm) är en speciell riskgrupp eftersom de är svårare att skydda med vaccination än andra riskgrupper. Högriskpatienterna bör hänvisas till specialist för bedömning av hur de kan få optimalt skydd mot influensa. För att minska risken för att personer med kraftigt nedsatt infektionsförsvar smittas av influensa bör hushållskontakter och personal som vårdar dessa patienter erbjudas kostnadsfri vaccination.

#### *Medarbetare erbjuds kostnadsfri vaccination mot influensa*

Enligt Socialstyrelsens rekommendation från 2011 och landstingets egen policy bör vårdpersonal som vårdar patienter med kraftigt nedsatt infektionsförsvar vaccinera sig mot säsongsinfluensan. Medarbetare som själva tillhör en riskgrupp rekommenderas också att vaccinera sig. Övriga medarbetare kan själva välja att vaccinera sig för ett personligt skydd. Vaccinationen är kostnadsfri för medarbetaren inom Landstinget i Östergötland, hemma kliniken debiteras med 300 kronor.

#### **Vaccin**

Vaccinet som är upphandlat i Östergötland är ett trivalent vaccin mot influensa, Vaxigrip (Sanofi Pasteur MSD). Det är indicerat för vuxna och barn från 6 månader och uppåt. Kontraindikation att ge vaccinet är överkänslighet mot de aktiva substanserna exempelvis mot eventuella restsubstanser som ägg (ovalbumin eller hönsproteiner).

Influensavirus förändras ständigt och därför anpassas influensavaccinerna årligen för att ge skydd mot de tre typer av influensa som förväntas cirkulera i samhället.

Säsongsinfluensavaccin anses generellt ge ett skydd mot sjukdom under 10 månader därför krävs återkommande årlig vaccinering. Inför vintersäsongen 2014-2015 har WHO rekommenderat att säsongsvaccinet fortsatt ska innehålla den pandemiska influensan A(H1N1)pdm09 samt ett influensa A(H3N2)-likt virus och ett influensa B-virus.

Säsongsinfluensavaccinet innehåller;

- A/California/7/2009 (A(H1N1)pdm09-lik)
- A/Victoria/361/2011 (A/H3N2-lik)
- B/Massachusetts/2/2012 (B Yamagata-lik)

Många av de riskgrupper som har ökad risk för allvarlig pneumokockinfektion ingår också bland de riskgrupper som har ökad risk för allvarlig influensasjukdom. I samband med den årliga influensavaccinationen bör man därför överväga om skydd mot pneumokocker också ska rekommenderas. För regler och taxor av pneumokockvaccination hänvisas till Avgiftshandboken, LiÖ.

#### **Antiviral behandling**

Personer med misstänkt eller konstaterad influensa som inte bedöms vara tillräckligt skyddad mot allvarlig sjukdom genom vaccination bör enligt Socialstyrelsen erbjudas antiviral behandling om

- personen är 65 år eller äldre
- gravida kvinnor
- kroniska sjukdomar, se under avsnittet grupper som rekommenderas influensavaccination

eller

- är allvarligt sjuk (till exempel vid påverkan av andning och/eller cirkulation)

Antiviral behandling har störst effekt om den påbörjas inom 48 timmar efter att patienten insjuknat, men kan komma ifråga i ett senare skede till patienter med kraftigt nedsatt infektionsförsvar och svårt sjuka patienter vid misstanke om att virus fortsatt förökar sig.

Influensa är inte klassad som Allmänfarlig sjukdom enligt Smittskyddslagen 2004:168, vilket innebär att antiviral behandling bekostas enligt Avgifthandboken, LiÖ.

#### **Länkar**

[Influensavaccination, säsong 2014-2015 Smittskyddsenheten](#)

( I detta PM finns en samling av bra länkar till; LiÖs samlade aktuella PM/riktlinjer inom området, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd och länkar till andra myndigheter)

[Rekommendationer för profylax och behandling av influensa Artikelnr 2013-6-37 Socialstyrelsen](#)

## Nya smittskyddsblad

[Difteri läkarinformation](#)

[Difteri patientinformation](#)

De viktigaste förändringarna i smittskyddsbladen är att sår-difteri beskrivs närmare, bland annat hur det smittar och vilken förhållningsregel som ska ges för att undvika smittspridning.

När bakterien inte påträffas vid två uppföljande prov (tidigare 3 prov) efter avslutad antibiotikabehandling kan isolering och förhållningsregler slopas.

[Listeria läkarinformation](#)

[Listeria patientinformation](#)

*Ha en fin höst så återkommer vi med ett nytt nummer i början på 2015*

**Smittskyddsenheten i Östergötland**

S:t Larsgatan 49B, 581 91 Linköping

Fax.nr 010-103 70 80

E-post: [smittskyddsenheten\\_i\\_ostergotland@lio.se](mailto:smittskyddsenheten_i_ostergotland@lio.se)

Telefon, gemensam	010-103 08 64
Britt Åkerlind, smittskyddsläkare	010-103 73 21
Helena Hedbäck, biträdande smittskyddsläkare	010-103 24 74
Eva Lundmark, smittskyddssjuksköterska	010-103 16 79
Lena Svensson, smittskyddssjuksköterska	010-103 34 97
Karin Strand, smittskyddssjuksköterska	010-103 70 82
Maria Nilsson, smittskyddsadministratör	010-103 70 81